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 48 Suplement 2
Journal founded in 1961. Volume 48 Supplement 2

Kragujevac 2014. www.medicinskicasopis.org Крагујевац 2014.

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 Leposavić, 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 Ćupurdija
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 RS3515000718000049637 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

XXXIX ОКТОБАРСКИ ЗДРАВСТВЕНИ ДАНИ

Крагујевац, 30. октобар - 01. новембар 2014. године

Организациони одбор:

Доц. др Драгче Радовановић, ко-председник
Проф. др Бранко Ристић, ко-председник
Асист. др Наташа Здравковић
Мр сци. мед. др Ненад Ђоковић
Др Марко Спасић
Др Марина Јовановић
Асист. др Александар Матић
Др Срђан Влајовић

Научни одбор:

Проф. др Драган Чановић, председник
Проф. др Драган Миловановић
Проф. др Бранко Ристић
Проф. др Слободан Јанковић
Проф. др Марина Петровић
Доц. др Срђан Нинковић

Почасни покровитељи:

Скупштина града Крагујевца
Клинички центар "Крагујевац", Крагујевац
Факултет медицинских наука у Крагујевцу
Универзитет у Крагујевцу
Дом здравља, Крагујевац
Завод за хитну медицинску помоћ, Крагујевац
Завод за стоматологију, Крагујевац
Завод за здравствену заштиту радника, Крагујевац
Апотекарска установа, Крагујевац
Институт за јавно здравље, Крагујевац
Регионална лекарска комора за централну и западну Србију
Републички фонд за здравствствено осигурање, филијала - Шумадијски округ

СРПСКО ЛЕКАРСКО ДРУШТВО ОКРУЖНА ПОДРУЖНИЦА КРАГУЈЕВАЦ

39. ОКТОБАРСКИ ЗДРАВСТВЕНИ ДАНИ

Ове године се навршава 40 година од оснивања ортопедског одељења у Крагујевцу. У истом периоду десиле су се крупне промене у развоју ортопедске хирургије и трауматологије. Најчешће болести и повреде у већини земаља света крајем прошлог и почетком овог века су везане за ову грану медицине – остеопоротични преломи и дегенеративна обољења локомоторног апарата. Осим медицинског значаја, ове болести због масовности појављивања представљају и веома озбиљан социјални и економски проблем у готово свим друштвеним заједницама.

У оквиру обележавања овог јубилеја кроз пленарна предавања биће приказани

- Значај ортопедске хирургије у свету и нашој земљи
- Развој ортопедске хирургије у Крагујевцу од 1860. до 2010. године
- Биомеханичка истраживања и компјутерско моделирање у ортопедској хирургији
- Анализа хода код неких ортопедских повреда и обољења у лабораторијским условима
- Артропластика кука и колена – ставови и дилеме
- Оперативно лечење прелома кичменог стуба
- Хируршка коштана банка – улога медицинске сестре
- Инфекције у ортопедској хирургији
- Рехабилитација пацијената са преломом кука

Овај састанак ће обухватити и широки дијапазон гастроентеролошких тема о савременим дијагностичким и терапијским процедурама у акутним, хроничним запаљенским и малигним болестима дигестивног тракта. Од посебног интереса су ендоскопске дијагностичке и терапијске методе.

Предавања ће бити базирана на следећим темама:

1. Ендоскопска ултрасонографија субмукозних лезија желуца
2. Ендоскопске методе заустављања крварења из горњих партија ГИТ-а
3. Ендоскопско уклањање полипа дебелог црева
4. Ендоскопски налаз у запаљенским болестима дебелог црева
5. Ризик за настанак карцинома код оболелих од запаљенских болести црева
6. Национални скрининг за колоректални карцином

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 39. 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.

Доц. др Драгче Радовановић, ко-председник 39. Октобарских здравствених дана
Проф. др Бранко Ристић, ко-председник 39. Октобарских здравствених дана

SADRŽAJ

XXXIX OKTOBARSKI ZDRAVSTVENI DANI - PROGRAM *9*

SAŽECI RADOVA

Plenarna predavanja *15*

Prezentacija prispelih radova *23*

Poster prezentacije *37*

INSTRUKCIJE AUTORIMA ZA PRIPREMU RUKOPISA *42*

INSTRUCTIONS TO AUTHORS FOR MANUSCRIPT PREPARATION *44*

П Р О Г Р А М

„САВРЕМЕНИ ПРИНЦИПИ ДИЈАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕЊА У ГАСТРОЕНТЕРОХЕПАТОЛОГИЈИ И ОРТОПЕДИЈИ“

ПРВИ ДАН – 30.10.2014. ГОДИНЕ, ХОТЕЛ КРАГУЈЕВАЦ

9.00 Регистрација учесника
9.30 Свечано отварање 39. Октобарских здравствених дана

СЕСИЈА 1 (Сала 1 Хотела Крагујевац)
Пленарна предавања „Гастроентерохепатологија“

Радно председништво: Проф. др Александар Нагорни, Доц. др Драгче Радовановић, Асист. др сци мед. Наташа Здравковић

10.00 Конзервативни третман крварења из горњих партија дигестивног тракта
Доц. др Драгче Радовановић, КЦ Крагујевац
10.30 Гастро-протекција крварења из горњих партија гастроинтестиналног тракта
Проф. др Стеван Трбојевић, КЦ Источно Сарајево
11.00 Хируршко решавање крварећих улкуса
Проф. др Жељко Лаушевић, УЦ КЦ Србије
11.30 Workshop
Ендоскопска ултрасонографија субмукозних лезија желуца
Др сци мед. Драган Челиковић, КЦ Крагујевац
12.00 Workshop
Ендоскопске методе заустављања крварења из горњих партија ГИТ-а
Др сци мед. Жива Живић, КЦ Крагујевац
12.30 Коктел
13.00 Ризик за настанак карцинома код оболелих од запаљенских болести црева
Асист. др сци мед. Наташа Здравковић, КЦ Крагујевац
13.30 Национални скрининг за колоректални карцином
Проф. др Александар Нагорни, КЦ Ниш
14.00 Workshop
Ендоскопско уклањање полипа дебелог црева
Др Славко Кнежевић, КЦ Крагујевац
14.30 Workshop
Ендоскопски налаз у запаљенским болестима дебелог црева
Мр сци мед. Биљана Вељковић, КЦ Крагујевац
15.00 Дискусија и закључци
Радно председништво
15.30 Излазни тест и евалуација сесије

СЕСИЈА 2 (Сала 2 Хотела Крагујевац)
Пленарна предавања „Улога и значај медицинске сестре-техничара у гастроентерологији и ортопедији“

Радно председништво: Слађана Мандић, Јагош Радовић

10.00 Улога медицинског техничара у ендоскопским процедурама у гастроентерологији
Јагош Радовић, виши медицински техничар, КЦ Крагујевац
10.30 Хируршка коштана банка – улога медицинске сестре
Слађана Мандић, виша медицинска сестра КЦ Крагујевац

Усмено излагање радова
Радно председништво: Јагош Радовић, Слађана Мандић

Време излагања	Име и презиме аутора	Назив рада
11.00	Марија Крстић	Примена коштане тракције у лечењу трохантерних прелома
11.15	Јована Трајковић	Примена кутане тракције
11.30	Дејан Рашковић	Конзервативни третман фрактуре клавикуле и појава колапса при имобилизацији
11.45	Далиборка Име и презиме	Специфичности ортопедско-трауматолошких превијања
12.00	А. Стојадиновић	Протокол ране рехабилитације након уградње тоталне ендопротезе колена
12.15	Дискусија	
12.30	Коктел	

ДРУГИ ДАН – 31.10.2014. ГОДИНЕ, ХОТЕЛ КРАГУЈЕВАЦ

9.30 Регистрација учесника и улазни тест

СЕСИЈА 1 (Сала 1 Хотела Крагујевац)
Пленарна предавања „Ортопедија“

Радно председништво:
Проф. др Бранко Ристић, Пуковник др Милимир Кошутић, Мр сци мед. др Ненад Ђоковић

10.00 Значај ортопедске хирургије у свету и у нашој земљи
Проф. др Бранко Ристић, КЦ Крагујевац
10.30 Развој ортопедске хирургије у Крагујевцу од 1891. до 2014. године
Мр сци мед. Ненад Ђоковић, КЦ Крагујевац
11.00 Биомеханичка истраживања и компјутерско моделирање у ортопедској хирургији
Асист. др сци мед. Жељко Степановић, КЦ Крагујевац
11.30 Промене биомеханичких параметара оштећеног, здравог и реконструисаног предњег укрште ног лигамента измерених 3D OptiTrack системом
Асист. др Александар Матић, КЦ Крагујевац

12.00 Коктел
12.30 Артропластика кука и колена – ставови и дилеме
Проф. др Зоран Поповић, бригадни генерал, ВМА
13.00 Оперативно лечење прелома кичменог стуба
Др Миленко Савић, ВМА
13.30 Инфекција оперативног места у ортопедској хирургији – фактори ризика за настанак инфекције
Мр сци мед. Зоран Грујовић, КЦ Крагујевац
14.00 Рехабилитација пацијената са преломом кука
Проф. др Зорица Јовановић, КЦ Крагујевац
14.30 Значај биохемијских маркера код поремећаја коштаног метаболизма
Доц. др Маријана Станојевић Пирковић, КЦ Крагујевац
15.00 Дискусија и закључци
Радно председништво
15.30 Излазни тест и евалуација сесије

СЕСИЈА 2 (Сала 2 Хотела Крагујевац)
Презентација приспелих радова

Усмено излагање радова

Радно председништво: Проф.др Драган Миловановић, Др сци мед. Милован Ерић
Др Мирослав Орешчанин

Време излагања	Име и презиме аутора	Назив рада
10.00	Милче Чанковић Кадијевић	Јубилеј за понос: 70 година крагујевачке трансфузије. Оснивач службе и управник болнице до 1959.године доктор Жарко Новаковић
10.10	Милован Ерић	40 година спортске медицине у Крагујевцу (1973-2013)
10.20	Љубиша Милојевић	30 година активности: “Селу у походе”
10.30	Ивана Јелић	Скрининг програм за превенцију колоректалног карцинома у примарној здравственој заштити
10.40	Бисенија Радивојевић	Функционална диспепсија - учесталост обољевања код одрасле популације у Крагујевцу
10.50	Нина Ђорђевић	Вештачка кост која споро ослобађа изабрани антибиотик- прва искуства у лечењу септичних коштаних дефеката
11.00	Иван Голубовић	Лечење отворених прелома потколенице
11.10	Весна Андрејевић	Психологија и психопатологија ортопедских болесника
11.20	Милован Ерић	Нутритивна ергогена средства у спорту
11.30	Бојан Вучинић	Улога хиперхомоцистеинемије у настанку постоперативних васкуларних компликација
11.40	Јелена Милановић	Фармацеут, лекар и медицинска сестра у едукацији пацијената о превенцији, процени ризика и раном откривању дијабетеса
11.50	Душан Вешовић	Интолеранција на лактозу и вредности биохемијских параметара код гојазних пацијената – наша искуства

12.00	Коктел	
12.30	Ненад Ђоковић	Од српске ренесансе XIII века до Клиничког центра Крагујевац Крагујевац
12.40	Слађана Симовић	Процена тежине оштећења слуха код оболелих од дијабетеса мелитуса тип 2
12.50	Јелена Јовић	Депресија код пацијената са кардиоваскуларним болестима
13.00	Јасмина Шкорић	Синдром Klippel Feil – дијагностика и лечење: Приказ случаја
13.10	Слађана Симовић	Процена тежине симптома алергијског ринитиса визуелном аналогном скалом
13.20	Милица Тасић	Гојазност код деце првог разреда и удружене болести
13.30	Драгана Петровић Кенић	Спровођење националног скрининга за колоректални карцином у ДЗ Лесковац
13.40	Борис Туфегџић	Alpha – feto protein (AFP) као индикатор ремисије и релапса карцинома тестиса. Приказ случаја
13.50	Стоја Рикић	Оцењивање способности за управљање моторним возилом код обољења гастроинтестиналног тракта-приказ случаја
14.00	Милица Тасић	Ставови ученика седмог разреда о здравом начину живота
14.10	Ивана Раковић	Клиничко-демографске карактеристике пацијената са Clostridium difficile инфекцијом у болничким условима-серија случаја
14.20	Иван Милојевић	Хируршко лечење карцинома ларинкса
14.30	Борис Туфегџић	Carcinoma bronchogenes-статистички приказ са територије општине Горњи Милановац 2002. - 2013.
14.40	Томислав Недељковић	Др Жарко Новаковић - оснивач хематолошке лабораторије крагујевачке болнице
14.50	Љиљана Ердевички	Третман акутних запаљења средњег ува у деце
15.00	Дискусија	

Постер презентације

09.30 Излагање постера (Сала 1 Хотела Крагујевац)

Број постера	Име и презиме аутора	Назив рада
П1	Ирена Радоман-Вујачић	Удруженост Helicobacter pylori инфекције са обољењима желуца и дуоденума
П2	Владимир Миловановић	Ране одреднице функције плућа код деце
П3	Јелена Клачар	Поређење конвеционалне и савремене технике уклањања каријеса
П4	Бранимир Ранчић	Неконтролисана употреба анксиолитика – седатива
П5	Марија Алексијевић	Артеријска хипертензија и најчешће удружене болести
П6	Марија Алексијевић	Заступљеност обољења жучне кесе у ултразвучној дијагностици
П7	Иван Недељковић	Helicobacter pylori и артеријска хипертензија
П8	Иван Недељковић	Helicobacter pylori и коронарна болест

П9	Срђан Влајовић	Хиперкифоза као касна компликација прелома кичме
П10	Жељко Васковић	Покушај суицида самоклањем –приказ случаја
П11	Јасмина Стојановић	Ларингеална манифестација Форестереирове болести
П12	Гордана Павловић	Ендовидеостробоскопија у дијагностици туберкулозе ларинкса

15.00 Радно председништво ће обићи изложене постере.
Аутори радова или коаутори који презентују рад су дужни да буду поред својих постера.

Трећи дан – 01.11.2014. године, Факултет медицинских наука у Крагујевцу

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

Програм континуиране медицинске едукације

„Најновија сазнања о дијагностици и лечењу неуроендокриних тумора дигестивног тракта“

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

Број КЕ бодова: 6 бодова за слушаоце. Курс је акредитован за лекаре

Цена котизације: 4000 динара

У Крагујевцу, Октобар 2014. године

ПЛЕНАРНА ПРЕДАВАЊА

КОНЗЕРВАТИВНИ ТРЕТМАН КРВАРЕЊА ИЗ ГОРЊИХ ПАРТИЈА ДИГЕСТИВНОГ ТРАКТА

Драгче Радовановић, Марко Спасић
Клиника за општу и грудну хирургију, Клинички центар "Крагујевац", Крагујевац
Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу

Акутно крварење из горњих партија ГИТ-а представља ургентно стање, које и поред значајног напретка у лечењу носи велики морталитет. Морталитет је у последњих педесет година релативно константан и износи око 12%. Пептички улкус је и даље водећи узрок акутног крварења из горњих партија ГИТ-а на који отпада око 50% свих случајева, следе варикси једњака и желуца и ерозије желуца и дуоденума. Mallory Weiss синдром, ангиодисплазија и гастрична антрална васкуларна ектазија су ретки али веома важни узроци крварења, који значајно доприносе укупном морбидитету и морталитету. Треба поменути и карциноме ове регије, гастритис, хиперацидитет, стрес идр. Клиничка слика поред хеморагијског синдрома се манифестује и хематемезом, меленом, или њиховом комбинацијом. Дијагноза се поставља искључиво ендоскопски. Терапија акутног крварења из езофагогастро-дуоденума може бити: медикаментозна (инхибитори протонске пумпе), испирање хладним растворима идр; интервентна ендоскопска хемостаза у комбинацији са ИПП; хируршка (ресекције, гастротомије са сутуром). Циљ овог рада је да се резимирају успеси нехируршког – конзервативног третмана акутних крварећих лезија из езофагогастродуоденума, као и да се докаже предност ендоскопске хемостазе над хируршком како по квалитету хемостазе тако и по комфору, трошковима, броју дана проведених у болници, могућности да се ендоскопија спроведе код пацијената где је контраиндикована хируршка интервенција. Ендоскопска хемостаза је ефикасна и безбедна метода у терапији активног крварења из проксималних партија ГИТ-а. Велики удео у патогенези крварења има употреба НСАИЛ. Ендоскопска хемостаза у комбинацији са ИПП се далеко више примењује као метода избора у третману акутних крварења (углавном инјекциона метода). Статистички значајно је краћи период боравка у болници пацијената са ендоскопском хемостазом у комбинацији са ИПП у односу на оперисане, самим тим и јефтинија је како за појединца тако и за околину. Проценат рекрварења код пацијената са ендоскопском хемостазом у комбинацији са ИПП је мали. Не треба занемарити ни комфор ендоскопске хемостазе у односу на озбиљан оперативни приступ са ангажовањем читавог хируршког тима. Са свим овим предностима ендоскопска хемостаза се све више примењује усвакодневној пракси и као таква потискује класичну хируршку хемостазу.

Кључне речи: улкус, крварење, хемостаза, гастроскопија.

ГАСТРО ПРОТЕКЦИЈА КРВАРЕЊА ИЗ ГОРЊИХ ПАРТИЈА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНОГ ТРАКТА

Стеван Трбојевић
КЦ Источно Сарајево

Око 20% становника САД старијих од 70 година користи свакодневно неки од облика ацетилсалицилне киселине. Теза да се са мањим дозама ацетилсалицилне киселине смањује ризик од крварења није доказана, јер већ минималне дозе коче синтезу простагландина у желудачној слузници. Нестероидни антиинфламаторни лекови су најчешће употребљавани лекови на свету. У САД дневно неки од ових лекова користи око 25 милиона људи. У Европи свакодневно око 30 милиона људи користи НСАИЛ. Најзначајнији фактори ризика за крварење из горњих партија дигестивног тракта су: анамнеза раније улкусне болести, ранија епизода ГИ крварења, > 65 година, коморбидитети, истовремена употреба више потенцијално улцерогених лекова. Студије су јасно показале да се смртност повећава два пута код болесника на кортикостероидној терапији код перфорације пептичког улкуса. Гастропротекција код болесника са кортикостероидном терапијом је неопходна код примене високих доза корткостероида (≥ 10 mg), анамнезе улкусне болести и епизоде ГИ крварења, истовремене употребе улцерогених лекова. Код примене антикоагулантне терапије је показано да код 50% болесника су масивна крварења, просечна хоспитализација 23 дана, 1 од 12 болесника ће имати епизоду крварења након наставка оралне антикоагулантне терапије. Ризик расте са повећањем броја фактора ризика (године > 65-70, женски пол, полиморфизам гена, INR > 4,5, немогућност довођења INR-а у терапијски опсег, првих 90 дана терапије, раније епизоде ГИ крварења, хеликобактер пилори инфекција, коморбидитет, истовремена употреба других улцерогених лекова). Досадашња искуства показују да 71% болесника има један фактор ризика, 44% болесника су преживели епизоду крварења, али не узимају ИПП, само 23% болесника са мултиплим факторима ризика узима ИПП.

Кључне речи: крварења из горњих партија, гастропротекција, улцерогени лекови.

HIRURŠKO LEČENJE ULKUSNOG KRVARENJA

Ž. Laušević, M. Gvozdenović, G. Vuković, V. Vukojević, D. B. Jovanović, O. Matejić, S. Mijatović, A. Bajec*
*Klinika za urgentnu hirurgiju, *Klinika za gastroenterologiju, Klinički centar Srbije, Beograd*

Krvarenje iz gornjih partija digestivnog trakta (GPDT) je uzrok 1,5% svih urgentnih hospitalizacija danas. Uzrok krvarenja u skoro ¾ slučajeva su gastroduodenalni ulkus i erozije. Uprkos napretka u dijagnostici, neoperativnim načinima hemostaze i izvanrednoj intenzivnoj nezi, ukupan mortalitet u poslednjih četrdeset godina i u najboljim uslovima lečenja ostaje oko 10%, jer su naši pacijenti sve stariji i sa sve većim brojem pratećih bolesti. Potrebno je naglasiti ovaj podatak, zato što od strane pacijenata i njihove rodbine, pa čak i lekara koji se ne bave ovom patologijom postoji prilično nerazumevanje ozbiljnosti ove ulkusne komplikacije.

U tretmanu ovih pacijenata najvažniji su endoskopska hemostaza, koja pomaže da se izbegnu nepotrebni operativni zahvati i lekovi koji smanjuju aciditet želudačnog soka (inhibitori protonske pumpe). Od 3-15% epizoda krvarenja se leči operativno. Široko prihvaćene indikacije za operativno lečenje su neuspeh endoskopske hemostaze, inicijalno ili kod rekurentnog krvarenja. Relativna indikacija je hemodinamska nestabilnost i pored adekvatne nadoknade i recidivno krvarenje.

Hitna operacija kod ovih pacijenata pada u vreme kada su fiziološke rezerve potrošene a prisutni su ozbiljni poremećaji koagulacije pa je mortalitet visok (15 – 25 %). Posebnu pažnju treba posvetiti faktorima rizika rekrvarenja (starost > 60 godina, hemodinamska nestabilnost na prijemu, lokalizacija i veličina ulkusne lezije, endoskopski nalaz aktivnog arterijskog krvarenja ili štrčećeg krvnog suda na bazi ulkusa). Operaciju treba preduzeti u pravo vreme (nikako hirurgija «poslednjeg trenutka»), prilagoditi je pacijentovom uzrastu i njegovom opštem stanju, kao i lokalnom nalazu. U našem Centru za prethodnih pet godina zbog krvarenja iz GPDT, hospitalizovano je ukupno 2227 bolesnika od čega je operativno lečeno 346 (16%). Ukupan mortalitet je 13,9%, a operisanih 15,6%.

Ključne reči: ulkus, krvarenje, hirurgija.

ЕНДОСКОПСКА УЛТРАСОНОГРАФИЈА СУБМУКОЗНИХ ЛЕЗИЈА ЖЕЛУЦА

Драган Челиковић
Клинички центар "Крагујевац", Крагујевац

Увод: Једна од индикација за ендоскопску ултрасонографију (ЕУС) је испитивање субепителијалних, субмукозних лезија желуца, њихова диференцијална дијагноза и праћење. Субмукозни тумори желуца су спорадична појава у класичној ендоскопији, у виду протрузије у лумену желуца.

Циљ: Приказивање могућности ендоскопске ултрасонографије у испитивању, одређивања карактеристика ткива субмукозне промене и распрострањености у зиду желуца, Doppler приказ васкуларизације, са утврђивањем перигастричне инфилтрације или ширења у околне лимфне жлезде.

Методе: Приказ болесника са утврђеном субепителијалном протрузијом у лумену желуца у току гастроскопије. Користимо Aloka ултразвучни апарат апарат и Olympus ендоскопски ултразвук са Dopplerom. Истовремено пратимо ендоскопску и ендосонографску слику на два одвојена екрана.

Резултати: Описана промена је ткивне густине ткива, без инфилтрације мишићног слоја и без инфилтрације у околне лимфне жлезде.

Закључак: Ендоскопска ултрасонографија је метода избора за утврђивање карактеристика субепителијалних промена желуца.

Кључне речи: ендоскопска ултрасонографија (ЕУС), желудац, субмукоса, тумор, Doppler.

ЕНДОСКОПСКЕ МЕТОДЕ ЗАУСТАВЉАЊА КРВАРЕЊА ИЗ ГОРЊИХ ПАРТИЈА ГИТ-А

Жива Живић
Клинички центар "Крагујевац", Крагујевац

Гастроинтестинално крварење означава појаву крви у дигестивном систему. Може бити акутно и хронично. Гастроинтестинално крварење делимо на оно из горњег и доњег дела дигестивног тракта. Треитзов лигамент чини природну границу горњег и доњег дела дигестивног тракта, на основу које је направљена ова подела. У 80% случајева крварење потиче из горњег дела дигестивног тракта. Губитак крви већи од 30% циркулишућег волумена резултира знатним падом ударног и минутног волумена, хипотензијом и метаболичком ацидозом чији је степен у корелацији с развојем шока.

Болесници који крваре из гастроинтестиналног тракта захтевају брз и циљан дијагностички поступак како би се утврдио интензитет и брзина крварења, хемодинамичка стабилност, те степен хитности с обзиром на природу крварења. У просеку, код 80% болесника настане спонтано заустављање крварења без поновног крварења. Највећи проценат морбидитета и морталитета дешава се у преосталих 20% пацијената који континуирано или понављано крваре. Ургентна езофагогастродуоденоскопија

(ЕГДС) сензитиван је и специфичан дијагностички и терапијски метод избора. ЕГДС се мора урадити у раној фази крварења или унутар 24 h од почетка крварења. У том периоду могуће је открити до 90% (76–90%) узрока крварења из горњих делова дигестивног система.

Рана, ургентна ЕГДС комбинована с хемостазом смањује инциденцију рецидива крварења, утиче на веће преживљавање болесника, скраћује време болничког лечења и утрошак крви и крвних деривата. Поред тога, уколико је крварење спонтано стало, помоћу ендоскопског прегледа могуће је проценити ризик од поновног крварења.

Кључне речи: гастроинтестинално крварење, ендоскопска хемостаза.

РИЗИК ЗА НАСТАНАК КАРЦИНОМА КОД ОБОЛЕЛИХ ОД ЗАПАЉЕНСКИХ БОЛЕСТИ ЦРЕВА

Наташа Здравковић
Клинички центар "Крагујевац", Факултет медицинских наука, Крагујевац

Америчка гастроентеролошка организација и Америчка школа за гастроентерологију и Америчко удружење ендоскописта потврђују да болесници са инфламацијским болестима црева имају повећан ризик настанка колоректалног карцинома. Колоректални карцином у већини случајева настаје на терену дисплазија. Препоруке за колоноскопско праћење болесника, зависе од дужине трајања болести и екстензивности болести. Колоноскопски скрининг треба почети осме године након постављања дијагнозе код болесника са панколитисом и после 15 година код болесника са левостраним колитисом. Правило је да биопсије треба узимати сваких 10 cm дуж колона, тако да по правилу треба узети више од 30 биопсија по колоноскопији, где је пракса да се у једну бочицу не ставља више од четири биопсије. Биопсије треба узимати у незапаљеним деловима слузнице колона, што значи да колоноскопију са циљем детекције дисплазија треба радити у фази ремисије болести.

Учесталост колоректалног карцинома код дисплазија ниског степена је >20%. Насупрот томе, висок степен дисплазије носи већу вероватноћу (~60 %) прогресије у колоректални карцином. Налаз дисплазија високог степена (HGD) индикација је у већем броју центара за профилактичну проктоколектомију. Дисплазије ниског степена (LGD) су налаз који захтева понављање колоноскопија са биопсијама за неколико недеља, ако се потврди налаз дисплазије, потребно је размотрити могућност за проктоколектомију, а ако се не нађу дисплазије, колоноскопију треба поновити за 6 месеци. Контролне колоноскопије, ако се не нађу дисплазије, треба радити унутар једне до три године, а идеално би било једном годишње. Ризик од развоја прекарциномских лезија као што је дисплазија или од развоја инвазивног карцинома експоненцијално расте са дужином трајања болести.

Кључне речи: колоректални карцином, инфламацијске болести црева, фактори ризика.

НАЦИОНАЛНИ СКРИНИНГ ЗА КОЛОРЕКТАЛНИ КАРЦИНОМ

Александар Нагорни
Клиника за гастроентерологију и хепатологију, Клинички центар, Ниш

Уважавајући препоруке СЗО, Министарство здравља је уз помоћ стручних радних група сачинило програм организованог скрининга за колоректални карцином у нашој земљи. Ризик од настанка колоректалног карцинома повећава се са старошћу и значајно расте након 40 године живота. Више од 90% свих карцинома открије се код лица старијих од 50 година. Мере и поступци који се спроводе пре појаве карцинома, са циљем да до његовог настанка не дође називају се примарном превенцијом. Елиминисањем или смањивањем степена изложености човека факторима ризика за колоректални карцином допринеће смањивању инциденце овог малигног тумора.

Секундарна превенција подразумева откривање болести у раном стадијуму што утиче на успешност лечења. Откривање болести у преканцерозном стадијуму, стадијуму аденома или у стадијуму локализоване болести омогућава потпуно излечење. Рано откривање колоректалног карцинома (скрининг) представља значајну компоненту секундарне превенције.

Циљна популација за скрининг су асимптоматске жене и мушкарци од 40 до 74 године живота, који нису оперисани од колоректалног карцинома, који немају у историји болести полипе дебелог црева, улцерозни колитис, нити оболеле у првом колену сродства од колоректалног карцинома или аденома дебелог црева. Национални скрининг у Србији тежи обухвату популације од најмање 75%. Циклус скрининга је на 2 године. Скрналнининг тест је имунохистохемијски ФОБ. Након позитивног ФОБ теста спроводиће се колоноскопије са циљем да се достигне цекум, да се тумори суспектни на колорекатални карцином биопсирају, а бенигни тумори едоскопски уклоне.

У земљама у којима се спроводе национално скрининг програми забележен је пад инциденце

колоректалног карцинома и смањена је стопа морталитета.

Кључне речи: колоректални карцином, скрининг, превенција.

ЕНДОСКОПСКО УКЛАЊАЊЕ ПОЛИПА ДЕБЕЛОГ ЦРЕВА

Славко Кнежевић
Клинички центар "Крагујевац", Крагујевац

Полип је ткивна маса која штрчи у лумен црева, може да буде сесилни или на петељци. Полипи се деле на неопластичне и ненеопластичне. Према РН анализи разликују се аденоматозни полипи (аденоми), хиперпластични и хамартозни полипи. Најчешћи су аденоми, који могу да малигно алтеришу и доводе до појаве карцинома дебелог црева. Преко 90% карцинома колона се развија из ових форми полипа. Због тога је колоскопија изузетно важан превентивни преглед где се откривени полипи могу одмах и одстранити.

Што се тиче технике одстрањења полипа она зависи од величине полипа, да ли је педункуларни или сесилни као и од положаја самог полипа. Полипи мањи од 5 mm у промеру могу се комплетно одстранити с неколико „угризака" форцепс-сондом за биопсију, а основа полипа се затим коагулише. Полипи мањи од 1 cm у промеру, се електроресекују са стандардном техником омчом. За одстрањивање педункуларног полипа с великом главом, потребно је смањити величину главе полипа применом сегменталне ресекције, како би петељка дошла у видно поље и како би се извршила комплетна полипектомија „piecemeal" (део по део) ресекцијом. Код сесилних полипа, при бази промера већег од 2 cm, полипектомија може бити учињена техником сегменталне полипектомије „пиецемеал" методом. Техника „strip biopsy", се користи за одстрањење средње-великих и великих сесилних полипа као и за „флат" полипе.

Кључне речи: полипи, колоноскопија, полипектомија.

ЕНДОСКОПСКИ НАЛАЗ У ЗАПАЉЕНСКИМ БОЛЕСТИМА ДЕБЕЛОГ ЦРЕВА

Биљана Вељковић
Клинички центар "Крагујевац", Крагујевац

Инфламаторне болести црева су улцерозни колитис и Кронова болест и обе представљају хроничну инфламацију, код UC слузнице, а код MC читавог зида црева, које настају као последица интереакције генетског фактора и спољашње средине. Златни стандард за постављање дијагнозе ових болести је ендоскопија. Неопходна је тотална колноскопија са илеоскопијом при којој је потребно узети биопсије. Карактеристично је да се Кронова болест јавља у читавом дигестивном тракту од уста до завршетка дебелог црева па је потребно урадити и горњу ендоскопију, док се улцерозни колитис јавља само у дебелом цреву.

Промене у Кроновој болести су трансмуралне, ендоскопски се приказују као "лезије на прескок" обично дубоке улцерације између којих је здрава слузница док су у улцерозном колитису промене слузницве сливене и захватају читаве сегменте слузнице у зависности од степена распрострањености болести.

Да би се једнако тумачиле промене при ендоскопији, неопходна је станардизација промена па опис треба да буде следећи: губитак васкуларне шаре, губитак нормалног изгледа мукозе, едем, гранулације, губитак континуитета слузнице до 1mm, плитке ерозије 1 до 3mm, ерозије до 5mm, дубоке ерозије преко 5mm, псеудополипозне промене као последица прошлог запаљења и на крају стенозе.

Ендоскопија се пошто се постави дијагноза користи у праћењу интензитета болести у праћењу одговора на дату терапију, процени степена ремисије па се у склопу улцерозног колитиса користе скоровања (Mayo, Baron, UCCI...).

Кључне речи: инфламаторне болести црева, ендоскопија, скорови.

УЛОГА МЕДИЦИНСКОГ ТЕХНИЧАРА У ЕНДОСКОПСКИМ ПРОЦЕДУРАМА У ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЈИ

Јагош Радовић, Миланка Стевановић, Марија Марковић, Јасмина Којић, Радослава Ћирковић, Веселин Пантелић, Радица Музикравић, Мирјана Славковић
Клинички центар "Крагујевац", Крагујевац

Ендоскопија је реч грчког порекла. Ригидни ендоскопи су се први пут појавили крајем 19. века. Полусавитљиви са оптичким сочивом у првој половини 20. века. Од 1960. год. ендоскопија постаје и терапијска процедура. Од 1983. год. у употреби су електронички видеоендескопи. Од 1990. год. развија се ентероскопија. Данас је ендоскопија рутинска дијагностичка и важна терапијска процедура која је у многим сегментима потиснула хирушку терапију. Подела ендоскопије према месту увођења ендоскопа: 1. ПЕРОРАЛНА: езофагоскопија, гастроскопија,

дуоденоскопија, ендоскопско-ретроградна-холангио панкреатографија - ЕРЦП, ендоскопска ултрасонографија – ЕУС, ентероскопија, 2. ПЕРАНАЛНА: ригидна ректосигмоскопија, фиберотичка сигмоскопија, колоноскопија, 3. ЛАПАРОСКОПИЈА.

Подела ендоскопије преманамени (циљу) извођења: 1. Дијагностичка (рутинска и ургентна) и 2. Оперативно-терапијска (интервентна).

Индикације за ендоскопију: разна крварења из ГИТ-а, отежано гутање, сумња на малигнитет, сумња на инфекцију хеликобактер пилори, надутост, горушица, бол у абдомену, сумња на постојање улкуса, присуство страног тела.

Сестринске интервенције при ендоскопским процедурама: чување припрема и одржавање ендоскопа, припрема потребног материјала и простора за преглед, припрема болесника за ендоскопски преглед, асистенција при прегледу, збрињавање болесника и материјала по завршеном прегледу.

Кључне речи: гастроентерологија, ендоскопија, медицински техничар.

HIRURŠKA KOŠTANA BANKA DELOKRUG RADA MEDICINSKE SESTRE

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

Hirurška koštana banka (HKB) predstavlja obezbeđivanje i skladištenje koštanog tkiva isključivo živih donora po principima savremenih medicinskih i etičkih protokola. U KC Kragujevac je oformljena 2007 god. Protokol HKB podrazumeva: izbor i skrining donora, testiranje i obradu hirurške kosti i skladištenje i distribuciju hirurške kosti i vođenje evidencije neophodnih parametara.

Ključne reči: koštana banka, donor, parametri.

ZNAČAJ ORTOPEDSKE HIRURGIJE U SVETU I NAŠOJ ZEMLJI

Branko Ristić
Klinički centar "Kragujevac", Fakultet medicinskih nauka, Kragujevac

Ove godine se navršava 40 godina od osnivanja ortopedskog odeljenja u Kragujevcu. U istom periodu desile su se krupne promene u razvoju ortopedske hirurgije i traumatologije. Najčešće bolesti i povrede u većini zemalja sveta krajem prošlog i početkom ovog veka su vezane za ovu granu medicine – osteoporotični prelomi i degenerativna oboljenja lokomotornog aparata. Osim medicinskog značaja, ove bolesti zbog masovnosti pojavljivanja predstavljaju i veoma ozbiljan socijalni i ekonomski problem u gotovo svim društvenim zajednicama.

U prvoj sveobuhvatnoj studiju o uticaju svih bolesti i faktora rizika na zdravlje ljudi, koja je objavljena u The Lancet 2012. godine, muskuloskeletna oboljenja su drugi najveći uzrok invaliditeta u svetu (mereno kao *years lived with disability YLDs*). Iako većina ovih povreda i oboljenja nisu direktni uzrok mortaliteta, njihov uticaj na sposobnost samostalnog življenja i smanjenjenje radne sposobnosti stanovništva, veoma mnogo utiču na život i pojedinca i društvene zajednice u celini. Oboljenja kao što su osteoartroze ili bolna stanja u krsno-slabinskom predelu utiču na više od 1,7 milijardi ljudi širom sveta. Incidenca ovih oboljenja je porasla za 45% u poslednjih 20 godina i njihov broj će nastaviti da raste i u narednom periodu. Isti problem postoji i u našoj zemlji, premda precizni podaci o incidenci oboljenja i povreda muskuloskeletnog sistema još uvek nisu precizni ili dostupni.

Ortopedska zajednica je kroz organizaciju Joint and Bone Decade - *Global Alliance for Musculoskeletal Health* uputila poziv vladama, organizatorima zdravstvene službe i Svetskoj zdravstvenoj organizaciji da ozbiljnije uzmu u razmatranje i da naprave planove za rešavanje ovog globalnog i sve brže rastućeg problema.

Ključne reči: ortopedska hirurgija, istorijat, Srbija.

RAZVOJ ORTOPEDSKE HIRURGIJE U KRAGUJEVCU OD 1891. DO 2014. GODINE

Nenad Đoković
Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

Značajan iskorak ortopedije u Kragujevcu nastaje 01.04.1967. godine, kada iz Specijalne bolnice za dečiju paralizu i koštanozglobnu tuberkulozu u Beogradu, u Kragujevac dolazi dr Radoslav Janković-Šilja. Formira se Odsek ortopedije u okviru službe hirurgije. l974. godine se izdvaja Ortopedsko-traumatološko odeljenje iz okvira hirurške službe. Prva endoproteza kolena u Kragujevcu biva ugradjena 10.05.1978., a parcijalna proteza kuka mesec dana kasnije. Već 1980. godine dr A. Buđevac ugradjuje prvu totalnu endoprotezu kuka. Prim. dr Stevan Kitanić 1983. radi Putti-Platt operaciju ramena. Prof. dr Milovan Zečević i dr Radomir Kovačević 25. avgusta. 1988 godine primenjuju spoljašnji fiksator na podkolenici, i otvaraju time novu eru traumatologije u Kragujevcu. Honorarnim angažovanjem profesora Medicinskog fakulteta iz Beograda dolazi do kontinuiranog usavršavanja kragujevačkih ortopeda i primene najsavremenijih operativnih tehnika. Tako prva stabilizacija kičmenog stuba kod traumatskih povreda biva uradjena 1991. godine. Metoda primene spoljašnjeg fiksatora po prof. Mitkoviću, počinje da se primenjuje od 1994. godine, a prve revizione artroplastike počinju da se

rade od 1999. godine. Dr Zoran Jovanović 31. januara 2000., primenjuje DHS-YU sistem po dr Bogosavljeviću, a dve godine kasnije prof. dr Branko Ristić radi prvu ligamentoplastiku kolena, i samo mesc dana kasnije, prvi put u Kragujevcu, primenjuje novu generaciju intramedularnih klinova, u zbrinjavanju traume lokomotornog sistema. 1996. otvara se novo poglavlje endoskopske ortopedije, a opremanjem i formiranjem koštane banke 2007., omogućava se dalji razvoj i usavršavanje osteo- i artroplastike, uz korišćenje najmodernijih softera navigacione aloartroplastike. 2008. .godine dr Zoran Jovanović ugradjuje prvu parcijalu endoprotezu zgloba ramena. Dolaskom madih kadrova, lekara sa specijalizacije, na kliniku, dolazi do daljnjeg prodora u oblast spinalne i endoskopske hirurgije, koje se sve više usavršavaju.

Prerastanjem KBC Kragujevac u KC Kragujevac 2010. godine, uz postojanje adekvatne kadrovske strukture, dovelo je do prerastanja Centra za ortopediju i traumatologiju u Kliniku za ortopediju i traumatolgiju, kojom sada rukovodi prof. dr Branko Ristić.

Ključne reči: ortopedska hirurgija, istorijat, Srbija.

BIOMEHANIČKA ISTRAŽIVANJA I KOMPJUTERSKO MODELIRANJE U ORTOPEDSKOJ HIRURGIJI

Željko Stepanović
Klinički centar "Kragujevac", Fakultet medicinskih nauka, Kragujevac

Od ortopedskih hirurga 21. veka klinička praksa očekuje veliko znanje širokog spektra od molekularne biologije do bioinženjeringa, primenu novih metoda lečenja i evaluaciju njihovog ishoda. Biomehanika predstavlja oblast mehanike koja se bavi analizom sila koje deluju na biološke strukture i unutar njih, uključujući efekte nastale njihovim dejstvom. Razumevanje mehanobiologije u traumi koštano-mišićnog sistema, koštanog zarastanja i uticaja sila na transformaciju tkiva utemeljeno je na brojnim biomehaničkim istraživanjima u prošlom veku.

Veliki utrošak novca i vremena u sprovođenju biomehaničkih eksperimenata uticao je na stvaranje matematičkih modela koji se mogu primeniti u različitim mehaničkim i materijalnim stanjima. Metoda konačnih elemenata predstavlja naprednu kompjutersku tehniku analize napona u strukturama. U ortopedskoj biomehanici je postala značajno sredstvo svakog istraživačkog tima koji se bavi analizom osobina koštano-zglobnog sistema i konstrukcija kost-implantat u različitim mehaničkim okolnostima. Time je postignuta velika konzistentnost u rezultatima, imajući u vidu identičan model oslobođen eksperimentalnih i interindividualnih varijacija.

Prateći trend savremene ortopedske hirugije, prvo biomehaničko istraživanje u Klinici za ortopediju i traumatologiju KC Kragujevac je obavljeno 1998. godine. Testirana je stabilnost dva modaliteta fiksacije kod preloma vrata butne kosti na 10 kadaveričnih modela. Prvo testiranje modaliteta fiksacije otvorene klinaste osteotomije tibije metodom konačnih elemenata je obavljeno 2008. godine. Na osnovu dobijenih rezultata, izvršeno je biomehaničko testiranje prototip ploče i standardne T ploče kod 10 kadaveričnih osteotomiranih tibija. Kinematička ispitivanja zgloba kolena kod osoba sa povredom prednje ukrštene veze i zdravih individua obavljaju se u Klinici od 2012.godine. Naša buduća biomehanička istraživanja biće usmerena na postdiplomska usavršavanja i unapređenje svakodnevne kliničke prakse.

Ključne reči: ortopedska hirurgija, biomehanika, istraživanje.

PROMENE BIOMEHANIČKIH PARAMETARA OŠTEĆENOG, ZDRAVOG I REKONSTRUISANOG PREDNJEG UKRŠTENOG LIGAMENTA IZMERENIH 3D OPTITRACK SISTEMOM

Aleksandar Matić[1,2], Branko Ristić[1,2] Suzana Petrović Savić[3], Goran Devedžić[3]
[1] Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac
[2] Klinički centar Kragujevac, Klinika za ortopediju i traumatologiju, Kragujevac
[3] Fakultet inženjerskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac

Cilj: Cilj rada je da se pokaže da postoji jasna razlika u obrascu kretanja kod zdravog, oštećenog i rekonstruisanog prednjeg ukrštenog ligamenta (engl. anterior cruciate ligament – ACL).

Metode: U studiji analize hoda učestvovalo je dvadesetdevet pacijenata sa oštećenim ACL-om. Oštećenost ACL – a je određena kliničkim ispitivanjem, analizom MRI snimaka i analizom vrednosti patoloških parametara i oblika krivih promene anteriorno posteriorne translacije (AP translacije) i interno eksterne rotacije (IE rotacije). Krive promene AP translacije i ugla IE rotacije dobijene su korišćenjem 3D OptiTrack sistema. 3D sistem za analizu kretanja sastoji se iz šest infracrvenih kamera koje su postavljane duž putanje kretanja i sa kojima je zabeležena pozicija fluorescentnih markera. Markeri su postavljani na karakterističnim regionima donjih ekstremiteta, odnosno na regionu velikog trohantera butne kosti, na lateralnoj epikondili butne kosti, na tuberozitosu tibie i na centru skočnog zgloba.

Rezultati: Srednja vrednost promene AP translacije za ceo ciklus hoda za koleno sa oštećenim ACL – om iznosi 5.8104±1.6764 mm, za koleno sa rekonstruisanim ACL-om iznosi 3.1496±0.8558 mm i za koleno sa zdravim ACL-om iznosi 3.0261±0.9159 mm. Srednja vrednost promene IE rotacije za ceo ciklus hoda za koleno sa oštećenim ACL-om iznosi 1.1783±1.1879 mm, za koleno sa rekonstruisanim ACL-om iznosi 0.4421±0.4637 mm i za koleno sa zdravim ACL-om iznosi 0.3518±0.3156 mm.

Zaključak: Analizom kinematskih podataka utvrđeno je da postoji jasna razlika u biomehaničkim parametrima zdravog, oštećenog i rekonstruisanog ACL-a. Rekonstrukcija ACL-a u dovoljnoj meri vraća kinematiku kolena, naročito u pogledu promene rotacije IE ugla u kratkom vremenskom periodu.

Ključne reči: prednji ukršteni ligament, AP translacija, IE rotacija, parametri.

ARTROPLASTIKE KUKA I KOLENA: STAVOVI I DILEME

Zoran Popovic, Aleksandar Radunovic, Vladimir Vranic, Goran Lekic
Klinika za ortopedsku hirurgiju i traumatologiju, VMA, Beograd

Artroplastike kuka i kolena su među procedurama koje najviše povećavaju kvalitet života pacijenta. Razvoj tehnologije izrade endoproteza je doprineo prisustvu različitih koncepta endoproteza i raznolikosti materijala od kojeg su izrađene. Sa povećanjem životnog veka pacijenata, povećanjem njihovih očekivanja i predviđanjem o značajnom porastu broja implantiranih endoproteza pred hiruzima je izazov za čije uspešno rešavanje je neophodno poznavanje prednosti i nedostataka svih aktuelnih tehnika na ovom polju. U oblasti endoproteza kuka najviše dinamike je na polju materijala i dizajna femoralnih glava i acetabularnih inserta a i u THA i TKA, CAS pokazuje izvanredne rezultate na polju povećanja preciznosti orjentacije komponenti.

Ključne reči: kuk, koleno, artroplastika.

OPERATIVNO LEČENJE PRELOMA KIČMENOG STUBA

Savić Milenko
VMA, Beograd

Prelomi kičmenog stuba su povrede koje nastaju dejstvom sile jakog intenziteta. Predstavljaju ozbiljan hirurški, socijalni i ekonomski problem. Velika sredstva se ulažu u dijagnostiku, lečenje i rehabilitaciju ovih pacijenata. Razvojem industrije i saobraćaja povećava se i njihova učestalost kod mlađe, radno sposobne populacije.

Postoje različite podele preloma kičmenog stuba vezane za mahanizam nastanka, lokalizaciju, stabilnost, neurološke ispade. Lečenje svih ima za cilj repoziciju i stabilizaciju preloma, stabilno i bezbolno zarastanje, dekompresiju nervnih struktura i izbegavanje naknadnog oštećenja moždine. Leče se operativnim i neoperativnim putem. Neoperativno lečenje podrazumeva mirovanje, imobilizaciju i fizikalni tretman. Odluka o načinu lečenja donosi se na osnovu više parametara. Preduslov za adekvatno zbrinjavanje je dijagnostika i klasifikacija preloma, kao i postavljanje indikacije za određenu vrstu lečenja.

Razvojem implantata i praćenjem dobijenih rezultata, hirurške metode sve više dobijaju na značaju u lečenju navedenih povreda. Prethodi joj postavljanje indikacija za hirurško lečenje, optimalno vreme za hirurgiju i najbolji hirurški pristup. Primenjuje se zadnja, prednja, kao i kombinovana hirurgija. Savremeno lečenje ide u pravcu minimalno invazivnih metoda.

Operativnim lečenjem postiže se redukcija deformiteta, stabilnost kičmenog stuba, kao i dekompresija nervnih struktura. Omogućena rana vertikalizacija i rehabilitacije pacijenata, kao i sprečavanje kasnijeg nastanka deformiteta.

Ključne reči: prelom, kičma, operativno lečenje.

ИНФЕКЦИЈА ОПЕРАТИВНОГ МЕСТА У ОРТОПЕДСКОЈ ХИРУРГИЈИ – ФАКТОРИ РИЗИКА ЗА НАСТАНАК ИНФЕКЦИЈЕ

Зоран Грујовић, Ж. Степановић. А. Матић, З. Јовановић, И. Стојадиновић, Д. Јовановић
Клиника за ортопедију и трауматологију
Клинички центар "Крагујевац", Крагујевац

Циљ овог рада је био да истражи могућу повезаност неких фактора ризика за настанак инфекција оперативног места (ИОМ) у ортопедских болесника. Студијску популацију су чинили сви пацијенти који су оперисани у Клиници за ортопедију и трауматологију Клиничког центра у Крагујевцу (n=801) током 12 месеци. Током студије праћења, инфекције оперативног места утврђене су код 104 болесника (13,0%). Резултати мултиваријантне регресионе анализе показују да су ИОМ знатно чешће биле у болесника који су имали контаминирано или прљаво оперативно место, са дренажом оперативне ране, те који су били у јединици интензивне неге.

Кључне речи: ортопедска хирургија, инфекције, фактори ризика.

REHABILITACIJA PACIJENATA SA PRELOMOM KUKA

Zorica Jovanović
Odsek za fizikalnu medicinu i ranu rehabilitaciju
Klinika za ortopediju i traumatologiju
Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

Sa produžavanjem života stanovništva i sve većim brojem starih osoba značajno raste i učestalost preloma kuka. Savremeni stavovi u lečenju bolesnika sa prelomom kuka podrazumevaju operativno lečenje kao metodu izbora i rani rehabilitacioni tretman. Cilj rada je da se prikaže protokol rehabilitacije koji se sprovodi u Klinici za ortopediju i traumatologiju Kliničkog centra Kragujevac nakon preloma kuka. Rehabilitacija bolesnika sa prelomom kuka predstavlja niz procedura koje omogućavaju dostizanje i očuvanje maksimalnog funkcionalnog statusa i kvaliteta života u svim njegovim aspektima. Ovakav rehabilitacioni tretman podrazumeva individualno dizajniran program sa determinisanim ciljem rehabilitacije, uz saradnju celog rehabilitacionog tima. Kineziterapija kao deo programa rehabilitacije se sastoji od grupe vežbi koje su dizajnirane u skladu sa funkcionalnim stanjem, potrebama bolesnika i metodom hirurškog lečenja. Rehabilitacija ima za cilj ranu mobilizaciju, povećanje obima pokreta u kuku, jačanje muskulature, uspostavljanje koordinacije hoda i balansa, samostalnost u hodu i aktivnostima svakodnevnog života. Ograničavajući faktori u rehabilitaciji su starija životna dob, komorbiditet, hipotrofija muskulature i kognitivni status. Za procenu funkcionalne osposobljenosti bolesnika nakon operativnog lečenja preloma kuka se najčešće koristi Harisov skor, dok je A-test pouzdan za svakodnevno praćenje funkcionalnog oporavka bolesnika tokom ranog perioda rehabilitacije. *Mini Mental Status Examination* (MMSE) se koristi za procenu kognitivnog statusa. Adekvatno sprovedeno operativno lečenje, rana mobilizacija bolesnika, samostalnost u hodu i aktivnostima svakodnevnog života su osnov uspeha u lečenju bolesnika sa prelomom kuka. S obzirom da je lečenje i rehabilitacija bolesnika nakon preloma kuka dugotrajan i skup proces, neophodno je posvetiti pažnju prevenciji glavnih faktora rizika, padova i osteoporoze.

Ključne reči: prelom kuka, osteoporoza, rehabilitacija, funkcionalni oporavak.

ЗНАЧАЈ БИОХЕМИЈСКИХ МАРКЕРА КОД ПОРЕМЕЋАЈА КОШТАНОГ МЕТАБОЛИЗМА

Маријана Станојевић Пирковић,
Факултет медицинских наука, Клинички центар "Крагујевац", Крагујевац

Биохемијски маркери коштаног метаболизма могу бити ензими или протеински молекули специфични за активност остеобласта и остеокласта или молекули формирани у току стварања или разградње колагена. Маркери коштаног формирања су: укупна и коштано специфична алкална фосфатаза, остеокалцин, C- и N-терминални пропептиди проколагена типа I (PINP, PICP). Маркери коштане ресорпције су: тартарат резистентна кисела фосфатаза, пиридинолин, деоксипиридинолин, N- и C- терминални телопептиди колагена типа I. Иако се не могу користити у дијагностици остеопорозе постоји све шира клиничка примена ових маркера у предвиђању ризика за настанак прелома, у процени губитка коштане масе, као и у праћењу ефикасности примењене терапије. При праћењу терапијског ефекта промене коштане масе су споре и могу се уочити тек након 1,5-2 године, док се промене у динамици коштаних маркера могу запазити већ након 3-6 месеци. Препоручено је мерење маркера коштаног формирања пре почетка терапије и након 6 месеци терапије, а маркере коштане ресорпције пре и после 3 или 6 месеци терапије. Према подацима из литературе показано је да је прихватање терапије остеопорозе веома ниско. 20-30% болесника прекида терапију након 6-12 месеци, док око 50% прави повремене прекиде узимања лекова. Праћење коштаних маркера корисно је и у откривању пацијената који нередовно узимају терапију. Док повољни налази ових тестова стимулишу пацијенте на дисциплиновано узимање прописане терапије као и на бољу сарадњу са ординирајућим лекаром.

Кључне речи: кост, метаболизам, биохемија.

ПРЕЗЕНТАЦИЈА ПРИСПЕЛИХ РАДОВА

ЈУБИЛЕЈ ЗА ПОНОС: 70 ГОДИНА КРАГУЈЕВАЧКЕ ТРАНСФУЗИЈЕ. ОСНИВАЧ СЛУЖБЕ И УПРАВНИК БОЛНИЦЕ ДО 1959. ГОДИНЕ ДОКТОР ЖАРКО НОВАКОВИЋ

Милче Чанковић Кадијевић

Трансфузиолошку искру је у Првом светском рату упалио др Никола Крстић први пут применивши индиректну трансфузију на Солунском фронту. Искру је распламсао др Димитрије Калић 1934. године који у Београду 1936. године формира прву трансфузиолошку службу на Балкану. Почетак рата је условио и огромне потребе за трансфузијама, па 24.10.1944. трансфузиолошка служба прераста у Завод за трансфузију крви, савезну војну установу, за потребе великог броја рањеника, на Сремском фронту. Додатно, потребан је био и едукован кадар и формирање још трансфузиолошких станица.

Трансфузиолошка станица формирана у Војној болници у Крагујевцу убрзо постаје, поред београдске, најуспешнија. Заслужан је др Жарко Новаковић, са биографијом за поштовање и памћење. Из тек ослобођеног Крагујевца, у новембру 1944. године, у ослобођени Београд, у Завод за трансфузију крви , код др Д. Калића на едукацију долази др Жарко Новаковић, да би већ у децембру 1944. године трансфузиолошка станица почела успешно да ради.

Др Жарко Новаковић је рођен 1905. године. Српски је ђак током целог школовања: основну школу је завршио у родном Срему, гимназију у Шапцу 1924. године, а Медицински факултет у Београду 1930. године.1931. године је примљен у лекарску комору Београда, 1933. године добија намештење у у државној служби као прегледач стоке, па бановински доктор. Историјске прилике се мењају јер родно место Јамена у Срему постаје део НДХ и српски доктор више није пожељан. 1940. године успева да добије премештај за Крагујевац. Априла 1941. године је мобилисан, па убрзо од Немаца заробљен као санитетски лекар, резервни потпуковник. Током рата, у Крагујевцу обавља приватну лекарску праксу, са статусом ратног заробљеника у одсуству.

Одмах по ослобођењу Крагујевца, 21. октобра 1944. године мобилисан је у НОВЈ, али остаје у Крагујевцу, са главним задатком да оснује станицу за трансфузију крви, у склопу војне болнице. Задатак је одлично обавио. До коначног завршетка Другог светског рата 1945. године, као једини лекар у станици, са једним техничаром и неколико помоћних радника, прикупио је 1635 литара крви, што је било много више него у свим оталим, тек формираним трансфузиолошким службама. Трансфузиолошка служба је добила чак девет просторија за три области рада: за пропаганду и прикупљање крви од давалаца, за спремање цитратне крви за индиректну трансфузију и лабораторије за одређивање крвних група и тестирање на сифилис.

По завршетку рата, др Жарко Новаковић наставља успешу сарадњу и едукацију у Заводу за трансфузију крви у Београду. Добија највише оцене за свој рад, резултате и руковођење тада цивилном трансфузиолошком службом, као и за едукацију запослених. 1952. године постаје и специјалиста интерне медицине и хепатолог. 1958. године добија звање примаријуса за унутрашње болести. До 1959. обавља и функцију Начелника Интерног одељења и управника болнице у Крагујевцу, уз волонтерски рад у трансфузији.

Кључне речи: трансфузиологија, историјат, Србија.

40 GODINA SPORTSKE MEDICINE U KRAGUJEVCU (1973-2013)

Milovan Erić
Poliklinika dr Vezmar, Kragujevac

Sportska medicina je mlada medicinska grana. Naša zemlja skoro da je bila preteča organizovanom i institucionalizovanom radu sportske medicine. Kragujevac je dao zanačajan doprinos tome. Zvaničan pocetak rada Sportske medicine u Kragujevcu je septembar 1973. godine. Tada je otvoren i prvi zdravstveno sportski karton jednom od rukometaša RK "Radnički". U početku je to bio Odsek za sportsku medicinu u sastavu Zavoda za zdravstvenu zaštitu. Pri reorganizaciji zdravstvene sluzbe u Kragujevcu Sportska medicina funkcionise kao Dispanzer za sportsku medicinu pri Domu zdravlja, potom kao Služba za sportsku medicinu i na kraju Odeljenje pri Specijalističkoj službi Doma zdravlja. Od početka rada svakom sportisti je otvaran zdravstveno-sportski karton gde je upisivan pri svakom dolasku kompletan nalaz (fizikalni pregled, EKG u miru i naporu, laboratorija, antropometrija, dinamometrija, funkcionalna testiranja). Od 2012. godine kada je stupio na snagu Pravilnik o utvrdjivanju zdravstvene sposobnosti sportista za obavljanje sportskih aktivnosti, svi preventivni (predtakmičarski) pregledi se obavljaju prema ovom Pravilniku. Pored preventivnih (predtakmičarskih) pregleda u Sportskoj medicine mogle su se dobiti sve druge usluge koje proisticu iz definicije sportske medicine. Sportska medicina u Kragujevcu je za svo ovo vreme 1973-2013., pružala kvalitetnu zdravstvenu zaštitu sportistima (svih uzrasta, svih nivoa takmičenja,

svih sportskih grana) i svim osobana koje se bave fizičkom aktivnošću zdravstvene namene i to na nivou celog regiona. Uz sve teškoće Sportska medicina u Kragujevcu je pratila sve intencije i trendove ove medicinske grane u svetu koju neki stručnjaci opravdano nazivaju "Medicinom XXI veka"

Ključne reči: istorijat, sportska medicina, Srbija

30 GODINA AKTIVNOSTI: "SELU U POHODE" (LEKARI SLD KAO VOLONTERI CRVENOG KRSTA KRAGUJEVAC)

Ljubiša Milojević[1], Nevenka Bogdanović[1], Ivan Milojević[2], Igor Milojević[3], Nenad Đoković[3]
Crveni krst Kragujevac[1], ORL[2], Klinika za ortopediju[3], Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

Autori smatraju da su za istoriju medicine Kragujevca veoma važne volonterske aktivnosti lekara SLD u organizaciji Crvenog krsta uopšte, a naročito one koje se spovode u ruralnim sredinama, odnosno seoskim naseljima Kragujevca.

Proučiti sve lekarske aktivnosti pod nazivom "Selu u pohode" koje su sprovedene tokom poslednjih 30 godina (1983. – 20l3.), kontinualno.One se odnose na preglede lekara opšte medicine i različitih specijalista onih ljudi koji žive u pasivnim, po pravilu ostarelim selima, sa malobrojnom decom, koja pohađaju škole sa brojnim nedostacima (u pogledu vode, toaleta i drugog), da prouče u celini vodonosne objekte i daju predlog njihovog poboljšanja, kao i da izuče kompletno zdravstveno stanje observirane sredine. Učestvovali su i: strućnjak centra za socijalni rad, poljoprivredni stručnjak, pretstavnik saobraćajne policije, član vatrogasne jedinice, pčelar i drugi koji mogu svojim znanjem i iskustvom da pruže podršku poboljšanju života seljana.

Detaljnom analizom medicinske dokumentacije, kroz sprovedene statističke metode, su pokazale krupne doprinose kvalitetnijem životu ovih ljudi. Zato je Crveni krst Kragujevca povodom tri decenije ovakvog delanja podelio zahvalnice onima koji su najviše angažovani: Gradska uprava, Klinički centar, Dom zdravlja, Institut za javno zdravlje, Apotekarska ustanova, Centar za socijalan rad, Saobraćajna policija, Vatrogasna spasilačka jedinica, Poljoprivredna stanica.Takođe, nosilac zahvalnice je i jedan broj zaslužnih volontera koji su tokom ovog vremena učestvovali u skoro svim akcijama: dr Dragan Vulović, dr Ljubiša Milojević, dr Bogoljub Milosavljević, prof. dr sc Slavica Đukić Dejanović, dr Zdenka Karaklajić, dr Biljana Branković, dr Dragan Radović, a posthumno, dr Miodrag Ćirić, dr Olga Tomić, dr Bora Milićević i dr Milutin Tomašević.

Aktivnost "Selu u pogode" je veoma značajna sa aspekta podizanja zdravstvene kulture stanovništva, poboljšanja kvaliteta i produžavanja života zdravstveno ugroženih meštana. Volonteri Crvenog krsta, u ovom slučaju lekari, svojim delovanjem u ovoj akciji, van redovnog radnog vremena, besplatno, svojim primerom podstiču i mladje kolege da nastave borbu za zdravlje onih kojima je ovakav oblik dobročinstva najpotrebniji.

Ključne reči: istorija medicine, SLD Kragujevac, Crveni krst Kragujevac.

SKRINING PROGRAM ZA PREVENCIJU KOLOREKTALNOG KARCINOMA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Ivana Jelić[1], Andrija Račić[2], Dragče Radovanović[3,4] i Marko Spasić[3,4]
[1] Dom zdravlja, Kragujevac
[2] Garnizona ambulanta, Kragujevac
[3] Klinika za opštu i grudnu hirurgiju, Klinički centar "Kragujevac" Kragujevac
[4] Fakultet medicinskih nauka Univerzitet u Kragujevcu

Uvod: U Srbiji se karcinom kolorektuma nalazi na trećem mestu uzroka smrti od maligniteta. Brojne studije ukazuju na značajne varijacije u stopama kolorektalnog karcinoma, a varijabilnost u studijama potiče od različitih faktora rizika i aktivnih mera jedne zemlje kroz programe skrininga.

Cilj: Prikazati rezultate skrining programa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti tokom šestomesečnog praćenja pacijenata.

Metode: U Srbiji je kreiran skrining program od strane eksperata Ministarstva Zdravlja Republike Srbije za kolorektalni karcinom u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji podrazumeva test za otkrivanje okultne krvi u stolici (FOB test), a zatim kolonoskopiju kod pacijenata kod kojih je ovaj test pozitivan. Pozivanje pacijenata vršeno je od strane izabranog lekara. Uzorci stolice su prikupljani kod kuće bez bilo kakvih specifičnih ograničenja u ishrani i lekovima. Nakon dobijanja rezultata izabrani lekar je obavestio pacijenta o rezultatu sprovedenog testa.Pacijenti sa pozitivnim FOB testom su upućivani u Kliniku za gastroenterologiju, Kliničkog centra "Kragujevac" radi kolonoskopije i dalje dijagnostike.

Rezultati: U našem istraživanju testirano je 2386 pacijenata. Negativan rezultat FOB testa imalo je 95,7%, a 4,3% pozitivan rezultat. Ukupno je zakazano 406 kolonoskopija, odnosno 50,65% koji su imali simptome suspektne na postojanje karcinoma debelog creva. Ukupno je urađeno 298 kolonoskopija, a kod 8 pacijenata otkriven je kolorektalni karcinom.

Zaključak: Dobijeni rezultati ovim istraživanjem ukazuju da je potrebno primeniti skrining program za ranu

detekciju kolorektalnog karcinoma, jer se otkrivaju do tada nedijagnostikovani slučajevi. Ciljani kolonoskopski pregledi kasnije dovode do smanjena stope incidence, jer se na vreme otklanjaju prekancerozni polipi u kolorektumu.

Ključne reči: skrining, kolorektalni karcinom, FOB test.

FUNKCIONALNA DISPEPSIJA - UČESTALOST OBOLJEVANJA KOD ODRASLE POPULACIJE U KRAGUJEVCU

Bisenija Radivojević[1], Vesna Andrejević[2]
[1]Dom zdravlja, Kragujevac
[2]Institut za javno zdravlje, Kragujevac

Uvod: Dispepsija je opšti naziv za bol ili nelagodnost u epigastrijumu, koji mogu biti epizodični ili stalni. Najčešći uzroci dispepsije su: funkcionalna dispepsija do 60%, peptički ulkus 15-25%, refluksni ezofagitis 5-15%, karcinom želuca i jednjaka <2%, dok ređi uzroci mogu biti bilijarna oboljenja, pankreatitis, uzimanje nekih lekova, ishemijske bolesti creva, parazitoze, malapsorpcija ugljenih hidrata, sistemske bolesti, karcinom pankreasa i drugi abdominalni tumori.

Cilj: Utvrditi učestalost oboljenja kod odraslih pacijenata koji se leče u Domu zdravlja Kragujevac sa posebnim osvrtom na studentsku populaciju

Metode: Analitičko deskriptivni metod na osnovu izveštaja o radu Službe opšte medicine Doma zdravlja Kragujevac i Službe za zdravstvenu zaštitu studenata. Rezultati su prikazani tabelarno i grafički.

Rezultati: Funkcionalna dispepsija je čest problem zbog koga se pacijenti javljaju izabranom lekaru. Smatra se da oko 40% odraslih osoba ima probleme sa dispepsijom. Zastupljenost simptoma dispepsije kod pacijenata u opštoj medicini u Kragujevcu u posmatranom periodu kretala se oko 39,6% dok je kod studenata taj procenat iznosio oko 16,1%. Zanimljivo je da se taj procenat održava na sličnom nivou kod opšte populacije, dok je kod studenata u porastu – dva puta veći 2013. u odnosu na 2012. godine.

Zaključak: Ovo oboljenje je razlog za preko 40% gastroenterooloških konsultacija. Pogađa radno aktivno stanovništvo pa predstavlja veliko opterećenje za zdravstveni sistem jer pacijenti često ne reaguju na primenjenu terapiju zbog čega se ponavlja dijagnostika i lečenje a obolelima opada kako kvalitet života tako i sposobnost za rad.

Ključne reči: dispepsija, učestalost, odrasli.

VEŠTAČKA KOST KOJA SPORO OSLOBAĐA IZABRANI ANTIBIOTIK- PRVA ISKUSTVA U LEČENJU SEPTIČNIH KOŠTANIH DEFEKATA

Nina Đorđević
Ortopedsko-traumatološka klinika, Klinički centar, Niš

Uvod: PerOssal je jedinjenje kalcijum-sulfata i nanaopartikula hidroksiapatita koje u formi granula ispunjava koštani defekt i stimuliše urastanje nove kosti. U isto vreme sporo oslobađa antibiotik koji se po želji u njega ubaci. Potpuno se resorbuje u periodu od 6 meseci. Prvenstveno je namenjen lečenju septičnih stanja na kosti koja su praćena gubitkom koštane mase.

Cilj: Pokazati iskustva u primeni PerOssal-a kod inficiranih koštanih defekata kod dvoje pacijenata, koji su lečeni u Libiji 2012. i 2013. godine.

Prikaz slučaja: Prvi pacijent je mladić sa hronicnim osteomijelitisom tibije, a druga pacijentkinja je dijabetičarka sa septičnom pseudoartrozom II MT kosti. Pre hirurškog lečenja određeni su uzročnici infekcija i njihova osetljivost na antibiotike. Urađen je opsežni debridman i ispiranje koštanog defekta. Šupljine su popunjene PerOssal granulama natopljenim adekvatnim antibioticima. Kod mladića, defekt mekog tkiva je pokriven slobodnim režnjem. Rana kod pacijentkinje je zatvorena direktnim suturama. Uz lokalnu, davana je i sistemska antibiotska terapija u trajaju od mesec dana. Rane su zarasle u periodu od dve nedelje. Laboratorijski parametri infekcije su postepeno svedeni na normalan nivo. Na radiogramima je utvrđeno zarastanje metatarzalne kosti posle dva meseca, a za tibiju je bilo potrebno 6 meseci.

Zaključak: PerOssal je dobar izbor za lečenje inficiranih kostanih defekata. Potpuno je konkurentan drugim veštačkim koštanim supstituentima, a prednost mu je primena antibiotika po želji i potpuna resorpcija. U literaturi su podaci oskudni i svako novo iskustvo je dragoceno.

Ključne reči: PerOssal, osteomijelitis, septični koštani defekt, antibiotik.

LEČENJE OTVORENIH PRELOMA POTKOLENICE

Ivan Golubović[1], Branko Ristić[2], Nina Djordjević[1], Snežana Jančić[2], Miodrag Stanojković[1], Zoran Golubović[1], Predrag Stoiljković[1], Stevo Najman[1], Saša Stojanović[1], Goran Vidić[1], Zoran Radovanović[1], Slađana Petrović[1], Ivan Micić[1], Sonja Stamenić[1], Marko Mladenović[1], Miroslav Trajanović[3]
[1]Klinika za ortopediju i traumatologiju KC, Niš,
[2]Klinika za ortopediju i traumatologiju KC, Kragujevac
[3]Mašinski fakultet, Niš

Uvod: Otvoreni prelomi potkolenice, spadaju u najčešće otvorene prelome koštano-zglobnog sistema čoveka. Najčešće nastaju u saobraćajnim nesrećama ili pri obavljanju poljoprivrednih poslova.

Cilj: Prikazati četiri pacijenta sa otvorenim prelomom potkolenice, koji su nastali u toku obavljanja poljoprivrednih poslova i koji su lečeni u klinici za Ortopediju i traumatologiju Kliničkog centra u Nišu u toku 2012. i 2013. godine.

Prikaz slučaja: Kod tri pacijenta otvoreni prelomom potkolenice je nastao povređivanjem frezom, dok je kod jednog pacijenta prelom nastao padom drveta na nogu. Svi pacijenti su lečeni primarnom obradom rane otvorenog preloma, spoljnom skeletnom fiksacijom, antibiotskom terapijom i antitetanusnom zaštitom. Kod dva pacijenta došlo je do formiranja septične pseudoartroze, dok je kod jednog pacijenta došlo do usporenog zarastanja otvorenog preloma. Kod jednog pacijenta zbog masivne infekcije kosti i mekih tkiva, kao i infekcije oko klinova spoljnog skeletnog fiksatora isti je odstranjen i lečenje je nastavljeno aparatom po Ilizarovu. Kod drugog pacijenta sa septičnom pseudoartrozom lečenje je nastavljeno kompresivno-distrakcionim aparatom po Mitkoviću. Zbog komplikacija od strane kardiovaskularnog sistema pacijent je egzitirao.

Zaključak: Lečenje otvrenih preloma potkolenice nastalih u toku obavljanja poljoprivrednih poslova, zbog teškog oštećenja mekih i koštanog tkiva i velike kontaminacije mikroorganizmima posebno klostridijama, predstavljaju veoma složen terapeutski problem. Primarna obrada rane otvorenog preloma, spoljna skletna fiksacija, antibiotska terapija i antitetanusna zaštita predstavlju veoma bitne elemente u lečenju teških otvorenih preloma.

Ključne reči: prelom potkolenice, lečenje otvorenih preloma.

PSIHOLOGIJA I PSIHOPATOLOGIJA ORTOPEDSKIH BOLESNIKA

Vesna Andrejević[1], Bisenija Radivojević[2]
[1] Institut za javno zdravlje, Kragujevac
[2] Dom zdravlja, Kragujevac

Uvod: Dugotrajna neprijatna osećanja koja prate pojedina oboljenja aparata za kretanje se tek sedamdesetih godina ovog veka prihvataju u somatskoj medicini i objašnjenja tzv. dubinske psihologije o intrapersonalnom konfliktu i aktiviranju nekih od 'neurotičnih' mehanizama odbrane, kao mogućoj 'pozadini' telesnih oboljenja. U ortopedskoj praksi, psihogena komponenta određenih oboljenja, najčešće se uvažava post festum, posle više ili manje uspelih klasičnih ortopedskih terapijskih intervencija.

Cilj: Da se ukaže na značaj psihopatologije ortopedskih bolesnika.

Metode: Pretraživanje dostupne literature.

Rezultati: U ortopediji, kod lumbaga, reumatizma ili kod tendopatija, uticaj tzv. psihičke komponente obolelog je više nego očigledan. Takozvani psihogeni bol jako liči na bolove kod lumboishialgije i bolove kod nekih drugih ortopedskih oboljenja. Brahialgija je, po zapažanjima Vajntrauba, više vezana za probleme u kontroli agresivnosti i ljutnje, koju pacijent inače teško kontroliše. Kitmejer govori o "depresiji bez depresivnosti" ili larviranoj depresiji kod učestalih bolova u mišićima pacijenata u ortopedskim ambulantama, bez pozitivnih laboratorijskih nalaza neke organske promene. Povišene vrednosti na skali hipohondrije na MMPI (Minnesota multifazični inventor ličnosti) zajedno sa bolovima u leđima ukazuju, sa gotovo 80% verovatnoće da je psihogena komponenta kod ortopedskog oboljenja odigrala odlučujuću ulogu u nastanku bolesti.

Zaključak: Pravovremeno prepoznavanje psihopatološkog stanja somatskih, tj. ortopedskih pacijenata omogućuje brzo diferencijalno dijagnostikovanje simulacije od hipohondrije, larvirane depresije i konverzije od somatske smetnje, kao i predviđanje ponašanja pacijenta u toku i posle intenzivnog lečenja. To je važno, da bi se izbegla nepotrebna hospitalizacija i još nekorisnije operativne intervencije, kao i da se pacijent pravovremeno uputi na odgovarajući psihoterapijski, odnosno, psihijatrijski tretman.

Ključne reči: ortopedija, psihologija, psihopatologija.

NUTRITIVNA ERGOGENA SREDSTVA U SPORTU

Milovan Erić[1], Nebojiša Antić[2], Milena Grubor[3]
[1] Poliklinika dr Vezmar, Kragujevac
[2] Zavod za sport i medicinu sporta, Beograd
[3] Klinika za urologiju i nefrologiju KC "Kragujevac", Kragujevac

Ergogena sredstva su materije ili postupci koji mogu da poboljšaju sportska postignuća. Ona se dele na: mehanička, farmakološka, fiziološka, nutritivna i psihološka. U **nutritivna ergogena sredstva** spadaju hranljive materije ili metabolički sporedni proizvodi hranljivih materija, ekstrati hrane (biljaka) ili supstance koje su sadržane u namernicama (npr. kofein i karnitin) u količinama iznad uobičajenih. Australiski institut za sport (AIS) podelio je dijetetske suplemente u četiri grupe: A. Odobreni dijetetski suplementi (DS); B. DS u razmatranju; C. DS bez jasno dokazanog efekta; D. Zabranjeni DS. Zbog velike želje za uspehom sportisti su često u deilemi koji od dijetetskih suplemenata da koriste.

Tržiste je preplavljeno njima, a marketing kompanija koje proizvode dijetetske suplemente agresivan. Obrazloženje za njihovo korišćenje, za neke suplemente nije naučno utemeljeno. Pored toga što taj DS nekada nema koristan efekat, često može biti štetan po zdravlje ili da se nalazi na Doping listi zabranjenih sredstava. Sa druge strane veliki broj naučnika je zainteresovan za DS i sportsku ishranu jer je to deo nove strategije za uspešnost treninga, brzi oporavak i bolji uspeh u takmičenju. Problemi u istraživanjima su i neadekvatno dizajnirani protokoli testiranja uticaja DS na sportske performance. Najprihvatljivije rešenje za sportistu da bi procenio odnos koristi i štete jednog DS je kontinuirana saradnja sa stručnjacima koji se bave ovom problematikom u sportskoj medicini – dijetetičari, faramaceuti, specijalisti sportske medicine, klupski lekari.

Ključne reči: sport, dijetetika, dijetetski suplementi.

ULOGA HIPERHOMOCISTEINEMIJE U NASTANKU POSTOPERATIVNIH VASKULARNIH KOMPLIKACIJA

Bojan Vučinić[1], Drakče Radovanović[2,3], Dragan Čanović[2,3], Marko Spasić[2,3], Bojan Milošević[2,3], Boban Mitrović[1]

[1]Opšta bolnica, Odeljenje hirurgije, Zdravstveni centar, Kosovska Mitrovica

[2]Klinika za opštu i grudnu hirurgiju, Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

[3]Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu

Uvod: Vaskularne komplikacije (arterijska i venska tromboza) su jedne od najčešćih i najznačajnijih postoperativnih komplikacija što nameće potrebu za daljim istraživanjem njenih etioloških činilaca.

Cilj: Cilj studije je da ukaže na nova saznanja o ulozi hiperhomocisteinemije u nastanku vaskularnih komplikacija u postoperativnom periodu.

Metode: Studija je izvedena u obliku preglednog članka. Podaci su dobijeni pretragom medicinskih baza podataka. Korišćeni su MEDLINE (PubMed), Science Direct, uvid u relevantnu i aktuelnu naučnu i stručnu literaturu kao i naučne i stručne časopise.

Rezultati: Stanje oksidativnog stresa je od izuzetnog značaja za nastanak endotelne disfunkcije i postopratívnih vaskularnih komplikacija od kojih su najznačajnije arterijska i venska tromboza kao i posledične embolije. Ovo stanje je uzrokovano i samom hirurškom intervencijom (osnovni patološki supstrat, lezija tkiva, inflamacija, infekcija, anestezija, primena nekih lekova). Hiperhomocisteinemija je uzročno-posledično u oba smera povezana sa oksidativnim streom (endotelnom disfunkcijom) zbog čega ispoljava izraženo protrombotičko i ateroskerotično delovanje. Hiperhomocisteinemija može biti primarna (uzrokovana genskim abnormalnostima), sekundarna povezana sa starosnim dobom, polom (postmenopauzom), stilom života (etilizam, nikotinizam), ishranom i komorbiditetom, kao i esencijalna čija etilogija nije u potpunosti poznata. Savremene sofisticirane metode (npr. CLIA) omogućavaju precizno određivanje nivoa homocisteina u serumu čija je normalna koncentracija od 5 do 12 μmol/l. Novija saznanja ukazuju na mogućnost smanjenja rizika od nastanka vaskularnih postoperativnih komplikacija uzrokovanih hiperhomocisteinemijom primenom folne kiseline, cijanokobalamina, piridoksina, N-acetil cisteina i drugih antioksidanasa.

Zaključak: Podaci ukazuju na značaj hiperhomocisteinemije u nastanku postoperativnih vaskularnih komplikacija kao i na nove terapijske mogućnosti za njeno korigovanje.

Ključne reči: hirurgija, hiperhomocisteinemija, vaskularne komplikacije.

FARMACEUT, LEKAR I MEDICINSKA SESTRA U EDUKACIJI PACIJENATA O PREVENCIJI, PROCENI RIZIKA I RANOM OTKRIVANJU DIJABETESA

J. Milanović[1], I. Ranković[1], B. Rašković Živković[2]

[1]Dom zdravlja "Dr Jovan Jovanović Zmaj", Stara Pazova

[2]Art Psihoterapija, Novi Sad

Uvod: Prema podacima svetske zdravstvene organizacije, očekuje se da do 2035. na svetu bude preko 592000000 dijabetičara. Apoteka Doma zdravlja „Dr. Jovan Jovanović – Zmaj", Stara Pazova, je učestvovala u kampanji povodom Svetskog dana borbe protiv dijabetesa 2013.

Metode: U ovoj studiji je učestvovalo 115 slučajno izabranih pacijenata, sa dijabetesom ili bez (28, 87 redom), u Novoj i Staroj Pazovi. Izmerena im je glikemija, popunili su upitnik procene rizika kao i anonimni upitnik sa 11 pitanja. Dijabetičari su ispitivani i o pravilnom merenju šećera u krvi (ŠUK) i kontroli glikemije, kao i o upotrebi lekova. Pacijenti su svetovani o zdravstvenom statusu i podeljeni su im zdravstveno edukativni flajeri o načinu života i ishrane, samokontroli ŠUK i pravilnoj upotrebi lekova.

Rezultati: Nađeno je da su pacijenti (dijabetičari ili ne) nedovoljno edukovani o pravilnom određivanju glikemije (17,39% meri ŠUK neposredno posle jela). Svega 35.71% ispitanih dijabetičara vodi dnevnik merenja ŠUK (25% i 10.71% povremeno ili redovno, redom), a 30,23% dijabetičara ne poseduje glukometar. Prevalenca loše regulisanog šecera kod ispitanih

dijabetičara je velika, pa 60,87% ima glikemiju našte preko 6,2 mM, a čak 21,74% veću od 10. Kod po 25,4% ispitanika se pokazao nizak ili blago povišen rizik za nastanak dijabetesa u narednih 10 godina, umeren kod 19,4%, povećan kod 26,9%, a veoma visok rizik kod 3 % ispitanika. Pacijenti kod kojih su glikemije iznad referentnih vrednosti (13,3%) upućeni su lekaru.

Zaključak: Dostupnost i pristupačnost pacijentu, kao i odgovarajuća edukacija o prevenciji, proceni rizika i ranom otkrivanju dijabetesa mora biti osnova pomoći i podrške tima farmaceut, lekar, psiholog i medicinska sestra.

Ključne reči: dijabetes, glikemija, procena rizika, prevencija.

INTOLERANCIJA NA LAKTOZU I VREDNOSTI BIOHEMIJSKIH PARAMETARA KOD GOJAZNIH PACIJENATA – NAŠA ISKUSTVA

D. Vešović[1,2], A. Gifing[2], D. Večerinović[2]
[1]VISAN – Visoka zdravstveno-sanitarna škola strukovnih studija, Beograd
[2]Centar za hrono ishranu Dr Gifing®, Beograd

Uvod: Prevalencija intolerancije na laktozu (InL) je na globalnom nivou veoma visoka - oko 75%. Simptomi nastali usled InL su brojni i raznoliki: muka, proliv/zatvor, bolovi i nadutost stomaka itd. Kod većine pacijenata, InL je udružena s poremećenim biohemijskim parametrima.

Cilj: Cilj rada je da utvrdi moguću povezanost InL s vredošću nivoa holesterola (H), HDL-a, LDL-a, šećera u krvi (ŠUK), triglicerida (T), kao i intolerancije na gluten (InG).

Metode: Istraživanje je urađeno u Centru za hrono ishranu Dr Gifing®, Beograd. Test intolerancije na hranu i pojedine sastojke hrane je obavljen na mašini MORA NOVA, dok su biohemijski parametri određivani u referentnim laboratorijama. Korišćene su osnovne metode deskriptivne statistike, kao i neparametarski hi-kvadrat test.

Rezultati: Bilo je ukupno 164 ispitanika – 44 muškaraca i 120 žena, među kojima nije postojala statistički značajna razlika u godinama života. InL je utvrđena kod 56 ispitanika – 34,15%. InL je statistiški visoko značajno udružena s povišenom vrednošću holesterola (p=0,03), kao i sa sniženom vrednošću HDL (p=0,001). InL je slabo ali, ipak, značajno povezana s povišenom vrednošću ŠUK-a kod populacije žena (p=0,047), ali ne i kod populacije muškaraca. InL je bila visoko statistički značajno povezana s InG i kod muškaraca (p=0,02) i kod žena (p<0,001). Statistička značajnost nije nađena razlika između InL i vrednosti T, kao i vrednosti LDL-a.

Zaključak: Zdravstveni radnici bi trebalo da kod pacijenata koji imaju nadimanja, prolive/zatvore, povišenu vrednost H i ŠUK, urade i test InL i, ukoliko ovaj bude pozitivan, da im savetuju adekvatnu ishranu koja bi otklonila simptome, ali i pomogla normalizaciji poremećenih biohemijskih parametara.

Ključne reči: intolerancija na laktozu, metabolički parametri, gojaznost.

OD SRPSKE RENESANSE XIII VEKA DO KLINIČKOG CENTRA KRAGUJEVAC

Nenad Đoković
Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

U dalekoj prošlosti, od kamenog, bronzanog i gvozdenog doba preko antičkog i rimskog perioda, koji su vezani za „Via Militaris" dešavale su se evolucijske promene ali i ratovi, epidemije i masovna i pojedinačna stradanja. 1844. godine na levoj strani Lepenice dolazi do osnivanja „Privremene bolnice za uboge bolesnike od veneričnih i drugih prijemčivih bolesti". U njoj tada radi i dr Josif Pančić, koga 1853. godine zamenjuje dr Ljubomir Radivojević, koji uz mnogobrojne prepreke i odugovlačenja uspeva da osnuje prvu stalnu civilnu bolnicu u Kragujevcu 20. novembra 1860. godine. Okružna bolnica u Kragujevcu, formira svoje hirurško odeljenje 1891. godine. Prvi upravnik hirurškog odeljenja bio je dr Života Janković koji na tom mestu ostaje do 1901. godine. 1984. godine Medicinskim centrom "Dr Mihailo Ilić" rukovodi Miodrag Marjanović koji krajem svog mandata 1986. godine omogućava njegovo prerastanje u Kliničko-bolnički centar "Kragujevac". KBC-om "Kragujevac", tada rukovode doc. dr Milija Đurić do 1990. i Vladimir Ilić-Šere do 1994; koji sa Kragujervčanima i novim samodoproinosom, uspeva da otvori zgradu nove Interne klinike 1992. godine. Prof. dr Slavica Đukić Dejanović, psihijatar, u dva mandata rukovodi KBC „Kragujevac" i privodi kraju građevinsku izgradnju, ekonomsko–tehničkog bloka Kliničko-bolničkog centra do 2000. godine. Tada na čelo centra dolazi prof dr Branko Ristić, ortoped, koji njim rukovodi do 2001. a potom prof. dr Radomir Pavlović, vaskularni hirurg, koji 2005. godine završava, davno započetu transfornaciju KBC-a u Klinički centar „Kragujevac". Od 2010. godine rukovodstvo KC-om preuzima prof. dr Slobodan Obradović, koji uspeva da izvrši akreditaciju Kliničkog centra i započne arhitektonsko, građevinsku pripremu za izgradnju novog Kliničko-polikliničkog i Urgentnog centra KC „Kragujevac". Daljnje rukoviđenje i razvoj KC Kragujevac preuzima sadašnje rukovodstvo, na čelu sa prof. dr Nebojšom Arsenijevićem, višegodišnjim dekanom fakulteta medicinskoh naka u Kragujevcu.

Ključne reči: bolnica, istorijat, Srbija.

PROCENA TEŽINE OŠTEĆENJA SLUHA KOD OBOLELIH OD DIJABETESA MELITUSA TIP 2

Slađana Simović[1], Sandra Živanović[2], Danica Bačanin Jovanović[3], Nataša Mihailović[4], Sanja Kocić[2,4]
[1]Odeljenje otorinolaringologije, Dom zdravlja Kragujevac
[2]Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac
[3]Odeljenje interne medicine, Dom Zdravlja Kragujevac
[4]Institut za javno zdravlje Kragujevac, Kragujevac

Uvod: Dijabetes melitus može izazvati mikrovaskularne i neuropatske promene na unutrašnjem uvu, a pridružene bolesti mogu imati kumulativni efekat, sa posledičnim nastankom senzorineuralnog oštećenja sluha.

Cilj: Kod obolelih od dijabetesa melitusa tip 2, učinjena je tonalna liminarna audiometrija sa ciljem da se utvrdi postojanje i težina oštećenja sluha.

Metode: Učinjena je retrospektivna analiza audiograma 67 ispitanika obolelih od dijabetesa melitusa tip 2 i 65 ispitanika kontrolne grupe, adekvatne starosne i polne zastupljenosti, kod kojih je tokom 2013. godine sprovedena tonalna liminarna audiometrija u ORL odeljenju Doma zdravlja Kragujevac. Ovom metodom je utvrđeno postojanje i stepen oštećenja sluha. Srednja vrednost dobijenih vrednosti tonalnom liminarnom audiometrijom, na frekvencama 500, 1000, 2000 i 4000 Hz, veća od 25 dB smatrana je oštećenjem sluha. Podaci su statistički obrađeni primenom deskriptivnog metoda i t-testa, standardnim statističkim paketom (SPSS za Windows, verzija 19.0).

Rezultati: Kod svih ispitanika obolelih od dijabetesa melitusa tip 2 postoji neki stepan senzorineuralnog oštećenja sluha. Uočen je povišen procenat senzorineuralnog ostećenja sluha i povećana srednja vrednost gubitka sluha u statistički značajno većem broju kod ispitanika obolelih od dijabetesa melitusa tip 2 ($p<0.05$) u odnosu na pripadnike kontrolne grupe. U odnosu na pol utvrdjeno je statistički značajno povećanje senzorineuralnog oštećenja sluha kod ispitanika muškeg pola u grupi obolelih.

Zaključak: Dobijeni rezultati ukazuju da oboleli od dijabetesa melitusa tip 2 veoma često imaju znatno oštećenje sluha koje je veoma jednostavno utvrditi tonalnom liminarnom audiometrijom i sugerišu da ove bolesnika treba upućivati na procenu stanja sluha.

Ključne reči: dijabetes melitus, senzorineuralno oštećenja sluha, tonalna liminarna audiometrija.

DEPRESIJA KOD PACIJENATA SA KARDIOAVASKULARNIM BOLESTIMA

Jelena Jović[1], M. Krstić Ristić[2], K. Ristović[3], M. Knežević[4], M. Marković[5], D. Ignjatović Ristić[6], A. Ćorac[1]
[1]Katedra za preventivnu medicinu, Medicinski fakultet u Prištini – Kosovska Mitrovica
[2]Zdravstveni centar Aleksinac, Dom Zdravlja, Aleksinac
[3]Zavod za javno zdravlje, Užice
[4]Ministarstvo odbrane, Vojska Srbije
[5]Odeljenje kardiologije, Opšta bolnica, Užice
[6]Klinika za psihijatriju, Fakultet medicinskih nauka, Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

Uvod: Dosadašnji dokazi ukazuju da depresija povećava kardiovaskularni rizik kako kod zdravih osoba tako i kod bolesnika sa prethodno dijagnostikovanom koronarnom bolesti srca. Tako se depresija može smatrati nezavisnim faktorom rizika za koronarnu bolest srca. Njena prevalenca je u opštoj populaciji 4,9%. Sve ovo uz činjenicu da Svetska zdravstvena organizacija, predviđa da će do 2030. godine depresija biti najčešći uzrok morbiditeta u svetu, ukazuje na sve veću potrebu ulaganja napora u unapređenje i očuvanje mentalnog zdravlja posebno pacijenata koji boluju od kardioavaskularnih bolesti.

Cilj: Cilj našeg rada je bio utvrđivanje prevalence depresivnosti u populaciji pacijenata sa kardiovaskularnim bolestima (angina pektoris-AP, infarkt miokarda-IM, atrijalna fibrilacija-AF).

Metode: Sprovedena je studija preseka na uzorku od 83 pacijenta (40 žena i 43 muškaraca). Korišćen je sociodemografski upitnik i Bekova skala za procenu depresivnosti. Podaci o hroničnim bolestima dobijeni su uvidom u medicinsku dokumentaciju ispitanika.

Rezultati: Simtome depresivnosti pokazuje oko 39,5% muških ispitanika (blaga 23,3%, umerena 7,0% i teška 7,0%) i 50,0% ženskih ispitanika (blaga 27,5%, umerena 20,0% i teška 2,5%). U grupi pacijenata koji su preležali IM čak 54,9% ima neki od simptoma depresivnosti (blaga 21,9%, umerena 28,1% i teška 6,3%), dok je ovaj procenat u grupi pacijenata koji imaju AP (37,8%) odnosno AF (28,6%) nešto manji.

Zaključak: Oko 80% depresija kod pacijenata sa hroničnim bolestima ostaju neprepoznate i nelečene. Prevencija, detekcija i rani tretman depresije ovih pacijenata poboljšava kvalitet života a možda čak i povećava dugovečnost.

Ključne reči: depresivnost, kardiovaskularne bolesti, instrumenti kliničke procene.

SINDROM KLIPPEL FEIL – DIJAGNOSTIKA I LEČENJE: PRIKAZ SLUČAJA

Jasmina Škorić
Služba za zdravstvenu zaštitu dece i omladine,Dom zdravlja Simo Milošević, Čukarica, Beograd

Sindrom Klippel Feil je urođena malformacija koja se karakteriše spajanjem dva ili više pršljenova vratne kičme,sto prouzrokuje smanjenje pokreta vrata i skraćenje vrata. Nije u potpunosti poznato zašto se javlja ovaj sindrom mada se pretpostavlja da postoji veza sa konzumiranjem alkohola tokom trudnoće, problemi vaskularne prirode, ali i genetska predispozicija. Kod ovog sindroma postoje udružene anomalije na bubrezima, srcu, nervnom sistemu, prstima šake i stopala.

U radu je prikazan slučaj devojčice stare trinaest godina, koja je rođena sa rascepom nepca koje je sa godinu dana uspešno operisano. Međutim, konačna dijagnoza postavljena je tek po završetku koštanog rasta, sa predlogom za operativni tretman-delimična korekcija deformiteta tehnikom Green Klisic, uz Woodword pristup.

Ključne reči: vrat, nepce, pršljen.

PROCENA TEŽINE SIMPTOMA ALERGIJSKOG RINITISA VIZUELNOM ANALOGNOM SKALOM

Slađana Simović[1], Vesna Veličković[2], Sandra Živanović[3], Nataša Mihailović[4], Sanja Kocić[3,4]
[1] Odeljenje otorinolaringologije, Dom zdravlja, Kragujevac
[2] Pedijatrijska klinika, Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac
[3] Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu, Kragujevac
[4] Institut za javno zdravlje Kragujevac, Kragujevac

Uvod: Alergijski rinitis je IgE posredovano zapaljenje sluzokože nosa koga karakterišu nazalni, kojima mogu biti pridruženi, i okularni simptomi. Podela alergijskog rinitisa na osnovu dužine trajanja simptoma je na perzistenti i intermitentni a gradacija težine je na blagi i umereni do težak oblik bolesti.

Cilj: Ispitati karakteristike obolelih od alergijskog rinitisa i proceniti težinu simptoma primenom vizuelne analogne skale (VAS skor od 0 „nazalni ili nazalni i okularni simptomi uopšte ne smetaju" do 10 „nazalni ili nazalni i okularni simptomi izuzetno smetaju").

Metode: Analizirani su oboleli od alergijskog rinitisa, koji su upućivani od strane izabranog lekara u ORL Odeljenje, Specijalističko konsultativne službe, Doma zdravlja Kragujevac. Procena težine simptoma vršena je vizuelnom analognom skalom (ukupan uticaj svih nazalnih ili nazalni i okularnih simptoma) prilikom prvog pregleda. Podaci su statistički obrađeni primenom deskriptivnog metoda, t-testa i logističke regresije standardnim statističkim paketom (SPSS za Windows, verzija 19.0).

Rezultati: Blagi intermitentni oblik bolesti imaju 3.9%, umereno do težak imtermitentni 40.7%, blagi pertzistentni 2.2% i umereno do težak pertzistentni 53.2% ispitanika. Težina bolesti ima veći uticaj na VAS skor od trajanja bolesti. Prosečne vrednosti VAS skora su za: blagi intermitentni 3.3, blagi pertzistentni 4.6, umrtrno do težak imtermitentni 6.8 i umereno do težak pertzistentni 7.4. Utvrdjeno je da težina bolesti i prisustvo okularnih simptoma kod obolelih od alergijskog rinitisa ima uticaj na VAS skor ($p < 0.0001$) dok primena terapije i senzibilizacija na inhalatorne alergene nema.

Zaključak: Vizuelna analogna skala je jednostavan kvantitativan metod za procenu težine alergijskog rinitisa.

Ključne reči: alergijski rinitis, simptomi, vizuelna analogna skala.

GOJAZNOST KOD DECE PRVOG RAZREDA I UDRUŽENE BOLESTI

Milica Tasić, Marija Aleksijević
Dom zdravlja Čukarica, Beograd

Uvod: Gojaznost je hronična bolest koju karakteriše prekomerna akumulacija masti koja predstavlja rizik po zdravlje. Broj prekomerno uhranjene i gojazne dece u svetu raste svakog dana, i ukoliko se taj trend nastavi, do 2025. godine taj broj će porasti na 70 miliona (44 miliona 2012). Gojaznost u dečjem uzrastu može dovesti do zravstvenih problema u odraslom dobu (kardiovaskularne bolesti, insulinska rezistencija, degenerativne bolesti, tumori, invaliditet).

Cilj: Utvrditi učestalost gojaznosti i udruženih bolesti dece prvog razreda, radi planiranja preventivnih mera koje će doprineti pravilnom rastu i razvoju dece.

Metode: Tokom avgusta 2014 godine analizirano je 212 kartona dece prvog razreda u DZ Sremčica. Prosečna starost dece je 7.7 godina, sa približno podjednakom distribucijom po polu (48% dečaka, 52% devojčica).

Rezultati: Od 212 dece izdvojeno je 74 (34.9%) koja su prekomerno uhranjena ili gojazna (16.5% dečaka i 18.4% devojčica). Među njima je bilo prekomerno uhranjene dece (>1SD) 15.57% (14 dečaka,19 devojčica), gojazne dece (> 2SD) 13,68% (12 dečaka, 17 devojčica), morbidno gojazne dece (>3SD) 5,66% (9 dečaka,3 devojčice). Daljom obradom podataka utvrđeno je da 50 dece (67.6%) ima deformitete kičmenog stuba i/ili stopala, 14 dece (18,9%) ima neku hroničnu bolest (astma, alergijski rhinitis, dijabetes, urođene srčane mane), dok 18 dece (24.3%) nije imalo ni jednu drugu bolest.

Zaključak: Više od trećine dece prvog razreda je gojazno, a među njima tri četvrtine ima ili neku hroničnu bolest, ili deformitet, ili oba. Bez naše intervencije, ovakvo stanje će se nastaviti i u odraslom dobu, što će se nepovoljno odraziti kako na zdravlje pojedinca tako i na zdravlje cele nacije.

Ključne reči: gojaznost, deca, deformitet, hronične bolesti.

СПРОВОЂЕЊЕ НАЦИОНАЛНОГ СКРИНИНГА ЗА КОЛОРЕКТАЛНИ КАРЦИНОМ У ДЗ ЛЕСКОВАЦ

Драгана Петровић Кенић, Часлав Недељковић, Милица Кенић
ДЗ Лесковац Огранак у Вучју, ДЗ Лесковац, Апотека Ана, Лесковац

Увод: У Србији је висок ниво оболевања и умирања од карцинома дебелог црева. Овај проблем је препознат и у Дому здравља Лесковац, који је донео Акциони план за спровођење скрининга на рак дебелог црева.

Циљ: Основни циљ рада је процена одазива и упоредни приказ спроведених циљаних прегледа на колоректални карцином у 2013. и 2014. године код становништва старосне структуре од 50-74. године.

Методе: Протоколи превентивног центра и лабораторије ДЗ Лесковац, периодични извештаји. Прикупљени подаци су статистички обрађени и анализирани.

Резултати: Број становника који је скринингом обухваћен је 48596. У 2013. године позвано је 3544 становника узрасне групе од 50-74 године а тест је донело њих 2926. Позитиван тест на окултно крварење су имала 106 становника тј. 3,62%. Од становника код којих је тест био позитиван 40 је прихватило колоноскопију. Колоноскопијом је код њих 27 нађен полип или друга патолошка стања. Број становника код којих је утврђен карцином је 6 или 0,21% обрађених становника. У 2014. години се јавио недостатак тестова на окултно крварење због чега је број учесника у скринингу много мањи. Позвано је 120 становника колико је и донело тестове. Позитиван тест на окултно крварење су имала 24 становника или 20%, а њих 10 је прихватило колоноскопију. Колоноскопијом је код њих 6 нађен полип или друга патолошка стања. Број становника код којих је утврђен кацином је 1 или 0.83%.

Закључак: Људски живот нема цену, а скринингом се велики број живота спаси. У ДЗ Лесковац је скрининг на колоректални карцином заживео, одазив становника се повећавао из дана у дан, до тренутка када се је установа суочила са проблемом финансијске природе, након чега је уследио недостатак тестова на окултно крварење и пад броја обрађених становника.

Кључне речи: скрининг, колоректални карцином, обухват, финансије.

ALPHA – FETO PROTEIN (AFP) KAO INDIKATOR REMISIJE I RELAPSA KARCINOMA TESTISA PRIKAZ SLUČAJA

Boris Tufegdžić[1], Ljubiša Šumarac[2]
[1] Služba hirurgije, [2] Onkološki dispanzer, Opšta bolnica, Gornji Milanovac

Uvod: Zbog dijagnostičke uloge koju su preuzeli neki biološki markeri, laboratorijske analize su poslednjih godina neizbežne u procesu potvrđivanja pojedinih malignih procesa. Alfa-feto protein (AFP) je nespecifični biomarker koji ima značajaj kao rani indikator kako kompletne remisije tako i recidiva malignog tumora testisa. Cilj studije je da se prikaže korelacija nivoa AFP sa remisijom i relapsom malignog tumora testisa mešovitog tipa, kroz prikaz slučaja.

Prikaz slučaja: Pacijent M.LJ. starosti 43 godine, primljen na odeljenje hirurgije,u aprilu 1995. godine, zbog tegoba u predelu desnog testisa u vidu otoka i povremenih bolova. Nakon preoperativne pripreme (AFP 8.19 ng/ml) urađena semikastracija desnog testisa. Patohistološki nalaz odstranjenog testisa pokazuje da se radi o malignom mešovitom tumoru germinativnih ćelija testisa. U postoperativnom toku konzilijarnom odlukom ordinirana hemioterapija po protokolu PEB u VI ciklusa. Nagli porast tumorskog markera AFP (11424 ng/ml) javlja se u novembru 2005. godine kada je i urađena adekvatna dijagnostička pretraga. Ciljana biopsija jetre pokazuje odsustvo neoplastičnih promena. Potvrđena je ciroza jetre na terenu hepatitisa B. Započinje se sa retretmanom hemioterapijskog protokola PEB (VI ciklusa). U aprilu 2008. godine javlja se drugi relaps bolesti sa enormnim povećanjem AFP (preko 18500 ng/ml) kad je i dijagnostikovano prisustvo sekundarnih depozita na jetri. Ordiniran je III ciklus sistemske hemioterapije VeIP. Bolesnik je 10.10.2008. godine primljen na Interno odeljenje zbog lošeg opšteg stanja, a preminuo je 20.10.2008. godine.

Zaključak: Pozitivnost markera može se smatrati znakom aktivnosti neoplazije čak i bez prisutnosti kliničkih pokazatelja tumora. Izostanak negativizacije markera po završetku predviđenog tretmana može se smatrati perzistiranjem okultnih rezidua neoplazme. Pozitivizacija markera za vreme periodičnih kontrola postavlja sumnju da bolest recidivira, pa je i neophodna dalja dijagnostička pretraga.

Ključne reči: karcinom testisa, alpha-fetoprotein, recidiv, remisia.

OCENJIVANJE SPOSOBNOSTI ZA UPRAVLJANJE MOTORNIM VOZILOM KOD OBOLJENJA GASTROINTESTINALNOG TRAKTA-PRIKAZ SLUČAJA

Stoja Rikić
Dom zdravlja, Smederevo

Uvod: Zdravstvena sposobnost vozača za upravljanje motornim vozilom na javnim putevima je važan faktor bezbednosti saobraćaja. S tim u vezi postoji Pravilnik o zdravstvenim uslovima koje moraju ispunjavati vozači određenih kategorija motornih vozila (Službeni glasnik RS, broj 41/09, 53/10.). Bolesti gastrointestinalnog trakta koje predstavljaju kontraindikaciju za bezbedno upravljanje motornim vozilom su teška oboljenja želuca i jetre usled kojih mogu nastati kolike odnosno komatozna stanja.

Cilj: Cilj rada je da informiše koja oboljenja gastrointestinalnog trakta predstavljaju kontraindikaciju za bezbedno upravljanje motornim vozilom, ali i da podseti lekare na obavezu prijavljivanja MUP-u pacijenata-vozača kada posumnjaju u njihovu nesposobnost za bezbedno upravljanje motornim vozilom.

Prikaz slučaja: Zaposleni Z.S. starosti 49 godina, boluje od alkoholične ciroze jetre, lečen je na odeljenju urgentne gastroenerologije KCS. Na prijemu je imao manje od 2,5 x 10^{12}/l eritrocita, hematokrit 0,21%, Hgb 69 g/l, smanjen broj trombocita, patološki hepatogram. Ultrazvučnim pregledom trbuha je potvrđeno uvećanje jetre i slezine. Ezofagogastroduodenoskopijom su konstatovani variksi jednjaka III stepena. Sprovedeno je lečenje, predložene kontrole, uz hepatičnu dijetu i apstinenciju od alkohola. Zaposleni Z.S. je upućen u službu medicine rada na periodični lekarski pregled, prilikom kog je negirao zdravstvene tegobe. Objektivno je bio ikteričan, uvećane jetre i slezine. Po dobijanju rezultata laboratorijskih analiza krvi zaposleni Z.S. je priznao da konzumira alkohol. Upućen je izabranom lekaru radi lečenja, a MUP-u je prijavljena njegova nesposobnost za bezbedno upravljanje motornim vozilom.

Zaključak: Vozače koji boluju od ciroza jetre i od drugih bolesti koje mogu da budu praćene krvarenjima, kolikama i drugim komplikacijama treba prijavljivati MUP-u radi oduzimanja vozačke dozvole jer to nalaže član 193. Zakona o bezbednosti saobraćaja. Svakodnevni užas na drumovima opominje lekare da pravilnom ocenom sposobnosti za upravljanje motornim vozilom daju svoj doprinos bezbednosti saobraćaja.

Ključne reči: bolesti gastrointestinalnog trakta, radna sposobnost, bezbednost saobraćaja.

STAVOVI UČENIKA SEDMOG RAZREDA O ZDRAVOM NAČINU ŽIVOTA

Milica Tasić[1], Marija Aleksujević[1], Ivana Filipović-Đurić[2]
[1]DZ "Dr Simo Milošević", Beograd
[2]Sanofi-Pastuer, Beograd

Uvod: Zdravlje je moguće samo uz zdrav način zivota. Živimo u vremenu velikog zagađenja zemlje, vazduha, vode, što nam može doneti razne bolesti. Neki od činilaca koji utiču na loše zdravlje su: "fast food hrana" bogata mastima i ugljenim hidratima; manjak dijetalnih vlakana iz voća, povrća i žitarica; sedentaran način života; nedostatak neophodnog odmora i sna; stres.

Cilj: Utvrditi stavove učenika sedmog razreda o zdravom načinu života, radi planiranja dodatnih preventivnih mera.

Metode: Tokom septembra 2014 u okviru sistematskog pregleda u DZ Sremčica, anketirano je 59 učenika sedmog razreda (28 dečaka, 31 devojčica). Učenici su popunjavali anketu zatvorenog tipa, sastavljenu od 10 pitanja.

Rezultati: Najveći broj dece 57.6% ima 3-5 obroka dnevno, njih 80% povremeno jede slatkiše a 85% povremeno se hrani u pekari. Svaki dan voće jede 55% anketiranih, a povremeno njih 42%. Sokove i gazirana pića povemeno pije 69% dece, a energetska pića 13.5%. Svaki dan trenira 55.9% dece a povremeno 35.5%. Najveći broj dece 91.5% spava 8 h ili duže. Ispred kompjutera ili TV duže od dva sata dnevno provodi skoro polovina učenika (49.1%), a manje od jednog sata njih 25%. Od hroničnih bolesti boluje njih 7%.

Zaključak: Većina naših sedmaka nema pozitivne stavove o zdravom načinu života. Ali, nikad nije prekasno da se započne sa usvajanjem zdravih navika i edukacijom, kako dece tako i roditelja. Zato je veoma značajna bolja saradnja izmedju izabranog pedijatra, roditelja, dece, kao i škole i medija.

Ključne reči: deca, ishrana, anketa.

КЛИНИЧКО-ДЕМОГРАФСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ПАЦИЈЕНАТА СА CLOSTRIDIUM DIFFICILE ИНФЕКЦИЈОМ У БОЛНИЧКИМ УСЛОВИМА-СЕРИЈА СЛУЧАЈА

Ивана Раковић, Драган Миловановић, Предраг Чановић, Олгица Гајовић, Зоран Тодоровић, Љиљана Нешић, Жељко Мијаиловић, Биљана Поповска Јовичић, Сара Петровић
Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу,
Клинички центар ,,Крагујевац", Крагујевац

Увод: Псеудомембранозни колитис представља запаљење слузнице дебелог црева најчешће узроковано бактеријом *Clostridium difficile.*

Циљ: Циљ истраживања је да се утврде клиничке и демографске карактеристике пацијената оболелих од инфекције *Clostridium difficile,* као и исход њиховог лечења.

Методе: Овај рад представља ретроспективну студију пацијената са дијагнозом псеудомембранозног колитиса потврђеном према одговарајућим критеријумима. Серија случајева обухватила је пацијенте који су се лечили у Клиници за инфективне болести, у Крагујевцу, у периоду од јануара до септембра 2014. године. Подаци су добијени из њихове медицинске документације и анализирани су применом дескриптивних статистичких метода за испитивање статистичких хипотеза. Статистичка анализа је спроведена коришћењем програма *PASW Statistics for Windows, Version 18.0.*

Резултати: У истраживање је укључено 50 пацијената са дијагнозом псеудомембранозног колитиса, 29 испитаника мушког и 21 женског пола. Добијени резултати су показали да се псеудомембранозни колитис најчешће јавља код старијих пацијената (74,06±7,970), након дужег боравка у болници (19,39±11,592) и употребе антибиотика: цефалоспорина III генерације (35%), ципрофлоксацина (21%) и амоксицилина у комбинацији са клавуланском киселином (10%).

Закључак: Познавање демографских и клиничких карактеристика оболелих од псеудомембранозног колитиса треба да помогне лекарима у препознавању високо ризичних пацијената.

Кључне речи: ентероколитис, псеудомембранозни; пацијенти; старосна дистрибуција; дужина боравка; антибактеријски лекови

HIRURŠKO LEČENJE KARCINOMA LARINKSA

I. Milojević, S. Stojanović, Ž. Vasković, J. Stojanović, Lj. Erdevički, S. Arsenijević, D. Milić
Klinika za Otorinolaringologiju i maksilofacijalnu hirurgiju, Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

Povišena učestalost oboljevanja od karcinoma larinksa poslednjih godina aktuelizuje problem njihovog tretmana. Obzirom na na trostruku funkciju larinksa u respiraciji, degluticiji i fonaciji, izbor metoda lečenja karcinoma larinksa je kompleksan. Modaliteti lečenja obuhvataju hirurgiju, zračnu i hemioterapiju. U zavisnosti od stadijuma maligne bolesti najčešće se odlučujemo za kombinovani pristup.

Svetske studije i danas pokazuju da je napouzdaniji pojedinačni modalitet hirurško lečenje. Endoskopskim pristupom, naročito uz upotrebu lasera, mogu se tretirati T1,T2 carcinomi, ali kod najvećeg broja pacijenata je potrebno sprovesti otvorenu hirurgiju parcijalnim ili totalnim laringektomijama. Sa druge strane, novousvojeni protokoli konzervativnog lečenja, nastalih usled zalaganja za princip funkcionalne prezervacije organa, naročito konkomitantna radio hemioterapija, svojim rezultatima u lokoreginalnoj kontroli bolesti i ukupnom preživljavanju, približavaju se rezultatima hirurškog lečenja. Cilj rada je da prikaže načine hirurškog lečenje karcinoma larinksa.

U periodu od januara 2012. do jula 2014., na ORL klinici KC Kragujevac otvorenom hirurgijom je operisano 57 pacijenata. Urađeno je 29 parcijalnih i 28 totalnih laringektomija, uz 21 disekciju vrata. U okviru važećeg indikacionog područja, prema TNM stadijumu i patohistološkom gradusu, pacijenti su post op tretirani hemio i radio terapijom.

Naše iskustvo da se najbolji rezultati lečenja postižu kombinovanim terapijskim pristupom, prema važećim protokolima, uz uvažavanje individualnih karakteristika i preferenci pacijenata, korespondira sa nalazima referentnih institucija u svetu.

Ključne reči: karcinom larinksa, lečenje, hirurgija.

CARCINOMA BRONCHOGENES- STATISTIČKI PRIKAZ SA TERITORIJE OPŠTINE GORNJI MILANOVAC 2002. - 2013.

Boris Tufegdžić[1], Ljubiša Šumarac[2], Jelena Tufegdžić[3]
[1]Služba Hirurgije, [2]Onkološki dispanzer, [3]Služba za Ginekologiju i akušerstvo, Opšta bolnica, Gornji Milanovac

Uvod: Karcinom bronha je najučestalija maligna forma u svetu koja se i kod nas nalazi na nezahvalnom prvom mestu. Cilj rada je predstaviti statistički prikaz karcinoma pluća sa teritorije opštine Gornji Milanovac.

Metode: Instrument istraživanja je registar malignih bolesti onkološkog dispanzera Zdravstvenog centra Gornji Milanovac u vremenskom periodu od 01/01/2002 do 31/12/2013. U posmatranom periodu retrogradnom analizom je praćena učestalost prema polu i životnom dobu. Praćena je procentualna zastupljenost histopatoloških formi, primenjena terapija, vreme preživljavanja kao i zastupljenost pušača u grupi posmatranih pacijenata.

Rezultati: Retrospektivnom analizom postojećih podataka dobili smo da je u poslednjih dvanaest godina u onkološkom dispanzeru ukupno registrovano 209 osoba sa dijagnostikovanim karcionom pluća. U posmatranom periodu primećen je inicijalni porast broja registrovanih

do 2005. godine, nakon čega sledi pad i održavanje broja registrovanih na 18 tokom godine. Najveća učestalost je u šestoj i sedmoj deceniji života kao i značajno veća učestalost kod osoba muškog pola. Najzastupljenija histoptološka forma je *carcinoma squamocellulare* sa učestalošću od 48.8%. Sprovedena terapija je zavisila od histopatološkog nalaza i stadijuma bolesti i sprovedena je u vidu hemioterapije, radioterapije i operativnog tretmana ili u vidu kombinovane primene istih. Vreme preživljavanja je između 10 i 11 meseci života od trenutka registrovanja u onkološkom dispanzeru. 87.4% pacijenata su pušači.

Zaključak: U Srbiji svake godine od raka oboli oko 30.000 osoba dok je od ukupnog broja obolelih u oko 4.500 slučajeva u pitanju rak pluća. Upoznavanjem sa statističkim prikazom karcinoma pluća na lokalnom nivou u značajnoj meri nam pomaže u preduzimanju konkretnih mera u smanjenju morbiditeta i mortaliteta od istih.

Ključne reči: karcinom pluća, histopatološki nalaz, vreme preživljavanja.

ДР ЖАРКО НОВАКОВИЋ - ОСНИВАЧ ХЕМАТОЛОШКЕ ЛАБОРАТОРИЈЕ КРАГУЈЕВАЧКЕ БОЛНИЦЕ

Томислав И. Недељковић[1], И. И. Недељковић[2], Д. Бракочевић[3] и З.В. Вучковић[1]
[1]Клинички Центар „Крагујевац“, Крагујевац
[2]Дом Здравља „Др Цвјетковић“, Нови Сад
[3]Дом Здравља „Врачар“, Београд

У књизи „150 година крагујевачке болнице“ пише да је оснивач организоване лабораторијске службе у крагујевачкој болници мр Д. Милосављевић, који током 1954. бива на едукацији из биохемије на ВМА, а повратком у болницу организује ову службу. Организована лабораторијска служба у Србији имала је своје почетке 50-тих година XX века. То не значи да се анализе нису радиле раније у Београду, Крагујевцу и другим градовима. Пронађена је архивска грађа о Лабораторији у Крагујевцу пре II светског рата, после,1948./49., па из 50-тих година. У ратном периоду и до 50-тих значајно место у оснивању Трансфузиолошке службе и Хематолошке лабораторије има др Жарко Новаковић. Директор Прим. др С. Красић, због огромног обима посла у току ратне 1943. иницира отварање одељења за трансфузију крви, чији руководилац постаје Др Жарко Новаковић о чијем животу и раду је писано у другом раду. Овде је описана његова улога у оснивању Хематолошке лабораторије. У току овог периода подучио је медицинског техничара, извесног Дачу, који постаје први званични лаборант у болници. Тада су се одређивале крвне слике, хемоглобин, време крварења и коагулације свим лежећим пацијентима. По лабораторијским протоколима из 1948./49. најчешћи су били бактериолошки прегледи, крв на Widal, спутум на бацил Koch-a, урин на општи преглед, крв на WaR, брисеви на разне бактерије. Др Новаковић је био интерниста, бавио се трансфузологијом и хематологијом, па је тако оснивач хематолошке лабораторије, био је и управник болнице, начелник интерног одељења. У неким историјским написима пише да је др Новаковић заборављен, сва архива трансфузије са протоколом о даваоцима крви уништена, а слика му је завршила на ђубришту. Ово је покушај да се др Новаковић „врати“ из заборава, а рођацима и пријатељима порука да није заборављен. Слика је објављена у књизи „150 година крагујевачке болнице “ и сачувана од заборава.

Кључне речи: лекар-интерниста, оснивач хематолошке лабораторије, историја медицине.

TRETMAN AKUTNIH ZAPALJENJA SREDNJEG UVA U DECE

Ljiljana Erdevički[1], Ivan Milojević[1], Željko Vasković[1], Gordana Đorđević[2], Gordana Pavlović[2], Sanja Janković[2], Sanjin Milovanović[1], Miloš Jakovljević[1], Andra Jevtović[1]
[1]ORL klinika, Klinički centar “Kragujevac”, Kragujevac
[2]Dom zdravlja, Kragujevac

Akutna zapaljenja srednjeg uva u dece su odmah posle akutnih infekcuja gornjih respiratornih puteva, najčešći razlog za posetu lekaru i najčešći razlog za davanje antibiotika. Akutno zapaljenje srednjeg uva je kratkotrajno, nespecifično zapaljenje sluznice srednjeg uva (tubae auditivae, cavum-a tympani i pneumatskih ćelija mastoidnog nastavka). Definisano je akutnim početkom simptoma, prisustvom izliva i znacima akutnog zapaljenja srednjeg uva. Precizna dijagnoza je neophodna da bi se isključio hronični sekretorni otitis. Predstavljaju teret i za najrazvijenije zemlje u svetu i zato su predmet istraživanja i neprekidnog praćenja u cilju pronalaženja najadekvatnijeg tretmana koji bi omogućio smanjivanje broja obolelih, broja poseta lekaru, a time i umanjenje troškova.

Cilj rada je da ukaže na potrebu adekvatnog i blagovremenog tretmana ovih oboljenja, kao i precizne evidencije zbog praćenja ovih bolesti.

U radu su analizirani podaci iz medicinske dokumentacije Doma zdravlja u Kragujevcu o posetama otorinolaringologu dece do 12 godina, sa zapaljenjima srednjeg uva, u toku jedne godine. Od ukupno 28618 dece sa teritorije nadležnosti Dom zdravlja, u toku 2012. godine, 5558 dece bilo je pregledano od strane otorinolaringologa, sa zapaljenjima srednjeg uva bilo je

1885 dece, a ukupno poseta bilo je 3830. Praćeni su uticaj pola, prebivališta, starosti, vremena javljanja u toku godine u odnosu na broj ponovljenih poseta lekaru.

Dijagnoza mora biti precizna. Neophodna je dobra vizuelizacija bubne opne što zahteva adekvatnu opremu na nivou primarne zdravstvene zaštite, kontinuiranu medicinsku edukaciju i obuku za procenu bubne opne. Potrebna je precizna evidencija, korišćenjem informacionih sistema, saradnja pedijatara i otorinolaringologa u tretmanu ove dece, što bi omogućilo preciznije podatke u praćenju ovih bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i smanjenju morbiditeta.

Ključne reči: otitis media acuta, deca, praćenje.

PRIMENA KOŠTANE TRAKCIJE U LEČENJU TROHANTERNIH PRELOMA

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

Najčešći oblik neoperativnog lečenja trohanternih preloma je koštana trakcija. Ovaj vid lečenja podrazumeva plasiranje metalnog klina kroz kost, tj. kroz distalni deo femura ili proksimalnog dela tibije i aplikovanje trakcije direktno na skeletni sistem. U zbrinjavanju trohanternih preloma, kada se lekar opredeli za koštanu trakciju ili ekstenziju, medicinska sestra obavlja psihičku i fizičku pripremu pacijenata za izvođenje intervencije. Lečenje ovom tehnikom podrazumeva timski rad i kontinuiranu pažnju medicinskog osoblja. Koštana trakcija se uklanja nakon kliničkog pregleda i kontrolnog Rtg snimka. Nakon skidanja koštane trakcije, pacijent se obučava za samostalni hod na štakama.

Ključne reči: trohanter, prelom, trakcija.

PRIMENA KUTANE TRAKCIJE

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

Trakcija, izvačenje, istezanje, ekstenzija (lat. tractio) je pasivna kineziterapijska metoda fizikalne medicine kojom se sprovodi istezanje pojedinih delova tela primenom mehaničke sile. Ciljevi terapeutske imobilizacije su da se povređeni i oboleli delovi tela učine nepokretnim, u željenom položaju, onoliko dugo koliko je potrebno za sanaciju povrede ili oboljenja. Svrha i cilj postavljanja trakcije je u smanjenju bolova i prevenciji daljeg skraćenja ekstremiteta pod dejstvom muskulature. Ekstenzija može biti direktna, neposredna ili osealna i indirektna, posredna ili kutana. Indikacije za kutanu trkciju su: degenerativna bolest zgloba sa suženjem međuzglobnog prostora (u početnoj fazi), smanjena pokretljivost (hipomobilnost) zgloba, povrede meniskusa (blokada meniskusa), prelom acetabuluma, trohanterni prelom butne kosti. Kontraindikacije za trakciju su: tumor, infekcija, reumatoidni artritis, osteoporoza bolesnika sa akutnim zapaljenjima, hipermobilnost zglobova. Na Klinici ortopedije i traumatologije KC Kragujevac prednost se daje koštanoj trakciji. Kutana trakcija se koristi kao preoperativna mera ukoliko se planira operativni zahvat u narednih nekoliko dana.

Ključne reči: ortopedska hirurgija, lečenje, trakcija.

KONZERVATIVNI TRETMAN FRAKTURE KLAVIKULE I POJAVA KOLAPSA PRI IMOBILIZACIJI

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

Prelom ključne kosti nije tako česta pojava. Uglavnom zastupljen u mlađoj, radno aktivnoj populaciji i češći je kod muškaraca. Prelom je u većini slučajeva posledica traume bilo direktnim ili indirektnim putem. Kliničkom slikom dominira „spuštena ruka", slabost i bol kao i pojava lokalnog deformiteta i krepitacija na mestu preloma. Prelom se može u zavisnosti od indikacija, tretirati operativno i konzervativno mnogo češće i sa dobrim rezultatima. Konzervativni tretman podrazumeva imobilisanje preloma Velpoo-vim ili tzv. „8" zavojem, ili primenom adekvatnih unapred pripremljenih ortotičnih sredstava. Na uzorku od 61 pacijenata kod 53 je došlo do pojave nekog oblika kolapsa prilikom ili neposredno po aplikaciji imobilizacije. Pod kolapsom podrazumevamo kratkotrajni gubitak svesti praćen opštom telesnom slabošću koji je prolaznog karaktera i u ovom slučaju se može pripisati bolu pri traumi i prilikom aplikovanja imobilizacije, kao i subjektivnom osećaju neprijatnosti koji pacijenti navode a koji nije posledica bola. Postavljanjem pacijenta u Trendelenburg-ov ili položaj autotransfuzije posledice kolapsa se relativno brzo otklanjaju.

Ključne reči: ključna kost, prelom, lečenje.

SPECIFIČNOSTI ORTOPEDSKO-TRAUMATOLOŠKIH PREVIJANJA

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

Klinika za ortopedsku hirurgiju i traumatologiju leči povrede koštano-zglobnog sistema i njihovih komplikacija, deformitete, degenerativna i reumatska oboljenja, tumore i druga patološka stanja koštano-zglobnog sistema. Pri tome se sprovode savremene

hirurške procedure: artroskopske procedure na kolenu, ugradnja veštačkih zglobova kuka i kolena, revizione artroplastike velikih zglobova, hirurško lečenje ranih i poznih komplikacija, rekonstruktivna hirurgija (metod „Ilizarov“ i „Mitković“).

Sve ove hirurške procedure zahtevaju postoperativno veoma bitnu medicinsko-tehničku radnju, a to je previjanje. Prilikom previjanja od velike važnosti je poštovati redosled: najpre se previjaju sveže rane, zatim inficirane rane sa malo sekrecije, pa onda rane koje gnoje. Pre previjanja potrebno je: psihički i fizički pripremiti pacijenta, pripremiti materijal, postupak obrade čistih rana i postupak obrade inficiranih i zagnojenih rana.

Proces zarastanja rane je zavistan od postoperativne nege rane. Medicinska sestra treba da bude obrazovana i osposobljena, odgovorna i vešta tako da može da odgovori ovom zadatku.

Ključne reči: ortopedija, traumatologija, zavoj.

PROTOKOL RANE REHABILITACIJE NAKON UGRADNJE TOTALNE ENDOPROTEZE KOLENA

A. Stojadinović, A. Milić, N. Damjanović, Z. Jovanović
Odsek za fizikalnu medicinu i ranu rehabilitaciju
Klinika za ortopediju i traumatologiju, Klinički centar “Kragujevac”, Kragujevac

Jedno od najčešćih patoloških stanja u ortopediji je osteoartritis kolena, a sve češće se lečenje završava implantacijom totalne endoproteze kolena. Nakon hirurškog lečenja sledi rehabilitacioni tretman kako bi se postigla bezbolnost i funkcionalna stabilnost kolena. Cilj rada je da se prikaže protokol rehabilitacije koji se sprovodi u Klinici za ortopediju i traumatologiju, Kliničkog centra Kragujevac nakon ugradnje totalne endoproteze kolena. Postoperativna rehabilitacija počinje onog dana kada je bolesnik operisan sa respiratornom gimnastikom, izometrijskim vežbama *m. quadriceps femoris* i glutealne muskulature, kondicionim vežbama, aktivnim vežbama operisane noge u cilju prevencije tromboembolijskih komplikacija. U daljem toku se povećava intenzitet kineziterapijskih procedura, a uporedo sa ovim procedurama, bolesnici se edukuju o načinu sedenja i ustajanja iz kreveta, hodu uz stepenice i obučavaju za aktivosti svakodnevnog života. Sve vežbe bolesnik obavlja uz nadzor i pomoć fizioterapeuta. Cilj rehabilitacije je da se bolesnici za relativno kratko vreme vrate svakodnevnim obavezama, sa značajnim poboljšanjem kvaliteta života. Rezultate rehabilitacije procenjujemo na osnovu merenja obima pokreta, manuelnog mišićnog testa (MMT), ispitivanja osećaja bola (VAS skala bola) i funkcionalne osposobljenosti za hod.

Protokol rehabilitacije bolesnika sa ugrađenom endoprotezom kolena obezbeđuje relativno dobar funkcionalni oporavak, dovodi do jačanja natkolene muskulature, povećanja obima pokreta kolena, smanjenja bola i funkcionalne osposobljenosti za hod bez pomagala.

Ključne reči: koleno, totalna endoproteza, rehabilitacija.

ПОСТЕР ПРЕЗЕНТАЦИЈА

UDRUŽENOST HELICOBACTER PYLORI INFEKCIJE SA OBOLJENJIMA ŽELUCA I DUODENUMA

Irena Radoman-Vujačić, Jovana Šaban
Odjeljenje gastroenterohepatologije, Klinika za internu medicinu, Klinički centar Crne Gore, Podgorica, Crna Gora

Uvod: Udruženost Helicobacter pylori (HP) infekcije sa nastankom hroničnog gastritisa, želudačnog i duodenalnog ulkusa, karcinoma i MALT limfoma želuca, predstavlja značajno otkriće savremene medicine.

Cilj: Cilj rada je da dokaže udruženost HP infekcije sa oboljenjima želuca i duodenuma.

Metode: Studijom je obuhvaćeno 75 ispitanika oba pola, različitih starosnih kategorija, izabranih slučajnim uzorkom. Svim ispitanicima je odrađena ezofagogastro-duodenoskopija i biopsija sluznice korpusa i antruma želuca, od januara do juna 2014. godine.

Rezultati: Na uzorku od 75 pacijenata, 53 (71%) ispitanika je pozitivno, a 22 (29%) negativno na HP infekciju. Najveći broj HP pozitivnih ispitanika je životne dobi od 40-59 godina. Hronični gastritis je dominantan nalaz kod 48 (64%) ispitanika. Prevalenca na HP pozitivnom uzorku iznosi kod hroničnog gastritisa 28 (58%), ulkusa želuca 14 (100%), duodenalnog ulkusa 8 (100%), karcinoma želuca 1 (33%) i MALT limfoma 2 (100%). Pacijenti isključivo sa simptomima dispepsije su zastupljeni u 57% slučajeva. Procentualna zastupljenost pacijenata koji uz dispeptične tegobe imaju i prateće komorbiditete iznosi 43%. Najveći broj endoskopiranih pacijenata je sa prethodno dijagnostikovanim sledećim oboljenjima: kardiovaskularne bolesti kod 9 (28%), kardiovaskularne i endokrinološke bolesti kod 5 (16%) i maligne hematološke bolesti kod 4 (13%) slučajeva. Bol u epigastrijumu je dominantan simptom kod 49 (65%) ispitanika. U ovoj studiji 39 (73%) pušača ima HP infekciju.

Zaključak: Analize ove studije su dokazale da HP infekcija povećava rizik za nastanak hroničnog gastritisa, peptičkog ulkusa i MALT limfoma.

Ključne riječi: Helicobacter pylori, gastritis, ulkus, karcinom.

RANE ODREDNICE FUNKCIJE PLUĆA KOD DECE

V. Milovanović[1], D. Milenković-Radojević[1], S. Lekić-Milovanović[2]
[1]Dom zdravlja, Gornji Milanovac
[2]Dom zdravlja, Vrnjačka Banja

Postoje dokazi da su faktori rizika za recedivantnu bolest pluća povezani sa poremećajem u rastu i razvoju disajnih puteva i pluća. Ovi faktori mogu da deluju antenatalno, perinatalno ili u prvim godinama života, a efekti ovog delovanja se mogu održavati do doba odraslog. Intrauterusni razvoj pluća determinisan je mehaničkim faktorima kao što su prostor, volumen amnionske tečnosti i fetalno disanje. Ograničenost toraksnog prostora, oligohidramnion i stanja sa smanjenim fetalnim disanjem dovode do zastoja u razvoju pluća. Spoljašnji uticaji kao što su pušenje majke u trudnoći ili drugi faktori povezani sa intrauterusnim zastojem u rastu i infekcija mogu imati uticaj na strukturu i razvoj pluća. Brojne epedemiološke studije ispituju uticaj pola, etničke pripadnosti i socioekonomskog statusa na funkciju pluća. Različiti respiratorni poremećaji naročito bolesti praćene vizingom u prvim godinama života, zapazeni su kod dece sa malom telesnom težinom na rođenju. Postavlja se pitanje da li prevremeno rođenje i samo za sebe, bez pratećih štetnih efekata, utiče na nastanak hronične neonatalne bolesti pluća. Aktuelan je problem postnatalne mehaničke ventilacije koja ima uticaj na plućnu funkciju preko posledičnog zapaljinskog odgovora, remodelovanja i nastanka fibroze. Cilj rada je upoznavanje sa faktorima koji utiču na funkciju pluća kod dece i njihovu povezanost sa bolestima pluća u kasnijem životnom dobu. Metodološki, ovo je revijski rad (podaci dobijeni na osnovu Medline baze podataka). Respiratorni poremećaji u detinjstvu posledica su interakcija izmedju normalnog razvoja pluća, inflamacije i remodelovanja. Svaki faktor koji remeti normalni tok razvoja može da ima posledice na kasniju funkciju pluća.

Ključne reči: pluća, funkcija, deca, faktori rizika.

POREĐENJE KONVENCIONALNE I SAVREMENE TEHNIKE UKLANJANJA KARIJESA

Jelena Klačar
Zavod za stomatologiju, Kragujevac

Uvod: Vazdušna abrazija je našla primenu u stomatologiji sa razvojem minimalno invazivne stomatologije. To je savremena tehnika koja koristi kinetičku energiju za uklanjanje karijesne lezije zuba u cilju očuvanja zdravog zubnog tkiva.

Cilj: Poređenje dve različite metode uklanjanja karijesa: savremene tehnologije-vazdušna abrazija i konvencionalne metode-rotirajući instrumenti.

Metode: Dečaku, 13 godina, sa visokim rizikom za karijes, dijagnostikovan je karijes gleđi zuba 47, kao i sekundarni karijes zuba 46. Preparacija zuba 46 je rađena

klasicnim rotirajućim instrumentima a preparacija zuba 47 vazdušnom abrazijom (EMS, Air Flow prep K 1). Izvršeno je poređenje različitih metoda preparacije kaviteta.

Rezultati: Vazdušnom abrazijom je uklonjena samo ona gleđ koja je demineralizovana tako da se sačuvalo zdravo zubno tkivo, u odnosu na rad sa tradicionalnim rotirajućim instrumentima gde kontrola ne može biti tako precizna i ukloni se više čvrste zubne supstance. Poredeći rad konvencionalnom tehnikom i vazdušnom abrazijom uočavaju se brojne prednosti rada vazdušnom abrazijom kako za pacijenta tako i za terapeuta. Sam početak stomatološke intervencije anestezijom, koja je potrebna kod konvencionalne tehnike, za pacijenta je neprijatan i izaziva strah. Pacijent je sa lakoćom prihvatio rad vazdušnom abrazijom u poređenju sa konvencionalnom tehnikom gde je bio uplašen i smetao mu je zvuk nasadnih instrumenata.

Zaključak: Savremene tehnologije kao sto je vazdušna abrazija iziskuju kulturnu, ekonomsku i tehničku podršku da bi bile primenjivane u svakodnevnoj praksi.

Ključne reci: vazdušna abrazija, minimalno invazivna stomatologija, karijes gleđi

NEKONTROLISANA UPOTREBA ANKSIOLITIKA – SEDATIVA

Branimir Rančić, S. Nedeljković
Dom zdravlja, Gadžin Han

Uvod: Anksiolitici ili sedativi regulišu, redukuju anksioznost (teskobu ili psihičku napetost), a da pri tome ne oštećuju spoznajne i perceptivne procese. U službenom glasniku Republike Srbije br. 53/11 od 28. 7. 2011. godine i u Službenom glasniku Republike Srbije br. 1/12 od 19. 1. 2012. godine regulisano je propisivanje (uvođenje u terapiju) ovih lekova, samo na osnovu mišljenja neuropsihijatra ili psihijatra.

Cilj: Ukazati na razloge nekontrolisanog propisivanja anksiolitika – sedativa.

Metode: Prospektivnom studijom (2011–2013) praćena je upotreba anksiolitika kod 400 pacijenata (275 žena i 125 muškaraca) starosti od 30 do 80 i više godina u Domu zdravlja "Gadžin Han" u odnosu na sledeće parametre: 1. starost; 2. pol; 3. vreme trajanja upotrebe leka; 4. medicinske indikacije (dijagnoze po šiframa).

Rezultati Analiza dobijenih podataka po mesecima pokazuje da pacijenti koji su koristili anksiolitike najčešće pripadaju starosnoj grupi od 60 do 80 godina, sa većom zastupljenošću osoba ženskog pola (65%). Prosećno vreme upotrebe anksiolitika se kreće od 10 do 15 godina i to kao dopuna kardiovaskularnim (infarkt miokarda, hipertenzija) i endokrinološkim (dijabetes, bolesti štitne žlezde) bolestima. U pomenutom periodu predložene mere koje regulišu strogo indikativno propisivanje anksiolitika uticale su na smanjenje propisanih anksiolitika za jednu trećinu manje.

Zaključak: Autori zaključuju da je postojala polipragmazija u propisivanju anksiolitika kao i u dužini terapije koja se sprovodila anksioliticima. Zadatak neuropsihijatra je postepeno (ne naglo) redukovati terapiju anksioliticima u zavisnosti od indikacionog područja, a vremenom ih zameniti, tako da bi se izbegla dugotrajna upotreba jednog te istog leka koji nosi potencijalnu opasnost stvaranja, razvijanja zavisnosti.

Ključne reči: anksiolitici, propisivawe, racionalna upotreba, nekontrolisana upotreba.

ARTERIJSKA HIPERTENZIJA I NAJČEŠĆE UDRUŽENE BOLESTI

Marija Aleksijević, Milica Tasić,
DZ "Dr Simo Milošević", Čukarica, Beograd

Uvod: Arterijska hipertenzija je najčešće nezarazno oboljenje savremenog čoveka. U većini razvijenih zemalja procenat odraslog stanovništva sa arterijskom hipertenzijom je oko 20%.

Cilj: Prikaz analize udruženih oboljenja sa arterijskom hipertenzijom i njihova učestalost i distribucija po godinama starosti i polu.

Metode: Analiza zdravstvenih kartona slučajno izabranih pacijenata sa dijagnozom arterijske hipertenzije.

Rezultati: Utvrđeno je da samo 6% pacijenata ima izolovanu arterijsku hipertenziju. Udruženu hiperlipoproteinemiju ima 61%, dijabetes melitus 30%, koronarnu bolest 27%, poremećaj srčanog ritma 25%, cerebrovaskularna oboljenja 9%, srčanu isuficijenciju 6%. Kod muškaraca, najčešće udružena oboljenja su hiperlipoproteinemija i poremećaj ritma, a kod žena hiperlipoproteinemija i dijabetes melitus. Arterijska hipertenzija je najzastupljenija u grupi 55-64 godine. Kao i hiperlipoproteinemija, koronarna bolest i poremećaji ritma, a dijabetes melitus i cerebrovaskularne bolesti u grupi 65-74 godine.

Zaključak: Arterijska hipertenzija se uglavnom javlja udruženo, sa hiprlipoproteinemijom, koronarnom bolešću, poremećajima ritma, dijabetesom, cerebrovaskularnim bolestima, a izuzetno samostalno. Najrizičnije starosne grupe za udružene bolesti 55-64 i 65-74 godine. Cilj rada lekara je da leči arterijsku hipertenziju kao i pridružene bolesti.

Ključne reči: arterijska hipertenzija, udružene bolesti, faktori rizika.

ZASTUPLJENOST OBOLJENJA ŽUČNE KESE U ULTRAZVUČNOJ DIJAGNOSTICI

Marija Aleksijević, Milica Tasić,
DZ "Dr Simo Milošević", Čukarica, Beograd

Uvod: Ultrazvučna dijagnostika zauzima vodeće mesto u dijagnostici oboljenja žučne kese. Kalkuloza žučne kese se može dijagnostikovati na osnovu direktnih i indirektnih znakova. Upalna oboljenja ili tumori žučne kese jasno se prepoznaju ultrazvukom.

Cilj: Ispitati učestalost oboljenja žučne kese pregledanih pacijenata u Ambulanti za ultrazvučnu dijagnostiku.

Metode: Pregledano je 494 pacijenata, čiji su podatci statistički obrađeni i upoređeni.

Rezultati: Urođene deformacije žučne kese su relativno retke (ima ih 10% pacijenata sa obolelom žučnom kesom), od toga 88% pacijenata ima presavijenu žučnu kesu, 6% dvostruko presavijenu i 6% septiranu. Najčešće oboljenje je cholecystitis chronica calculosa 68%, benigni tumori-polipi 16%, kalkulozne upale žučne kese 4%, dilatacije žučovoda 2%. Kalkuloza žučne kese je zastupljenija kod žena (68%). Žene češće operišu žučnu kesu (75% žena i 25% muškaraca). Kod žena je češća kombinacija presavijene žučne kese i kalkuloze (85% žena i 15% muškaraca).

Zaključak: Budući da je kalkuloza žučne kese često asimptomatska, da sa sobom nosi visoki rizik od komplikacija, neophodno je da se ultrazvučna dijagnostika uvede kao obavezna u redovne sistematske preglede.

Ključne reči: žučna kesa, bolesti, ultrazvuk.

HELICOBACTER PYLORI I ARTERIJSKA HIPERTENZIJA

Ivan II Nedeljković, Tomislav Nedeljković, Milan Cvjetković, Dušica Rakić, Ksenija Bošković, Sara Cvjetković, Dragana Gvozdanović, Olivera Lukić, Danka Sutilović, Željka Jarić, Dragana Ilić, Branka Cvjetković
Dom zdravlja "Dr Cvjetković", Novi Sad

Uvod: Stalno prisutne patogene bakterije, stečene rano, često bez izazivanja vidljive bolesti tokom života smatraju se etiološkim činiocima za kardiovaskularne bolesti. Pretpostavlja se da je ta povezanost uslovljena hroničnom aktivacijom faktora upale. Razne studije su ukazale na moguću povezanost Helicobacter pylori seropozitivnosti (HPS) kod pacijenata (P) i arterijske hipertenzije (AH).

Cilj: Analiza povezanosti HPS kod P i prisustva AH.

Metode: U studiju je ukljuceno 135 uzastopnih P sa ucinjenim odredjivanjem IgG antitela u serumu na HP, ELISA metodom. Na osnovu dobijenih rezultata P su podeljeni u dve grupe: A grupa (85 P) sa pozitivnim (>50 U/ml) i B grupa (50 P) sa negativnim nalazom. Kod svakog P je ucinjena anamneza, uvid u prethodnu dokumentaciju, EKG, klinicki kardioloski pregled, neinvazivna kardioloska dijagnostika te je uz rezultate laboratorijskih pretraga formirana istorija bolesti kako bi se konstatovalo prisustvo ili odsustvo AH i njena povezanost sa HPS. U cilju obrade podataka, procene statisticke znacajnosti korisceni su hi 2 test i studentov t-test.

Rezultati: HPS je konstatovana kod 62,96% P. Medju grupama nije bilo statisticki znacajne razlike u pogledu prosecnih godina starosti (A 54,39±14,67; 20-85,56 vs. B 50,48±11,21; 33-77,52; p=0,106 i prisustva zena (A 47; 55,29% vs. B 36; 72%; p=0,081). U A bilo je 55 P sa AH (64,71%, a u B 20 P sa AH (40%) (p=0,009).

Zakljucak: Naša studija ukazuje na povezanost između HPS i AH.

Kljucne reci: Helicobacter pylori, arterijska hipertenzija, komorbiditet.

HELICOBACTER PYLORI I KORONARNA BOLEST

Ivan II Nedeljković, Tomislav Nedeljković, Milan Cvjetković, Dušica Rakić, Danka Sutilović, Dragana Gvozdanović, Olivera Lukić, Dragana Ilić, Branka Cvjetković, Ksenija Bošković, Sara Cvjetković, Željka Jarić
Dom zdravlja "Dr Cvjetković", Novi Sad

Uvod: Ateroskleroza je hronični zapaljenski odgovor na oštećenje endotela. Danas se smatra da je glavni mehanizam nastanka lezija arterija odgovor na oštećenja. Zapaljenski mehanizmi su ključni u začetku, progresiji i komplikacijama aterosklerotskih lezija. Stalno prisutni patogeni, stečeni rano, a bez izazivanja vidljive bolesti tokom zivota smatraju se etiološkim ciniocima za kardiovaskularne bolesti. Klinički, serološki i epidemioloski podaci kojima se Helicobacter pylori (HP) i ateroskleroza povezuju su kontradiktorni i ukazuju na mogucu povezanost između HP seropozitivnosti (HPS) i koronarne bolesti (KB).

Cilj: Analiza povezanosti HPS kod pacijenata (P) i prisustva KB.

Metode: U studiju je ukljuceno 135 uzastopnih P sa ucinjenim odredjivanjem IgG antitela u serumu na HP, ELISA metodom. Na osnovu dobijenih rezultata P su podeljeni u dve grupe: A grupa (85 P) sa pozitivnim (>50 U/ml) i B grupa (50 P) sa negativnim nalazom. Kod svakog P je ucinjena anamneza, uvid u prethodnu dokumentaciju, EKG, klinički kardiološki pregled, neinvazivna kardioloska dijagnostika te je uz rezultate

laboratorijskih pretraga formirana istorija bolesti kako bi se konstatovalo prisustvo ili odsustvo KB i njena povezanost sa HPS. U cilju obrade podataka, procene statisticke znacajnosti korisceni su hi-kvadrat test i Studentov t-test.

Rezultati: HPS je konstatovana kod 62,96% P. Medju grupama nije bilo statistički značajne razlike u pogledu prosečnih godina starosti (A 54,39±14,67; 20-85,56, vs. B 50,48±11,21; 33-77,52; p=0,106) i prisustva zena (A 47; 55,29% vs. B 36; 72%; p=0,081). U A bilo je 20 P sa KB (23,53%), a u B 2 P sa KB (4%) (p=0,006).

Zaključak: Naša studija ukazuje na povezanost između HPS i KB.

Ključne reci: Helicobacter pylori, koronarna bolest, komorbiditet.

HIPERKIFOZA KAO KASNA KOMPLIKACIJA PRELOMA KIČME

Srđan Vlajović, Ivan Stojadinović, Pavle Doderović
Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

Uvod: Prelomi kičmenog stuba predstavljaju povrede koje nastaju dejstvom sile jakog intenziteta. Razvojem industrije i saobraćaja povećava se i njihova učestalost kod mlađe, radno sposobne populacije. Leče se operativnim i neoperativnim putem. Razvojem implantata i praćenjem dobijenih rezultata, hirurške metode sve više dobijaju na značaju u lečenju navedenih povreda.

Cilj: Praćenje rezultata lečenja sekundarnog deformiteta kao kasne komplikacije povrede kičmenog stuba, nastalog kao posledica odstupanja od protokola lečenja nestabilnih preloma, kao i primena kombinovane prednje-zadnje hirurgije u rešavanju nastalih komplikacija.

Materijal i metode: U periodu 2010. – 2014. godine na Klinici za ortopediju i traumatologiju KC Kragujevac operisano je 5 pacijenata sa posttraumatskom sekundarnom hiperkifozom. Svi deformiteti nastali kao kasna komplikacija preloma torakolumbalnog segmenta: 3 pacijenta sa prelomom L1, a dva sa prelomom Th12. Praćeni su preoperativni i postoperativni ugao angulacije.

Rezultati: Svi pacijenti su operisani kombinovanom prednje – zadnjom hirurgijom, korišćena zamena za pršljensko telo i transpedikularna fiksacija. Prosečni ugao lokalne hiperkifoze preoperativno je bio 27,8 stepeni, a postoperativni 10,8 stepeni. Funkcionalni rezultat dobar, deformitet korigovan, tegobe redukovane.

Zaključak: Primarnim hirurškim lečenjem možemo u znatnoj meri sprečiti nastanak komplikacija povreda kičmenog stuba, čije kasnije lečenje predstavlja veći medicinski i finansijski problem.

Ključne reči: prelom, kičmeni stub, hiperkifoza, hirurško lečenje.

ПОКУШАЈ СУИЦИДА САМОКЛАЊЕМ –ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Ж. Васковић[1], И. Милојевић[1], С. Миловановић[1], Г. Павловић[2], С. Јанковић[2], М. Јаковљевић[1], А. Јевтовић[1]
[1]Клиника за Оториноларингологију и максилофацијалну хирургију, Клинички центар "Крагујевац", Крагујевац
[2]Дом здравља, Крагујевац

Циљ: Рад приказује случај пацијента старог 29 година који је покушао суицид самоклањем.

Приказ случаја: Повреде се клинички презентују у виду три хоризонтално постављене секотине горње половине врата. Водећа секотина је на левој страни врата са пенетрацијом фаринголаринкса. Хируршком експлорацијом ране налазимо авулзивну повреду епиглотиса, латералних зидова хипофаринкса и ларинкса по типу ларингофисуре. Обим хируршких повреда је илустован серијом фотографија. По учињеној хируршкој трахеотомији и хемостази, приступили смо примарној реконструкцији фаринголаринкса и ледираних мишића врата по слојевима. У постоперативном периоду код пацијента је успостављена уредна покретљивост епиглотиса при деглутицији, као и покретљивост обе половине ларинкса и обе гласнице у при респирацији и фонацији. Пацијент је на отпусту деканилисан, еупноичан и еуфоничан, успостављеног адекватног акта гутања.

Закључак: Повреде врата оштрим оруђем, понекада у склопу психијатријског обољења, насталих у покушајима суицида самоклањем, колико год драматично изгледале, у неким случајевима се могу упешно хируршки решити, без изразитих функционалних секвела. Постоперативна психијатријска рехабилитација је обавезна.

Кључне речи: покушај суицида, самоклање, приказ случаја.

LARINGEALNA MANIFESTACIJA FORESTEREIROVE BOLESTI

Jasmina Stojanović[1], Branislav Belić[1],Slađana Simović[2], Sanja Janković[1], Gordana Pavlović[1],Sanjin Milovanović[1], Sandra Živanović[2]
[1]Klinika za Otorinolaringologiju, Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac
[2]Specijalistička služba Doma Zdravlja Kragujevac

Difuzna idiopatska skeletna hiperosteoza (DISH), poznata i kao Forestierova bolest, veoma je retka bolest koštano-zglobnog sitema koja može da dovede do promuklosti, disfagije, dispneje, stridora i edema larinksa.

Cilj našeg rada je da prikažemo slučaj 69. godišnjeg bolesnika upućenog na fonijatrijski pregled zbog promuklosti, disfagije i tegoba pri disanju. Anamnezom, klinickim pregledom i adekvatnim dopunskim dijagnostičkim procedurama dijagnostikovana je Forestierova bolest. U kliničkoj praksi neophodno je da mislimo i na retke uzroke disfonije kao sto je Forestierova bolest.

Ključne reči: disfonija, DISH, disfagija, larinks.

ENDOVIDEOSTROBOSKOPIJA U DIJAGNOSTICI TUBERKULOZE LARINKSA

Gordana Pavlović, Sanja Janković, Jasmina Stojanović, Branislav Belić

Klinika za otorinolarigologiju, Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac

Uvod: U eri antituberkulostatika tuberkuloza larinksa se javlja se u 1-3% slučajeva plućne tuberkuloze. Ona je skoro uvek sekundarna i nastaje inokulacijom infekcije iz sputuma, hematogenim ili veoma retko limfogenim putem. Cilj rada je da prikažemo značaj endovideostroboskopije u dijagnostici sekundarne TBC larinksa

Prikaz slučaja: Pacijent star 48 godina pušač, po zanimanju rudar. Upućen se na ORL Kliniku zbog promuklosti i produktivnog kašlja koji traju 3 meseca. Indirektnim laringoskopskim pregledom i endovideostroboskopijom našli smo da su obe polovine larinksa dobro pokretne, leva glasnica jarko crvene boje i jako voluminozna. Na donjoj površini leve glasnice i delom u subglotisu prisutni su submukozni infiltrati sa ulceracijama. Indikovali smo laringomikroskopiju sa biopsijom promena. Uradjen je RTG pluća: TBC pulmonum. Zlatni standard za dijagnostikovanje TBC larinksa je LMS sa biopsijom koji sticajem okolnosti nismo uradili, jer je pacijent hitno preveden na pulmologiju radi započinjanja terapije primarne TBC pluća. Mikroskopski pregled sputuma i kultura sputuma na Lowenstain podlozi su bili pozitivni. U terapiji su dati antituberkulostatici.

Zaključak: TBC larinksa danas retka bolest, ali na nju treba misliti u diferencijaloj dijagnozi sa drugim bolestima larinksa.

Ključne reči: larinks, tuberkuloza, dijagnoza.

INSTRUKCIJE AUTORIMA ZA PRIPREMU RUKOPISA

MEDICINSKI ĊASOPIS 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 časopsa.

Originalni rukopisi će biti prihvaćeni podrazumevajući da su poslati samo MEDICINSKOM ČASOPISU. Rukopisi koji su prihvaćeni za stampu 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 objavljivan 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 izrazena 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 izvrsen, 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 ce se obavljati korespodencija.

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 obavljeni u skladu sa moralnim slandardima 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 oznacavaju 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. Dispepsia 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 i1i članak u knjizi

24 - Trier JJ. Celiac sprue. In: Sleisenger MH, Fordtran JS, eds. Gastrointestinal disease. 4th ed. Phil adelphia: 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 oznacavaju 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 uveličanje 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 publikovali 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 pročitali 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 potpisanu 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)

Manucripts 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 permisions 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 readabillity 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