ГАСТРОЕНТЕРОЛОШКЕ БОЛЕСТИ КАО СОЦИЈАЛНО-МЕДИЦИНСКИ ПРОБЛЕМ НА ТЕРИТОРИЈИ СРЕМСКОГ ОКРУГА У ПЕРИОДУ 2007-2012. ГОДИНЕ

Радован Зеџ¹, Нада Зеџ Петковић², Давор Пењашковић³

GASTROENTEROLOGICAL DISEASES AS A SOCIAL AND MEDICAL PROBLEM IN THE TERRITORY OF SREM REGION IN THE PERIOD 2007-2012.

Radovan Zec, Nada Zec Petković, Davor Penjašković

Сажетак

Двадесети век, као век напретка у свим пољима људске делатности, оставио је неизбрисив траг и у развоју гастроентерологије. Док се у почетку гастроентерологија ослањала искључиво на анамнезу и физикални преглед у откривању болести пацијената, двадесети век доноси праву техничко-технолошку револуцију у развоју опреме која је усмерена на постављање дијагнозе, али и лечења гастроентеролошких пацијената.

Данас сваки гастроентеролог, након пажљиво узете анамнезе и физикалног прегледа, има на располагању прави арсенал дијагностичких метода, почев од лабораторијске дијагностике, затим ултрасонографских и ендоскопских дијагностичких метода.

У последњим деценијама је у употреби и ендосонографија гастроинтестиналног тракта која је од посебног значаја за утврђивање дубине запаљенског туморског процеса („staging“), као и у откривању промена у суседним структурама.

Summary

The twentieth century, as the century of progress in all fields of human activity, has left an indelible mark in the development of gastroenterology. While in the first gastroenterology relied on history and physical examination in detecting disease patients, twentieth century would bring real technical revolution in the development of equipment that is focused on the diagnosis and treatment of gastroenterological patients.

Nowadays, every gastroenterologist, after carefully taken history and physical review, at its disposal has a real arsenal of diagnostic methods from laboratory diagnosis and endoscopic ultrasound, then diagnostic methods.

During the last decades, the use of endosonography and gastrointestinal tract, which is of particular importance in determining the depth of tumor and inflammatory processes („staging“), as well as in the detection of changes the neighboring structures.

Due to the development of endoscopic devices today can take targeted biopsy pathologic lesions, we again allow for accurate diagnosis and differential diagnosis. ERCP is of great importance for diseases of biliopancreatic system. Liver biopsy contributes largely hidden differentiation of liver disease.

¹ Др Радован Зеџ, Општа болница, Служба за интерну медицину, Сремска Митровица.

² Др Нада Зеџ Петковић, Завод за јавно здравље, Сремска Митровица.

³ Др Давор Пењашковић, Општа болница, Служба за интерну медицину, Сремска Митровица.

Захваљујући развоју ендоскопских апарата, данас можемо узети циљану биопсију патолошке лезије, што нам опет омогућује прецизну дијагнозу и диференцијалну дијагнозу. ERCP је од изузетног значаја за обољења билиопанкреасног система. Биопсија јетре доприноси у највећој мери разликовању скривених обољења јетре.

Танко црево више није „тамни вилајет“, јер су се развиле дијагностичке методе и за његову визуализацију (ендоскопска капсула и double balloon).

Са друге стране, број оболелих од болести дигестивног тракта је врло велики и сваким даном све више расте, тако да сада заузима треће место иза кардиоваскуларних болести и болести респираторног система.

Поједина обољења дигестивног тракта, улцеративна, инфламаторна, а посебно неопластична, представљају по својој учесталости и последицама праве социјално-медицинске проблеме од изузетног значаја за ширу заједницу.

Расте број неопластичних обољења дигестивног тракта.

У последњим деценијама смо сведоци и све већег броја пацијената који имају функционалне болести дигестивног тракта које се опет доводе у вези са савременим начином живота.

Кључне речи: гастроентеролошке болести, Сремски округ.

Small intestine is no longer „darkness“ because they have developed diagnostic methods for its visualization (endoscopic capsule and double balloon).

On the other hand, the number of patients suffering from diseases of the digestive tract is very large and every day growing and now ranks third after cardiovascular diseases and respiratory diseases.

Certain diseases of the digestive tract as ulcerative, inflammatory and neoplastic particular, are by their frequency and consequences real social medical problems of great importance for the wider community.

Nowadays, number of malignant diseases of digestive tract is growing.

In recent decades we have witnessed the increasing number of patients with functional gastrointestinal diseases that can lead again in connection with the modern way of life.

Key words: gastrointestinal diseases, Srem District.

УВОД

Као и претходних година, здравствено стање становништва Срема је карактерисано значајним демографским променама, значајним присуством хроничних обољења, као и високом преваленцом нездравих животних навика.

За оцену здравственог стања становништва користе се негативни показатељи здравља, од којих су доступни морталитет (умирање) и морбидитет (оболевање), као и показатељи недавних истраживања.

Морталитет, као негативна компонента природног и укупног кретања становни-

штва, делује на смањивање укупног броја становника. Стопа mortalитета је одраз деловања биолошких, економских и здравствених фактора, па је општи mortalитет, а посебно mortalитет дојенчади, значајан показатељ животног стандарда. Такође, кретање стопе mortalитета, уз морбидитет, служи за оцену ефикасности здравствене заштите, као и здравствене и социјалне политике земље.

Највећи социјално-медицински значај имају болести кардиоваскуларног система и малигнитети, јер доминирају нашом националном патологијом и у структури mortalитета (умирања) и у структури морбидитета (разбојевања). Ради се о болестима које су:

- дуготрајне и масовне;
- остављају резидуалну неспособност;
- последице које остављају су бројне и захватају низ сфера друштва (здравствене, економске и социјалне);
- захтевају дуги период стручног надзора и опсервације;
- већина терапијских мера су неугодне и дуготрајне;
- већина болести из групе кардиоваскуларних и малигнитета неизлечиви су;

• на њихову појаву превасходно утичу фактори понашања;

• превенција ових болести огледа се првенствено у борби против фактора ризика ових болести, а то су неправилна исхрана, недовољна физичка активност, пушење, алкохол, стрес.

РЕЗУЛТАТИ

Стопа mortalитета одраз је деловања биолошких, економских и здравствених фактора, па је општи mortalитет, а посебно mortalитет дојенчади, значајан показатељ животног стандарда.

Водећи узроци смрти одраслог становништва у Сремском округу у 2011. години су:

- болести система крвотока (54,6%),
- тумори (19,9%),
- болести система за дисање (4,62%),
- болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхране и метаболизма (3,80%),
- симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (3,52%),
- повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (3,52%).

Табела 1. Структура mortalитета у Сремском округу у периоду 2007-2011. година.

АНАЛИЗА MORTALИТЕТА У СРЕМУ	2007.		2008.		2009.		2010.		2011.	
Узроци умирања (према групама болести)	број	%	број	%	број	%	број	%	број	%
болести система крвотока (И)	3300	76,58	2647	64,25	2337	56,5%	2276	54,82%	2151	54,90%
тумори (II)	411	9,54	778	18,88	831	20,1%	837	20,16%	775	19,90%
симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (P)	39	0,91	88	2,14	243	5,8%	242	5,83%	139	3,50%
болести система за дисање (J)	157	3,64	95	2,31	148	3,5%	153	3,68%	184	4,60%
болести система за варење (K)	63	1,46	76	1,84	99	2,4%	102	2,46%	125	3,10%
повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (C)	90	2,09	60	1,46	49	1,19%	48	1,16%	59	1,40%
болести жлезда са унутрашњим лучењем (E)	46	1,07	152	3,69	150	3,63%	168	4,05%	151	3,80%
болести нервног система (G)	28	0,65	49	1,19	51	1,23%	51	1,23%	65	1,60%
повреде, тровања и последице деловања спољних фактора (T)	91	2,11	83	2,01	78	1,89%	90	2,17%	81	2%
болести мокраћно-полног система (H)	34	0,79	38	0,92	41	0,99%	43	1,04%	46	1,10%
други спољашњи узроци повређивања (X)	-	-	-	-	3	0,07%	1	0,02%	1	0,02%
други спољашњи узроци повређивања (Y)	-	-	1	0,02	0	0,00%	1	0,02%	2	0,05%
заразне болести и паразитарне болести (A)	25	0,58	18	0,44	10	0,24%	8	0,19%	10	0,25%

Графикон 1. Структура морталитета у Сремском округу за 2011. годину.

У 2011. години највећи број становника Сремског округа умро је од болести срчаног мишића – кардиомиопатије са 15,1%, затим од хипертензије 10%, инфаркта мозга 9,8%, недовољне функције срца 4,7%, акутног инфаркта срца 4,2% и карцинома плућа 4,1%.

Анализирајући морталитет од малигних обољења, као другог по учесталости узрочника умирања, закључује се да се током 2011. године највише умирало од злоћудних тумора плућа и душника, затим дојке, задњег и дебелог црева, желуца и кестењаче.

Табела 2. Најчешћа малигна обољења као узроци морталитета у 2011. години.

Шифра обољења	број умрлих	проценат
Ц34 (плућа и душник)	165	21%
Ц50 (дојке)	60	7,70%
Ц20 (задње црево)	56	7,20%
Ц18 (дебело црево)	48	6,20%
Ц16 (желудац)	46	5,90%
Ц61 (кестењача)	44	5,60%
Ц22 (јетра)	38	4,80%
Ц25 (панкреас)	34	4,30%
Ц71 (мозак)	26	3,30%
остали	267	34%
укупно	784	100%

Графикон 2. Најчешћа малигна обољења у 2011. години.

У структури морталитета од малигних обољења, особе мушког пола заступљене

су са 57% учесталости. Женски пол је заступљен у 43%.

Графикон 3. Однос полова умрлих од малигних обољења у 2011. години.

Морбидитет, оболевање, спада у најважније индикаторе здравственог стања. Рутинска здравствена статистика обезбеђује информације о раширености појединих обољења, али само у делу становништва који је користио здравствену заштиту. То је такозвани регистровани морбидитет, који се може поделити на ванболнички и болнички.

Морбидитет (оболевање) на подручју Сремског округа регистрован је кроз медицинску документацију и евиденцију која се води у свим здравственим установама на округу. Постоји и део становништва који се и поред нарушеног здравља не јавља лекару. Извештаји о утврђеним обољењима и стањима у приватним ординацијама се достављају, али не потпуно. Без обзира на ове чињенице, регистровани морбидитет пружа доста реалну слику здравственог стања становништва. Без обзира на то што сви болесни не користе здравствену заштиту, као што ни сви који посећују здравствену установу нису болесни, овако регистрован морбидитет указује да посебно на сваког становника Сремског округа долази скоро два обољења. Раном дијагностиком могу се избећи компликације болести и лош крајњи исход.

Ванболнички морбидитет

Основне карактеристике ванболничког морбидитета биће приказане кроз регистрована обољења у службама примарне здравствене заштите, и то службе за здравствену

заштиту деце, школске деце и омладине, службе опште медицине и службе медицине рада из извештаја о раду наведених служби.

Велики значај имају показатељи евидентираниог **морбидитета** – разболевања. У структури морбидитета становништва старијег од 19 година у Служби опште медицине, где по правилу и највећи број корисника здравствене заштите остварује контакт са здравственом службом, водеће прво место задржавају болести система за дисање са 18,4% (19,2% у 2010) учешћа, потом следе болести кардиоваскуларног система са 15,3% (15,6% учешћа у 2010; најчешће болести из ове групе су артеријска хипертензија и исхемијска болест), и болести коштаног-мишићног система са 10,5% (10,4% учешћа у 2010). Упоредо је дат и приказ најчешћих обољења у Служби медицине рада.

Што се тиче болести дигестивног система, анализирајући здравствено стање током 2011. уочено је да су највише заступљене болести једњака, желуца и дванаестопалачног црева K20–K23 (запаљење једњака, гризлица једњака и друга обољења), K28 (желудачно-цревна гризлица), K30–K31 (поремећено варење, болести желуца и дванаестопалачног црева).

Табела 3. Најчешће болести из групе болести система за варење у 2011. години.

Болести система за варење K00–K93	ОПШТА МЕДИЦИНА	
	број оболелих	проценат (%)
Болести система за варење - свега	19010	6,2
Друге болести једњака, желуца и дванаестопалачног црева K20–K23, K28, K30–K31	6572	2,1
Гастритис ет дуоденитис K29	2931	0,1
Друге болести црева и потрбушнице K52–K55, K58–K67	2574	0,8
Остале	287776	93,8
УКУПАН МОРБИДИТЕТ	306786	100

Графикон 4. Структура малигних обољења у 2011. години.

Малигна обољења дигестивног тракта представљају групу обољења која је широко заступљена у популацији. Најучесталији су карцином колона (дебелог црева) и ректума (завршно црево). Зна се да се малигне болести чешће срећу у појединим породицама, па би чланове тих породица у којима већ има малигних обољења требало бар једанпут годишње преконтролисати у смислу превентиве. Настанку малигних обољења доприносе и одређен начин исхране, као и начин припремања хране.

Клиничка слика малигних обољења може бити дуго некарактеристична са неким општим симптомима као што су мршављење, губитак апетита, малаксалост. У раној фази, док је тумор мањи, симптоми су незнатни. Прогресивна дисфагија (отежано гутање хране), која се јавља најпре при узимању чврсте, а касније и течне хране, карактеристичан је знак за малигни процес у једњаку. Осећај пуноће у пределу желуца и осећај притиска могу месецима претходити појави карактеристичних симптома за малигно обољење желуца, као што су одвратност према месоу, брза засићеност после малог оброка, туп бол и нагли губитак на

телесној тежини. Тумор десне половине дебелог црева постепено расте, тако да се први симптоми могу јавити у одмаклој фази болести са болом, губитком на тежини и симптомима малокрвности. Прегледом у тој фази већ се може наћи тумор у десној половини трбуха. Ако је тумор локализован у левој половини дебелог црева, знатно су чешће присутни симптоми цревне опструкције, наизменична појава затвора и дијареје (учестале течне столице) и избацивање крви преко столице. Ако се карцином налази у ректуму, најчешће су присутни лажни позиви на дефекацију и крваво слузаве столице. Ако је тумор локализован у анусном каналу, столица је сужена као оловка.

Дијагностички највећи значај имају ендоскопске методе прегледа (гастроскопија, колоноскопија, ректоскопија) са циљаном биопсијом и хистолошким прегледом узорака које по прегледу и предлогу гастроентеролога можете обавити.

Табела 4. Регистровани морбидитет од малигнитета у општој медицини у Срему у периоду 2007–2011. године изражен у процентима.

Карциноми (МКБ-10)	Назив	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Ц00-Ц14	Злоћудни тумори усне, уста и ждрела	0,02	0,03	0,02	0,02	0,01
Ц15	Злоћудни тумори једњака	0,003	0,002	0,005	0,007	0,007
Ц16	Злоћудни тумори желуца	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Ц18	Злоћудни тумор дебелог црева	0,03	0,05	0,04	0,04	0,04
Ц19-Ц21	Злоћудни тумор ректосигмоидног споја дебелог црева, задњег црева и чмара и чмарног канала	0,02	0,04	0,03	0,04	0,04
Ц22	Злоћудни тумор јетре и у жучним каналима	0,01	0,01	0,01	0,01	0,009
Ц25	Злоћудни тумор гуштераче	0,005	0,007	0,006	0,01	0,004
Ц17, Ц13-Ц24, Ц26	Злоћудни тумор танког црева, жучне кесе, других делова жучних канала и органа за варење неодређене локализације	0,005	0,007	0,008	0,004	0,01
УКУПНО ТУМОРИ		1	1,06	1,2	1,29	1,4
УКУПНО МОРБИДИТЕТ ОПШТЕ		100	100	100	100	100

Удео малигних обољења у укупном морбидитету 2007. године био је 1%, а 2011. године је 1, 4%. Такође се примећује

и повећање регистрованог морбидитета од малигнитета дигестивног тракта.

Табела 5. Проценат дигестивних обољења у структури морбидитета опште медицине у Срему 2007–2011. године.

МКБ-10	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
ГРУПА К00– К93	5,5	5,6	6,3	5,8	6,2
УКУПАН МОРБИДИТЕТ	100	100	100	100	100

Удео дигестивних обољења у укупном морбидитету у посматраном периоду пове-

ћан је од 5,5 % у 2007. години на 6,2% у 2011. години.

Табела 6. Структура дигестивних обољења у структури морбидитета опште медицине у Срему 2007-2011. године.

Дијагнозе (МКБ-10)	Назив	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
K25-K27	Гризлица желуца, дванаестопалачног црева и неозначене локализације	9,33	6,70	7,12	7,00	5,71
K29	Запаљење желуца и дванаестопалачног црева	11,43	12,90	15,15	9,27	10,52
K20-K23, K28, K30-K31	Запаљење једњака, желудачно-једњачко повраћање, друге болести једњака, болести једњака у другим болестима, желудачно цревна гризлица, поремећаји варења, друге болести желуца и болести дванаестопалачног црева	16,90	20,18	17,04	22,27	23,59
K50-K51	Црохнова болест, запаљење дебелог црева са гризлицама	0,59	0,79	0,69	0,95	0,72
K57	Дивертикулоза – врећаста проширења црева	0,10	0,09	0,15	0,17	0,25
K70	Болест јетре узрокована алкохолом	0,55	0,58	1,10	0,56	0,41
K71-K77	Болест јетре узрокована токсинима, недовољна функција јетре, хронично запаљење јетре, фиброза и цироза јетре, друге запаљенске болести јетре, друге болести јетре, болести јетре у другим болестима	0,86	0,90	0,92	1,12	1,08
K80-K81	Камен у жучној кеси, запаљење жучне кесе	7,00	5,51	5,18	5,13	5,40
K85-K86	Акутно запаљење гуштераче, друге болести гуштераче	0,37	0,45	0,40	0,74	0,56
K82-K83, K87-93	Друге болести жучне кесе, друге болести жучних канала, болести жучне кесе, жучних путева и гуштераче у другим болестима, друге болести система за варење	2,87	1,91	2,24	2,79	1,76
Остале К дијагнозе		50,00	50,00	50,00	50,00	50,00
Укупно К група		100	100	100	100	100

Табела 7. Посете код лекара у специјалистичкој ординацији у Срему у периоду 2007–2011. године.

Године	Посете			
	Код лекара (укупно)	Од тога прве број	%	Код осталих медицинских радника
2007.	389787	242460	62,20	514528
2008.	380456	244675	64,31	580552
2009.	388520	245860	63,28	610063
2010.	409052	269205	65,81	644762
2011.	414246	280436	67,70	549674

Табела 8. Посете код лекара у гастроентеролошкој ординацији у Срему у периоду 2007–2011. године.

Године	Посете			
	Код лекара (укупно)	Од тога прве број	%	Код осталих медицинских радника
2007.	7185	5442	75,74	7185
2008.	7009	3067	43,76	7009
2009.	7735	2000	25,86	7735
2010.	8014	1883	23,50	8406
2011.	9044	1734	19,17	9044

ДИСКУСИЈА

У раду је приказана структура морбидитета и морталитета Сремског округа у последњих пет година. Из података се уочава пораст броја

оболелих од гастроинтестиналних болести и малигних болести дигестивног тракта.

Евидентан је пораст броја оболелих у групама које су означене шифрама К20–К23, К28, К30–К31 (обољења која су уско

повезана са хиперацидитетом желуца, начином живота и штетним навикама). Ова група обољења је иначе и у порасту у западном свету. Доводи се у везу са штетним навикама у исхрани (брза храна, нередовни оброци, зачињена храна) и модерним начином живота (ужурбан урбани стил живота, хроничне стресне ситуације). Сматра се да је инциденца ових обољења још и већа, јер се сви пацијенти не јављају лекару већ узимају лекове који се налазе у слободној продаји у апотекама (антациди, антагонисти H_2 рецептора, инхибитори протонске пумпе).^(4, 5, 6)

Приметан је и мањи број оболелих од улкуса желуца и дванаестопалачног црева у последњих 5 година. Један од разлога је засигурно и тачно разграничење према диспепсији и ГЕРБ-у која је последица већег броја ендоскопија желуца које су урађене у ендоскопском кабинету гастроентеролошке амбуланте.

Ендоскопске методе су прилично егзактније за постављање дијагноза и јаснију диференцијацију према сличним обољењима.

Засигурно је и један од разлога и спровођење дијагностичко-терапијског алгорита за диспепсију који је израдила радна група Министарства здравља Републике Србије 2004. године, у којем се јасно наводи поступак за пацијенте са симптомима диспепсије. У првом плану се мисли на тестирање оболелих на *H. pylori* инфекцију и њихово адекватно лечење. На тај начин се добар део оболелих од улкусних болести излечи у склопу оваквог дијагностичко-терапијског прилаза, тј. овакви пацијенти и не долазе на ендоскопски преглед желуца уколико се симптоми и знаци болести повуку (уколико се симптоми и знаци болести не повуку, обавезна је ендоскопија желуца).

Светска кретања показују знатан пад учесталости дуоденалног улкуса, а у мањој мери и желудачног улкуса у последњих тридесетак година. Пада и број

хоспитализација за дуоденални улкус, а расте број хоспитализација за желудачни улкус. Један од разлога за повећан број хоспитализација за желудачни улкус је свакако повезан са употребом нестероидних антиинфламаторних лекова (NSAIL). Промене у поменутих кретањима с једне стране су одраз утицаја фактора животне средине, затим степен захваћености становништва са инфекцијом *H. pylori*, затим пушење и остале штетне навике и на крају употреба NSAIL препарата.^(1, 2, 3)

Број оболелих од малигнитета дигестивног тракта је у сталном порасту. У становништву Сремског округа је на трећем месту иза рака дојке и рака плућа и бронха.

У структури малигнитета дигестивног тракта је приметан пораст оболелих од малигнитета дебелог црева (колон) и завршног дела дебелог црева (ректум).

Највећа учесталост рака дебелог црева је у индустријски развијеним земљама Северне Америке, Аустралије и Н. Зеланда. Средња учесталост је у индустријски развијеним земљама Европе, а најмања учесталост је у Азији, изузев Јапана, Јужној Америци, те у Африци јужно од Сахаре.^(1, 2)

Истраживања су показала узрочну повезаност настанка рака дебелог црева са начином живота и врстом исхране која садржи много укупних и засићених масти, те повећану енергијску вредност хране. Тако је уочено да се учесталост рака дебелог црева повећава са повећаном конзумацијом животињских масноћа. У земљама са високом стопом инциденције заступљеност масти у укупном дневном калоријском уносу износи 40-45%, а у земљама са ниском стопом тај износ није већи од 10 до 15%.^(1, 2)

Учесталост рака дебелог црева корелира са уносом црвеног меса у исхрани, док то није случај са белим месом и рибом, а што се тумачи различитим односом засићених и незасићених масноћа. Већи садржај масти у исхрани узрокује повећање удела анаероба у цревној микрофлори, што проузрокује

конверзију нормалних жучних киселина у секундарне и терцијарне и на крају у литохолну, која има карциногено деловање. Карциногено деловање има и стварање слободних радикала током метаболизма масти.

Протективну важну улогу у настанку рака дебелог црева имају влакнасте материје у исхрани. Оне нису сварљиве, повећавају волумен столице, убрзавају пражњење црева и скраћују контактено време потенцијалних карциногена цревног садржаја са цревном слузницом.^(1, 2)

Чини се да недостатак калцијума у исхрани погодује настанку рака дебелог црева. Сматра се да калцијум има заштитну улогу смањујући пролиферативну активност цревне слузнице. Поред калцијума одређену заштитну улогу имају и витамини А, Ц, Е и селен. Ризик од оболевања смањују аспирин и NSAIL препарати.

Истраживања упућују да исхрана богата рафинираним шећерима повећава ризик за рак дебелог црева, док га смањује употреба скроба. Као ризични чинилац спомиње се и смањена физичка активност.^(1, 2)

О наследним чиниоцима који утичу на карциногенезу има доста истраживања и сазнања, али би то превазилазило оквире овог рада.

ЗАКЉУЧЦИ

1. Демографске промене становништва огледају се у сталном опадању стопе

наталитета (стопа рађања) и сталном лаганом порасту стопе морталитета (стопа умирања). Стога, природни прираштај бележи тренд опадања.

2. Процењени пораст учешћа особа старих 65 и више година у укупном становништву утиче на здравствену слику становништва.

3. Становништво најчешће умире од обољења циркулаторног система, болести система крвотока. Други по рангу су неоплазме (тумори), па су тако скоро три четвртине свих узрока смрти из ове две групе малигнитети дигестивног тракта.

4. Ранг водећих обољења регистрованих у примарној здравственој заштити је сличан као и ранијих година, а карактерише га значајно учешће хроничних обољења, што је директна последица високе преваленце фактора ризика који узрокују настанак хроничних обољења (пушење, гојазност, неправилна исхрана, физичка неактивност). Због тога су програми превенције фактора ризика неопходно потребни.

5. Расте број оболелих чији је узрок болести повезан са повећаним желудачним ацидитетом, затим савременим стилем живота и штетним навикама. Свакако да велики допринос овоме је и савременија дијагностика ових обољења.

6. Број оболелих од малигнитета дигестивног тракта је у сталном порасту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Теодоровић Ј, Јереб, *Гастроентерологија*, Excelsior, Београд, 1997.
2. Глишић Љ, Перишић, Давчев П, Хацић Н, Сатлер Ј, *Гастроентерологија*, Научна књига, Београд, 1990.

3. Угљешић М, *Клинички аспекти поремећаја гастроинтестиналног мотилитета*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1998.
4. Lack GR III, Talley NJ, Fett SL, et al. *Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal spectrum*, a population based study in Olmsted County Minnesota,

Gastroenterology 1997; 112: 1448–56.

5. Lacke GR III, Talley NJ, Felt SL, et al. *Risks factors associated with symptoms of gastrooesophageal reflux*. Am J.Med. 1999; 106: 642–9.

6. Spechler SJ. *Epidemiology and natural history of gastro-oesophageal reflux disease*. Digestion 1992; 51: 24–9.

7. Arthur C.Guyton, *Medicinska fiziologija*, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb, 1986.

8. Славољуб Јовановић, Нева Лотрић, *Дескриптивна и топографска анатомија човека*, Медицинска књига Београд-Загреб, 1983.

9. Mc Coll. *When saliva meets acid:chemical warfare at oesophagogastris junction*. GUT 2005; 54: 1–3.

10. Fass and Tougas. *Functional heartburn: the stimulus, the pain and the brain*; GUT 2002; 51: 885–892.

Контакт: Др Радован Зеџ, спец. интерне медицине, субспец. гастроентерологије, Општа болница, Сремска Митровица 22000, ул. Стари шор 65, 022 610 222, 064 165 6224, e-mail: radovanzec@yahoo.com