

УВОДНА РЕЧ УРЕДНИКА:

НАЦИОНАЛНИ ВОДИЧИ ДОБРЕ КЛИНИЧКЕ ПРАКСЕ дело су радних група и рецензената, састављених од еминентних домаћих стручњака, а именованих од Републичке стручне комисије за израду и имплементацију водича добре клиничке праксе, којој је стручну, техничку и организациону подршку у раду пружала Агенција за акредитацију здравствених установа Србије.

Овакви типови националних водича добре клиничке праксе већ постоје у многим другим земљама (нпр. NICE у Енглеској), а циљ им је рационална примена и додатна анализа резултата великих, мултицентричних научних студија – које су основ глобалних препорука за добру клиничку праксу – како би се иначе веома велики издаци за савремену медицину довели до нивоа корисног и исплативог.

Приликом избора приоритетних тема у првој години рада, Комисија се руководила истраживањем „Оптерећење болестима у Србији“ из 2000. године, које је користило методу „Глобална оптерећеност болестима“ (Murray & Lopez, 1996). Међутим, већ на првом састанку Комисија је заузела став да се рад на водичима настави и континуирано одвија у наредним годинама како би се обухватила сва поља медицине и здравствене заштите.

Основни задатак који су имале радне групе био је да током израде водича уједине сопствену стручност, податке добијене претрагом литературе и познавање домаћих посебности здравствене заштите како би обезбедили да се у водичима нађу врхунски домети светске медицине који су истовремено примењиви на нашу тренутну социо-економску стварност и здравствени систем.

Приликом рада, радне групе имале су на располагању „Упутства за израду, развој и имплементацију водича добре клиничке праксе“, да би се постигла истоветност у форми, као и обавезујућу препоруку Републичке комисије да појединачни водич обухвати не само све видове дијагностике и лечења, него и све нивое здравствене заштите, од примарне до терцијарне, како би нашао свеобухватну примену код свих актера и фактора укључених у систем домаћег здравства. Ради што бољег и ефикаснијег приступа тексту појединачног водича, Републичка комисија донела је одлуку да се најпотпунија и најшира верзија водича, која укључује све референце које је Радна група користила приликом рада, постави на интернет-странице Агенције за акредитацију здравствених установа Србије и Министарства здравља. Национални водичи добре клиничке праксе нису обавезујући ни за једног лекара у Србији, али морална обавеза сваког јесте да у процесу дијагностике и лечења примењује сва расположива достигнућа и знања савремене медицине, а она се од средине XX века ослањају готово искључиво на чињеницама и доказима добијеним из великих научних студија, што је управо главна теоријска основица за израду ових националних водича. Због тога, Републичка комисија мисли да ће уважавање и пуна примена националних водича добре клиничке праксе водити уједначеном и усаглашеном приступу оболелој особи од стране свих актера у ланцу нашег здравственог система, чиме ће се обезбедити боља домаћа медицина и ефикасније лечење, те предлаже свима у здравству на које се појединачни водич односи да га уврсте у обавезну медицинску литературу, а његову примену сврстају у будући морални кодекс.

Онима који буду поступили другачије, преостаје да одговарају сопственој савести.

Београд, 7. септембар 2012.

Проф. др Горан Милашиновић

аортоилијачног сегмента. На тај начин омогућава се анализа методама такозваног *post-procesinga* – реконструкције у више равни, тродимензионална анализа волумена и анализа уз помоћ линије централног лумена. Коришћење мобилних радних станица инсталираних на лаптоп рачунарима са *Windows* или *Apple* оперативним системима омогућава једноставнију анализу и чување података у циљу поређења током периода раног и удаљеног постоперативног праћења.

Морфолошке претпоставке ендоваскуларног третмана

Без обзира на стална технолошка усавршавања, све ААА и даље нису погодне за ЕВАР. Табела 10 приказује минималне услове за имплантацију комерцијалног СГ.

Табла 10. Минимални услови за имплантацију комерцијалног СГ

Категорија	Минимум	Максимум
Врат анеуризме		
Дијаметар	17 мм	32 мм
Дужина врата	>10 мм	>10 мм
Угао између супрареналне аорте и врата	<60	<60
Угао између врата и осе анеуризме	<60	<90
Паријетални тромб	<50% циркумференције	
Калцификације врата анеуризме	<50% циркумференције	
Дилатација врата	<3 мм на 10 мм дужине врата	
Фокална дилатација врата	<3 мм током 15 мм дужине врата	
Дијаметар лумена аортне бифуркације	>20 мм за бифуркациони графт	
Илијачне артерије		
Дужина врата на илијачним артеријама	>15 мм	
Дијаметар лумена	>7 мм	<22 мм
Угао између издужне осе аорте и илијачне артерије	<60	
Калцификације	Да не буду читавом циркумференцијом	

Коморбидитет и индикације за ендоваскуларни третман

Неколико студија је показало добре резултате (висок ниво техничког успеха и низак ниво морбидитета) ЕВАР методе код болесника високоризичних за ОХ^{1,178-180}. С друге стране, EVAR 2 – једина рандомизирана студија која је испитивала резултате ЕВАР методе код високоризичних болесника, није нашла никакве разлике у удаљеном морталитету у односу на медикаментозни третман¹⁸¹. Рани морталитет у овој студији код болесника третираних ЕВАР методом износио је 8%¹⁸¹. То је знатно више од многих других студија укључујући и домаћу бицентричну студију која је недавно објављена¹⁷⁷. Потребно је прецизније дефинисати ризике ОХ ААА, односно очекивану дужину животног века болесника¹⁸².