

**XXXVIII  
TIMOČKI MEDICINSKI DANI**



**ZBORNİK SAŽETAKA**

**17 - 18. maj 2019. godine**

Glasilo zaječarske podružnice Srpskog lekarskog društva

Izlazi od 1976.

UREDNIŠTVO/ EDITORIAL

**GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK/  
EDITOR-IN-CHIEF & RESPONSIBLE EDITOR**

Prim Dr Sc med Dušan Bastać /MD, MSc, PhD/, Zaječar

**POMOĆNIK GLAVNOG I ODGOVORNOG UREDNIKA/  
ASSISTANT EDITOR**

Prim Dr sci med Biserka Tirmeštajn-Janković /MD, MSc, PhD/, Zaječar  
Dr med Zoran Jelenković /MD/, Zaječar

**ČLANOVI UREDNIŠTVA TMG**

Prim Mr Sc Dr med Bratimirka Jelenković /MD, MSc, PhD/, Zaječar  
Mr Sc Dr med Zoran Joksimović /MD, MSc, /, Bor  
Dr med Marija Ilić /MD/, Zaječar

**SEKRETARI UREDNIŠTVA/  
EDITORIAL SECRETARIES**

Dr med Anastasija Raščanin /MD/, Zaječar  
Dr med Ivana Arandelović /MD/, Zaječar

**TEHNIČKI UREDNIK/  
TECHNICAL EDITOR**

Petar Basić, Zaječar

**UREĐIVAČKI ODBOR/EDITORIAL BOARD**

Akademik prof. dr Dragan Micić /MD, PhD/, Beograd  
Prof. dr Nebojša Paunković /MD, MSc, PhD/, Zaječar,  
Prim dr Radoš Žikić (MD), Zaječar,  
Prim Dr Sc med Dušan Bastać /MD, MSc, PhD/, Zaječar  
Prof. dr Biljana Kocić /MD, PhD/, Niš  
Prof. dr. Goran Bjelaković /MD, PhD/, Niš  
Doc. dr Bojana Stamenković /assist. prof, MD, PhD/, Niš  
Prim dr sci. med. Petar Paunović /MD, PhD/, Rajac  
Prim Mr Sc Dr med Bratimirka Jelenković /MD, MSc, PhD/, Zaječar  
Prim Dr sci med Biserka Tirmeštajn-Janković /MD, MSc, PhD/, Zaječar  
Prim dr sci. med. Aleksandar Aleksić /MD, MSc, PhD/, Zaječar  
Prim dr sci. med. Vladimir Mitov, /MD, MSc, PhD/, Zaječar  
Prim mr. sci. med. dr Predrag Marušić /MD, MSc/, Zaječar  
Prim mr. sci. med. dr Olica Radovanović /MD, MSc/, Zaječar  
Prim dr sci. med. Željka Aleksić /MD, MSc, PhD/, Zaječar  
Dr Emil Vlajić /MD/, Zaječar  
Ada Vlajić, Belgrade, art historian

**LEKTORI/PROOFREADERS**

**Srpski jezik/Serbian language:**

Prof srpskog jezika Violeta Simić, philologist, Zaječar

**Engleski jezik/English language:**

Prof engleskog jezika Slobodanka Stanković Petrović, philologist Zaječar

**VLASNIK I IZDAVAČ/OWNER AND PUBLISHER**

Srpsko lekarsko društvo, podružnica Zaječar/  
Serbian Medical Society, Branch of Zaječar  
web adresa/web address: [www.sldzajecar.org.rs](http://www.sldzajecar.org.rs)

**ADRESA REDAKCIJE/EDITORIAL OFFICE**

Timočki medicinski glasnik  
Zdravstveni centar Zaječar  
Pedijatrijska služba  
Rasadnička bb, 19000 Zaječar

**ADRESA ELEKTRONSKE POŠTE/E-MAIL**

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

**WEB ADRESA/WEB ADDRESS**

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

Časopis izlazi četiri puta godišnje./The Journal is published four times per year.

**TEKUĆI TAČUN/ CURRENT ACCOUNT**

Srpsko lekarsko društvo, podružnica Zaječar 205-167929-22

**ŠTAMPA/PRINTED BY**

Spasa, Knjaževac

**TIRAŽ/CIRCULATION** 500 primeraka/500 copies

CIP - Каталогизacija u publikaciji  
Народна библиотека Србије, Београд

61

TIMOČKI medicinski glasnik /  
glavni i odgovorni urednik Prim Dr Sc med  
Dušan Bastać; - God. 1, br. 1 (1976)-  
- Zaječar : Srpsko lekarsko društvo,  
podružnica Zaječar, 1976- (Knjaževac :  
Spasa). - 30 cm

Dostupno i na: <http://www.tmg.org.rs>. -  
Tromesečno

ISSN 0350-2899 = Timočki medicinski glasnik  
COBISS.SR-ID 5508610



**TJMOČKI  
MEDICINSKI  
GLASNIK**

**TJMOK  
MEDICAL  
GAZETTE**

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

*Organizacioni odbor TMD  
Uredništvo TMG*

## REČ PREDSEDNIKA PODRUŽNICE SLD ZAJEČAR

*Poštovani čitaoci i autori Timočkog medicinskog Glasnika,*

Povodom dobijanja nagrade za najbolju Podružnicu u 2018. godini na Đurđevdan, slavu Srpskog lekarskog društva (SLD) 06.05.2019. godine, želela bih da dam osnovne informacije o Podružnici SLD Zaječar i prikaz naših mnogobrojnih aktivnosti. Podružnica Zaječar Srpskog lekarskog društva (SLD) u 2018. godini ima 260 članova, koji su doktori medicine i stomatologije, farmaceuti, biohemičari i zdravstveni saradnici. Članovi su zaposleni u: Zdravstvenom centru Zaječar, Republičkom zavodu za zdravstveno osiguranje Filijala za zaječarski okrug - Zaječar, Zavodu za javno zdravlje "Timok", Specijalnoj bolnici za rehabilitaciju "Gamzigad" Gamzigradska Banja, Privatnim lekarskim ordinacijama i Poliklinikama i Privatnim stomatološkim ordinacijama. Podružnica je osnovana 05.04.1985. godine a Statut donet 04.04.2011. godine.

Predsednik Predsedništva SLD Podružnice Zaječar je Prim Mr sci. med. Dr Bratimirka Jelenković pedijatar subspecijalista endokrinolog a Potpredsednici su Prim dr sc med Dušan Bastać, lekar, primarijus, specijalista internista-kardiolog, magistar i doktor medicinskih nauka i Dr Brankica Vasić-pedijatar. Sekretar podružnice je Dr Ljiljana Jovanović-pedijatar, dok je predstavnik Podružnice u Skupštini SLD Dr Zoran Jelenković-urolog. Predsedništvo čine još 14 doktora medicine i stomatologije: Prim. Dr sci. med. dr Vladimir Mitov-magistar kardiologije; Prim. Mr sci. med. Dr Predrag Marušić epidemiolog; Prim. Dr Vera Najdanović Mandić, specijalista ginekologije i akušerstva; Prim. Dr Vesna Petković, stomatolog; Dr Zorica Stojadinović, infektolog; Dr Rade Kostić, specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije; Dr Goran Jović, stomatolog; Dr Biljana Popović, ginekolog akušer; Dr Biljana Stanković, lekar opšte medicine; Dr Miloš Protić, Specijalista Opšte medicine; Dr Danijela Ćirić, lekar na specijalizaciji iz opšte medicine; Dr Marko Jović, lekar na specijalizaciji iz hirurgije; Dr Tanja Jović, lekar opšte medicine i Dr Ivica Urošević na specijalizaciji iz mikrobiologije.

U 2018. godini održani su XXXVII TIMOČKI MEDICINSKI DANI. U 2018. godini, za koju je Podružnica Zaječar dobila priznanje održano je ukupno 16 događaja kontinuirane medicinske edukacije: Nacionalni kongres sa međunarodnim učešćem, Nacionalni simpozijum sa međunarodnim učešćem, četiri Nacionalna simpozijuma, jedan Nacionalni seminar 1. kategorije i osam Stručnih sastanka 1. kategorije, te jedan test u pisanoj formi.

Sa željom da brzo i efikasno informišemo članove Srpskog lekarskog društva - podružnice Zaječar, kao i ostale naše kolege, imamo odlično ažuriran Web sajt ([www.sldzajecar.org.rs](http://www.sldzajecar.org.rs)).

Timočki medicinski glasnik je jedan od najstarijih časopisa u Srbiji koji kontinuirano izlazi od svog osnivanja 1975. godine, sa sadašnjim Uredništvom od 2017. U njemu su svoj naučni doprinos dali uvaženi profesori i akademici kao autori ali i kao recenzenti. Pored renomiranih autora časopis ustupa poseban prostor mladim istraživačima. Timočki medicinski glasnik je od strane ministarstva za nauku uvršten u M53 kategoriju (1 bod) i izlazi 4 puta godišnje. Od 2002. godine postoji i elektronska verzija časopisa gde su radovi dostupni u celini. U časopisu je prisutna dvostruko slepa recenzija koju obavljaju profesori medicinskih fakulteta. Objavlivanjem u našem časopisu prvi autor dobija 6 KME bodova, prvih 6 koautora po 1 bod, a ostali po 0,5 boda. Timočki medicinski glasnik objavljuje prethodno neobjavljene naučne i stručne radove iz svih oblasti medicine. Za objavljivanje se primaju originalni radovi, prikazi slučaja, pregledni članci, članci iz istorije medicine i zdravstvene kulture, prikazi knjiga, časopisa i slika. U suplementima časopisa se objavljuju i zbornici sažetaka „Timočkih medicinskih dana“, ali i ostalih stručnih i naučnih skupova koji se održavaju u organizaciji zaječarske podružnice SLD-a.

### **PREDSEDNIK SLD PODRUŽNICE ZAJEČAR**

*Prim. Mr Sc Dr Med BRATIMIRKA JELENKOVIĆ*

**REČ GLAVNOG UREDNIKA ČASOPISA TIMOČKI MEDICINSKI GLASNIK****Poštovani čitaoci i autori Timočkog Medicinskog Glasnika,**

Svim članovima Podružnice Zaječar Srpskog lekarskog društva i Uredništvu Timočkog medicinskog glasnika kao Organa podružnice SLD Zaječar, čestitam na nagradi za najbolju Podružnicu SLD u 2018. godini. Nagrada za najbolju Podružnicu SLD u 2018. godini je zaslužena kao kruna dugogodišnjeg nesebičnog rada entuzijasta naše podružnice, kojom se svi Mi članovi podružnice SLD Zaječar s pravom ponosimo. Na slici naslovne strane, Suplementa 2 TMG vol 44, 2019, Zbornika radova 38. Timočkih medicinskih dana prikazan je Atlas koji drži celu planetu na leđima, ali u pobedničkom stavu, što simbolizuje naporan i istrajan rad naše podružnice SLD, istovremeno plodonosan i dovodi do pobeđe - nagrade za najbolju podružnicu SLD.



Ponosni smo isto tako, što je, na naš predlog - Podružnice SLD Zaječar, naš član, osnivač, učitelj i naučnik Prof Dr Nebojša Paunković, primarijus, magistar i doktor medicinskih nauka, internista-endokrinolog i specijalista nuklearne medicine, redovni član medicinske Akademije nauka SLD dobio najviše priznanje SLD: Nagradu za životno delo. Prof Dr Sc Nebojša Paunković u ovom broju TMG ima autorski tekst o velikom problemu u našoj struci: Mobing u našem okruženju.

Kao glavni i odgovorni urednik časopisa Timočki Medicinski Glasnik, radujem se izazovu stvaranja časopisa, koji unapređuje kvalitet istraživanja u oblasti medicinskih nauka ali i svakodnevne kliničke prakse na državnom a nadam se i međunarodnom nivou. Zahvaljujem se svom prethodniku, dosadašnjem glavnom i odgovornom uredniku Prim Dr Sc Željki Aleksić, za zalaganje i trud, da se održi kvalitet i aktuelnost tema. Izrazio bih veliku zahvalnost najpre osnivačima časopisa Timočkog Medicinskog Glasnika, prvim urednicima Prim. Dr Radošu Žikiću i Prim. Dr Nebojši Paunkoviću, na velikom trudu i zalaganju, kako bi se održao kvalitet časopisa i kontinuitet izlaza od godine 1967, kao i kasnijim urednicima Prim Mr Sc Dr Miodragu Đorđeviću i Dr Emilu Vlajiću, na velikom entuzijazmu.

Zahvaljujući uređivačkoj politici i zalaganjima novoizabranog uredništva od 18. maja 2017 izvršene su mnoge izmene u cilju značajnog daljeg poboljšanja kvaliteta časopisa, aktuelnosti tema i izbora novih recenzenata-eksperata. Postignut je cilj da najčešće jedan rad ocenjuju 2 recenzenta na bazi anonimne duplo-slepe recenzije i poboljšanje ažurnosti recenzenata, koje treba stalno motivisati. Posebno raduje što se broj radova objavljenih na engleskom jeziku značajno povećao. Timočki medicinski glasnik je od strane ministarstva za nauku uvršten u M53 kategoriju (1 bod) i izlazi 4 puta godišnje. Na sajtu [www.tmg.org.rs](http://www.tmg.org.rs) koji se redovno ažurira, objavljuje se i elektronska verzija časopisa, gde su radovi dostupni u celini. Časopis "Timočki medicinski glasnik" je registrovan u Repozitorijumu Narodne biblioteke Srbije i CEON-u, kao nacionalni naučni časopis a nadamo se da uskoro treba očekivati međunarodnu indeksaciju i zvaničnu kategorizaciju na listu referentnih časopisa (SSCI). Novo uredništvo ima za cilj da uz međunarodnu indeksaciju u referentne časopisa TMG dobije dobar impakt faktor časopisa, s obzirom na aktuelnu značajnu citiranost TMG. Ovo bi se moglo postići pre svega kompetentnim i temeljnim recenzijama naših recenzenata i angažovanjem vrhunskih recenzenata iz inostranstva. Zato je poželjno da radovi koji se šalju za objavljivanje budu napisani na engleskom i srpskom jeziku. Timočki medicinski glasnik treba da odražava stanje medicine i srodnih grana u Srbiji, ali da bude otvoren za autore iz regiona i širom sveta. Duboko je uverenje nove redakcije da je razvoj nauke moguć samo slobodnom razmenom ideja koja nije ograničena državnim i nacionalnim granicama.

**Glavni i odgovorni urednik**  
**Prim Dr Sc Dušan Bastac**

## ZBORNİK SAŽETAKA

### XXXVIII TIMOČKI MEDICINSKI DANI

**Organizator:**

- Srpsko lekarsko društvo, Podružnica Zaječar

**Suorganizatori:**

- Zdravstveni centar Zaječar

- Specijalna bolnica za rehabilitaciju "Gamzigrad"

**1. Datum i mesto održavanja**

17-18. maj 2019. godine (petak, subota) u Zaječaru

**2. Akreditacija**

Organizator Srpsko lekarsko društvo, Podružnica Zaječar

Adresa organizatora: Džordža Vašingtona 19, Beograd

E-mail adresa: [sld.podruznicazajecar@gmail.com](mailto:sld.podruznicazajecar@gmail.com); [bratimirkajelenkovic@gmail.com](mailto:bratimirkajelenkovic@gmail.com)

**XXXVIII TIMOČKI MEDICINSKI DANI 2019. GODINE AKREDITOVANI SU KOD ZS SRBIJE KAO NACIONALNI SEMINAR 1. KATEGORIJE (PETAK 17.05.2019.) I DVA POSEBNA NACIONALNA SEMINARA (PETAK 17.05.2019.), SUBOTA 18.05.2019. NACIONALNI SIMPOZIJUM**

**Mesto održavanja tri simpozijuma je Amfiteatar DZ ZC Zaječar.**

XXXVIII TIMOČKI MEDICINSKI DANI				
NACIONALNI SEMINAR 1.KATEGORIJE I DVA NACIONALNA SEMINARA I NACIONALNI SIMPOZIJUM				
		Dan	Datum	Tema simpozijuma
IDAN	I seminar	petak	17.maj 2018	<b>XXXVIII Timočki medicinski dani I dan SEMINAR I: "Aktuelnosti iz onkologije"</b>
IDAN	II A seminar	petak	17.maj 2018	<b>XXXVIII Timočki medicinski dani I dan SEMINAR II A : "Aktuelnosti u ordinaciji lekara opšte medicine"</b>
IDAN	II B seminar	petak	17.maj 2018	<b>XXXVIII Timočki medicinski dani I dan SEMINAR II B: Aktuelnosti u oralnoj hirurgiji i stomatologiji 2019.</b>
II DAN	Simpozijum	subota	18.maj 2018.	<b>XXXVIII Timočki medicinski dani II dan: "Hirurgija, konzervativna i preventivna medicina - savremeni aspekti 2019"</b>
*Svaki dan je posebno akreditovan				

R B	Evidencioni broj	datum i mesto održavanja	Tema	Vrsta edukacije	Ciljna grupa	Trajanje u satima	Pred.	Učes.
1	<b>A-1-2905/18</b> (red 110)	17.5.2019. Zaječar	<b>XXXVIII Timočki medicinski dani I dan: "Aktuelnosti iz onkologije"</b>	Nacionalni seminar 1. kategorije	Lekari, Farmaceuti, Medicinske sestre, Zdravstveni tehničari, Biohemičari, Stomatolozi	6 sati 10 min	12	6
2	<b>A-1-2906/18</b> (red 111)	<b>17.5.2019</b> Zaječar	<b>XXXVIII Timočki medicinski dani I dan: "Aktuelnosti u ordinaciji lekara opšte medicine "</b>	Ostali nacionalni seminari	Lekari, Farmaceuti, Medicinske sestre, Zdravstveni tehničari, Biohemičari, Stomatolozi	3 sati 30 min	8	4
3	<b>A-1-2902/18</b> (red 107)	<b>17.5.2019</b> Zaječar	<b>XXXVIII Timočki medicinski dani I dan: "Aktuelnosti u oralnoj hirurgiji i stomatologiji 2019."</b>	Ostali nacionalni seminari	Lekari, Farmaceuti, Medicinske sestre, Zdravstveni tehničari, Biohemičari, Stomatolozi, Stomatološke sestre, Stomatološki tehničari	3 sati 30 min	8	4
4	A-1-2899/18 (red 56)	18.5.2019 Zaječar	<b>XXXVIII Timočki medicinski dani II dan "Hirurgija, konzervativna i preventivna medicina - savremeni aspekti 2019."</b>	Nacionalni simpozijum	Lekari, Stomatolozi, Farmaceuti, Biohemičari, Medicinske sestre, Zdravstveni tehničari	8 sati 10 min	8	4

**Zajednički (ISTI) deo akreditacije za sva četiri Simpozijuma XXXVII TIMOČKI MEDICINSKI DANI** su na osnovu odluke ZDRAVSTVENOG SAVETA Srbije, Broj :153-02-3135/2018-01 (**19.11.2018.** godine.), Beograd, akreditovani

- Ciljna Grupa - **Lekari, Stomatolozi, Farmaceuti, Biohemičari, Medicinske sestre, Zdravstveni tehničari za sve četiri edukacije**
- Trajanje nastave – različito za svaki Simpozijum

- **Broj Bodova za prvi dan: naveden je u tabeli**
- **Broj Bodova za XXXVIII Timočki medicinski dani II dan "Hirurgija, konzervativna i preventivna medicina - savremeni aspekti 2019."**
- Za predavača - **8**
- Za usmenu prezentaciju - **7**
- Za poster prezentaciju - **5**
- Za pasivno učešće – **4**
- **Maksimalni broj slušalaca/ke – 270**
- Po **0,5** bodova ostalim koautorima usmene prezentacije i poster prezentacije (do 3 koautora).



## PROGRAM XXXVIII TIMOČKIH MEDICINSKIH DANA

17-18 maj 2019.

«Aktuelnosti iz onkologije» Petak, 17. maj. 2019.

Satnica	Tema	Metod obuke*	Predavač
08.00-09.00	<b>REGISTRACIJA UČESNIKA</b>		
09.00-09.30	<b>SVEČANO OTVARANJE</b> <b>PRESEDAVAJUĆI:</b> <b>PRIM MR SC DR BRATIMIRKA JELENKOVIĆ,</b> <b>PROF DR SC NEBOJŠA PAUNKOVIĆ,</b> <b>DR ZORAN JELENKOVIĆ,</b> <b>PRIM DR SC DUŠAN BASTAĆ</b>		
09.30-09.45	<b>3D PREZENTACIJA GERIJATRIJSKOG ODELJENJA ZC ZAJEČAR</b>		
	<b>PRESEDAVAJUĆI:</b> <b>Prof. dr Sava Mičić,</b> <b>Mr sci med dr Zoran Joksimović</b> <b>Prim Dr Sc Dušan Bastać</b> <b>Dr Zoran Jelenković</b> <b>STROGO OGRANIČENA</b> <b>DUŽINA svih plenarnih izlaganja na 20 minuta</b>		
09.45-10.05	<b>GASTROINTESTINALNI KARCINOMI – UZROCI, FAKTORI RIZIKA, VOĐENJE PACIJENATA I PREVENCIJA</b>	predavanje	<b>Mr sci med dr Zoran Joksimović</b>
10.05-10.25	<b>KARDIOONKOLOGIJA</b>	predavanje/prime ri iz prakse	<b>Prim dr sc med Dušan Bastać</b>
10.30-10.50	<b>Aktuelnosti u dijagnostici i terapiji malignoma bubrega i gornjeg urotelijuma.</b>	predavanje/prime ri iz prakse	<b>Prof. dr Sava Mičić</b>
10.50-11.10	Diskusija ranom otkrivanju , uvodjenju organizovanog skrininga za ciljne grupe za tumore kolorektuma i prostate	Diskusija	Moderatori: <b>Prof. dr Sava Mičić. Mr sci med dr Zoran Joksimović i Prim dr sc med Dušan Bastać</b>
11.10-11.30	<b>Pauza za osveženje</b>		
11.30-11.50	<b>OD PRVIH SIMPTOMA DO DIJAGNOZE TUMORA GLAVE I VRATA</b>	predavanje	<b>Doc. dr Ljiljana Čvorović</b>
11.50-12.10	<b>MOLEKULARNA I IMUNOTERAPIJA NEMIKROCELULARNOG KARCINOMA PLUĆA</b>	predavanje	<b>Doc. dr Tatjana Adžić Vukičević</b>

12.10-12.25	<b>DISKUSIJA NA TEMU RANOG OTKRIVANJA I uspešnosti LEČENJA TUMORA PLUĆA I ORL REGIJE</b>	Diskusija	Moderatori: <b>Doc. dr Tatjana Adžić Vukičević</b> , <b>Doc. dr Ljiljana Čvorović</b>
12.25-12.40	<b>SPONZORISANO PREDAVANJE OPIOIDNI ANALGETICI U TERAPIJI BOLA KOD CA PACIJENATA</b>		<b>Dr Ivan Milivojević</b>
	<b>PREDSEDAVAJUĆI: Prof. dr Milošević Zorica Dr Vukašin Antić Dr Tatjana Milačević</b>		
12.40-13.00	<b>SKRINING KARCINOMA DOJKE U SRBIJI -</b>	predavanje	<b>Prof. dr Milošević Zorica</b>
13.00-13.20	<b>HIRURGIJA RAKA DOJKE: NAJPOGODNIJI IZBOR - RADIKALNA OPERACIJA ILI OČUVANJE DOJKE -</b>	predavanje/prime ri iz prakse	<b>Dr Vukašin Antić</b>
13.20-13.40	<b>Medikamentozna terapija karcinoma dojke</b>	predavanje/prime ri iz prakse	<b>Prof. dr Stojan Radić</b> ,
13.40-14.00	Diskusija na temu uspeh organizovanog skrininga u Srbiji i uticaj na rano hirurško, medikamentozno i radioterapijsko lečenje te povećanje petogodišnjeg preživljavanja	Diskusija	Moderatori: <b>Prof. dr Milošević Zorica</b> , <b>Dr Vukašin Antić</b> , <b>Prof. dr Stojan Radić</b>
13.40-14.00	<b>TEST</b>		
14.00-14.20	<b>OTVRANJE IZLOŽBE "AD MANUM MEDICI"</b>		
14.15-15.00	<b>DODELA SERTIFIKATA.ZATVARANJE SEMINARA.KOKTEL</b>		

## SEMINAR «Aktuelnosti u ordinaciji lekara opšte medicine»

- Nacionalni seminar, Petak, 17 maj. 2017. godine

Satnica	Tema	Metod obuke*	Predavač
<b>15.00-15.45</b>	REGISTRACIJA UČESNIKA		
<b>15.40-16.00</b>	<b>SIMPOZIJUM NOVONORDISK DOO:„INSULIN DEGLUDEK: OD MOLEKULA DO PACIJENTA“</b>	predavanje	<b>Prim. mr sci med dr Miodrag Đorđević</b>
<b>16.00-</b>	<b>PREDSEDAVAJUĆI: Prof Dr sc Branislava Milenković Prim Dr Dušan Bastać Dr Biljana Velić Prim Dr Olgica Stanojlović <b>STROGO OGRANIČENA DUŽINA svih plenarnih izlaganja na 20 minuta</b></b>		
<b>16.00-16.20</b>	"ZNAČAJ RANOG OTKRIVANJA HRONIČNE OPSTRUKTIVNE BOLESTI PLUĆA"?	predavanje	<b>PROF DR BRANISLAVA MILENKOVIĆ</b>

<b>16.20-16.40</b>	ŠTA LEKAR OPŠTE MEDICINE TREBA DA ZNA ISHEMIJSKOJ KORONARNOJ BOLESTI SRCA -	predavanje	<b>PRIM DR DR DUŠAN BASTAĆ</b>
<b>16.40-17.00</b>	ARTERIJSKA HIPERTENZIJA - ŠTA NOVO DONOSI EVROPSKI VODIČ IZ 2018	predavanje	<b>PRIM DR DR DUŠAN BASTAĆ</b>
<b>17.00-17.20</b>	Diskusija o hroničnoj opstruktivnoj bolesti pluća , koronarnoj bolesti i hipertenziji kao načešćim bolestima u ordinaciji lekara opšte medicine	Diskusija	<b>Moderatori: PROF DR BRANISLAVA MILENKOVIĆ PRIM DR DR DUŠAN BASTAĆ</b>
	<b>PRESEDAVAJUĆI:</b> <b>Prim. Mr sci Bratimirka Jelenković</b> <b>Prim. Dr sci Aleksandar Aleksić</b> <b>Doc Dr Bojana Stamenković</b>		
<b>17.20-17.30</b>	<b>Diabetes mellitus tip 2 kod dece i mladih osoba</b>	predavanje	<b>Prim. mr sci med dr Bratimirka Jelenković</b>
<b>17.30-17.40</b>	Značaj , dijagnoza i lečenje dislipidemija kod dece i mladih osoba.	predavanje	<b>Prim. mr sci med dr Bratimirka Jelenković</b>
<b>17.40-17.50</b>	PAUZA		
<b>17:50-18:10</b>	<b>DIABETES MELITUS TIP 2 KOD ODRASLIH OSOBA</b>	predavanje	<b>Prim. Dr sci med dr Aleksandar Aleksić</b>
<b>18:10-18:20</b>	Značaj dijagnoza i lečenje dislipidemija kod odraslih osoba.	predavanje	<b>Prim. Dr sci med dr Alekandar Aleksić</b>
<b>18.20-18.30</b>	Diskusija o dijabetu i dislipidemijama	Diskusija	<b>Moderatori: Prim. mr sci med dr Bratimirka Jelenković Prim. Dr sci med dr Aleksandar Aleksić</b>
<b>18.30-18:50</b>	Aritmije u svakodnevnoj kliničkoj praksi	predavanje	<b>PRIM DR SC VLADIMIR MITOV</b>
<b>18.50-19:10</b>	Kako razlikovati artritis od osteoartroze perifernih zglobova?	predavanje	<b>DOC DR BOJANA STAMENKOVIĆ</b>
<b>19:10-19:20</b>	Diskusija o uričkom artritisu i dif dg osteoartroza i artritisa	Diskusija	<b>Moderatori:Doc Dr Bojana Stamenković.</b>
<b>19.20-19.30</b>	<b>Test</b>		

**«AKTUELNOSTI U ORALNOJ HIRURGIJI I STOMATOLOGIJI 2019.»**

Nacionalni seminar

Petak, 17 maj. 2017. godine

**PROGRAM KONTINUIRANE EDUKACIJE**

(satnica, teme i predavači)

Satnica	Tema	Metod obuke*	Predavač
<b>14.20-15.00</b>	REGISTRACIJA UČESNIKA		
	<b>PRESEDAVAJUĆI:</b> <b>PROF.DR IVICA Z. STANČIĆ</b> <b>PROF. DR GORAN JOVANOVIĆ</b> <b>PROF.DR VANJA PETROVIĆ</b> <b>PRIM DR VESNA PETKOVIĆ</b> <b>DR EMILIJA STOŠIĆ</b> <b>STROGO OGRANIČENA</b> <b>DUŽINA svih plenarnih</b> <b>izlaganja na 20 minuta</b>		
<b>15.00-15.25</b>	<b>TERAPIJSKE SPECIFIČNOSTI</b> <b>DENOTOGENIH INFEKCIJA</b>	predavanje	<b>Prof. dr Goran Jovanović</b>
<b>15.25-15.50</b>	<b>RACIONALNA PRIMENA</b> <b>RETROGRADNE OPTURACIJE</b>	predavanje	<b>Prof. dr Vladimir Biočanin</b>
<b>15.50-16.10</b>	PROF. DR GORAN JOVANOVIĆ. DOC. DR VLADIMIR BIOČANIN	Diskusija na teme iz oralne hirurgije	
<b>16.10-16.35</b>	<b>KOMPROMISI U</b> <b>STOMATOLOŠKOJ PROTETICI –</b> <b>ISPRAVNA ILI POGREŠNA</b> <b>REŠENJA?</b>	predavanje	<b>Prof.dr Ivica Z. Stančić</b>
<b>16.35-17.00</b>	<b>Kako pravilno i pouzdano cementirati</b>	predavanje	<b>Prof. dr Rade S. Živković</b>
<b>17.00-17.25</b>	PROF.DR IVICA Z. STANČIĆ. PROF. DR RADE S. ŽIVKOVIĆ	Diskusija na teme iz stomatološke protetike	
<b>17.25-17.35</b>	PAUZA		
<b>17.35-18:00</b>	<b>PRAVA TERAPIJA U PRAVO VREME</b> <b>- PUT KOJIM SE IZBEGAVA</b> <b>HIRURŠKA TERAPIJA POVREDE</b> <b>ZUBA</b>	predavanje	<b>Prof.dr Vanja Petrović</b>
<b>18:00-18:10</b>	IMPLANTOLOŠKO PROTETSKA REHABILITACIJA U USLOVIMA DESTRUKCIJE KOSTI	Prikaz slučaja	<b>Jovanović M.</b>
<b>18:10-18:20</b>	Prof.Dr Vanja Petrović	Diskusija na temu iz dečije preventivne stomatologije	
<b>18.20-18.40</b>	<b>Test</b>		

**«HIRURGIJA, KONZERVATIVNA I PREVENTIVNA MEDICINA -  
SAVREMENI ASPEKTI 2019. Subota, 18 maj. 2019. godine**

satnica	Tema		Predavači
08:00-09:00	Registracija učesnika		
09:00-09:30	<b>SVEČANO OTVARANJE</b> <b>Prim Mr Sc Bratimirka Jelenković,</b> <b>Prim Dr Sc Dušan Bastać,</b> <b>Prim Dr Prof dr Nebojša Paunković</b> <b>Dr Brankica Vasić,</b> <b>Dr Zoran Jelenković</b> <b>Dr Ljiljana Jovanović</b>		
09.30	<b>PRESEDAVAJUĆI:</b> <b>Prim Dr Sc Dušan Bastać</b> <b>Doc. dr Mladenović Zorica</b> <b>Prof. dr Višeslav Hadži-Tanović,</b> <b>STROGO OGRANIČENA DUŽINA</b> <b>svih plenarnih izlaganja na 20</b> <b>minuta</b>		
09.30-09.50	Trodimenzionalna ehokardiografija u svakodnevnoj praksi.	predavanje/prikaz kliničkih slučajeva	Doc. dr Mladenović Zorica
09.50-10:10	Prevenција iznenadne smrti na sportskom terenu - test opterećenja i stres ehokardiogram kao zlatni standardi za sve uzraste .	predavanje/prikaz kliničkih slučajeva	Prof. dr Višeslav Hadži-Tanović.
10:10-10:30	Šta svaki lekar treba da zna o virusnim miokarditisima?	predavanje/prikaz kliničkih slučajeva	Prim dr sc med Dušan Bastać
10:30-10:50	Urički artritis- komorbiditeti i lečenje	predavanje	Doc dr Bojana Stamenković
10:50-11:10	DISKUSIJA SA PREDAVAČIMA ADULTNIM KARDIOLOZIMA I REUMATOLOGOM	diskusija	
11:10-11:20	<b>Pauza</b>		
	<b>PRESEDAVAJUĆI:</b> <b>Prof. dr Zoran Golubović</b> <b>Dr Novica Lučić,</b> <b>Prim. dr sc. med. Željka Aleksić</b> <b>Prof. dr Anđelka Slavković</b>  <b>STROGO OGRANIČENA DUŽINA</b> <b>svih plenarnih izlaganja na 20</b> <b>minuta</b>		
11:20-11:40	Lečenje politraumatizovanih pacijenata sa prelomom kosti povređenih u saobraćajnim	predavanje/prikaz kliničkih slučajeva ,	Prof. dr Zoran Golubović

	nesrećama		
11:40-12:00	TIROIDNI NODUSI	predavanje/prikaz kliničkih slučajeva	Prim. dr sc. med. Željka Aleksić
12:00-12:20	DISKUSIJA SA PREDAVAČIMA iz druge sesije	diskusija	
12:20-13:00	Pauza. koktel		
	<b>PRESEDAVAJUĆI:</b> <b>Prof. dr Anđelka Slavković</b> <b>Prim. dr Bojana Cokić</b> <b>Doc. dr Goran Čaturilo</b> <b>Prim Mr sc. Bratimirka Jelenković</b>		
13:00-13:20	Povrede električnom strujom kod dece.	Predavanje	Prof. dr Anđelka Slavković
13:20-13:40	Klinička genetika – indikacije za genetičko ispitivanje i kako odabrati pravi genetički test.	predavanje	<b>Doc. dr Goran Čaturilo</b>
13:40-14:00	UČESTALOST I STRUKTURA KONGENITALNIH ANOMALIJA U OPŠTINI ZAJEČAR ZA PERIOD 1995-2014.	predavanje/prikaz kliničkih slučajeva	Prim. dr Bojana Cokić
14:00-14:20	Oboljenja štitaste žlezde kod dece i mladih.	predavanje	Prim Mr sci. med.dr Bratimirka Jelenković
14:20-14:40	Prof. dr Anđelka Slavković. Doc. dr Goran Čaturilo. Prim. Dr Bojana Cokić. Prim Mr sci. med. Dr Bratimirka Jelenković	diskusija	
<b>14:40-16:00</b>	<b>ORIGINALNI RADOVI:</b> <b>DIJAGNOSTIKA,</b> <b>KONZERVATIVNA MEDICINA</b> <b>I JAVNO ZDRAVLJE-</b> <b>STROGO OGRANIČENA DUŽINA</b> <b>IZLAGANJA NA 8 MINUTA</b> <b>7 RADOVA</b> <b>PRESEDAVAJUĆI:</b> <b>Prim Dr Sc Nebojša Paunković</b> <b>Prim Mr sc. Bratimirka Jelenković</b> <b>Prim Dr Sc Dušan Bastać</b> <b>Dr Brankica Vasić</b>	Usmene prezentacije originalnih radova	<b>AMFITEATAR</b>  AUTORI:
1.	Istorijat Službe za nuklearnu medicinu u Zaječaru – prvih 35 godina		Paunković N <sup>2</sup> Paunković J <sup>3</sup> , Nikolić K. <sup>1</sup> <sup>1</sup> Zdravstveni centar Zaječar, <sup>2</sup> Poliklinika "Paunković", <sup>3</sup> Fakultet za menadžment
2.	Uticaj arterijske hipertenzije na veličinu leve pretkomore. Indeks volumena kao najbolji pokazatelj dilatacije leve pretkomore		dr Raščanin Anastasija Raščanin A <sup>1</sup> , Bastać D <sup>2</sup> , Bastać M , <sup>1</sup> Internistička ordinacija "Dr Bastać
3.	Da li će globalni longitudinalni strejn kao superiorni parametar sistolne funkcije potpuno zameniti ejectionu frakciju leve komore u proceni		Bastać D <sup>1</sup> Raščanin A <sup>1</sup> , Bastać M, <sup>1</sup> Internistička ordinacija "Dr Bastać"

	<b>hipertenzivne hipertrofije ?</b>		
4.	Kliničke odlike kod dece i adolescenata niskog rasta u Timočkom regionu 2013-2017.godina		Bratimirka J <sup>1</sup> , <sup>1</sup> Dečije odeljenje Zdravstveni centar Zaječar
5.	FAMILIJARNI APERT SINDROM -prikaz slučaja		Vasić B <sup>1</sup> , Božinović S. <sup>1</sup> <sup>1</sup> Zdravstveni centar Zaječar, Dečji dispanzer
6.	MIKROCEFALIJA KOD ODOJČETA-prikaz slučaja		Vasić B <sup>1</sup> , Jelenković B. <sup>1</sup> Jovanović Lj. <sup>11</sup> Zdravstveni centar Zaječar, Dečji dispanzer
7.	EVALUACIJA SPROVODJENJA HRONIČNOG PROGRAMA DIJALIZE U REPUBLICI SRBIJI KOD PACIJENATA SA ZAVRŠNOM FAZOM BUBREŽNE BOLESTI, O TROŠKU SREDSTAVA OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA		Atanasijević D., Šulović M. Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut
<b>14:40-16:00</b>	<b>ORIGINALNI RADOVI: HIRURGIJA I SRODNE GRANE PSIHIJARIJA ISTORIJA MEDICINE -8 RADOVA STROGO OGRANIČENA DUŽINA IZLAGANJA NA 8 MINUTA PRESEDAVAJUĆI: Dr Zoran Jelenković Dr Milomir Marinković Prim Dr Vera Najdanović Dr Emil Vlajić Dr Biljana Paunović</b>	Usmene prezentacije originalnih radova	<b>SALA PREVENTIVNOG CENTRA</b>
1	Skrining i lečenje žena od raka grlića materice u Zaječaru od 1996. do 2018.g.		Vera Najdanović Mandić Dispanzer za žene, ZC Zaječar
2	Anestezija za implantaciju endoparcijalne proteze kuka kod gerijatrijske pacijentkinje sa teškom aortnom stenozom – prikaz slučaja		Danijela Stanković <sup>1</sup> , Tihomir Milovanović <sup>2</sup> , Dragan Šujeranović <sup>2</sup> , Vojislav Magdić <sup>1</sup> , Zoran Jovanović <sup>1</sup> <sup>1</sup> Služba anestezije i reanimacije ZC Negotin <sup>2</sup> Odeljenje traumatske hirurgije i ortopedije, ZC Negotin
3	Medijastinalni tumori-hirurski način lečenja		Vešović N., Stojković D. Klinika za grudnu hirurgiju i kardijalnu hirurgiju Vojno medicinske akademije-Beograd
4	SAMOPOVREDJIVANJE U UROLOGIJI- Prikaz slučaja		Radoš Žikić, Zoran Jelenković, <POLIKLINIKA PAUNKOVIĆ, RFZZ
5	Dijabetes mellitus kroz vekove		Miloš P <sup>1</sup> , <sup>1</sup> Zdravstveni centar Zaječar
6.	Terapija nekomplijantnih pacienata sa shizofrenijom- prikaz slučaja		Dr Milorad Zastranović, Zdravstveni centar Zaječar
7.	BURNOUT SINDROM KOD ZAPOSLENIH U DOMU ZDRAVLJA		Dr Vidić Branka, Dr Atila Gondoš, Dr

	BEČEJ		Borko Pepelčević. Dom Zdravlja Bečej
8.	Zavisnost od interneta u periodu adolescencije, prikaz slučaja		Dragana M <sup>1</sup> , Danijela Č <sup>2</sup> , Emilio M <sup>1</sup> , Milica J <sup>3</sup> , Miloš B <sup>4</sup> , Marko T <sup>5</sup> Zdravstveni centar Knjaževac <sup>2</sup> Zdravstveni centar Zaječar <sup>3</sup> Medicinski fakultet Niš <sup>4</sup> Dom zdravlja Doljevac <sup>5</sup> Apotekarska ustanova Lilly-drogerije Niš <b>Koautori:</b> Ćirić Danijela, Miletić Emilio, Milica Jakovljević, Bogoslović Miloš, Marko Tasić
16:00-17:00	<b>ORIGINALNI RADOVI -SVE OBLASTI MEDICINE - MODERIRANE POSTER PREZENTACIJE- IZLAGANJE 3 MINUTA PA POSTER DISKUSIJA 2 MINUTA-15 POSTERA</b>  <b>PRESEDAVAJUĆI:</b> <b>Mr Sc Predrag Marušić</b> <b>Dr Vladimir Djoković</b> <b>Dr Ljiljana Jovanović</b> <b>Dr Biljana Popović</b> <b>Dr Biljana Stanković</b>	Posterprezentacije originalnih radova	<b>POSTER SALA</b>  <b>15 POSTERA</b>
1	Dr Jelena Radovanović Dom zdravlja” Dr. Đorđe Bastić “ Srbobran; Koautori: dr Nikola Gavrilović, DZ Subotica, dr Radmila Bjelopetrović, DZ Ruma,	TROMBOZA VENE PORTE KAO DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA BOLA U ABDOMENU	KONZERV MEDICINA   Dg - KAZUISTIKA
2	Tamara Stanulović (1), Danijela Ćirić (2) (1)DOM ZDRAVLJA PETROVAC NA MLAVI (2)ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR	MALIGNI MELANOM KOŽE- PRIKAZ SLUČAJA	KONZERV MEDICINA   Dg - KAZUISTIKA
3	Danijela Ćirić <sup>1</sup> , Tamara Stanulović <sup>2</sup> , Dragana Mitrović <sup>3</sup> , Milan Stojanović <sup>4</sup> , Tanja Mladenović <sup>5</sup> (1) Zdravstveni centar Zaječar, (2) Dom zdravlja Petrovac na Mlavi, (3) Zdravstveni centar Knjaževac, (4) Magna plus rezonanca, Niš (5) Niš, trenutno nezaposlena	Karcinom pankreasa kod pacijenta sa hroničnim B hepatitisom - prikaz slučaja	KONZERV MEDICINA   Dg - KAZUISTIKA
4	Vinka Repac <sup>1</sup> ,Zdravko Ždrale <sup>2</sup> ,Branislava Stanimirov <sup>3</sup> ,Marija Repac <sup>4</sup> Elena Đukić <sup>5</sup> ,Ivana Lukić <sup>6</sup> 1Dom zdravlja Žitište , 2 ZZZZ-Zrenjanin, 3Dom zdravlja Novi Sad,4Prirodnomatematički fakultet Novi Sad-student ,5Medicinski fakultet,Beograd-student,6KCV Institut za dečju hirurgiju Novi Sad	Moebiusov sindrom, da ili ne?	KONZERV MEDICINA   Dg - KAZUISTIKA
5	Z. Vlatković <sup>1</sup> , Z. Ždrale <sup>2</sup> Dom zdravlja Žitište <sup>1</sup> Zavod za javno zdravlje Zrenjanin <sup>2</sup>	UČESTALOST POVIŠENOG KRVNOG PRITISKA KOD DECE	KONZERV MEDICINA   Dg - ORIGINALNI RAD
6	Senad Kolašinac*Senadin Pupović** Enisa Pupović***,Sabahudin Pupović DZ Plav * VMC Podgorica,**DZ Podgorica, ***	UDRUŽENOST RASCJEPANECA I UROĐENIH ANOMALIJA NA SRCU KOD DJECE	KONZERV MEDICINA   Dg - KAZUISTIKA
7	I.Lukić <sup>1</sup> , I. Lukić <sup>2</sup> , M. Repac <sup>3</sup> ,E.Đukić <sup>4</sup> 1)spec.ordinacija „Sportrehamedica“,Zrenjanin 2)KC Vojvodine, Novi Sad 3)PMF Novi Sad	VENTRIKULARNE EKSTRASISTOLE KOD SPORTISTA	KONZERV MEDICINA   Dg -ORIGINALNI RAD DESKRIPTIVAN
8	Dušica Milovanović	RAK DOJKE NA TERITORIJI OPŠTINE	Hirurgija i srodne grane-



		<b>MLADENOVAC</b>	
9	Miljana Mladenović-Petrović, <sup>1</sup> Dom Zdravlja Bela Palanka	Incidencija malignih bolesti u periodu od 1999. god. – 2019. god.	JAVNO ZDRAVLJE -ORIGINALNI RAD
10	Nataša Rangelov, Svetlana Petrović, Goran Avramović, Dragan Petrović ZC Negotin Služba anestezije Služba hirurgije	EGZACERBACIJA GRAVESOVE BOLESTI NAKON TUPE POVREDE GRUDNOG KOŠA	Hirurgija i srodne grane- KAZUISTIKA
11	Senadin Pupović <sup>1</sup> , Enisa Pupović <sup>2</sup> , Sabahudin Pupović <sup>3</sup> , Senad Kolašinac <sup>4</sup> <sup>1</sup> VMC Podgorica, <sup>2</sup> DZ Podgorica, <sup>3</sup> CHP Plav, <sup>4</sup> DZ Plav	SIMPTOMATOLOGIJA OSTEOMA FRONTALNIH SINUSA	Hirurgija i srodne grane-KAZUISTIKA
12	Mitrović-Stevanović N. Zdravstveni centar Negotin	SAVREMENI PRISTUP U PREVENCIJI RIZIČNIH PONAŠANJA	JAVNO ZDRAVLJE -ORIGINALNI RAD
13	Jovetić M. <sup>1</sup> , Miljković A. <sup>2</sup> , Gavrilović N. <sup>3</sup> , Stojiljković Bošnjak S. <sup>4</sup> <sup>1,2,4</sup> Dom zdravlja Novi Sad <sup>3</sup> Dom zdravlja Subotica	KORIŠĆENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE OBOLELIH OD HRONIČNE OPSTRUKTIVNE BOLESTI PLUĆA U DOMU ZDRAVLJA NOVI SAD	JAVNO ZDRAVLJE -ORIGINALNI RAD
14	Dimovski D. <sup>1</sup> , Gajić J. <sup>2</sup> , Komlenić A. <sup>3</sup> <sup>1</sup> Visoka škola strukovnih studija za obrazovanje vaspitača, Novi Sad <sup>2</sup> Apoteka Tilija Novi Sad <sup>3</sup> Zavod za za zdravstvenu zaštitu radnika "Železnice Srbije" Novi Sad	STAVOVI MLADIH O DOJENJU	JAVNO ZDRAVLJE -ORIGINALNI RAD DESKRIPTIVAN
15	dr Momir Kitanović Institucija Dom zdravlja Vlasotince	SPASAVANJE EKSTREMNO GOJAZNOG PACIJENTA U STANJU VENTRIKULARNE TAHIKARDIJE(VT)	
<b>17:00</b>	<b>Dodela sertifikata. Svečano zatvaranje</b>	<b>Nagrade za najbolje usmene originalne radove i za najbolju poster prezentaciju</b>	

## ABSTRAKTI PLENARNIH PREDAVANJA

### SEMINAR "AKTUELNOSTI IZ ONKOLOGIJE"

#### 1. GASTROINTESTINALNI KARCINOMI - UZROCI, FAKTORI RIZIKA, VOĐENJE PACIJENATA I PREVENCIJA

*Mr Sc Dr med Zoran Joksimović, internista-gastroenterolog*

INTERNISTIČKA ORDINACIJA "JOKSIMOVIĆ" BOR

Pojam gastrointestinalni (GI) karcinomi označava grupu kancera koji se razvijaju u sistemu organa za varenje - gastrointestinalnom traktu (GIT). Iako se ovaj pojam odnosi na širu grupu malignoma GIT u ovom radu su obrađeni karcinomi jednjaka, želuca, jetre i bilijarno gtrakta, pankreasa, debelog creva i rektuma.

Ono što karakteriše grupu GI karcinoma je to da su najčešći oblik raka u odnosu na druge organske sisteme u organizmu. Na ove tumore otpada oko 30% svih karcinoma. GI karcinomi generalno pogađaju jednako i muškarce i žena. Stopa preživljavanja je niža nego kod drugih poznatijih karcinoma. Ne poznajemo uzrok svih vrsta gastrointestinalnog karcinoma ali su poznati neki faktori rizika zajednički za većinu ovih tumora: pušenje prekomerna potrošnja alkohola visoka starostna dob dijeta sa visokim sadržajem životinjskih masti dijeta koja sadrži velike količine soljene, sušene ili loše konzervisane hrane hronična zapaljenjska stanja gojaznost. Naravno da treba imati na umu da postoje pojedini faktori rizika koji su specifični za određeni tip GI karcinoma. Simptomi gastro intestinalnog karcinoma variraju u zavisnosti od vrste kancera ali su najčešći: bol u trbuhu, mučnina, povraćanje promene ritma, konzistentnostili oblika stolice nadimanje gubitak apetita krv u stolici nenameran gubitak telesne težine malaksalost. Naravno da postoje i simptomi koji se odnose specifično na svaki pojedini tip GI tumora. Dijagnostika GI karcinom zavisi od vrste tumora. Laboratorijski testovi, tehnike slikovnog prikaza, endoskopija i biopsija su uobičajeni načini dijagnostikovanja mnogih vrsta karcinoma. Tumoprski markeri su od koristi u postavljanju dijagnoze ali su značajniji u praćenju efikasnosti terapije GI karcinoma. Kad se potvrdi dijagnoza, utvrđuje se stadijum bolesti i razvija se plan tretmana. Lečenje gastrointestinalnog karcinoma zavisi od vrste karcinoma, stadijuma i drugih faktora opšte zdravstvenog stanja pacijenta. Uobičajene metode lečenja gastrointestinalnog karcinoma uključuju hiruršk itretman, hemoterapiju i radioterapiju.

Kako mnoge vrste karcinoma gastrointestinalnih organa imaju uobičajene faktore rizika, postoje neka opšte preporuke u vezi sa načinom života koje savetujemo pacijentima u cilju prevencije i smanjenja rizika za razvoj GI karcinoma. Prestanak pušenja je jedna od najboljih preventivnih mera. Izbegavanje alkoholnih pića ili njihovo svodenje na najmanju meru dokazano smanjuje rizik od GI karcinoma. Uravnotežena ishrana bogata voćem i povrćem, sa malo životinjskih masti, sa malim unosom soli, može smanjiti rizik od nekih vrsta gastrointestinalnog karcinoma. Ovakvom ishranom se sprečava i gojaznost koja je takođe faktor rizika za nastanak pojedinih tipova GI karcinoma. Kolonoskopija posle 50 godine života za osobe sa prosečnim rizikom (ili i u ranijem dobu za osobe sa povećanim rizikom) je koristan metod u ranom otkrivanju tumora kolorektuma. Skrining na infekciju *Helicobacter pylori* i eradikacija ove bakterije obećava kao dobra prevencija za karcinom želuca

## 2. KARDIOONKOLOGIJA

*Prim Dr Sc Med Dušan Bastać, Internista, kardiolog*

### INTERNISTIČKA ORDINACIJA DR BASTAĆ, ZAJEČAR

Zbog starenja populacije razvijenih zemalja i uobičajene pojave rizik faktora povećana je verovatnoća da pacijenti imaju i rak i kardiovaskularne bolesti (KVB). Napredak u lečenju raka (kancera) doveo je do poboljšanog preživljavanja ali takodje i povećanog morbiditeta i mortaliteta zbog direktnih neželjenih efekata na kardiovaskularnu (KV) funkciju. Citotoksični agensi uključujući klasične hemoterapijske agense, monoklonalna antitela koja deluju na receptore tirozin-kinaze, niskomolekularni inhibitori tirozin-kinaze i At na HER2 protein. HER2/neu je onkogen čija amplifikacija dovodi do prekomerne ekspresije HER2/neu proteina koji je član porodice transmembranskih receptora epidermalnih faktora rasta i sklonosti ka metastaziranju. Jedan od razloga je da mnogi agensi dostižući terapijski ciljni supstrat(receptor) u mikrosredini ne oštećuju samo tumor već i zdrave ćelije. Postoji potreba za kooperacijom između onkologije i kardiologije i zato počinje da se razvija nova disciplina, koja se zove kardio-onkologija. Ona sumira potencijalne KV toksičnosti za rangiranje hemoterapijskih i hemopreventivnih lekova i naglašavala važnost evaluacije KV rizika kada pts se uključuje u studije i potrebu vodiča koji uključuju kolateralne efekte na KV sistem. Takodje kardio-onkologija proučava mehanizme i opisuje potencijalne protektivne agense koji bi se davali pacijentu sa okultnim ili jasnim rizikom za KV komplikacije. Prvi put je 2016 godine na ESC kongresu u Rimu prezentovan dokument Stavovi o Kardio-Onkologiji: kako prevenirati i lečiti kardiotoksičnost(KT) hemioterapije i radioterapije. Ovaj dokument prikazuje različite korake u KV dijagnostici i praćenju kao i terapijskog izbora pre, za vreme i posle lečenja kancera agensima sa potencijalnom KT. Disfunkcija leve komore(DLK) i srčana insuficijencija(SI) su relativno čest i ozbiljan nus-efekat lečenja kancera. Predikcija incidence DLK je izazov zato što pacijenti sa kancerom uobičajeno primaju više potencijalno KT lekova i ponekad radioterapiju toraksa. Najveću kardiotoksičnost (KT) sa visokim rizikom za razvoj SI ima Doksorubicin-hlorid (adriamicin), u velikoj dozi izaziva DLK u 20% do 48 % slučajeva i to dozno zavisno. Pri manjim dozama od 400 mg/m<sup>2</sup>, DLK se javlja u 5% slučajeva, u dozi od 550 mg/m<sup>2</sup> DLK: 7-26% a pri većim dozama-700 mg/m<sup>2</sup> do 1/2 lečenih- DLK: 48%. Ostali antraciklini koji manje narušavaju funkciju LK su: Idarubicin- dozi>90 mg/m<sup>2</sup> sa do 18% incidence KT, Epirubicin u dozi >900 mg/ m<sup>2</sup>) do 11%, Mitoksantron u dozi >120mg/m<sup>2</sup>-KT:2,6%. ALKILIRAJUĆI AGENSI: Ciklofosamid ima incidencu KT od 7-28% ; Ifosamid u dozi 12,5-16g/m<sup>2</sup> oko 17%. Antimetabolit klorfarbin je kardiotoksičan u 27%; Antimikrotubulni agensi: Docetaksel izaziva DLK u 2-13%, Paklitaksel ima izuzetno nisku kardiotoksičnost<1%. Monoklonska antitela sa inhibicijom HER2 signalnog puta kao što je trastuzumab(HERCEPTIN) imaju incidencu kardiotoksičnosti od 2-20% kada se kombinuju sa antraciklinima i ciklofosamidom. Grupa niskomolekularnih inhibitora tirozin kinaze ima incidence DLK: Sunitinib 2,7-19% ; Pazopanib (Votrient) 7-11%. Kardiotoksičnost radioterapije se teško evaluira zbog više razloga : npr kasnih efekata i kontinuiranog poboljšanja tehnika iradijacije. Sistolna DLK i SI su uočene pri kombinaciji radioterapije sa antraciklinima i mogu da pogoršaju već postojeće srčane mane i koronarnu bolest.

**PRVI KORAK** u identifikaciji visoko-rizičnih pacijenata za KT antikancer terapije sastoji se od pažljive osnovne procene KV rizik faktora. Neophodno kliničko prosudjivanje kada se evaluira rizik na individualnom nivou zbog nedostatka prospektivno validiranog rizik skora. Osnovna procena rizika se izvodi od strane onkološkog tima, ali se kod visokorizičnih pts preporučuje konsultacija od strane specijaliste za kardio-onkologiju.

**DRUGI KORAK:** Strategija za skrining i detekciju kardiotoksičnosti uključuje KV imidžing i biomarkere. Ehokardiografskom procenom funkcije leve komore kada se utvrdi pad ejeckione frakcije>10% i redukcija globalnog longitudinalnog naprežanja (myocardial strain) za više od 15% od njegove referentne vrednosti precizno se utrdjuje se stepen KT. Takodje porasti biomarkera troponina (TnI i TnT) i pro BNP hormona (NT-proBNP) daju preciznu dijagnozu stepena KT. Opcije th. za prevenciju i oporavak od kancer th indukovane disfunkcije miokarda leve komore (DLK): A) Pre kardiotoksičnog lečenja kancera. Ako je KT rizik visok (prethodna KV bolest, prethodna Th antraciklinima ili Th protokol za visoku totalnu kumulativnu dozu antraciklina>250-300 mg/ m<sup>2</sup> doksorubicina ili ekvivalenta). Treba razmotriti i primeniti profilaktičke kardioprotektivne lekove (ACEI, ARB, BB) i vrlo striktnu optimizaciju kontrole

rizik faktora. B) Pacijenti sa povišenim troponinom: Uvodjenje kardioprotekcije se uzima u obzir kada bolesnici sa kancerom imaju porast troponina tokom hemoterapije. C) Redukcija EF se smatra kao stadijum B srčane insuficijencije posebno ako imaju paralelno skok natriuretskih peptide (NTproBNP). Zavisno od stepena pada EF i vrednosti EF treba uvesti jednu ili više terapijskih mera baziranih na ESC 2016 vodiču za SI. Specifični kardiološki tretman 6 meseci posle završetka hemoterapije povećava verovatnoću za oporavak funkcije leve komore. Bolesnici sa malignim bolestima koji imaju preegzistirajuće KV bolesti pre hemoterapije treba da budu pregledani od specijaliste kardio-onkologa I izbor hemoterapijskih opcija treba da se diskutuje na Kardio-Onkološkom timu. Da li pacijenti sa niskim bazalnim rizikom koji se tretiraju sa antraciklinima mogu da profitiraju od preventivnog režima-ostaje kontraverzno i za sada nema preporuka. U Th dijabetesa uz standardni tretman treba razmotriti i Empagliflozin za prevenciju SI. Kod asimptomatske sistolne disfunkcije LK uključiti ACEI i BB posebno nakon infarkta.

**ZAKLJUČAK:** Preživeli bolesnici koji su primali antraciklinsku hemoterapiju imaju doživotni rizik za razvoj disfunkcije leve komore (LVD) I srčane insuficijencije (SI). Periodični skrining treba da se sprovodi počevši od onih sa visokom kumulativnom dozom antraciklina ili sa reverzibilnom LV disfunkcijom tokom hemo terapije. Rano ukidanje Kardio-protektivne terapije za srčanu insuficijenciju se ne preporučuje.

### **3. AKTUELNOSTI U DIJAGNOSTICI I TERAPIJI MALIGNOMA BUBREGA I GORNJEG UROTELIJUMA**

*Prof. dr Sava Mičić*

POLIKLINIKA ,UROMEDICA , BEOGRAD

Karcinom bubrega je na sedmom mestu učestalosti karcinoma, obuhvatajući 3% novih slučajeva karcinoma u razvijenim zemljama. Ovaj tip tumora se pojavljuje u godištu od 40-44 godine I raste učestalost u godištu 65-70 godina.

Savremna dijagnostika, posebno ultrazvuk otkriva, danas, asimptomatske tumore bubrega u 30 do 40% procenata. Simptomatologija se nije bitno promenila u odnosu na ranije decenije. RCC (renal cell cancer), karcinom parenhima bubrega obuhvata više od 90 % svih slučajeva karcinoma bubrega. Savremena procena stadijuma bolesti obuhvata CT ili NMR abdomena, što omogućava uz ranu dijagnostiku, što vodi sve većem korišćenju poštredne hiruške intervencije (parcijalna nefrektomija tj nephron sparing operation). Endoskopske dijagnostičke intervencije su danas proširile polje dijagnoze I terapije karcinoma urotelijuma, pogotovo gornjih mokraćnih puteva. Hemoterapija uznapredovalog karcinoma urotelijuma je danas jasno prihvaćen postulat, sa uvođenjem novih cistostatika, kao I uvođenjem imunoterapije u lečenju odmaklog I metastatskog karcinoma urotelijuma. Karcinom renalnih ćelija se u uznapredovalom I metastakom stadijumu leči uvođenjem imunoterapije, tkzčekinhibitora, mTORinhibitora. Studije koje su završene obećavaju bitno bolju prognozu kod metastakog karcinoma bubrežnih ćelija.

### **4. OD PRVIH SIMPTOMA DO DIJAGNOZE TUMORA GLAVE I VRATA**

*Doc. Dr Sc Ljiljana Čvorović, otorinolaringolog*

ORL KLINIKA MEDICINSKI FAKULTET U BEOGRADU

## 5. MOLEKULARNA I IMUNOTERAPIJA NEMIKROCELULARNOG KARCINOMA PLUĆA

*Doc. dr Tatjana Adžić Vukičević*

KLINIKA ZA PULMOLOGIJU, MEDICINSKI FAKULTET U BEOGRADU

Karcinom pluća predstavlja najčešći maligni tumor i uzrok smrti među svim malignitetima. Najčešće se dijagnostikuje kod bolesnika starosti iznad 65 godina, a srednje vreme postavljanja dijagnoze iznosi 70 godina. Nesitnoćelijski karcinom pluća /NSCLC/ obuhvata 85-90% svih slučajeva karcinoma pluća. Tokom poslednjih 25 godina histološki tip NSCLC bitno se izmenio, skvamocelularni tip karcinoma pluća koji je bio dominantni histološki tip, je u opadanju, dok je incidenca adenokarcinoma u značajnom porastu kod osoba oba pola. Patohistološka dijagnoza karcinoma pluća zasniva se na klasifikaciji koju je izdala Svetska Zdravstvena Organizacija 2015.g. Odluka o terapijskom pristupu NSCLC zavisi od histološkog podtipa. Imunohistohemijske metode se široko primenjuju u dijagnostici NSCLC, kako bi se, pre svega, smanjila incidenca NSCLC-NOS /neklasifikovanih NSCLC/ na manje od 10%. Za imunohistohemijsku potvrdu skvamocelularnog karcinoma potrebna su dva markera p40 i p63, dok se za adenokarcinom koristi TTF1. Iz tkivnog uzorka moguće je uraditi niz molekularnih testova, radi odluke o personalizovanoj terapiji karcinoma pluća. Aktivirane mutacije EGFR /epidermalnog faktora rasta/ imaju dobar terapijski odgovor na primenu inhibitora tirozin kinaze /EGFR TKI / kao što su gefitinib, erlotinib i afatinib, koji se ogleda u povećanju stope odgovora i produženju perioda do progresije bolesti, boljoj podnošljivosti leka i poboljšanju kvaliteta života u poređenju sa hemioterapijom baziranoj na platinskim dubletima. EGFR mutacija je prisutna kod 10-12% belaca sa adenokarcinomom pluća, a češća je kod žena, novonastalih pušača i u Aziji. EGRM testiranje je obavezno kod svih bolesnika sa uznapredovalim NSCLC. Ovim testom treba da se obuhvate sve mutacije u egzonu 18-21. ALK (anaplastična limfom kinaza) testiranje preporučuje se kod svih bolesnika koji se testiraju na EGFR. Za ALK testiranje koriste se visoko specijalizovani testovi kao što je FISH test /fluorescentna in situ hibridizacija/. Pozitivan nalaz podrazumeva uključivanje u terapiju ALK tirozin-kinaznih inhibitora. Testovi NGS /sledeća generacija sekvenciranja/ koriste se za određivanje multiplih genskih mutacija kao što su ALK, RET i ROS1, HER2, BRAF i MET. Savremeni terapijski pristup kod bolesnika sa uznapredovalim NSCLC mora biti zasnovan na histologiji, molekularnoj patologiji, godinama života, performans statusu /PS/ i prisustvu komorbiditeta. Sistemska hemoterapija treba da se razmatra za sve NSCLC bolesnike stadijuma IV i PS 0-2 sa EGFR i ALK negativnim mutacijama. Efekat sistemske hemoterapije nasuprot najboljoj suportivnoj terapiji ogleda se u smanjenu rizika od nastanka smrtnog ishoda za 23%, produženju jendogodišnjeg preživljavanja kod 9% bolesnika, nasuprot 1.5 mesecu kod bolesnika koji ne primaju sistemsku hemoterapiju i poboljšanje kvaliteta života. Danas se preporučuju hemoterapijski režimi bazirani na platini, najčešće četiri do šest ciklusa uz terapiju održavanja. Nekoliko hemoterapijskih režima baziranih na platini sa citostaticima treće generacije (cisplatin/paclitaxel, cisplatin/gemcitabine, cisplatin/docetaxel, carboplatin/paclitaxel) pokazali su slične učinke. Prema najnovijim meta-analizama hemoterapijski protokoli bazirani na pemetrexedu pokazali su bolje efekte u preživljavanju bolesnika sa uznapredovalim i metastatskim karcinomom pluća.

## 6. СКРИНИНГ КАРЦИНОМА ДОЈКЕ У СРБИЈИ

*Проф. др Зорица Милошевић, радиолог*

ИНСТИТУТ ЗА ОНКОЛОГИЈУ И РАДИОЛОГИЈУ, КЦ СРБИЈЕ, МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ У БЕОГРАДУ

Рак дојке је најчешћи малигни тумор и водећи узрок смрти од малигнух болести код жена у Републици Србији.

Од 2012. године у Србији је уведен организовани скрининг рака дојке. Скрининг тест је мамографија која се изводи у двогодишњем интервалу, а циљна група су здраве жене животне доби од 50 до 69 година. Основни циљ скрининга је откривање рака дојке у супклиничком стадијуму,

када је и ефикасност лечења боља, што заједно доводи до смањења смртности, побољшања квалитета живота, смањења компликација и трошкова лечења.

У програму организованог скрининга рака дојке учествују здравствене установе - домови здравља, опште болнице, клиничко-болнички и клинички центри, институти. Они морају да испуњавају критеријуме за скрининг мамографију: едуковани кадар, опрему, простор и контролу квалитета програма организованог скрининга рака дојке, у делу извођења скрининг мамографије и евиденције о прегледаним женама у програму, укључујући и контролу рада мамографских јединица.

Организацију и праћење програма скрининга спроводи Канцеларија за скрининг рака Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ у сарадњи са Министарством здравља. Стручне препоруке за спровођење Програма, у складу са Уредбом о националном програму раног откривања карцинома дојке (Сл. Гласник РС бр. 73/2013), обезбеђује Републичка стручна комисија Министарства здравља. Координацију рада здравствених установа на нивоу округа спроводи мрежа института и завода за јавно здравље у сарадњи са Канцеларијом за скрининг рака.

## 7. НАЈПОГОДНИЈИ ИЗБОР – РАДИКАЛНА ОПЕРАЦИЈА ИЛИ ОЧУВАЊЕ ДОЈКЕ

*Др Вукашин М. АНТИЋ*

ХИРУРШКО ОДЕЉЕЊЕ, ВРАЊСКА БОЛНИЦА

За правилан избор хируршког начина лечења рака дојке потребно је утврдити стадијум основне болести, а он се одређује низом преоперативних поступака, од анамнезе, биопсије неоплазме са хистопатолошким провером, до имунохистохемијских налаза (естрогенски и прогестеронски рецептори, HER 2, Ki 67) специфичних за рак дојке, итд.

Искусан и добро едукован хирург мора познавати све могућности лечења, али и потешкоће које могу настати из погрешно предузетих корака.

Такође је врло важно имати у виду читав низ емоционалних, психолошких и рехабилитационих проблема које ће болесница постоперативно морати савладати да би успех лечења био потпун.

На располагању су две главне групе оперативних поступака: радикални (без очувања дојке) и поштедни (са очувањем дојке).

Упркос напредовању у хируршкој техници, различите врсте операција код рака дојке често не утичу на проценат преживљавања. Од тог избора могу итекако проистицати други облици лечења (постоперативна адјувантна хемиотерапија, постоперативна радиотерапија), као и касније раздобље рехабилитације.

Поштедна операција рака дојке подразумева мању екстензивност, али не значи мању радикалност или лошији крајњи резултат.

Међутим, последњих неколико деценија значајну улогу у лечењу има неoadјувантна хемиотерапија. Индикације за њену примену током година су се проширивале. Први циљ је постизање операбилности неоплазме, да би се обавило радикално хируршко лечење. Други циљ је смањење тумора и омогућавање поштедног хируршког захвата са очувањем дојке. То би важило за болеснице код којих би због локалне узнапредовалости процеса иначе била индикована радикална мастектомија. Трећи циљ ове терапије био би правовремена процена хемиосензитивности неоплазме, а самим тим брзи увид у делотворност терапије.

У оквиру хирургије рака дојке постоји много важних питања која појачавају отпор идеји очувања дојке. Хирурзи традиционалисти су и даље уверени да је мастектомија најбољи начин лечења у свим случајевима карцинома дојке.

## 9. MEDIKAMENTOZNA TERAPIJA KARCINOMA DOJKE

*Prof. dr Stojan Radić, internista-onkolog*

MEDICINSKI FAKULTET U NIŠU

## 10. RADIOTERAPIJA KARCINOMA DOJKE

*Dr Dušica Stojanović, radioterapeut*

KLINIKA ZA ONKOLOGIJU, ODELJENJE RADIOTERAPIJE, KLINIČKI CENTAR NIŠ

Radioterapija zauzima značajno mesto u lečenju karcinoma dojke. Sprovodi se kao postoperativna, radikalna ili palijativna. Postoperativna radioterapija zavisi od vrste operacije, PH nalaza i statusa limfnih čvorova iz pazušne jame. Kod pacijenata sa lokalno uznapredovalom bolešću, sprovodi se radikalna radioterapija u kombinaciji sa ostalim modalitetima lečenja, pre svega hemioterapijom. Kod metastatske bolesti najčešće se sprovodi antidolorozna palijativna terapija koštanih metastaza, kao i palijativna zračna terapija kod sekundarnih depozita u mozgu. Najčešće primenjivan vid lečenja je postoperativna zračna terapija, koja se na našoj klinici sprovodi na savremenim aparatima sa preciznim konturisanjem volumena od značaja i maksimalnom poštedom okolnih zdravih tkiva.

Ključne reči: karcinom dojke, postoperativna radioterapija, radikalna radioterapija, palijativna radioterapija

## 11. MEDIKALNO LEČENJE MALIGNIH TUMORA U ZC ZAJEČAR: DOSADAŠNJA ISKUSTVA, DANAŠNJE MOGUĆNOSTI I PERSPEKTIVA U NAREDNOM PERIODU.

*Dr Vesna Đorđević-Lalošević, internista*

ZC ZAJEČAR, INTERNO ODELJENJE

Uvod: Medikalno lečenje malignih tumora obuhvata hemioterapiju, hormonoterapiju, biološku terapiju i imunoterapiju. Maligni tumori, karcinomi se gotovo dva veka leče operativnim putem a jedan vek radioterapijom dok je hemioterapija u široj upotrebi tek 60 godina. Još uvek postoji otpor prema ovom obliku lečenja. Kako među doktorima tako i među bolesnicima i članovima njihovih porodica. Često se poriče veliki napredak koji je u ovoj oblasti postignut tokom poslednjih tridesetak godina. S jedne strane takav stav odvrća bolesnike od proverenog oblika lečenja koje je zasnovano na naučnim dokazima i na velika vrata uvode razne preparate koji nemaju dokazanu efikasnost i vračeve u svakodnevnu praksu. Hirurgija i zračna terapija su prihvaćene pošto su logične i razumljive: ono što se vidi to se ukloni ili ozrači. Hemioterapija je pak obavijena velom misterije a prati je loš glas: da više šteti nego koristi. Svi smo skloni da oprezno i s velikim otporom prihvatamo nove stvari dok je neka standardna procedura uvek zaštićena od kritike makar bila i manje efikasna. Materijali i metode: Retrospektivnom analizom protokola Onkološkog dispanzera ZC Zajčar i protokola Internog odeljenja sa onkologijom dobijeni su podaci o aplikaciji citostatske terapije u dva perioda. Prvi period obuhvata bolesnike lečene od 1.1.1997-1.12.1997 a drugi period se odnosi na lečenje od 1.1.2015-31.12.2017. godine. Rezultati: Prikazana je struktura (pol, starost, dijagnoze), način lečenja i hemioterapijski protokoli koji su primenjivani. U prvom periodu je lečeno 96 a u drugom 278 bolesnika. Tokom 1997. godine je primenjeno jedanaest različitih protokola a tokom 2017. trideset i sedam. Analizirano je davanje terapija zavisno od vrste tumora, složenost protokola, vrsta lekova kao i broj primenjenih terapija. Tokom 1997. lečeno je 32 muškarca i 64 žene, prosečne starosti 58 godina (31-73). Najviše je bilo lečenih od tumora dojke (37), debelog creva (20) i limfoma (11). Tokom 2017. godine lečeno je 278 bolesnika i to 157 muškaraca i 121 žena. Prosečne starosti 64 godine, (19-84). Najviše je bilo bolesnika sa karcinoma debelog creva (68) zatim dojke (55), pluća (54) i prostate (44). Lekovi su davani kao polihemioterapija (26 protokola) Rezultati: Tokom 2017

godine je lečeno 2,5 puta više bolesnika nego u 1997, starije životne dobi. Velika razlika je uočena u lokalizaciji tumora; u drugom periodu je lečen veliki broj bolesnika od karcinoma pluća kojih gotovo da nije ni bilo u prvom . U terapiju su uvedeni brojni novi lekovi, kombinacije lekova a i bolesnici su primili daleko više terapijskih ciklusa u skladu sa važećim protokolima. Biološku terapiju su bolesnici primali u tercijernim ustanovama i ona nije obuhvaćena ovim radom. Lečenje malignih tumora je do pre dvadesetak godina bilo u znaku hirurške i zračne terapije. Početak ovog veka je obeležila hemioterapija i hormonska terapija. Budućnost hemioterapije obuhvata uvođenje novih, sve usmerenijih lekova, gde će terapija biti skrojena za svaki tumor ponaosob uz minimalne toksične i najveće moguće terapijske efekte. Imunoterapija koja je usmerena na podizanje odbrambenih sposobnosti obolelih puno obećava . Ostaje da se vidi koliko će našim bolesnicima ovi noviji oblici lečenja (biološka i posebno imunoterapija) biti dostupni s obzirom na veoma visoku cenu .



**SEMINAR «Aktuelnosti u ordinaciji lekara opšte medicine»  
Petak, 17 maj, 2017. godine.**

### **1. ZNAČAJ RANOG OTKRIVANJA HRONIČNE OPSTRUKTIVNE BOLESTI PLUĆA?**

*Prof dr Branislava Milenković*

KLINIKA ZA PULMOLOGIJU, KCS, MEDICINSKI FAKULTET U BEOGRADU

Nedijagnostikovana HOBP u ranom stadijumu, posebno u simptomatskih bolesnika progredira tokom vremena. Prevencija ili redukcija progresije bolesti je jako važna. Autoriteti predlažu korišćenje termina rani HOBP (early COPD) za preklinički stadijum bolesti (stadijum 0) i termin blagi HOBP (mild COPB- stadijum 1) gde je klinička dijagnoza potvrđena spirometrijom i FEV1 je ispod 80% od predviđenog. Stalna inhalaciona terapija dugodelujućim beta2agonistima-bronhodilatatorima redukuje egzacerbacije i mortalitet, dok inhalacioni kortikosteroidi nemaju uticaj na rani HOBP.

### **2. ŠTA LEKAR OPŠTE MEDICINE TREBA DA ZNA ISHEMIJSKOJ KORONARNOJ BOLESTI SRCA**

*Prim Dr Sc Dušan Bastać*

INTERNISTIČKA ORDINACIJA DR BASTAĆ, ZAJEČAR

Stabilna koronarna ili ishemijska bolest srca (IBS) ili stabilna angina pectoris je najčešće izazvana aterosklerotskim plakovima koji postepeno opstruiraju epikardnu koronarnu arteriju. Oko 60% IBS čine bolesnici sa stabilnom koronarnom bolesti dok ostali imaju akutne koronarne sindrome: nestabilna angina, STEMI ili NSTEMI. Algoritam u tri koraka za stabilnu anginu pectoris je najvažniji za implementaciju od strane lekara opšte medicine: Prvi- određivanja pre-test verovatnoće bazirane na tipu simptoma, starosti i polu: niska <15%, srednja (15% do 85%), visoka >85%. Drugi - Selekcija optimalnog testa ZA Dg ishemijske bazirana na profilu pacijenta, za postavljanje Dg hronične stabilne koronarne bolesti i Uvođenje Optimalne medikalne th (OMT); Treći korak - Uz Nastavak OMT radi se Stratifikacija rizika od neželjenih događaja na kojoj se bazira odluka o daljem lečenju: samo OMT ili OMT + revaskularizacija.

### **3. ARTERIJSKA HIPERTENZIJA 2019- ŠTA NOVO DONOSI EVROPSKI VODIČ IZ 2018.**

*Prim Dr Sc Dušan Bastać*

INTERNISTIČKA ORDINACIJA DR BASTAĆ, ZAJEČAR

Glavne izmene u zajedničkim preporukama Evropskog kardiološkog udruženja (ESC) i Evropskog udruženja za hipertenziju (ESH) date su u 11 tačaka i 6 novih koncepata.

1. Dijagnoza (klasa I): Preporučeno je da se dijagnoza arterijske hipertenzije (HTA) postavlja na osnovu: Ponavljanih merenja krvnog pritiska (KP) u ordinaciji; ili van ordinacije putem AMKP-a (ambulatorni monitoring krvnog pritiska) i/ili KMKP (kućnog merenja krvnog pritiska), ako je to izvodljivo.
2. Granične vrednosti -prag za lečenje Visoko normalnog KP (130-139/85-89 mmHg). (Klasa IIa): Medikamentnu terapiju treba razmotriti kada je kardiovaskularni rizik jako visok zbog ustanovljene kardiovaskularne bolesti, posebno koronarne bolesti.
3. Granične vrednosti -prag za lečenje HTA prvog stepena sa niskim rizikom (klasa I): Kod pacijenata koji imaju prvi stepen HTA i nizak do umeren rizik i kod kojih ne postoje dokazi za oštećenje organa usled

visokog KP, antihipertenzivna terapija (antiHTA-Th) je preporučena ako visok KP perzistira i nakon promene načina života.

4. Granične vrednosti lečenja-prag za lečenje kod starijih pacijenata (klasa I): Antihipertenzivna terapija i promena načina života je preporučena kod starijih pacijenata koji su u kondiciji-vitalni pacijenti (> 65 godina ali ne stariji od >80 godina) kada je sistolni pritisak (SKP) u opsegu HTA prvog stepena (140-159 mmHg), pod uslovom da se antiHTA-Th dobro podnosi.

5. Ciljne vrednosti KP (klasa I): Preporučeno je da prvi cilj lečenja bude snižavanje KP ispod <140/90 mmHg kod svih pacijenata, a ukoliko dobro podnose lečenje, ciljne vrednosti KP treba da budu do 130/80 mmHg ili niže kod većine pacijenata. Kod pacijenata mlađih od 65 godina, preporučuje se da opseg ciljnih vrednosti SKP kod većine pacijenata bude između 120-129 mmHg.

6. Opseg ciljnih vrednosti KP kod starijih pacijenata (65-80 godina) (klasa I): Kod starijih pacijenata (≥65 godina), preporučeno je da opseg ciljne vrednosti SKP bude između 130-139 mmHg.

7. Opseg ciljnih vrednosti KP kod starijih od 80 godina (klasa I): Ciljni SKP u opsegu 130-139 mmHg se preporučuje za sve ljude starije od 80 godina, ako to dobro podnose.

8. Ciljne vrednosti dijastolnog krvnog pritiska (DKP) (Klasa IIa): DKP niži od 80 mmHg treba da se razmotri za sve HTA pacijente, nezavisno od nivoa rizika i komorbiditeta.

9. Započinjanje medikamentoznog (farmakološkog) lečenja (klasa I): Preporučeno je da se antiHTA-Th započne sa dva leka u kombinaciji-dvojnog terapijom, po mogućstvu u fiksnoj kombinaciji (u vidu jedne tablete). Izuzeci su krhe, slabije starije osobe i one sa niskim rizikom i sa prvim stepenom HTA (posebno ako je SKP <150 mmHg).

10. Rezistentna hipertenzija (klasa I): Preporučeno je da se u lečenju rezistentne HTA već postojećoj terapiji doda mala doza spironolaktona. U slučaju intolerancije na spironolakton dodati neki drugi diuretik, bilo eplerenon, amilorid, veće doze tiazida ili tiazidima slične diuretike ili diuretici Henleove petlje, ili pak da se doda bisoprolol ili doksazosin.

11. Terapija HTA zasnovana na interventnim procedurama (uredjajima) (klasa III): Nije preporučena upotreba interventnih procedura (uredjaja-device) u rutinkom lečenju HTA, osim u kontekstu kliničkih studija i randomizovanih kontrolisanih studija, sve dok ne postanu dostupni dalji dokazi koji se tiču njihove efikasnosti i bezbednosti.

Novi koncepti koje donosi Evropski vodič za hipertenziju iz 2018 godine

A) Merenje KP: Šira upotreba merenja KP van ordinacije bilo putem AMKP-a ili KMKP, sa posebnim akcentom na KMKP, kao jedan od načina da se potvrdi dijagnoza HTA, otkrije efekat "belog mantila", hipertenzija "belog mantila" i maskirana hipertenzija i da se prati efekat lečenja, da li je postignuta kontrola KP i ciljne vrednosti krvnog pritiska.

B) Manje konzervativna terapija KP kod starijih i veoma starijih pacijenata: Niže granice za KP i lečenjem postignute ciljne vrednosti kod starijih pacijenata sa naglaskom na razmatranje više biološke nego hronološke starosne dobi (-npr značaj slabosti, samostalnosti i podnošenje lečenja). Preporuka je da antiHTA-Th ne sme nikad biti uskraćeno ili prekinuto zbog starosti, ukoliko se ono dobro podnosi.

C) Strategija antiHTA-Th fiksnom terapijom (dva ili više lekova u jednoj tableti) da bi se poboljšala kontrola-regulisanost KP (dostizanje Ciljnih vrednosti KP): Poželjna je upotreba 2 leka u kombinaciji u inicijalnoj terapiji većine osoba sa HTA. Strategija lečenja HTA jednom tabletom, sa poželjnim korišćenjem fiksne kombinacije za većinu pacijenata. Koristiti pojednostavljene terapijske algoritme sa poželjnom upotrebom inhibitora angiotenzin konverataze (ACEI) ili blokatora AT1 receptora angiotenzina (ARB ili sartani), kombinovanim sa antagonistima kalcijumovih kanala-CCB i/ili tiazidima i sličnim diureticima, kao srž terapije za većinu pacijenata, sa beta blokatorima u specifičnim indikacijama.

D) Novi ciljni opsezi KP kod lečenih pacijenata: Ciljni opseg KP za lečene pacijente da bi se bolje identifikovao preporučeni ciljni KP: Ciljni opseg KP za lečene pacijente da bi se bolje identifikovao preporučeni ciljni KP i snižavanje sigurnosnih granica za lečeni KP, prema pacijentovim godinama starosti i specifičnim komorbiditetima.

E) Otkrivanje lošeg pridržavanja farmakološkoj terapiji: Snažan naglasak na značaju praćenja pridržavanja antiHTA-Th (dobroj komplijansi) pacijenta pošto se loše pridržavanje smatra glavnim uzrokom loše kontrole KP (neregulisanost HTA)

F) Ključna uloga medicinskih sestara/tehničara i farmaceuta u dugoročnom lečenju HTA: Značajna i važna uloga medicinskih sestara i farmaceuta u edukaciji, podršci i praćenju tretiranih hipertenzivnih pacijenata je istaknuta kao deo opšte strategije da se poboljša kontrola KP.

#### 4. DIABETES MELLITUS TIP 2 KOD DECE I MLADIH OSOBA

*Prim. Mr sc Bratimirka Jelenković, pedijatar-endokrinolog,*

##### ZC ZAJEČAR

Dijabetes melitus tipa 2 (DM tipa 2) se pojavljuje kao novi klinički problem u pedijatrijskoj praksi. Glavni faktori rizika za T2DM kod dece i adolescenata su gojaznost u kombinaciji sa genetskom predispozicijom i / ili pozitivnom porodičnom anamnezom, zajedno sa decom rođenom malom za gestaciono doba (<2500 g), novorođene dijabetičke majke (> 4000 g), preuranjenim adrenarhom kod devojčica (stidne dlake koje se pojavljuju pre uzrasta od 8 godina). Takođe, gojaznost, najvažniji faktor rizika u razvoju T2DM kod mladih, usko je u korelaciji sa sve većim brojem slučajeva T2DM. Najčešće, bolest se dijagnostikuje oko 13-14 godina, sa ranijim početkom kod devojčica, što ukazuje na to da fiziološka otpornost na insulin tokom puberteta može igrati važnu ulogu.

Kriterijumi za dijagnozu DM tipa 2 kod dece i adolescenata su simptomi DM kao što su polidipsija, poliurija i neobjašnjeni gubitak mase plus povremena koncentracija glukoze  $\geq 200$  mg / dL (11.1 mmol / L) u venskoj plazmi, glukoza našte  $\geq 126$  mg / dL (7.0 mmol / L) u venskoj ili kapilarnoj plazmi, ili nivo glukoze u trajanju od dva sata tokom oGTT  $\geq 200$  mg / dL (11.1 mmol / L). Nedavno revidirani American Diabetes mellitus Association (ADA) kriteriji dozvoljavaju upotrebu hemoglobina A1c (HbA1c)  $\geq 6,5\%$  za dijagnozu dijabetes melitusa. SKRINING: Međutim, u ovom trenutku, opšte testiranje za dijabetes melitus tipa 2 kod mladih nije verovatno ekonomično. ADA preporučuje skrining kod dece i adolescentima sa prekomernom težinom na početku puberteta kod pacijenata sa visokim rizikom. Testiranje treba izvršiti svake 2 godine počevši od 10 godina.

Kliničari treba da budu svesni česte blage ili asimptomatske manifestacije dijabetes melitusa tipa 2 u detinjstvu. Lečenje izbora je intervencija stila života praćena farmakološkim tretmanom (npr., Metforminom). Krajnji cilj lečenja je smanjenje rizika od akutnih i hroničnih komplikacija povezanih sa dijabetes melitusom.

#### 5. ZNAČAJ , DIJAGNOZA I LEČENJE DISLIPIDEMIJA KOD DECE I MLADIH OSOBA

*Prim. Mr sc med dr Bratimirka Jelenković, pedijatar-endokrinolog*

##### ZC ZAJEČAR

Ateroskleroza i njene komplikacije su najčešći uzrok smrti na osnovu podataka Svetske zdravstvene organizacije, naročito u zemljama razvijene tržišne ekonomije i u zemljama u razvoju. Smatra se da prekursori ateroskleroze postoje još u trudnoći, a takođe i u dečjem uzrastu.

Podaci iz Nacionalne studije u Americi (NHANES) za 1999. do 2006. pokazuju da je prevalencija dislipidemija među svim mladima od 12 do 19 godina 20,3%. Treba napomenuti da prevalencija varira u zavisnosti od indeksa telesne mase (ITM): 14,2% kod normalne težine, 22,3% kod prekomerne težine, a 42,9% gojaznih mladića je imalo najmanje 1 dislipidemiju. Bogalusa Heart Studi pokazuje da  $\approx 70\%$  dece sa povišenim trigliceridima (TC) u detinjstvu ima povišene nivoe u mladoj odrasloj dobi.

Važno je napraviti razliku između ciljeva prevencije u mladosti i onih u starijim uzrastima gde ateroskleroza već postoji kao i morbiditet, a proces je minimalno reverzibilan. U mladosti, istorijski postoje dva cilja prevencije: sprečavanje razvoja faktora rizika (primordijalna prevencija) i (2) da prepozna i kontrolniše decu i omladinu sa povećanim rizikom zbog prisustva identifikovanih faktora rizika (primarna prevencija). Dobro je utvrđeno da populacija koja ulazi u zrelost sa manjim rizikom ima manje aterosklerozu i da će zajedno imati niže stope kardiovaskularnih oboljenja (KVO).

Poslednje smernice za kontrolu nivoa lipida kod dece i adolescenata objavljene su u 1992. godini od starne National Cholesterol Education Program (NCEP). Od tog perioda nivo znanja o dislipidemijama u detinjstvu i klinička slika su se promenili. Niz studija pokazale su jasnu korelaciju između poremećaja

lipoproteina i pojave i ozbiljnosti ateroskleroze u dece, adolescenata i mladih odraslih osoba. Glavni uzrok je povećanje prevalencije gojaznosti, što je dovelo do povećanja populacije dece sa dislipidemijom. U vreme prvobitnih smernica, fokus je bio isključivo na identifikaciji dece sa povišenim nivoom holesterola niskim gustine lipoproteina (LDL-C). Od tada, dominantan obrazac dislipidemija u detinjstvu je kombinovani model povezan sa gojaznošću, sa umerenom do teškom povišenjem nivoa triglicerida (TG), normalnom blagom povišenju nivoa LDL-C i smanjenju nivoa holesterola visoke gustine lipoproteina (HDL-C). Oba obrasca dislipidemije pokazala su povezanost sa pokretanjem i progresijom aterosklerotičnih lezija kod dece i adolescenata. Identifikacija dece sa dislipidemijama, koji ih stavljaju u povećan rizik za ateroskrozu, mora rano da sadrži sveobuhvatnu procenu nivoa lipida i lipoproteina u serumu. Kako još nisu jedinstveni stavovi o tome kada i kome raditi skrining i sprovođiti lečenje a i koja je konkretna korist od ovih mera ostaje na lekaru da proceni šta je konkretno najbolje za svako dete i mladu osobu.

Američka akademija pedijatrije (AAP) preporučuje ciljani pristup skrininga. Konkretno, ovaj pristup preporučuje skrining dece (> 2 godine) koji imaju porodičnu anamnezu preranih kardiovaskularnih oboljenja (KVO) ili koji imaju roditelje sa dislipidemijom. Skrining se preporučuje za decu za koju je porodična anamneza nepoznata ili deca koja imaju druge faktore rizika za KVO, uključujući hipertenziju, gojaznost i dijabetes melitus.

Cilj predavanja je ukazivanje na povezanost dislipidemija i ateroskleroze u detinjstvu, procenu nivoa lipida u detinjstvu i adolescenciji sa tabelama normativnih vrednosti predviđenih za dislipidemie, dijetetski tretman dislipidemija i medikamentoznu terapiju.

## 6. DIABETES MELITUS TIP 2 KOD ODRASLIH OSOBA

*Prim. Dr sc. Med. Dr Aleksandar Aleksić, internista-endokrinolog*

ZC ZAJEČAR I VISOKA MEDICINSKA ŠKOLA STRUKOVNIH STUDIJA, ČUPRIJA

Dijabetes je jedno od najčešćih hroničnih nezaraznih oboljenja i predstavlja veliki javno-zdravstveni problem. Prema procenama Svetske zdravstvene organizacije i Međunarodne federacije za dijabetes u svetu je 2017. godine bilo oko 451 milion obolelih od dijabetesa uzrasta od 18 do 99 godina. Ako se trend rasta nastavi očekuje se da će do 2045. godine biti 693 miliona obolelih tog uzrasta. Institut za javno zdravlje Srbije objavio je 2016.godine da u Republici Srbiji, bez Kosova i Metohije, od dijabetesa boluje oko 750.000 osoba. Stopa mortaliteta 2016. godine bila je 15,7 na 100.000 stanovnika što nas svrstava u evropske zemlje sa visokom stopom smrtnosti od ove bolesti. Šećerna bolest tipa 2, je poremećaj metabolizma koji karakteriše povišeni nivo glukoze u krvi u kontekstu insulinske rezistencije i/ili relativnog deficita insulina. Klasični simptomi su pojačana žeđ, učestalo mokrenje, i stalna glad. Dijabetes tipa 2 čini oko 90% slučajeva dijabetesa dok su drugih 10% prvenstveno šećerna bolest tipa 1 i gestacijski dijabetes. Gojaznost se smatra veoma bitnim uzročnikom dijabetesa tipa 2 kod ljudi koji su genetski predisponirani za ovu bolest. Kriterijumu za dijagnozu dijabetesa: Glikemija natašte  $\geq 7,1$  mmol/l. Glikemija u toku 2 sata tokom testa sa oralnim opterećenjem glukozom (izvodi se prema SZO korišćenjem one količine glukoze koja odgovara 75g anhidrovane glukoze rastvorene u vodi)  $\geq 11,1$  mmol/l. HbA1C  $\geq 6,5$  %. Glikemija u bilo kom uzorku krvi (bez obzira na obroke)  $\geq 11,1$  mmol/l uz prisustvo klasičnih simptoma hiperglikeije (poliurija, polidipsija, polifagija). Treba istaći da najmanje polovina osoba sa tipom 2 dijabetesa, koji je najčešći u srednjoj i starijoj životnoj dobi, nema postavljenu dijagnozu i ne zna za svoju bolest. Kod starijih osoba tip 2 dijabetesa otkriva se relativno kasno, kada su već prisutne brojne komplikacije. Lečenje dijabetesa se sastoji u primeni opštih mera, držanju dijete, lečenju oralnim antidijabeticima i lečenju insulinom. Opšte mere i dijeta su obavezne za sve bolesnike. Lečenje smatramo uspešnim kad jedna vrsta primenjene terapije dovede do regulacije dijabetesa tokom dužeg vremenskog perioda. Regulisan dijabetes postoji kada glikemija ne prelazi 7,0 mmol/L na šte i 9,0 mmol/L dva sata nakon obroka i kada je HbA1c niži od 7% i kada dođe do gubitka simptoma dijabetesa i bolesnik se oseća zdravim. Edukacija bolesnika ima značajnu ulogu u regulaciji šećerne bolesti, jer uspešnost primene različitih terapijskih postupaka zavisi od kvalitetnog obrazovanja bolesnika. Kompleksnost lečenja zahteva potpuno učešće bolesnika, a pomoć i podrška porodice je od izuzetnog značaja. Ako se dijabetes

na vreme dijagnostikuje i dobrom edukacijom utiče da se pacijent pravilno i zdravo hrani, ima stalne i odgovarajuće fizičke aktivnosti i ako svakodnevno poštuje pravilnu samokontrolu i disciplinovano se ponaša, tada može da odloži ili čak i da potpuno izbegne komplikacije koje nekontrolisani dijabetes izaziva i da živi kvalitetno kao svi ostali zdravi ljudi. Prevencija i edukacija su dve ključne stvari kod dijabetesa.

## 7. ZNAČAJ DIJAGNOZA I LEČENJE DISLIPIDEMIJA KOD ODRASLIH OSOBA

*Prim. Dr sc. Med. Dr Aleksandar Aleksić*

ZC ZAJEČAR. ZAJEČAR. INTERNISTA ENDOKRINOLOG VISOKA MEDICINSKA ŠKOLA STRUKOVNIH STUDIJA, ČUPRIJA

Opšte je prihvaćeno mišljenje da su hiperlipoproteinemije jedan od najvažnijih faktora rizika za nastanak ateroskleroze i oboljenja srca. Kardiovaskularne bolesti (KVB), a sve više i cerebrovaskularne bolesti, vodeći su uzroci morbiditeta i mortaliteta savremenog čoveka. Procenjeno je (WHO) da godišnje umire više od 7 miliona ljudi od bolesti srca. Tri glavna faktora rizika za KVB su visoki lipidi (holesterol), pušenje i hipertenzija. Postoji opšti konsenzus da su povišene vrednosti lipida u krvi među najvažnijim faktorima rizika za razvoj ateroskleroze i oni su neposredni izvršioци oštećenja u zidu krvnog suda.

Mnogobrojna ispitivanja su pokazala da veliki broj ljudi danas ima povećane vrednosti masnoća u krvi. Povišene vrednosti lipida u krvi – hiperlipoproteinemije (HLP) su i najčešći metabolički poremećaji u opštoj populaciji. Rizik od IBS se povećava za 2–3% za svakih 1% povećanja nivoa ukupnog holesterola, tako da muškarci starosti 55–65 godina sa povećanim ukupnim holesterolom za 10% imaju povećan mortalitet od IBS za oko 38%. Lipidi su u organizmu važan izvor energije, ali i deo strukturnih elemenata ćelija. Osnovne frakcije lipid u krvi su holesterol, trigliceridi, fosfolipidi i masne kiseline. U plazmi postoji više vrsta lipoproteina- VLDL,LDL,VHDL,HDL,IDL. Laboratorijski skrining lipidnih poremećaja treba započeti u adolescentnom periodu. Postoje više tipova lipidnih poremećaja, a pre svega mogu biti primarni i sekundarni. Sama terapija se usklađuje prema tipu poremećaja. LDL je uočen kao glavni faktor rizika za IBS i prema tome glavni cilj terapije. U poslednjih deset godina plasiran je agresivniji pristup u terapiji HLP i za primarnu i za sekundarnu prevenciju. Pokazano je u brojnim studijama da se samo sa smanjenjem LDL holesterola može smanjiti morbiditet i mortalitet od IBS za oko 40%. Tokom poslednjih 15 godina, u razvijenim zemljama Evrope i u SAD-u veoma je uspešno smanjen morbiditet i mortalitet od IBS, što je bar u 50% slučajeva bilo posledica popravljavanja faktora rizika.

## 8. ARITMIJE U SVAKODNEVNOJ KLINIČKOJ PRAKSI

*Prim Dr sc Vladimir Mitov, internista-kardiolog*

ODSEK INVAZIVNE KARDIOLOGIJE, ZC ZAJEČAR

Novija podela aritmija bazirana je na 3 glavne grupe: 1. bradiaritmije, 2. tahiaritmije sa uskim QRS, 3. tahiaritmije sa širokim QRS kompleksima. Treba jasno razdvojiti tiputem EKG pacijente sa ventrikularnom fibrilacijom i asistolijom, čije su kliničke prezentacije iste, a različiti su terapijski pristupi.

## **9. KAKO RAZLIKOVATI ARTRITIS OD OSTEOARTROZE PERIFERNIH ZGLOBOVA?**

*Doc Dr Bojana Stamenković, internista-reumatolog*

INSTITUT ZA REUMATOLOGIJU, NIŠKA BANJA, MEDICINSKI FAKULTET U NIŠU

Osteoartroze su najčešća forma bolesti zglobova i uglavnom bolest starenja. Esencijalno za dijagnozu: 1. Osteoartroza je degenerativni poremećaj sa minimalnom inflamacijom zgloba 2. nema sistemskih simptoma 3. Bol se smanjuje pri odmoru. Reumatoidni artritis zahvata simetrične zglobove tipičnih lokalizacija i ima ekstra-artikularne manifestacije. Otok zgloba je hladan i tvrd u osteoartrozi a kod artritisa topao i sumpjaste konzistencije. RF i anti-CCP su prisutna u reumatoidnom artitu u 80% bolesnika.

**SEMINAR «AKTUELNOSTI U ORALNOJ HIRURGIJI I STOMATOLOGIJI 2019.»****1. TERAPEUTSKE SPECIFIČNOSTI DENTOGENIH INFEKCIJA***Prof. dr Goran Jovanović*

MEDICINSKI FAKULTET, NIŠ

U svakodnevnom zdravstvenom radu stomatolozi se često susreću sa različitim oblicima dentogenih infekcija koje ponekad mogu i životno da ugroze bolesnika. Infekcije su prouzrokovane normalnom florom usne duplje, tj. mikroorganizmima koji se nalaze na površini čvrstih i mekih tkiva usne duplje. Kada ovi mikroorganizmi promene sredinu i dospeju u kost ili meka tkiva ispoljavaju patogena svojstva.

Infekcije mogu biti lokalizovane i ograničene, zahvatajući pojedine prostore u vidu apscesa ili difuzne i nejasno ograničene, zahvatajući više prostora u vidu flegmone. Pravovremena dijagnostika i terapija dentogenih infekcija od izuzetnog su značaja jer sprečavaju njihovo dalje širenje i razvoj komplikacija. Po pravilu hirurška terapija, tj. ekstrakcija zuba uzročnika infekcije i rana incizija sa drenažom, treba da bude imperativ u lečenju kako lakih, tako i najtežih oblika dentogenih infekcija. Odlaganje hirurške terapije predstavlja stručnu grešku kojom se gubi dragoceno vreme što može uticati na drastično pogoršanje lokalnog i opšteg zdravstvenog stanja bolesnika. Konzervativna terapija je u većini slučajeva prateća hirurškoj. Antibiotici se primenjuju empirijski u adekvatnoj dozi i najefikasnijim putem unošenja ili na osnovu mikrobiološkog nalaza i antibiograma.

Na lekaru terapeutu je da sagleda celokupnu situaciju za svakog pacijenta pojedinačno i odluči kojim smerom će započeti i nastaviti lečenje, kao i to da li će ambulantno ili stacionarno pratiti bolesnika.

**2. РАЦИОНАЛНА ПРИМЕНА РЕТРОГРАДНЕ ОПТУРАЦИЈЕ***Доц. др Владимир Биочанин, орални хирург*

СТОМАТОЛОШКИ ФАКУЛТЕТ У ПАНЧЕВУ. УНИВЕРЗИТЕТ ПРИВРЕДНА АКАДЕМИЈА У НОВОМ САДУ

Ретроградна оптурација представља херметичко, тродимензионално заптивање апикалне трећине корена након ресекције, уклањања патолошке лезије и препарације ретроградног кавитета. Рад се бави темом примене ретроградне оптурације и нене рационалне примене у оралној хирургији. Све већом применом денталних имплантата и проширењем индикације за њихову примену, сужавају се индикације за примену ретроградне оптурације. Међутим, у извесном броју случајева, ретроградна оптурација остаје као најоптималнија метода која чува природни зуб у дужем временском периоду.

У научној литератури постоји велики број описаних материјала и техника ретроградне оптурације канала корена. Рад представља критички приказ савремених техника и нових материјала који обезбеђују адекватну, тродимензионалну оптурацију апексне трећине канала корена, што је данашњи стандард. У савременој стручној и научној литератури саветује се примена најпре, локалне, компјутерски контролисане локалне анестезије (ЦЦЛАДС) и потом креирање оптималног дизајна мукопериосталног режња. Савремени материјали попут минерал-триоксид агрегата (МТА) и Биодентина имају низ предности у модерној ретроградној оптурацији. Такође, примена савремених техника препарације ретроградног кавитета ултразвучним апаратима омогућава прецизно позиционирање и креирање рационалне димензије ретроградног кавитета, и спречавају се грешке које су се јављале класичним методом препарације борерима. У нашем истраживању смо поредили квалитет тродимензионалне, ретроградне оптурације на екстрахованим једнокореним горњим зубима, који су пуњени са МТА, Биодентином и глас-јономер цементом (Фуџи ИХ). Резултати студије показали су да је најбоље тродимензионално заптивање постигнуто са Биодентином, па онда са МТА. Оба материјала показала су статистички значајно бољу тродимензионалну оптурацију и мању микро и нанопорозност у односу на глас-јономер цемент.

### **3. KOMPROMISI U STOMATOLOŠKOJ PROTETICI – ISPRAVNA ILI POGREŠNA REŠENJA?**

*Prof. Dr Ivica Z. Stančić, redovni profesor*

STOMATOLOŠKI FAKULTET U BEOGRADU

Studioznim kliničkim pregledom i analizom RTG snimaka može se doći do optimalne indikacije u svakodnevnom radu. Međutim, pored toga, dobijeni anamnestični podaci često dolaze u koliziju sa planiranom indikacijom. U tom slučaju postajemo svedoci koliko je kompromis u rešavanju zatečenog i narušenog oralnog statusa pacijenata zastupljen u XXI veku. Često smo u takvim situacijama nemoćni u realizaciji sofisticiranih zubnih nadoknada sa dobrom prognozom, bez obzira na sva naša znanja i savremene tehničke mogućnosti. Zadatak nam je, ipak, da pacijenta iz stomatološke ambulante ispratimo zadovoljnog, estetski i funkcionalno rehabilitovanog, tako da svaki kompromis predstavlja ozbiljan i zahtevan zadatak svakodnevne stomatološke prakse.

### **4. KAKO PRAVILNO I POUZDANO CEMENTIRATI**

*Prof. dr Rade S. Živković, Vanredni profesor*

STOMATOLOŠKI FAKULTET U BEOGRADU

### **5. PRAVA TERAPIJA U PRAVO VREME - PUT KOJIM SE IZBEGAVA HIRURŠKA TERAPIJA POVREDE ZUBA**

*Prof. dr Vanja Petrović, Vanredni profesor*

STOMATOLOŠKI FAKULTET U BEOGRADU

Povrede zuba predstavljaju najčešće urgentno stanje u dečijoj stomatologiji. Svako četvrto dete i svaki peti odrasli pacijent imao je neku od povreda zuba tokom života. Povrede se desavaju , u zavisnosti od uzrasta u kući ili na ulici, u vrtiću, školi ili na treningu, a njihova zastupljenost vezana je za uzrast, životne aktivnosti , običaje i niz drugih socijalnih, kulturoloških i ekonomskih karakteristika. Ono sto je zajedničko je nedostatak pravovremenog i pravilnog prvog medicinskog tretmana, tj. nedovoljnog znanja roditelja , nastavnika, trenera pa i medicinskog kadra na polju pružanja prve pomoći ili značaja terapije povreda zuba. Terapije povreda zuba zavisi od pravovremene primene adekvatne terapije pa je zato poznavanje postupka pravilne replantacije zuba vazan segment koji treba da bude deo obuke svake osobe koja se bavi profesionalnom brigom o deci ili njihovim obrazovanjem, ili je samo roditelj , jer na taj način smanjiće se procenat komplikacije povreda koji je značajan. Primer za to je podatak da je od 4084 povreda zuba , i 2194 pacijenata u Srbiji samo 4 zuba replantirano pravilno i u odgovarajućem terminu od manje od 30 minuta.



## **SIMPOZIJUM “HIRURGIJA, KONZERVATIVNA I PREVENTIVNA MEDICINA-SAVREMENI ASPEKTI 2019.”**

### **1. ТРОДИМЕНЗИОНАЛНА ЕХОКАРДИОГРАФИЈА У СВАКОДНЕВНОЈ ПРАКСИ**

*Доц Др Зорица Младеновић*

КЛИНИКА ЗА КАРДИОЛОГИЈУ, ВОЈНО МЕДИЦИНСКА АКАДЕМИЈА, БЕОГРАД

Велики број до сада спроведених истраживања указују на супериорност тродимензионалне ехокардиографије и прецизност у дефинисању како морфолошких тако и функционалних карактеристика кардијалних оболења. Основна предност ове технике је унапређењу прецизности ехокардиографске процене облика, масе и волумена кардијалних шупљина захваљујући превазилажењу грешкама које су проузроковане неадекватним ехокардиографским пресецима, не сагелдавањем тродимензионалне кардијалне перспективе. Следећа јединственост и значајна предност је и у прецизном приказу анатомије срчаних залистака и урођених кардијалних мана са приказима који омогућавају сагледавање и детаљно планирање хирушких захвата. Савремена кардиологија све више се ослања на налазе 3 Д ехокардиографије у циљу унапређења ране дијагностике и хирушког лечења.

### **2. SAVREMENI ASPEKTI DIJANOSTIKE I TERAPIJE TROMBOEMBOLIJE PLUĆA**

*Prof. dr Slobodan Obradović, kardiolog*

KLINIKA ZA URGENTNU INTERNU MEDICINU, VOJNOMEDICINSKA AKADEMIJA, BEOGRAD

Akutna tromboembolija pluća se karakteriše brojnim kliničkim manifestacijama i raznim kliničkim scenarijima, koji su rezultat kompleksne medjuigre izmedju različitih organa, te su simptomi i znaci jako varijabilni. Zbog toga nije lako postaviti brzu dijagnozu. Masivna plućna embolija je potencijalno letalno stanje usled akutne insuficijencije desne komore srca i kardiogenog šoka. Sistemska trombolitička terapija je dokazano prva linija terapije, a u slučaju kontraindikacija ili neuspeha trombolizemetode izbora su kateterska trombektomija ili hirurška embolektomija. Još uvek nema randomizovanih kontrolisanih studija sa trombolitičkom terapijom, plućnom embolektomijom ili ugrdanjom vena kava filtera kod nestabilnog plućnog tromboembolizma. Retrospektivne kohorten studije ukazuju da trombolitička terapija smanjuje mortalitet i preporučuje se u kombinaciji sa vena kava filterom.

### **3. PREVENCIJA IZNENADNE SMRTI NA SPORTSKOM TERENU - TEST OPTEREĆENJA I STRES EHOKARDIOGRAM KAO ZLATNI STANDARDI ZA SVE UZRASTE**

*Prof dr Sci Višeslav Hadži-Tanović*

SPECIJALISTIČKA INTERNISTIČKA KARDIOLOŠKA ORDINACIJA “DR HADŽI-TANOVIĆ” BEOGRAD

Iznenadna srčana smrt u svim uzrastima, posebno u mladih sportista, nije čest ali zato katastrofičan događaj. Uobičajene bolesti koje mogu da se identifikuju pre iznenadne smrti su hipertrofična kardiomiopatija, urođene anomalije koronarnih arterija, aritmije, aritmogena kardiomiopatija, miokarditis, koronarna bolest i kongenitalna aortna stenoza. Mnoge od ovih bolesti je teško dijagnostikovati samo na osnovu kliničkog nalaza i EKG u miru pošto su neki od ovih atleta kompletno asimptomatski. Zato se prevencija iznenadne smrti zasniva na ehokardiografiji, testu fizičkim opterećenjem i stres ehokardiogramom na početku bavljenja takmičarskim sportom.

#### 4. ŠTA SVAKI LEKAR TREBA DA ZNA O VIRUSNIM MIOKARDITISIMA?

*Prim dr Sc Dušan Bastać*

INTERNISTIČKA ORDINACIJA "DR BASTAĆ" ZAJEČAR

Miokarditis je jedan od vodećih uzroka naprasne srčane smrti i dilatacione kardiomiopatije u mladim osobama. Miokarditis ili inflamacija miokarda može biti rezultat multiplih uzroka, ali je uobičajano vezana za viruse koji invazijom, produkcijom kardiotskičnih supstanci ili inflamacijom sa ili bez perzistentne infekcije kao i autoimune reakcije na srčane epitope. Postoji promena uzročnika, ranije često Koksaki virusi a danas Parvo B19. Kliničke manifestacije akutnog miokardita variraju široko od asimptomatskih promena na EKG do fulminantne srčane insuficijencije, teških aritmija i naprasne smrti. Klinička slika: groznica, umor, palpitacije, bol u grudima, dispneja, oslabljen prvi ton S1 i često ritam S3 galopa na srcu i mezosistolni šum. EKG: sinusna tahikardija i tranzitorne promene u ST segmentu i T talasu i srčani blokovi. Ehokardiografijom se nalazi nekad disfunkcija i/ili dilatacija leve komore i/li perikardni izliv, ali nalaz može da bude i skoro normalan. Srčana magnetna rezonanca pokazuje pojačano vezivanje gadolinijuma u medijalnom ili subepikardnom delu miokarda leve komore. Do danas ne postoji takozvani zlatni standard za dijagnozu zbog niske specifičnosti i senzitivnosti tradicionalnih dijagnostičkih testova. U osnovi lečenja je lečenje srčane insuficijencije i aritmija, u selektovanim slučajevima imunosupresivna terapija. Kod perzistiranja virusa u miokardu na biopsiji daju se infuzije i.v imunoglobulina i interferon .

#### 5. URIČKI ARTRITIS- KOMORBIDITETI I LEČENJE

*Doc dr Bojana Stamenković, internista reumatolog*

INSTITUT ZA REUMATOLOGIJU RADON – NIŠKA BANJA

Urički artritis (Giht) je inflamatorna bolest koja se manifestuje deponovanjem kristala natrium-urata u zglobovima, hrskavicama, sinovijalnim burzama, tetivama i mekim tkivima. Prevalenca gihta je globalno u porastu u zadnje vreme. Giht ili hiperurikemia je jasno udružena sa različitim komorbiditetima, uključujući kardiovaskularne bolesti, hronične bubrežne bolesti, urolitijazu, metabolički sindrom, dijabetes mellitus, tireoidnu disfunkciju i psorijazu. da bi se prevenirali ataci akutnog artritisa i komplikacije u komorbiditetima, potrebno je što ranije uvesti farmakološki tretman

#### 6 .TIROIDNI NODUSI

*Prim. dr sc. med. Željka Aleksić*

ZC ZAJEČAR, SLUŽBA ZA NUKLEARNU MEDICINU

Nodusi, ili čvorovi u štitastoj žlezdi su veoma česti i mogu se naći kod 50-60% odraslih osoba u opštoj populaciji. Samo oko 5% ovih nodusa su maligni i zahtevaju lečenje. Obično ne daju nikakve tegobe. Kada se otkriju, treba na osnovu kliničkog, ehosonografskog i citološkog nalaza, te po potrebi korišćenjem dopunskih dijagnostičkih metoda, proceniti njihovu biološku prirodu i doneti odluku o potrebi lečenja. Na osnovu ultrazvučnih karakteristika nodusa odlučuje se da li je potrebna dalja dijagnostika, u smislu aspiracione punkcije finom iglom i citološkog pregleda, nakon čega se donosi odluka o daljem postupku. Poseban aspekt problema predstavljaju tiroidni nodusi kod trudnica i dece. Većina nodusa ne zahteva lečenje. Operativno se leče sumnjivi, ili dokazano maligni nodusi. Osobe sa otkrivenim nodusima treba doživotno da se periodično kontrolišu, obično jedanput, ili dva puta godišnje, kada se procenjuju promene tiroidnog statusa i reevaluiraju terapijski stav.

## 7. LEČENJE POLITRAUMATIZOVANIH PACIJENATA SA PRELOMOM KOSTI POVREĐENIH U SAOBRAĆAJNIM NESREĆAMA

*Prof. dr. Zoran Golubović*

KLINIKA ZA ORTOPEDIJU I TRAUMATOLOGIJU KC U NIŠU

Saobraćajni traumatizam predstavlja jedan od vodećih uzroka povredjivanja koštano-zglobnog sistema, i zauzima prvo mesto na listi nasilnih oštećenja zdravlja i nasilne smrti. Prema podacima iz literature svakog dana u saobraćajnim nesrećama život izgubi oko 1308 osoba. Svake godine oko 50 miliona ljudi bude povređeno u saobraćajnim nesrećama. Najugrođenija je uzrasna grupa od 20-29 godina, što znači da se radi o osobama u punoj radnoj i životnoj aktivnosti. U saobraćajnim nesrećama nastaju veoma teške povrede lokomotornog sistema. Radi se o prelomima koji nastaju pod dejstvom sile visokog intenziteta, što dovodi do teških oštećenja kako koštanog, tako i mekih tkiva ekstremiteta. U saobraćajnom traumatizmu veoma su česti kominutivni i otvoreni prelomi kostiju. Retko je prisutna izolovana trauma, već se najčešće radi o udruženim povredama - politraumi povređenih. Najčešće biva povređen veći broj organa i organskih sistema, što otežava zbrinjavanje teško povedenih pacijenata. Odmah po prijemu radi se klinički pregled, reanimacija i kompletna dijagnostika povreda, kod "stabilnih pacijenata". U dijagnostici politraume veliki značaj ima MSCT, kojim mogu biti dijagnosticirane sve povrede, kako lokomotornog sistema, tako i ostalih organa i organskih sistema. Kod stabilnih pacijenta, nakon kompletne dijagnostike, pristupa se hirurško zbrinjavanje pacijenta, pri čemu se prednost daje dominantnoj povredi koja ugrožava život pacijenta. Opertainvo zbrinjavanje lokomotornog sistema radi se najčešće u toku iste anestezije, ali nakon zbrinjavanja povreda koje ugrođavaju život povređenog. Kod politraumatizovanih bolesnika, prelomi kostiju zbrinjavaju se u prvom aktu operativnih zahvatima, koji predstavljaju minimalnu traumu za organizam, i minimalni gubitak krvi (spoljna skletna fiksacija), jer sam operativni zahvat, predstavlja dodatnu traumu za organizam povređenog ( drugi udar). U drugom aktu mogu da budu urađeni operativni zahvati, koji predstravljaju definitivno zbrinjavanje preloma koštano-zglobnog sistema, ukoliko je to potrebno. Cilj lečenja je spašavanje života povređenog i njegovo vraćanje životnim i radnim aktivnostima. U radu se prikazuje serija pacijenta sa prelomom kostiju ekstremiteta nastalih u saobraćajnim nesrećama, njihovo lečenje, kao i moguće komplikacije.

## 8. ПОВРЕДЕ ЕЛЕКТРИЧНОМ СТРУЈОМ КОД ДЕЦЕ

*Проф. др Анђелка Славковић*

КЛИНИКА ЗА ДЕЧЈУ ХИРУРГИЈУ КЦ НИШ, МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ У НИШУ

Иако су повреде електричном струјом ретке код деце (2-3% у ургентним јединица за педијатријске опекотине, чешће код дечака) лекари у свим јединицама хитних служби се суочавају са њима. Инциденца опада када се ради о опекотинама изазваних нисковолтажном струјом, али расте када се ради о повредама високоволтажном струјом као последица све веће потребе деце за селфи сликама. Деца, најчешће млађа од 6 година, страдају од нисковолтажне струје тако што жваћу (30%) или сисају кабл (50%) или наставак од укљученог пуњача за мобилни телефон. Не ретко гурају оштре предмете у утичнице за струју као и од електричних играчака и новогодишњих украса. Повреде нанете високоволтажном струјом настају од Волтиног лука када се, најчешће адолесценти, пењу на вагоне или далеководе. Лечење повреда изазваних електричном струјом је често велики изазов, јер пацијенти имају широк спектар симптома и повреда. Такви пацијенти са могу имати тешку мултитрауму и мултиорганске повреде (кожа, срчане и респираторне дисфункције, мускулоскелетне повреде, офталмолошке, васкуларне, неуролошке повреде и др.) Ургентни третман је пресудан за добар исход. Лекари у ургентним јединицама треба да знају ове важне ствари: (1) ЕКГ мора бити урађен код свих оваквих пацијената као и срчани мониторинг,

(2) интезивна надокнада течности како би се спречила хиповолемија и бубрежна инсуфицијенција  
(3) честа неуроваскуларна провера знакова компартман синдрома.

## 9. KLINIČKA GENETIKA – INDIKACIJE ZA GENETIČKO ISPITIVANJE I KAKO ODABRATI PRAVI GENETIČKI TEST

*Doc. Dr sci. Goran Čuturilo*

ODSEK MEDICINSKE GENETIKE, UNIVEZITETSKA DEČJA KLINIKA, MEDICINSKI FAKULTET U BEOGRADU

Indikacije za genetičko ispitivanje su brojne, a neke od češćih su urođene anomalije, poremećaji rasta, razvojne poteškoće, autizam. U adultnoj dobi česte indikacije su ispitivanje infertiliteta i familijarni/rano nastali tumori. U okviru predavanja biće prikazane novine u genetičkim testiranjima koja se danas baziraju na genomskim pretragama (ispitivanje celog ili velikog dela genoma u potrazi za hromozomskim ili intragenomskim patološkim varijantama). Utvrđivanja uzroka bolesti je višestruko korisno za bolesnika i porodicu.

## 10 .UČESTALOST I STRUKTURA KONGENITALNIH ANOMALIJA U OPŠTINI ZAJEČAR ZA PERIOD 1995-2014

*Prim. Dr Bojana Cokić, pedijatar*

DEČIJE ODELJENJE ZC ZAJEČAR

**SAŽETAK:** Kongenitalne anomalije su strukturni defekti tkiva i organa, nastali tokom morfogeneze, prisutne i vidljive na rođenju. Posebna i ozbiljna stanja koja zahtevaju medicinski tretman ili izazivaju oštećenje/nesposobnost/zastoj u razvoju. U Evropskoj uniji se svake godine rodi više od 100 000 dece sa kongenitalnim anomalijama, u Srbiji oko 2000 dece.

Kongenitalne anomalije su još uvek u našoj sredini značajan uzrok morbiditeta i mortaliteta. Učestalost na rođenju se kreće od 2-4%, a pri obdukciji 30-40%. Oko 7-10% spontanih abortusa odnosi se na veće malformacije. Najsavremeniji pristup u prevenciji rađanja dece sa kongenitalnim anomalijama je njihovo REGISTROVANJE. Registracija kongenitalnih anomalija je počela 1979. godine u Evropi u 9 centara, sa sedištem u Briselu. EUROCAT je mreža populaciono koncipiranih registara za praćenje epidemiologije kongenitalnih anomalija, koja pokriva 21. evropsku zemlju, sa 1,7 miliona porođaja godišnje. CILJ RADA: Cilj rada je bio utvrditi incidencu i strukturu kongenitalnih anomalija u opštini Zaječar. Primeniti preventivne mere radi poboljšanja kvaliteta života. MATERIJAL I METODE: Retrospektivnom metodom je vršeno istraživanje dece sa kongenitalnim anomalijama u Regionu Timočke krajine za period od 1995-2014. god.

Sve anomalije registrovane su pedijatrijskim pregledom u porodilištu, potvrđene laboratorijskim i citogenetskim metodama. Jedan broj kongenitalnih anomalija je registrovan posle neonatalnog perioda. REZULTATI: U periodu 1995-2014. godine rođeno je ukupno 12 574. Novorođenčadi. Od tog broja sa kongenitalnim anomalijama je bilo 304. novorođenčadi ili 2,417%. ZAKLJUČAK: Incidencija kongenitalnih anomalija u opštini Zaječar u periodu od 1995-2014. odgovara podacima iz literature i iznosi 2,417%. Incidencija kongenitalnih anomalija za prethodni period od 1986.-1990. je bila veća - 3,972%. Preventivne mere su sigurno imale svoje učešće. Uvesti REGISTRE za kongenitalne anomalije u svim regionima naše zemlje. Formiranjem dobrih baza podataka unapredili bi zdravlje, imali dobru procenu genetičkog opterećenja. Planiranje i primena preventivnih mera bila bi uspešnija.

## 11. OBOLJENJA ŠTITASTE ŽLEZDE KOD DECE I MLADIH

*Prim Mr sci. med.dr Bratimirka Jelenković, pedijatar- endokrinolog*

### DEČIJE ODELJENJE ZC ZAJECAR

Normalna funkcija štitaste žlezde važna je za rani neurokognitivni razvoj, kao i za rast i razvoj u periodu detinjstva i adolescencije. Poremećaji štitaste žlezde nisu tako retki kod dece. Dobra anamneza, fizikalni nalaz, odabrane laboratorijske analize i radiološki nalazi pomažu u postavljanju dijagnoze i lečenju.

Rana identifikacija i lečenje bolesti štitne žlezde kod dece i adolescenata je od ključnog značaja za optimizaciju rasta i razvoja. Lekar primarne zdravstvene zaštite igra ključnu ulogu u identifikaciji pacijenata sa rizikom. Redovna komunikacija između lekara primarne zdravstvene zaštite i subspecijalista je od ključnog značaja, jer će većina pacijenata sa poremećajima štitne žlezde dugoročno zahtevati doživotnu medicinsku terapiju i / ili nadzor.

Nekoliko oblika kongenitalnog hipotiroidizma (disgeneza, dishormogeneza, otpornost na tirotropin i neke centralne forme) su posledice mutacija gena. Neonatalni skrining kongenitalnog hipotiroidizma i rana terapija sa l-tiroksinom obezbeđuju dobru prognozu. Potreba za lečenjem prolazne hipotiroksinemije je i dalje kontroverzna. Dijagnoza limfocitnog tiroiditisa kod dece i mladih može se utvrditi kliničkim statusom, ultrazvučnim pregledom, otkrivanjem anti-peroksidaznih antitela, ocenom funkcije štitaste žlezde. Terapija L-tiroksinom se preporučuje u slučajevima subkliničnog i manifestovanog hipotiroidizma. Lečenje Graves-basedove bolesti u detinjstvu: prvi izbor su antitiroidni i beta-blokirajući lekovi. Međutim, stopa remisije je niska, a bolest se karakteriše čestim relapsima. Zbog toga se često pojavljuje neophodnost definitivne terapije. U detinjstvu, nodus štitaste žlezde zahteva detaljno ispitivanje zbog mogućnosti raka štitaste žlezde.

## 12. HEPATITIS C SAVREMENE TERAPIJSKE MOGUĆNOSTI

*Prof Dr Maja Jovanović*

### KLINIKA ZA INFEKTIVNE BOLESTI, KC NIŠ

Hronični hepatitis C jedan je od najznačajnijih uzroka hroničnih bolesti jetre. Eliminacija virusa i uspešno izlečenje povezani su sa smanjenjem učestalosti razvoja hepatocelularnog karcinoma, smanjenjem smrtnosti zbog komplikacija bolesti jetre.

## ABSTRAKTI ORIGINALNIH RADOVA

### 1. UTICAJ ARTERIJSKE HIPERTENZIJE NA VELIČINU LEVE PRETKOMORE. INDEKS VOLUMENA KAO NAJBOLJI POKAZATELJ DILATACIJE LEVE PRETKOMORE I DIJASTOLNE DISFUNKCIJE

*Raščanin A, Bastać D., Bastać M.*

INTERNISTIČKA ORDINACIJA "DR BASTAĆ", ZAJEČAR

Uvod: Kod bolesnika sa arterijskom hipertenzijom (HTA) dolazi do hipertrofije leve komore i uvećanja leve pretkomore (LA). Dilatacija leve pretkomore je faktor rizika za nastanak atrijske fibrilacije i moždanog udara. Na veličinu leve pretkomore utiču i drugi činioci kao što su telesna masa, masa leve komore, valvulopatije etc.

Cilj istraživanja je bio ispitivanje učestalosti dilatacije leve pretkomore, pored standardnog linearnog merenja dijametra u parastrenalnom preseku, određivanjem novijeg parametra: indeksa volumena leve pretkomore (LAVi) kod bolesnika sa HTA.

Materijal i metodi rada: Ovom retrospektivnom studijom obuhvaćeno je konsektivnih 190 pacijenta koji imaju HTA. Drugu grupu (kontrolnu) čini 90 pacijenta koji nemaju hipertenziju i druge relevantne bolesti. Kriterijumi za isključivanje iz studije bili su značajna mitralna regurgitacija (MR > od 2+), aortna stenoza (AVA < 1,5 cm<sup>2</sup>) i EF manja od 50 %. Svim pacijentima su ehokardiografski određivani standardni parametri: dimenzije srčanih struktura, masa leve komore, sistolna i dijastolna funkcija leve komore. Svima je određivan i volumen leve pretkomore indeksiran na telesnu površinu (LAVi- ml/m<sup>2</sup>).

Rezultati: U grupi sa HTA 101/190 pacijenat (53 %) je muškog pola a u kontrolnoj grupi 39/90 pacijenata (43%) su muškarci. Prosečna starost grupe sa HTA iznosi 60 ±14 godina i statistički je visoko značajno viša nego u kontrolnoj grupi 43 ±14 godine (p < 0,01) koja delom limitira komparabilnost. Predgojaznost i gojaznost (BMI > 25 kg/m<sup>2</sup>) je značajno zastupljena u obe grupe, ali dominantno u hipertenzivnih pts- 83 % dok je u kontrolnoj grupi 58 % predgojazno/gojazno. 73 % hipertenzivnih osoba imaju graničan ili povećan LAVi, dok u kontrolnoj grupi samo 28/90 (31 %). Srednja vrednost LAVi u grupi sa HTA iznosi 32 ± 8.5 ml/m<sup>2</sup> i visoko je statistički značajno veća od odgovarajuće u kontrolnoj grupi 26 ± 10 ml/m<sup>2</sup> (p < 0,01). Srednje vrednosti E/e' odnosa iznose 7,7 ± 3,9 u kontrolnoj grupi, a u grupi sa HTA 9,2 ± 3 (p < 0,01) i postoji statistički značajna razlika između ove dve grupe. Srednja vrednost indeksa mase leve komore (LVMi) u kontrolnoj grupi iznosi 84 ± 18 a u grupisa HTA 106 ± 23 (p < 0,01). U grupisa HTA 95/190 pts (50 %) ima povećan indeks mase leve komore (LVMi) a od njih 78 /95 pts odnosno 82 % imaju povećan LAVi. Važno je istaći da među pacijentima koji imaju normalan LVMi 60/94 pts odnosno 64 % ima povećan LAVi. Srednje vrednosti LAVi u grupi sa povećanim LVMi iznosi 34,5 ± 9,3 dok u grupi sa normalnim vrednostima LVMi, LAVi je visoko statistički manji 29,7 ± 6,9 ml/m<sup>2</sup> (p < 0,01).

Zaključak: Stepen dilatacije leve pretkomore predstavljen putem indeksa volumena leve pretkomore (LAVi) je pouzdan parametar za procenu oštećenja leve pretkomore u hipertenziji i ima sve prednosti nad standardnim merenjem linearnog dijametra leve pretkomore. LAVi je značajno veći u grupi ispitanika sa hipertenzijom u odnosu na ispitanike bez iste. U grupi sa hipertenzijom postoji i visoko statistički značajno povećana vrednost LAVi kod pacijenta sa i bez hipertrofije leve komore. Među pacijentima koji imaju normalan LVMi njih 60/94 pts (64 %) ima povećan LAVi, što reflektuje dobru senzitivnost ovog parametra dijastolne disfunkcije, koja se najčešće javlja pre hipertenzivne hipertrofije miokarda.

ključne reči: leva pretkomora, indeks volumena leve pretkomore, LAVi hipertenzija, dijastolna funkcija leve komore

## 2. DA LI ĆE GLOBALNI LONGITUDINALNI STREJN KAO SUPERIORNI PARAMETAR SISTOLNE FUNKCIJE POTPUNO ZAMENITI EJEKCIONU FRAKCIJU LEVE KOMORE U PROCENI HIPERTENZIVNE HIPERTROFIJE ?

*Bastać Dušan, Raščanin A, Bastać M,*

INTERNISTIČKA ORDINACIJA "DR BASTAĆ", ZAJEČAR

Uvod: Sistolni Strejn(naprezanje) analizira deformaciju koja najčešće ne može da se vidi vizuelnom ehokardiografskom interpretacijom i meri deformaciju tj promenu dužine miokarda (L1) u odnosu na na originalnu dužinu (L0) prema formuli  $S=[L1-L0/L0]$ . Speckle tracking ehokardiografija(STE) dozvoljava precizno merenje deformacije pojedinih segmenata miokarda (regionalni strejn), kako skraćenja-sistolni strejn tako i istezanja -dijastolni strejn. Globalni strejn daje srednju vrednost skraćenja svih segmenata i najčešće se koristi Globalni longitudinalni strejn (GLS) izražen u -%. 2D-STE strejn jeste jasan napredak i poboljšanje u rest i stres imidžingu i kada ejectiona frakcija leve komore kod hipertrofije miokarda u hipertenziji ne može dobro da definiše sistolnu funkciju leve komore. Prednosti spekl trackinga jesu da se B-mod slike prikupljaju tokom uobičajene kliničke prakse u ehokardiografiji. Ova tehnika eliminiše zavisnost od ugla koja postoji u tkivnom Dopleru. Cilj istraživanja bio da se komparira globalni longitudinalni strejn (GLS) sa ejectionom frakcijom (EF), koja je tradicionalni parametar sistolne funkcije leve komore kod hipertenzivnih osoba u odnosu na prisustvo hipertrofije miokarda.

Materijal i metode rada: Ovom retrospektivnom studijom obuhvaćeno je konsektivnih 89 pacijenta, 50 ima hipertenziju (HTA grupa) a kontrolnu čini 39 pacijenta koji nemaju hipertenziju i druge relevantne bolesti. Svim pacijentima su ehokardiografski određivani standardni parametri: dimenzije srčanih struktura, masa leve komore, sistolna i dijastolna funkcija leve komore i regionalni i globalni strejn. GLS ima visoku reproducibilnost i jednostavnu akviziciju automatskom metodom ocrtavanja i izračunavanja, gde se strejn prikazuje na polarnim mapama i krivuljama u negativnim procentima-skraćenja miokarda.

Rezultati:U grupi sa HTA 34/50 pacijenata (68 %) je muškog pola a u u kontrolnoj grupi 19/39 (43%) su muškarci. Prosečna starost grupe sa HTA iznosi  $60 \pm 13$  godina i statistički je visoko značajno viša nego u kontrolnoj grupi  $63 \pm 5,1$  godine ( $p=NS$ ). Indeks mase miokarda bio je u hipertenzivnoj grupi visoko statistički značajno veći  $106 \pm 26$  g/m<sup>2</sup> a u kontrolnoj grupi  $85 \pm 18$  g/m<sup>2</sup> ( $p<0,001$ ). Dijastolna funkcija reprezentovana odnosom E/e' u individualnoj distribuciji ima patološku vrednost ( $>8,0$ ) u 27/50(54%) u HTA grupi , dok je jako manje prisutna u kontrolnoj grupi 13/39(33%). Srednja vrednost Ejectione frakcije leve komore(EF) bila je skoro identična u obe grupe: HTA grupa  $EF=64 \pm 6,0$  versus kontrolna grupa  $63 \pm 5,1$  , bez statistički značajne razlike. Medjutim srednja vrednost STE GLS bila je  $-18,85 \pm 3,70$  - visoko statistički značajno niža od GLS kontrolne grupe  $-21,0 \pm 3,24\%$  ( $p=0,0063$ ) .

Zaključak: STE GLS je novi parametra za procenu oštećenja funkcije leve komore u hipertenziji i ima sve prednosti nad standarnim merenjem ejectione frakcije, koja je bazirana na geometrijskom modelu i ima veliku inter- i intra-opserver varijabilnost. Globalni longitudinalni strejn sa visokom preciznošću i dobrom reproducibilnošću otkriva u subpopulaciji sa normalnom ejectionom frakcijom one bolesnike koji imaju sistolnu disfunkciju leve komore , koja može da progredira u manifestnu srčanu insuficijenciju. Ključne reči: Globalni longitudinalni strejn, ejectiona frakcija leve komore, indeks mase miokarda leve komore, dijastolna funkcija leve komore, arterijska hipertenzija

### 3. KLINIČKE ODLIKE KOD DECE I ADOLESCENATA NISKOGR RASTA U TIMOČKOM REGIONU 2013-2017.GODINA

*Jelenković Bratimirka*

DEČIJE ODELJENJE, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Uvod: Rastenje je odlika dečjeg uzrasta. Najpouzdaniji pokazatelj stanja zdravlja deteta od rođenja do sticanja polne zrelosti, je rastenje. Poremećaj rasteња je često jedan od prvih znakova brojnih genetskih, hromozomskih ili endokrinih poremećaja i može da ukaže na stanje loše ishranjenosti ili postojanje hroničnih bolesti. Značajno je rano otkrivanje nekih patoloških oblika niskog rasta (hipotireoidizam, hipopituitarizam, celijakija) koji se mogu lečiti, kao i otkrivanje drugih (bolesti bubrega) kojima se omogućava bolja prognoza.

U većini slučajeva poremećaj rasteња se sreće kod nekih od fizioloških oblika niskog rasta gde uz redovno registrovanje telesne visine i praćenje nije potrebno lečenje.

Cilj: Da se u populaciji dece i adolescenata niskog rasta oba pola ustanovi učestalost pojedinih patoloških, odnosno fizioloških oblika niskog rasta. Posredni ciljevi istraživanja obuhvataju racionalizaciju i poboljšanje dijagnostičkog postupka kod dece i adolescenata niskog rasta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Materijal i metodi rada: Prospektivno istraživanje je sprovedeno na uzorku od 77 dece i adolescenata oba pola, različitog uzrasta od 2 do 18 godina, koja su zbog niskog rasta pregledana u endokrinološkoj ambulanti ZC Zaječar u periodu januar 2013.godine-december 2017. godine.

1. Da je glavni, ili jedan od glavnih uzroka upućivanja deteta u endokrinološku ambulantu niski rast.
2. Da je telesna visina deteta ispod trećeg percentila za uzrast i pol, pri čemu su korišćeni standardi po Tanneru i sar. Pri utvrđivanju uzroka niskog rasta korišćeni su, pored lične i porodične anamneze i detaljni klinički pregled. Merenje telesne dužine, odnosno visine obavljeno je standardizovanim postupkom, koji je detaljno prikazan u uvodnom delu.
3. Po potrebi korišćena su sledeća laboratorijska i druga ispitivanja: krvna slika, urin, proteini u serumu, glikemija, urea, jonogram seruma, alkalna fosfataza i dr., određivanje koštane zrelosti na osnovu radiografije doručja prema atlasu Greylicha i Pylea, a po potrebi i radiografija drugih delova skeleta, endokrinološka ispitivanja (određivanje koncentracije u serumu tireostimulišućeg hormona i tiroksina, i dr.), Rezultati: Učestalost pojedinačnih uzroka niskog rasta

Tabela 1. Uzroci niskog rasta u dece (n=77)

Oblik	Dečaci	Devojčice	Ukupno	%
Fiziološki niski rast	28	17	45	56,96
Patološki niski rast	14	15	27	34,17
Neutvrđeni uzroci	2	3	5	6,39
UKUPNO	44	35	77	100
	55,69%	44,30%		

Učestalost uzroka niskog rasta po polu:

Kod dečaka patološki nizak rast sreće se u 32 %, fiziološki nizak rast u 64%, dok kod 4 % dečaka nije za sada utvrđen uzrok niskog rasta. Kod devojčica patološki nizak rast sreće se u 43%, fiziološki nizak rast u 48%, dok kod 9 % dečaka nije za sada utvrđen uzrok niskog rasta.

Fiziološki oblici niskog rasta

Oblik	Dečaci	Devojčice	Ukupno	Uzrast (god)
				$\bar{x} \pm SD^*$
Porodično niski rast	12	7	19	12,45
Porodično usporeno rastenje	19	9	28	11,46
Porodično niski rast/usporeno rastenje	0	1	1	11,33
UKUPNO	31	17	48	
	64,58 %	35,42 %		



Učestalost fizioloških oblika niskog rasta po polu. Kod dečaka porodično nizak rast sreće se u 39 %,porodično usporeno rasteње u 61%, Kod devojčica porodično nizak rast sreće se u 41 %,porodično usporeno rasteње u 53%,dok 6% devojčica ima kombinaciju ova dva uzroka niskog rasta.

Patološki oblici niskog rasta

Uzrok	Dečaci	Devojčice	Ukupno	Dečaci	Devojčice
				Uzrast (god)	Uzrast (god)
				x ± SD*	x ± SD*
Hipopituitarizam	7	2	9	7,03±3,45	11,91
Turnerov sindrom	-	3	3	12,79	-
Hipotireoidizam	0	2	2	-	11,41
MZGD	6	6	12	4,80±2,33	8,13±4,50
Celijakija	0	2	2	1,92	
Sindromi	1	0	1	15,67	
Drugi uzroci	1	3	4		9
UKUPNO	15	18	33		
	-46,60%	-53,33%			

Zaključak: Najčešće se kod dece oba pola sreće neki od fizioloških oblika niskog rasta. Porodično usporeno rasteње se sreće češće kod oba pola u odnosu na porodično niski rast. Od patoloških oblika niskog rasta hipopituitarizam se sreće češće kod dečaka,dok se MZGD ("Malo za gestaciono doba#) sreće podjednako kod oba pola. Uzrast u vreme postavljanja dijagnoze niskog rasta i dalje je nezadovoljavajući.. Ključne reči: Nizak rast.Deca i mladi. Primarna zdravstvena zaštita..

#### 4. FAMILIJARNI APERT SINDROM -PRIKAZ SLUČAJA

Vasić B, Božinović S.

##### ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, DEČJI DISPANZER

Uvod: Apert sindrom je redak autozomno dominantni poremećaj koji karakterišu kraniosinostoza, kraniofacijalne anomalije i simetrična sindaktilija. Prevalencija je 1-2 na 100.000 živorođenih. Uzrokovan je mutacijom u FGFR2 genu (Fibroblast Growth Factor Receptor) lociranom na hromozomu 10q26.13 . De novo mutacija je česta od 85% do 98% slučajeva. Mentalna retardacija je prisutna u oko polovine osoba sa ovim sindromom.

Cilj: Prikazujemo muško dete, uzrasta 2 godine i 7/12 meseci, koji ima Apertov sindrom, čija starija sestra Ima Apert sindrom, a majka ima fenotipske karakteristike.

Prikaz slučaja:Drugo je dete po redosledu rađanja, iz druge, nekontrolisane trudnoće. Porodaj carskim rezom PM 3 750 g. Starija sestra ima Apert, a i majka ima fenotipski kraniosinostoza, bez sindaktilije. U uzrastu 8 meseci, izvršena operacija ulkusa kornee, kada je učinjena evisceracija levog bulbusa, i plasirana privremena proteza. Savetovan je CT endokranijuma, koji nije učinjen.

Status pri pregledu: TM 9 kg, TV 83 cm, OG 43 cm, diskranična lobanja, naznačene suture, kraniosinostoza. Prisutan je hipertelorizam. Leva orbita prazna, dismorfija lica je naznačena, prisutno gotsko nepce. Gracilne je konstitucije, sa slabo razvijenim potkožnim masnim tkivom. Na ekstremitetima prisutna sindaktilija II,III,IV,V prsta obe šake i oba stopala. Ograničeni su pokreti. Auskultatorni nalaz nad srcem i plućima uredan. Abdomen mek, neosetljiv, jetra i slezina u fiziološkim granicama. Neurološki nalaz: plač motivisan, registruje se zaostajanje u govoru, par reči, ne sedi samostalno, ne hoda. Potpuno zavistan od drugog lica. Sem anemije (hgb 99g/l), laboratorijski nalazi u granicama normale. Nije vakcinisan. Dečak treba da bude smešten u ustanovu socijalne zaštite, dok se ne završi operativno lečenje devojčice, koja takođe ima Apertov sindrom. Porodica se odlučila za trajni smeštaj.

Radi se o familijarnom Apert sindromu, kod oba deteta u porodici. Savet genetičara je da se uradi analiza FGFR2 gena, zato što je moguća prenatalna dijagnoza.

Zaključak: Potrebna je hirurška korekcija kraniosinostoze, radi rasta mozga i razvoja deteta, korekcija kod plastičnog hirurga, defektološki tretman, stimulacija razvoja i genetičko informisanje i prenatalna dijagnostika.

Ključne reči: Apert sindrom, kraniosinostoza, sindaktilija

## 5. MIKROCEFALIJA KOD ODOJČETA-PRIKAZ SLUČAJA

Vasić B, Jelenković B, Jovanović Lj.

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Uvod: Anomalije centralnog nervnog sistema spadaju u najteže i najčešće anomalije sa incidencijom do 1/100 do 1/500 novorođenčadi. Mikrocefalija se definiše postnatalno kao mali obim glave (ispod dve standardne devijacije (- 2SD) za uzrast i pol. Incidencija pri rođenju: 1:6250-8500. Prenatalna dijagnoza mikrocefalije je teška pre trećeg tromesečja. Postnatalno, rizik za razvoj invaliditeta za mikrocefaliju je 11% kada je obim glave -2SD, a 50-75% ako je obim glave -3SD i 100% kada je obim glave manji od -4SD. Uzroci nastanka mikrocefalije mogu biti infekcije tokom trudnoće (citomegalovirus, toksoplazmoza, rubela, herpes, sifilis, HIV), kraniosinostoze, tirozinemije, fenilketonurija, aminoacidurije, Daunov sindrom, porođajna trauma, upotreba i zloupotreba alkohola, droga, dejstvo toksina i zračenja tokom trudnoće, hormonski, metabolički poremećaji i drugo.

Dijagnoza se postavlja ultrazvučnim pregledom tokom trudnoće (teško, samo ekstremni slučajevi, tada dolaze u obzir invazivna ispitivanja poput amniocenteze i biopsije horionskih čupica), skrining infekcije TORCH, ispitivanje kariotipa, magnetna rezonanca.

Potrebna je simptomatska terapija neuroloških oboljenja. Neophodna je stimulaciju psihomotoričkog razvoja.

Cilj: Prikaz odojčeta, rođenog sa mikrocefalijom, mikroftalmijom, hipotonijom I dijagnostički pristup.

Prikaz slučaja: muško odojče, uzrasta 2,5 meseca. Drugo dete iz druge trudnoće (prva trudnoća završena intrauterinom smrću ploda). Porođaj carskim rezom, u terminu GS 38 gn, PM 2 580 grama, PD 49 cm, OG 31 cm, AS 8/8. U porodilištu, UZ CNS-a je pokazao difuznu velikomozdanu atrofiju, dominantno fronto-parijetalno sa bilateralnom pahigirijom i otežanom subkortikalnom demarkacijom, ventrikulomegaliju uz multicistični kompleks u plexus chorioideusu leve bočne komore. UZ pregled abdomena je pokazao manji volumen nadbubrežnih žlezda u odnosu na uzrast, suspektna adrenalna hipoplazija. Oftalmološki nalaz: Mikroftalmija, leukokorija, mikrokornea. Na Uz pregledu srca registrovan je veliki atrijalni septalni defekt, promera 8 mm, umerenog L-D šanta. Izrazito trabekulisana desna komora, prisutne aberantne horde u srednjoj i apikalnoj trećini leve komore.

Kliničkim pregledom registrovano je da je glava diskranlična, mikrocefalična, mali obim glave za uzrast i pol OG 30,5 cm (-2SD za pol i uzrast), horizontalne rime oculi, ne otvara oči pri pregledu, blago hipoplastična mandibula, visoko nepce, uši loše modelirane, vrat kratak. Generalizovana hipotonija, oskudni su spontani i provocirani pokreti. Registruje se s.šum 2/6 nad levom sternalnom ivicom. Testisi su mobilni, levi u skrotumu, desni u ingvinumu. Deformitet stopala po tipu „sandal gap“.

Biohemijske analize, elektroliti, CPK, pregled urina su uredni. Učinjeni TORCH (IgM za CMV, Toxoplazmu, Rubelu) virusologija i PCR na CMV iz urina su negativni.

S obzirom da nije bilo elemenata za konatalnu infekciju, kod odojčeta su ispitivanja nastavljena u pravcu poremećaja genetske prirode. Postavljena je sumnja na Walker-Warburg, Muscle-Eye-Brain ili Fukuyama sindrom.

Zaključak: Mikrocefalija može biti udružena sa različitim stepenom invaliditeta. Neophodno je dalje ispitivanje, zbog porodičnog opterećenja i genetsko savetovanje zbog budućih trudnoća. Ključne reči: odojče, mikrocefalija, mikroftalmija, hipotonija.

## 6. BURNOUT SINDROM KOD ZAPOSLENIH U DOMU ZDRAVLJA BEČEJ

*Vidić B, Gondoš A, Pepelčević B,*

### DOM ZDRAVLJA BEČEJ

Uvod: Sindrom sagorevanja na radu-burnout sindrom, definiše se kao hronični radni stres, a karakterišu ga emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija kao i nisko lično samopostignuće.

Ciljevi rada: Bili su da se analizira struktura zaposlenih (polna i starosna struktura, bračno stanje, stručna sprema, radna jedinica, dužina radnog staža), a potom i da utvrdi potencijalni uticaj stresogenih faktora u toku rada na zaposlene u Domu zdravlja Bečej, eventualno postojanja simptoma burnout sindroma, kao i načine kanalisanja profesionalnog stresa.

Materijal i metode: Podaci su prikupljeni sprovođenjem ciljanog anketnog upitnika u tromesečnom periodu tokom 2019. godine u Domu zdravlja Bečej. Ciljna grupa su bili zaposleni u Domu zdravlja Bečej koji svakodnevno dolaze u kontakt sa pacijentima.

Rezultati: Tokom posmatranog perioda anketirano je ukupno 70 zaposlenih, od toga najveći broj su činile žene 53 (76%) dok je muškaraca bilo svega 17 (24%). Najveći broj zaposlenih bio je između 35-45 godina starosti 27 (39%), potom između 25-35 godina 18 (26%), a najmanje je bilo zaposlenih između 55-65 godina 10 (14%). Najveći broj zaposlenih ima partera, njih 51 (73%), razvedenih je 9 (13%), udovaca 2 (3%), a bez partnera 8 (11%). Kad je reč o stručnoj spremi, najveći broj ispitanika činile su medicinske sestre 48 (69%), lekari opšte prakse 15 (21%), dok lekara specijalista opšte prakse je bilo 7 (10%). Anketiranih zaposlenih je bilo iz opšte prakse 38 (54%), a iz hitne pomoći 32 (46%). Najveći broj zaposlenih proveo je na radom mestu 1-10 godina, njih 27 (39%), potom između 10-20 godina 19 (27%), dok je najmanje ispitanika sa najdužim radnim stažom 10 (14%). Zaposleni su se najviše žalili na radom mestu na male plate, njih 22%, previse administracije 18%, na neljubaznost pacijenata 18%. Od ukupnog broja zaposlenih, čak 85% pokazuju više od tri simptoma burnout sindroma, a najzastupljenije tegobe su čest umor i nesаница sa udelom od 25% i 20%, a potom nervoza i razdražljivost kod 19%. Njih 35% često konzumira cigarete, 20% povremeno alkohol, sedative 18%, dok 27% ne konzumira ništa od navedenog. Zaposleni stres kanališu kroz aktivno korišćenje slobodnog vremena (64%), razgovorom sa kolegama (15%), dok se 20% oslanja isključivo na sebe.

Zaključak: Rezultati istraživanja pokazuju da profesionalni stres u najvećoj meri utiče na zaposlene u Domu zdravlja Bečej. Imajući u vidu da je ovo problematika koja dovodi do širokog spektra negativnih posledica, potrebno je težiti ka planiranju i realizaciji aktivnosti u cilju stvaranja organizacione strukture koja bi brinula o mentalnim zdravlju svojih radnika, a pre svega radila na prevenciji mogućih posledica stresa.

Ključne reči: profesionalni stres, sindrom sagorevanja, burnout sindrom.

## 7. SKRINING I LEČENJE ŽENA OD RAKA GRLIĆA MATERICE U ZAJEČARU OD 1996. DO 2018.G.

*Vera Najdanović Mandić*

### DISPANZER ZA ŽENE, ZC ZAJEČAR

Uvod: Redovni sistematski ginekološki pregledi su neophodni za rano otkrivanje i efikasno lečenje preinvazivnih i invazivnih promena na grliću materice. Zbog dostupnosti grlića materice pregledu i postojanja Papanikolau testa, kao i obrazovanosti i obučenosti ginekologa incidenca ovog tumora u svetu se smanjuje. U Evropi incidenca obolelih žena od raka grlića materice je jednocifrena i to u Finskoj 3,4 na 100.000 žena dok je u Švajcarskoj 4,2. Srbija ima dvocifrenu incidencu obolelih od raka grlića materice i prema registru za rak u Centralnoj Srbiji iz 2017. iznosi 29,1. Zajčarski okrug je u vrhu Srbije po broju obolelih žena sa incidencom 62,3.

Cilj rada je pokazati učestalost raka grlića materice u periodu od 1996 - 2018; starostnu strukturu obolelih i metode lečenja u Zaječaru kao i doprinos sistematskih pregleda u dijagnostici ovog malignog oboljenja. Metod rada je retrospektivno ispitivanje i analiza medicinske dokumentacije, koja se stastoji od citološko-kolposkopskih zdravstvenih kartona, histopatološkog i operativnog protokola hiruški rešenih slučajeva, kao i evidencije o sistematskim pregledima žena u periodu 1996 - 2018. godine na ginekološkom odeljenju u Zaječaru. Podaci su obradjeni i prikazani tabelarno i grafički.

Rezultati rada: Od 1996 - 2018. uradjeno je 60.168 ginekoloških pregleda sa Papa testom. Tokom tog perioda 636 žena je lečeno od raka grlića materice operacijom, operacijom i zračno i samo zračno. Od preinvazivnog i mikroinvazivnog raka grlića materice lečene su operativno 384 žene (60,38%) od kojih je 326 (84,90%) dijagnostikovano zahvaljujući skriningu. Od 384 žene, 238 (37,42%) je operisano konizacijom (pretežno mlađe žene) dok su se starije žene, njih 146 (22,96%) odlučile za histerektomiju. Od invazivnog raka grlića materice operisano je i zračeno 127 (19,97%). Samo zračnu terapiju imalo je 125 žena (19,65%) u inoperabilnom stadijumu i one nisu dolazile na sistematske preglede u poslednjih pet godina.

Zaključak: Rezultati istraživanja u ukazuju na značaj sistematskih pregleda u otkrivanju raka grlića materice posebno preinvazivnog i mikroinvazivnog karcinoma. U cilju smanjenja broja obolelih i otkrivanju što većeg broja žena u početnom stadijumu karcinoma grlića materice potrebno je uvesti osim klasične kolposkopije i novine kako u načinu uzimanja Papa briseva tako i u unapredjenju interpretacije samih papa nalaza uz primenu HPV tipizacije. U svetu se sve više koristi HPV tipizacija, kao primarni skrining te bi i kod nas to doprinelo boljim rezultatima. U prevenciji ovog oboljenja pored zdravih stilova života značajna je i HPV vakcina.

## 8. ANESTEZIJA ZA IMPLANTACIJU ENDOPARCIJALNE PROTEZE KUKA KOD GERIJATRIJSKE PACIJENTKINJE SA TEŠKOM AORTNOM STENOZOM - PRIKAZ SLUČAJA

*Danijela Stanković (1), Tihomir Milovanović (2), Dragan Šujeranović (2), Vojislav Magdić (1), Zoran Jovanović (1)*

(1) SLUŽBA ANESTEZIJE I REANIMACIJE, ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN; (2) ODELJENJE TRAUMATSKE HIRURGIJE I ORTOPEDIJE, ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN

Uvod: Aortna stenoza je najčešće valvularno oboljenje gerijatrijske populacije sa učestalošću od 3%, i uzrok je iznenadnih srčanih smrti u 20% slučajeva. Uprkos napretku anestezioloških i hirurških tehnika, morbiditet i mortalitet kod pacijenata sa teškom aortnom stenozom ostaje visok. Teška aortna stenoza je prediktor za perioperativne komplikacije, jer se tokom anestezije hemodinamski parametri mogu rapidno pogoršati, što je riziko faktor za perioperativni mortalitet i morbiditet. Anesteziološka tehnika i vođenje moraju biti pažljivo planirani, sa ciljem da se izbegne sistemska hipotenzija, koja bi dovela do miokardne ishemije i smanjenja kontraktilnosti, i da se održi sinus ritam i spreči tahikardija, koja bi skratila vreme dijastolnog punjenja i ugrozila miokardnu perfuziju.

Cilj: Prikazati da spinalna anestezija izvedena kombinacijom minimalnih efektivnih doza lokalnog anestetika levobupivakaina i opioidnog analgetika fentanila obezbeđuje hemodinamsku stabilnost pacijenta za sigurno izvođenje operativnog zahvata implantacije endoparcijalne proteze kuka.

Materijal i metodi rada: Deskriptivnimetod - prikaz slučaja.

Rezultati: Pacijentkinja stara 81 godinu biva hospitalizovana na Odeljenje ortopedske hirurgije i traumatologije Zdravstvenog centra Negotin, radi operativnog zbrinjavanja preloma zgloba kuka. Dijagnoze na prijemu: Fractura colli femoris dextri. Stenosis ostii aortae gravis (ehokardiografski se nad sklerotičnom valvulom registruje gradijent od 62 mm Hg). Myocardiopathia chronica ishaemica compensata. Hypertensio arterialis. Anaemia secundaria. Status post perforatio ulcus ventriculi al IV.

Tabletirana terapija na prijemu: Tritace comp 1×1, ujutro, Tritace 5mg 1×1, uveče, Binevol 5 mg ujutro, Monizol 20 mg 1+1+0, Controloc 20 mg 2×1, Oriblete Fomela pp.

Operacije: Totalna histerektomija, pre 35 godina.

Negira alergije na lekove i hranu, kao i druge bolesti od značaja. Dobro toleriše fizički napor po MET klasifikaciji. ASA 3.

Nakon inicijalne resuscitacije, nadoknade volumena kristaloidima, analgezije, tromboprolifakse, korekcije anemije derivatima krvi, i izvršenih laboratorijskih pretraga i konsultativnih specijalističkih pregleda, pristupa se planiranju tehnike anestezije i operacije. Anesteziološki izbor je spinalna anestezija u kombinaciji 2,5 ml 0.5% lokalnog anestetika Levobupivakaina (12,5mg) i 25 µg Fentanyla, sa ciljem da se obezbedi stabilna hemodinamika; vrednosti arterijske tenzije do 10% niže od inicijalne, sinus ritam i srčana frekvencija u rasponu od 60-80 otkucaja u minuti. Ortopedski izbor je implantacija bescementne endoparcijalne proteze, gde hirurška manipulacija traje kratko-1h, gubici krvi su minimalni, a sama tehnika ne utiče na hemodinamiku pacijenta. Anestezija i operativni zahvat se odvijaju u skladu sa projektovanim ciljevima. Nakon popuštanja spinalnog bloka, dodavanjem opioidnog analgetika fentanila (100 µg u infuziji), i multimodalnom trojnom analgetskom terapijom, postiže se zadovoljavajući analgetski efekat, sa minimalnim uticajem na hemodinamske parametre. Nakon skidanja drenova, pacijentkinja se trećeg postoperativnog dana vertikalizuje. Postoperativni tok protiče bez komplikacija, započinje se rani fizikalni tretman i rehabilitacija, te se 21. dana otpušta sa bolničkog lečenja u dobrom opštem stanju, sa preporukom za nastavak rehabilitacionog banjskog tretmana.

Zaključak: Dodatak 25 µg fentanila intratekalno na 12.5 mg levobupivakaina daje zadovoljavajući blok tokom operacije i višečasovnu postoperativnu analgeziju, a nije udružen sa hemodinamskom nestabilnošću i hipotenzivnim epizodama, ili drugim komplikacijama u visoko rizičnih gerijatrijskih pacijenata koji se podvrgavaju ortopedskoj hirurgiji.

Ključne reči: spinalna anestezija, levobupivakain, fentanyl, teška aortna stenoza, endoparcijalna proteza kuka

## 9. EVALUACIJA SPROVODJENJA HRONIČNOG PROGRAMA DIJALIZE U REPUBLICI SRBIJI KOD PACIJENATA SA ZAVRŠNOM FAZOM BUBREŽNE BOLESTI, O TROŠKU SREDSTAVA OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

*Atanasijević D., Šulović M.*

INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE SRBIJE "DR MILAN JOVANOVIĆ BATUT"

Uvod: Hronična bolest bubrega / hronična bubrežna insuficijencija (HBI) predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem koji se karakteriše lošim zdravstvenim ishodom i veoma visokim troškovima zdravstvene zaštite. Hronične bolesti (dijabetes, hipertenzija dr.) u najvećem broju slučajeva dovode do HBI, a zatim bivaju komplikovane prisustvom HBI i vode u invaliditet i smrt. Učestalost HBI zavisne od dijalize se kontinuirano povećava, što vodi u povećanje broja zahteva koji se postavljaju pred sistem zdravstvene zaštite i predstavlja opterećenje za ekonomiju svake zajednice pa i naše.

Cilj: Cilj ove studije je da se evaluiira i unapredi kvalitet hroničnog programa dijalize koji se pruža u dijaliznim centrima u Republici Srbiji

Materijal i metodi rada: Ova deskriptivna ukrštena studija je sprovedena u 68 dijaliznih centara koji pružaju hronični program dijalize. Analiza je obuhvatila pregled podataka a) o izvršenim dijalizama u zdravstvenim ustanovama (iz i van Plana mreže) i kućnim dijalizama i b) iz polustrukturiranog anketnog upitnika upućenog na adrese svih pomenutih zdravstvenih ustanova, koji je omogućio uvid u stanje kapaciteta dijaliznih centara.

Rezultati: Teritorija Republike Srbije je u potpunosti pokrivena dijaliznim centrima u zdravstvenim ustanovama iz Plana mreže koji raspolažu uglavnom doniranim aparatima za dijalizu. Zdravstvene ustanove van Plana mreže upotpunjuju kapacitete sistema u regionima u kojima je najugroženija dostupnost zdravstvene zaštite (u pogledu prostornih, kardiovaskularnih kapaciteta ili opreme) u ovoj visokospecijalizovanoj oblasti. U periodu od nešto više od deset godina (koliko se u Institutu za javno zdravlje Srbije prati sprovođenje hroničnog programa dijalize), broj dijaliznih centara je povećan sa 43 na 68, a broj dijaliziranih pacijenata kojima se pružaju usluge hemodijalize za nešto više od 30%. Procentualno, u istom periodu, broj pacijenata na kućnoj dijalizi povećan je za skoro 50%, ali i dalje se može govoriti o tome da je program asistiranog peritonealne dijalize u početnoj fazi, imajući u vidu

ukupan broj bolesnika kod kojih se primenjuje program kućne peritoneumske dijalize. Takođe, iako je postavljanje vaskularnog pristupa neophodna intervencija za pružanje postupka hemodijalize, postavljanje i održavanje dobro funkcionišućeg vaskularnog pristupa i dalje je jedan od najizazovnijih problema u organizaciji pružanja usluga hemodijalize. U tom smislu, dijalizni centri u tercijarnim zdravstvenim ustanovama posebno su opterećeni i zbog predpripremljenih dijaliznih postupaka kod pacijenata koji započinju lečenje dijalizom, novih dijagnostičkih i terapijskih procedura, kao i zbog priliva većeg broja pacijenata sa komorbiditetima.

**Zaključak:** Kontinuirano opterećenje hroničnim programom dijalize pojedinih dijaliznih centara, uz činjenicu da će rasti broj obolelih od hroničnih nezaraznih bolesti, kao što su dijabetes i hipertenzija, rezultirati u rastućem broju pacijenata sa oštećenjem bubrežne funkcije, zahteva visok nivo organizacionih aktivnosti svih učesnika u obezbeđivanju i pružanju zdravstvene zaštite

**Ključne reči:** Hronična bolest bubrega, hronična bubrežna insuficijencija, HBI, dijaliza, dijalizni centri, Republika Srbija

## 10.ZAVISNOST OD INTERNETA U PERIODU ADOLESCENCIJE, PRIKAZ SLUČAJA

*Dragana M (1), Danijela Ć (2), Emilio M (1), Milica J (3), Miloš B (4), Marko T (5)*

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (3) MEDICINSKI FAKULTET NIŠ, (4) DOM ZDRAVLJA DOLJEVAC, (5) APOTEKARSKA USTANOVA LILLY-DROGERIJE NIŠ

**Uvod:** Zavisnost od Interneta je klinički poremećaj sa snažnim negativnim posledicama na socijalno, radno, porodično, finansijsko i ekonomsko funkcionisanje ličnosti. Cilj: prikaz pacijenta sa simptomima zavisnosti od interneta. Materijal i metode: Deskriptivni metod. Korišćena je medicinska dokumentacija (otpusna lista) pacijenta. Rezultati: Pacijent RD uzrasta sedamnaest godina javio se lekaru zbog bola u grudima koji je probadajućeg karaktera, javlja se u miru i prilikom napora, ubrzanog rada srca, slabog apetita i nesаницe. Na prijemu blede boje kože i vidljivih sluzokoža. Svesan, orjentisan, afebrilan, eupnoičan, tahikardičan, neuredne spoljašnosti (kosa masna i neuredna, odeća prljava). Auskultatorno nalaz nad plućima uredan, nad srcem sistolni šum 2/6. TA 125/90mmHg, SF 114-132/min. Osim skolioze torako-lumbalnog dela kičme, ostali nalaz po sistemima uredan. Iz anamneze života dobijamo podatak da je bolnički lečen zbog pneumonije u ranom dečjem uzrastu, a ambulantno zbog larinitisa. Iz familijarne anamneze dobijamo podatak da je starijoj sestri ugrađen pejsmejker, a baka bolovala od bolesti štitne žlezde. Laboratorijski obrađen. Vrednostitroponina, miokardne kreatinkinaze, kreatin kinaze, parametara inflamacije, lipidnog statusa, elektrolita iz seruma i transaminaza su referentne. Vrednosti serumskog gvožđa snižene. Laboratorijski i ultrazvučni tiroidni status uredan. Na primenu anksiolitika dolazi do poboljšanja opšteg stanja, vrednosti srčane frekvence i krvnog pritiska se normalizuju. Od oca dobijamo podatak da pacijent većinu vremena kod kuće provodi uz kompjuter i internet, više od 8h dnevno. U toku noći je budan do ranih jutarnjih časova, izbegava školske obaveze što se odražava na uspeh u školi. Ne jede redovno, odbija obroke i ne druži se sa vršnjacima uz izgovor da je zreliji od njih. U razgovoru sa medicinskim osobljem pacijent se predstavlja kao kolega lekar koji je završio studije medicine preko interneta. Upućen je psihijatru nakon isključivanja organskog uzroka njegovih tegoba koji je postavio dijagnozu: Poremećaj prilagođavanja (zavisnost od interneta). Terapija anksioliticima nastavljena, a njemu zakazana kontrola. Opušten je sa Dečjeg odeljenja u Knjaževcu bez osećaja bola u grudima i ubrzanog rada srca sa dijagnozama: Disordines accomodationis; Anaemia sideropenica; Scoliosis thoracolumbalis i Soni cardiaci alii, uz savet za kontrolu Psihijatra i pregled Dečjeg kardiologa zbog evidentiranog sistolnog šuma i pozitivne porodične anamneze za srčane bolesti.

**Zaključak:** pacijent je primljen zbog srčanih smetnji, slabog apetita i nesаницe. U toku hospitalizacije islučen akutni koronarni sindrom i inflamatorna bolest srca kao i oboljenje štitne žlezde, a dobro uzetim anamnestičkim podacima došlo se do podatka da adolescent provodeći dosta sati dnevno uz internet sadržaje na kompjuteru može imati zavisnost od interneta koju je psihijatar potvrdio. Roditelji moraju da budu upoznati sa potrebama svog deteta i sa sadržajima koje dete posećuje na internetu. Da se ograniči vreme koje dete provodi uz inter: net sadržaj i da u tome budu saglasna oba roditelja. Kako dijagnoza

Zavisnost od interneta nema svoju MKB (medicinska klasifikacija bolesti) šifru, obzirom na rasprostranjenost upotrebe interneta, zlouotrebe i zavisnosti, bolest bi i šifrom trebala da bude klasifikovana kao takva.

Ključne reči: bol u grudima, internet, zavisnost

## 11. ISTORIJAT SLUŽBE ZA NUKLEARNU MEDICINU U ZAJEČARU – PRVIH 35 GODINA

*Paunković N (1), Paunković J (2), Nikolić K. (3)*

(1) POLIKLINIKA "PAUNKOVIĆ", (2) FAKULTET ZA MENADŽMENT, (3) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR,

Uvod: Prikazan je rad Službe za nuklearnu medicinu u Zaječaru, od formiranja (sredina 1969 godine) do 2004. godine (dok su prva dva autora radili u njoj). Navedeni su mnogi relevantni podaci: »istorijski aspekti« (aktivnosti oko osnivanja službe), struktura i količina izvršenih radionuklidnih testova in vivo i in vitro, kadrovska struktura, doprinos službe drugim medicinskim disciplinama, naučnoistraživački rad itd. Pomenuti su neki interesantni događaji: prva iskustva sa korišćenjem tehnećijuma, organizacija XVIII Jugoslovenskog sastanka za nuklearnu medicinu 1983. godine, rad službe u vreme „blokade“ UN. Cilj: podsećanje i rad u toku prvih 35 godina službe. Materijal i metodi rada: Korišćen je metod "istorijske naracije" sa prezentacijom aparata, fotografija osoblja, prikazom grafikona rezultata "in vivo" i "in vitro" testova. Rezultati: prikazani su u prezentaciji. Zaključak: Služba za nuklearnu medicinu imala je svoj uspon (od 1969 do 2004, svoj uravnoteženi deo (plato), i bojim se svoj kraj (2018. godine). Ključne reči: Nuklearna medicina, radioaktivni izotopi, skener, gama kamera

## 12. DIJABETES MELLITUS KROZ VEKOVE

*Miloš Protić*

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Uvod: Prevalencija. „Nedavno prikupljeni podaci pokazuju da oko 150 miliona ljudi ima diabetes mellitus širom sveta, i da se taj broj može udvostručiti do 2025. godine. Mnogo toga povećanja će se dogoditi u zemljama u razvoju i to zbog rasta populacije, starenja, nezdrave ishrane, gojaznosti i sedanternog načina života. Do 2025. godine, dok će većina ljudi sa šećernom bolešću u razvijenim zemljama biti u dobi od 65 godina ili više, u zemljama u razvoju većina će biti u dobi od 45 do 64 godine i pogođena u najproduktivnijim godinama“ WHO citat. A uprkos naporima u prevenciji i lečenju. Otkriće insulina je, prekretnica i takođe važna lekcija, sa različitim, istorijskim i bioetičkim implikacijama“ Ben Van Omen.

Cilj: nas cilj je sagledati kako je napredovalo znanje kroz isoriju o šećernoj bolesti. Materijal i metodi rada: pretraga internet baza podataka, Pubmed, ADA, Svetska Zdravstvena Organizacija. Rezultati: Oko 1500. pne, Ebers Papirus je prvi pisani osvrt na dijabetes od strane starih egipatskih lekara. A 230. pne, Apolonije od Memfisa daje ime dijabetes (od grčkog "proći kroz") prvi put upotrebljen termin. U prvom veku naše ere, Aulus Cornelius Celsus daje prvi klinički opis dijabetesa. Peti vek pne, Susruta i Charaka, u Indiji: Prva razlika između dijabetesa tipa 1 i tipa 2. 1776. Metju Dobson, Engleska: utvrđeno je da je slatko-ukusna supstanca u urinu dijabetičara šećer. 1788, Tomas Kouli, Engleska: prva veza između dijabetesa i pankreasa. 1869. Paul Langerhans, Nemačka: Otkriće u pankreasu, tzv. „Langerhansovih ostrvaca“. 1889, Oscar Minkovski, Joseph von Mehring, Nemačka: Uklanjanje pankreasa u pasa izaziva neposredni razvoj dijabetesa. 1893, Edouard Laguesse, Francuska Langerhansova ostrva mogu biti izvor antidijabetične supstance. U 1907, Georg Zuelzer, Nemačka: Ekstrakt pankreasa "acomatol", proizveden od Zuelzera, smanjuje glukozuriju i povišen pH u krvi pasa sa dijabetesom. 1921–1922, Frederick Banting, Charles Best, James Collip i John J.R. Macleod, Kanada: Pseći ekstrakti pankreasa pokazuju da smanjuju glukozuriju. Prva uspešna klinička upotreba rafinisanog ekstrakta pankreasa za pacijente sa dijabetesom. Kompanija Eli Lilly započinje rad na komercijalnom razvoju insulina. 1928, Nemačka Sinthalin - derivat

gvanidina se daje oralno za lečenje dijabetesa. 1939, C. Ruiz, L.L. Silva, iz Argentine ukazuju na hipoglikemijska svojstva sulfonamidnih antibiotika, tada prvi put uočeno. 1958, Frederic Sanger, Velika Britanija Nobelova nagrada za strukturnu formulu govedeg insulina. 1959, Rosalin Lalov i Salomon Berson, SAD Razvoj radioimunoeseja. Rosalin Lalov dobio je Nobelovu nagradu za RIA 1977. 1966, na Univerzitetu u Minesoti, SAD izvršena je prva transplantacija pankreasa. 1969, Dorothei Hodgkin, Velika Britanija daje opis trodimenzionalne strukture svinjskog insulina pomoću rendgenske kristalografije. 1978, Robert Crea, David Goeddel, SAD, započinje proizvodnja humanog insulina koristeći tehnologiju rekombinantne DNK. 1993, Diabetes Control and Complications Trial, SAD, o odnosu metaboličke kontrole dijabetesa tipa 1 i razvoju dijabetičkih komplikacija. 1998, Velika Britanija, Prospective Diabetes Study, relacija između metaboličke kontrole dijabetesa tipa 2 sa razvojem komplikacija dijabetesa. 2001, Program prevencije dijabetesa, SAD veza ishrane i vežbanja sa stopom razvoja dijabetesa tipa 2 u populaciji visokog rizika. 2003. Human Genome Project Sequencing humanog genoma

Zaključak: Impresionira činjenica o ranim zapazanjima o secernoj bolesti. Ključne reči: dijabetes, vreme, vekovi, mellitus

### 13. SAMOPOVREDJIVANJE U UROLOGIJI- PRIKAZ SLUČAJA

*Radoš Žikić (1), Zoran Jelenković (2)*

(1) POLIKLINIKA "PAUNKOVIĆ, (2) FOND ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZAJEČAR

Samopovredjivanje predstavlja namerno nanošenje povrede samom sebi. Najčešće su to posekotine i opekotine. To je način da se osoba izbori sa emocionalnim problemima. Samopovredjivanje vrlo retko predstavlja pokušaj suicida. Prikazujemo slučaj tridesetogodišnjaka koji navodno nije hteo više da bude muško te je sebi amputirao dve trećine penisa i naneo nekoliko posekotina na srotumu u nameri da se kastrira. Slučajno ga otkrila majka kada je u svojoj sobi vikao neću više da budem muško. Ispitivanjem krvi i sa delom penisa pored sebe, majka ga hitno dovodi u urološko odeljenje. Deo penisa umotan u peškir predaje nam na prijemu. Nakon hirurškog zbrinjavanja, dalje lečenje nastavlja kod neuropsihijatra.

### 14. MEDIJASTINALNI TUMORI-HIRURŠKI NAČIN LEČENJA

*Vešović N., Stojković D.*

KLINIKA ZA GRUDNU HIRURGIJU I KARDIJALNU HIRURGIJU VOJNO-MEDICINSKE AKADEMIJE-BEOGRAD

UVOD: Medijastinum je anatomska celina koja se nalazi između dve pleuralne šupljine, napred je ograničena grudnom kosti, pozadi je kičma, donja granica je dijafragma a gornji deo je otvoren prema vratu. Deli se na 4 anatomske celine: -gornji medijastinum gde se nalazi timus, aortni luk i grane tog luka, jednjak, ductus thoracicus i nervi (n.vagus, n.phrenicus, n.reccurens) -prednji medijastinum gde je mesto timusa, limfnih čvorova, medijastinalnog vezivnog tkiva i grane art. i v. mammae. -srednji medijastinum koje je prostor srca i perikarda, traheje i glavnih disajnih puteva, pl. arterije i vene. -zadnje medijastinum gde se nalaze jednjak, descendenta aorta, ductus thoracicus, n.vagus, torakalni simpaticus. Dijagnostika obuhvata čitav niz metoda koje uključuju standardnu radiografiju pluća, MSCT grudnog koša, MR grudnog koša, ezofagografiju, angiološke metode kao i tumorske markere medijastinalnih neoplazmi. CILJ: mi smo ovim istraživanjem hteli da ispitamo učestalost, vrste tumora medijastinuma kao i način njihovog lečenja u grupi hospitalizovanih pacijenata u klinici za grudnu hirurgiju VMA u periodu od 01.01.2018 do 01.01.2019

MATERIJAL I METODE: U periodu od 01.01.2018 god do 01.01.2019 god ukupno je hospitalizovano 14 pacijenata sa uočenim promenama u medijastinumu. Na osnovu dijagnostičke obrade planirane su elektivne terapijske hirurške intervencije. Tumori su lokalizovani u gornjem (4), prednjem (5), srednjem



(1) i zadnjem (4) . VATS-om je operisano 11 pacijenata pacijenta a troje 3 klasičnom torakotomijom. Najčešće operisane promene su bil timomi(5), perikardne ciste (3), solitarni fibrozni tumori(3), jedan teratom i jedan glomangiom. Prosek starosti obolelih je 51 godina.

ZAKLJUČAK: Ukupna učestalost tumora medijastinuma je oko 0.1%. Danas minimalno invazivna hirurška intervencija -VATS zauzima potpuno opravdano sve više mesta u hirurškom razresavanju ovih promena. Ključne reči: medijastinalni tumori, VATS.

## 15. IMPLANTOLOŠKO PROTETSKA REHABILITACIJA U USLOVIMA DESTRUKCIJE KOSTI

*Jovanović M (1), Jovanović G.(2)*

(1)MEDICINSKI FAKULTET NIŠ, STUDENT DOS, (2) MEDICINSKI FAKULTET NIŠ, KLINIKA ZA STOMATOLOGIJU

Uvod: Protetska rekonstrukcija i rehabilitacija pacijenata sa velikom destrukcijom alveolarnog grebena oduvek je predstavljala problem u stomatološkoj praksi. Izrada mobilnih protetskih radova u takvim uslovima može biti manje više uspešna. Međutim, kada pacijent zahteva fiksni protetski rad njegova izrada je nemoguća bez implantacije, koja vrlo često zahteva dvofaznu operaciju, tj. augmentaciju alveolarnog grebena i kasniju ugradnju implantata. Pacijenti nerado prihvataju dvofazni postupak jer su dva puta izloženi fizičkoj, tj. psihičkoj traumi. Izrada definitivnog protetskog rada tada se odlaže za 14 meseci od prve operacije. Cilj: Jednoseansna ugradnja implantata i protetska rehabilitacija pacijenta u uslovima destrukcije kosti. Materijal i metode: U radu su prikazana tri pacijenta sa totalnom i parcijalnom bezubošću i izraženom destrukcijom alveolarnog grebena gornje vilice, kod kojih je izbegnuta dvofazna operacija. Rezultati: Implantati su uspešno ugrađeni u jednoj seansi na mestima minimalno očuvanog koštanog tkiva. Nakon uspešne oseointegracije definitivna protetska rehabilitacija izvršena je fiksnim metalokeramičkim nadoknadama 6 meseci posle oralnohirurških zahvata. Zaključak: Pravilno postavljenom indikacijom, detaljnim planiranjem i dobrom implantološko- protetskom tehnikom moguće je nekada izbeći dvofaznu operaciju augmentacije kosti i ugradnje implantata, kao i skratiti vreme definitivnog protetskog zbrinjavanja.

Ključne reči: Destrukcija kosti, augmentacija, implantacija, protetika

## 16. TROMBOZA VENE PORTE KAO DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA BOLA U ABDOMENU

*Radovanović J.(1), Gavrilović N(2), Bjelopetrović R.(3)*

(1) DOM ZDRAVLJA " DR ĐORĐE BASTIĆ" SRBOBRAN, (2) DOM ZDRAVLJA SUBOTICA, (3) DOM ZDRAVLJA RUMA

Uvod:Tromboza vene porte je zapušenje vene porte krvnim ugruškom. Uzroci su najčešće karcinom jetre ili ciroza jetre. Kod novorođenčadi može biti posledica infekcije pupčanika, takođe može biti genetska sklonost povišenoj koagulabilnosti krvi, ali najčešće se ne otkriva pravi uzrok postojanja tromba u portnoj veni.Cilj:. Ukazati na postojanje mogućnosti tromboze portne vene kod pojave jakog i upornog bola u abdomenu

Materijal i metodi rada:Podaci su uzeti iz elektronskog kartona pacijenta Doma zdravlja u Srbobranu, kao i iz istorije bolesti nakon hospitalizacije i lečenja u Kliničkom centru Vojvodine na Klinici za gastroenterologiju i hepatologiju.

Rezultati: Pacijent star 37 godina javlja se lekaru opšte medicine u Dom zdravlja Srbobran zbog bolova u gornjem delu stomaka ispod rebara u vidu pečenja koji se nakon obroka pojačava. Bol je postojao i u

predelu leđa u visini bubrega koji ne prolazi nakon uzimanja analgetika koje je pacijent koristio samoinicijativno misleći da su bolovi mišićnog karaktera i da su posledica položaja tela zbog radnog mesta na poslu, pacijent je instruktor vožnje. Nakon pregleda, lekar opšte medicine takođe zaključuje da su bolovi u mišićima leđa i da su posledica radnog mesta, ali ipak nalaže da se urade rutinske laboratorijske analize. Rezultati ukazuju na mirnu leukocitarnu formulu i urednu krvnu sliku. Prisutno je samo malo kristala amorfnih urata u urinu. Lekar predlaže i dalje analgetike po potrebi uz uzimanje veće količine tečnosti jer sumnja na pesak u mokraći. Kako se bolovi ne smanjuju pacijent se javlja internisti u Domu zdravlja Srbobran, koji zahteva Eho abdomena i analizu stolice na *Helicobacter pylori*. Eho ukazuje na masnu jetru, a u stolici je pozitivan nalaz na *Helicobacter pylori*. Internista se odlučuje na antibiotsku terapiju uz gastroprotektiv sa analgetikom po potrebi. Zbog masne jetre predlaže CT abdomena. Kako se bolovi ne smanjuju pacijent se obraća gastroenterologu u privatnoj ordinaciji koji nakon pregleda i tumačenja prethodnih nalaza odmah indikuje CT. CT je rađen nedelju dana kasnije u Kliničkom centru Vojvodine. Radiolog dijagnostikuje trombozu vene porte. Pacijent odmah biva zadržan po preporuci radiologa na odeljenju Klinike za gastroenterologiju gde se sprovode dalja ispitivanja i praćenje uz terapiju fraxiparinom. Na odeljenju urađena gastroskopija i kolonoskopija. Nalazi su bili uredni. Urađena je i analiza DNK kojom je potvrđena genetska sklonost ka povišenoj koagulabilnosti krvi. Pacijent nakon 18 dana hospitalizacije biva otpušten kući sa savetom o daljim kontrolama

**Zaključak:** Tromboza vene porte je jedna od ređih tromboza venskog krvotoka. Kao retka često se u prvi mah ne sumnja na nju kao uzrok bolova u stomaku. U zavisnosti od stepena opstrukcije zavisi i sama prezentacija kliničke slike. Kako je njena pojava veoma važna i ozbiljna patologija, lekari koji se bave trijažom u diferencijalnoj dijagnozi upornog bola pojasnog karaktera u abdomenu moraju jednako sumnjati i na trombozu portne vene kao i na trombozu mezenteričnog venskog sistema. Ključne reči: tromboza, portna vena, bol

## 17. MALIGNI MELANOM KOŽE- PRIKAZ SLUČAJA

*Tamara Stanulović (1), Danijela Ćirić (2)*

(1), DOM ZDRAVLJA PETROVAC NA MLAVI (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

**Uvod:** Maligni melanom je maligni tumor poreklom iz melanocita. Najmaligniji je tumor kože i predominantan je kod belaca. U oko 30% nastaje iz pigmentnog nevusa, dok ostatak uglavnom nastaje bez podataka o prethodnoj prekancerovnoj leziji. Čini oko 4 % svih malignih tumora i skoro 2% svih tumora kože i uzrokuje 1-2% smrti od malignih oboljenja. Češći je u muškoj populaciji. Maligni melanoma se najčešće javlja između 20-60 godine života. Cilj je prikaz slučaja malignog melanoma kože otkrivenog tokom sistematskog pregleda. Materijali i metod rada: Korišćeni su podaci iz zdravstvenog kartona, na osnovu kontinuiranog praćenja pacijenta, rad pisan deskriptivnom metodom

**Rezultati:** Muškarac 65 godina starosti, dolazi zbog sistematskog pregleda. Negira bilo kakve tegobe. U lokalnom nalazu, prilikom pregleda, uočava se na svetlije prebojenoj koži, mladež u lumbosakralnom delu leđa paravertebralno levo promera 3,5x3 cm, sa kvržicom u njegovom centralnom delu i bez promena na okolnoj koži. Pacijent navodi da se pomenuti mladež na tom mestu pojavio pre 2 godine, a pre 6 meseci se uvećao i povremeno krvario. Medjutim pacijent tome nije pridavao značaja pa se nije ni javljao izabranom lekaru. Urađena je kompletna dijagnostika koja je obuhvatala laboratorijske nalaze i ehosonografju / EHO / abdomena i eho ingvinuma. Sva urađena dijagnostika je bila uredna. Pacijent je upućen dermatovenerologu u lokalnom Domu zdravlja, i pod sumnjom na melanom pacijentu je zakazan pregled u Melanoma centar KBC Bežanijska Kosa. Zatražen je prikaz Onkološkom konzilijumu radi odluke o daljem lečenju, indikovano je operativno lečenje: izvršena je radikalna ekscizija ekzulcerisanog kožnog tumora i poslat na PH verifikaciju. Patohistološka /PH / verifikacija je pokazala da se radilo o malignom melanomu, nodularnog tipa, Clark IV, Breslow 7 mm. Onkološki konzilijum nalaže redovne kontrole nadležnog hirurga, uz eho abdomena, RTG pulmo i LDH. Tokom 2014. i 2015. na svaka 3 meseca radjene su laboratorijske analize, eho abdomena, axilarnih i ingvinalnih regija kao i RTG pluća, pri čemu su svi nalazu bili uredni. Na redovnoj tromesečnoj kontroli januara 2016.g. na ultrazvučnom nalazu abdomena, u jetri se uočava sekundarni depozit desnog režnja velicine 20 mm, kao i patološki izmenjene dve limfne žlezde u

levom ingvinumu. CT abdomena potvrđuje ultrazvučni nalaz. RTG pluća bez promena. Laboratoriske analize uredne. Onkološki konzilijum predlaže 3 ciklusa sistemske HT, nakon čega je urađjen MSCT toraxa i abdomena, nalaz je bio u umerenoj progresiji, uključen je Nolvadex 40mg 2x20mg. U laboratorijskim analizama se registruje porast LDH 281-666 i gama gt 80,8- 442,4 u narednih 6 meseci. MSCT trbuha i male karlice iz septembra 2016. prikazuje nalaz u progresiji. Januara 2017. zbog slabosti desne strane tela i otežanog govora kao i desnog "centralnog" facijalisa pacijent je hospitalizovan. Mesec dana nakon prijema pacijent je preminuo.

**Zaključak:** Na postojanje malignog melanoma kože uvek treba posumnjati ukoliko se primeti svaka promena boje, oblika i veličine mladeža, kao i svrab. Ukoliko postoji promena u pigmentaciji, nepravilnim ivicama ili je njegov prečnik veći od 7 mm. Na delovima tela koji su stalno izloženi suncu, važni su samopregledi, međutim sam melanom se može pojaviti i na relativno skrivenim mestima, pa bi svako obraćanje pacijenta izabranom lekaru otklonilo moguće dileme i postavljanje dijagnoze na vreme.

**Ključne reči :** nevus, maligni melanoma kože

## 18. KARCINOM PANKREASA KOD PACIJENTA SA HRONIČNIM B HEPATITISOM - PRIKAZ SLUČAJA

*Danijela Ćirić (1), Tamara Stanulović (2), Dragana Mitrović (3), Milan Stojanović (4), Tanja Mladenović (5)*

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (2) DOM ZDRAVLJA PETROVAC NA MLAVI, (3) ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, (4) MAGNA PLUS REZONANCA, NIŠ (5) NIŠ, TRENUTNO NEZAPOSLENA

**Uvod:** Karcinom pankreasa najčešće nastaje u glavi pankreasa. Ima visok procenat mortaliteta, najčešće zbog kasne kliničke manifestacije bolesti i odsustva ranih simptoma, kao i visokog procenta recidiva posle hirurške terapije i rezistencije na konvencionalnu onkološku terapiju. Faktori rizika za nastanak karcinoma pankreasa su pušenje, prekomerno unošenje masti i mesa, gojaznost, dijabetes mellitus, hronični pankreatitis. Neke studije ukazuju na povezanost hronične infekcije hepatitisom B sa pojavom karcinoma pankreasa. Najčešći simptomi su gubitak u telesnoj težini, abdominalni bol, žutica. Bolesnici imaju tamnu mokraću i svetlu stolicu. Od nespecifičnih simptoma ističu se anoreksija, nadutost i flatulencija, kao i moguće povraćanje i migratorni tromboflebitis. Dijagnoza se postavlja na osnovu anamneze, fizikalnog nalaza, laboratorijskih analiza, tumorskih markera i imadžing metoda. U terapiji najvažniju ulogu ima hirurgija, ali se koristi i polihemioterapija i zračna terapija. Cilj rada: da se ukaže na značaj primarne prevencije i izmene stila života s obzirom da ne postoji skrining program za rano otkrivanje bolesti. Materijal i metode: podaci su dobijeni iz zdravstvenog kartona i ostale dostupne medicinske dokumentacije, rad je napisan deskriptivnom metodom. Prikaz slučaja: Pacijent muškog pola, star 51 godinu žalio se na nelagodnost u epigastrijumu koja traje nekih desetak dana, ređe stolice, gubitak na telesnoj težini 10 kilograma za godinu dana i žutu prebojenost beonjača. Boluje od hroničnog hepatitisa B, šećerne bolesti i od hipertenzije. U porodičnoj anamnezi majka boluje od DM tip 2 i HTA, otac bolovao od sarkoma. Zaposlen, oženjen, troje dece, pušio je 20 godina po 10-15 cigareta, ne puši unazad 5 godina, alkohol konzumira povremeno u umerenim količinama, negira alergije na hranu i lekove. Inspekcijom uočavamo ikteričnu kožu i sklere. Abdomen je u ravni grudnog koša, palpatorno mek, lako bolno osetljiv u epigastrijumu. Jetra se palpira 3 poprečna prsta ispod desnog rebarnog luka, ostali nalaz je uredan. U laboratorijskim analizama povišene transaminaze, GGT, alkalna fosfataza, dok je vrednost tumorskog markera CA19.9 bila 550. Na CT-u abdomena uvećana glava pankreasa sa tumorskom promenom 25mm. Operisan je u dva navrata, HP nalaz je: adenocarcinoma ductale invasivum capitis pancreatis, nakon toga sprovedena HT 5-FU/LV. Nakon IV ciklusa savetovana je hemioiradijacija. Nakon sprovedene terapije redovno se kontroliše skoro 3 godine i nema znakova recidiva bolesti. **Zaključak:** I pored primenjene terapije karcinom pankreasa i dalje ima visok mortalitet. Obzirom da ne postoji skrining program za rano otkrivanje bolesti treba raditi na modifikaciji faktora rizika i izmeni stila života što podrazumeva prestanak pušenja, prestanak konzumiranja alkohola, ishranu bogatu voćem i povrćem uz smanjen unos masti i crvenog mesa, fizičku aktivnost u cilju sprečavanja gojaznosti, kao i sprovođenje mera zaštite radi sprečavanja nastanka hepatitisa B uključujući i vakcinaciju protiv B hepatitisa kod osoba koje su u riziku. **Ključne reči:** karcinom pankreasa, hepatitis B, prevencija

## 19. MOEBIUSOV SINDROM, DA ILI NE?

Vinka Repac<sup>1</sup>, Zdravko Ždrale<sup>2</sup>, Branislava Stanimirov<sup>3</sup>, Marija Repac<sup>4</sup>, Elena Đukić<sup>5</sup>, Ivana Lukić<sup>6</sup>

(1)DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE, (2) ZZZZ-ZRENJANIN, (3) DOM ZDRAVLJA NOVI SAD, (4) PRIRODNOMATEMATIČKI FAKULTET NOVI SAD-STUDENT, (5) MEDICINSKI FAKULTET, BEOGRAD-STUDENT, (6) KCV INSTITUT ZA DEČJU HIRURGIJU NOVI SAD

UVOD: Moebiusov sindrom (MBS) je retka kongenitalna bolest s neprogresivnom unilateralnom ili bilateralnom parezom moždanih živaca, primarno facijalisa (VII.) i abducensa (VI.). Pareza facijalisa dovodi do gubitka mimike lica, smanjenog lučenja suza i poremećaja ukusa, a oštećenje abducensa daje konvergentni strabizam uz nemogućnost lateralnih pokreta oka. Mogu biti zahvaćeni i drugi kranijalni živci (III. –XII.). Klinička slika varira zavisno od zahvaćenosti ostalih kranijalnih živaca, pa se uz simptome pareze facijalisa i abducensa pojavljuju problemi gutanja, govora, promuklosti i oštećenja sluha. Mogu biti prisutne i malformacije udova (sindaktilija, brahidaktilija, nepostojanje prstiju ruke i stopala).

PRIKAZ SLUČAJA: Dečak star 5 godina upućen oftalmologu zbog konvergentnog strabizma oba oka koji je majka primetila u drugoj godini života ali zbog čestih promena mesta stanovanja dete nije lečeno. Roditelji su obavešteni, početkom druge godine života /sekundarna ustanova/ da mora početi lečenje konvergentnog strabizma. Iz tog perioda datira nalaz magnetske rezonancije endokranijuma koji pokazuje bilateralnu aplaziju facijalisa i abducensa, delimičnu okulomotorijusa, dok su vlakna trigeminusa i vestibulocohlearisa urednog nalaza, što odgovara kliničkoj slici. Dete otežano, ali samostalno guta. Oftalmološkim pregledom dobijamo da: nisu mogući lateralni i vertikalni pokreti očiju. U primarnom položaju izražen je konvergentni strabizam uz horizontalni otklon više od 25 prizma dioptrija (PD), a vertikalni otklon na prvom pregledu nismo primetili. Vidna oštrina: VOD: c/c 0,4 VOS: c/c 0,5. Urađena je cikloplegija sa Atropini sulfati 0.5%. Dijagnostikovano je astigmatizam hipermetropni. Propisana korekcija. Nakon šest meseci konvergentni strabizam je bio manje izražen - horizontalni otklon je bio oko 10 PD u primarnom položaju. Vidna oštrina je poboljšana i iznosila je za desno oko 0,5 a levo 0,6 uz korekciju. Tada propisujemo punu korekciju i okluziju po šemi. Nakon godinu ipo vidna oštrina je poboljšana samo na desnom oku (VOD: cc 0,8 VOS cc 0,6). Prvi put je primećen vertikalni strabizam levog oka. Pri pogledu u daljinu izmerena je elevacija levog oka više od 12 PD-a. Nošenjem naočara poboljšana je vidna oštrina i ispravljen konvergentni strabizam. Pojava vertikalnog strabizma uzrokovala je supresiju vidne oštine levog oka. Zbog otklona levog oka prema gore ne razvija se oštrina vida. U naredna 3 meseca vidna oštrina na levom oku je blago pogoršana, a desno je ostalo isto. Dete je upućeno u tercijarnu ustanovu radi operativnog rešavanja vertikalnog strabizma. Urađena je repozicija mišića (m.rectus superior). Postoperativni oftalmološki nalaz pokazao je paralelne vidne osovine u primarnom položaju, na blizinu se nije merio vertikalni otklon levog oka. Dečak nosi naočare s odgovarajućom korekcijom. Roditelji često menjaju mesto boravka. Vidna oštrina je nakon 5 godina: VOD: c/c 0,9; VOS: c/c 0,4. Nije imao drugih tegoba. Nismo imali dobru saradnju sa roditeljima pa nisu urađeni svi neophodni konsultativni pregledi. ZAKLJUČAK: Pristup pacijentima s Moebiusovim sindromom mora biti multidisciplinarnan, što uključuje razne specijalnosti, kako bi se poboljšao kvalitet života. Ključne reči: Moebiusovim sindromom, dete, strabizam.

## 20. UČESTALOST POVIŠENOG KRVNOG PRITISKA KOD DECE

Zoranka Vlatković

DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE

UVOD: Arterijska hipertenzija je stanje krvnog pritiska (KP) kod kojeg su u najmanje tri vremenski odvojena merenja izmerene vrednosti KP iznad 95. percentila određenog prema polu, uzrastu i telesnoj visini. Pritisak između 90. i 95. percentila određuje stanje visokog normalnog krvnog pritiska (prehipertenzivno stanje), koje zahteva da se više puta ponovi merenje KP i ispituju ostali rizici prevremene ateroskleroze. Postojanje i učestalost dečije hipertenzije uzrokovano je nasleđem, gojaznošću

deteta i stilom života porodice u kojoj dete živi. Prema navodima stručne literature, učestalost hipertenzije kod dece je u porastu.

**CILJ RADA:** Ukazati natrend pojave arterijske hipertenzije u dečijem uzrastu.

**METOD RADA:** Urađena je retrospektivna analiza zdravstvenih kartona dece koja su pregledana radi bavljenja sportom u školskoj aktivnosti tokom 2018. godine. Obuhvaćeno je 240 dece starosti od 11 godina do 15 godina života. Broj dečaka je 146 a broj devojčica je 94. Urađena je statistička obrada prema polu, zastupljenosti povišene vrednosti krvnog pritiska i udruženost sa gojaznošću.

**REZULTATI:** Od 240 pregledane dece izdvojeno je 16-oro dece sa povišenim krvnim pritiskom (1,5%), od čega 12 dečaka (75%) i 4 devojčice (25%). Udruženo sa povišenim krvnim pritiskom imalo je i prisutnu gojaznost 14 dece (87,5%). Urađen je osnovni pedijatrijski pregled sa laboratorijskom obradom, kardiološkim, endokrinološkim i oftalmološkim pregledom. Indikovana je redukciona hipokalorijska ishrana sa 1500 kCal, bez soli, potom fizička aktivnost umerenog stepana, ograničen pasivan rad u toku 24h tipa gledanje TV ili boravak za računarom do maksimalno 1sata.

**ZAKLJUČAK:** Hipertenziju treba shvatiti ozbiljno, preduzeti sve adekvatne mere i dijagnostičke metode koje mogu otkriti njen uzrok i na taj način prevenirati dalje komplikacije i unaprediti život pacijenta, posebno kada je reč o deci, čija budućnost zavisi od nas i našeg pristupa lečenju. Naša sudbina je u našima genima ali i epigenetika ima značaja a na nju možemo uticati, menajati stil i način života, adekvatno prevenirati, na odgovarajući način terapijski reagovati, odložiti bolesti i moguće komplikacije.

**KLJUČNE REČI:** hipertenzija, gojaznost, dete, prevencija.

## 21. UDRUŽENOST RASCJEP A NEPCA I UROĐENIH ANOMALIJA NA SRCU KOD DJECE -PRIKAZ SLUČAJA

*Senad Kolašinac (1), Senadin Pupović (2), Enisa Pupović (3), Sabahudin Pupović (3)*

(1)DZ PLAV, (2) VMC PODGORICA, (3) DZ PODGORICA

**Uvod:** Učestalost kongenitalnih srčanih mana je 6 na 1000 živorođene djece. Mogu biti udružene i sa drugim anomalijama. Mnoge srčane mane učestvuju u sklopu nekih sindroma kao što su: Holt Oramov sindrom, Ellis van Creveldov, Hurlerov, Morquioov, sindrom u naslijeđenom mutanom genomu. Učestalost rascjepa usne i nepca je od 0,33 %-1,47% na 1000 živorođene djece. Pretpostavka je da je etiologija multifaktorijelna poligeno naslijeđena predispozicija i razni intrauterine uzroci. Rascjep usne, mekog tvrdog nepca je u oko 3% do 8% u okviru nekih sindroma a u preko 90% u slučajevima izolovanih anomalija, opisana je i tako anomalija hromozoma u trizomiji 13 i trizomiji 18, sindromu xxxxy, tako da i u nekim mutacijama može ići u dominantno naslednim bolestima Van den Wendeov sindrom, poplitealni pterigijum hipogonadizam, malformacije na prstima i rascjep usne. Cilj: je da ukaže na učestalost udruženih kongenitalnih anomalija kod djece kao i na hereditarnu opterećenost. Materijal i metodi rada: Dječak uzrasta 4 g sa udruženim manama na srcu i koštano-mišićnom strukturama (kompletni levostrani rascjep usne, mekog i tvrdog nepca ASD tip II DAP). Rođen prevremeno usled rupture plodovih ovojaka, PM 2320 PO 47,og 32 u Dijete je iz porodilišta iz Berana upućeno u centar za Neonatologiju Podgorica gdje je urađena dalja dijagnostika i urađena hirurška korekcija usne, a korekcija nepca ostavljena za kasniji uzrast. Kako je potvrđeno zbog postojanja urođene stčane anomalije mana ASDII (atrijalni septalni defekt tipa sekundum) i ductus arteriosus persistens (DAP) i upućeno u UDK Beograd gdje je urađena kardiohirurška intervencija i korekcija mana. Potrebno je kompleksno liječenje multidisciplinarno uključujući dječjeg kardiologa, kardiohirurga, maksilofacijalnog hirurga, logopeda, psihologa i drugih. U I mjesecu života urađena je operacija usne u planu je operacija na nepcu imao je krize svijesti april 2016, obostrana ingvinalna hernija, anemija, saloadenitis april p2018. Operacijom na srcu koriguje se srčana mana tako da nema nikakvih smetnji u smislu gušenja i cijanoze, a i šum se ne čuje auskultatorno. **Zaključak:** Prenatalna dijagnostika treba da ukaže na ovakvu vrstu anomalija, iako ne bi trebalo uvijek razmišljati na prekid trudnoće jer rezultati liječenja su sasvim zadovoljavajući u porodicama gdje postoje ovakve anomalije postoji mogućnost nasljedstva. Svakako upozoriti roditelje sa mogućim anomalijama na rođenju. Ključne reči: anomalije, rascjep nepca, hereditet

## 22. TERAPIJA NEKOMPLIJANTNIH PACIJENATA SA SHIZOFRENIJOM- PRIKAZ SLUČAJA

*Zastranović M.*

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Uvod: Shizofrenija je duševno oboljenje koje zahteva dugotrajno lečenje. Dosadašnja ispitivanja ukazuju da genetski činioci utiču na razvoj i tok bolesti. Incidencija je 1/10.000. Neujednačena raspodela stope prevalencije posledica je socijalne selekcije: rani početak dovodi do socijalne stagnacije, kasni početak povezan je sa višim društvenim statusom. Dobni raspon rizika za shizofreniju je 20 do 35 godina, a izražen vrhunac u periodu od 15-24 godine života, za ženski pol je niži, u dobi od 15-29 godina i još niži vrh na u dobi od 45-49 godina (u menopauzi). U 75% slučajeva prvom prijemu prethodi prodromalna faza sa srednjom dužinom od 5 godina i psihotičkom prefazom od jedne godine. Zbog toga su šizofrenije u kasnijem razdoblju češće i teže kod žena nego kod muškaraca. Najizrazitija razlika među polovima je socijalno negativno ponašanje mladih muškaraca. Psihijatrijski tretman prvog izbora su antipsihotici, koji mogu umanjiti pozitivne simptome psihoze u 7 do 14 dana, međutim ne poboljšavaju bitno, negativne simptome i kognitivnu disfunkciju. Predmet je debate da li je bolji izbor upotreba tipičnih ili atipičnih antipsihotika. Gotovo potpuno povlačenje simptoma postiže se u 40-50% slučajeva, delimično u 30-40%, dok u oko 20% slučajeva dolazi do rezistencije na tretman (manjka povlačenje simptoma nakon šest nedelja tretmana s dva ili tri različita antipsihotika). Kod osoba s prvom epizodom shizofrenije dugoročni ishod je dobar u 42% slučajeva, srednji u 35% i loš u 27%. Cilj: U radu se prezentuje terapija pacijenta koji se dugo leči od shizofrenije. Rezultati: Pacijent, 38 godina, koji je završio srednju školu. Prva hospitalizacija je bila po završetku srednje škole (u 19. godini). Utvrđeno je da se radi o shizofrenom poremećaju. Više puta lečen na psihijatrijskom odeljenju. Bez zaposlenja, korisnik materijalne pomoći. Započeta je terapija : Flufenasin (Fluphenazine), Hlorpromazin (Chlorpromazine) i Diazepam i amp. Flufenasin depo. S obzirom da se smetnje održavaju isključuje se Hlorpromazin, a uvodi se Clozapine. Dve godine kasnije uvodi se u terapiju atipični antipsihotik Olanzapin u ODT obliku i primećuje se poboljšanje sa jasnim adekvatnim socijalnim relacijama. Duže vreme koristi terapiju: amp. moditen depo, flufenasin, diazepam i olanzapin odt. Postignuta je solidna remisija, pored depo terapije primenjuju se i antipsihotici novije generacije uz kombinaciju sa antipsihoticima iz ranijih perioda. Sada živi sam i redovno se javlja na kontrolne preglede. Zaključak: Za postizanje solidne kliničke remisije kod nekih pacijenata je potrebno i da se pored depo terapije primenjuju i antipsihotici novije generacije uz kombinaciju sa antipsihoticima iz ranijih perioda. Ključne reči: Shizofrenija, antipsihotici

## 23.VENTRIKULARNE EKSTRASISTOLE KOD SPORTISTA

*I.Lukić (1), I. Lukić (2), M. Repac (3), E.Đukić (4)*

1)SPEC.ORDINACIJA „SPORTREHAMEDICA“, ZRENJANIN 2)KC VOJVODINE, NOVI SAD 3)PMF NOVI SAD  
4)MF BEOGRAD

Uvod: Ventrikularne ekstrasistole su najčešći uzrok iznenadne srčane smrti kod sportista. Njihova učestalost je 2,1 na 100000 aktivnih sportista. Uzroci njihove pojave su različiti -infekcije, srčane mane, poremećaj u radu štitne žlezde (hipertireoza), gastritis, anemija, fokalozne, reumatska groznica, ateroskleroza, hipertenzija, stres. Uvođenjem redovnih periodičnih pregleda sportista, na svakih 6 meseci suočavamo se sa povremenom pojavom asimptomatskih ventrikularnih ekstrasistola kod do tada urednog EKG nalaza. Nakon 10 godišnjeg praćenja 5500 sportista i rekreativaca po standardnom protokolu utvrđenom Pravilnikom o zdravstvenim pregledima učesnika u sportu, dijagnostikovali smo 9 sportista sa ventrikularnim ekstrasistolama.

Cilj: istražiti uzroke pojave ekstrasistola kod sportista. Materijal i metodi rada: standardizovani protokol koji uključuje antropometrijska merenja, preglede po sistemima, laboratorijski nalazi (KKS, glikemija, urin)

i EKG. Nakon dijagnostikovanja ventrikularnih ekstrasistola – dodatna laboratorijska obrada, 24h Holter, ehokardiografija i periodična ergometrijska testiranja.

Rezultati: Svih 9 pacijenata su imali pozitivan imunološki odgovor na viruse-koksaki, adeno virus ili citomegalo virus. Nakon zavšetka lečenja i urednih ergometrijskih testova, 8 pacijenata se vratilo svojim aktivnostima, dok jedan pacijent svoju uspešnu igračku karijeru zamenuo perspektivnom trenerskom.

Zaključak: virusne infekcije u sportskoj populaciji uzimaju primat među uzrocima pojave ventrikularnih ekstrasistola. Razlog za njihovu pojavu je pad imuniteta uzrokovan pretreniranošću, stresom, neadekvatnom ishranom...

Ključne reči: ventrikularne ekstrasistole, sport, virusi

## 24. RAK DOJKE NA TERITORIJI OPŠTINE MLADENOVAC

*Milovanović Dušica,*

DOM ZDRAVLJA MLADENOVAC

### Rak dojke na teritoriji opštine Mladenovac

Milovanović D

Dom zdravlja Mladenovac

**Uvod :** Rak dojke je najčešće dijagnostifikovan maligni tumor kod žena. U Centralnoj Srbiji 2015. godine, prijavljeno je 2966 novoobolelih slučajeva (Grad Beograd 1121 )

**Cilj:** Prikazati morbiditet raka dojke na teritoriji opštine Mladenovac

**Materijal i metodi rada** Retrospektivna studija. Podaci su dobijeni iz medicinskog kartona, dnevnih izveštaja, Registra hroničnih nezaraznih bolesti. Posmatran je period od 01.01.2015.-31.03.2019. godine.

**Rezultati :** U posmatranom periodu, u Dom zdravlja Mladenovac javile su se 432 pacijentkinje sa dijagnozom C50-C50.9, što čini 1.61% svih stanovnika ženskog pola opštine Mladenovac. Najmlađa pacijentkinja ima 17 godina a najstarija 95. Najviše pacijentkinja 140 ( 32,4%) ima u starosnoj dobi 60-69 godina. Na osnovu raspoložive medicinske dokumentacije preminulo je 11 (2.54%), ali ovi podaci su nepotpuni, jer nemamo evidenciju preminulih u toku bolničkog lečenja.

**Zaključak:** Svake godine u svetu oboli oko milion žena od raka dojke. Bolest najčešće otkriva sama pacijentkinja, kao palpabilnu masu u dojci zbog koje se javi na pregled. Često se prvi pregled u ambulanti obavi kada je bolest u poodmaklom stadijumu a ishod lečenja nezvestan. Stalnom edukacijom pacijentkinja o značaju preventivnih pregleda i samopregleda dojki moguće je povećati broj dijagnoza postavljenih u ranom stadijumu bolesti. Pravovremenim otkrivanjem bolesti povećava se mogućnost da lečenje ima željeni, uspešan ishod.

**Ključne reči :** Rak, preventivni pregledi, samopregled

Sesija : kazuistika

Način prezentacije : Poster prezentacija

## 25. INCIDENCIJA MALIGNIH BOLESTI U PERIODU OD 1999. GOD. – 2019. GOD.

*Miljana Mladenović-Petrović*

DOM ZDRAVLJA BELA PALANKA

Uvod: Srbija je već godinama u vrhu zemalja po broju obolelih od karcinoma, a prva je u Evropi po smrtnosti od raka. Faktori rizika koji se okrivljuju za nastanak malignih bolesti su ishrana bogata mastima, pušenje, alkohol, nedovoljna fizička aktivnost. Posebno je stavljen akcenat na karcinom ojke, kao vodeći maligni tumor kod žena i karcinom debelog creva, prostate i pluća.

Cilj: Cilj rada je utvrditi incidenciju obolevanja od malignih bolesti na teritoriji opštine Bela Palanka u periodu od marta 1999-do marta 2019. Materijal i metodi rada: Izvor podataka su zdravstveni kartoni, Registar obolelih od malignih bolesti koji se nalazi u Higijensko-epidemiološkoj službi (HES) Doma Zdravlja Bela Palanka, kao i Knjiga umrlih. Maligni tumori su šifrirani prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti - deseta revizija (šifre C00-C96). Podaci o broju stanovnika su dobijeni na osnovu popisa stanovništva iz 2010. godine.

Rezultati: U posmatranom vremenskom periodu su dobijene stope incidencije: za karcinom dojke 33/10000, za karcinom pluća 10/10000, karcinom debelog creva 10/10000 i karcinom prostate 10,72/10000. Zaključak: Uočen je porast obolelih od malignih bolesti u posmatranom vremenskom periodu. Rezultati su u skladu sa podacima na teritoriji većeg dela Srbije.

Ključne reči: incidencija, karcinom, dojka

## 26. EGZACERBACIJA GRAVESOVE BOLESTI NAKON TUPE POVREDE GRUDNOG KOŠA

*Nataša Rangelov, Petrović S., Goran A., Dragan P.,*

ZC NEGOTIN, SLUŽBA ANESTEZIOLOGIJE, ODELJENJE HIRURGIJE

Uvod: Hipertireoza je stanje gde Štitasta zlezda luči preteranu količinu hormona. Tireotoksikoza je klinički sindrom koji nastaje kao posledica uticaja hormona Štitaste žlezde "toksičnog dejstva" na ciljna tkiva usled postojanja Grevsove bolesti, toksičnog adenoma, polinodozne toksične strume, tireoiditisa, ovarijalne strume ili hipofiznog adenoma. Tireotoksična oluja je urgentno stanje, koje se definiše kao akutno pogoršanje (dekompenzacija) hipertireoze ili tireotoksikoze. Sekretija hormona Štitaste žlezde (T3, T4) regulisana je sistemom povratne sprege Hipotalamus (TRH) i prednjeg režnja Hipofize (TSH). Sekretiju inhibiraju i Somatostatin, Kortizol i Dopamin, Estrogen podstiče lučenje. Graves-ova bolest Graves-ovu bolest predstavlja udružnost hipertireoze i difuzne strume usled imunološkog poremećaja. Klinička slika, povećane koncentracije tiroidnih hormona, snižena koncentracije TSH i povećan novo TRAt je dijagnostički za Graves-ovu bolest. Terapija hipertireoze može da bude medikamentna, primenom radioaktivnog joda ili hirurška. Egzacerbaciju hipertireoze mogu da izazovu: operacije, trauma, infarkt miokarda, plućna embolija, diabetička ketoacidoza, porođaj i teška infekcija, prekid antitiroidnih lekova, veliki unos joda (Lugol, jodni kontrasti, amiodaron), unos salicilata. Cilj: Prikazati kliničke manifestacije tireotoksikoze nastale posle tupe povrede grudnog koša i terapijske principe. Materijal i metodi rada: Deskriptivni prikaz slučaja. Rezultati: Pacijent starosti 71 god., ženskog pola, primljen u ZC Negotin na odeljenje hirurije. Dg: St. post contusionem thoracis a.d.VI, preko SHMP. Komorbiditet: Mb Graves (unazad 5 godina), Ulcus ventriculi, HCV, Anaemia sec, Arrhythmia absoluta permanens, CMP, DM tip II. Prisutni su struma, orbitopatija i infiltrativna detmopatija. Ispitana Lab: infektivni sy. (Le: 13,5 Gra: 76,2%, CRP: 47,4), hiposideropenijska anemija (Er: 4,15 Hgb: 108 HCT: 32,6%), azotemija (Urea: 10,2 Creatinin: 112). Radiografski: homogena senka pleuralnog izliva desno do visine prednjeg okrajka V rebra. Nalaz pulmologa: nečujno disanje bazalno desno, spirometrija: insuff. ventilacije restriktivnog tipa srednje teškog stepena (FEV1: 61%, FEV1/FVC: 117). U terapiju uključeni koanalgetici, kortikosteroidi, H2 blokatori, inhibitori protonske pumpe, antibiotici, antiemetici, sedativi, oralni antidiabetici, antihipertenzivna i tireosupresivna terapija (Tiamazol 20mg 2x1tbl), rastvori kristaloida. Trećeg dana hospitalizacije dolazi do pogoršanja KVS funkcije, konsultovan internista i korigovana antihipertenzivna terapija. Četvrtog dana pacijentkinja razvija hiperpireksiju (ttemp: 38C), protruziju, agitaciju, tahipneju (fr. disanja 25/min), hipertenziju (TA > 180/100mmHg), nauseju. EKG fibrilacija predkomora, sa apsolutnom aritmijom komora, Fr: 100/min nishodna ST depresija uz negativan T talas u D2, D3, aVf, V3-V6. Konsultovan anesteziolog, korigovane doze antitireoine terapije (Tiamazol 2x40mg, Dexametason 8mg, Lugolove kapi 3x10), uz oksigenopotporu (O2 6l/Min), gastroprotekciju (Ranitidin 50mg), antipiretik (Paracetamol 1g), potpunu digitalizaciju (Digoksin 0,5mg) i Beta blokadu (Bisoprolol 5mg 2x1), antiemetik (Ondasentron 4mg) i resustituciju hladnim infuzionim rastvorima (Sol Hartman 1000ml). Uzet uzorak krvi, nalaz u smislu hipertireoze (TSH: 0,007 FT4: 8,00 FT3: 5,69 TPOAb: 376,8). Konsultovan grudni hirurg koji je isključio indikaciju za hirurškim zbrinjavanjem. Pacijentkinja se u sledećih 24h monitoringuje i stabilizuje. Subfebrilna-afebrilna, atrijska fibrilacija sa aritmijom komora i frekvencom ispod 80/min, eupnoična, diureza forsirana, arterijski pritisak normalizovan, ekg: spora apsoluta, bez novih ishemijskih promena, diureza forsirana. Zatim konsultovan endokrinolog sa predlogom da se pacijentkinja uputi u tercijernu ustanovu, što je i učinjeno. Zaključak: Tireotoksikoza je najverovatnije izazvala trauma grudnog koša, pacijentkinja je poštujući protokol dobre kliničke prakse, a zatim upućena u tercijernu ustanovu radi daljeg zbrinjavanja. Ključne reči: Tireotoksikoza, trauma grudnog koša



## 27. SIMPTOMATOLOGIJA OSTEOMA FRONTALNIH SINUSA

*Senadin Pupović(1), Enisa Pupović(2), Sabahudin Pupović(3), Senad Kolašinac(4)*

(1)VMC PODGORICA, (2)DZ PODGORICA, (3)CHP PLAV, (4)DZ PLAV

Uvod: Osteomi su benigni tumori koji nisu tako rijetki u ORL ambulanti. Najčešće nastaju bujanjem i proliferacijom periosta. Njihov uzrok nije sa sigurnošću utvrđen, ali se pretpostavlja da trauma i infekcija imaju uticaja na njihov nastanak. Po građi mogu biti: kompaktni, spongiozni i mješoviti. Od velikog značaja je mjesto njihove lokalizacije i brzina rasta. Dugo su asimptomatski i otkrivaju se uglavnom slučajno radiografijom paranazalnih šupljina.

Cilj: Da se ukaže na učestalost simptoma u pacijenata sa osteomom frontalnih sinusa kako bi se posvetila puna pažnja i diskretnim kliničkim znacima.

Materijal i metodi rada: Praćeni su bolesnici koji, bilo samostalno ili kao konsultativni pregledi dolaze u ORL ambulantu a kod kojih dominira glavobolja. Na rutinskom RTG snimku se u pojedinim slučajevim uoči osteom frontalnog sinusa jasno ograničen. Od značaja je njegova lokalizacija i okolina. Obično ako se nalazi u blizini ušća sinusa daje glavobolju koja je difuzna ili lokalizovana. Ako je njihov rast brz može doći do razaranja zidova paranazalnih šupljina i proboja u susjedne regije i to najčešće u orbitu ili ređe u endokranijum. Kada dođe do njihovog prodora u orbitu dolazi do pomjeranja bulbusa naprijed i u stranu. Ako je lokalizacija u blizini frontonazalnog duktusa dolazi do njegove opstrukcije sa recidivantnim infekcijama sinusa i jakom glavoboljom. U dijagnozi je od velikog značaja pored anamneze i kliničkog pregleda potrebno načiniti i RTG sinusa i to: anteroposteriorni, kranioekscentrični i profilni snimak. U slučaju sumnje na neku od komplikacija obavezan je CT kranijuma. Treba imati u vidu da je glavobolja uzrokovana osteomom karakteristična i tu treba biti veoma obazriv. U pogledu liječenja osteoma jedini pravi izbor je hirurška intervencija kada se radi otvaranje frontalnog sinusa i odstranjenje osteoma osteoplastičnom operacijom po Tato-u. Važno je napomenuti da treba u diferencijalno-dijagnostičnom pogledu misliti na osteofibrozu displaziju koja predstavlja zadebljanje kostiju lica čiji je uzrok nepoznat, a predstavlja jednu vrstu tumorske transformacije kostnog tkiva. Dijagnoza se postavlja rendgenskim snimkom paranazalnih sinusa gdje se nađe difuzno zasjenčenje sinusa sa zadebljanim kostnim zidovima.

Rezultati: Od 23 pacijenta koji su praćeni u VMC Podgorica, njih 7 je imalo jasnu simptomatologiju u smislu glavobolje uzrokovane osteomom, dvojica od njih su imala i smetnje sa očima u smislu diplopije. Ostalih 16 u trenutku pregleda nisu imali nikakve simptome. Njima je zakazana obavezna šestomjesečna radiografska kontrola. Ukoliko se pravilno pristupi ovom problemu, prateći određeni redosled u liječenju bolesti dolazi do povoljnog ishoda. Posebno se vodilo računa o asimptomatskim osteomima zbog mogućnosti da se odjednom aktiviraju i daju prepoznatljivu kliničku simptomatologiju.

Zaključak: Kod upornih glavobolja lokalizovanih u predjelu čela treba misliti o osteomu koji se nađu na radiografiji čeonih sinusa. Neophodno je njihovo praćenje kako bi se spriječio njihov eventualni pretjerani rast i pojava komplikacija kada se preporučuje hirurška intervencija.

Ključne reči: osteom, sinusi, glavobolja

## 28. SAVREMENI PRISTUP U PREVENICIJI RIZIČNIH PONAŠANJA

*Mitrović-Stevanović N.*

ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN

Uvod: Svi rizični oblici ponašanja povećavaju mogućnost poremećaja reproduktivnog zdravlja mladih. Naročito su osjetljivi mlađi adolescenti ženskog pola. Dvostruko češće se dijagnostikuje karcinom grlića materice pre 50. godine života kod osoba koje su postale seksualno aktivne pre navršene 16. godine života (Baničević, M. i sar. 2002). Edukacija o zaštiti reproduktivnog zdravlja mladih apsolutno je neophodna i preduslov je zdrave i odgovorne seksualnosti. Najpodobniji oblik prenošenja i usvajanja znanja je kroz radioničarske aktivnosti, koje su spontane i deluju ležerno, iako su unapred osmišljene.

Cilj: Istaći značaj i ulogu radionice u prevenciji rizičnih ponašanja adolescenata, u okviru preventivnih mera u oblasti primarne zdravstvene zaštite, koje se sprovode van zdravstvene ustanove.

Materijal i metodi rada: Grupni zdravstveno vaspitni rad - radionice i Rizikometar sa skalama I i II, prilagođene ispitivanju.

Rezultati: Ispitivanjem je obuhvaćeno 142 adolescenta, VII i VIII razreda jedne osnovne škole u Negotinu. Rezultati dobijeni na prvoj skali pokazali su da 89 (62,67%) smatra da će „često“ moći da prepozna rizično ponašanje, 45 (31,69%) „uvek“, 4 (2,81%) „nisu sigurni“, 3 (2,11%) „nikad“ i 1 (0,70%) „retko“. Na drugoj skali, koja se ticala toga da li će adolescenti posle radionica moći da izbegnu rizičan seksualni odnos, rezultati su pokazali da 74 (52,11%) smatra da će „uvek“ moći da izbegne rizičan seksualni odnos, 59 (41,54%) „često“, 5 (3,52%) „nikad“, 4 (2,81%) „nisu sigurni“.

Zaključak: Na osnovu dobijenih rezultata može se zaključiti da će više od polovine adolescenata - učesnika radionica „često“ moći da prepozna rizično ponašanje, a „uvek“ da izbegne rizičan seksualni odnos. Preventivne mere koje se sprovode van zdravstvene ustanove imaju pozitivan učinak na celokupan razvoj adolescenata. Najpodobniji metod prenošenja znanja mladima je kroz radioničarske aktivnosti. Prevenciju započeti dovoljno rano i raditi na prevenciji svih rizičnih ponašanja.

Ključne reči: prevencija, rizična ponašanja, adolescenti, savremeni aspekt

## 29. KORIŠĆENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE OBOLELIH OD HRONIČNE OPSTRUKTIVNE BOLESTI PLUĆA U DOMU ZDRAVLJA NOVI SAD

*Jovetić M.<sup>1</sup>, Miljković A.<sup>1</sup>, Gavrilović N.<sup>2</sup>, Stojiljković Bošnjak S.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>DOM ZDRAVLJA NOVI SAD <sup>2</sup>DOM ZDRAVLJA SUBOTICA

Uvod: Hronična opstruktivna bolest pluća (HOBP), prema definiciji Globalne Inicijative za Hroničnu Opstruktivnu Bolest Pluća ( GOLD 2017), jeste oboljenje koje se može sprečiti i lečiti. U svim zemljama sveta, pa i kod nas, predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem.

Cilj: Cilj ove analize je utvrditi u kom obimu su pacijenti oboleli od HOBP-a u Domu zdravlja "Novi Sad" koristili zdravstvenu zaštitu u definisanom petogodišnjem periodu.

Materija i metodi rada: Za izradu analize korišćeni su podaci iz elektronske baze podataka Doma zdravlja "Novi Sad", a posmatran je period od 2012-2016 godine unutar koga su pacijenti oboleli od HOBP-a koristili zdravstvenu zaštitu. Analizirana je učestalost korišćenja usluga izabranih lekara u službi opšte medicine i lekara specijalističke službe.

Rezultati: Statistički značajnija veza između pola i prevalencije HOBP-a nije dokazana hi kvadrat testom ( $\chi^2$ ).  $\chi^2$  test pokazao je da postoji statistički značajna veza između, godina života pacijenata obolelih od HOBP-a i prevalencije HOBP-a, i to za starosnu kategoriju 60-79 godina. Jednofaktorskom analizom varijanse utvrđeno je da postoji statistička značajnost između starosnih kategorija i broja poseta izabranim lekarima u službi opšte medicine. Pacijenti oboleli od HOBP-a, starosti 60-79 godina, najčešće su se javljali na preglede izabranim lekarima.  $\chi^2$  test nije pokazao statistički značajnu vezu između pola i broja uputa prema specijalističkim službama. Jednofaktorskom analizom varijanse istražen je uticaj vrste specijalizacije na broj pacijenata obolelih od HOBP-a koji su upućivani na specijalističke preglede.

Utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika između tri kategorije pacijenata- pacijenata upućenih pneumoftziologu, internisti i oftalmologu. Statistički značajna razlika utvrđena je kod upućivanja različitih starosnih kategorija pacijenata na konsultativne preglede pneumoftziologa, interniste i oftalmologa. Pacijenti starosne kategorije 60-79 godina najčešće su upućivani navedenim specijalistima.

Zaključak: Oboleli od HOBP-a, starosti 60-79 godina, najčešće su koristili zdravstvenu zaštitu u Domu zdravlja "Novi Sad", u posmatranom petogodišnjem periodu. Oni su imali česte egzacerbacije osnovne i pridruženih bolesti. Najvažnija uloga u prevenciji, pravovremenoj dijagnostici i lečenju oboljenja, kao i prevenciji egzacerbacija, pripada izabranim lekarima u službi opšte medicine.

Ključne reči: HOBP, prevencija, zdravstvena zaštita

### 30. STAVOVI MLADIH O DOJENJU

*Dimovski D.(1), Gajić J. (2), Komlenić A. (3)*

(1)VISOKA ŠKOLA STRUKOVNIH STUDIJA ZA OBRAZOVANJE VASPITAČA, NOVI SAD; (2) APOTEKA TILIJIA NOVI SAD; (3) ZAVOD ZA ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU RADNIKA "ŽELEZNICE SRBIJE" NOVI SAD

Uvod:Majčino mleko ima neprocenjivu vrednost za sveobuhvatni razvoj novorođenčeta. Skupština SZO je 2012. godine prihvatila rezoluciju 65.6 "Sveobuhvatni plan ishrane majki, odojčadi i male dece" koja navodi među šest glavnih ciljeva za period do 2025. godine, povećanje stope isključivog dojenja do navršenih šest meseci na najmanje 50%. U Srbiji je istovremeno sve manje dece koja se u prvih šest meseci hrane samo majčinim mlekom. Prema podacima Unicefa – svega 12,8%. Iz tih razloga jula 2018. godine stupila je na snagu "Uredba o nacionalnom programu podrške dojenju, porodičnoj i razvojnoj nezi novorođenčeta".

Cilj:je bio da se utvrdi koliko, mlade osobe znaju o vrednosti majčinog mleka i o prednostima dojenja i koji faktori utiču na ta znanja.

Materijal i metodi rada:Istraživanje je izvedeno kao studija preseka anketiranjem osoba oba pola primenom Ajova skale (Iowa Infant Feeding Attitude Scale) sa 17 pitanja i Upitnika o opštim i o sociodemografskim podacima. Uslov za uključivanje u ispitivanje bio je da je osoba u životnom dobu od 18-26 godina, da nema dece i da je potpisala informacioni pristanak. Istraživanje je izvedeno u periodu od 1.10.2018. do 31.3.2019. godine. Ispitana je 281 osoba (158 devojaka, 123 mladića), prosečne starosti 22+0,6 godine. Rezultati su analizirani primenom statističkog programom MedCalc.

Rezultati:Srednješkolskog nivoa obrazovanja bilo je 150 ispitanika, 4 su bila sa završenom osnovnom školom, a ostali su bili studenti. Svi ispitanici su kao novorođenčad dojenu i poticali su iz gradske sredine. 8,5% ispitanika nije smatralo da je majčino mleko optimalno u ishrani (3,2% devojke, 5,3% mladića). 61% se slagalo sa tvrdnjom da je veštačko mleko jednako zdravo kao i majčino mleko. 54% je smatrala da korist o dojenja postoji samo dok se beba ne odvikne od dojenja. Svega 27% ispitanika je smatrao da dete treba i da nije nepoželjno dobiti javno. Nije postojala statistički značajna razlika u stavu prema dojenju u odnosu na pol (F=0-45; p=0,83). Na osnovu ukupnog skora IIFAS skale 17% ispitanika je imalo pozitivan stav prema ishrani formulama, 54% je bilo neutralano, a 26% pozitivan.Sažetak ne sme da sadrži ilustracije, grafikone, ni tabele.

Zaključak:Ne postoje zadovoljavajuća znanja mladih osoba o značaju majčinog mleka i dojenju odojčeta. nezavisno od pola znanja Neophodno je da se u edukaciju mladih u tom domenu što hitnije uključi društvena zajednicakako bi se povećao broj novorođenčadi koji se do šestog meseca života hrane samo majčinim mlekom.

Ključne reči: majčino mleko, dojenje, mlade osobe. Sesija: Konzervativna i preventivna medicina - savremeni aspekti 2019" Način prezentacije: Poster prezentacija

### 31. SPASAVANJE EKSTREMNO GOJAZNOG PACIJENTA U STANJU VENTRIKULARNE TAHIKARDIJE (VT)

*Momir Kitanović*

DOM ZDRAVLJA VLASOTINCE

Uvod: Gojaznost (lat.obesitas) je hronicna bolest koja se ispoljava prekomernim nakupljanjem masti u organizmu i povećanjem telesne težine.Svako povećanje TT za 10% i vise od idealne oznacava se kao gojaznost.Osobe se smatraju gojaznim kada indeks telesne mase prekoraci 30 kg/m2 . Epidemija ovog oboljenja je širom sveta u porastu, pa se gojaznost svrstava među vodeće bolesti savremene civilizacije .Gojaznost je jedan od glavnih faktora rizika za pojavu kardiovaskularnih oboljenja, kao i diabetesa tip II, opstruktivne apneje tokom sna, artroza, astme itd.VT je maligna komorska aritmija koju karakteriše 3 ili više komorskih ektopičnih otkucaja frekfence oko 100-350/min.

Cilj: Ukazati na pravilnu reakciju specijaliste urgentne medicine u neocekivanim i delikatnim situacijama koje su prisutne svakodnevno u poslu hitne pomoci. Materijal i metodi rada: Metod je retrospektivni a materijal uzet iz protokola SHMP Vlasotince br.2270 od 16.7.2018.god.

Rezultati: Pomenutog dana u 10h ujutru dobijamo poziv da se pacijent sa srcanim tegobama nalazi u teškom stanju. Ekipa kreće u prvom min. Zatičemo pacijenta I.D. starog 48 god. Na podu dnevne sobe u ležećem položaju. Anamnestički saznajemo da ima 156 kg. Sa visinom 1,6m i sa BMI=60, da unazad ima srčane probleme dijabet tipa II kao iprekomernu težinu koja spada u ekstremnu gojaznost. Urađen je EKG zapis i nalazimo VT sa frekfencom 250/min, TA = 110/70 mm Hg, ŠUK=11 mmol/l .Pacijent je u takvom stanju da nemože pustiti ni jedan korak.Nalazimo se pred dilemom dali zvati vatrogasce da ga odnesu do vozila hitne pomoći nekih 50m ili da sami pokušamao transport?. Pošto je u pitanju maligni ritam odlučujemo da na nosilima koja su predviđena za osobu od 120 kg. Prenesemo ovog ekstremno gojaznog pacijenta uz pomoć 6 osoba. U sanitetskom vozilu otvaramo venski put, uključujemo Sol.NaCl 0,9% 500,0ml i 2 ampule amiodarona i tako transportujemo na opdeljenje kardiologije opšte bolnice Leskovac.

Zaključak: U određenom trenutku mora se oreuzeti i rizik za neki neželjeni događaj jer da smo cekali intervenciju vatrogasaca to bi bilo gubljenje vremena od 1h a sobzirom da je pretila opasnost prelaska ove maligne aritmije u fibrilaciju odlučili smo da sami izvršimo transport ovog ekstremno teškog pacijenta.

Ključne reči: Gojaznost, VT, transport