

**TIMOČKI  
MEDICINSKI  
GLASNIK**



**TIMOK  
MEDICAL  
GAZETTE**

Glasilo zaječarske podružnice Srpskog lekarskog društva

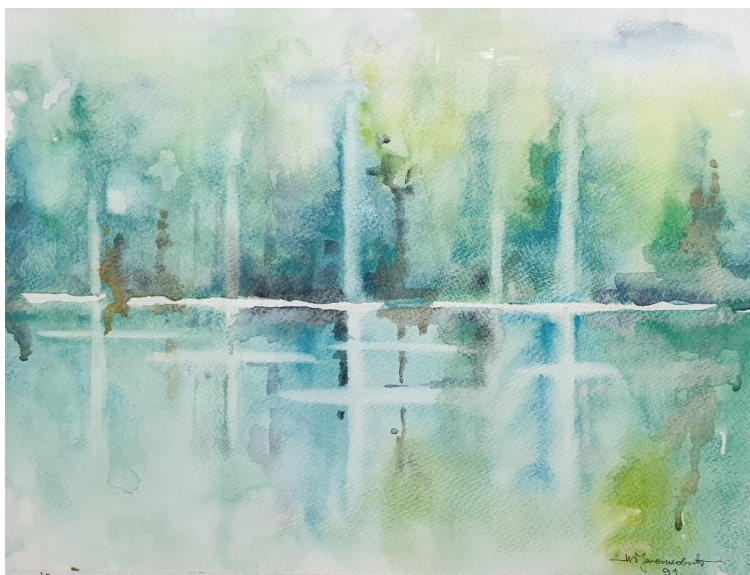
Izlazi od 1976.

*Vol. 45 (2020. godina)*

*SUPPLEMENT 1*

YU ISSN 0350-2899

# XXXIX TIMOČKI MEDICINSKI DANI



**ZBORNİK SAŽETAKA**

**novembar - decembar 2020. godine**

Glasilo zaječarske podružnice Srpskog lekarskog društva  
The Bulletin of the Zaječar branch of the Serbian Medical Association

Izlazi od 1976.  
has been published since 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

## 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  
Milan Jovanović, stručni prevodilac za engleski jezik

## 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

## ADRESA REDAKCIJE/EDITORIAL OFFICE

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

## ADRESA ELEKTRONSKE POŠTE/E-MAIL

tmglasnik@gmail.com  
dusanbastac@gmail.com

## WEB ADRESA/WEB ADDRESS

www.tmg.org.rs

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

## TEKUĆI RAČUN/ 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  
Narodna biblioteka Srbije, Beograd

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**

**TJ MOK  
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.*

*Uredništvo TMG*

## XXXIX TIMOČKI MEDICINSKI DANI

### 39. TIMOČKI MEDICINSKI DANI SE ZBOG EPIDEMIOLOŠKE SITUACIJE U VEZI COVID-a 19 ODRŽAVAJU online U VIDU WEBINAR-a

DATUMI ODRŽAVANJA: NOVEMBAR- DECEMBAR 2020

#### ČLANOVI ORGANIZACIONOG ODBORA

Srpsko lekarsko društvo Podružnica Zaječar - Rasadnička bb, 19000 Zaječar

- **Prim mr sci. med. dr Bratimirka Jelenković** Predsednik Predsedništva SLD Podružnica Zaječar. Član Predsedništva SLD - pedijatar subspecijalista endokrinolog ZC Zaječar, Rasadnička bb; Dečije odeljenje. ul. Pere Radovanovića E7/19.19 000 Zaječar. Kontakt telefon: 062 80 39 570. Mejl adresa: [bratimirkajelenkovic@gmail.com](mailto:bratimirkajelenkovic@gmail.com); [sld.podruznicazajecar@gmail.com](mailto:sld.podruznicazajecar@gmail.com)
- **Prim dr sci. med. Dušan Bastać.** Potpredsednik Predsedništva SLD Podružnica Zaječar - Specijalista internista; subspecijalista kardiolog, internista subspecijalista kardiolog. Telefoni za kontakt i adresa: INTERNISTIČKA ORDINACIJA Dr BASTAĆ, Kosančićev venac 16. 019/432 333; 063/14 22 331; 063/402396. Mejl: [dbastac.ordinacija@gmail.com](mailto:dbastac.ordinacija@gmail.com)
- **Dr Brankica Vasić** Potpredsednik Predsedništva SLD Podružnica Zaječar - Pedijatar. Dispanzer za zdravstvenu zaštitu predškolske i školske dece. DZ , ZC Zaječar. Kontak telefon: 062 80 39 582. Mejl: [vasic7@open.telekom.rs](mailto:vasic7@open.telekom.rs)
- **Dr Ljiljana Jovanović.** Sekretar i blagajnik Predsedništva SLD Podružnica Zaječar, Pedijatrijska služba. ZC Zaječar, Rasadnička bb. Zaječar 19000, ul. Nikole Pašića 9/5. Kontak telefon: 062 88 506 20; 0641957700.
- **Dr Zoran Jelenković** Predstavnik SLD Podružnice Zaječar za Skupštinu SLD: urolog, Republički fond zdravstvenog osiguranja, Filijala Zaječar, Zaječar. ul. Karadžićeva 2/1-18. Telefon: 019/425844; 064/6133611. Mejl adresa: [zoran.jelenkovic@gmail.com](mailto:zoran.jelenkovic@gmail.com)
- **Mr sc dr Zoran Joksimović** - Specijalista Internista, magistar medicinskih nauka. Internistička ordinacija „JOKSIMOVIĆ“ Bor.
- **Prim dr sci. med. Vladimir Mitov** Interna medicina; Magistar kardiologije ZC Zaječar, Rasadnička bb, Interno odeljenje
- **Prim mr. sci. med. dr Predrag Marušić** Epidemiolog ZZJZ "Timok" Sremska 13, Zaječar 19 000
- **Prim. dr Vera Najdanovic Mandić,** specijalista ginekologije i akušerstva. Služba za zdravstvenu zaštitu žena. DZ, ZC Zaječar, Rasadnička bb.
- **Prim. dr Vesna Petković,** stomatolog, specijalista stomatološke protetike. Privatna stomatološka ordinacija „Protektdent“. ul Narodni front 41a, Zaječar
- **Dr Rade Kostić,** specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije. Specijalna bolnica za rehabilitaciju "Gamzigad"; Gamzigradska banja, Banjski trg 12, 19228 Gamzigradska Banja
- **Dr Goran Jović.** Na specijalizaciji iz Oralne hirurgije. Stomatološka služba. DZ , ZC Zaječar.
- **Dr Biljana Popović.** Ginekolog akušer. Privatna ginekološka ordinacija "GEOFEMINA". Zaječar

- **Dr Biljana Stanković.** Lekar opšte medicine. Služba opšte medicine. DZ ,ZC Zaječar.
- **Dr Miloš Protić.** Specijalista Opšte medicine. Služba opšte medicine. DZ, ZC Zaječar.
- **Dr Danijela Ćirić.** Specijalista opšte medicine. ZC Zaječar, Rasadnička bb. Opšta medicina
- **Dr Marko Jović.** Lekar na specijalizaciji iz Dečije hirurgije. Opšta bolnica Zaječar. ZC Zaječar.
- **Dr Tanja Jović.** Lekar opšte medicine. Dispanzer za zdravstvenu zaštitu predškolske i školske dece. DZ, ZC Zaječar.
- **Dr Zorica Stojadinović,** infektolog. Produženo lečenje. ZC Zaječar, Rasadnička bb.
- **Dr Ivica Urošević,** na specijalizaciji iz mikrobiologije. ZZJZ "Timok" Sremska 13, Zaječar 19 000

#### Zdravstveni centar Zaječar, Zaječar - Rasadnička bb, 19000 Zaječar

- Direktor Zdravstvenog centra Zaječar: **Dr Miroslav Stojanović,** specijalista MFH
- Direktor Bolnice. **Dr Ivica Milosavljević,** spec. hirurgije
- Direktor Doma zdravlja: **dr Bojana Radojević,** specijalista pedijatrije,

#### Specijalna bolnica za rehabilitaciju "Gamzigad"

Gamzigradska banja, Banjski trg 12, 19228 Gamzigradska Banja

Direktor **Dr Rade Kostić,** specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije

**Suorganizator simpozijuma XXXIX timočki medicinski dani II dan hirurgija i srodne grane-savremeni aspekti, Zaječar 2020. petak, 15 maj, 2020. godine, Amfiteatar DZ ZC Zaječar je GINEKOLOŠKO**

**AKUŠERSKA SEKCIJA SLD**

## ČLANOVI NAUČNOG ODBORA

### Predsednik

Potpredsednik Predsedništva SLD Podružnica Zaječar - **Prim dr sci. med. Dušan Bastać.** Specijalista internista; subspecijalista kardiolog, internista subspecijalista kardiolog. Telefoni za kontakt i adresa: INTERNISTIČKA ORDINACIJA Dr BASTAĆ, Kosančićev venac 16. 019/432 333; 063/14 22 331; 063/402396. Mejl: [dbastac.ordinacija@gmail.com](mailto:dbastac.ordinacija@gmail.com)

### Članovi

- **Prof. dr Nebojša Paunković.** Ordinacija „Dr Paunkovic“, Zajecar
- **Prim dr sci. med. Željka Aleksić** Nuklearna medicina ZC Zaječar, Rasadnička bb, Služba za nuklearnu medicinu
- **Prim dr sci. med. Vladimir Mitov** Interna medicina; Magistar kardiologije ZC Zaječar, Rasadnička bb, Interno odeljenje
- **Prim mr sci. med. dr Bratimirka Jelenković** pedijatar subspecijalista endokrinolog ZC Zaječar, Rasadnička bb; Dečje odeljenje
- **Prim dr sci. med. Aleksandar Aleksić** Interna medicina; Magistar endokrinologije ZC Zaječar, Rasadnička bb, Interno odeljenje
- **Prim mr. sci. med. dr Predrag Marušić** Epidemiolog ZZJZ "Timok" Sremska 13, Zaječar 19 000
- **Prim mr. sci. med. dr Miodrag Đorđević** Interna medicina; Magistar endokrinologije ZC Zaječar, Rasadnička bb, Interno odeljenje
- **Prim dr sci. med. Biserka Tirmenštajn Janković** internista-nefrolog; Magistar nefrologije ZC Zaječar, Rasadnička bb Odeljenje hemodijalize
- **Prim mr. sci. med. dr Olica Radovanović** specijalista socijalne medicine. Poslediplomske studije na smeru – Demografija - Geografskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Zavod za javno zdravlje «Timok» Zaječar. ul. Sremska 13;19000 Zaječar

## PROGRAM TMD 2020

### A) Seminar DRUGE KATEGORIJE „Problemi mentalnog zdravlja mladih, Zaječar 2020.”

**SEMINAR SE ZBOG EPIDEMIOLOŠKE SITUACIJE U VEZI COVID-a 19 ODRŽAVA  
online U VIDU WEBINAR-a**

**DATUM ODRŽAVANJA: 19. novembar 2020. – četvrtak u 16 časova**

(satnica, teme i predavači)

Satnica	Tema	Metod obuke*	Predavač
16.00-16.30	„EMERGINGADULTS” - PRODUŽENO ODRASTANJE KARAKTERISTIKE I RIZICI.	predavanje	Prof. dr Jelisaveta Todorović
16.30-17.00	„ADOLESCENT, NEŽNO-BODLJIKAVO BIĆE“	predavanje	Ljiljana Tešanović
17.00-17.25	Diskusija na temu adolescencije, produženog odrastanja karakteristika i rizika	diskusija	Moderatori: Prof. dr Jelisaveta Todorović i Ljiljana Tešanović
17.25-17.55	PORODIČNA TERAPIJA SA DEPRESIVNIM ADOLESCENTOM	predavanje	Doc. Dr Miodrag Stanković
17.55-18.10	Diskusija na temu porodične terapije sa depersivnim adolescentom	diskusija	Moderator: Doc. Dr Miodrag Stanković
18.10-18.35	STIMATIZACIJA GOJAZNE DECE I MLADIH	predavanje	Prim. mr sci med dr Bratimirka Jelenković
18.35-18.45	Diskusija na temu stigmatizacije gojazne dece i mladih	diskusija	Moderator: Prim. mr sci med dr Bratimirka Jelenković
18.45-19.15	PSIHOSOMATSKI POREMEĆAJI KOD ADOLESCENATA - ŠTA KARDIOLOG TREBA DA ZNA	predavanje	Prof dr Svetlana Apostolović
19.15	Test		

#### SPISAK PREDAVAČA

1. Prof. dr Jelisaveta Todorović, psiholog, porodični sistemski psihoterapeut, Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu, Republika Srbija. TEMA: „Emergingadults”- produženo odrastanje karakteristike i rizici.
2. Doc. Dr Miodrag Stanković, Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, Republika Srbija. TEMA: PORODIČNA TERAPIJA SA DEPRESIVNIM ADOLESCENTOM
3. Ljiljana Tešanović, psiholog, psihoterapeut. Tehnička škola Zaječar. TEMA: Adolescent, nežno-bodljikavo biće“
4. Prim. Mr sc med dr Bratimirka Jelenković, pedijatar-endokrinolog. Pedijatrijska služba ZC Zaječar, 19 000 Zaječar. TEMA: Stigmatizacija gojazne dece i mladih

## B) SIMPOZIJUM “39 Timočki medicinski dani 3. dan: Dijagnostika, konzervativna i preventivna medicina - savremeni aspekti”

**SIMPOZIJUM SE ZBOG EPIDEMIOLOŠKE SITUACIJE U VEZI COVID-a 19  
ODRŽAVA online U VIDU WEBINAR-a**

**DATUM ODRŽAVANJA: 26. septembar 2020. – subota u 11 časova**

satnica	predavači		teme
11:00- 11:20	Mr Sc Dr Med Zoran Joksimović, Internistička ordinacija “Joksimović” Bor,	predavanje	PRIMENA ANTIBIOTIKA U BOLESTIMA GASTROINTESTINALNOG TRAKTA
11:20- 11:40	Dr Sc Dr Med Prim Dušan Bastać	predavanje	ANTIBIOTSKA PROFILAKSA I TERAPIJA BAKTERIJSKOG INFEKTIVNOG ENDOKARDITISA-NEDOUMICE I KONTRAVERZE JOŠ POSTOJE!
11:40- 12:00	Prim. Dr sci. med. dr Biserka Tirmenštajn Janković		ANTIBIOTSKA TERAPIJA KOD INFEKCIJA UROTRAKTA
12:00- 12:20		Diskusija sa predavačima na teme iz prvog dela	
12:20- 12:40	Prim. Mr Sc. Dr med Miodrag Đorđević	<b>Sponzorisano predavanje NovoNordisk DOO</b>	TEMA: DIABETES MELITUS I COVID 19-ŠTA SMO NAUČILI ?
12:40- 13:00	Prim. Dr Med Bojana Cokić	predavanje	ZNAČAJ NEONATALNOG SKRININGA U PREVENCIJI METABOLIČKIH BOLESTI U DECE
13:00- 13:20	Prim. Mr Sc. Dr med Bratimirka Jelenković	Predavanje	RASTENJE I POLNO SAZREVANJE DECE I MLADIH –PRAKTIČNI ASPEKTI
13:20- 13:40	Dr Sc Dr Med Olica Radovanović	Predavanje	STAROSNA STRUKTURA DOKTORA MEDICINE OKRUGA ZAJEČAR I OKRUGA BOR KAO DETERMINANTA FUNKCIONISANJA SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE
13:40- 14:00	Diskusija sa predavačima na teme iz drugog dela		
14:00- 15:00		Poster prezentacije i diskusije originalnih radova	

\*predavanje, vežbe, seminar, rad u grupi itd.

## SPISAK PREDAVAČA

1. Prim. dr sc med Dušan Bastać, lekar, primarijus, specijalista internista-kardiolog, magistar i doktor medicinskih nauka. Internistička ordinacija "Dr Bastać" Ul Kosančićev venac br. 16. 19000 Zaječar . Uža naučna oblast: Kardiologija. TEMA: ANTIBIOTSKA PROFILAKSA I TERAPIJA BAKTERIJSKOG INFektivnog ENDOKARDITISA-NEDOUVICE I KONTRAVERZE JOŠ POSTOJE!
2. Mr Sc Zoran Joksimović. Specijalista Internista, magistra medicinskih nauka. Internistička ordinacija „JOKSIMOVIĆ“ Bor. Uža naučna oblast: Interna medicina, gastroenterologija. TEMA: PRIMENA ANTIBIOTIKA U BOLESTIMA GASTROINTESTINALNOG TRAKTA
3. Prim. Dr sci. med. dr Biserka Tirmenštajn Janković, internista-nefrolog; Magistar nefrologije ZC Zaječar, Rasadnička bb Odeljenje hemodijalize. TEMA: ANTIBIOTSKA TERAPIJA KOD INFEKCIJA UROTRAKTA
4. Prim. dr Bojana Cokić. Pedijatar. Dečije odeljenje ZC Zaječar, Rasadnička bb. Uža naučna oblast: Klinička genetika - Neonatologija TEMA: ZNAČAJ NEONATALNOG SKRININGA U PREVENCIJI METABOLIČKIH BOLESTI U DECE
5. Prim Mr sci. med.dr Bratimirka Jelenković, pedijatar subspecijalista endokrinolog; Dečije odeljenje ZC Zajecar, Rasadnicka bb. Uža naučna oblast: Pedijatrijska endokrinologija. TEMA: RASTENJE I POLNO SAZREVANJA DECE I MLADIH –PRAKTIČNI ASPEKTI
6. Dr sci. med. dr Olica Radovanović, specijalista socijalne medicine. Poslediplomske studije na smeru – Demografija - Geografskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Zavod za javno zdravlje «Timok» Zaječar. ul. Sremska 13; 19000 Zaječar. TEMA: STAROSNA STRUKTURA DOKTORA MEDICINE OKRUGA ZAJEČAR I OKRUGA BOR KAO DETERMINANTA FUNKCIONISANJA SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE



**C) SIMPOZIJUM XXXIX TIMOČKI MEDICINSKI DANI II DAN  
„HIRURGIJA I SRODNE GRANE-SAVREMENI ASPEKTI”  
Zaječar 2020.**

**ZBOG EPIDEMIOLOŠKE SITUACIJE U VEZI COVID-a 19 ODRŽAVA SE online  
U VIDU WEBINAR-a**

**DATUM ODRŽAVANJA: 03. oktobar 2020. – subota u 11 časova**

satnica	predavači		teme
11:00-11:25	Prof.dr sci med. Ljubomir Panajotović	predavanje	REKONSTRUKCIJE U ZATVARANJU DEFEKTA HRONIČNIH RANA
11:25-11:50	Ass. Dr sc. Med. Ivan Pešić	predavanje	HIRURGIJA U LEČENJU LIMFOMA ŽELUCA
11:50-12:15	Prof. dr Vladimir Ćuk	predavanje	KOLOREKTALNIKARCINOMKAOURGENTNOSTANJE
12:15-12:35	Prof. dr sci med. LjubomirPanajotović..Ass. Dr sc. Med. Ivan Pešić	Diskusija sa predavačima na teme iz prvog dela	
12.35-13.00	Professor Mathilde E. Boon	predavanje	THE DUTCH NATIONAL HRHPV SCREENING OF 2017: VICTORIOUS GYNECOLOGISTS
13.00-13.25	Professor Torill Sauer. senior consultant,	predavanje	CERVICAL CANCER SCREENING: SOME PRIVATE THOUGHTS AND EXPERIENCES FROM THE NORWEGIAN SCREENING PROGRAM
13:25-13:50	Prim. dr Vera Najdanović-Mandić.	Predavanje	25 GODINA SKRININGA I LEČENJA ŽENA OD RAKA GRLIĆA MATERICE U ZAJEČARU
13:50-14:05	Professor Mathilde E. Boon.Professor Torill Sauer. senior consultant. Prim. dr Vera Najdanović-Mandić	Diskusija	
14:05-14:25	Putova M. V.	Predavanje	THE EFFICIENCY OF ROSE (RAPID ON-SITE EVALUATION) IN FINE-NEEDLE ASPIRATION BIOPSY OF THYROID NODULES.
14:25-14:45	Putova M. V.	Predavanje	THE POSSIBILITIES TO INCREASE THE INFORMATIVENESS OF THE CYTOLOGICAL EXAMINATION IN ENDOBRONCHIAL ULTRASOUND-GUIDED TRANSBRONCHIAL NEEDLE ASPIRATION (EBUS-TBNA
14:45-15:00	Putova M. V. diskusija na obe teme	Diskusija	
15:00-15:30	Hirurgija isrodne grane	poster prezentacije originalnih radova	

## SPISAK PREDAVAČA

1. Redovni profesor dr sci. med. LJUBOMIR PANAJOTOVIĆ, Specijalna bolnica za plastičnu, rekonstruktivnu i estetsku hirurgiju „Adonis“ Beograd. TEMA: REKONSTRUKCIJE U ZATVARANJU DEFEKTA HRONIČNIH RANA
2. Ass. Dr sc. Med. Ivan Pešić, Medicinski Fakultet Univerziteta u Nišu, Klinika za digestivnu hirurgiju KC Niš. TEMA: HIRURGIJA U LEČENJU LIMFOMA ŽELUCA
3. Mathilde E. Boon. Emeritus Director Pathologist. Leiden Cytology and Cytology Laboratory. Netherlands. THE DUTCH NATIONAL HRHPV SCREENING OF 2017: VICTORIOUS GYNECOLOGISTS. (HOLANDSKI NACIONALNI HHPV SKRINING 2017: POBEDLJIVI GINEKOLOZI)
4. Torill Sauer. senior consultant, professor. Department of Pathology Akershus University Hospital. CERVICAL CANCER SCREENING: SOME PRIVATE THOUGHTS AND EXPERIENCES FROM THE NORWEGIAN SCREENING PROGRAM
5. Putova M. V. The Moscow Clinical Scientific Centre of the State Budgetary Healthcare Institution named after Loginov A.S. Moscow Health Department, Moscow, Russia. THE POSSIBILITIES TO INCREASE THE INFORMATIVENESS OF THE CYTOLOGICAL EXAMINATION IN ENDOBRONCHIAL ULTRASOUND-GUIDED TRANSBRONCHIAL NEEDLE ASPIRATION (EBUS-TBNA).
6. Putova M. V. The Moscow Clinical Scientific Centre of the State Budgetary Healthcare Institution named after Loginov A.S. Moscow Health Department, Moscow, Russia. THE EFFICIENCY OF ROSE (RAPID ON-SITE EVALUATION) IN FINE-NEEDLE ASPIRATION BIOPSY OF THYROID NODULES
7. Prim. dr Vera Najdanović-Mandić. Primarijus ginekologije i akušerstva. Zdravstveni Centar Zaječar, Dispanzer za zdravstvenu zaštitu žena. Uža naučna oblast: ginekologija i akušerstvo. TEMA: 25 GODINA SKRININGA I LEČENJA ŽENA OD RAKA GRLIĆA MATERICE U ZAJEČARU
8. \*\*\*Prof. dr Vladimir Ćuk. Vanredni profesor. Opšta bolnica Medigroup Beograd. Hirurg. Uža naučna oblast: hirurgija. TEMA: KOLOREKTALNI KARCINOM KAO URGENTNO STANJE

## D) Seminar DRUGE KATEGORIJE "Aktuelnosti u oralnoj hirurgiji i stomatologiji"

**SEMINAR SE ZBOG EPIDEMIOLOŠKE SITUACIJE U VEZI COVID-a 19 ODRŽAVA  
online U VIDU WEBINAR-a**

**DATUM ODRŽAVANJA: 25. septembar 2020. – petak u 16 časova**

Satnica	Tema	Metod obuke*	Predavač
16.00-16.30	OTVARANJE MAKSILARNOG SINUSA	predavanje	Prof. dr Goran Jovanović
16.30-16.50	SPECIFIČNOSTI UGRADNJE DENTALNIH IMPLANTATA U ODNOSU NA VREME POSLE EKSTRAKCIJE ZUBA - KADA I KAKO?	predavanje	Prof. dr Vladimir Biočanin
16.50-17.20	FARMAKOLOŠKA AUGMENTACIJA OSEOINTEGRACIJE	predavanje	Prof. dr Dušan Đurić
17.20-17.50	NAMENSKE FIKSNE NADOKNADE - KRITERIJUMI ZA USPEH, RAZLOZI ZA NEUSPEH	predavanje	Prof.dr Ivica Z. Stančić
17.50-18.20	FASETE: KOJE, KADA, KAKO.	predavanje	Prof. dr Rade S. Živković
18.20-14.40	Prof.dr Ivica Z. Stančić. Prof. dr Rade S. Živković	Diskusija na teme iz stomatološke protetike	
18.40-19:00	OSTEOPOROZA I OSTEOPENIJA- NEOPRAVDANO ZAPOSTAVLJENE BOLESTI U STOMATOLOGIJI	predavanje	Prof. dr Dejan Marković
19:00-19.20	SPECIFIČNOSTI I SAVREMENI TRENDOMI STOMATOLOŠKOG RADA SA DECOM	predavanje	Prof.dr Vanja Petrović
19.20-19.35	Prof.dr Vanja Petrović	Diskusija -Moderator Prof.dr Vanja Petrović	
19.40	Zatvaranje seminara		

### SPISAK PREDAVAČA

1. Prof. dr Goran Jovanović. Redovni profesor. Medicinski fakultet, Niš. Uža naučna oblast: Oralna hirurgija. TEMA: OTVARANJE MAKSILARNOG SINUSA
2. Prof. dr Vladimir Biočanin. Stomatološki Fakultet u Pančevu. Uža naučna oblast: Oralna hirurgija. TEMA: SPECIFIČNOSTI UGRADNJE DENTALNIH IMPLANTATA U ODNOSU NA VREME POSLE EKSTRAKCIJE ZUBA - KADA I KAKO?
3. Prof. dr Dušan Đurić. Vanredni profesor. Medicinski fakultet u Kragujevcu. Uža naučna oblast: Klinička farmakologija, Klinička farmacija TEMA: FARMAKOLOŠKA AUGMENTACIJA OSEOINTEGRACIJE
4. Prof. dr Ivica Z. Stančić, redovni profesor. Stomatološki fakultet Beograd, Klinika za stomatološku protetiku. Uža naučna oblast: TEMA: NAMENSKE FIKSNE NADOKNADE - KRITERIJUMI ZA USPEH, RAZLOZI ZA NEUSPEH
5. Prof. dr Rade S. Živković. Vanredni profesor. Stomatološki fakultet Beograd Klinika za stomatološku protetiku. Uža naučna oblast: Stomatološka protetika TEMA: FASETE KOJE, KADA, KAKO.
6. Prof. dr Dejan Marković. Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju. Stomatološki fakultet u Beogradu. TEMA: OSTEOPOROZA I OSTEOPENIJA- NEOPRAVDANO ZAPOSTAVLJENE BOLESTI U STOMATOLOGIJI
7. Prof. dr Vanja Petrović. Vanredni profesor na predmetu dečja i preventivna stomatologija. Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju, Stomatološki fakultet u Beogradu. Uža naučna oblast: Dečja i preventivna stomatologija. TEMA: SPECIFIČNOSTI I SAVREMENI TRENDOMI STOMATOLOŠKOG RADA SA DECOM

## E) AKTUELNOSTI U HEMATOLOGIJI

### **SEMINAR SE ZBOG EPIDEMIOLOŠKE SITUACIJE U VEZI COVID-a 19 ODRŽAVA online U VIDU WEBINAR-a**

**DATUM ODRŽAVANJA: 16. novembar 2020. - ponedjeljak u 16 časova**

Satnica	Tema	Metod obuke*	Predavač
16.00-16.20	ANEMIJE: DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA, DIJAGNOSTIKA, MERE PREVENCIJE I PRINCIPI LEČENJA	predavanje	Klin Ass Prim Dr Sc Zorica Cvetković
16.20-16.30	Anemije: diferencijalna dijagnoza, dijagnostika, mere prevencije i principi lečenja	Rešavanje kliničkih problema	Klin Ass Prim Dr Sc Zorica Cvetković
16.30-16.50	DISEMINOVANA INTRAVASKULARNA KOAGULACIJA – DIJAGNOSTIČKI I TERAPIJSKI IZAZOVI	predavanje	Doc. Dr Olivera Marković
16.50-17.00	Diseminovana intravaskularna koagulacija – dijagnostički i terapijski izazovi	Rešavanje kliničkih problema	Doc. Dr Olivera Marković
17.00-17.20	HITNA STANJA U HEMOFILIJU	predavanje	Prim. mr sc dr med Dragan Mičić
17.20-17.30	Hitna stanja u hemofiliji	Rešavanje kliničkih problema	Prim Mr Sc Dr med Dragan Mičić
17.30-17.50	DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA TROMBOCITOPENIJA - DIJAGNOZA I TERAPIJSKI PRINCIPI	predavanje	Prof dr Lana Mačukanović Golubović
17.50	Diskusija 30 minuta		Moderatori: Klin Ass Prim Dr Sc Zorica Cvetković, Doc. Dr Olivera Marković i Prim Mr Sc Dr med Dragan Mičić

#### SPISAK PREDAVAČA

1. Klin. asist Prim dr sci Zorica Cvetković, KBC Zemun-Beograd
2. Doc. Dr Olivera Marković, KBC Bežanijska kosa, Beograd
3. Prim Mr Sc Dr med Dragan Mičić, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić", Beograd

## ZBORNİK RADOVA PLENARNA PREDAVANJA

### A) Problemi mentalnog zdravlja mladih, Zaječar 2020.

#### 1. „EMERGINGADULTS”- PRODUŽENO ODRASTANJE KARAKTERISTIKE I RIZICI

*Prof. dr. Jelisaveta Todorović*

Adolescencija se označava kao period između detinjstva i mladosti, koji počinje sa pubertetom, odlikuje se rapidnim telesnim, fiziološkim, emotivnim, sazajnim, moralnim i socijalnim razvojem. Krajnji ishod je postizanje zrelosti, završetak školovanja, zapošljavanje i finansijska samostalnost, odvajanje od primarne porodice i brak. U 21 veku tehnološki napredak donosi produženo školovanje (diplomske i master studije), internet i sajbersocijalizaciju, veću toleranciju seksualnih sloboda, što produžava adolescenciju. Da li je to i dalje pozna faza adolescencije od 20 do 24 godine, ili možda predstavlja specifičan period u životnom ciklusu. Autor Arnet (2007) u dvadeset prvom veku govori o krizi identiteta u periodu od 18 do 25 godina. To je svojevrsno produženo odrastanje „emergingadults“ (odrasli u nastajanju doslovan prevod). Krizu identiteta u ovom periodu odlikuje otvorenost, radoznalost, ali i anksioznost i depresivnost i nisko blagostanje. Najviše slobode i vremena za istraživanje, ali s druge strane obilje stresnih događaja (promena uloga, polazak na fakultet, preseljenje, odvojenost od roditelja i starih prijatelja, prekid srednjoškolske veze i/ili početak nove...). Brucoši se često žale na anksioznost, depresivnost, poremećaj prilagođavanja, a česta je i zloupotreba psihoaktivnih supstanci. Preispituje se izbor studija, pojavljuje se raskorak između ocena u srednjoj školi i na fakultetu, česta su premeštanja sa jednog na drugi studijski program, tzv gap year (pauzirana godina između dve godine ili dva nivoa studija). Visoka su očekivanja od budućnosti. Posao ne samo da treba da bude dobro plaćen već i doprinosi samoostvarenju. Pre neće raditi nikakav, nego posao koji mrze (Arnett, 2007). S druge strane velika je konkurencija, a ponuda poslova mala, što sve produžava finansijsku zavisnost od roditelja. Prevladavaju privremeni, part-tajm poslovi i stažiranje. Poslodavci ih opažaju kao više nemoralne, narcistične, emocionalno nestabilne i nesaradljive (Trezesniewski&Donnellan, 2014). Povećana je tolerancija na različite rodne identitete i seksualne orijentacije, serijski ulazak iz veze u vezu, veze za jednu noć. Partneri se nalaze preko društvenih mreža. Sve ovo postavlja pitanje da li je reč o rizičnom ponašanju ili istraživanju sopstvenih potreba i preferencija pre ozbiljnog posvećivanja? Sve su ovo razlozi zašto je važno prepoznati specifičnosti ovog perioda zbog zaštite mentalnog zdravlja i prevencije poremećaja.

#### 2. ADOLESCENT, NEŽNO-BODLJKAVO BIĆE

*Psiholog - psihoterapeut Ljiljana Tešanović*

Ovom edukacijom želim da osobe koje rade sa adolescentima jasnije sagledaju strukturu ličnosti adolescenta, osnaže se da primenjuju neke terapijske tehnike u svom radu i pomognu adolescentu da osvesti uzroke svog, ponekad autodestruktivnog i bizarnog, ponašanja.

Da bismo razumeli adolescenta, neophodno je upoznati njegov razvoj, osobine ličnosti koje on prihvata i oko kojih formira svoj identitet, a naročito ona svojstva njegove ličnosti koje on s mukom razvija, ili one delove sebe koje ne želi da vidi kao deo svog identiteta. Brojni su otpori svesnosti i terapeut je tu da u čarobnom i istinski hranljivom odnosu sa klijentom, koristeći sva svoja umenja i tehnike, ostvari komunikaciju u kojoj je moguće otvaranje. To, ponekad, znači da u značajnom trenutku terapijskog procesa treba izmisliti „tehniku“ koja pomaže za taj specifični deo procesa. Neka svoja iskustva podeliću sa vama u ovom programu. Programom je predviđena demonstracija određenih terapijskih tehnika.

### 3. PORODIČNA TERAPIJA SA DEPRESIVNIM ADOLESCENTOM

*Doc.dr Miodrag Stanković*

Porodice sa adolescentom imaju svoje specifičnosti funkcionisanja. Uticaj porodice kao sistema na adolescenta je veliki, ali je uticaj istovremeno bidirektan. Depresija u adolescenciji nije retka pojava, a faktori rizika za nastanak su višestruki, a većina prouzrokuje cirkularne reakcije. Porodična terapija sa depresivnim adolescentom može biti, između ostalih, bazirana na intervencijama sistemske i bihejvioralno-kognitivne škole.

### 4. STIMATIZACIJA GOJAZNE DECE I MLADIH

*Prim. mr sci med dr Bratimirka Jelenković*

DEČIJE ODELJENJE ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Termin stigma se odnosi na bilo koju osobinu, ponašanje ili reputaciju koja se smatra društveno neprihvatljivom. Ona se može manifestovati na lako uočljive, direktne načine ali i na suptilnije načine. Prevalencija gojaznosti dece, mladih raste skoro u celom svetu tokom poslednje tri decenije.

Mnogo je istraživanja učinjeno na otkrivanju uzroka gojaznosti, epidemiologiji, pridruženim oboljenjima i stanjima kao i problemom stigmatizacije. (1,530,000 rezultata za ključnu reč „Stigma Children and Adolescents With Obesity“). Pored škole i kuće, mladi sa prekomernom težinom su dodatno izloženi stigmati putem medija, kao i u zdravstvenim ustanovama. Često im nije pružena medicinska oprema odgovarajuće veličine.

Stigma prekomerne težine ima brojne posledice za psihičko (povećana sklonost ka depresiji, anksioznost, uživanje supstanci, nisko samopoštovanje i lošu telesnu sliku kod mladih) i fizičko zdravlje dece i adolescenata.

Izazovi s kojima se zdravstveni radnici mogu suočiti u vezi s gojaznošću mogu uticati na interakcije s pacijentima i nenamerno prenošenje stigme, krivice ili predrasude pri pokušaju povećanja motivacije pacijenta za promenom. Pedijatrijski zdravstveni radnici mogu igrati važnu ulogu u naporima da se bave stigmatizacijom i povećaju svest o tome da stigmatizacija gojaznosti ne smanjuje gojaznost i ne poboljšava zdravstveno ponašanje.

## 5. PSIHOSOMATSKI POREMEĆAJI KOD ADOLESCENATA - ŠTA KARDIOLOG TREBA DA ZNA

*Prof dr Svetlana Apostolović*

Ne tako retko se u ordinaciji kardiologa adolescent, uglavnom u pratnji majke, javlja zbog osećaja lupanja srca, „treperenja“, ili drugih nedefinisanih simptoma. Zadatak kardiologa je da isključi moguće organske uzroke takvih tegoba. Ukoliko organska bolest nije uzrok, trebalo bi tragati za psihosomatskim poremećajima.

Najčešće smetnje su smetnje kardiovaskularnog sistema i to tahikardija, pseudoanginozni bol, probadanje u predelu srca, a na drugom mestu su problemi gastrointestinalnog trakta i dr. Najčešći intrapsihički uzrok ovih smetnji je agresivnost reaktivirana starim kastracionim strahovima i edipalnom situacijom. Kada se emocionalni konflikt sredi obično nestaju i somatske smetnje.

Psihosomatske bolesti su retke u adolescenciji (mislimo na one koje imaju pravi patoanatomski supstrat) ali je adolescencija vreme kada se ispoljavaju funkcionalni psihosomatski poremećaji koji su začeti još u ranom infantilnom periodu, prevashodno u pregenitalnom periodu. Majka psihosomatskog adolescenta je svoje dete prihvatila samo kada je bilo bolesno, pa je telesni identitet i sama telesna bolest zapravo i jedini identitet. Često je i prezentacija psihičkog simptoma preko fizičkog najprihvatljiviji način za adolescenta. Kao da je lakše bolovati od neke fizičke bolesti nego imati psihičkih problema, lakše i u odnosu prema sebi, roditeljima vršnjacima. Fizička bolest je i način da se izbegnu školske obaveze ali i da se dobije pažnja ili neko posebno mesto u porodici. Nekad i "opravdanje" za prekid komunikacije, socijalnu izolaciju koju viđamo kod adolescenata sa aknama. Telo je bez imalo sumnje u većini konflikata u adolescenciji što je i razumljivo s obzirom na promene koje trpi u tom periodu života.

## B) DIJAGNOSTIKA, KONZERVATIVNA I PREVENTIVNA MEDICINA - SAVREMENI ASPEKTI

### 1. PRIMENA ANTIBIOTIKA U BOLESTIMA GASTROINTESTINALNOG TRAKTA

*Zoran Joksimović*

INTERNISTIČKA ORDINACIJA "JOKSIMOVIĆ" BOR

Sažetak: Antibiotike primenjujemo u lečenju velikog broja oboljenja digestivnog trakta. Na prvom mestu u lečenju infektivnih bolesti koje mogu izazvati brojni agensi: *Bacillus cereus*, *Campylobacter jejuni*, *Vibrio cholera*, *Clostridium perfringens*, *E. Coli*, *Salmonella enterica*, *Shigella dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. boydii*, *S. Sonnei*, *Staphylococcus aureus*, *Salmonella typhi* ili *paratyphi*, *Yersinia enterocolitica*. O ovim bolestima će se govoriti na nekom drugom mestu. U ovom radu je pažnja poklonjena primeni antibiotika pre svega u lečenju *Helicobacter pylori* infekcije i *Clostridium difficile* enterokolitisa.

*H. pilori* je kancerogen prvog reda i odgovoran je za 89% svih slučajeva karcinoma želuca. Stoga svakog pacijent sa *H. pylori* infekcijom treba lečiti. Preporučeni režim lečenja je 14-dnevna primena

inhibitora protonske pumpe (IPP), amoksicilina i klaritromicina. Uspeh lečenja se kontroliše neinvazivnim testovima (urea izdusajni test ili pregled stolice na *H.pylori*) najmanje mesec dana nakon terapije. Ako lečenje nije uspešno preduzima se 14-dnevni tretman levofloksacinom (IPP, amoksicilin, levofloksacin) ili 14-dnevni tretman koloidnim bizmutom (IPP, koloidni bizmut, oksitetraciklin / amoksicilin, metronidazol). Ako ni posle ovakve terapije nema eradikacije radi se endoskopija i kultivisanje bioptičkog materijala na *H pylori* i antibiogram. Dalji program tretmana, treba nastaviti na osnovu rezultata antibiograma.

U crevu odrasle osobe ima oko sto hiljada milijardi bakterija među kojima se nalazi 10.000 različitih vrsta ovih mikroorganizama. Teže oko 3 kg i 10 puta su brojnije od ćelija našeg tela. Crevni bakterijski sistem se formira na rođenju a za njega koristimo izraz crevna mikrobiota. Poremećena ravnoteža u sastavu mikrobiote igra značajnu ulogu u nastanku nekih imunsko posredovanih bolesti i metaboličkih poremećaja. Primena antibiotika značajno promeni sastav mikrobiote i potrebni su meseci i čak godine da se ponovo uspostavi pređašnja ravnoteža. Najznačajnija bolest GIT koja nastaje kao posledica izmenjene mikrobiote posle upotrebe antibiotika je infekcija bakterijom *Clostridium difficile*. Faktori virulencije ove bakterije su toksini (A, B i binarni toksin), koji dovode do inflamacije odnosno enterokolitisa. Ova infekcija može biti asimptomatska ali često ima teške forme bolesti, neretko i sa smrtnim ishodom usled pseudomembranoznog kolitisa, perforacije creva ili toksičnog megakolona. Bolest se zavisno od stadijuma bolesti i kliničke slike leči metronidazolom, vankomicinom, fidaksomicinom, rifaksiminom ili nekim drugim načinima uključujući i fekalnu mikrobiota transplantaciju.

U radu je obrađena i uloga antibiotika u lečenju inflamatornih bolesti creva, divertikulitisa i disbioza.

## 2. ANTIBIOTSKA PROFILAKSA I TERAPIJA BAKTERIJSKOG INFEKTIVNOG ENDOKARDITISA - NEDOUMICE I KONTRAVERZE JOŠ POSTOJE

*Prim dr sci. med. Dušan Bastać*

Infektivni endokarditis je teška forma zapaljenja srčanih valvula, još uvek udružena sa neprihvatljivo visokim mortalitetom (10-30%). Dijagnoza se postavlja na osnovu kliničke slike, transtoraksne i transezofagealne ehokardiografije i hemokulture sa antibiogramom.

Potreban je multidisciplinarni pristup u lečenju. Na osnovu antibiograma lečenje treba da traje ne kraće od 6 nedelja. U nepovoljnim slučajevima lažno negativne hemokulture, primenjuje se empirijski antibiotski tretman. Kod rano nastalog endokardita se daje kombinacija tri antibiotika: 1. vankomicin 30 mg/kg/dan intravenozno u dve doze; 2. Rifampicin 900-1200 mg/dan intravenski ili oralno, podeljeno u tri doze; 3. gentamicin 3mg/kg/dan intravenski ili intramuskularno u jednoj dozi. Ako je kasno, nastali endokarditis veštačke valvule daje se ampicilin ili kloksacilin sa gentamicinom, a u slučaju alergije na penicilin vankomicin + gentamicin.

Izvesne diskrepance još egzistiraju oko optimalne antibiotske terapije prema bakterijskom izazivaču. Infektolozi bi trebalo da na okruglom stolu harmonizuju tretman i daju nam jednostavne i jasne preporuke kako lečiti pacijenta sa infektivnim endokarditisom. Nasuprot tome, kardiolozi bi trebalo da nastave kontinuirani rad na najboljem načinu da integrišu važeće preporuke u kliničku praksu i kako da koriste rezultate novih slikovnih tehnika u lečenju svojih pacijenata.

Prevenција infektivnog endokardita je sada fokusirana na oralnu higijenu, a ne daje se kod gastrointestinalnih i genitourinarnih procedura, ali i tu postoje konverze. Nije promenjen režim profilakse: 30 do 60 minuta pre procedure amoksicilin ili ampicilin 2 grama za odrasle i 50 mg/kg tm kod dece, oralno ili intravenski. Kod alergije na penicilin dati klindamicin (600 mg za odrasle i 20 mg/kgTM, oralno ili iv). Prevenција *Stafilokokus aureus* endokardita mogla bi se sprovesti vakcinom i ispitivanje na ljudima je u toku.



### 3. ZNAČAJ NEONATALNOG SKRININGA U PREVENCIJI METABOLIČKIH BOLESTI U DECE

*Prim Dr Med Bojana Cokić*

**CILJ RADA:** Značaj neonatalnog skrininga u prevenciji metaboličkih bolesti prikazom porodice sa Fenilketonurijom (PKU) i ukazati na brojne probleme.

**PRIKAZ PORODICE SA PKU:** Prvo muško dete rođeno 1977. god. klinički zdravo. Drugo muško dete rođeno 1981.godine, hipertrofično, zdravo novorđenče. Sa 2,5 mes. ima epi napad koji je rezistentan na th. Sa 4. mes. u tercijarnoj ustanovi postavljena dijagnoza fenilketonurije. Roditelji klinički zdravi. Treće žensko dete rođeno 1989.godine klinički zdravo. Neonatalnim screeningom postavljena dijagnoza fenilketonurije. Odmah započeto lečenje. Klinički nalaz lečenog deteta je zadovoljavajući. Nalaz psihologa- ukupni IQ 80. Sposobna je za redovnu školu.

**PROŠLOST** porodice sa PKU: Jedno obolelo, nelečeno dete (rođeno pre uvedena neonatalnog skrininga), sa teškom mentalnom retardacijom i letalnim ishodom u 10. godini.

**SADAŠNJOST** porodice sa PKU: Jedno obolelo dete u kojeg je urađen Guthrieov test, dokazana penilketonurija i započeto lečenje pre kliničkih ispoljavanja bolesti.

**BUDUĆNOST PORODICE SA PKU:** Kako se radi o ženskom detetu problem je dvostruk: Lečenje skupom hranom i sprečavanje fenilketonuricne embriopatije u generativno doba.

**ZAKLJUČAK:** Neonatalni screening je jednostavn test. Omogućava postavljanje dijagnoze pre kliničkog ispoljavanja bolesti. Lečenje je izuzetno teško. Specijalna hrana se proizvodi u inostranstvu, ima veliku cenu i dugo se primenjuje. Traži veliko angažovanje porodice i društva.

"Sunce ne pravi nikakve razlike. Njemu je svaki čovek simpatičan. Gde sja sunce srca, tu je svaki covek vredan truda"- (Phill Bosmans).

### 4. RASTENJE I POLNO SAZREVANJE DECE I MLADIH – PRAKTIČNI ASPEKTI

*Prim. Mr Sc. Dr med Bratimirka Jelenković*

Rastenje je odlika dečjeg uzrasta. Na proces rastenja utiču genetski i spoljni činioci (faktori sredine). Najpouzdaniji pokazatelj stanja zdravlja deteta od rođenja do sticanja polne zrelosti, je rastenje. Poremećaj rastenja 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 rastenja se sreće kod nekih od fizioloških oblika niskog rasta gde uz redovno registrovanje telesne visine i praćenje nije potrebno lečenje.

Brojni uzroci koji dovode do prevremenog puberteta mogu se klasifikovati na centralni (CPP) i periferni (PPP). CPP, gonadotropin-zavisni nastaje prevremenom aktivacijom hipotalamo-hipofizno-gonadne osovine, i uvek je izoseksualan (znaci puberteta su u skladu sa polom individue, npr. feminizacija kod devojčica). Periferni prevremeni pubertet (PPP) ili gonadotropin-nezavisni nastaje sekrecijom polnih steroida nezavisno od hipotalamo-hipofizno-gonadne osovine i može biti izoseksualan ili heteroseksualan (izolovana pojava fizičkih znakova koji nisu karakteristika pola individue, npr. virilizacija kod devojčica). CPP se sreće kod više od 50% dece sa PP, i češći je kod devojčica. Nekomplerni, parcijalni PP (prevremena telarha, prevremena adrenarha, i izolovana prevremena menarha) ispoljava se pojavom pojedinih faza pubertetskog procesa: telarhe, adrenarhe ili menarhe.

## **5. STAROSNA STRUKTURA DOKTORA MEDICINE OKRUGA ZAJEČAR I OKRUGA BOR KAO DETERMINANTA FUNKCIONISANJA SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

*Dr Sc Dr Med Olica Radovanović*

Za kvalitet, uspešnost i efikasnost zdravstvene zaštite, specifičan i ključni resurs je ljudski resurs, odnosno optimalna kadrovska struktura u odnosu na broj, stručnu osposobljenost i starosnu strukturu. Starosna struktura zdravstvenih radnika determiniše i uslovljava blagovremeno obezbeđivanje optimalne kadrovske strukture, odnosno, kontinuiranu ravnotežu i usklađenost sa stalnim promenama zakona i podzakonskih akata i prepoznatim potrebama stanovništva, poštujući principe pristupačnosti, pravičnosti, sveobuhvatnosti, kontinuirane i efikasne zdravstvene zaštite.

Starosna struktura ljudskih resursa zdravstvenih ustanova okruga Zaječar i okruga Bor je zabrinjavajuće nepovoljna i ukazuje na potrebu da se hitno izvrši sveobuhvatno istraživanje kadrovskih resursa, kao osnov za definisanje dugoročnih i kratkoročnih smernica razvoja kadrovske strukture. Jedino tako, zdravstvene ustanove mogu obezbediti optimalnu kadrovsku strukturu koja će odgovoriti prepoznatim potrebama stanovništva definisane populacione grupe za zdravstvenom zaštitom, uticati na zdravstveno stanje stanovništva i ispoštovati odredbe zakona i podzakonskih akata.

## **SAŽECI PLENARNIH PREDAVANJA**

### **C) „HIRURGIJA I SRODNE GRANE-SAVREMENI ASPEKTI” Zaječar 2020.**

#### **1. REKONSTRUKCIJE U ZATVARANJU DEFEKTA HRONIČNIH RANA**

*Prof dr Ljubomir Panajotović*

Identifikovanje etiologije hroničnih rana i lokalnih i sistemskih faktora koji mogu doprineti lošem zarastanju je ključ za uspešno lečenje. Stabilizacija opšteg stanja bolesnika i otklanjanje uzroka odlaganja zarastanja rane prethode i prate lokalno lečenje. Osnovni postupci u lečenju hroničnih rana su debridman, previjanje sa adekvatnim medicinskim oblogom i/ili vakuum terapija u cilju stvaranja uslova za spontanu epitelizaciju i prema indikaciji, rekonstruktivno hirurško lečenje.

Metod hirurškog zatvaranja defekta nakon debridmana određuje procena opšteg stanja bolesnika, defekta (lokalizacija, dimenzije, dubina kavuma, infekcija), i stanje okolnih struktura. Cilj rekonstrukcije je dobijanje dobro zarasle, stabilne rane bez sekrecije, postizanje očuvanja funkcije ili stvaranja uslova za povratak funkcije drugim rekonstruktivnim operacijama, pri čemu se ne zanemaruje ni estetski aspekt (nadoknada konture, manji ožiljci i deformiteti). U izboru rekonstruktivnog metoda prednost se daje najefikasnijem, razmatrajući mogućnosti svakog metoda, počev od najjednostavnijeg do najsloženijeg

(hijerarhija rekonstruktivnih alternativa). U ovoj gradaciji najpre se razmatra mogućnost upotreba transplantata kože, zatim lokalnih režnjeva, udaljenih režnjeva i najkompleksnijih, slobodnih režnjeva. Neki rekonstruktivni postupci zahtevaju nekoliko operacija ili pak posebnu opremu i obučenosť ljudstva. U rekonstrukciji mekotkivnog pokrivača pri zatvaranju ovakve rane princip je da se, ukoliko duboke strukture nisu eksponirane, defekt pokriva transplantatom kože. Ukoliko su duboke strukture ogoljene, moraju se pokriti režnjem, budući da prihvatanje transplantata na ovakvoj podlozi nije moguće. U izboru režnja princip je da režanj mora biti dovoljno veliki da pokriva celu površinu defekta i dovoljno masivan da ga popuni po dubini. Slobodan transfer tkiva se prvenstveno koristi za pokrivanje rana koje nemaju transplantabilnu podlogu i kod kojih nisu dostupne lokalni opcije tkiva. Režanj daje tkivo za popunu defekta i, što je još važnije, dovodi zdravo, dobro vaskularizovano tkivo iz udaljenog dela tela.

Ukoliko se proceni da kod **dekubitalnih rana** nehirurški metodi ne bi dali brz adekvatan rezultat, a opšte stanje bolesnika omogućava kompleksnu rekonstruktivnu hirurgiju posle "onkološkog" debridmana ulceracije pristupa se zatvaranju lokalnim fasciokutanim ili miokutanim režnjevima.

Oboljenja perifernih krvnih sudova mogu biti primarni uzrok **arterijskih ulceracija** i čest doprinoseći razlog slabog zarastanje rana drugih etiologija. Bypass grafting ili angioplastika radi poboljšanja arterijske cirkulacije u distalnom delu može biti lekovito samo po sebi ili se može uraditi radi omogućavanja drugih oblika rekonstrukcije koji inače tu ne bi uspevali (transplantati ili režnjevi).

Neuropatski **dijabetesni ulkus** je lokalizovan na mestima ponovljenih trauma i pritiska obuće ili podloge. Po debridmanu keratiniziranih ivica ulceracije i osteomijelitičnih koštanih prominencija, kada je rana pokrivena granulacionim tkivom, postoje uslovi za transplantaciju kože. Najčešće se primenjuju tanki transplantati, a ponekada i lokalni i udaljeni slobodni režnjevi. Važan postupak je rasterećenje mesta ulceracije od pritiska nošenjem specijalnih uložaka i obuće, koja vrši redistribuciju pritiska sa mesta ulceracije na okolne delove stopala.

**Venski stazni ulkus potkolenice** rezultat je hipoksije u oblasti venskog zastoja u donjim ekstremitetima. Kompresivne čarape ili čizme, debridman, i održavanje čiste, vlažne rane su nosioci u prvom redu nehirurške terapije. Tanki transplantati kože i bioinženjerirani ekvivalent kože (Apligraf, Organogeneza) su se pokazali efikasnim. Pored kompresivnog previjanja, hirurgija u cilju smanjenja venskog refluksa pomaže u reduciranju recidiva.

## 2. HIRURGIJA U LEČENJU LIMFOMA ŽELUCA

*Ivan Pešić*

Tokom protekle decenije, lečenje pacijenata sa limfomom želuca pretrpelo je značajne promene sa pomakom ka nehirurškom lečenju. Faktori koji utiču na ovaj pomak uključuju bolje razumevanje etiologije bolesti, kao i nedavne kliničke studije koje pokazuju kako efikasnost eradikacione terapije kod infekcija Helikobakter pilori-jem (*H. pilori*), tako i učešće zračne i hemioterapije. Pristup u lečenju limfoma želuca započinje preciznom patološkom dijagnozom zasnovanoj na histološkom pregledu i imunofenotipizaciji, kao minimumu. Nakon toga slede detaljni procedure određivanja stadijuma bolesti koji uključuju endoskopsku ultrasonografiju (EUS). Većina primarnih limfoma želuca je niskog gradusa u vidu limfoidnog tkiva povezanog

sa sluznicom (MALT tip tumora) ili se radi o tipu tumora sa velikim ćelijama (tumor visokog gradusa). Samo lečenje ovih tumora se razlikuje. Za limfome niskog gradusa (MALT) ograničene na želudac, pokušaj eradikacije infekcije uzrokovane Helikobakter pilorijem je prvi izbor. Ukoliko je pacijent negativan na prisustvo H. pilorija, ako je eradikacija istog izvedena neuspešno ili ako je stadijum bolesti II1E, zračna terapija predstavlja terapiju izbora. Hemoterapija predstavlja najbolju opcija za lečenje bolesti u stadijumu II2E ili višem, kao i za bolest koja ne reaguje na antibiotike i zračenje. Hirurška terapija bi trebalo da bude rezervisana za pacijente sa lokalizovanom bolešću, koja je refrakтерна na ove druge vidove terapije. Hirurška terapija kao jedini vid terapije (ako je bolest u stadijumu IE) ili operacija praćena hemoterapijom (za bolest stadijuma II ili višem) pozitivno utiče na očekivane ishode. Operacijalimfoma želuca je često rezervisana za pacijenti sa lokalizovanom, rezidualnom bolešću nakon nehirurške terapije ili za retke pacijente sa komplikacijama. Štaviše, operacija je ponekad neophodna u lečenju akutnih komplikacija, poput krvarenja, postojanja apscesa, gastrointestinalnih okluzija ili perforacija tokom sistemske terapije, kao i operacije u cilju prevencije takvih urgentnih stanja. Nedavno objavljenestudije ukazuju da hemoterapija i terapija zračenjem mogu biti prihvatljiva alternativa operaciji. Čitava klinička slika i pacijentove predispozicije moraju igrati ulogu u teškoj odluci koju terapiju primentiti. Hemoterapija je jasna prva opcija kod pacijenata sa bolešću koja je u II ili višem stadijumu. Lokalnu terapiju zračenjem treba dodati samo u odabranim slučajevima sa zaostalom lokalnom bolešću ili glomaznim tumorom.

### 3. KOLOREKTALNI KARCINOM KAO URGENTNO STANJE

*Prof dr Vladimir Ćuk*

Kolorektalni karcinom (K RK) zauzima treće mesto u svetu po učestalosti oboljevanja a kao uzrok smrti je na drugom mestu, sa oko 850.000 novootkrivenih slučajeva godišnje i sa oko 500.000 umrlih od posledica bolesti. Statistika pokazuje da će se 14/100.000 ljudi razboleti od ove bolesti svake godine.

Unatoč pokrenutim skriningzima i merama za rano otkrivanje, posebno u razvijenim zemljama, K RK se javlja u podmaklom stadijumu bolesti u čak 15-25% obolelih, zahtevajući hitno lečenje zbog ileusa, perforacije ili krvarenja.

Hitno stanje u ovih bolesnika, udruženo sa podmaklim godinama i raznim komorbiditetima, dovodi do smanjenja broja radikalnih operacija uz povećanje učestalosti pratećih komplikacija (40-50%) a sa povećanjem mortaliteta rano postoperativno i do 15-20%, uz slabije 5-togodišnje preživljavanje usled povećanja učestalosti lokalnog recidiva.

Da bi se izbegli ovi nepovoljni efekti operacija izvedenih u nepovoljnim uslovima napravljen je pokušaj privremenog odlaganja operacije u bolesnika sa ileusom postavljanjem samoširećeg metalnog „stenta“ kroz tumor da bi se omogućilo pražnjenje creva i razrešenje ileusa. Tako se u bolesnika bez proširene bolesti omogućuje priprema za operaciju pod povoljnijim uslovima a u onih sa metastatskom bolešću izbegava operacija i bolesnik može ubrzo da prima hemioterapiju. Ova procedura još nije široko prihvaćena jer je praćena sa dosta problema i komplikacija, iako se pokazala kao vrlo efikasno sredstvo za razrešenje ileusa.

U slučaju nemogućnosti postavljanja stenta ili ako se radi o perforaciji ili krvarenju sa tumora neizbežna je operacija. Za ishod op. lečenja je veoma bitno da li operaciju izvodi tokom noći u dežurstvu

neiskusani hirurzi koji se ne bavi rutinski kolorektalnom hirurzijom ili specijalizovani hirurzi u optimalnim uslovima za rad. Isto tako su rezultati bolji u visoko specijalizovanim ustanovama za ovu patologiju.

U polovine ovih bolesnika će biti moguće učiniti radikalnu operaciju sa anastomozom, izbegavajući stomu, dok će u druge polovine bolesnika stoma biti neizbežna bilo kao privremena, do razrešenja ileusa, ili kao trajna. Kada je u pitanju neoplazma desnog kolona i u 90% bolesnika je moguće učiniti resekciju sa anastomozom dok u bolesnika sa tumorom levog kolona ili rektuma to je moguće samo u četvrtine bolesnika. Intraoperativno je u ovih bolesnika registrovan veći gubitak krvi i duže trajanje operacije. Rani postoperativni tok u ovih bolesnika je težak i većina provede 3-5 dana u intenzivnoj nezi, a kasni postop. tok je praćen češćom pojavom infekcije rane i dehiscencije anastomoze, što dovodi do povećanja postoperativnog morbiditeta do 33-45% a mortaliteta i do 20% operisanih. Isto tako je registrovano da su rezultati 5-togodišnjeg preživljavanja u ovih bolesnika slabiji usled povećanja učestalosti lokalnog recidiva.

Za poboljšanje rezultata lečenja u bolesnika sa KRK i dalje je neophodno insistirati na ranom otkrivanju ovih tumora kroz skrining programe da bi bolesnicima omogućili maksimalno radikalno lečenje uz minimalne kontraefekte.

#### **4. THE DUTCH NATIONAL HRHPV SCREENING OF 2017: VICTORIOUS GYNECOLOGISTS**

*Mathilde E. BOON*

2017 saw the start of the Dutch National hrHPV screening. The data of this unique project are published in 2019 by Erasmus MC, of Rotterdam, with the cooperation of PALGA, the National Pathology Archive, in which all Dutch pathology laboratories participate.

With a DNA test the presence of high risk Human Papilloma Virus (hrHPV), that is of HPV 16 and HPV 18 is established in one of the six regional HPV-laboratories, from a sample taken, in the majority of the cases, in the office of the general practitioner. For all women with a positive test, a follow-up or consultation scheme is followed.

In June 2018, the percentage screenees was only 61.1%, while this percentage in 2015 and 2016, in the "old" national screening program, was as high as 65%. In those years, the screenees were sampled for a smear (or for a suspension) by the general practitioner and these samples were screened and diagnosed in one of the 56 Dutch pathology laboratories. For the cohort 30-34 yr the percentage screenees dropped from 52 to 43. In this context it is important to mention that in 2015 and 2016 the samples were also screened for dysbalance of the bacterial flora (Bacterial Vaginosis) and for the presence of fungi, such that these screenees could be treated accordingly.

In 2017 as much as 9.0% of the screenees proved to be positive for hrHPV, for the youngest cohort (30-34 yr) this was as high as 21.3% but for the oldest cohort (60-64 yr) a mere 4.5%.

The percentage that was referred directly to the gynecologist was as high as 37.7 for the cohort 30-34 yr, and for the cohort 60-64 yr still 18.1.

The gynecologists took a colposcopic biopsy in 97.3% of the screenees referred to them, according to the protocol. In 2017 only 1.7% of these screenees proved to harbor invasive cervical cancer. The pre-invasive lesion CIN III was diagnosed in 34.0% of the cohort 30-34 yr, contrasting with the 15% of normal epithelium found in the biopsies of these young screenees. Finally, we can have a look at the screenees with the histologic diagnosis CIN I, established in 28.1% of the biopsies. In cases with CIN I we can speak of an "active" HPV infection, that many screenees can combat themselves and can "clear the infection". These screenees can safely be followed by cytology, but who nowadays has the courage to suggest a "hands-off" approach?

We can conclude that the gynecologist, having performed a colposcopic biopsy in as many as 37.7% of the screenees of 30-34 yr and still 18.1% of the 60-64 yr cohort, prove to have victors of the Dutch National hrHPV screening of 2017. In this context, we can safely speak of "victorious gynecologist"!

## **5. CERVICAL CANCER SCREENING: SOME PRIVATE THOUGHTS AND EXPERIENCES FROM THE NORWEGIAN SCREENING PROGRAM**

*Torill Sauer, senior consultant, professor*

DEPARTMENT OF PATHOLOGY AKERSHUS UNIVERSITY HOSPITAL

The Pap smear has a long history in detecting preinvasive (and invasive) lesions in the cervix, longer than any other screening tool. The incidence of invasive cancer has decreased to a variable in countries with cervical screening, but to a variable extent. Cervical screening was introduced in Norway in the 1960-ies and was opportunistic. Despite a high number of annual smears, we had the highest incidence among the Nordic countries. An organized program under the Norwegian Cancer Registry started in 1995 and it defined a number of parameters and quality indicators aiming at optimizing the use of Pap smears in cervical screening. Around the same time, we also adopted the Bethesda classification system with a few national adjustments. One of the main objectives was to reduce the number of smears from young women and increased participation of older women and a participation rate of at least 80 % of the women in screening age (25-69). Recommended screening interval was three years. Women who had no record of a Pap smear in three years receive a letter from the Cancer Registry inviting them to make an appointment with their GP to take a routine smear. A quality manual describing all aspects of the Pap smear screening and diagnostics encouraged the pathology/cytology laboratories to adhere to the recommendations and, in general, lead to a high quality and uniform screening on a national basis. Included in this manual was recommendations for both cytoscreener and cytopathologist qualifications as well as diagnostic quality control. The organized program in Norway has been a success. The incidence of invasive cervical cancer decreased significantly. During the last years, however, we have seen a rise in incidence, and an increased number of adenocarcinomas. Secondary HPV testing has been done for a number of years and has resulted in a major increase in colposcopy and cervical biopsies. The number of conizations has almost tripled, but still we see a rising cancer incidence. Internationally there is now a heavy drive to switch to primary HPV testing, and Norway also is on the way to do that. What seem to be the main remaining flaws of our "old" screening program? Is aHPV screening much better? Do we have alternative adjunct analyses that could be useful? What about liquid based technology and automated screening?

## 6. 25 GODINA SKRININGA I LEČENJA ŽENA OD RAKA GRLIĆA MATERICE U ZAJEČARU

Vera Najdanović Mandić

DISPANZER ZA ŽENE, ZC ZAJEČAR

**Uvod:** Godine 1967. ginekologija dobija zaseban objekat, dvospratnu zgradu, a onda i kolposkop i opremu za citodijagnostiku. Doktor Jovan Vaslijević završava specijalizaciju iz ginekologije 1969. i baviće se citologijom sve do svoje penzije 1993. Zahvaljujući njemu, Zaječar među prvim gradovima u Srbiji započinje masovne sistematske preglede žena sedamdesetih godina. Godine 1971. pregledano je 10.500 žena od 25 - 65 godine što je tada bio najveći broj pregledanih žena na području Srbije. Godine 1980. počinje da radi novi dom zdravlja u Zaječaru, a dispanzer za žene radi redovne sistematske preglede radi ranog otkrivanja karcinoma grlića materice kod žena. 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. Zaječarski okrug je u vrhu Srbije po broju obolelih žena sa incidencom 62,3.

**Cilj rada** je pokazati učestalost raka grlića materice u periodu od 1995 - 2019; 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 1995 - 2019. godine na ginekološkom odeljenju u Zaječaru. Podaci su obrađeni i prikazani tabelarno i grafički.

**Rezultati rada:** Od 1996 - 2018. urađeno 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 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 unapređenju 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.

## 7. THE EFFICIENCY OF ROSE (RAPID ON-SITE EVALUATION) IN FINE-NEEDLE ASPIRATION BIOPSY OF THYROID NODULES.

*Putova M. V.<sup>1</sup>, Noskova K. K.<sup>1</sup>, Kolesova. E. N.<sup>1</sup>, Fejedorov I. Yu.<sup>1</sup>, Malkina. N. A.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> THE MOSCOW CLINICAL SCIENTIFIC CENTRE OF THE STATE BUDGETARY HEALTHCARE INSTITUTION NAMED AFTER LOGINOV A.S. MOSCOW HEALTH DEPARTMENT, MOSCOW, RUSSIA

**Objectives:** There is no single opinion about the benefit of ROSE in fine-needle aspiration biopsy of thyroid nodules in scientific literature. On the one hand, the ROSE provides a significant advantage for specialists with little experience of performing fine-needle aspiration biopsy. On the other hand, a more experienced specialist regularly carrying out fine-needle aspiration biopsy would develop skills and tactics which allow to minimize obtaining of uninformative material. Therefore, the question arises if this practise is cost-efficient and ensures best employee and workplace productivity. **Aim:** This study was undertaken to assess the efficiency of ROSE in fine-needle aspiration biopsy of thyroid nodules.

**Materials and Methods:** The research was performed from July 2018 until September 2019 on the basis of The Moscow Clinical Scientific Centre of the State Budgetary Healthcare Institution named after Loginov A.S. The material was received from 1089 patients, of which 911 (84 %) were female and 178 (16 %) male. The analysis was performed on 1174 fine-needle aspiration materials of the thyroid nodules having endosonographic and/or clinical signs requiring morphological verification. In all cases ROSE was performed. The cytologic reporting was done using the Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology (TBSRTC, 2017) classification system. Staining was made with Diff-Quik stain.

**Results:** The quantity of the reporting about nondiagnostic material before the application ROSE had been 85 (7.1 %), after ROSE 14 (1.2 %). The application of the given method in fine-needle aspiration on materials of thyroid nodules allowed to increase the quantity of diagnostic punctures from 92,2 % up to 98,7 %. In both cases the results were high because all participants of the diagnostic process had sufficient experience and qualification. The most important result of the study was a significant reduction of quantity of such morphological reports as the classification category TBSRTC III (atypia of undetermined significance/follicular lesion of undetermined significance) which made only 1.1 % from all the reporting. This diagnostic category does not provide a recommended clinical management and presents an estimated risk of malignancy of 10-30%.

**Conclusions:** The application of ROSE is efficient for morphological verification of thyroid nodules as it allows to reduce the quantity of obtaining of nondiagnostic material (TBSRTC I). The multidisciplinary approach allows to significantly reduce the quantity of the cytologic reports of the classification category TBSRTC III.

## 8. THE POSSIBILITIES TO INCREASE THE INFORMATIVENESS OF THE CYTOLOGICAL EXAMINATION IN ENDOBRONCHIAL ULTRASOUND-GUIDED TRANSBRONCHIAL NEEDLE ASPIRATION (EBUS-TBNA)

*Putova M. V.<sup>1</sup>, Noskova K. K.<sup>1</sup>, Kolesova. E. N.<sup>1</sup>, Chernikova E. N.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> THE MOSCOW CLINICAL SCIENTIFIC CENTRE OF THE STATE BUDGETARY HEALTHCARE INSTITUTION NAMED AFTER LOGINOV A.S. MOSCOW HEALTH DEPARTMENT, MOSCOW, RUSSIA

**Objectives:** Endobronchial ultrasound-guided trans bronchial needle aspiration (EBUS-TBNA) is a safe and minimally invasive bronchoscopic technique. However, one of the disadvantages at the moment is the



high cost of the expendable materials. For that reason and due to the technical complexity of this method it is important to make sure that it increases the accuracy of the result of the cytological examination.

**Aim:** The study is undertaken to evaluate the possibilities of rapid on-site evaluation (ROSE) and immunocytochemical method to increase the accuracy of result of cytological examination of EBUS-TBNA.

**Material and methods:** Research was performed from January 2019 until September 2019, on the basis of The Moscow Clinical Scientific Centre of the State Budgetary Healthcare Institution named after Loginov A.S. During this period there have been performed 43 EBUS-TBNA on the materials from 27 patients, 18 (67 %) male and 9 (33 %) female. In 23 (85 %) cases the patients with mediastinal lymphadenopathy were examined, in 3 (11 %) cases patients had lung mass not accessible for bronchial biopsy and in 1 (4 %) case the mediastinal mass. In all cases ROSE were performed. Staining was made with Diff-Quik stain. In the next step, if necessary a washout of the needle was used, cytological preparations were done using the method of liquid-based cytology and used for further immunocytochemical examinations.

**Results:** In 16 (59 %) cases repeated aspirations were required because the material was nondiagnostic. After ROSE nondiagnostic material was recognized in 3 (11 %) cases. It is necessary to consider that EBUS-TBNA had not been performed prior to that on the basis of The Moscow Clinical Scientific Centre and thus required some skills training of the endoscopist and morphologist. Also in 3 cases it was required to carry out immunocytochemical exams, 2 of which were for the verification of the small cell lung cancer and 1 to confirm a metastatic clear cell renal cell carcinoma. It allowed to diagnose nodules in 89 % of cases.

**Conclusions:** The data obtained allows us to recommend the use of ROSE to increase the informativeness of cytological studies in EBUS-TBNA, as well as immunocytochemical studies in complex diagnostic cases.

## PLENARNA PREDAVANJA

### D) "Aktuelnosti u oralnoj hirurgiji i stomatologiji"

#### 1. OTVARANJE MAKSILARNOG SINUSA

*Prof. dr Goran Jovanović*

Prilikom ekstrakcije gornjih bočnih zuba može doći do otvaranja maksilarnog sinusa koji se nalazi neposredno iznad njih i uspostavljanja oroantralne komunikacije između sinusa i usne duplje. Ukoliko se ne dijagnostikuje na vreme proces se produbljuje u oroantralnu fistulu i obimniju hroničnu infekciju sinusa. Sa terapijskog aspekta od izuzetnog je značaja uraditi pravovremenu dijagnostiku kako bi se na najadekvatniji način izvršila hirurška intervencija. Zbog toga svaki stomatolog mora da zna protokol privremenog zbrinjavanja nastale komunikacije i način upućivanja pacijenta oralnom hirurgu.

## 2. SPECIFIČNOSTI UGRADNJE DENTALNIH IMPLANTATA U ODNOSU NA VREME POSLE EKSTRAKCIJE ZUBA - KADA I KAKO?

*Prof. Vladimir Biočanin*

Dentalni implantati i protetske nadoknade na njima pružaju velike prednosti u odnosu na konvencionalna protetska rešenja. Od izuzetnog je značaja poznavati protokole ugradnje dentalnih implantata u odnosu na vreme posle ekstrakcije zuba. Tako, po najnovijem konsenzusu postoje: imedijatna implantacija (ugradnja u svežu alveolu odmah nakon ekstrakcije), rana sa zarastanjem mekog tkiva (4-8 nedelja od ekstrakcije), rana sa delimičnim zarastanjem kosti (12-16 nedelja od ekstrakcije) i kasna implantacija (6 i više meseci od ekstrakcije).

Imedijatna implantacija (Tip 1) je danas preporučena samo u uskom krugu indikacija koje obuhvataju: iskusnog kliničara, alveole jednokorenih zuba, pacijenta nepušača sa dobrim anatomskim uslovima (intaktna i debela bukalna koštana lamela, dobar vertikalni nivo kosti na susednim zubima, debeo tip pripojne gingive i odsustvo akutne infekcije u ekstrakcionoj alveoli). Kod ovog tipa implantacije, preporuka je da se ne odiže mukoperiostalni režanj. Vrlo često, imedijatna implantacija praćena je potrebom da se doda veštačka kost u prazninu između spoljašnje strane implantata i bukalne koštane lamele.

Rana implantacija sa zarastanjem mekog tkiva (4-8 nedelja od ekstrakcije) (Tip 2) pogodna je u frontu gornje vilice u tzv. estetskoj zoni. Naime, preporučuje se 4 nedelje od ekstrakcije za ugradnju implantata u regiji lateralnog sekutića i prvog premolara i 6-8 nedelja implantaciju u regiji centralnog sekutića i očnjaka. Velika prednost ovog tipa ugradnje je u potpunom zarastanju mekog tkiva, kao i u potpunom otklanjanju akutne ili hronične infekcije u predelu alveole izvadenog zuba.

Rana implantacija sa delimičnim zarastanjem kosti (12-16 nedelja od ekstrakcije) (Tip 3) pogodna je u situacijama kada se Tip 2 ugradnjom ne može očekivati postizanje primarne stabilnosti implantata. To su uglavnom slučajevi ekstrakcionih alveola sa većim periapikalnim lezijama. Ovaj tip ugradnje pogodan je za implantaciju u predelu ekstrahovnih donjih molara.

Kasna implantacija (6 i više meseci od ekstrakcije) (Tip 4) danas se ne preporučuje iz više razloga. Naime, u prvih 6 meseci dešavaju se najintenzivniji procesi resorpcije koji mogu onemogućiti ili znatno otežati uslove za implantaciju. Takođe, dugo vreme čekanja do ugradnje implantata nije zanemarljiv faktor. Ovaj tip ugradnje danas je rezervisan za slučajeve adolescenata kod kojih zbog još nezavršenog skeletnog rasta treba sačekati ugradnju ili kod pacijenata koji su došli za implantatnu terapiju više godina nakon ekstrakcije. Zbog velike resorpcije kosti i gubitka mekih tkiva, preporuka je uraditi tzv. prezervaciju alveole, ako se mora sačekati 6 i više meseci od ekstrakcije do implantacije.

## 3. FARMAKOLOŠKA AUGMENTACIJA OSEOINTEGRACIJE

*Prof. dr Dušan Đurić*

Farmakološka augmentacija podrazumeva biološku terapiju ili primenu malih molekula, koji kontrolišu proces remodeliranja kostiju. Brojni predklinički animalni modeli su korišćeni za proučavanje

različitih farmakoloških tretmana za kvalitetniju fiksaciju implantata u osteopeničnoj kosti. Ovi tretmani uključuju one koji antagonizuju proces resorpcije kosti - antikatabolički tretmani, i one koji pokušavaju da ubrzaju ili poboljšaju proces formiranja kostiju - anabolički tretmani. Postoji znatno preklapanje između protokola tretmana koji se koriste za poboljšanje fiksacije implantata i tretmana koji su predloženi ili se trenutno koriste u lečenju osteoporoze. U oba slučaja cilj je sprečavanje daljeg gubitaka kostiju ili povećanje koštane mase, bilo sistemskim, bilo lokalnim lečenjem.

Rasprostranjenost osteoporoze je u porastu, sa sve većim brojem pacijenata koji su primali implantate i zato je od presudnog je značaja za prepoznavanje izazova koje osteoporoza predstavlja. Farmakološka augmentacija usmerena na remodeliranje kostiju je značajan proces za poboljšanje fiksacije implantata. I antikatabolički i anabolički tretmani su pokazali uspeh u poboljšanju kvaliteta fiksacije u predkliničkim istraživanjima. Brojna farmakološka sredstva su pokazala mogućnosti za poboljšanje fiksacije implantata na životinjama.

Antikatabolički tretmani ciljaju osteoklastičnu resorpciju kosti u pokušaju da se spreči gubitak kostiju. Bisfosfonati su klasa antikataboličkih lekova koji se trenutno koriste za lečenje Paget-ove bolesti, metastaza na kostima i osteoporoze. Nekoliko molekula bisfosfonata su demonstrirali kliničku delotvornost kroz visoki afinitet vezivanja za mineralne komponente kosti i sposobnost pokretanja osteoklastične apoptoze, čime se ograničava resorpcija kostiju.

Anabolički tretmani su klasa lekova koji deluju na osteoporozu u nastajanju, deluju na povećanje koštane mase i zapovedaju formiranje osteoblastičnih kostiju. Klinički, paratireoidni hormon je jedini anabolički agens koji je odobren od FDA za lečenje osteoporoze, ali nekoliko drugih molekula su istraženi u prekliničkim modelima fiksacije implantata u osteopeničnoj kosti.

#### **4. NAMENSKE FIKSNE NADOKNADE - KRITERIJUMI ZA USPEH, RAZLOZI ZA NEUSPEH**

*Prof. dr Ivica Stančić*

STOMATOLOŠKI FAKULTET BEOGRAD, KLINIKA ZA STOMATOLOŠKU PROTETIKU

Prateći tokove razvoja nauke i tehnologije, savremena stomatologija je našla načine da uglavnom skoro sve svoje pacijente rehabilituje fiksnim nadoknadama. Ovaj trend možda će u perspektivi potisnuti mobilnu protetiku, međutim uvek će biti pacijenata koji iz nekih razloga neće biti indikovani za ugradnju implantata, ali uvek će biti i onih koje će možda sputavati nedostižni finansijski zahtevi.

Iz takvih razloga važno je sačuvati svaki biološki zdrav zub, kao i optimalno isplanirati buduću mobilnu zubnu nadoknadu. Retki su slučajevi da se zubne nadoknade mogu izraditi bez prethodne pripreme preostalih zuba. Priprema zuba nekad zahteva neovisne metode pripreme retencionih zuba, dok se kod većine krezubih pacijenata moraju indikovati neke od namenskih fiksnih nadoknada. Danas se, uglavnom, indikuju namenske frezovane krunice, samostalno ili u kombinaciji sa nekim od veznih elemenata parcijalne skeletirane proteze. Svaka namenska krunica mora posedovati aktivne protetske segmente, kako bi optimalno prihvatila kongruentne elemente mobilnog dela nadoknade, i na taj način ispunila osnovne zadatke parcijalne skletirane proteze.

Samo korektno isplanirana i izrađena frezovana mesta na namenskim krunicama imaju svoj značaj u vođenju i stabilizaciji parcijalne skeletirane proteze, kao i fiziološkom prenosu opterećenja tokom mastikacije. Nepoznavanje osnovnih principa frezovanja u stomatološkoj protetici može obezvređiti čitav protetski rad, a ujedno i ugroziti retencione zube pokrivene namenskim krunicama i smanjiti njihov vek.

## 5. FASETE KOJE, KADA, KAKO

*Živković S. Rade\*, Mirjana Perić\*, Olga Đurišić\*\**

\*UNIVERZITET U BEOGRADU, STOMATOLOŠKI FAKULTET

\*\* STOMATOLOŠKA ORDINACIJA ĐURIŠIĆ, BEOGRAD

Estetska stomatologija danas predstavlja „umetnost“ stomatologije da u oralnom okruženju zubi budu jedan od značajnih faktora koji utiču na uspešno oblikovanje lica u celosti. Savremene stomatološke procedure i stomatološki materijali danas pružaju velike mogućnosti u izvođenju rekonstruktivnih intervencija. Restaurativne intervencije na zubima predstavljaju i dalje izazov za svakog stomatologa u cilju zadovoljenja pre svega estetskih zahteva pacijenta.

Maksimalno čuvanje tvrdih zubnih tkiva, pre svega gleđi i dentina je imperativ savremene stomatologije. Stomatološka protetika je sama po sebi invazivna grana stomatologije jer može u zavisnosti od indikacije imati manje ili više radikalna pristup u pripremi tkiva za prihvatanje zubnih nagoknada. Nekada je uloga stomatologa bila samo da ukloni bol, bilo lečenjem ili vađenjem zuba, dok danas stomatolog pored ostalog ima značajnu ulogu u zadovoljenju zahteva pacijenta za poboljšanje estetike zuba i lica u celosti. Postoje pacijenti koji žele promene na zubima, a da pri tom ne žele brusiti svoje zube. Što se zub manje brusi, to su traume zuba i zunog tkiva manje, kao i postretmanske tegobe kod pacijenta. Različite grane stomatologije mogu učiniti malim intervencijama mnogo kako bi zadovoljile estetskim zahtevima pacijenta.

Ubrzan razvoj kompozitnih i keramičkih materijala omogućio je konzervativna brušenja i restaurativne postupke koji su potpuno drugačiji nego pre desetak godina. Novi materijali i nove tehnike dozvoljavaju stomatologu da minimalnim intervencijama postigne zadovoljavajuće estetske rezultate.

Danas je očuvanje intaktnih prirodnih zuba potpuno ostvariv cilj. Poslednjih decenija stomatologija razvija estetsku stomatologiju kao tržišni zahtev. Pacijenti osim zdravih zuba žele i kristalno bele i lepe zube. Ne zahtevaju svi pacijenti velike rekonstruktivna zahteve u cilju poboljšanja estetike. Mnogo toga se može postići izbeljivanjem zuba, kompozitnim ili keramičkim fasetama.

Kompozitne i keramičke fasete se mogu danas izraditi u mnogim slučajevima gde su nekad bile indikovane isključivo keramičke ili metalokeramičke krune. Odgovor okolnih tkiva na keramičke ili kompozitne fasete je odličan. Kompozitne fasete se mogu uraditi jednoseansno u ordinaciji ili uz pomoć zubotehničke laboratorije. Nove generacije kompozitnih materijala dozvoljavaju da bez brušenja preoblikujete vestibularnu površinu zuba i time potpuno promenite oblik i ukupni izgled.

Keramičke fasete („Vineers“-engl) ili viniri u svakodnevnom žargonu su sve prisutniji kao estetsko neinvazivno rešenje u zadovoljenju estetskih zahteva pacijenata. Mogu se svrstati u dve grupe: fasete koje traže pripremu postojećih zuba i fasete (non prep viniri) koje ne iziskuju brušenje prirodnih zuba.

Poboljšanje adhezije je dovelo do neslučenih estetskih rešenja keramičkim fasetama, a da se pritom ne narušava integritet prirodnih zubnih tkiva.

U regiji bočnih zuba posebno i klasi premolara okluzalne restauracije moraju biti izrađene od estetski prihvatljivih materijala. Kompozitni ili keramički inleji su izbor sa aspekta očuvanja zubnog tkiva.

Devitalizovani zubi se takođe moraju restaurirati. Livene nadogradnje nisu prošlost, ali imaju alternativu u vidu kompozitnih kočića, koji su kako estetski tako i biološki prihvatljiviji u definisanom indikativnom području.

Možemo reći da savremena stomatologija može pružiti mnogo u zadovoljenju i ispunjavanju estetskih zahteva pavijenata.

## 6. OSTEOPOROZA I OSTEOPENIJA - NEOPRAVDANO ZAPOSTAVLJENE BOLESTI U STOMATOLOGIJI

*Prof.dr Dejan Marković*

KLINIKA ZA DEČJU I PREVENTIVNU STOMATOLOGIJU. STOMATOLOŠKI FAKULTET U BEOGRADU

Dejan Marković, Marija Žakulab, Jelena Kostovića  
Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu  
Dom zdravlja Zvezdara

Osteoporozna je sistemsko oboljenje skeleta metaboličke prirode koju karakteriše smanjena gustina koštane mase, oštećenje koštane strukture i mikroarhitekture uz povećanu krtošću zahvaćenih kostiju. Smatra se da je osteoporozom zahvaćeno preko 200 miliona svetske populacije. Osteopenija koja se ne smatra bolešću koštanog sistema, obično prethodi osteoporozu i teško je napraviti razliku između osteoporoze i njenog patološkog oblika.

Dva najčešća oblika osteoporoze su postmenopauzalna osteoporozna i senilna (staračka) koje spadaju u njene primarne oblike pored idiopatske osteoporoze koja se javlja najranijem dečijem uzrastu. Sekundarna osteoporozna povezana je sa različitim sistemskim i hroničnim oboljenjima koje uzrokuju njen nastanak. Takođe osteoporozna se može javiti u lokalizovanoj i generalizovanoj formi.

Osteoporozna vilica javlja se u obe vilice i predstavlja gubitak gustine i mase kosti u maksili i mandibuli što rezultira intenzivnim smanjenjem alveolarnih grebenova vilica naročito nakon vađenja većeg broja zuba. Takođe gubitkom koštane mase grebena, zubi ostaju bez svog potpornog aparata, klata se i u terminalnoj fazi ispadaju. Neke studije su dokazale jaku vezu između osteoporoze, parodontopatije i gubitka zuba. Resorpcija i gubitak kosti prave prijemčivost za parodontalne patogene mikroorganizme i time se povećava rizik za dalji gubitak zuba.

Često su baš doktori stomatogije oni koji se prvi susretnu sa ovim oboljenjem i koji prvi posumnjaju na postojanje istog pri slučajnom stomatološkom radiološkom pregledu ili pri izvođenju neke od terapijskih intervencija. Neretki su slučajevi patoloških fraktura donje vilice prilikom rutinske ekstrakcije zuba u bočnoj regiji kod ženskih pacijenata srednje životne dobi.

Upoznavanjem sa znacima i koji se mogu videti na radiogramima, kao i rendgen vidljivim simptomima koji sa stomatološkog aspekta nemaju, na prvi pogled velikog značaja oblast je kojoj treba posvetiti zasluženu pažnju.

## **7. SPECIFIČNOSTI I SAVREMENI TREND OVI STOMATOLOŠKOG RADA SA DECOM**

*V. Petrović*

Stomatološki rad sa decom zahteva stručno znanje, iskustvo, brza zapažanja i reagovanja, strpljenje i dobro poznavanje fizičkog i psihičkog razvoja i karakteristika dečjeg uzrasta. U radu sa decom, naročito sa malom i predškolskom, ne može se računati da će prihvatiti i razumeti opravdanost neke intervencije. Uspeh u radu zavisice od uzrasta deteta, psihofizičkog razvoja, pripremljenosti za stomatološku intervenciju, stava stomatologa, sredine i ambijenta. Sa druge strane, činjenica je da se prevencija karijesa i uopšte navike čuvanja oralnog zdravlja najuspešnije sprovode u dečjem uzrastu. Ukoliko su ispoštovane i sprovedene sve preventivne i profilaktičke mere od najranijeg doba, a potom nadalje korigovane i kontrolisane u skladu sa uzrastom, uz individualnu procenu rizika od strane stomatologa i redovne kontrolne preglede, rezultat će biti doživotno zdravi zubi i zdrava usta, što svakako nosi i najveću vrednost u stomatologiji.

Plan terapije na prvom mestu uvek uključuje i beskompromisno sprovođenje svih preventivnih mera (ono što je odgovornost samih pacijenata, odnosno roditelja), zatim profilaktičke mere (zalivanje fisura, fluorisanje) i tek posle toga terapijske mere koje uključuju sanaciju zuba i ekstrakcije. U radu sa decom treba sprovoditi sva savremena dostignuća stomatologije što svakako uključuje rad sa anestezijom i primenu najsavremenijih materijala.

## **SAŽECI PLENARNIH PREDAVANJA**

### **E) AKTUELNOSTI U HEMATOLOGIJI**

#### **1. ANEMIJE: DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA, DIJAGNOSTIKA, MERE PREVENCIJE I PRINCIPI LEČENJA**

*Ass Dr Zorica Cvetković*

Anemija je najčešće kliničko stanje u medicini koje pogađa trećinu svetske populacije. Prema patofiziološkom mehanizmu sve anemije se dele na: anemije uzrokovane smanjenom produkcijom eritrocita, anemije uzrokovane povećanom razgradnjom eritrocita (intra- ili ekstravaskularna hemoliza), kao i anemije uzrokovane akutnim ili hroničnim gubitkom krvi. Morfološka klasifikacija deli anemije na normocitne

(MCV84-96 fl), makrocitne (MCV>96fl) i mikrocitne (MCV<84 fl). Najčešća mikrocitna anemija je sideropenijska anemija, najčešća normocitna anemija je anemija hronične bolesti, a najčešće makrocitne anemije su megaloblastne anemije. Neretko, ove anemije mogu biti udružene kada predstavljaju veliki diferencijalno- dijagnostički i terapijski izazov. Predavači će izneti savremene preporuke za dijagnostiku, mogućnosti prevencije, lečenje i praćenje ovih bolesnika.

## 2. DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA TROMBOCITOPENIJA - DIJAGNOZA I TERAPIJSKI PRINCIPI

*Prof dr Lana Mačukanović Golubović*

Trombocitopenija označava snižen broj trombocita u perifernoj krvi ispod  $100 \times 10^9/L$ , a klinički se ispoljava hemoragijskim sindromom. Krvarenja mogu nastati neposredno posle traume, dobro reaguju na lokalnu kompresiju i nemaju sklonost za ponavljanjem što ih razlikuje od tipa krvarenja u koagulopatijama. Spontana krvarenja se viđaju pri broju trombocita ispod  $5-10 \times 10^9/L$ . Najopasniju pojavu predstavljaju krvarenja u centralnom nervnom sistemu koja mogu dovesti do fatalnog ishoda.

Prema broju trombocita, trombocitopenije se dele na: umerene (Tr  $50-100 \times 10^9/L$ ); srednjeg stepena (Tr  $30-50 \times 10^9/L$ ); teške (Tr  $10-30 \times 10^9/L$ ); vrlo teške (Tr ispod  $10 \times 10^9/L$ ). Prema mehanizmu nastanka, trombocitopenije se dele na: trombocitopenije zbog smanjenog ili defektnog stvaranja trombocita; trombocitopenije zbog poremećaja raspodele trombocita u cirkulaciji; trombocitopenije zbog ubrzane razgradnje i potrošnje trombocita (imune i neimune) i trombocitopenije izazvane dejstvom više faktora. Klinička slika jako varirai ne postoji korelacija između broja trombocita i krvarenja. Broj trombocita veći od  $50 \times 10^9/L$  dovoljan je za prevenciju krvarenja tokom hirurških intervencija, pod uslovom da je funkcija trombocita očuvana.

Lečenje započinje ukoliko je broj trombocita niži od  $20-30 \times 10^9/L$  kao i kod pacijenata sa većim brojem trombocita koji ispoljavaju spontano krvarenje ili imaju povećan rizik od krvarenja. Prvu terapijsku liniju u slučaju imunološke trombocitopenije predstavljaju kortikosteroidi u dozi od 0,5 do 2mg/kg/dnevno, koje ne treba primenjivati duže od tri nedelje, uključujući period postepenog smanjenja doze.

## 3. DISEMINOVANA INTRAVASKULARNA KOAGULACIJA – DIJAGNOSTIČKI I TERAPIJSKI IZAZOVI

*Doc dr Olivera Marković*

Diseminovana intravaskularna koagulacija je ozbiljan, životno ugrožavajući poremećaj koagulacije koji se karakteriše generalizovanom aktivacijom kagulaconog sistema koja rezultira trombotičkim komplikacijama zbog intravaskularnog formiranja fibrinaihemoragijskim komplikacijama zbog potrošnje trombocita i faktora koagulacije. To je sekundarna komplikacija različitih oboljenja kao što su sepsa, teške infekcije, maligne bolesti, ginekološka i vaskularna oboljenja, kao i teške toksične ili imunološke reakcije.

Predavanje će obuhvatiti uzroke, patofiziološke mehanizme nastanka DIK-a, njegovu kliničku sliku, dijagnostičke postupke i standarde u terapiji ovog ozbiljnog i potencijalno životno ugrožavajućeg stanja

#### 4. HITNA STANJA U HEMOFILIJU

*Prim. dr Dragan Mičić, MrSci specijalista pedijatrije*

Hemofilija A i B su urođeni poremećaji koagulacije koji nastaju zbog snižene aktivnosti ili potpunog nedostatka faktora koagulacije VIII (FVIII) ili faktora koagulacije IX (FIX). Oba poremećaja su objedinjena pod jednim imenom s obzirom da se odlikuju istom kliničkom slikom i istim, X vezanim, recesivnim načinom nasleđivanja. Najviše upotrebljavana klasifikacija stepena težine bolesti izvršena je na osnovu rezidualne koagulacione aktivnosti FVIII ili FIX u krvi.

Sva krvrenja kod osoba sa hemofilijom se smatraju ozbiljnim i hitnim za rešavanje. Najčešća krvrenja su ona koja zahvataju muskuloskeletni sistem. Ipak, pet mesta krvarenja koja se smatraju opasnim po život, opasnim po ekstremitete ili opasnim po funkciju organa zahtevaju neodložno lečenje. To su krvrenja u centralni nervni sistem, vrat, intra-abdominalna krvrenja, krvrenja u zatvoreni prostor ekstremiteta ili oko.

Veliki napredak u lečenju osoba sa hemofilijom postignut je zahvaljujući postojanju specijalizovanih centara za lečenje hemofilije koji obezbeđuju multidisciplinarni pristup ovom problemu. Kontrolisano kućno samolečenje takođe je doprinelo izbegavanju brojnih komplikacija, pre svega kroz profilaksu krvarenja. Ne mali broj osoba sa hemofilijom, koje žive udaljeno od centara za lečenje hemofilije, pomoć pri urgentnim stanjima traže u najbližim zdravstvenim ustanovama primarnog ili sekundarnog nivoa.

Zbog toga je značajna edukacija lekara koji rade u primarnom kontaktu ili hitnim službama u pravcu prepoznavanja krvrećih poremećaja i principima njihovog hitnog zbrinjavanja, kao i podizanje opšte društvene svesti o postojanju urođenih poremećaja koagulacije krvi.

## SAŽECI ORIGINALNIH RADOVA

### ORALNA PREZENTACIJA

#### 1. SAVREMENI TRENDVI U STOMATOLOGIJI – POTPUNO OČUVANJE ORALNOG ZDRAVLJA OD ROĐENJA

*Dr. sci Pejčić Nataša, Prof. Dr. Perović Vanja*

**Uvod:** Stomatologija kao nauka veoma napreduje, gotovo da ne postoji nedostatak koji se ne može nadoknaditi. Ipak, do sada se nije našao materijal ili sistem koji bi u potpunosti zamenio zdrave zube. U skladu sa tim možemo reći da je danas najsavremeniji trend u stomatologiji potpuno očuvanje oralnog zdravlja. Iz



ovoga proizilazi da primarna prevencija ima najveći značaj u smislu da se sa najmanje ulaganja dobije najveća vrednost.

**Cilj** je bio da se ukaže na važnost zdravstveno-vaspitnog rada kao jedne od najvažnijih strategija u očuvanju oralnog zdravlja. Da bi se sprečila oboljenja mlečnih zuba neophodno je da se roditelji upoznaju sa važnošću i načinima održavanja oralnog zdravlja kod dece još od najranijeg uzrasta.

**Materijal i metodi rada:** U okviru organizovanih radionica, budući roditelji i roditelji male dece su kroz predavanja i praktične radionice upoznati sa važnošću i načinima održavanja oralne higijene kod beba i male dece. Takođe ovom metodom se dobija uvid u najčešće nedoumice i zablude oko oralnog zdravlja i higijene kod dece, koje treba otkloniti.

**Rezultati:** 90% roditelja smatra da se karijes i oboljenja desni mogu sprečiti. 40% roditelja smatra da sa pranjem zuba treba početi sa nicanjem prvog zuba, dok je 60% njih smatralo da sa pranjem zuba kod dece treba početi tek između prve i treće godine. Samo 30% roditelja je dalo odgovor da dete treba prvi put dovesti na stomatološki pregled do navršanih godinu dana. Odgovori na preostala pitanja ukazuju da je stepen informisanosti roditelja pre sprovedenih edukacija bio je zadovoljavajući, i pored toga 100% roditelja je nakon dobijenih informacija dalo odgovor da će promeniti svoje navike i stavove u očuvanju oralnog zdravlja kod dece.

**Zaključak:** Organizovanje zdravstveno-vaspitnog rada kroz praktične radionice je veoma efiksna metoda i daje veliki doprinos i pomoć roditeljima u očuvanju zdravlja usta i zuba kod dece.

**Ključne reči:** oralno zdravlje, zdravstveno-vaspiti rad, primarna prevencija, oralna higijena

## SAŽECI POSTER PREZENTACIJA - kazuistika

### 2. PSEUDOEKSFOLIJATIVNI SINDROM

Vinka Repac<sup>1</sup>, Pantić Ksenija<sup>1</sup>, Dragišić Branka<sup>1</sup>, Krtinić Jelena<sup>1</sup>, Đukić Elena<sup>2</sup>

<sup>1</sup>DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE,

<sup>2</sup>MEDICINSKI FAKULTET BEOGRAD-STUDENT

**Uvod:** Pseudoeksfolijativni sindrom je genetski determinisano, sistemsko obolenje. Predstavlja degenerativnu fibrilopatiju. Karakteriše se prekomernim stvaranjem i taloženjem u raznim organima (pluća, srce, jetra, bubreg, žučna kesa, krvni sudovi, moždanice, oko, ekstraokularni mišići). Češće se viđa kod starijih osoba koje imaju kataraktu ili glaukom otvorenog ugla. Klinički oftalmološki nalaz PEX sindroma karakteriše se prisustvom pseudoeksfolijativnog materijala na prednjem segmentu oka: prednjoj kapsuli sočiva, pupilarnoj ivici, zonulama, uglu prednje očne komore uz oslobađanje i taloženje pigmenta na tim delovima oka i rožnjače.

**Cilj rada:** Ispitati povezanost okularnog pseudoeksfolijativnog sindroma i sistemskih bolesti: arterijske hipertenzije, ishemične bolesti srca (angina pectoris, infarkt miokarda), šećerne bolesti i cerebrovaskularne bolesti (moždani udara, tranzitorni ishemični atak).

**Materijal i metod rada:** Urađena je prospektivna analiza koja je uključila 150 bolesnika, starosti od 40-i više godina. Prvu grupu od 75 ispitanika sa PEX-om činili su ispitanici kod kojih je intraokularni pritisak bio od 20-25 mmHg. Kontrolnu (drugu) grupu su činili 75 ispitanika koji su pregledani u oftalmološkoj ambulanti nezavisno od uputne dijagnoze. Pregled je podrazumevao ispitivanje vidne oštine, pregled na biomikroskopu, nalaz na očnom dnu i merenje intraokularnog pritiska. Dijagnoza PEX je postavljena na osnovu nalaza na strukturama prednjeg segmenta oka. Podaci o postojanju sistemskih bolesti dobijeni su iz anamnestičkih podataka kao i na osnovu uputnih dijagnoza lekara primarne zdravstvene zaštite. Svi pacijenti su imali urađen lipidni status i C reaktivni protein.

**Rezultati rada:** Prosečna starost pacijenata sa PEX-om je bila  $75,4 \pm 3,6$  godina, što je više u odnosu na one bez PEX-a ( $70,1 \pm 5,2$  godina). U prvoj grupi je bilo 9 (12%) pacijenata sa diabetes mellitusom, sa diabetes mellitusom i arterijskom hipertenzijom 5 (6.6%), arterijskom hipertenzijom 16 (21.4%), anginom pectoris 4 (5.4%), infarktom miokarda 31 (41.3%) i akutnim moždanim udarom 10 (13.3%). U drugoj grupi sa PEX sindromom je bilo 7 (9.3%) pacijenata. U mnogim studijama je pokazano da je PEX-sindrom povezan sa kardiovaskularnim i cerebrovaskularnim bolestima. Kod 11 (14.7%) pacijenata vrednosti intraokularnog pritiska su bile 22 mmHg i više gde je uključena antiglaukomatozna terapija. Pacijenti sa PEX-om su imali povišen nivo LDL, ali nije bilo značajne razlike u vrednostima CRP u obe grupe.

**Zaključak:** Prevalenca PEX sindroma kod populacije starije od 60 godina je znatno viša u odnosu na mlađu populaciju. Da li PEX može biti pokazatelj sistemskih bolesti neke osobe? Od 150 pacijenata u obe grupe sa ovim sindromom je bilo 54.6%. Pex sindrom dovodi do PEX glaukoma koji je često uzrok slepila. Jedan je od glavnih rizika za pojavu glaukoma kod kardiovaskularnih bolesnika.

**Ključne reči:** pseudoeksfolijativni sindrom, sistemske bolesti, prevalenca, pseudoeksfolijativni glaukom.

### 3. EDEM PLUĆA KOD BOLESNIKA NA HEMODIJALIZI - PRIKAZ SLUČAJA

*Marina Tasić*

ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC

**Uvod:** Edem pluća je posledica akutne insuficijencije ili akutizacije hronične insuficijencije leve komore. To je hitno, dramatično stanje koje ugrožava život bolesnika. Spontano se ne zaustavlja i ako se medikamentozno ne interveniše obično se završava letalno. Kod pacijenata na hemodijalizi zahteva hitnu dijalizu sa brзом ultrafiltracijom.

**Cilj:** Prikaz slučaja sa edemom pluća nakon akutnog infarkta miokarda (NSTEMI) bolesnika na hemodijalizi (HD) zbog hronične bubrežne insuficijencije (HBI).

**Materijal i metodi rada:** Korišćena višegodišnja medicinska dokumentacija: otpusne liste, laboratorijski nalazi, ultrazvučni nalazi, RO pulmo.

**Rezultati:** Muškarac, star 71 godinu, srednje osteomuskularne građe i uhranjenosti, tahidispnoičan, orošen hladnim znojem, koža i vidljive sluzokože blede prebojene. Leči se od HBI, na hroničnom programu hemodijalizom četiri godine, na terenu policistične bolesti bubrega, bez rezidualne diureze. Majka bubrežni bolesnik. Četiri dana pre akutnog događaja imao povišenu temperaturu i suvi kašalj. Preležao

bronhopneumoniju mesec dana pre. Na prijemu TA - 240/120 mmHg, cor: srčana akcija ritmična, Sf-104/min, sistolni šum nad mitralnim ušćem. pulmo:oslabljen disajni šum, kasnoinspirijumski pukoti obostrano do polovine pluća, wizing. EKG: sinusni ritam, intermedijalna osovina, SF-104/min, -T u D1, aVL, V4-V5, +-T u V6. Laboratorija: Le-8,3, Er-3,3, Hb-97,Tr-239, glicemia-5,8, urea-16,7,kreatinin-742, CRP-157, 7,Na-135, K-5,8, troponin-3705. Ro pulmo: Stasis pulmonum bill pp.sin. EHO abdomena: Cystis renis. BHP (2016). Ordinirana terapija na Internom odeljenju: diuretik, oksigenoterapija, ACE inhibitor, Ca antagonist, antikoagulantna, dvojna antiagregaciona terapija,gastroprotekcija, antibiotik, sedativ, antipsihotik, antipiretik. Pacijent odmah prebačen na Odsek hemodijalize i dijaliziran po režimu: ultrafiltracija od 4L, izolovana ultrafiltracija 2L za 1h, efektivno vreme dijalize 4h, high-flux dijalizna membrana površine 1,6m<sup>2</sup>, krvna pumpa 200/min. Nakon sprovedene HD pacijent subjektivno bez tegoba i poboljšanim nalazom na plućima. Drugog dana hospitalizacije razvija psihoorganski sindrom. Trećeg dana pogoršanje zastoja na plućima i sprovedena nova HD. Nalaz troponina u porastu. Upućen na Odeljenje kardiologije u ZC Zaječar radi sprovođenja koronarografije. U toku hospitalizacije pacijent obrađen i ponovo dijaliziran. Kako opšte stanje pacijenta ne dozvoljava planiranu koronarografiju ista nije realizovana.

**Zaključak:** Terapijski pristup edemu pluća kod bolesnika na HD je drugačiji. Bolesnik je imao značajno opterećenje tečnošću usled dekompenzacije levog srca posle infarkta miokarda. Neophodno je sprovesti hitnu dijalizu jer primena diuretske terapije kod pacijenta bez rezidualne diureze ostaje bez efekta.

**Ključne reči:** edem pluća, hemodijaliza.

#### 4. GENETSKA PREDISPOZICIJA ZA ANEURIZMU TRBUŠNE AORTE

*Marina Tasić*

ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC

**Uvod:** Aneurizma je lokalizovano ili difuzno proširenje arterije, kada je dijametar širi za najmanje 50%,najčešće je na trbušnoj aorti.Aneurizmataska bolest je sve češća jer se životni vek produžava, a to je preduslov za degenerativne procese, a koji je u osnovi najčešćih oblika. Najčešće se javlja kod starijih (65-70 god.) i češće kod muškaraca. Faktori rizika za nastanak aneurizme trbušne aorte (AAA) su: dugogodišnja hipertenzija, pušenje, gojaznost, povećana masnoća u krvi, stres. Degenerativno oboljenje krvnog suda dovodi do smanjenje čvrstine i elastičnosti zida, što dovodi do proširenja. Upalni procesi u zidu, ali i nasledne slabosti u građi i strukturi zida aorte ili povrede takođe su uzrok AAA. Prirodni tok AAA vodi brojnim komplikacijama: pritisak na okolne strukture i organe, tromboza, embolija, ruptura.

**Cilj:** Ukazati na mogućnost genetske predispozicije razvoja aneurizme aorte.

**Materijal i metodi rada:** korišćena medicinska dokumentacija: otpusne liste, ultrazvučni nalazi, nalazi MSCT angiografije.

**Rezultati:** Pacijent muškog pola 72 god. U anamnezi navodi hipertenziju blagog stepena sedam godina unazad, pankreatitis hronični, od faktora rizika pušenje, konzumiranje alkohola. U porodičnoj anamnezi rođeni brat operisan od AAA. Pre 3 godine napipao bolnu tvrđinu u predelu pupka. Ranije bolne senzacije, na napor intezivnije, gorušica, nadimanje, bol u leđima pripisivane hroničnom pankreatitisu. Nakon fizikalnog pregledase registruje pulzirajuća tumorozna formacija levo od pupka. Urađen ultrazvučni nalaz: aneurizmatško proširenje abdominalne aorte dužine 80mm, širine 68mm sa tromboziranim lumenom. Upućen hitno na Kliniku za kardiovaskularnu hirurgiju VMA Beograd, gde je urađena MCT angiografija: infrarenalno aneurizma 62mm sa aneurizmom obe ilijačne arterije. Urađena uspešno hirurška intervencija.

Bolest može biti asimptomatska dugo, ili sa simptomima od strane želuca i pankreasa, i često se otkrije nakon njene ruptуре, što može biti fatalno za obolelog. Rana dijagnostika podrazumeva dobro uzetu anamnezu, fizikalni pregled. Potom najjednostavnija i najbezbednija ultrazvučna metoda color duplex sken. Potom MR, multislajsing skener I angiografija. AA se rešava operativnim zahvatom, procenat preživljavanja 95%.

**Zaključak:** Značaj anamneze je poznat, ali često i od presudnog značaja. Podatak u porodičnoj anamnezi da je rođeni brat (74 god) takođe operisan od AAA, godinu dana ranije na istoj klinici, govori u prilog o mogućoj genetskoj predispoziciji za ovo oboljenje. Rana dijagnostika i praćenje bolesnika može sprečiti rupturu aneurizme koja je opasna po život. Kod pojave abdominalnog bola radi dobre diferencijalne dijagnoze obratiti pažnju i na porodičnu anamnezu.

**Ključne reči:** aneurizma, trbušna aorta, hereditet.

## 5. KONTRASTNA SREDSTVA I ZASTOJ BUBREGA

*Marina Tasić*

ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, OPŠTA BOLNICA KNJAŽEVAC

**Uvod:** Primena radiokontrastnih sredstava u toku raznih dijagnostičkih procedura (IVP, arteriografije, kontrastni CT-sken...) može dovesti do akutne tubulske nekroze (ATN), koja je često razlog za akutnu bubrežnu insuficijenciju (ABI). Rizične grupe su pacijenti sa dijabetesom i oni sa postojećom hroničnom bubrežnom insuficijencijom (HBI).

**Cilj:** Prikaz slučaja bolesnika sa HBI gde nakon 2 kontrastna snimanja renalne arterije biva uveden u terminalnu HBI.

**Materijal i metodi rada:** Korišćena višegodišnja medicinska dokumentacija: otpusne liste, ultrazvučni nalazi, nalaz dinamske scintigrafije DSCG, MSCT arteriografije.

**Rezultati:** Muškarac star 70 godina, prvi put hospitalizovan na nefrološkom odeljenju ZC Zaječar (mart 2015.) radi procene bubrežne funkcije (HBI gr.III). U decembru 2014. otkrivena aneurizma torakoabdominalne aorte, kada je otkriven i porast azotnih materija. Januara 2015. urađen UZV bubrega: desni bubreg normalan i bez staze, levi se ne vidi, potom DSCG bubrega: agenezija levog bubrega, desni lako snižene akumulacije i nepravilna eliminacija. Marta 2015.god. primljen na Institutu za KVB "Dedinje", gde je urađena MSCT arteriografija (subokluzija desne renalne arterije, aneurizma torako-abdominalne aorte). Urađena dilatacija i plasiran stent u levu renalnu arteriju. Dolazi do skoka azotnih materija i odustaje se od dalje intervencije. Jun 2015. ponovni prijem gde je urađena druga kontrastna angiografija, dolazi do skoka azotnih materija i odustaje se od operacije aneurizme. Vraćen na nefrološko odeljenje Zaječar, zbog izrazito visokih azotnih materija, plasiran CVK i započinje hronični program hemodijalize.

**Zaključak:** Ispitivanja kontrastnim sredstvima kod visoko rizičnih bolesnika treba izbegavati, što je najbolji način prevencije ATN. Kod takvih bolesnika dobre informacije se mogu dobiti primenom UZV, CT ili digitalnom subtrakcionom angiografijom (sa manje kontrasta). Pre snimanja kontrastnim sredstvom (1sat pre), dobro hidratirati bolesnika (250 ml 20% rastvor Manitol).

**Ključne reči:** kontrastna sredstva, bubrežna insuficijencija, hemodijaliza.

