

**TIMOČKI
MEDICINSKI
GLASNIK**



**TIMOK
MEDICAL
GAZETTE**

Glasilo zaječarske podružnice Srpskog lekarskog društva

Izlazi od 1976.

Vol. 43 (2018. godina)

SUPPLEMENT 1

YU ISSN 0350-2899

XXXVII TIMOČKI MEDICINSKI DANI

ZBORNIK SAŽETAKA

Glasilo zaječarske podružnice Srpskog lekarskog društva

Izlazi od 1976.

UREDNIŠTVO/ EDITORIAL

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

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

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

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

ČLANOVI UREDNIŠTVA TMG

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

**SEKRETARI UREDNIŠTVA/
EDITORIAL SECRETARIES**

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

**TEHNIČKI UREDNIK/
TECHNICAL EDITOR**

Petar Basić, Zaječar

UREĐIVAČKI ODBOR/EDITORIAL BOARD

Akademik prof. dr Dragan Micić /MD, PhD/, Beograd
Prof. dr Nebojša Paunković /MD, MSc, PhD/, Zaječar,
Prim dr Radoš Žikić (MD), Zaječar,
Prof. dr Slobodan Ilić /MD, PhD/, Niš
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 dr sci. med. Aleksandar Aleksić, /MD, MSc, PhD/, Zaječar
Prim dr sci. med. Vladimir Mitov, /MD, MSc, PhD/, Zaječar
Prim mr. sci. med. dr Predrag Marušić /MD, MSc/, Zaječar
Prim mr. sci. med. dr Olica Radovanović /MD, MSc/, Zaječar
Prim dr sci. med. Željka Aleksić /MD, MSc, PhD/, Zaječar
Dr Emil Vlajić /MD/, Zaječar
Ada Vlajić, Belgrade, art historian

LEKTORI/PROOFREADERS

Srpski jezik/Serbian language:

Prof srpskog jezika Violeta Simić, philologist, Zaječar

Engleski jezik/English language:

Prof engleskog jezika Slobodanka Stanković Petrović, philologist Zaječar

VLASNIK I IZDAVAČ/OWNER AND PUBLISHER

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

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 TAČUN/ CURRENT ACCOUNT

Srpsko lekarsko društvo, podružnica Zaječar 205-167929-22

ŠTAMPA/PRINTED BY

Spasa, Knjaževac

TIRAŽ/CIRCULATION 500 primeraka/500 copies

CIP - Каталогизacija у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

61

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

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

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



**TJMOČKI
MEDICINSKI
GLASNIK**

**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.

*Organizacioni odbor TMD
Uredništvo TMG*

Zbornik sažetaka XXXVII TIMOČKI MEDICINSKI DANI

Organizator:

- Srpsko lekarsko društvo, Podružnica Zaječar

Suorganizatori:

- Zdravstveni centar Zaječar

- Specijalna bolnica za rehabilitaciju "Gamzigrad"

1. Datum i mesto održavanja

10-12. maj 2018. godine (četvrtak, petak, subota) u Zaječaru

2. Akreditacija

Organizator Srpsko lekarsko društvo, Podružnica Zaječar

Adresa organizatora: Džordža Vašingtona 19, Beograd

E-mail adresa: sld.podruznicazajecar@gmail.com; bratimirkajelenkovic@gmail.com

XXXVII TIMOČKI MEDICINSKI DANI I dan ("Imunizacija - savremeni aspekti") je na osnovu odluke ZDRAVSTVENOG SAVETA Srbije, Broj. 153-02-3452/2017-01 OD 18.11.2017., Beograd, akreditovani kao "Nacionalni seminar 1. kategorije".

Ciljna grupa - Lekari, Stomatolozi, Farmaceuti, Biohemičari, Medicinske sestre, Zdravstveni tehničari

Trajanje nastave – različito za svaki Simpozijum

Broj bodova za Nacionalni simpozijum (I dan):

Za predavača – 12. Za pasivno učešće – 6

XXXVII TIMOČKI MEDICINSKI DANI II dan ("Aktuelnosti u hirurgiji i srodnim granama 2018.") i III dan ("Konzervativna i preventivna medicina - savremeni aspekti 2018.") su na osnovu odluke ZDRAVSTVENOG SAVETA

Srbije, Broj. 153-02-3452/2017-01 OD 18.11.2017, Beograd, akreditovani kao "Nacionalni simpozijum".

Ciljna grupa - Lekari, Stomatolozi, Farmaceuti, Biohemičari, Medicinske sestre, Zdravstveni tehničari

Trajanje nastave – različito za svaki Simpozijum

Broj Bodova za Nacionalni simpozijum (II i III dan):

Za predavača - 8

Za usmenu prezentaciju - 7

Za poster prezentaciju - 5

Za pasivno učešće – 4

Maksimalni broj slušalaca/ke – 270

Po 0,5 bodova ostalim koautorima usmene prezentacije i poster prezentacije (do 3 koautora).

III nacionalna simpozijuma

Dan	Datum	Tema simpozijuma	Evidencioni broj	Predavači	Vrsta edukacije
I dan	10. maj 2018.	"Imunizacija - savremeni aspekti"	A-1-2777/178 (red 125)	prof. dr Srđan Pašić, prof. dr Zoran Radovanović, prim. dr Predrag Kon, prof. dr Vladimir Petrović, dr Srđa Janković, dr Goranka Lončarević, prim. mr sci. med. dr Predrag Marušić, dr Brankica Vasić	Nacionalni seminar 1. kategorije
II dan	11. maj 2018.	Aktuelnosti u hirurgiji i srodnim granama 2018.	A-1-2709/17 (red 43)	prof. dr Ivan Stefanović, prof. dr Aleksandar Milošević, prof. dr Vladimir Ćuk, dr Paja Momčilov, prof. dr Janko Đurić, prof. dr Dimitrije Segedi, prim. dr Vera Najdanović Mandić, prof. dr Goran Jovanović, prof. dr Ivica Stančić, prof. dr Rade Živković, prof. dr Dejan Marković	Nacionalni simpozijum
III dan	12. maj 2018.	Konzervativna i preventivna medicina - savremeni aspekti 2018.	A-1-2710/17 (red 44)	prof. dr Branko Beleslin, prof. dr Ana Đorđević Dikić, ass. dr sci. med. dr Marija Zdravković, prim. dr sci. med. dr Dušan Bastać, prim. dr sci. med. dr Vladimir Mitov, prof. dr Vladislav Vukomanović, prof. dr Bojko Bjelaković, ass. dr sci. med. dr Sergej Prijić, dr sci. med. dr Marina Đorđević Spasić, prim. dr sci. med. dr Aleksandar Aleksić, prim. dr sci. med. dr Željka Aleksić, mr sci. med. dr Zoran Joksimović, prim. dr Bojana Cokić, prim. mr sci. med. dr Bratimirka Jelenković	Nacionalni simpozijum
*Svaki dan je posebno akreditovan					

ČLANOVI ORGANIZACIONOG ODBORA**Srpsko lekarsko društvo Podružnica Zajecar** - Rasadnicka bb, 19000 Zajecar**Prim Mr sci. med.dr Bratimirka Jelenkovic** pedijatar subspecijalista endokrinolog ZC Zajecar, Rasadnicka bb; Decije odeljenje. Predsednik Predsedništva SLD Podružnica Zajecar

- **Dr Ljiljana Jovanović.** Pedijatrijska služba. ZC Zajecar, Rasadnicka bb.Zajecar. 19000. Sekretar Predsedništva SLD Podružnica Zajecar
- **Prim Dr sci.med. dr Dušan Bastac.** Specijalista internista; subspecijalista kardiolog, internista subspecijalista kardiolog Internistička ordinacija Dr Bastac Ul Kosancicev Venac 16 19 000 Zajecar
- **Dr sci. med. dr Vladimir Mitov** Interna medicina; Magistar kardiologije ZC Zajecar, Rasadnicka bb, Interno odeljenje
- **Prim Mr sci. med. dr Predrag Marušić** Epidemiolog ZZJZ "Timok" Sremska 13, Zajecar 19 000
- **Dr Zoran Jelenkovic,**urolog,Rpublicki fond zdravstvenog osiguranja,Filijala Zajecar, Zajecar.
- **Prim dr Vera Najdanovic Mandic,** specijalista ginekologije i akušerstva.Služba za zdravstvenu zaštitu žena. DZ, ZC Zajecar, Rasadnicka bb.
- **Prim dr Vesna Petkovic,** stomatolog,specijalista stomatološke protetike. Privatna stomatološka ordinacija „Protektident“. Ul Narodni front 41 a, Zajecar
- **Dr Aleksandar Petrović,** infektolog. Infektivno odeljenje. ZC Zajecar, Rasadnicka bb.
- **Dr Rade Kostić,** specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije. Specijalna bolnica za rehabilitaciju "Gamzigad"; Gamzigradska banja Adresa: Banjski trg 12, 19228 Gamzigradska Banja
- **Dr Brankica Vasić-** Pedijatar. Dispanzer za zdravstvenu zaštitu predškolske i školske dece. DZ ,ZC Zajecar.
- **Dr Goran Jović.** Na sepcijalizaciji iz Oralne hirurgije.Stomatološka služba.DZ ,ZC Zajecar.
- **Dr Biljana Popović.** Ginekolog akušer. privatna ginekološka ordinacija "GEOFEMINA". Zajecar
- **Dr Biljana Stanković.** Lekar opšte medicine.Služba opšte medicine. DZ ,ZC Zajecar.
- **Dr Miloš Protić.** Specijalista Opšte meidcine. Služba opšte medicine. DZ ,ZC Zajecar.
- **Dr Danijela Ćirić.** Lekar opšte medicine. ZC Zajecar, Rasadnicka bb, Interno odeljenje
- **Dr Marko Jović.**Lekar na specijalizaciji iz Dečije hirurgije. Opšta bolnica Zajecar. ZC Zajecar.
- **Dr Tanja Bogdanović.** Lekar opšte medicine. Dispanzer za zdravstvenu zaštitu predškolske i školske dece. DZ ,ZC Zajecar.
- **Mr Sc Zoran Joksimović.** Specijalista Internista, magistar medicinskih nauka. Internistička ordinacija „JOKSIMOVIĆ“ Bor.

Zdravstveni centra Zajecar, Zajecar - Rasadnicka bb, 19000 Zajecar

Direktor Zdravstvenog centra Zajecar: **Dr Miroslav Stojanović,** specijalista MFHDirektor Bolnice: **Dr Jovan Stevanović,** spec. interne medicineDirektor Doma zdravlja: **Dr Bojana Radojević,** specijalista pedijatrije,

Specijalna bolnica za rehabilitaciju "Gamzigrad"

Gamzigradska banja, adresa: Banjski trg 12, 19228 Gamzigradska Banja:

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

Suorganizator simpozijuma XXXVII Timočki medicinski dani II dan: "Aktuelnosti u hirurgiji i srodnim granama 2018. Petak, 11 maj, 2018. godine, Amfiteatar DZ ZC Zajecar je GINEKOLOŠKO AKUŠERSKA SEKCIJA SLD

Suorganizator simpozijuma XXXVII Timočki medicinski dani III dan: "Konzervativna i preventivna medicina - savremeni aspekti 2018." Subota, 12 maj, 2018. godine, Amfiteatar DZ ZC Zaječar je KARDIOLOŠKA SEKCIJA SLD

Članovi naučnog odbora

Predsednik:

Prim Dr sci.med. dr Dušan Bastać, Specijalista internista; subspecijalista kardiolog. Internistička ordinacija Dr Bastać Ul Kosančićev Venac 16, 19000 Zaječar

Članovi:

- Prim. Dr sci. med. dr Nebojša Paunkovic. Ordncija „Dr Paunkovic“, Zajecar
- Prim. Dr sci. med. dr Željka Aleksic. Nuklearna medicina ZC Zajecar, Rasadnicka bb, Služba za nuklearnu medicinu
- Prim. Dr sci. med. dr Vladimir Mitov. Interna medicina; Magistar kardiologije ZC Zajecar, Rasadnicka bb, Interno odeljenje
- Prim Mr sci. med.dr Bratimirka Jelenkovic, pedijatar subspecijalista endokrinolog ZC Zajecar, Rasadnicka bb; Dečje odeljenje
- Prim. Dr sci. med. dr Aleksandar Aleksić, Interna medicina; Magistar endokrinologije ZC Zajecar, Rasadnicka bb, Interno odeljenje
- Prim. mr sci. med. dr Predrag Marušić, Epidemiolog ZZJZ "Timok", Sremska 13, 19000 Zaječar
- Prim. mr sci. med. dr Miodrag Đorđević, Interna medicina; Magistar endokrinologije ZC Zajecar, Rasadnicka bb, Interno odeljenje
- Prim. Dr sci. med. dr Biserka Janković Tirmenštajn, internista - nefrolog; Magistar nefrologije ZC Zajecar, Rasadnicka bb, Odeljenje hemodijalize
- Mr sci. med. dr Olica Radovanović, specijalista socijalne medicine, Zavod za javno zdravlje "Timok", Zaječar. ul. Sremska 13;19000 Zaječar.

III nacionalna simpozijuma

I simpozijum: **Imunizacija - savremeni aspekti**

II simpozijum: **Aktuelnosti u hirurgiji i srodnim granama 2018.**

III simpozijum: **Konzervativna i preventivna medicina - savremeni aspekti 2018.**

XXXVII Timočki medicinski dani - sesije

Hirurgija i srodne grane - usmene prezentacije

Kazuistika - usmene prezentacije

Hirurgija i srodne grane - poster prezentacije

Konzervativna medicina i dijagnostika - usmene prezentacije

Konzervativna medicina i dijagnostika - poster prezentacije

Javno zdravlje - usmene prezentacije

Javno zdravlje - poster prezentacije

Kazaustika - usmene prezentacije

Kazaustika - poster prezentacije

Istorija medicine i umetnosti - poster prezentacije

Istorija medicine i umetnosti - usmene prezentacije

Mladi autori - usmene prezentacije

XXXVII TIMOČKI MEDICINSKI DANI I DAN

«Imunizacija - savremeni aspekti»

četvrtak, 10. maj. 2018. DZ ZC Zaječar

1. OSNOVNI PODACI O VAKCINAMA I PROPISI KOJI REGULIŠU PRIMENU VAKCINA U SRBIJI

Vladimir Petrović

INSTITUT ZA JAVNO ZDRAVLJE VOJVODINE, NOVI SAD, SRBIJA,

Ključne reči: imunizacija, preporuke, propisi. **Uvod:** Među svim merama prevencije zaraznih bolesti, imunizacija predstavlja najbržu, najefektivniju (najdelotvorniju) i ekonomski najviše opravdanu meru, koja je direktno uticala na smanjenje incidencije i mortaliteta zaraznih bolesti i izmenu strukture obolevanja zaraznih bolesti u čitavom svetu. Sa izuzetkom obezbeđenja zdravstveno bezbedne vode za piće, nijedna druga mera, nije imala takav dominantan uticaj na pad mortaliteta i porast populacije. U februaru 2016. godine Narodna skupština Republike Srbije donela je Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti. Prateći podzakonski akti, dva pravilnika, doneti su oktobru odnosno decembru 2017. godine. Ovim propisima regulišu se posebne mere, imunizacija i hemioprofilaksa i njihovo sprovođenje u Srbiji. **Cilj:** Cilj rada je da se na pregledan način prikažu: Mehanizmi odbrane organizma i imunitet; Pasivna imunizacija; Aktivna imunizacija; Opšte preporuke u imunizaciji; Postvakcinalne reakcije; Kontraindikacije i; Propisi koji regulišu primenu vakcina u Srbiji. **Metod:** Ovim preglednim radom istraženo je stanje znanja u oblasti imunizacije. Rad je zasnovan na objavljenim stavovima Svetske zdravstvene organizacije i 13. izdanju udžbenika kojim se obrađuje epidemiologija i prevencija vakcinom preventabilnih bolesti a koji izdaje Centar za kontrolu bolesti Sjedinjenih Američkih Država. Pored toga analiziran je tekst donetog zakona u Srbiji, kao i prateći podzakonski akti i prikazane su novine u sistemu imunizacije i novi kalendari imunizacije. **Rezultati:** Poznavanje osnovnih funkcija imunog sistema je korisno kako bi se razumeli način na koji deluju vakcine i osnova za preporuke o korišćenju vakcina. Postoje dva osnovna mehanizma za sticanje imuniteta – pasivni i aktivni. I pasivni i aktivni imunitet mogu biti stvoreni prirodnim ili veštačkim putem. Postupci ili događaji koji dovode do stvaranja veštačkog pasivnog imuniteta nazivaju se pasivna imunizacija. Za pasivnu imunizaciju danas se mogu koristiti četiri vrste preparata: heterologni hiperimuni serum, homologni imunoglobulini, homologni hiperimuni gamaglobulini i monoklonska antitela. Postupci ili događaji koji vode ka stvaranju aktivnog imuniteta obično se nazivaju aktivna imunizacija. Veštački aktivni imunitet nastaje nakon primene vakcina. Vakcine su imunobiološki preparati koji stimulišu imuni sistem, dovodeći do imunog odgovora i stvaranja imunološke memorije na sličan način kao prirodna infekcija, ali ne izlažu primaoca oboljenju i njegovim mogućim komplikacijama. Što je način primene vakcinalnog antigena sličniji prirodnom toku infekcije, to je bolji imuni odgovor na vakcinu i solidniji aktivni imunitet. Veštački aktivni imunitet nije toliko solidan i dugotrajan kao prirodni, ali je trajniji od pasivnog imuniteta, kako prirodnog, tako i veštačkog. Osnovna podela vakcina napravljena je u odnosu na mogućnost replikacije vakcinalnog antigena u organizmu. One se dele na žive ili atenuisane i mrtve ili inaktivisane. Vakcine se uglavnom koriste pre izlaganja infekciji, kao preekspoziciona zaštita. Imunizacija započinje kod pripadnika najmlađe uzrasne grupe koja je u riziku od oboljenja, a za koje su efikasnost, imunogenost i bezbednost vakcine dokazani. Uzrast deteta kada je potrebno započeti i sprovesti aktivnu imunizaciju određuje se kalendarom imunizacije. Kada se radi o tzv. primovakcinaciji, većinu vakcina potrebno je davati u dve ili više doza. Njihovom primenom u odgovarajućim intervalima obezbeđuje se optimalna zaštita. Simultana vakcinacija podrazumeva istovremeno davanje dve različite žive i/ili mrtve vakcine (npr. protiv besnila i protiv tetanusa) ili više njih na odvojena mesta. Veoma je važna u programima sistematske imunizacije deca jer se tako uvećava verovatnoća da će dete biti potpuno imunizovano u odgovarajućem uzrastu.

Nesimultanim se označava davanje dve različite vakcine koje se ne sprovodi istog dana. Većina vakcina može se davati nesimultano u bilo kom razmaku. U praksi postoje samo dva ograničenja za nesimultanu vakcinaciju kada je potrebno da između primene dve vakcine prođu bar četiri sedmice. Ukoliko se živa vakcina (npr. MMR ili varicela) primenjuje parenteralno, pre ili posle datih antitela, vremenski razmak mora biti dovoljan da se spreči ometanje replikacije vakcinalnog mikroorganizma. Cirkulišuća antitela ne utiču značajno na imuni odgovor nakon primene mrtve vakcine, tako da se ona može dati pre, posle ili istovremeno kada i proizvod koji sadrži antitela. Način aplikacije vakcina određen je osobinama vakcine i težnjom da se izbegnu nepotrebna dejstva, a obezbedi najveća efektivnost. Ako se doza vakcine primeni do četiri dana pre isteka minimalnog intervala ili odgovarajućeg uzrasta deteta, ona se može smatrati ispravno primenjenom, odnosno validnom. U protivnom treba je ponoviti. Ponovljena doza mora se dati u razmaku većem od preporučenog u odnosu na pogrešno datu dozu, a da je pri tome dete odgovarajućeg uzrasta. Posle primene vakcina moguća je pojava neželjene reakcije ili neželjenog događaja. Neželjena reakcija se povezuje sa vakcinom, a neželjeni događaj odnosi se na bilo koji koincidentni događaj koji se desi nakon vakcinacije a ranije nije povezivan sa vakcinom. Potrebno je sprovesti dodatno ispitivanje kako bi se neželjena reakcija na vakcinu razlikovala od neželjenog događaja. Neželjene reakcije na vakcine dele se u tri grupe: lokalne, sistemske i alergijske. Lokalne reakcije su najčešće i najmanje teške, a alergijske su najteže i najređe. Kontraindikacija je stanje koje u velikoj meri povećava šansu za pojavu ozbiljne neželjene reakcije. Vezano je za primaoca vakcine, a ne za samu vakcinu. Kontraindikacije mogu biti usmerene prema pojedincu (individualne) ili prema zajednici (tzv. epidemiološke). Individualne kontraindikacije se dele na opšte, ukoliko se odnose na sve vakcine i posebne, kada važe za pojedine vakcine. Određena stanja i okolnosti, neki lekari pogrešno smatraju kontraindikacijama za vakcinaciju. Takve pogrešne ili lažne kontraindikacije dovode do propuštenih prilika za davanje vakcina. Zakonom i podzakonskim aktima uvedene su brojne novine u sistem imunizacije u Srbiji. Uvedene su nove imunizacije u kalendar imunizacije, posebno novo polje preporučene imunizacije u odnosu na prethodno postojeće isključivo obavezne imunizacije. Podzakonski akti predstavljaju novi okvir za sprovođenje imunizacije u Srbiji. Obavezna i preporučena imunizacija sprovode se na osnovu trogodišnjeg programa imunizacije koji donosi ministarstvo nadležno za poslove zdravlja a predlaže ga Institut za javno zdravlje Srbije u skladu i dostavlja ga ministarstvu nadležnom za poslove zdravlja najkasnije dvanaest meseci pre isteka važećeg programa. Imunizacija u Srbiji obuhvata: Obaveznu aktivnu imunizaciju lica određenog uzrasta; Obaveznu aktivnu i pasivnu imunizaciju lica izloženih određenim zaraznim bolestima; Obaveznu aktivnu i pasivnu imunizaciju lica u posebnom riziku; Obaveznu aktivnu i pasivnu imunizaciju lica zaposlenih u zdravstvenim ustanovama; Obaveznu aktivnu imunizaciju putnika u međunarodnom saobraćaju; Preporučenu aktivnu imunizaciju lica određenog uzrasta; Preporučenu aktivnu i pasivnu imunizaciju lica po kliničkim indikacijama; Preporučenu aktivnu imunizaciju putnika u međunarodnom saobraćaju. Sastavni deo Programa su: Trogodišnji plan potreba zdravstvenih ustanova u vakcinama, imunoglobulinima humanog porekla i monoklonskim antitelima za obaveznu imunizaciju i Potrebe vakcina, imunoglobulina humanog porekla i monoklonskih antitela za nacionalnu rezervu u skladu sa preporukom Svetske zdravstvene organizacije. **Zaključak:** Da bi vakcine indukovale dobar imuni odgovor, potrebno je poštovati pravila pravovremenog davanja vakcina i imati osnovna znanja o mehanizmima odbrane organizma i imunizetu. Svaki zdravstveni radnik koji učestvuje u sprovođenju imunizacije mora da zna da razlikuje neželjeni događaj od neželjene reakcije kao i odgovarajući postupak za njihovo rešavanje. Svaki lekar koji sprovodi imunizaciju u obavezi je da prepozna i poštije kontraindikacije za sprovođenje imunizacije. Očekuje se da nakon donošenja novog Zakona o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti kao i pratećih podzakonskih akata dođe do unapređenja svih poslova u sistemu imunizacije u Republici Srbiji.

Literatura:

- World Health Organization. WHO recommendations for routine immunization - summary tables. Geneva: WHO; Reviewed February 2015. Available at http://www.who.int/immunization/policy/Immunization_routine_table1.pdf?ua=1
- Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases: Principles of vaccination. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2015. Available from: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/prinvac.html>
- Petrovic V, Radovanovic Z, Seguljev Z. Imunizacija protiv zaraznih bolesti. Monografije;111 edited by Vladimir Petrović, 01/2015; Medicinski fakultet Novi Sad., ISBN: 978-86-7197-452-3
- Narodna skupština Republike Srbije, Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti. Beograd: „Službeni glasnik RS“, broj 15/2016
- Vlada Republike Srbije. Pravilnik o imunizaciji i načinu zaštite lekovima. Beograd: "Sl. glasnik RS", br. 88/2017 i 11/2018

Vlada Republike Srbije. Pravilnik o programu obavezne i preporučene imunizacije stanovništva protiv određenih zaraznih bolesti. Beograd: "Sl. glasnik RS", br. 112/2017

2. РЕЗУЛТАТИ СПРОВОЂЕЊА ИМУНИЗАЦИЈЕ У СРБИЈИ

Горанка Лончаревић

ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ „ДР МИЛАН ЈОВАНОВИЋ БАТУТ“

Имунизација је једна од најефективнијих и најефикаснијих мера примарне превенције чија се корист не односи само на вакцинисане особе, већ се протеже на заједницу у целини.

Циљеви програма имунизације у Србији усклађени су са циљевима програма имунизације у Европском региону СЗО. Један од основних циљева је достизање и одржавање високог обухвата имунизацијом (95%) вакцинама према календару имунизације, с посебним акцентом на децу које припадају осетљивим популационим групама, а ради спречавања оболевања, могућих компликација које захтевају болничко лечење и смртних исхода. Крајем 2017. године донет је трогодишњи програм обавезне и препоручене имунизације становништва против одређених заразних болести. Поред одржавања статуса „земље без полиомијелитиса“ све до ерадикације на глобалном нивоу, елиминација морбила, рубеле и неонаталног тетануса, као и превенција конгениталног рубеола синдрома је следећи важан циљ, укључујући и контролу пертусиса, паротитиса и хепатитиса Б у складу са Уредбом о заштити становништва од заразних болести.

Након глобалне ерадикације великих богиња 1980. године, покренут је процес ерадикације дечије парализе који још увек није постигнут, али је у Европском региону СЗО ова болест искорењена 2002. године. Епидемијско јављање малих богиња у земљама у окружењу и шире у региону, у претходној деценији, укључујући и Србију указује да елиминација неће бити достигнута до 2020. године. Дифтерија је елиминисана у Србији 1980. године, а статус земље без дечије парализе одржава се од 2002. године. Последњи случај неонаталног тетануса пријављен је 2009. године. Епидемија малих богиња која је отпочела у октобру 2017. године у односу на број оболелих до краја марта 2018. године (преко 4500) је највећа епидемија у Србији у последњих 25 година, са првим смртним исходима регистрованим после 20 година.

Србија има дугу традицију у спровођењу имунизације и међу првим земљама је отпочела са применом појединих вакцина, а од првог априла 2018. године је у примени у складу са Програмом, обавезна имунизација против обољења изазваних Стрептококом пнеумоније.

Законом о заштити становништва од заразних болести и Правилником о имунизацији и начину заштите лековима предвиђено је спровођење обавезне имунизације у земљи и има приоритет. Стручни ставови с циљем унапређења програма имунизације нису били правовремено праћени изменама законске регулативе у овој области. Прекид у дистрибуцији и недостатак вакцине против морбила, рубеле и паротитиса, одбијање имунизације овом вакцином која се путем доступних канала информисања доводи у вези са аутизмом, последично нагомилавање осетљиве невакцинисане и непотпуно вакцинисане деце, индикатори квалитета који указују на пасиван надзор, актуелна епидемиолошка ситуација морбила у Европском региону и земљи, доводе у питање достизање елиминације ове болести у предвиђеном року. Прекиди у континуитету спровођења имунизације због недостатка вакцина, али и одбијање имунизације и антивакцинални лоби, довели су у питање одрживост достигнутих циљних вредности обухвата вакцинама према националном програму имунизације. Када је реч о основним стратегијама земља треба да има јасан став о улагању у програме имунизације, легислативу која је усклађена са регионално дефинисаним циљевима, независни саветодавни комитет за имунизацију према препорученим критеријумима, план комуникације у одговору на епидемије вакцинама превентабилних болести, уведен електронски имунизациони регистар, достигнуте циљне вредности индикатора надзора над морбилама/рубелом, полио и морбили лабораторије акредитоване од стране СЗО, експертски комитет за спровођење процене озбиљних нежељених догађаја/реакција, потпуно функционалне

националне регулаторне ауторитете, канале комуникације и координације путем медија, развијене акционе планове за достизање циљева уз помоћ стратегија, планове комуникације у условима интензивирања антивакциналних активности, континуиране едукације здравствених радника, развијене планове имунизације за више година, развијене алате за мониторинг и евалуацију програма имунизације, укључене специјалне и маргинализоване популације у програме имунизације.

3. НЕЖЕЉЕНЕ РЕАКЦИЈЕ НА ВАКЦИНАЦИЈУ ПОСРЕДОВАНЕ ИМУНСКИМ МЕХАНИЗМИМА

Срђа Јанковић

Озбиљније нежељене реакције повезане са вакцинацијом екстремно су ретке, укључујући и оне које су посредоване имунским механизмима. Имунолошке реакције на вакцине могу да буду последица антигенске мимикрије, неспецифичне активације ћелија адаптивног имунског система, а посредно и стимулације механизма урођене имуности. Сви ови феномени далеко су заступљенији у склопу имунског одговора на заразне болести које се могу предупредити вакцинацијом него након примања вакцина. Током заразних болести, наиме, долази до мањег или већег оштећења ткива, што има за резултат ослобађање молекулских образаца повезаних са озлодом, чиме имунски систем добија „сигнал опасности“, те долази до снажне активације која под одређеним условима може да представља предуслов за настанак или декланширање аутоимунског процеса. Стимулација имунског система која потиче од вакцина је, пак, пажљиво дозирана, а њена специфичност је од самог почетка уграђена у дизајн сваке вакцине и брижљиво контролисана, чиме се ризик нежељене реакције, укључујући и активацију аутореактивних ћелија, своди на минимум. Поред тога, на основу бројних истраживања, како базичних тако и клиничких, сматра се да ниједан механизам који би активна имунизација могла да покрене није кадар да доведе до аутоимунске реакције у одсуству специфичне предиспозиције и додатних чинилаца који би критично усмерили имунски одговор у правцу реакције на компоненте сопствених ткива и органа. Већина аутоимунских појава које су пријављене у временској повезаности са вакцинацијом бележи се сувише ретко да би се потврдила узрочна веза, а у популацијама вакцинисаних особа није нађена већа учесталост таквих појава у поређењу са популацијама невакцинисаних. Аутоимунске појаве које се у ретким случајевима могу узрочно повезати са вакцинацијом обухватају, примера ради, Гијен-Барев синдром и аутоимунску тромбоцитопенијску пурпуру. Након неких вакцина, као што је вакцина против беснила, забележена је појава енцефалитиса. Међутим, вакцинација се далеко ређе бележи као окидач било ког од ових поремећаја него инфекције разним узрочницима. Тешке аутоимунске реакције (оне које имају потенцијал да угрозе живот и/или изазову трајне последице), на основу свеукупног збира доступних података из литературе, по учесталости не прелазе 1-2 на милион датих доза вакцине. При анализама узрочне повезаности неопходно је увек водити рачуна о методолошким критеријумима који условљавају доказну моћ различитих типова студија – прикази пацијената (или серија пацијената) углавном имају улогу у генерисању хипотеза, док су за њихово потврђивање или оповргавање од највећег значаја обимне кохортне студије и мета-анализе са строгим критеријумима укључивања.

Када су у питању хронична обољења у чијој патогенези преовлађују аутоимунски процеси, узрочна веза са вакцинацијом у већини случајева није потврђена ни након извођења огромног броја веома обимних и методолошки строгих истраживања у којима је учесталост датог обољења код вакцинисаних особа поређена са учесталошћу код невакцинисаних. Ово посебно важи за системски еритемски лупус, реуматоидни артритис, мултиплу склерозу, шећерну болест и системске васкулитисе, али се сличан образац уопштено сусреће код готово свих аутоимунских обољења. У препорукама националних и међународних специјалистичких удружења без изузетка се саветује особама оболелим од аутоимунских болести да због таквих обољења не одустају од вакцинације уколико је ова индикована, с тим што се извођење имунизације по потреби одлаже током акутних запаљењских погоршања, у складу са општом привременом контраиндикацијом. Код особа

подвргнутих снажној имunosupresivnoj терапији су, међутим, контраиндиковане живе вакцине, док се не-живе вакцине могу применити, с тим што им ефикасност може бити умањена. Најзад, ваља рећи да поједине вакцине (попут вакцина против грипа и пнеумокока) могу да заштите пацијента од инфекција које повлаче значајан ризик да изазову погоршања или компликације основне болести, те је њихова примена у поменутој популацији упутна.

Иако постоје покушаји да се потенцијални чиниоци предиспозиције ка аутоимунским реакцијама на вакцинацију систематизују и да се сазнања о њима преточе у евентуалне препоруке о мерама опреза при вакцинацији, уопштене категорије чинилаца (на пример, постојање аутоимунске болести у личној или породичној анамнези, историја алергијских реакција, асимптоматско присуство аутоантитела, генски полиморфизми) у овом случају имају веома малу предиктивну вредност. Оправдано је, ипак, надање да би вртоглави развој дијагностичких технологија у блиској будућности могао да пружи лекарима оруђе да унапред идентификују особе са високом индивидуалном предиспозицијом ка аутоимунским и другим нежељеним реакцијама на компоненте вакцина. У међувремену, пажљиво утврђивање и евидентирање свих нежељених појава повезаних са вакцинацијом је од кључног значаја за осигуравање, праћење и стално унапређивање безбедности вакцинације, али и за даљи напредак у разумевању општих и посебних механизма имунског одговора (како на вакцине тако и на заразне болести), као и детаљније упознавање многобројних околности које утичу на његов ток и исход.

Референце:

- Janković S. Vaccination and autoimmune phenomena. *Cent Eur J Paed* 2017; 13(1):12-23.
 Salemi S, D'Amelio R. Vaccinations and autoimmune diseases. *International Rev Immunol* 2010; 29:239-46.
 McGarvey BP, Suzek BE, Baraniuk JN, Rao S, Conkright B, Lababidi S, Sutherland A, Forshee R, Madhavan S. In silico analysis of autoimmune diseases and genetic relationships to vaccination against infectious diseases. *BMC Immunol* 2014; 15:61
 Hammoudi D, Sanyaolu AO, Orish VN, Onyeabor OS, Benayache I, Hammoudi DA-S, Iriemenam NC, Ellard K, Ridge K. Induction of autoimmune diseases following vaccinations: a review. *SM Vaccine Vaccin* 2015; 1(3):1011.
 Soriano A, Neshier G, Shoenfeld Y. Predicting post-vaccination autoimmunity: who might be at risk? *Pharmacol Res* 2015; 92:18-22.
 Hawkes D, Benhamu J, Sidwell T, Miles R, Dunlop RA. Revisiting adverse reactions to vaccines: a critical appraisal of Autoimmune Syndrome Induced by Adjuvants (ASIA). *J Autoimmun* 2015; 59:77-84.

4. IMUNIZACIJA KOD IMUNOKOMPROMITOVANIH

Srdan Pašić

INSTITUT ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU MAJKE I DETETA SRBIJE „DR VUKAN ČUPIĆ“

Imunizacija kod imunodeficientnih osoba i dece predstavlja poseban problem. Na rođenju kod novorođenčadi sa malom telesnom masom ispod 2000 grama imuni odgovor na vakcinaciju vakcinom protiv hepatitisa B može biti suboptimalan. Nasuprot tome, sa mesec dana hronološke starosti odojčeta imuni odgovor je optimalan. Prevrateno rođena deca sa TM manjom od 2000 grama pored vaccine protiv hepatitisa B treba da prime i hiperimuni gamaglobulin, i to po rasporedu u 4 doze u prvoj godini.

Trudnoća predstavlja stanje relativne imunodeficientije i trudnice mogu bezbedno da prime DT, DTap, hepatitis A i B vakcinu, kao i pneumokoknu i meningokoknu vakcinu. Primena živih vakcina kod trudnica je kontraindikovana. Imunodeficientije (ID) se dele na primarne ID i sekundarne ID. Kod primarnih ID imunizacija živim vakcinama je kontraindikovana (npr. BCG, oralni polio), dok kod težih oblika ID davanje mrtvih vakcina nema smisla jer nema produkcije specifičnih antitela. Deca koja imaju tešku kombinovanu imunodeficientiju se ne vakcinišu, jer primena BCG-a može dovesti do teške, diseminovane infekcije. Deca sa parcijalnim imunim odgovorom, npr. DiGeorge sindrom se mogu imunizovati, ali je imuni odgovor često oslabljen. Sekundarna ID kod infekcije virusom HIV-a predstavlja kontraindikaciju za primenu živih vakcina (BCG, oralni polio) s time da ova deca mogu primiti MMR ako nije ispoljena klinička slika pedijatrijskog AIDS-a, i ako je broj CD4+ limfocita veći od 750/mm³. Oralna polio vakcina je kontraindikovana i primenjuje se inaktivisana IPV vakcina. BCG vakcinu je potrebno odložiti do utvrdjivanja statusa novorođenog deteta rođenog od HIV pozitivne majke. Ako je dete HIV negativno (2 PCR na HIV), može se vakcinisati BCG-om. Stanje posle transplantacije tkiva/kostne srži (TKS) je stanje sekundarne

imunodeficijencije. Kod dece posle učinjene TKS koja ne primaju imunosupresivnu terapiju primena mrtvih vakcina je dozvoljena od 6 meseci posle transplantacije, a živih vakcina od 12-24 meseca posle transplantacije. Za žive vakcine je bitno da deca budu najmanje 3 meseca bez primene intravenskog imunoglobulina jer imuni odgovor može biti oslabljen ili neutralisan. Kod bolesnika sa imunosupresijom vakcinacija se započinje 12 meseci posle TKS, i to DTP, IPV, HiB, a 15 meseci posle TKS pneumokoknom vakcinom. MMR se daje posle navršene 2. godine od procedure TKS. Kod malignih hemopatija koje takođe predstavljaju stanje sekundarne ID vakcinacija protiv hepatitisa B je od naročitog značaja jer ovi bolesnici mogu razviti fulminantni hepatitis. Takođe, serokonverzija može biti oslabljena. Može se sprovesti imunoprolifaksa hiperimunim gama globulinom (HBIG) 1 x mesečno 6 meseci tj. u indukcionoj fazi lečenja malignih hemopatija (leukemija). Kod primene imunosupresiva vakcina mrtvim vakcinama (npr. Te-Al) se može primeniti, ali će imuni odgovor biti oslabljen. Vakcinacija živim vakcinama je kontraindikovana. Stanje posle splenektomije predstavlja sekundarnu imunodeficijenciju. Savetuje se obavezno pneumokokna vakcina, kao i meningokokna vakcina i HiB. Takođe se savetuje vakcinacija protiv gripa. U nekim zemljama protokoli predviđaju doživotnu antibiotsku profilaksu (Penicillin V, Eritromicin). Kod splenektomisanih od vitalnog značaja je da svaka febrilna epizoda koja ukazuje na moguću pneumokoknu bakterijemiju bude bolnički opservirana sa primenom i.v. antibiotika.

5. BUDUĆNOST IMUNIZACIJA U SRBIJI

Predrag Kon

GRADSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE

Cilj ove prezentacije je da se sagledaju pravci razvoja prevencije vakcinopreventabilnih zaraznih bolesti u Srbiji u okvirima izmena pravne regulative i razvoja novih vakcina

Izvor podataka i metod: Nova pravna regulativa u vezi imunizacije u Srbiji i dostupni podaci o razvoju vakcina. Deskriptivni metod. U upotrebi su trenutno vakcine protiv 27 bolesti u svetu: Antraksa, Kolere, Difterije, Haemophilus influenzae, Hepatitisa A i B, Humanih papiloma virusa, Gripa, Japanskog encefalitisa, Malih boginja, Meningokoka, Mumpsa, Velikog kašlja, Kuge, Pneumokoka, Dečje paralize, Besnila, Rotavirusa, Rubele, Velikih boginja, Tetanusa, Krpeljskog meningoencefalitisa, Tuberkuloze, Trbušnog tifusa, Varicele, Žute groznice i Zostera. U razvoju su vakcine protiv Adenovirusa, mikrororganizama za biološko oružje, terapiju malignih neoplazmi, Citomegalovirusa, Denge, Diarealnih bolesti, Ebole, Epstein Barr virusa, Hepatitisa C i E, Herpes simplex virusa, HIV, Lajmske bolesti, Malariae, Nezaraznih bolesti, RSV, SARS, Staphylococcus aureus, Parazitskih bolesti, Streptokoka grupe A i B.

Osobine idealne vakcine trebalo bi da su efikasnost u različitim starosnim grupama, da obezbeđuje dugotrajnu zaštitu, da je sigurna i nereaktogena, da daje "ukrštenu zaštitu" protiv srodnih sojeva ili serotipova, da je stabilna, da se lako proizvodi i da je jeftina.

Žive vakcine se tehnološki unapređuju klasičnom tehnikom a) reasortiranih virusnih genoma b) selekcije virusnih mutanti prema karakteristikama rasta na različitim temperaturama i c) atenuacije bakterijskog soja. Poseban tehnološki razvoj živih vakcina podrazumeva rekombinantnu DNA tehnologiju: a) tehniku stvaranja specifičnih modifikacija i delecija virusnih gena b) tehniku pretvaranja virusa u nosače ili vektore stranih polipeptida ili peptidnih epitopa drugih patogenih mikroorganizama. c) tehnika izmene patogene bakterije u žive rekombinovane vektore.

Unapređenje tehnologija razvoja inaktivisanih vakcina podrazumeva: 1) tehnike purifikacije proteina 2) tehnike stvaranja stabilnih toksoida upotrebom rekombinantne DNA tehnologije 3) tehnike identifikacije epitopa polipeptida protiv kojih su usmerena neutrališuća antitela 4) tehnike stvaranja polisaharida kao vakcinalnih antigena 5) tehnika kodiranja vakcinalnog antigena upotrebom DNA 6) tehnika preuzimanja DNA „mikroprojektilima“ direktnim „upucavanjem“ u ćeliju koja proizvodi kodirani antigen.

Novi tehnološki razvoj inaktivisanih vakcina podrazumeva i strategije dodavanja visoko prečišćenih sintetičkih adjuvanasa, aktiviranje samo onih elemenata imunog odgovora potrebnih za stvaranje zaštite i ne dovode do obimnije aktivacije imunološkog sistema, Ovi adjuvansi se dodaju samo fragmentarnim inaktivisanim vakcinama, a ne koriste se kod živih atenuisanih vakcina ni kod inaktivisanih

корпускуларних вакцина. Испитују се нови načini перкутане апликације преко микроигала, електромагнетне апликације, ултразвучне апликације и patch (налепница). Пермукозна апликација се може вршити преко вакцина у спреју и јестивих вакцина. Нови Закон о заштити становништва од заразних болести у Србији, Правилник о имунизацији и начину заштите лековима и правилник о програму имунизације додели су могућност за коришћење свих регистрованих и расположивих вакцина против заразних болести. Поред обавезе спровођења имунизације лица одређеног узраста, лица изложена одређеним заразним болестима и лица у посебном ризику по новим прописима лекари ће да буду у обавези да вакцинишу и контролишу вакцинисаност лица запослених у здравственим установама као и путника у међународном саобраћају. Неопходно је да сви лекари, а не само педијатри далеко више познају ову област медицине. Препорукавање имунизација како по узрасту тако и по клиничким индикацијама постала је нова обавеза лекара која по претходним прописима није имао.

Обавезне имунизације у складу са законском регулативом подразумевају планско трогодишње планирање потреба, на основу којих се годишње спроводе централизоване набавке у складу са Законом. Календар обавезне имунизације по узрасту подразумева систематску имунизацију деце и представља редослед давања одређених вакцина у односу на животну доб и доносиће се сваке три године уз централизовани План набавке. У међувремену постало је јасно да је неопходно што пре обезбедити функционалност централног електронског регистра имунизације, што је и обавеза у складу са законом и правилником. Овакав регистар који иначе функционише у 12 домова здравља у Београду ће обезбедити и правилније планирање и надзор над спровођењем вакцинација како у смислу безбедне имунизације и праћења нежељених реакција тако и у метријално финансијском смислу до сваке последње дозе вакцине. У току епидемије малих богиња 2017-2018 у Србији регистар је био од незамениве користи. Да би се обезбедила доступност вакцина које су регистроване за коришћење у Србији и уvela шира и детаљнија контрола њиховог правилног коришћења неопходно је доћи до консензуса и одлуке како ће се набављати и користити вакцине које нису обавезне, већ припадају оним које лекари имају обавезу да препоручују. Поставља се питање да ли ће на сличан или модификован начин да се централизовано спроводе набавке за препоручене имунизације или ће бити препуштене степену потражње и тржишту у складу са организацијом тржишта лекова по Закону о лековима и медицинским средствима. Учеšће Агенције за лекове и медицинска средства (ALIMS) у будућности биће незаменива када говоримо о новим технологијама и употребама нових вакцина у Србији, како због регистрације тако и у смислу праћења нежељених реакција на вакцине. Надзор над безбедном имунизацијом праксом обавезних имунизација је у надлежности Завода/Института за јавно здравље. У области препоручених имунизација вакцине се по Закону о лековима могу налазити и у апотекама и потребно је развити додатни систем надзора над овим вакцинама. Едукација лекара и информисаност становништва о вакцинама постаје озбиљна обавеза јавног здравља, просвете али и свеукупног друштва.

Литература:

Vaccines: 5th Edition by Plotkin MD, Stanley A., Orenstein MD, Walter, Offit MD, Paul (2008) Hardcover An Expert consult title, Saunders, Elsevier

The History of Vaccines, <https://www.historyofvaccines.org/>

Правилник о имунизацији и начину заштите лековима ("Сл. гласник РС", бр. 88/2017

Правилник о Програму имунизације "Службени гласник РС", бр. 112 од 15. децембра 2017, 11 од 9. фебруара 2018.

Закон о лековима и медицинским средствима "Службени гласник РС" број 30/2010 и 107/2012

6. ИСТИНЕ И ЗАБЛУДЕ О ВАКЦИНАЦИЈИ

Зоран Радовановић

У савременој медицини не постоји мера кориснија за човечанство од вакцинације. Често се на прво место ставља вода за пиће, али је то санитарно-технички поступак који не прописују лекари. Захваљујући вакцинацији, искорењена је вариола, пред нестанком је полиомијелитис, а у изгледу је да ускоро престану да постоје морбили и рubeола. Последње три наведене болести већ би се нашле само у уџбеницима историје медицине да није било тврдоглавих и неразумних отпора вакцинацији. Они су сложен социјално-психолошки феномен, настао још почетком 19. века, када су људи заплашивани да ће их „крављизација“ изобличити.

Највећу штету народном здрављу у данашње време нанео је 1998. Ендрју Вејкфилд наговештајем да вакцина против малих богиња може да буде повезана с аутизмом. Он је раскинут као преварант и изгубио је лиценцу, а аргументовано је побијена свака могућа веза између те две појаве. Ипак је та очигледна лаж глобално прихваћена, уз додавање нових и надувавање раније присутних сумњи у вакцинацију.

Разлоге треба тражити у „њуејџизму“, постмодернистичком релативизовању истине и, чак, „постистини“, као психопатолошкој социјалној појави. Сумње нису пустиле корење у земљама социјалне правде, попут Шведске, већ у деловима света где се не верује институцијама система. Отуда није чудо што је неповерење посебно снажно у Србији и њеном окружењу.

Наша регионална посебност је у томе што антивакциналисти из четири суседне земље које деле исти језик свој погубни утицај обављају на целом том простору, међусобно сарађујући много ближе и успешније него представници струке и науке који треба да им се супротставе. Поставља се питање мотива тих сејача панике.

Неки међу њима имају децу с различитим развојним проблемима и за та стања, ретко с разлогом, а много чешће без икаквог основа, оптужују вакцинацију. Ако је показана веза (рецимо, између парализе и инфекције вакциналним сојем вируса полиомијелитиса), нико је не спори. Међутим, по правилу се ради о временској, а не о узрочној повезаности. Чак и у тим случајевима, треба имати разумевања за родитељске ставове и страхове (наравно, ако су они аутентични).

Проблем су остали противници вакцинације, нарочито када су здравствени радници. Неки од њих газе по својој савести из користољубља, па уместо вакцина, препоручују сопствене „чудотворне“ препарате, безвредне хомеопатске бућкурише или чак познате отрове (уз апсурдну поруку да „отклањају“ ефекте вакцинације). Други су заокупљени сопственом самопромоцијом по сваку цену, трећи својом месијанском улогом у свету, четврти теоријама завере, уз обиље параноичних и параноидних садржаја итд. Посебно је знаковито када се особе којима је професионално блиска психијатрија разбацују терминима из своје струке, не препознајући сопствену психопатологију.

И нелекаре гоне слични мотиви, а једино се могу друкчије рангирати по учесталости. Примера ради, међу особама са естраде предњачи потреба да се наметну медијима, без обзира на високу цену по своју већ сумњиву или одсутну моралну и интелектуалну репутацију. Њихов принцип је да је свака реклама добра.

Било да припадају или не припадају свету медицине, највећем броју тих људи заједнички је екстремно десни светоназор. Многи су чланови или симпатизери ксенофобних, мрзитељских и прорасистичких група и организација. Тврде, рецимо, да су им биле драге домаће вакцине (док их је било), а не и „ово страно ђубре“. Неважно им је што ми такве модерне вакцине никада нисмо производили и што наша деца добијају исте серије вакцина као и њихови вршњаци са запада.

Опасност од таквих људи је што без икаквог осећаја мере шире лажне и узнемирујуће информације, које постају „опште познате чињенице“, јер не наилазе на благовремен одговор струке и власти. Тако је у свест многих грађана широко усађена перфидна неистина да је вакцинација обавезна само у „недемократским“ земљама, при чему се „заборављају“ примери Италије, Француске, валонске Белгије, САД итд. и игноришу друге тактике које вакцинацију чине практично неизбежном у многим другим срединама.

Организован све агресивнији отпор вакцинацији захтева одговарајуће мере. Њих је неопходно применити према свима који се осећају моћнијим од закона. Једино тако се сшречава безакоње и, истовремено, чува народно здравље.

7. REALIZACIJA PROGRAMA IMUNITACIJE NA TERITORIJI BORSKOG I ZAJEČARSKOG OKRUGA

Predrag Marušić

Epidemiolog Zavoda je stručni koordinator za imunizacije za teritoriju Borskog okruga i Zaječarskog okruga. Na teritoriji oba okruga živi 228.938 stanovnika. (Popis 2011., R. Srbija 7,120.666)

Za primovakcinaciju u 2018.g. planirana su 1.423 deteta što je ukupno gledano za oba okruga za petinu manje nego pre deset godina.

Grad	Br. stanovnika	Planirano za primovakcinaciju u 2008.	Planirano za primovakcinaciju u 2018
Bor	48.615	429	420
Kladovo	20.635	130	110
Majdanpek	18.686	122	106
Negotin	37.056	355	180
Borski okrug	124.992	1.036	816
Boljevac	12.994	97	65
Knjaževac	31.491	212	225
Zaječar	59.461	414	317
Zaječarski okrug	103.946	723	652
Oba okruga	228.938	1.759	1.423

U radu smo prikazali procenat obuhvata vakcinama poslednjih deset godina sprovođenja Programa obavezne imunizacije lica određenog uzrasta. I decenijama unazad, od kada Zavod vrši ovu vrstu nadzora, registrovali smo zadovoljavajuće procenat obuhvata svim obaveznim vakcinama.

Zahvaljujući aktivnoj koordinaciji Zavoda na teritoriji oba okruga, čak i u periodu neredovnog snabdevanja pojedinim vakcinama, uspeali smo da obezbedimo, zajedno sa Institutom za javno zdravlje Srbije, da službe imaju potrebne količine vakcina i vakcinuišu svu planiranu decu.

Problemi sa nižim procentima obuhvata od planiranih 95% počeli su od 2015.g. Prvi poremećaj je izazvalo tromesečno kašnjenje novouvedene petovalentne vakcine. Neke službe su pod pritiskom roditelja koji nisu hteli da produžavaju vreme započinjenja primovakcinacije, posebno DTP vakcinom te godine davali tu vakcinu koja im je bila na raspolaganju iz prethodnog perioda. Zato su se procenti obuhvata, te godine, razlikovali od službe do službe.

Glavni problemi sa smanjenim obuhvatom koji je ozbiljno zahvatio skoro sve naše vakcinalne službe počeo je 2015. na 2016.g., a u Boru još od 2014.g. To se prvenstveno odnosi na primovakcinaciju MMR vakcinom, a u nekim gradovima i na vakcinaciju protiv VHB. U oba slučaja možemo reći da taj odnos roditelja prema do tada skoro besprekornom odzivu na vakcinaciju koincidirao sa pojačanim dejstvima antivaksera, prvenstveno njihovim aktivnim negativnim delovanjem na društvenim mrežama.

I Zavod, ali i službe za vakcinaciju, zajedno sa drugim epidemiolozima na oba okruga činili smo dodatne napore da opovrgnemo neistine i obmane kojima su roditelji bili zavedeni, ali sve do pojave epidemije morbila nismo imali značajnijih rezultata u povećanju procenata obuhvata ovom vakcinom.

Sa početkom epidemije intezivirali smo, zajedno sa skužbama za vakcinaciju, rad na ponovnom pozivanju nevakcinisane dece kod kojih su roditelji odbijali da ih do tada dovedu na vakcinaciju. Svesrdnim zalaganjem pre svih neposrednih realizatora vakcinacije, za manje od četiri meseca, postignuti su skoro zadovoljavajući procenti obuhvata čak i u Boru i Zaječaru koji su prednjačili po broju nevakcinisane dece, posebno kod primovakcinacije u drugoj godini.

	Br.nevakc.dece godišta 2011-2016. (primovakcinacija) 15.XI 2017.	Br.nevakc.dece godišta 2011-2016 (primovakcinacija) 15.III 2018.	Procenat smanjenja nevakcinisane dece
Bor	536	266	50%
Zaječar	297	120	40%

Ono što, i pored velikog smanjenja nevakcinisane dece, zabrinjava jeste podatak da je i dalje najveći broj nevakcinisane dece u drugoj godini života. Taj broj nevakcinisanih se prenosi i u treću godinu života. Dakle, i dalje postoji tzv. „odlaganje“ vakcinacije dok dete „ne prohoda i ne progovori“ ! Što je bio najčešći „izgovor“ roditelja zašto i dalje ne dovode decu na vakcinaciju.

Na kraju prikazujemo osnovne epidemiološke podatke iz epidemije malih boginja koja se pojavila i na teritoriji oba okruga.

Prvi slučaj prijavljen u ovoj epidemiji bilo je dete iz Knjaževca, starosti 15 meseci. Dete je u vreme zaražavanja prvobitno hospitalizovano u Beogradu - kojem je već bila prijavljena epidemija malih boginja - na Univerzitetskoj dečijoj klinici, a zatim je prebačeno na Dečju internu kliniku u Nišu, gde je takođe već bila prijavljena epidemija. Pprijava uz pozitivan laboratorijski nalaz IgM At poslao je IJZ Niš.

Od tada do 23/04/2018. prijavljeno je 56 slučajeva sumnje od kojih je 33 laboratorijski potvrđeno. Prvi slučajevi sumnje koji su prijavljeni u Boru i Zaječaru bila su deca koja su bila ili hospitalizovana ili na pregledu u ustanovama tercijarne zdravstvene zaštite zbog drugih tegoba u Beogradu i Nišu. Među obolelim su i roditelji dece koji su vodili decu na pregled u ove zdravstvene ustanove. Nakon tih početnih slučajeva novi oboljenja su bili „domaći“ slučajevi koji su u vreme zaražavanja ili negovali obolelu hospitalizovanu decu, ili roditelji druge dece koju su u isto vreme dovodila na pregled na Dečje odeljenje u Boru i Zaječaru.

Epidemiološki jako bitna karakteristika ove epidemije jeste pojava većeg broja lica koja su bila sa laboratorijski potvrđenim IgM antitelima, a vakcinisani su sa jednom dozom vakcine, njih 16, ili sa čak dve doze vakcine, njih osmoro, a ipak su imali kliničku sliku koju je potvrdio svojim pregledom infektolog. Zato će kolega infektolog nastaviti ovu temu svojom analizom ove epidemije.

8. PROBLEMI REALIZACIJE IMUNIZACIJE U PRAKSI

Brankica Vasić

DEČJI DISPANZER. ZC ZAJEČAR

Imunizacija se sprovodi redovno kao obavezna, preporučena i na lični zahtev pacijenta, a vanredno kao obavezna ili preporučena. Obavezna aktivna imunizacija lica određenog uzrasta sprovodi se u skladu sa programom iz člana 13. stav 1. Pravilnika. Obavezna aktivna imunizacija sprovodi se sve dok se ne imunizuju sva lica za koja je propisana imunizacija, osim onih lica kod kojih su utvrđene trajne kontraindikacije. Zarazne bolesti protiv kojih se sprovodi obavezna aktivna imunizacija lica određenog uzrasta su: tuberkuloza; difterija; tetanus; dečija paraliza; veliki kašalj; male boginje; rubela; zauške; hepatitis B; oboljenja izazvana Hemofilusom influence tip B; oboljenja izazvana Streptokokom pneumonije. Zdravstveni radnici koji sprovode imunizaciju kontinuirano obavljaju reviziju vakcinalne kartoteke, odnosno kartona imunizacije. Evidencije o izvršenoj imunizaciji vode se kroz karton imunizacije u pismenom, odnosno u elektronskom obliku u skladu sa zakonom.

Vođenje evidencije svih sprovedenih imunizacija kroz karton imunizacije, obaveza je doktora medicine ili doktora specijaliste odgovarajuće grane medicine koji sprovodi imunizaciju lica. Podaci se unose u karton imunizacije u pismenom odnosno u elektronskom obliku, a nadležni lekar izdaje lični karton o izvršenim imunizacijama. Problem u realizaciji se može posmatrati sa više aspekata: obaveze izvršioca, zdravstvenih radnika, prava i obaveze roditelja i uticaj drugih činilaca (protivnici vakcinacije), uticaj medija, informisanost o značaju vakcinacije i dostupnost, migracije stanovništva (promena mesta boravka), dolazak stranih gradjana (emigranata, izbeglica) nepoznatog vakcinalnog statusa i sl. Svi ovi činioci mogu da utiču na smanjenje obuhvata vakcinacijom u opštoj populaciji i dovedu do pada kolektivnog imuniteta i posledično opasnosti od pojave zaraznih bolesti u epidemijskim razmerama.

Neophodna je stalna revizija kartoteka od strane izabranog lekara i provera vakcinalnog statusa u svakodnevnom radu, od strane svakog zdravstvenog radnika, što je i zakonska obaveza. U radu će biti prikazani primeri iz svakodavnog rada izabranog lekara.

XXXVI TIMOČKI MEDICINSKI DANI II DAN «Aktuelnosti u hirurgiji i srodnim granama 2018.» petak, 11. maj, 2018. godine, DZ ZC Zaječar

1. VITREORETINALNA HIRURGIJA – DANAS

Prof.dr Ivan Stefanović

MEDICINSKI FAKULTET U BEOGRADU

Hirurgija staklastog tela i retine, vitreoretinalna hirurgija, predstavlja jednu od najtežih, najkompleksnijih operacija na oku. Indikacije za ovu vrstu hirurgije su dijabetična retinopatija sa komplikacijama, povrede oka najčešće sa prisustvom stranog tela u oku i komplikovane ablacije retine ili sa više ruptura retine ili sa PVRom. Kod svih navedenih stanja ili je već došlo do gubitka vida ili ono pretila je, dakle, vitreoretinalna hirurgija u stvari borba za vid kod pacijenata sa navedenim oboljenjima.

Iako se principi vitreoretinalne hirurgije nisu menjali od pre dvadeset godina, danas je zahvaljujući primeni veoma tankih instrumenata (23 i 25G) i vitrektoma sa velikom frekvencijom rada (5000-10000) ovo postala mnogo manje invazivna hirurgija, sa značajno boljim funkcionalnim rezultatima.

2. SAVREMENI ASPEKTI LEČENJA SEKSUALNE DISFUNKCIJE KOD MUŠKARACA

Aleksandar Milošević

POLIMEDIK SPECIJALISTIČKA ORDINACIJA

Još 1992.god. ispitivanjem na Masačusets (Massachusetts) Univerzitetu utvrđeno je da 52% muškaraca pati od različitih oblika erektilne disfunkcije. Danas nova ispitivanja kažu da preko 30% muškaraca ima taj problem. Od osamdesetih godina prošlog veka uveden je novi pristup ispitivanja i lečenja. U procesu lečenja danas nam stoji na raspolaganju psihoterapija, medikamentozna terapija i hirurško lečenje.

Odgovarajućom saradnjom sexologa i pacijenata uz primenu novih modaliteta ispitivanja i lečenja može da se dovede do potpunog izlečenja seksualnog problema.

Osim razvoja medikamentozne terapije, psihološki model lečenja se menja zbog novih uzroka koji mogu dovesti do poremećaja seksualne komunikacije, kao što je Facebook, internet...o čemu imamo nova iskustva u lečenju, što ćemo izneti na predavanju.

Kada pacijent ne reaguje na pomenute metode lečenja ugrađuje se protektor penilne erekcije, ranije zvana penilna proteza.

3. HEMOROIDALNA BOLEST-DANAS I OVDE"

Vladimir Ćuk

HIRURŠKA KLINIKA KBC ZVEZDARA, BEOGRAD

Abstrakt Hemoroidi su veoma često i obično hronično anorektalno oboljenje definisano simptomatskim uvećanjem i ispadanjem normalnih analnih jastučića. Hemoroidalna bolest je stara koliko i ljudska rasa.

Od antičkih vremena do danas korišćeni su mnogi načini lečenja, nehirurški i hirurški, u pokušaju da se otklone simptomi i uskladi zadovoljstvo bolesnika sa prihvatljivim komplikacijama, sa boljim ili lošijim rezultatima. Rasprava o tome koja je najbolja metoda lečenja traje do danas.

Ova prezentacija predstavlja različite mogućnosti lečenja hemoroida tokom vremena, sa posebnim osvrtom na efikasnost pojedinih metoda i komplikacije koje ih prate, kao i savremene preporuke o lečenju hemoroidalne bolesti.

Reference;

- Riss S, Weiser FA, Schwameis K, Riss T, Mittlböck M, Steiner G, Stift A. The prevalence of hemorrhoids in adults. *Int J Colorectal Dis* 2012;27:215–20.
- Madoff RD, Fleshman JW. Clinical Practice Committee and American Gastroenterological Association: American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology* 2004;126:1463–73.
- Neiger S. Hemorrhoids in everyday practice. *Proctology*. 1979;2:22–8.
- Kaidar-Person O, Person B, Wexner SD. Hemorrhoidal disease: A comprehensive review. *J Am Coll Surg*. 2007;204:102–17.
- Rivadeneira DE, Steele SR, Ternent C, Chalasani S, Buie WD, Rafferty JL; Standards Practice Task Force of The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice Parameters for the Management of Hemorrhoids (Revised 2010). *Dis Colon Rectum* 2011;54:1059–64.
- Perera N, Liolitsa D, Iype S, Croxford A, Yassin M, Lang P, et al. Phlebotonics for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;15:8.
- Filingeri V, Angelico R, Bellini MI, Manuelli M, Sforza D. Prospective randomised comparison of rubber band ligation (RBL) and combined hemorrhoidal radiocoagulation (CHR). *Eur Rev Med Pharmacol* 2012;16:224–9.
- Kanellos I, Goulimaris I, Vakalis I et al. Long-term evaluation of sclerotherapy for haemorrhoids. A prospective study. *Int J Surg Invest*. 2000;2:295–8.
- Guy RJ, Seow-Choen F. Septic complications after treatment of haemorrhoids. *Br J Surg* 2003;90:147–56.
- Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, Campbell KL, Steele RJ, Loudon MA. Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005.

4. ИНДИКАЦИЈЕ И ОПЕРАТИВНЕ ТЕХНИКЕ КОД ЦАРСКОГ РЕЗА

проф. др Јанко Ђурић

FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA UNIVERZITETA U KRAGUJEVCU

Чудесни начин рађања, отварање мајчиног трбуха и рађање хероја и богова представља део културе и легенди многих народа. Тешко је наћи оперативни захват са толико прича и митова које дају слику надчовечности и супериорности са циљем постизања поштовања појединаца и народа. Царски рез у раној људској историји је преувеличавање реалности тадашњих људских искустава. Абдоминални порођај који се изводи на умирућим али на живим женама описује се у Старој Грчкој (рађањем Диониса и Ескулапа, првог лекара), у Старом Риму, Персији (рађање Руслана), Месопотамији из времена краља Хамурабије, у Индији (рађање Буде) као и у зборнику старих јеврејских закона. Сви они имају једну сличну карактеристику а то је да се порођај обавља са бока, рађањем плода, што мајци доноси олакшање

ИСТОРИЈА ОПЕРАТИВНЕ ТЕХНИКЕ

Савремена оперативна техника код царског реза развијана је крајем деветнаестог века и у току прве деценије двадесетог века. Током овог периода усвојене су три основне доктрине које су значајно смањиле матернални морталитет.

1. затварање инцизија на утерусу у циљу заустављања крварења
2. усвајање асептичних техника рада и
3. промена оперативне технике, од класичне до инцизије на доњем утерином сегменту.

ЗАКЉУЧАК

Сведоци смо огромног пораста броја царских резова у задњих тридесет година, тренд пораста се непоколебљиво наставља тако да се очекује већ 2020. године у Сједињеним америчким државама број царских резова пређе 50%.



Само су ретке земље где се број царских резова одржава на неком разумном нивоу. Такав тренд намеће потребу универзалности у поступцима рада што Мизгав техника и покушава, да убрза и поједностави. Након пуно година рада и искуства сматрам да једна универзална техника код царског реза практично не постоји и да техника мора да буде индивидуална, прилагођена сваком пацијенту у односу на оно шта нам његово ткиво нуди

Сваки Царски рез је операција за себе, не треба слепо следити шаблоне, треба поштовати ткиво и прилагодити му се. Тако ће резултати бити најбољи.

ЗАКЉУЧАК

Прихватање једне добре клиничке праксе је јако битно због повећања броја царских резова.

Основни принципи добре праксе у хирургији уопштено па и за царски рез су:

1. асептични услови рада,
2. минимално и нежно хватање ткива, 3. добра хемостаза
4. неостављање празног простора и
5. коришћење доброг оперативног материјала.

ИНДИКАЦИЈЕ ЗА ЦАРСКИ РЕЗ

Данфортх истиче две врсте индикација а то су : **прихваћене и контроверзне (селективне).**

Четири најчешће индикације за царски рез у САД су **претходни царски рез, дистоција, фетални дистрес и карлична презентација**. Током задњих тридесет година дошло је до извесних промена у индикацијама. Претходни царски рез као индикација је заступљен у око 50% труднода, где је претходна завршена такође царским резом и ту није било промена. Број царских резова због интрапарталног феталног дистреса се удвостручио, а због дистоције се утростручио. Код карличне презентације број царских резова је са 30% отишао на 88% а код близаначке трудноде са 13% на 47%. Царски рез на захтев мајке је порастао на 23%

У Србији ствари стоје мало другачије. Најчешће индикације код нас су компликаје у току порођаја, претходни царски рез, ризична трудноћа, фетопелвична диспропорција, патолошке презентације плода итд.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cunningham FG, MacDonald PC, Lenovo KL, Gant NF, Gilstrap LC. Williams Obstetric 1993;26:591-613
2. Pickell K An inquiry into history of cesarean section. Bull Soc Med Hist(Chicago) 1935;4:414-414
3. Boley JP, The history of Ceasarean section. CMAJ 1991;145:319-322.
4. Lurie S, Mamet Y. #Yotzen dofen# ceasaren section in tre days of tre Mishna and the Talmud. Isr J. Obstet Gynecol 2001;12:111-113.
5. Lurie S, Glezerman M. The history of ceasarean technique. Am J Opstet Gynecol 2003;189:1803-1806.
6. Porro E. Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo. Ann Univ Med Chir(Milan) 1876;237:289-350.
7. Sanger M. Der Kaiserschnim. Arch Gynak 1882;19:370-375
8. Wilson JR. The conquest of cesarean section-related infections; a progress report. Obstet Gynecol 1988;72:519-532.
9. Belci D, Di Renco GC, Stark M, Djuric J, Zoricic D, Belci M, Petch LL. Morbidity and chronic pain following different techniques of caesarean section; A comparative study. J Obstet Gynecol 2014;10:1.5.

10. Karumpuzha R. Hema, Richard Johanson, Techniques for performing caesarean section, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, Vol. 15, No. 1, pp. 17±47, 2001

11. Holmgren G, Sjöholm L, Stark M. The Misgav Ladach method for cesarean section: method description. Acta Obstet Gynecol Scand 1999;78(7)615-621.

5. SUDSKO-MEDICINSKI PROBLEMI U AKUŠERSTVU.

Mr sc dr Paša Momčilov

Sažetak: Безбедност пацијената је данас важан проблем у савременој медицини, која пацијенте и грађане ставља у центар здравственог система, дајући им активну улогу у доношењу одлука о начину лечења, а на основу предходне потпуне информисаности од стране медицинских радника. Приликом пружања медицинске услуге постоји за медицинске раднике морална, стручна, прекршајна, грађанска и кривична одговорност. Та одговорност се одређује, од времена Хамурабијевог законика (2100 година пре Христа), па све до данас, етичким и законским нормама. Помоћу судског вештачења утврђује се постојање несавесног лечења, постојање стручне грешке и нехата при вођењу кривичног поступка против медицинских радника. Са највише судских спорова у медицини срећемо се у хируршким дисциплинама будући да и најмања интервенција носи потенцијални ризик за настанак компликација. У Акушерству као конзервативној и хируршкој дисциплини, честе су тужбе од стране пацијената због специфичности да постоје два пацијента, мајка и плод, који су оба током трудноће и порођаја посебно осетљиви. У раду се анализирају етичке и правне норме везане за поступке лечења. Посебна пажња се посвећује утврђивању и поступању у случајевима постојања стручне грешке. На основу конкретних примера из судске праксе, у случајевима из акушерства, указано је на основне проблеме који постоје: Истрага и суђење почињу више година после немилог догађаја; Дуго трајање процеса; Неадекватна судско-медицинска вештачења (састав Судско-медицинског одбора, проблем аутопсија мртворођенчади, некомплетан дијагностички поступак, неуважавање системских узрока пропуста, притисак од стране органа који води поступак).

6. POSTUPAK LEKARA KADA JE PROTIV NJEGA POTIGNUTA TUŽBA.

Prof. Dr Dimitrije Segedi

POLIKLINIKA SELECTA, NOVI SAD

Sažetak. Svake godine sve je više tužbi protiv lekara; opravdanih i neopravdanih. U našoj zemlji lekari nemaju ni osnovna znanja kako se ponašati u takvoj situaciji. Lekarska komora Srbije je tek odnedavno osigurala lekare od „profesionalne greške“ (rizika profesije) ali lekari nisu dovoljno obavešteni kako to da koriste (ako im treba), kako da odaberu advokata i stručnog konsultanta na koga imaju pravo. Ovim predavanjem trebali bi da se upoznaju kako da se ponašaju i šta da preduzmu ako su tuženi. Kako da odaberu branioca i stručnog konsultanta. Kako da pripreme odbranu. Kako da se ponašaju na poslu, sudu i prema pacijentu (ili rodbini) koji ih tuži. Da li postoji mogućnost da se tužba izbegne?

Rad je originalan i pisan je na osnovu mog dugogodišnjeg iskustva kao sudskog veštaka (preko 20 godina) i stručnog konsultanta i zato nema priložene literature.

7. SKRINING PROFIL ŽENA OBOLELIH OD INOPERABILNOG RAKA GRLIĆA MATERICE U ZAJEČARU

Prim. dr Vera Najdanović Mandić

DISPANZER ZA ŽENE, ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Rak grlića materice je ozbiljan globalan zdravstveni problem. U svetu oko 500 hiljada žena oboli svake godine. Više od 80 % ovih žena živi u zemljama gde efektivni skrining sistem nije dostupan. U Srbiji godišnje oboli 1500 žena od raka grlića i umre svaka treća. U Zaječaru postoje organizovani ginekološki sistematski pregledi od 1971. godine koji manje-više opstaju. Cilj rada je pokazati skrining profil žena koje imaju neiskorišćenu mogućnost da svake 3. godine besplatno urade Papa-Nikolau test, skrining test za rano otkrivanje raka grlića materice, a obole od inoperabilnog raka grlića materice. Metod rada je retrospektivno ispitivanje i analiza medicinske dokumentacije u periodu 1996-2015.g. na ginekološkom odeljenju u Zaječaru. Za dvadeset godina, od 1996-2015. godine u Zaječaru je urađeno je 56.509 sistematskih pregleda sa PAPA testom. Istovremeno od raka grlića materice lečeno je 577 žena operativno, operativno-zračno i zračno. Od preinvazivnog i mikroinvazivnog raka grlića materice lečeno je 352 (61.01%) žena, od kojih je 308 (87.50%) otkriveno sistematskim pregledom. Operisane su konizacijom 221 (38.30%) koje su rađene kod mlađih žena i histerektomijom 131 (22.70%) koje su rađene kod starijih žena. Od invazivnog raka grlića materice operisano je i zračeno 122 (21.14%) žena. Samo zračnu terapiju imalo je 103 (17.85%) žena u inoperabilnom stadijumu i 49 (47.57 %) tih žena je starije od 61 g. Zaključujem da su sistematski pregledi značajni u otkrivanju ranih stadijuma raka grlića materice u Zaječaru, gde je zapažen značajan broj obolelih od ovog malignog obolenja. Žene obolele od inoperabilnog raka grlića materice nisu dolazile regularno na besplatne sistematske preglede ili bar ne u poslednjih 5 godina.

Reference:

http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

Registar za rak u Centralnoj Srbiji, izveštaj br. 15, Beograd, 2015.

8. UGRADNJA IMPLANATA ZA NADOKNADU ZUBA I U SVEŽE EKSTRAKCIONE RANE

Prof. dr Goran Jovanović

MEDICINSKI FAKULTET, NIŠ

Ugradnja dentalnih implantata predstavlja danas savremeni metod nadoknade izgubljenih zuba. Moderna intraosealna dentalna implantologija uvedena je pre 50-tak godina. U daljem periodu se vrlo brzo razvijala tako da danas predstavlja jedinstven spoj između hirurške i protetske delatnosti. Poznato je da su proverenim naučnim metodama rešene brojne dileme vezane za uspešnost implantacije. Poznavanje osnovnih predznaka o procesima koji se odvijaju u kosti prilikom ugradnje implantata i posle njihovog protetskog opterećenja su takođe od izuzetnog značaja. Sam odabir pacijenta, postavljanje pravilne indikacije, preimplantološka priprema u smislu augmentacije grebena i sinus lift procedure, pravilna ugradnja i protetska rehabilitacija su imperativ za dobru funkcionalnu i estetsku rekonstrukciju.

1. Goran Jovanović, Nikola Burić, Miloš Tijanić. Stimulacija epitelizacije mukoperiostalnog reznja laserom male snage posle primarne plastike

oroantralne komunikacije. Med Pregl 2010; LXIII (3-4): 188-193.

2. Obradović R, Kesić Lj, Mihailović D, Jovanović G, Antić S, Brkić Z. Low-Level Lasers as an Adjunct in Periodontal Therapy in Patients with Diabetes Mellitus. Diabetes Technology & Therapeutics 2012; 14(9): 799-03.

3. Tijanić M, Burić N, Jovanović G, Stojanović S, Spasić M. Procena postoperativnog analgetičkog dejstva ropivakaina posle hirurškog lečenja periapikalnih lezija sekutića gornje vilice. Assessment of ropivacaine postoperative analgesic effect after periapical maxillary incisors surgery. Vojnosanitetski Pregled 2012; 69(5):405-408.

4. Jovanović G, Burić N, Krunic N, Mihailovic D. Maxillary osteonecrosis caused by toxic effect of cink-oxide- eugenol paste. Stomatologija 2007; 2: 47-50.

5. Buric N, Jovanovic G, Radovanovic Z, Buric M, Tijanic M. Radiographic enlargement of mandibular canal as first feature of non-Hodgkin's lymphoma. *Dentomaxillofac Radiol* 2010; 39(6):383-8

9. ESTETSKE ZAKONITOSTI U PROTETSKOJ REHABILITACIJI PACIJENATA STARIJE DOBI

Prof. dr Ivica Z. Stančić

STOMATOLOŠKI FAKULTET BEOGRAD, KLINIKA ZA STOMATOLOŠKU PROTETIKU

Pacijenti starije dobi dolaze u stomatološku ordinaciju sa različitim zahtevima u vezi sa postojećim ili budućim zubnim nadoknadama, kako opravdanim, ali često i neopravdanim. Estetika je pojedinim pacijentima starije dobi u prvom planu, jer su sa godinama sve nezadovoljniji estetikom svojih prirodnih zuba, imajući u vidu da su nekada bili zadovoljni svojim osmehom. Sa druge strane, neki osobe starije dobi imaju manja očekivanja od estetike budućeg protetskog rada, jer prihvataju starost, smatrajući da nema razloga da se na to obraća posebna pažnja. U nekim slučajevima, stare i dotrajale proteze, koje su već patološki delovale na potporna tkiva pojedini pacijenti smatraju čak i dalje dobrim, a nove teško prihvataju. Funkcija je definitivno primarna svim pacijentima, mada mnogobrojni ograničavajući faktori limitiraju stepen i izbor protetskog modaliteta. Imajući u vidu da ovi pacijenti najčešće boluju od više hroničnih bolesti, treba naći optimalno terapijsko rešenje kako bi se mastikatorni učinak popravio, što može biti jedan od faktora narušenog malnutritivnog statusa. Zbog toga je neophodan strogo individualan pristup svakom pacijentu starije dobi. Terapeut treba da se trudi da pažljivo isprati želje pacijenta, ukoliko su u skladu sa objektivnim oralnim i opštim stanjem zdravlja, kao i da proceni najadekvatnije protetsko rešenje. Kada uslovi to dozvoljavaju ne treba praviti razliku u indikaciji u poređenju sa pacijentima mlađe životne dobi.

AC Freitas Junior, AM Silva, MA Rabelo Lima Verde, J Ribeiro Pala Jorge de Aguiar. Oral rehabilitation of severely worn dentition using an overlay for immediate re-establishment of occlusal vertical dimension. *Gerodontology* 2012; 29: 75-80

V Lajnert, DK. Pavičić, R Gržić, Z Kovač, Đ Pahor, D Kuiš, S Simonić-Kocijan, R Antonić, D Bakarčić. Influences of age and maxillary anterior teeth status on patient's satisfaction with dental appearance and tooth colour. *Gerodontology* 2012; 29: e674-e679.

ZSM Albashaireh, AA Alhusein, MM Marashdeh. Clinical assessments and patient evaluations of the esthetic quality of maxillary anterior restorations. *Int J Prosthodont* 2009; 22: 65-71.

C Wulfman, S Tezenas du Montcel, P Jonas, J Fattouh, C Rignon-Bret. Aesthetic demand of French seniors: a large-scale study. *Gerodontology* 2010; 27: 266-271.

Lieve Van Zeghbroeck. CAD/CAM treatment for the elderly - a case report. *Gerodontology* 2012; 29: e1176-e1179

10. MOGUĆNOSTI SAVREMENE STOMATOLOGIJE U ZBRINJAVANJU ABRAZIJE ZUBA

Prof. dr sc. Rade Živković

UNIVERZITET U BEOGRADU, STOMATOLOŠKI FAKULTET

Gubitak tvrdog zubnog tkiva veže se za delovanje erozije, abrazije, atricije, i predstavlja čest klinički problem sa prevalencijom do 97%. Tome se pridružuje i pojam abfrakcije, nastale destruktivnim delovanjem fleksije zuba, uzrokovane okluzalnim opterećenjem (neadekvatna restauracija, nefunkcionalni kontakt, ekstrahovan susedni zub) i parafunkcijama. Zahvaljujući arheoloskim nalazima, danas se pouzdano zna da je abrazija zuba bila prisutna i u praistorijskom vremenu kada su ljudi intenzivnije koristili sopstvene zube pri konzumiranju abrazivne hrane. I ako su se žvaćne navike i sam odabir hrane, kod savremenog čoveka promenile, problem abrazije zuba je i te kako prisutan, a najizraženiji kod osoba starije životne dobi.

Prekomerno trošenje tvrdih zubnih struktura ima multikauzalnu etiologiju. Faktori kao što su prevremeni okluzalni kontakti praćeni inkoordiniranom hiperkontrakcijom mišića elevatora donje vilice, korišćenje

abrazivne ishrane, loše navike, parafunkcije (bruksizam), upotreba pretvrdih četkica sa abrazivnim zubnim pastama, profesije vezane za teške napore, jatrogeni faktori kao i urođjena, i stečena smanjena tvrdoća zuba, su etiološki međusobno povezani, pa se kod jednog pacijenta mogu naci više oblika trošenja tvrdih zubnih tkiva.

Abrazija je termin izveden od latinske reči *abrasio* (sastrugati), i predstavlja trošenje tvrdog zubnog tkiva usled dejstva mehaničkih slia zuba i endogenog tela, nastaju dejstvom abnormalnih biomehaničkih procesa ili u kombinaciji sa hemijskim interakcijama. **Atricija** nastaje frikcijom zuba o zub tokom mastikacije ili parafunkcija. Okluzalna ili incizalna atricija se može javiti tokom gutanja ili stiskanja zuba, a najjače je izražena kod bruksista. Fiziološku atriciju karakteriše jednako i fiziološko trošenje tvrdih zubnih tkiva zuba čitave denticije. **Erozija**, dentalna erozija je progresivni, ireverzibilni gubitak tvrdog zubnog tkiva koje je hemijski otopljeno s površine zuba delovanjem kiselina i helatanim sredstvima, bez učestvovanja bakterija, i nije direktno povezn sa mehaničkim ili traumatskim etilološkim faktorom.

Prekomerna abrazija i erozija dva su česta problema na tvrdom dentalnom tkivu, koja pogađaju sve veći broj pacijenata. To je sve veći izazov u stomatologiji zato što se kod takvih pacijenata, posebno kod onih sa teškim parafunkcijama, etiologija retko može eliminisati za stalno. Zato ovo podrazumeva stalno praćenje i kontrolu patoloških promena. Posledice abrazije i erozije su mnogostruke:

Gubitak gleđi sa progresivnim izlaganjem velikih zubnih površina.

Gubitak okluzalne, facijalne i lingvalne zubne anatomije sa uticajem na funkciju i estetiku.

Skraćivanje zuba sa uticajem na funkciju i estetiku lica.

Adaptivno pomeranje zuba sa uticajem na okluziju i estetiku.

Diskoloracija izloženih zubnih dentina.

Osetljivost zuba i pulpalne komplikacije.

Povećan rizik od propadanja zuba.

Gubitak marginalne adaptacije i fraktura restauracije.

Zbog značajnog uticaja abnormalne abrazije i erozije na zubnu biomehaniku i zdravlje, izazov je da prevencija i tretman treba da uključuju različite specijalnosti, počev od preventivnih mera, sve do potpune rehabilitacije usta. Međufaze (blaga do umerena erozija kroz abrazije) zahtevaju druge kliničke mere kao što su razni oblici adezivnih i parcijalnih sanacija.

Trošenje čvrste zubne supstance predstavlja razlog za povećanu brigu stomatologa, i ima višestruko poreklo. Zapravo, bihevioralne promene neizbalansirana dijeta i razna medicinska stanja, kao i lekovi koji indukuju regurgitaciju kiseline i stvaranje pljuvačke su okidač za eroziju. Dodatno, bruksizam u budnom stanju i u snu su široko rasprostranjeni funkcionalni poremećaji, koji takođe prouzrokuju ozbiljnu abraziju. Zato je veoma važno dijagnostikovati rane simptome trošenja zuba, tako da se preduzmu odgovarajuće preventivne mere i da se uradi odgovarajuća sanacija.

Restaurativne opcije se sastoje od:

Direktnih parcijalnih, kompozitnih restauracija.

Indirektnih parcijalnih restauracija.

Indirektnih, parcijalnih keramičkih restauracija.

Indirektnih kompletnih keramičkih restauracija.

Tretman obično počinje sveobuhvatnom kliničkom procenom i voskiranjem anteriornih zuba da bi se uspostavila odgovarajuća okluzija i anatomska šema, kao i prijatnija linija osmeha. Onda se bazirano na vertikalnoj dimenziji okluzije, direktne i indirektne restauracije će zameniti tkivo koje nedostaje i stvoriti bolju anatomiju i funkciju.

Na kliničkim slučajevima sa prisutnom abrazijom prikazana je kombinovana terapija primenom kompozitnih ili bezmetalnih restauracija i standardnih metal-keramičkih nadoknada u cilju ponovnog uspostavljanja zdravlja, funkcije i estetike. Primenom restauracija od bezmetalne keramike sa osnovom od cirkonijuma moguće je postići besprekorne kliničke rezultate kako u frontalnom tako i u bočnom segmentu. Pored toga, uvođenjem novih kompozitnih cemenata, moguće je postići predvidljivo i stabilno vezivanje između pripremljene površine zubai keramičke restauracije, tako da ne postoji potreba za hirurškim produžavanjem kliničkih krunica.

Često zbog gubitka tvrdih zubnih tkiva treba devitalizovati nosače kako bi se izradila nadogradnja od metala i rekonstruisala retencionna površina zuba za krunicu ili most. Ukoliko je potrebno promeniti postojeću vertikalnu dimenziju okluzije to treba činiti postupno. Pre definitivnog fiksnoprotetskog rada

treba napraviti probni protetski rad od privremenog materijala ili splint, kojom će se testirati tolerancija oštećenog temporomandibularnog zgloba na promene vertikalne dimenzije okluzije. Pritom ne treba zanemariti starost pacijenta i fiziološke promene u zglobovima.

Abrazija zuba je kompleksno stanje orofacijalnog sistema koje traži sveobuhvatnu analizu, planiranje i terapijski pristup, kao i kontrolu, i održavanje postojećih terapijskih rezultata.

11. REGENERATIVNA ENDODONTSKA TERAPIJA - NOVA DOSTIGNUĆA I IZAZOVI

Prof. dr Dejan Marković

Endodontska terapija odavno je napustila princip upotrebe medikamentata sa intenzivnim i dokazano toksičnim efektima bez obzira na njihove klinički dobre rezultate. Biološki princip u lečenju zuba sa obolelom pulpom omogućava uspeh u terapiji stimulirajući prirodne reparatorne potencijale organizma. Samo uklanjanje etiološkog faktora kao što je nekrotična pulpa omogućava proces reparacije, a upotreba biokeramičkih celijskih nosača ili terapije laserom bitno utiču na regenerativnu endodontsku terapiju posebno kod zuba mladih osoba.

XXXVII TIMOČKI MEDICINSKI DANI II DAN

HIRURGIJA I SRODNE GRANE

usmene prezentacije originalnih radova

12. VIDEO ASISTIRANA TORAKOSKOPIJA /VATS/ KAO HIRURŠKI IZBOR DIJAGNOSTIKE I TERAPIJE PLEURALNIH IZLIVA

Vešović N, Stojković D.

KLINIKA ZA KARDIJALNU I GRUDNU HIRURGIJU, VMA

Uvod: Pleuralni izlivi predstavljaju nakupljanje tečnosti u pleuralnom prostoru. Oni su najčešće patološko stanje pleure. Mogu biti prema etiologiji maligni i benigni a prema biohemijskim karakteristikama eksudati i transudati. Prema izgledu mogu biti serozni, serohemoragični, hemoragični, purulentni/empijem/ i bele boje/hilozni/. Karakterišu ih dispneja, bol, stezanje u grudima, malaksalost. Dijagnoza se postavlja pleuralnom punkcijom, perkutanom iglenom biopsijom, torakoskopijom, VATS-om i izuzetno retko torakotomijom. Video asistirana torakoskopija je minimalno invazivna metoda kojom se kroz male interkostalne incizije uradi endohirurška eksploracija intratorakalnih organa. To je ujedno najprihvatljiviji i najdirektniji način da se definišu i leče bolesti pleure. Cilj: Ovim radom smo hteli da

prezentujemo video-asistiranu torakoskopiju kao izbor dijagnostike i lečenja pleuralnih izliva. Materijal i metode: našim ispitivanjem smo obuhvatili 29 pacijenata kojima je radjena videoasistirana torakoskopija radi postavljanja dijagnoze i eventualne pleurodeze u periodu od 01.01.2017 do 15.02.2018. Rezultati: Bilo je 12 muškaraca i 17 žena, prosečne starosti 60 god kojima je radjen VATS. Najmladji pacijent je imao 23 god., a najstariji 74 god. Perkutana iglena biopsija pleure/Abrams/, radjen je kod dvadeset pacijenata ali nije patohistološki dokazan uzrok nastanka pleuralnih izliva. Dijagnostikovano je 13 malignih izliva od kojih je 6 izazvano primarnim karcinomom pluća, 4 karcinomom dojke, jedan karcinomom stitne zlezde i dva mezotelioma. Nakon ex tempore odgovora uzorkovanog materijala uradjeno je 11 pleurodeza. Naša iskustva su pokazala da je najefikasnije sredstvo za pleurodezu sterilni talk. Od 14 pleuralnih izliva benigne etiologije, dva su bili posledica TBC, dva sarkoidoze, jedan sistemskog lupusa a ostali su se pojavili u sklopu nespecifičnog pleuritisa. Zaključak: Danas je VATS suverena metoda dijagnostike i lečenja bolesti pleure. Problem je što u našoj zemlji postoji nekoliko centara za grudnu hirurgiju i svi oni nemaju mogućnosti sto tehnološke što stručne za izvođenje ove intervencije pa samim time i jedan mali broj pacijenata može proći kroz tu proceduru.

Ključne reči: pleuralni izliv, VATS

13. POSTOPERATIVNI DELIRIJUM KOD GERIJATRIJSKIH PACIJENATA PODVRGNUTIH HIRURŠKOJ INTERVENCIJI NAKON PRELOMA ZGLOBA KUKA ILI FEMURA

Stanković D. (1), Jovanović Z. (1), Magdić V. (1), Rangelov N. (1), Milovanović T. (2), Bajer D. (2)

(1) SLUŽBA ANESTEZIJE I REANIMACIJE, ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN; NEGOTIN, (2) ODELJENJE ORTOPEDSKE HIRURGIJE I TRAUMATOLOGIJE, ZDRAVSTVENI CENTAR NEGOTIN, NEGOTIN

Uvod: Postoperativni delirijum je akutno konfuzno stanje koje se razvija neposredno nakon hirurške intervencije. Nije retka komplikacija u gerijatrijskih pacijenata koji se podvrgavaju opsežnim hirurškim zahvatima. Riziko faktori su: karakteristike pacijenta -starije životna doba, polimorbiditet, hirurški i anesteziološki faktori. Detekcija pacijenata koji su pod povećanim rizikom i prepoznavanje kliničke slike delirijuma je značajna u zbrinjavanju gerijatrijskog hirurškog pacijenta, jer neprepoznat i neadekvatno tretiran povećava postoperativne komplikacije, produžava vreme i troškove hospitalizacije, i ostavlja dugoročne sekvele na kognitivni status i kvalitet života pacijenta. Cilj: Ukazati na učestalost, starosnu strukturu i karakteristike pacijenata, hirurških i anestezioloških procedura, detekciju, terapijski tretman i značaj postoperativnog delirijuma. Materijal i metodi rada: Retrospektivna analiza i statistička obrada podataka iz anestezioloških karti i istorija bolesti pacijenata operativno zbrinutih zbog preloma zgloba kuka ili femura na Ortopedskom odeljenju Zdravstvenog centra Negotin u toku 2017. godine, koji su razvili postoperativni delirijum. Rezultati: Od 195 operisanih pacijenata, 16 (8.20%) je razvilo postoperativni kognitivni deficit. Svih 16 je hospitalizovano radi operativnog zbrinjavanja preloma zgloba kuka ili femura. Nije zabeležen nijedan slučaj kognitivnog deficita kod preloma druge vrste i lokalizacije. Dva pacijenta su razvila alkoholni apstinencijalni sindrom, a ostalih 14 postoperativni delirijum. Operativnom zbrinjavanju preloma zgloba kuka ili femura je podvrgnuto ukupno 50 pacijenata (100%). Nakon hirurške intervencije, nultog operativnog dana 14 pacijenata (28%) razvija postoperativni delirijum. Analizirani su sledeći parametri: starost pacijenata, pol, ASA status, komorbiditeti, dužina trajanja operativnog zahvata, primena transfuzije krvi intraoperativno, vrsta anestezije, vrsta hirurške intervencije. Prosečna starost pacijenata koji su razvili postoperativni delirijum je 82.78 godina. Svi pacijenti su duboke starosti i ASA statusa 3 i 4, sa značajnim kardiološkim i neurološkim komorbiditetima. Od 14 pacijenata (100%) koji su razvili postoperativni delirijum, 13 (92.86%) su ženskog pola, a 1 (7.14%) muškog. Operativni zahvati su trajali između 90 i 120 minuta. Kod 6 pacijenata je urađena osteosinteza transtrohanternog preloma femura (DHS), a kod 8 implantacija endoproteze kuka. 50% pacijenata je tokom operacije dobilo jedinicu transfuzije krvi i zamrznute sveže plazme. 71.42% pacijenata je operisano u spinalnoj anesteziji, a 28,57% u opštoj endotrahealnoj anesteziji. Simptomi postoperativnog delirijuma kod 9 (64.29%) pacijenata su trajali u proseku tri dana, i uspešno su kupirani

haloperidolom, simptomatskom i supstitucionom terapijom. Kod 5 pacijenata (35.71%) znaci kognitivne disfunkcije perzistiraju do otpusta. Svo petoro preoperativno ima neurološke i psihičke deficite (M.Alzheimer, Dementio senilis, M. Parkinsoni). Zaključak: Postoperativni delirijum je česta komplikacija kod gerijatrijskih pacijenata sa polimorbiditetima podvrgnutih opsežnim hirurškim intervencijama. Etiološki je multifaktorijsan. Detekcija pacijenata koji su pod povećanim rizikom i pravovremene farmakološke i nefarmakološke mere mogu doprineti smanjenju učestalosti neposrednih postoperativnih komplikacija i dugoročnih sekvela. Procena kognitivnih funkcija gerijatrijskih pacijenata treba da postane rutinski deo preoperativne kliničke evaluacije.

Ključne reči: postoperativni delirijum, gerijatrijski pacijent, prelom kuka i femura

14. AUGMENTACIJA DOJKI - DUAL PLANE TEHNIKA I POLIURETANSKI IMPLANTI ZA SAVRŠENI IZGLED BEZ KOMPLIKACIJA

Maljković Igor (1), Malivuković Ana (1), Mitrić Biljana (2), Radivojčević Uroš (3)

(1) OPŠTA BOLNICA UNA, BEOGRAD, (2) VMA BEOGRAD, (3) KC KRAGUJEVAC

Uvod: Augmentacija dojki je estetska procedura poznata više od pedeset godina. U poslednjih desetak godina u našoj zemlji došlo je do znatnog porasta interesovanja i promene percepcije estetskog ishoda zahvata. Danas se veoma često od hirurga zahteva da napravi „prirodne“ grudi, ne previše velike, ali lepo oblikovane, a sa kojima će pacijentkinja moći da vodi život bez ograničenja u smislu bavljenja sportom ili fizičkim aktivnostima. Materijal i metode : Dual plane tehnika povećanja i preoblikovanja dojki opisana je pre gotovo dvadeset godina, ali zbog svoje kompleksnosti kod nas još uvek nije zastupljena u velikoj meri. U radu se prikazuje 10 godina iskustva sa ovom tehnikom, njenim izazovima, mogućnostima i dometima. Analiziraju se samo pacijentkinje koje je autor lično operisao. Cilja rada : Upoznavanje sa modernim tehnikama u estetskoj hirurgiji dojke. Opisana je tehnika augmentacije hipotrofičnih, asimetričnih, ptotičnih dojki, u jednom ili dva akta. Detaljno se opisuje se korišćenje poliuretanskih implanta za grudi koji značajno smanjuju incidencu kasnih komplikacija. Prikazuje se operativna tehnika i analiziraju razlozi zbog kojih bi je trebalo razmotriti, bilo sa aspekta hirurga koji radi navedenu operaciju, lekara koji daje savete o samoj proceduri bilo sa aspekta pacijenta. Ukazuje se na osnovne greske u tehnici, te kako ih prevazići. Rezultati i zaključak : ispravno naučena i pravilno korišćena dual plane tehnika u kombinaciji sa poliuretanskim implantima daje najbolji dugoročni kvalitet života pacijentkinjama sa implantima, zahvaljujući superiornim estetskim rezultatima i smanjenom broju komplikacija.

15. PRIMENA KOLAGENA U LEČENJU BOLA KOSTANO ZGLOBNOG SISTEMA

Veljković M (1), Lučić N. (2)

(1) ORTOPEDSKA ORDINACIJA ROSA I DJURADJ, KNJAŽEVAC

Naša prva iskustva

Kolagen, najrasprostranjeniji protein kod sisara, u čovekovom telu nalazi se u količini od 5-6% telesne težine. Pored ostalih tkiva u kojima se nalazi, ulazi i u sastav mišićno-skeletnog sistema i tu su kolagena vlakna u kontinuitetu i organizovana na linearan i paralelan način. U toku starenja, prenaprezanja, traume i reumatskih bolesti kolagena vlakna oslabe, dolazi do laceracije, te se gubi njihova linearna i paralelna struktura i integritet. Tkivo je oštećeno i bolesno. Medicinsko sredstvo Guna Collagen, kada se instilira u oštećeno tkivo ojačava i obnavlja anatomske strukture stradale u toku bolesti ili traume, uspostavlja se funkcija i prestaje bol. U kratkom vremenskom periodu (3 meseca) primenili smo kolagen kod 18 bolesnika (3 muškaraca i 15 žena) prosečne starosti 61,5 godina. Od 18 bolesnika četvoro je odustalo na

početku lečenja. Patologija je sledeća: Lumbago, Lumboichialgia, Periarthritis humeroscapularis, Epicondylitis humeri, Miofascijalni sindrom, Coxarthrosis, Gonartrosis, Distensio m. deltoidei.

Pre lečenja kod nas, godinama i mesecima lečeni su NSAID, kortizonskim preparatima, koktelima, fizikalnom terapijom i to neuspešno. Guna MD Collagen tipiziran je prema tkivima u 13 raznih vrsta (tipova), a daje se intradermalno, subkutano, intramuskularno, intraartikularno i periartikularno. Protokol lečenja je individualan za svakog bolesnika. Potrebno je da se da od 4-5 ampula do 10 u vremenu od 4 nedelje do 8 nedelja. U toku lečenja kod nekih pacijenata, zbog jakih bolova pored kolagena primenjivan je lokalno steroid + lokalni anestetik kao i analgetik. Razlog je odloženo dejstvo kolagena. Izbor kolagena određen je prema regiji i bolesti, a uključivali smo više vrsta kolagena. Nisu uočena neželjena dejstva. Prva poboljšanja se javljaju posle par dana do 3-4 nedelje od početka terapije, sa smanjenjem ili potpunim prestankom bola, ali to je potpuno individualno.

Kod ocenjivanja rezultata lečenja uzimali smo u obzir prestanak ili smanjenje bola, pokretljivost tela, radnu sposobnost, uzimanje analgetika i zadovoljstvo pacijenta.

Sve rezultate svrstali smo u sledeće grupe:

Odličan - bez bolova, pun obim pokreta, obavljaju sve poslove, prezadovoljni (8 bolesnika/),

Vrlo dobar - povremeno kratkotrajan bol, pokreti nešto smanjeni, rade sve poslove, zadovoljni (2 bolesnika),

Dobar - bol mnogo manjeg intenziteta, pokreti kao i pre terapije, svoj posao obavljaju, ali koriste odmor u toku rada povremeno uzimaju analgetike (2 bolesnika),

Loš rezultat, bez poboljšanja kod 2 bolesnika.

Prema našim rezultatima lečenja, zadovoljstvu pacijenata i lekara možemo da kažemo sledeće:

Medicinska sredstva Guna Collagen je nov alat na raspolaganju lekarima u lečenju bolesti koštanozglobnog sistema. Jednostavan je za primenu, efikasan i siguran, bez kontraindikacija, pouzdan je metod i preporučujem ga, kako lekarima opšte medicine, tako i specijalistima.

Ključne reči: kolagen, hroničan bol

16. BIFAZNI SINOVIJALNI SARKOM ZATKOLENE JAME

Knežević S (1), Gajović I (2), Đorđević B (3)

(1) DOM ZDRAVLJA KRALJEVO, (2) SPECIJALNA HIRURŠKA BOLNICA „SVETI NIKOLA“ RATINA, KRALJEVO, (3) OPŠTA BOLNICA „STUDENICA“ KRALJEVO

Uvod: Mekotkivni sarkomi su heterogena grupa neoplazmi, sa više od 50 histoloških tipova, čine 0,7–1% svih malignih tumora. Najčešći su maligni fibrozni histiocitom (28%), liposarkom (15%), leiomijsarkom (12%), sinovijalni sarkom (10%) i maligni tumor omotača perifernog nerva (6%). Sinovijalni sarkom se obično pojavljuje na ekstremitetima blizu velikih zglobova kod sredovećnih pacijenata, posebno u zatkolenoj jami i u vezi je sa zglobnom kapsulom, tetivama, burzom i fascijama. Retke lokalizacije su regija glave i vrata, uključujući faringe, laringe i orbitu. Cilj: Povoljan ishod bolesti kod rane dijagnoze maligne neoplazme. Materijal i metode: Podaci su iskorišćeni iz zdravstvene dokumentacije pacijenta, zdravstvenog kartona, otpusnih lista i specijalističkih izveštaja.

Prikaz slučaja: Pacijentkinja MM, 65. godina, napipala je 2014. godini u levoj zatkolenoj jami otok, nešto tamnije boje. Nije je bolelo, promena nije krvarila, osećala je samo mehaničku smetnju. Hirurški odstranjena kao benigna neoplazma. Patohistološki se radilo o high-grade primarnom malignom mezenhimalnom tumoru tipa bifazičnom sinovijalnog sarkoma, cistični podtip, CK AE1/AE3++ fokalno, CK7+, CK19++, CK20-, EMA+, Vimentin +++, TLE-1+, bcl-2+, CD99+++, TTF-1-, CD34-, Ki-67+ heterogena nuklearna imunopozitivnost u 70%, resekciona ivica marginalna.

Narednog meseca tumor recidivira i na Klinici za ortopedske i hirurške bolesti Banjica ponovo je učinjena tumorektomija. Sarkoma konzilijum traži magnetnu rezonancu operisane regije i skener pluća. Laboratorija uredna. Magnetna rezonanca pokazuje da iza metafize femura i musculus vastus medialis postoji vaskularizovana tumorska masa 5x4x4 cm. Između musculus semimembranosus i biceps femoris se detektuju još tri tumora. Svi su okruženi lokalnim edemom, bez invazije okolnih struktura.

Kompjuterizovana tomografija pluća ukazuje na limfne noduse pretrahealno do 1 cm, mediobazalno cistične promene do 1,5 cm sa sakularnim i cističnim bronhiektazijama. Kontrolna magnetna rezonanca nakon 3 meseca pokazala je progresiju bolesti pa je avgustu iste godine učinjena natkolena amputacija leve noge. Oporavak protekao bez komplikacija, vertikalizovana i osposobljena za hod pomoću štaka. Sarkoma konzilijum traži magnetnu rezonancu obolele noge i u februaru 2015. god pokazuje na 9 cm od mesta amputacije nepravilnu promenu neravnih kontura 2x1,5x1 cm, postkontrasno heterogeno pojačava signal, što je bilo sumnjivo na rest recidiv. Nakon 6 meseci na patrljku je vizualizovala progresija opisanih promena do 2x1,8x1,7 cm. U novembru 2015. god nalazimo uvećane limfne žlezde paratrahealno i buloze promene subpleuralno. Konzilijum u februaru 2016. god smatra da lokalno nema recidiva i limfadenopatije, promene su ožiljne prirode a nalaz na plućima u regresiji, medijastinalni limfni nodusi su do 1 cm. Osposobljena za hod protetisanjem natkolenice, teško se privikava na protezu, obavlja godišnje kontrolne preglede i dobro se oseća. Zaključak: Postavljanje dijagnoze sinovijalnog sarkoma predstavlja problem, najčešće se otkrije u odmakloj fazi i zasnovano je na histopatološkoj potvrdi. Diferencijalno dijagnostički treba misliti na tromboflebitis, lipome, masnu atrofiju, lipomatozu i angioliom. Hirurška resekcija predstavlja terapijski izbor.

Ključne reči: sinovijalni sarkom, koleno, neoplazme.

17. IMPLANTOLOŠKA REHABILITACIJA BEZUBOG PACIJENTA SUPRASTRUKTUROM OD BIOMATERIJALA

Smiljanić Z (1), Cvetić M.(2)

(1) PRIVATNA ZUBNA ORDINACIJA STAD DENTAL NEGOTIN, (2) CVETIĆ-LAB - ZUBOTEHNIČKA LABORATORIJA CVETIĆ BEOGRAD

Uvod: Situacija u bezubim ustima može prestižno biti prevaziđena izradom individualno dizajnirane suprastrukture na implantima. **Cilj:** Implantološka rehabilitacija bezubog pacijenta BioHPP. **Materijal i metodi rada:** Posle ekstrakcija zuba iz gornje vilice, eventualno postojeći defekti su popunjeni zamenikom za kost. Ukupno 4 implanta (Implants Direct Legacy- Swish+™ Tissue-Level Implants, USA) prečnika 4,2 mm i dužine 13 mm with SBM texture surface su implantirani u pripremljena ležišta bezube vilice pacijenta. Nakon perioda oseointegracije pristupilo se izradi suprastrukture. Otisak vilice je uzet adicijom silikonom 3M ESPE Express STD i Express XT LIGHT BODY. Radni model je izliven gipsom tipa 4 (GS FUJIROCK EP). Individualni abutmenti su napravljeni uz pomoć 2-press aparata, pri odgovarajućoj visini radnog modela gornje bezube vilice. Skenirana suprastruktura je dizajnirana u vosku i iskorišćena za izradu superstrukturnog oblika šine Bio-HPP (Bredent, Germany). **Diskusija:** Inertna svojstva BioHPP su obezbedila visok stepen udobnosti za vreme nošenja proteze sa jednostavnim unošenjem-postavljanjem i odvajanjem proteze. Pored toga, okluzija je rehabilitovana uz pomoć Bio-HPP suprastrukture u gornjoj vilici. **Zaključak:** Biomaterijali su neophodnost savremene stomatologije čime su ispunjeni uslovi za funkcionisanje stomatognatnog sistema u funkciji, estetici i fonaciji.

Ključne reči: Implant, suprastruktura, BioHPP

18. KORALIFORMNA KALKULOZA BUBREGA - LONGITUDINALNA NEFROLITHOTOMIA

Radoš Žikić, Zoran Jelenković

POLIKLINIKA "PAUNKOVIĆ" ZAJEČAR, RFZO-FILIJALA ZAJEČAR

Uvod: U vreme kada smo radili ovu operaciju, pre dvadesetak godina, ova metoda je bila privilegija samo velikih centara i klinika. **Cilj:** Cilj ovog rada je da prikazemo jedan redak slučaj rešen ozbiljnim zahvatom.

Materijal i metodi rada: Prikazujemo slučaj da uz dobru anesteziološku pripremu, dobru organizaciju urološke službe i odvažnost operatora ova metoda može da se radi i van klinika. **Rezultati:** Pacijentkinja je dobro podnela operaciju, bez komplikacija završila lečenje na odeljenju, kontrolisala se narednih pet godina bez recidiva kamena. Do nedavno je živela bez recidiva kalkuloze. Umrula je prošle godine od karcinoma pluća. **Zaključak:** Prikazali smo slučaj jedne bolesnice sa koraliformnom kalkulozom bubrega koju smo rešili longitudinalnom nefrolitotomijom.

Ključne reči: koraliformna kalkuloza bubrega, longitudinalna nefrolitotomija, prikaz bolesnika

XXXVII TIMOČKI MEDICINSKI DANI II DAN

HIRURGIJA I SRODNE GRANE

poster prezentacije originalnih radova

19. ICE SINDROM –PRIKAZ SLUČAJA

Repac Vinka (1), Repac Marija (2), Vlatković Zoranka (1), Stanimirov Branislava (3), Lukić Ivana (4)

(1) DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE, (2) PRIRODNO-MATEMATIČKI FAKULTET NOVI SAD-STUDENT, (3) DOM ZDRAVLJA NOVI SAD, (4) MEDICINSKI FAKULTET NOVI SAD-STUDENT

Uvod: Oko je najsavršeniji optički „instrument“. Sindrom iridokornealnog endotela (ICE) ima tri glavne karakteristike: promene na dužici, edem rožnjače i povišen intraokularni pritisak (IOP). U radu prikazujemo ICE sindrom kod dvadesetogodišnje pacijentkinje, na levom oku, praćene u trajanju od četiri godine. Promene u komornom uglu imaju za posledicu razvoj sekundarnog glaukoma i gubitak vida. **Cilj:** Prikazati kako promena na dužici dovodi do gubitka vida. **Materijal i metodi rada:** Prikaz slučaja: Pacijentkinja stara 20 godina, student biologije, javlja se na pregled zbog mutnijeg vida na levom oku u trajanju od 2 meseca uz povremenu pojavu „duginih boja“, zableštenja u toku dana ili u svetloj prostoriji. Daje podatak da su smetnje javile pre par godina, ali je njihov intenzitet sada izraženiji. Primetila je da su joj zenice različite. Urađen oftalmološki pregled. Vidna oštrina na optotipu po Snellenu je bila:

VOD: 1.0 VOS: 0.6 sa -0.5 D sph = 0.8-0.9

Vrednosti intraokularnog pritiska merene aplanacionim tonometrom po Goldmannu su:

TOD: 14 mmHg TOS: 22.5 mmHg

Prednji segment je sagledan binokularnim mikroskopom gde se na levom oku uočavaju atrofične promene dužice /delimično nedostajuće/. Rožnjača transparentna. Pupila reaguje na svetlost i akomodaciju ali

tromije. Optičke medije su providne. Nalaz na očnom dnu desnog oka je uredan, a na levom bleđa papila, krvni sudovi se poput bajoneta ulivaju u sudovni levak. Makula je očuvanog refleksa.

Gonioskopija: desno oko: komorni ugao otvoren; širok, Schaffer 1, levo oko: komorni ugao delimično blokiran sa prisutnim goniosinehijama. -1-

U funkcionalnom smislu dužica ima ulogu regulacije količine svetla koja ulazi u oko poput blende fotoaparata. To postiže pomoću mišića m. sphingtera pupile i m. dilatatora pupile. Svaka osoba i svako oko ima zaseban, karakterističan i jedinstven izgled dužice poput otiska prsta. U ovom primeru progresivna atrofija dužice dovodi do subjektivnih i objektivnih tegoba pacijenta. Glaukom koji ovde vidimo, spada u grupu angularnih glaukoma, koga na osnovu anatomske predispozicije, možemo predvideti. Smanjena dubina prednje očne komore, smanjena širina komornog ugla ispod 20 stepeni. Kada je iridokornealni ugao ispod 45 stepeni, smanjeno je oticanje očne vodice, iris se približava trabekulumu i povećava se intraokularni pritisak. **Rezultati:** U toku četiri godine praćenja, dolazi do povećanja IOP-a, i uznapredovale atrofije dužice. Pacijentkinja je na antiglaukomatoznoj terapiji, vidna oštrina desnog oka je nepromenjena, a na levom je ostao osećaj svetla sa sigurnom projekcijom. Mogućnost operativnog lečenja je razmatrana, ali je konzilijarno na tercijarnom nivou doneta odluka da se ne bi vidna oštrina značajnije popravila jer su promene uznapredovale i trajne. **Zaključak:** Oči nisu samo ogledalo duše već i pokazatelj zdravstvenog stanja pojedinca. Izgled i oblik dužice oka mogu otkriti čitav niz bolesti organizma.

Ključne reči: ICE sindrom, dužica, sekundarni glaukom, gubitak vida.

20. ZNAČAJ ULTRAZVUČNE DIJAGNOSTIKE PRI POZITIVNOM MARFIJEVOM ZNAKU

Tamara Stanulović (1), Danijela Ćirić (2), Bojana Mladenović (3)

(1) DOM ZDRAVLJA PETROVAC NA MLAVI, (2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (3) DOM ZDRAVLJA NIŠ

Sažetak: Uvod: Kalkuloza žučnih puteva (bilijarna kalkuloza, holelitijaza) u savremenoj medicini 21. veka, smatra se jednim od najčešćih oboljenja i označava prisustvo kamenaca u žučnim putevima. Klinička prezentacija žučnih kamenaca su: bol, zatim mučnina, gađenje, povraćanje, gubitak apetita, nadimanje, proliv. Pri kliničkom pregledu nalazi se pozitivan Marfijev znak. "Zlatni standard" u dijagnostici žučnih kamenova pored anamneze i fizikalnog pregleda je ultrazvuk. Cilj rada: je prikazati značaj ultrazvučne dijagnostike kod pacijenata sa holelitijazom usled bilijarne kolike. Metod: Ispitivanje pacijenata koji su se javili izabranom lekaru u službi Opšte medicine Doma zdravlja „Petrovac na Mlavi“ sa bilijarnom kolikom pod sumnjom na postojanje žučnog kamena ili radi praćenja veličine ranije dijagnostikovanog žučnog kamena. Rezultati: Tokom osmomesječnog perioda u Domu zdravlja „Petrovac na Mlavi“ izabranom lekaru na pregled se javilo 25 bolesnika sa kliničkom slikom bola ispod desnog rebarnog luka, osećajem nadutosti i mučninom. Nakon uzete anamneze i fizikalnog pregleda, urađen je urgentni ultrazvuk i dobijeni su sledeći rezultati: kod 3 (12%) bolesnika žučna kesa je bila prazna, kod 8 (32%) se moglo uočiti prisustvo mulja, dok se kod 14 (56%) bolesnika mogao videti kamen u lumenu žučne kese, od toga je 8 (32%) novo dijagnostifikovanih dok je 6 (24%) bolesnika već znalo da imaju kalkulozu žučne kese. Zaključak: Bilijarna kolika je urgentno medicinsko stanje čije zbrinjavanje neretko počinje u ambulanti lekara primarne zdravstvene zaštite. Usled postojanja ultrazvučnog aparata u ordinaciji, moguće je sa većom preciznošću otkriti uzrok bilijarne kolike, a time i donošenje odluke i blagovremeno preduzimanje mera radi daljeg lečenja i zbrinjavanja pacijenta.

Ključne reči: žučna kesa, Marfijev znak, ultrazvuk

21. TROGODIŠNJE PRAĆENJE UČESTALOSTI MALIGNIH BOLESTI KOŽE NA PODRUČJU OPŠTINE KNJAŽEVAC

Tošić B., Milosavljević I.

ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC

Karcinomi kože su najčešće dijagnostikovane maligne bolesti. Koža je izložena uticaju brojnih faktora spoljašnje sredine koji izazivaju genetska oštećenja i indukuju neoplazijsku transformaciju ćelija. Najčešći uzrok za njihovu pojavu je učestalo i prekomerno izlaganje suncu, pri čemu UV zraci dovode do kumulativnog oštećenja kože.

Cilj rada je prikazivanje učestalosti malignih bolesti kože kod stanovnika opštine Knjaževac u predhodne tri godine, od 2015. do 2017. godine.

Materijal i metodi rada: Istraživanje je sprovedeno u Zdravstvenom centru Knjaževac, a podaci su dobijeni retrospektivnom analizom evidencije protokola Dermatovenerološke ambulate i knjige patohistoloških nalaza sa odeljenja Opšte hirurgije. Maligne bolesti su klasifikovane prema patohistološkoj građi, a pacijenti prema polu i starosnoj dobi. Rezultati su prikazani tabelarno.

Rezultati: Ukupan broj evidentiranih pacijenata u trogodišnjem periodu je 195. Odnos obolelih žena i muškaraca je 100 : 95. Primetan je rast broja obolelih po godinama. U 2015. godini registrovano je 40, a u 2017. godini 90 obolelih. Sa primenom dermoskopije kao dijagnostičke procedure, povećan je i broj novootkrivenih malignih bolesti kože. Najveći broj obolelih je sa bazocelularnim karcinomom, 139. Skvamocelularni karcinom je dijagnostikovao kod 27 obolelih, a maligni melanom kod 19 pacijenata. Od melanoma je najčešći nodularni tip i dijagnostikovao je kod 9 pacijenata. Kod 7 pacijenata su patohistološki potvrđene metastatske promene na koži, i to tri metastatska melanoma, a kod ostalih metastaze karcinoma drugih lokalizacija. Najveći broj obolelih je u starosnoj dobi od 71. do 80-te godine. Najmlađi pacijent je imao 30 godina i kod njega je dijagnostikovao bazocelularni karcinom, a najmlađi pacijent sa malignim melanomom je imao 49 godina u momentu postavljanja dijagnoze.

Zaključak: Moramo prihvatiti činjenicu da se intenzitet UV zračenja povećao i da će tako biti i u buduću. Takođe je sve učestalija pojava malignih bolesti kože kod mlađe populacije. Zbog svega ovoga neophodna je edukacija stanovništva o štetnosti preteranom izlaganju suncu i potrebi sprovođenja svih mera zaštite od UV zračenja. Takođe je potrebno organizovanje preventivnih skrining pregleda kože, radi što ranijeg postavljanja dijagnoze i adekvatnog lečenja.

Ključne reči: karcinomi kože, melanom, bazocelularni karcinom, skvamocelularni karcinom

22. DEDIFERENTOVANI LIPOSARKOM BUTINE KAO DIJAGNOSTIČKI IZAZOV

Knežević S (1), Gajović I (2), Đorđević B (3)

(1) DOM ZDRAVLJA KRALJEVO, (2) SPECIJALNA HIRURŠKA BOLNICA „SVETI NIKOLA“ RATINA, KRALJEVO, (3) OPŠTA BOLNICA „STUDENICA“ KRALJEVO

Uvod: Liposarkom je redak maligni tumor porekla masnog tkiva, sa incidencom od 2–3 na 1000000 stanovnika. Razlikujemo tri tipa tumora u zavisnosti od njihove malignosti: benigne

(lipome), intermedijalne (dobro diferentovane liposarkome) i maligne (dediferentovane liposarkome, miksoide i pleomorfne liposarkome). Dediferentovani tumori su kombinacija zrelih masnih ćelija i nemasnih sarkoma komponenti. Karakteriše ga spor rast, pa je rana dijagnoza teška zbog odsustva simptomatologije. Cilj. Razmišljati o retkim tumorima masnog tkiva koji mogu delovati kao celulitis na butinama. Materijal i metode: Zdravstvena dokumentacija pacijenta iz zdravstvenog kartona, otpusnih lista i specijalističkih izveštaja kao i kontakti u ordinaciji. Prikaz slučaja: Pacijentkinja BN, starosti 48. godina, inače dobrog opšteg zdravlja, leči hipertenziju, gojazna, dugogodišnji pušač i ima višegodišnje probleme sa proširenim venama na nogama. Zbog prisutne gojaznosti i pratećeg celulita prilikom jedne posete prijavljuje ovalnu tumefakciju na desnoj butini, sa lateralne strane koju ima već godinama.

Promena palpatorno odaje utisak celulita, nešto čvršće strukture, nije bolna, koža iznad promene intaktna i normalne prebojenosti. Laboratorijske analize u referentnim granicama. Konsultovani vaskularni hirurg i specijalista za rekonstruktivnu hirurgiju. Ultrazvučni nalaz subkutano kranijalno od polovine femura pružajući se kaudalno nejasna heterogena hiper i hipoehogena vaskularizovana tumorska formacija čija se dužina ne može ultrazvučno odrediti, širine oko 80 mm, narušava arhitektoniku masnog tkiva i zahvata mišićne strukture. Ortopedu promena najviše liči na dezmoidni tumor ali donosi odluku da se nastavak lečenja odvija u tercijernoj ustanovi. Ubrzo operativno odstranjena promena. Oporavak protekao usporeno, sa sekundarnom infekcijom operativne rane. Histopatološki nalaz opisuje tumor beličaste boje, delom nodularnog delom infiltrativnog tipa rasta, fokalno probija mišićnu fasciju. Prekriven je tankom pseudokapsulom infiltrovanom vijabilnim tumorskim ćelijama. Imunohistohemijski Vimentin+++, Desmin-, HHF-32-, alfa SMA+++ fokalno, Neurofilamenti + pojedinačne ćelije, S-100+ fokalno, Cdk-4+++ difuzno, MDM-2+ difuzno, CK AE1/AE3-, CD68-, CD34-, p14+ homogena slaba nuklearna imunopozitivnost u pojedinačnim ćelijama, p16+ fokalna slaba do intenzivna nuklearna imunopozitivnost, Ki-67+ fokalna, heterogena slaba do intenzivna imunopozitivnost u 20% tumorskih ćelija. Na osnovu toga tumor najviše odgovara high-grade primarnom malignom mezenhimalnom tumoru tipa dediferentovanog liposarkoma, sa lejomioblastičnom diferencijacijom. Obzirom da je pseudokapsula infiltrovana vijabilnim tumorskim ćelijama Sarkoma konzilijum donosi odluku o postoperativnoj zračnoj terapiji operisane regije. Sprovedeno je 25 ciklusa koje je dobro podnela. Kontrolna magnetna rezonanca nadkolenice i kompjuterizovana tomografija grudnog koša i abdomena su uredni i pacijentkinja se vraća redovnim životnim aktivnostima sa kontrolnim pregledima po preporučenom dinamizmu.

Zaključak: Dediferentovani liposarkom je agresivan tumor sa čestim letalnim ishodom, recidivima i metastazama, otporan na sve terapijske opcije osim na hirurško lečenje. Diferencijalno dijagnostički treba misliti na benigne lipome, masnu atrofiju, reakciju na silikon, lipomatozu, angioliom i lipomatozni hemangiopericitom. Ukoliko margine nisu zdrave, može se primeniti dodatno lečenje, u našem slučaju postoperativna zračna terapija. Recidivi su česti i petogodišnja stopa preživljavanja iznosi 20%.

Cljučne reči: Dediferentovani liposarkom, butina, neoplazma.

23. UČESTALO MOKRENJE PRVI SIMPTOM KARCINOMA MOKRAĆNE BEŠIKE, PRIKAZ SLUČAJA

dr Dubravka T, dr Gak M.,

DOM ZDRAVLJA „DR SIMO MILOŠEVIĆ“, BEOGRAD

Uvod: Karcinom mokraćne bešike je najčešći tumor mokraćnih organa. Kod muškaraca je ovaj tumor četvrti po učestalosti i tri puta je češći nego kod žena. Najčešće se javlja u šestoj i sedmoj deceniji. Više od 50% karcinoma mokraćne bešike kod muškaraca i više od 35% kod žena je u vezi sa pušenjem. **Cilj:** Rano prepoznavanje i dijagnostika kod pacijenta sa nespecifičnim simptomima, kao uslov za pravovremnim lečenjem. **Materijal i metode:** analiza dokumentacije, deskriptivni metod. **Prikaz slučaja:** Pacijent starosti 63 godine, javlja se lekaru zbog učestalog mokrenja, praćeno peckanjem. Tegobe ima oko mesec dana unazad. Negira druge bolesti. Pušač unazad 30 godina, 1 kutija cigareta dnevno. U objektivnom nalazu abdomen: u ravni grudnog koša, mek, palpatorno bolno neostljiv na površnu i duboku palpaciju, jetra i slezija se ne palpiraju. Bubrežne lože osetljive na lumbalnu sukusiju levo. Tegobe shvaćene kao urinarna infekcija. Pacijent upućen da uradi urin i urinkulturu. Nakon par dana, dolazi sa urednim nalazom urina i urinokulture, tegobe perzistiraju. Upućen na ultrazvuk abdomena i urotrakta. Na ultrazvučnom pregledu nađena izohomogena promena 6,5 x 7 cm na prednjem zidu mokraćne bešike. Predložen odlazak urologu zbog sumnje na tumor mokraćne bešike. Urolog indikovao operaciju. Nakon učinjene transuretralne biopsije, patohistološki nalazi su pokazali da je reč o skvamocelularnom karcinom mokraćne bešike. **Zaključak:** Bez prisustva specifičnih tegoba (bezbolne hematurije i dizuričnih tegoba, teško je rano doneti zaključak koji govori u prilogu karcinomu mokraćne bešike). Ipak, perzistiranje tegoba i uredni laboratorijski nalazi krvi i urina, nameću potrebu za blagovremenom dopunskom dijagnostikom.

Cljučne reči: karcinom mokraćne bešike, učestalo mokrenje, pušenje

XXXVII TIMOČKI MEDICINSKI DANI III DAN «KONZERVATIVNA I PREVENTIVNA MEDICINA- SAVREMENI ASPEKTI 2018.»

Subota, 12 maj, 2018. godine, DZ ZC Zaječar

1. INVAZIVNI FUNKCIONALNI PARAMETRI KAO POMOĆ U IZVODJENJU PERKUTANIH KORONARNIH INTERVENCIJA

Prof. dr Branko Beleslin.

MEDICINSKI FAKULTET, UNIVERZITET U BEOGRADU,

2. NEINVAZIVNE METODE U DIJAGNOSTICI ANGINE PECTORIS: SAVREMENI STAVOVI I MOGUĆNOSTI

Prof. dr Ana Đorđević Dikić,

KLINIKA ZA KARDIOLOGIJU KCS.BEOGRAD. UŽA NAUČNA OBLAST:KARDIOLOGIJA,

Poslednjih decenija razvile su se brojne neinvazivne imidzing metode za procenu pacijenata sa suspektom koronarnom bolesti. Zahvaljujući njima u mogućnosti smo da vidimo koronarne arterije bez invazivnog pristupa i da procenimo težinu koronarne bolesti, planiramo način lečenja i procenimo rizik pojave neželjenih događaja.

Veliki broj studija je pokazao da stres ehokardiografija u dijagnostici suspektne angine ima veću efikasnost, bolju stratifikaciju prema riziku i smanjenje broja nepotrebnih procedura u odnosu na sam Ekg ali i u odnosu na MDCT angiografiju. Prisustvo mikrovaskularne bolesti kao uzroka angine kod normalnih koronarnih arterija takođe može biti ispitivano neinvazivnim metodama.

Veći broj analiza ukazuje na to da je MDCT koronarografija efikasna u isključivanju koronarne bolesti kod pacijenata sa niskom <50% pre test verovatnoćom obolenja. Anatomske imidzing je nedovoljan za funkcionalnu procenu značajnosti stenoze i dodatna testiranja kao što je stress ehokardiografija i procena koronarne rezerve protoka su neophodna da bi se donela odluka o načinu lečenja: revaskularizacija ili optimalna medikamentna terapija. Prema sadašnjim preporukama u slučaju postojanja koronarne bolesti započinje se merama smanjivanja faktora rizika i primenom optimalne medikamentne terapije. Revaskularizacija pacijenta sa stabilnom anginom koji su u niskom i srednjem riziku na osnovu neinvazivnih testova, primenjuje se kod onih koji su simptomatični i pored primenjene medikamentne terapije.

1. Marwick TH, Shaw L, Case C et al. Clinical and economic impact of exercise electrocardiography and exercise echocardiography in clinical practice. Eur Heart J 2003;24: 1153-1163

2. Zacharias K, Ahmadvazir, Ahmed A. et al. Relative diagnostic, prognostic and economic value of stress echocardiography versus exercise electrocardiography as initial investigation for the detection of coronary artery disease in patients with new onset suspected angina. IJC Heart Vasc 2015; 7:124-130

3. KARDIOMAGNETNA REZONANCA U PROCENI REVASKULARIZACIONOG EFEKTA KOD BOLESNIKA SA KORONARNOM BOLEŠĆU - PITANJA I ODGOVORI

Ass dr sc med Marija Zdravković

KBC „BEŽANIJSKA KOSA“, AUTOPUT BB, 11000 BEOGRAD.:

4. INDIKACIJE I ZNAČAJ TRANSEZOFAGEALNE, STREJN I TRODIMENZIONALNE EHOKARDIOGRAFIJE U SVAKODNEVNOJ KLINIČKOJ PRAKSI

Prim dr sc med Dušan Bastać

INTERNISTIČKA ORDINACIJA “DR BASTAĆ”UL KOSANČIĆEV VENAC BR 16.19000 ZAJEČAR

Ehokardiografija je napredovala poslednjih 45 godina od jednostavne jednodimenzijske (M-mod) tehnike, preko danas standardne dvo-dimenzijske tehnike u kombinaciji sa pulsniim kontinuiranim i kolor dopplerom do modernih, naprednih tehnika zahvaljujući tehnološkom napretku pre svega harmonijskoj slici, speckle tracking tehnici i moćnoj kompjuterskoj obradi podataka. Dobijena je visoka, superiorna rezolucija slike uz izrazito povećanje senzitivnosti i specifičnosti metode. Transezofagealna ehokardiografija je semi-invazivna metoda, obavezno uz analgozsedaciju, koja ima važnu indikaciju u otkrivanju stranih masa u srcu, posebno izvora tromboembolije u aurikuli leve pretkomore kod moždanog udara u bolesnika sa atrijalnom fibrilacijom i upućuje na dalji modalitet lečenja. Takođe ima veliki značaj za evaluaciju srčanih zalistaka i odluke o vrsti kardiohirurškog lečenja. Jako je važna u urgentnim stanjima: dijagnozi plućne embolije i aortne disekcije i kod hemodinamski enstabilnih bolesnika. Imidžing deformacije miokarda: spekl-treking ehokardiografija je indikovana u svim situacijam gde je granična ili normalna ejekciona frakcija uz sumnju na miokarditis, kardiotoksičnost citostatika i dilataciju srca kod sportskog srca, radi fine procene kontraktilnosti, kao i u odredjivanju vijabilnosti miokarda kod ošamućenog, hibernisanog ili catrixa infarkta miokarda. Trodimenzionalna ehokardiografija ima revolucionarno širok spektar indikacija kod svih oboljenja srca posebno kod urođenih i stečenih srčanih mana i nejasnih kardioloških stanja na konvencionalnim ehokardiografskim tehnikama

5. TIMOČKA MREŽA ZBRINJAVANJA PACIJENATA SA AKUTNIM INFARKTOM MIOKARDA

Prim. Dr sci. med. dr Vladimir Mitov

ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE, ZC ZAJEČAR,

Sažetak: Cilj rada je prikaz rezultata lečenja pacijenta sa akutnim infarktom miokarda, primarnom perkutanom koronarnom intervencijom u Odeljenju invazivne kardiologije u Zaječaru, u periodu od 2014. do 2017. godine. Materijal i metodologija: U periodu od 2014. do 2017. godine lečeno je 310 pts, kod 216 (69,90%) muškaraca i 93 (30,10%) žena, prosečne starosti $63,15 \pm 11,85$ godina. Od navedenog broja bilo je 263 (84,84%) pacijenata sa STEMI i 47 (15,16%) na NSTEMI kod kojih je bila neophodna pPCI. Urađeno je 116 (37,42%) procedura femoralnim pristupom i 194 (62,58%) procedura radijalnim arterijskim pristupom. Rezultati: Prosečno vreme od početka bola do prvog medicinskog kontakta iznosilo je 182

minuta, transport do angio sale je trajao 90 minuta u proseku, a od prijema do otvaranja infarktne arterije u proseku je bilo potrebno 45 minuta.

Kod pts sa STEMI prezentacijom, angiografski je kod 160 (60,84%) nađen TIMI 0 protok, ali i kod 103 (39,16%) pts angografski je nađen TIMI $\geq$ I protok kroz infarktnu arteriju. Kod pts sa NSTEMI prezentacijom na prijemu kod 11 (23,41%) bio je TIMI 0 protok kroz infarktnu arteriju, a kod 36 (76,59%) pts nađen je TIMI $\geq$ I protok krvi. Pored infarktne arterije analizirane su i promene na ostalim arterijama. Kod pts sa STEMI 156 (59,33%) imalo je promenu samo na infarktnoj arteriji, 107 (40,67%) imalo je višesudovnu koronarnu bolest. Identičan odnos bio je i kod NSTEMI pts 28 (59,59%) imala je promenu samo na infarktnoj arteriji, 19 (40,41%) je imalo višesudovnu koronarnu bolest.

Zaključci: Najveći broj lečenih pacijenata imali su akutni infarkt miokarda sa ST elevacijom, od kojih je 40% imalo protok kroz infarktnu arteriju na koronarografiji. Bilo je 15,16% pacijenata sa infarktom miokarda bez ST elevacije, od kojih je skoro četvrtina imala okluziju infarktne koronarne arterije. Kod pacijenta sa infarktom miokarda sa ili bez ST elevacije podjednak broj je bio sa višesudovnom koronarnom bolešću, nešto manje od polovine. Aktivnom medijskom kampanjom potrebno je sprovesti edukaciju stanovništva kako bi se skratilo vreme od početka bola do prvog medicinskog kontakta.

Ključne reči: Primarna PCI, STEMI, NSTEMI

6. SKRINING UROĐENIH SRČANIH MANA PRIMENOM PULSNE OKSIMETRIJE

Prof. dr Vladislav Vukomanović.

INSTITUT ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU MAJKE I DETETA „DR VUKAN ČUPIĆ

Urođene srčane mane su najčešći urođeni poremećaji i obuhvataju 30% svih značajnih urođenih anomalija. Incidencija urođenih srčanih mana (USM) je 8 na 1000 živorođene dece. Kritične USM su one koje zahtevaju primenu kardiohirurgije ili interventnih kardioloških procedura u prvoj godini života i u značajnoj meri doprinose perinatalnom morbiditetu i mortalitetu.

U Srbiji se rodi oko 600 dece sa USM godišnje, odnosno 150 novorođenčadi sa kritičnim USM (25% svih USM). Pulsna oksimetrija je neinvazivna metoda merenja saturacije kiseonika u arterijskoj krvi – SpO₂ kojom je omogućeno otkrivanje kritičnih USM u prvim danima posle rođenja. Iako postoji vodič za primenu skrininga pulsnom oksimetrijom, izvesna je njegova modifikacija u budućnosti.

7. TRADICIONALNI I NETRADICIONALNI KARDIOVASKULARNI FAKTORI RIZIKA U DETINJSTVU

Prof. dr. Bojko B. Bjelaković

KLINIČKI CENTAR NIŠ - DEČIJA INTENA KLINIKA.

Rana dijagnostika subkličkih (kako strukturnih tako i funkcionalnih) poremećaja ciljnih organa danas je veoma napredovala. Zahvaljući brojnim kliničkim i epidemiološkim istraživanjima sem tradicionalnih kardiovaskularnih faktora rizika, sve više se sagledava uzročno posledična veza takozvanih netradicionalnih (biohemijskih i vaskularnih) faktora rizika i incidence neželjenih kardiovaskularnih dešavanja. Značaj svih njih pojedinačno ali i u konglomeratu u smislu kratkoročnog tako i dugoročnog kardiovaskularnog rizika tek treba biti sagledan, a posebno u kontekstu genetske predisponiranosti, faktora sredine i drugih mogućih neurohumoralnih ateroprotektivnih faktora.

8. KRITIČNE UROĐENE SRČANE MANE

Asist. dr sci. med. Sergej Prijić

INSTITUT ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU MAJKE I DETETA SRBIJE «DR VUKAN ČUPIĆ».

Kritične urođene srčane mane (USM) predstavljaju oboljenja srca kod kojih je neohodan tretman u prvoj godini života. Prevalencija ovih strukturnih anomalija kod živorođene dece je oko 1:500. Kritične USM je neophodno prepoznati što ranije, kako bi se благовремено применио конзервативни и хируршки тј. транскатетерски приступ. Већина USM се препознаје феталним ехокардиографским прегледом или на основу клиничких манифестација по рођењу. Међутим, 1/3 критичних оболjenja није повезана са симптомима по рођењу и остаје непрепозната. Овај проблем се потенцијално може превазићи дијагностичком применом перкутане пулсне оксиметрије и периферног перфузионог индекса. Нове генерације оксиметара дају репродукбилне податке, што омогућава адекватну дијагностику код асимптомских болесника.

Mahle WT, Martin GR, Beekman RH, Morrow WR. Endorsement of Health and Human Services recommendation for pulse oximetry screening for critical congenital heart disease. *Pediatrics*. 2012 Jan;129(1):190-2.

Oster ME, Aucott SW, Glidewell J, Hackell J, Kochilas L, Martin GR, et al. Lessons Learned From Newborn Screening for Critical Congenital Heart Defects. *Pediatrics*. 2016 May;137(5).

Oster ME, Kochilas L. Screening for Critical Congenital Heart Disease. *Clin Perinatol*. 2016 Mar;43(1):73-80.

Hoffman JL, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. *J Am Coll Cardiol*. 2002 Jun 19;39(12):1890-900.

Thangaratnam S, Brown K, Zamora J, Khan KS, Ewer AK. Pulse oximetry screening for critical congenital heart defects in asymptomatic newborn babies: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012 Jun 30;379(9835):2459-64.

9. TULAREMIJA OD 2000 GODINE DO DANAS

Dr sci. med. Marina Đorđević- Spasić

KLINIKA ZA INFEKTIVNE BOLESTI, KLINIČKI CENTAR NIŠ.

10. HIPERPROLAKTINEMIJA

Prim. Dr sci. med. dr Aleksandar Aleksić

INTERNISTIČKA SLUŽBA, ZC ZAJEČAR.

Prolaktin je (PRL) peptidni hormon, koji se sastoji od 198 aminokiselina i sintetise se u laktotropima koji čine oko 20% ćelija hipofize. Sekretiju PRL kod čoveka znatno povećavaju fizički i psihološki stres, temperatura, povećanje fizičke aktivnosti, opšta anestezija, akutni infarkt miokarda i obrok. Glavni inhibitorni faktor sekrecije PRL je dopamin. Prolaktinomi su benigni tumori laktotropnih ćelija prednjeg režnja hipofize čija etiologija nije jasna. Amenoreja, galaktoreja i infertilitet su glavni pokazatelji hiperprolaktinemije kod žena, a kod muškaraca su to smanjenje libida i gubitak vida. Dopaminski agonisti smanjuju tumorsku masu kod većine pacijenata i koriste se kao terapija prvog izbora. Treba započeti sa malim dozama sa postepenim povećavanjem, kako bi se smanjili neželjeni efekti: ortostatska hipotenzija, mučnina i povraćanje. Preporuka je da se pacijentima koji se leče periodično određuje PRL od prvog meseca po uvođenju terapije do normalizacije PRL i oporavka hipogonadizma, da se MR ponovi za godinu dana, i ispita vidno polje kod makroadenoma. Preporuka je da žene koje su na terapiji D agonistima obustave terapiju čim saznaju da su trudne. Ciljevi terapije u lečenju hiperprolaktinemije jesu

normalizacija koncentracije PRL, smanjenje galaktoreje i simptoma hipogonadizma, kao i redukcija veličine tumora. Za većinu pacijenata je farmakološka terapija dopaminskim agonistima prva linija lečenja kojom se snižava nivo PRL, smanjuje tumorska masa i umanjuju simptomi.

Ključne reči: hiperprolaktinemija; dijagnoza; lečenje.

LITERATURA:

- Violeta Mladenović, Jelena Petrović, Dragana Bubanja, Ivana Đokić, Svetlana Đukić, Mirjana Veselinović, Marija Anđelković, Srđan Stefanović. Hiperprolaktinemija: dijagnoza i principi lečenja. *Med Čas* 2013; 47(3): 130-136.
- Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, et al. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96: 273-88.
- Lopez M. Á. C., Rodriguez J. L. R. Garcia M. R. Physiological and Pathological Hyperprolactinemia: Can We Minimize Errors in the Clinical Practice? In: Prolactin. György M. Nagy and Bela E. Toth, Editors. Rijeka, InTech; 2013: 213-230.
- H. Orbach, G. Zandman-Goddard, M. Boaz et al., "Prolactin and autoimmunity—hyperprolactinemia correlates with serositis and anemia in SLE patients," *Clinical Reviews in Allergy & Immunology* 2011;42:1-10.
- Maria Victoria Legorreta-Haquet, Rocio Flores-Fernández, Francisco Blanco-Favela, Ezequiel M Fuentes-Pananá, Luis Chávez-Sánchez, Rafael Hernández-González, Emiliano Tesoro-Cruz, Lourdes Arriaga-Pizano and Adriana Karina Chávez-Rueda. Prolactin Levels Correlate with Abnormal B Cell Maturation in MRL and MRL/lpr Mouse Models of Systemic Lupus Erythematosus-Like Disease. *Clin and Develop Immun* 2013; 2013:1-12. **IMUNOLOGIJA**
- Dekkers OM, Lagro J, Burman P, Jorgensen JO, Romijn JA, Pereira AM. Recurrence of hyperprolactinemia after withdrawal of dopamine agonists: systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95: 43-51.

11. SUBKLINIČKI HIPOTIROIDIZAM – DIJAGNOSTIČKE I TERAPIJSKE DILEME

Prim. dr sc. med. Željka Aleksić, MD, MSc, PhD.

NUKLEARNA MEDICINA ZC ZAJECAR, RASADNICKA BB, SLUŽBA ZA NUKLEARNU MEDICINU.

Subklinički hipotiroidizam (SCH) može se podeliti u dve kategorije u skladu sa stepenom povećanja serumskog nivoa tiroidnog stimulacionog hormona (TSH): blago povećan nivo TSH (4.0-10.0 mU/L) i veći stepen povećanja nivoa TSH (>10 mU/L). Inicijalno povišen nivo serumskog TSH, uz FT4 u okviru referentnog opsega, treba ispitati ponovljenim merenjem serumskog TSH i FT4, uz određivanje antitela na tiroidnu peroksidazu (TPOAb), poželjno nakon 2 do 3 meseca od početnog testiranja. Čak i u odsustvu simptoma, preporučuje se supstituciona terapija L-tiroksinom za mlađe pacijente (<65-70 godina), kada je nivo serumskog TSH > 10 mU /L. Kod mlađih pacijenata sa SCH i nivoom serumskog TSH<10 mU/L, a sa simptomima koji nagoveštavaju hipotiroidizam, treba razmotriti probnu supstitucionu terapiju L-tiroksinom. Za takve pacijente koji su započeli L-tiroksin zbog simptoma pripisanih SCH, odgovor na tretman treba kontrolisati za 3 do 4 meseca nakon postizanja normlanog nivoa serumskog TSH (u referentnom opsegu). Ukoliko nema poboljšanja simptoma, terapiju L-tiroksinom treba u principu prekinuti. Pri postavljanju dijagnoze SCH kod starijih osoba, trebalo bi uzeti u obzir lokalni referentni opseg serumskog TSH specifičan za uzrast. Osobe starije od 80-85 godina, sa povišenim serumskim nivoom TSH≤10 mU/L treba pažljivo pratiti strategijom "wait and see" (čekati i videti). Ukoliko se donese odluka da se leči SCH, onda je terapija izbora L-tiroksin koji se daje per os svakodnevno. Nivo serumskog TSH treba proveriti 2 meseca nakon početka terapije L-tiroksinom i 2 meseca nakon svakog podešavanja doze. Cilj terapije kod većine odraslih pacijenata je da se postigne stabilan nivo serumskog TSH pri donjoj polovini referentnog opsega (0.4-2.5 mU/L). Kada se kod pacijenata sa SCH započne terapija L-tiroksinomi i postigne stabilan nivo TSH, onda se nivo serumskog TSH prati najmanje jednom godišnje.

- Bremner AP, Feddema P, Leedman PJ, et al: Age-related changes in thyroid function: a longitudinal study of a community-based cohort. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97: 1554-1562
- Biondi B, Cooper DS: The clinical significance of subclinical thyroid dysfunction. *En-docr Rev* 2008; 29: 76-131.
- Karmisholt J, Andersen S, Laurberg P: Variation in thyroid function in subclinical hypo-thyroidism: importance of clinical follow-up and therapy. *Eur J Endocrinol* 2011; 164: 317-323
- Garber JR, Cobin RH, Gharib H, et al: Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Thyroid* 2012; 22: 1200-1235.
- Huber G, Staub JJ, Meier C, et al: Prospective study of the spontaneous course of subclinical hypothyroidism: prognostic value of thyro-tropin, thyroid reserve, and thyroid antibodies. *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87: 3221-3226

12. INFEKCIJA BAKTERIJOM *HELICOBACTER PYLORI* – OD INFLAMACIJE DO NEOPLAZME

Mr Sc Zoran Joksimović

INTERNISTIČKA ORDINACIJA "JOKSIMOVIĆ" BOR

Bakteriju *Helicobacter pylori* su 1979. godine identifikovali Barry Marshall i Robin Warren u Australiji. Ovi naučnici su za to otkriće 2005 godine dobili Nobelovu nagradu. Približno jedna polovina svetske populacije je inficirana ovom bakterijom. Do infekcije dolazi u detinjstvu, pre osme godine života. Infekcija bez usmerene terapije ostaje hronična kroz ceo život. Zbog ove infekcije 20% stanovništva oboli od peptičkog ulkusa želuca ili dvanestopalačnog creva a 1-2% inficiranih od MALT limfoma ili karcinoma želuca. Ishod infekcije zavisi od virulentnosti soja *H. pylori*, imenskog odgovora inficirane osobe i od nekih faktora kao što su pušenje, unos soli, unos nitrata, sastav crevne mikrobiote. Od 1997 godine se ova infekcija kod nas leči sistematski a eradikacija infekcije je prekinula hronični tok ulkusne bolesti i bitno smanjila potrebu hirurškog lečenja ovih bolesnika. Internacionalna agencija za zstraživanje raka IARC je još 1994 prepoznala *H. pylori* kao kancerogen prvog reda. *H. pylori* je jedina bakterija koja je identifikovana kao uzročnik raka. Od svih karcinoma u svetu koji nastaju kao posledica neke infekcije *H. pylori* je odgovoran za nastanak njih 50,3%. Na drugom mestu je infekcija papilloma virusima 26,6% na trećem mestu hepatitis B i C sa 18,1% učešća u nastanku svih karcinoma usled infekcije.

Sve inficirane osobe imaju histološku sliku aktivnog hroničnog gastritisa a kod forme predominantno atrofičnog gastrisa korpusa želuca koji ima najveći maligni potencijal u 40% slučajeva se razvije intestinalna metaplazija koja predstavlja prekancerozu. Hronični gastritis je posle eradikacije *H. pylori* infekcije reverzibilan dok je intestinalna mezaplazija ireverzibilna promena. Dokazano je da se pravovremenim lečenjem infekcije *H. pylori* može sprečiti nastanak raka želuca. Ali, ako je intestinalna metaplazija već prisutna rak želuca se može razviti i posle iskorenjivanja infekcije. Mada, se ta mogućnost može umanjiti ukoliko infekciju izlečimo. Za lečenje koristimo kombinaciju inhibitora protonske pumpe i više vrsta antibiotika. Pacijente sa intestinalnom metaplazijom možemo identifikovati i pomoću „serološke biopsije“ - određivanjem pepsinogena I i II i izračunavanjem odnosa između njih može se intestinalna metaplazija utvrditi pregledom krvi.

Postoje dokazi da je moguće pravovremenim nacionalnim skriningom na infekciju *H. pylori* i lečenjem većine asimptomatskih nosilaca infekcije pre pojave prekanceroznih promena sprečiti pojavu raka želuca. Takav pristup je i sa stanovišta analize „troškovi - korist“ za državu isplativ.

Smisleno bi bilo da se takvo testiranje počne kod osoba starosti između 20 i 30 godina, odnosno bar 15-20 godina pre pojave raka želuca u populaciji. Oni koji su tada inficirani još nemaju prekancerozne promene na sluznici želuca. Sa današnjim šemama lečenja *Helicobacter* infekcije moguće je postići eradikaciju kod 90% inficiranih u prvom pokušaju. Kumulativna mogućnost izlečenja posle tri pokušaja lečenja je 98%. Smrtnost od raka želuca je moguće smanjiti i kod onih, nešto starijih osoba, koje već imaju prekancerozne promene ako izlečimo infekciju. U razvijenim zemljama Evrope već postoje takvi programi a verujem da će se to uskoro desiti i kod nas - da se što pre počne sa nacionalnim programom za testiranje na infekciju *Helicobacter pylori* i lečenjem inficiranih.

Chey WD, Leontiadis GI, Howden CW, Moss SF. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. The American Journal of Gastroenterology. 2017 ;112(2):212-239.

Pan KF, Zhang L, Gerhard M, et al. A large randomised controlled intervention trial to prevent gastric cancer by eradication of *Helicobacter pylori* in Linq County, China: baseline results and factors affecting the eradication. Gut. 2016 ;65(1):9-18.

Jera Jeruc *Helicobacter pylori* in z njim povezane bolesti MED RAZGL 2010; 49: 433-443

Sokic-Milutinovic A, Alempijevic T, Milosavljevic T. Role of *Helicobacter pylori* infection in gastric carcinogenesis: Current knowledge and future directions. World J Gastroenterol. 2015 Nov 7;21(41):11654-72. doi: 10.3748/wjg.v21.i41.11654.

Watari J, Chen N, Amenta PS, et al. *Helicobacter pylori* associated chronic gastritis, clinical syndromes, precancerous lesions, and pathogenesis of gastric cancer development. World Journal of Gastroenterology: WJG. 2014;20(18):5461-5473.

13. UMETNOST DOJENJA

Bojana Cokić

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, DEČIJE ODELJENJE

SAŽETAK: Dojenje je najveći i najdragoceniji dar prirode koji može majka podariti svom detetu. Dojenje je osnov života, najzdraviji početak života. Dojenje jača duševnu povezanost između majke i deteta. Majka oseća toplinu i ljubav kad prigrli svoje dete. Dete oseća duševni mir, smirenost, radost i toplinu dok ga njegova majka grli i doji. Dojenje je vekovima inspirisalo brojne slikare. Gledajući umetnost kroz vekove, vidimo poštovanje i značaj dojenja. Umetnička dela sa tematikom dojenja nastala su u rasponu od najstarijih civilizacija, starog Egipta sve do moderne umetnosti. Dojenje je nerazdvojiva veza majke i deteta, neraskidiv dodir... Majčino mleko je vatra na kojoj ključa život...

UMESTO ZAKLJUČKA: Oskar Vajld (irski pesnik, 1854-1900.) umeo reći da život imitira umetnost. Mnogo češće, međutim, umetnost je ta koja imitira život.

14. ZNAČAJ ZDRAVE HRANE I FIZIČKE AKTIVNOSTI U PREVENCIJI I LEČENJU POJEDINIH FAKTORA RIZIKA ZA KARDIOVASKULARNA OBOLJENJA KOD DECE I MLADIH

Mr sci. med.dr Bratimirka Jelenković

DEČIJE ODELJENJE ZC ZAJEČAR, RASADNICKA BB.

Značaj zdrave hrane i fizičke aktivnosti prepoznat je od strane Svetske zdravstvene organizacije (SZO) koja je 2004 godine donela Globalnu strategiju za ishranu, fizičku aktivnost i zdravlje ("*WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*"). Kardiovaskularna oboljenja (KVO) izazvana aterosklerozom su vodeći uzrok smrti u razvijenim zemljama sveta. Oko 10% adolescenata od 12-19 godina imaju visok ukupni nivo holesterola, što je faktor rizika za KVO. Činioci za razvoj ateroskleroze su: starije životno doba, muški pol, pozitivna porodična anamneza za KVO, hipertenzija, dislipidemije, dijabetes melitus, pušenje i gojaznost. Osnovni činioci na koje može da se utiče su ishrana, fizička aktivnost i pušenje. Gojaznost se definiše kao porast telesne mase iznad arbitrarno utvrđene vrednosti, koja uzima u obzir pol, hronološki uzrast i telesnu visinu ispitanika, a koji je uslovljen prekomernim sadržajem masti u organizmu. U kliničkoj praksi koristi se Indeks telesne mase (ITM) kao važan pokazatelj viška kilograma u detinjstvu i adolescenciji. Gojaznost je snažno povezana sa insulinskom rezistencijom, tipom 2 dijabetes melitusa (DM tip 2), i aterosklerotičnim KVO. Hipertenzija je dobro prepoznatljiv faktor rizika za KVO kod odraslih. Adolescenti sa esencijalnom hipertenzijom imaju veću prevalenciju hipertrofije levog srca. Epidemija prekomerne težine i gojaznosti u mladosti povećava prevalencu prehipertenzije i hipertenzije kod dece i adolescenata. Farmakološka terapija je rezervisana za bolesnike sa hipertenzijom koji ne reaguju na promene u ponašanju, imaju dodatne kardiovaskularne faktore rizika ili dijabetes, ili su razvili oštećenje „ciljnih“ organa. Niz studija pokazale su jasnu povezanost između poremećaja lipoproteina i pojave i ozbiljnosti ateroskleroze u dece, adolescenata i mladih odraslih osoba. Glavni uzrok je povećanje prevalencije gojaznosti, što je dovelo do povećanja populacije dece sa dislipidemijom. Plan ishrane: je prva faza promene u ishrani za decu sa dislipidemijama, prekomerom težinom, hipertenzijom, dijabetesom, za decu sa pozitivnom porodičnom anamnezom ranog KVO. Prekomerna telesna težina i gojaznost, kao i drugi faktori rizika za KVO kod dece i mladih, u velikoj meri se mogu sprečiti izborom zdrave hrane i redovne fizičke aktivnosti.

Na individualnom nivou može se:

- ograničiti unos energije ukupnih masti i šećera;
- povećati upotreba voća i povrća, kao i mahunarki, celih zrna i oraha; i

- uključiti se u redovnu fizičku aktivnost (60 minuta dnevno za decu).
- Prehrambena industrija može značajno da promoviše zdravu ishranu dece i mladih:
- smanjenjem sadržaja masti, šećera i soli u prerađenoj hrani;
 - osiguranjem da su zdravi i hranljivi izbori dostupni svim potrošačima;
 - ograničavanjem marketinga hrane sa velikom količinom šećera, soli i masti, naročito onih namirnica namenjenih deci i mladima; i
 - obezbeđivanjem dostupnosti zdravih izbora hrane i podržavanje redovne fizičke aktivnosti u mestima boravka dece i mladih (vrtić, škola).

Fizička neaktivnost je nezavisni faktor rizika za kardiovaskularne bolesti, kao i za visok krvni pritisak, visok nivo holesterola i gojaznost. Škole mogu da posluže kao resurs za programe zajednice za povećanje fizičke aktivnosti kod dece i adolescenata. Međutim, čak i malo povećanje dnevne aktivnosti može da pomogne mladim ljudima da održe optimalnu težinu. Decu i adolescente treba ohrabreni da hodaju ili voze bicikle, da stoje dok razgovaraju telefonom i da se penju stepenicama umesto liftom kada je to moguće. jačanje mišića, jačanje kostiju). Osim toga, većina mase kosti se dobija do kraja adolescencije.

Zdrava hrana može da bude preventivna, ali i terapijska mera. Korist od redovne fizičke aktivnosti uključuje poboljšanje kardiovaskularne kondicije, povećanje koštane mase, i manji rizik za gojaznost i povišen krvni pritisak.

LITERATURA:

Steinberger J, Daniels SR, Hagberg N, et al. Cardiovascular Health Promotion in Children: Challenges and Opportunities for 2020 and Beyond: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2016; 134:e236.

Liu K, Daviglus ML, Loria CM, et al. Healthy lifestyle through young adulthood and the presence of low cardiovascular disease risk profile in middle age: the Coronary Artery Risk Development in (Young) Adults (CARDIA) study. *Circulation* 2012; 125:996.

Ekelund U, Luan J, Sherar LB, et al. Moderate to vigorous physical activity and sedentary time and cardiometabolic risk factors in children and adolescents. *JAMA* 2012; 307:704.

World Health Organization. Obesity and overweight factsheet number 311. 2011. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html.

KONZERVATIVNA MEDICINA I DIJAGNOSTIKA

usmene prezentacije originalnih radova

15. ANALIZA KLINIČKIH PARAMETARA TIPA HIPERTENZIJE I EFEKTA ANTIHIPERTENZIVNE TERAPIJE PUTEM AMBULATORNOG MONITORINGA KRVNOG PRITISKA NA 150 BOLESNIKA

Anastasija Raščanin, Dušan Bastać, Zoran Joksimović, Mila Bastać, Ivana Arandelović,

INTERNISTIČKA ORDINACIJA DR BASTAĆ, ZAJEČAR

Uvod: Varijacije arterijskog krvnog pritiska u toku 24 časa određuju i adekvatno pozicioniranje doza antihipertenziva u osmišljenom lečenju hipertenzije. Procena varijacija u odnosu na dnevno-noćni ili cirkadijalni ritam se najbolje vrši putem ambulatornog 24-časovnog merenja krvnog pritiska (AMKP), automatskim portabilnim sistemom i vrednosti pritiska se koreliraju sa aktivnostima pacijenta, koji ih upisuje u dnevnik. Koristi od ove metode su višestruke u dijagnostici stepena hipertenzije, kod

hipertenzije belog mantila, teške hipotenzije, maskirane hipertenzije, noćne hipertenzije i odsustva normalnog noćnog pada pritiska (non-dipping I reverzni dipping). AMKP je i zlatni standard za procenu efekta terapije hipertenzije i fino titriranje veličine i pozicioniranja doza u odnosu na cirkadijalni ritam. CILJ RADA: Utvrditi regulisanost hipertenzije i zastupljenost tipa hipertenzije u odnosu na cirkadijalni patern, posebno nokturalnu hipertenziju i odsustvo noćnog pada pritiska pacijenata iz kliničkog spektra Privatne internističke ordinacije "Dr Bastać" i određivanje strukture neadekvatno regulisanih bolesnika pod antihipertenzivnom terapijom. MATERIJAL i METODE: Ispitivano je 150 konsektivnih bolesnika sa spektrom sledećih stanja: de novo hipertenzijom, sa sumnjom na hipertenziju (hipertenzija belog mantila), bez terapije (zbog nokturalne ili maskirane hipertenzije), prekidom terapije ili onih pod terapijom koji su imali neregulisan klinički pritisak (u ordinaciji) putem AMKP. Korišćeni su portabl aparati Microlife i Mobilograph. Izvršeno je rutinsko kliničko, EKG i biohemijsko ispitivanje i korelacija sa karakteristikama 24h AMKP-a. REZULTATI: Na osnovu AMKP bolesnici su podeljeni u dve osnovne grupe: Grupa A (N=99pts -66%) sa terapijski regulisanim ili normalnim krvnim pritiskom (klinički TA= 148±20/87±10 mmHg; 24 h AMKP 116±7,8/71±6,5 mmHg) i grupu B (N=51 pts-34%) sa povišenim vrednostima krvnog pritiska (klinički TA= 160±25/95±12 mmHg; 24 h AMKP 143±16/87±8,8 mmHg). Ove dve grupe su komparativno analizirane u odnosu na starosnu i polnu strukturu, indeks telesne mase, razlike u kliničkom, ambulatornom, dnevnom i noćnom pritisku. Nije bilo razlike između grupe A sa normalnim nalazom 24h AMKP i grupe B sa povišenim pritiskom u sledećim pokazateljima: starosti (A= 59,9 ±15,6 vs B= 59,4±13,6 p=0,83) i indeksu telesne mase (28,9± 4,9 vs. B=30,0± 5,5 ; p=0,19), dok su u grupi B dominirali muškarci sa 61% vs A=51%. Nokturalnu hipertenziju je imalo 59/150 (39%) a od njih je 9 (15%) bolesnika bilo bez terapije (izolovana nokturalna hipertenzija) i oni su stat značajno mlađi od grupe lečenih (50±14 vs 63± 13, p=0.008). Bolesnici pod terapijom imaju statistički značajno viši srednji sistolni noćni pritisak 142±22/86±10 mmHg, nego bez terapije 126±5/83±8 (p<0,03) dok se dijastolni ne razlikuju značajno (p=34, NS). Podelom 59 bolesnika sa nokturalnom hipertenzijom dobijene su frakcije: 34/59 (58%) su non-dipper i čak 19/59 (32%) su reverzni dipperi, dok normalan pad noćnog pritiska ima samo 6 bolesnika (10%) iako imaju noćnu hipertenziju. U grupi bez nokturalne hipertenzije (N=91), normalan fiziološki noćni pad (dipper) u odnosu na dnevni je imalo 34/91 (37,4%), non-dipper je bilo 52/91 (57,1%), ekstremnih dipera 2 (2,2%) i reverznih dipera 3 (3,3%). Od 150 ispitivanih pacijenta 98 pacijenta (65%) ima normalan pritisak, a od 98 pacijenta sa normalnim pritiskom 75/98 (76%) imaju normalan pritisak pod terapijom. 23/98 (24%) imaju normalan pritisak bez terapije a od njih čak 19/98pts (19%) je imalo povišen klinički pritisak i spadaju u grupu pacijenta sa hipertenzijom belog mantila (19/24-83%) ZAKLJUČAK: Ambulatorno 24-časovno merenje arterijskog krvnog pritiska-AMKP je nedovoljno korišćena metoda za evaluaciju hipertenzivnih bolesnika iako ima izuzetan dijagnostički i prognostički potencijal i moćna je metoda za procenu efikasnosti antihipertenzivne terapije. Bez AMKP metode može se prevideti nokturalna hipertenzija (po našim rezultatima 39%), odsustvo fiziološkog pada noćnog pritiska-non-dipper (po našim rezultatima 57%) i reverzni dipping status (3,3% u svih i 19% u nokturalnoj hipertenziji). Postavljanjem dijagnoze hipertenzije samo na osnovu merenja kliničkog pritiska (u ordinaciji), javlja se rizik da lečimo pacijente sa normalnim krvnim pritiskom. Zato je AMKP zlatni standard u postavljanju dijagnoze hipertenzije a pre svega hipertenzije "belog mantila" s obzirom da je čak 19% pacijenta nakon AMKP bilo sa normalnim krvnim pritiskom.

Ključne reči: Ambulatorno merenje krvnog pritiska, Arterijska hipertenzija, Nokturalna hipertenzija, Dipping, Hipertenzija "Belog mantila"

16. AMBULATORNI MONITORING ARTERIJSKOG KRVNOG PRITISKA I EHOKARDIOGRAFSKI PARAMETRI- DA LI JE REVERZNI DIPPING PREDIKTOR SRČANE INSUFICIJENCIJE ?

Dušan Bastać, Zoran Joksimović, Anastasija Raščanin, Mila Bastać, Ivana Arandjelović,

INTERNISTIČKA ORDINACIJA DR BASTAĆ, ZAJEČAR

UVOD: Procena varijacija u odnosu na dnevno-noćni ili cirkadijalni ritam se najbolje vrši putem ambulatornog 24- časovnog merenja krvnog pritiska (AMKP) automatskim portabilnim sistemom i vrednosti pritiska se koreliraju sa aktivnostima pacijenta, koji ih upisuje u dnevnik. AMKP je jedina metoda koja nam daje dijagnozu Nokturnalne (noćne) hipertenzije i odsustva normalnog noćnog pada pritiska za $>10\%$ (non-dipping). Reverzni dipping- fenomen da noćni sistolni ili dijastolni pritisak jeste viši za 10 % od dnevnog pritiska na AMKP. **CILJ RADA:** Utvrditi efekat nokturnalne hipertenzije i reverznog dippinga na ehokardiografske parametre- sistolnu i dijastolnu funkciju leve komore kod bolesnika iz kliničkog spektra Privatne internističke ordinacije. **MATERIJAL i METODE:** Ispitivano je 150 konsekutivnih bolesnika sa spektrom sledećih stanja: de novo hipertenzijom, sa sumnjom na hipertenziju (hipertenzija belog matila), bez terapije, prekidom terapije ili onih pod terapijom koji su imali neregulisan klinički pritisak (u ordinaciji) putem AMKP. Korišćeni su portabl aparati Microlife i Mobilograph. Uz rutinsko kliničko i biohemijsko ispitivanje, urađeni su kompletni ehokardiografski pregledi. **REZULTATI:** Na osnovu AMKP ispitivanih 150 konsekutivnih bolesnika je podeljeno u dve grupe: GRUPA A (N=99pts - 66%) sa terapijski regulisanim ili normalnim krvnim pritiskom (klinički TA= $148 \pm 20 / 87 \pm 10$ mmHg, 24 h AMKP $116 \pm 7,8 / 71 \pm 6,5$ mmHg) i grupu B (N=51 pts-34%) sa povišenim vrednostim krvnog pritiska (klinički TA= $160 \pm 25 / 95 \pm 12$ mmHg, 24 h AMKP $143 \pm 16 / 87 \pm 8,8$ mmHg). Iz A i B grupe izdvojena je podgrupa Nokturnalne hipertenzije (NOK) od 59/150 (39%) i podeljena na frakcije prema dipping statusu. Od 59 bolesnika sa nokturnalnom hipertenzijom 34/59 ili 58% su non-dipper (frakcija ND) a čak 19/59 (32%) su reverzni dipperi (frakcija RD), dok normalan pad noćnog pritiska-dipper (DP) ima 6 bolesnika (10%) iako imaju noćnu hipertenziju. Ove tri frakcije u nokturnalnoj hipertenziji su komparativno analizirane u odnosu na starosnu i polnu strukturu, indeks telesne mase i ehokardiografske parametre. Nije bilo statistički značajne razlike između frakcija ND, RD i DP u pogledu kliničkih faktora: BMI, obima struka, glikemije, kreatinina LDL holesterola. Nadjena je statistički značajna razlika u starosti između DP i RD ($51 \pm 5,6$ vs 67 ± 13 , $p < 0,008$), dok je od biohemijskih faktora uricemia bila statistički visoko značajno viša u grupi diper vs non diper (329 ± 53 vs 340 ± 97 , $p < 0,01$) a procenjena GFR je bila statistički niža u grupi reverznih dipera ($p = 0,024$). Ehokardiografskim pregledom je utvrđena značajno teža dijastolna disfunkcija leve komore kod reverznih dippera u odnosu na dipperu putem reprezentativnog parametra E/e' (odnos brzine ranog dijastolnog punjenja leve komore E / tkvni dopler brzine mitralnog anulusa e') koji je bio $12,2 \pm 3,8$ vs $8,9 \pm 1,1$; $p = 0,048$. Reverzni dipperi imaju više dilatiranu levu pretkomoru u odnosu na nondipere ($46 \pm 4,9$ vs $42 \pm 3,1$, $p = 0,020$). Desna komora je statistički veće dimenzije kod reverznih vs diper ($p = 0,025$). Masa leve komore, indeks mase miokarda i ejekciona frakcija leve komore nisu se značajno razlikovale između frakcija. Analizom grupe bez nokturnalne hipertenzije 91/150 utvrđena je zastupljenost sa dipper statusa u 34pts/91 (37,4%) ali uz dominaciju non-dipera 52pts/91 (57,1%) te uz minimalna broj 2,2% ekstremnih dipera i 3,3% reverznih dipera. Starost ($p = 0,023$) i Indeks mase miokarda leve komore (LVMI) $p = 0,0007$ su statistički značajno viši u grupi reverznih dipera i mogući prediktori srčane insuficijencije sa očuvanom ejekcionom frakcijom. **ZAKLJUČAK:** Reverzni dipping status kod bolesnika hipertenzijom, i posebno sa nokturnalnom hipertenzijom, koji je izražen kod starijih hipertoničara ima značajan efekat na pogoršanje stepena dijastolne disfunkcije pri istom stepenu težine srednjeg i dnevnog pritiska na AMKP. Zato ga treba rano otkriti i eliminisati lečenjem jer on može biti prediktor razvoja srčane insuficijencije sa očuvanom ejekcionom frakcijom.

Gljučne reči: Ambulatorno merenja krvnog pritiska, Arterijska hipertenzija, Dijastolna funkcija leve komore, Nokturnalna hipertenzija, Reverzni Dipping,

17. ODREĐIVANJE ANTITELA NA TIREOCITNU PEROKSIDAZU- METODOLOŠKI ASPEKTI I PRIPREMA ZA KLINIČKU PRIMENU

Nebojša Paunković, Džejn Paunković,

POLIKLINIKA "PAUNKOVIĆ", ZAJEČAR, POLIKLINIKA "PAUNKOVIĆ" ZAJEČAR,

Uvod: Antitela na tireocitnu peroksidazu (TPOAb), javljaju se u povišenom titru kod obolelih od autoimunih tireoidnih oboljenja. **Cilj:** Cilj ovog rada je da prikazemo naša iskustva u pimeni nekoliko metoda za određivanje TPOAb, a kod dve od ovih prikazemo i vrednosti u praćenju obolelih. **Materijal i metodi rada:** Koristili smo metode za određivanje TPOAb firme BRAHMS, sada Thermo, firme Roche, Cobas, firme Beckman Coulter, i firme Monobind, USA. **Rezultati:** Od preko 500 obolelih od hipotireoze kod 40 otpočeta je „follow up“ studija koja je završena kod 30 ispitanika. **Zaključak:** Naši preliminarni zaključci bili bi: metode sa kojima imamo najviše iskustava daju relativno pouzdane podatke za TPOAb. Međutim, sam parametar, odnosno vrednost antitela na tireoidnu peroksidazu, nije dovoljno stabilan da bi se reklo da neki lekovi i lekovita sredstva pouzdano utiču na njega. **Ključne reči:** antitela na tireoidnu peroksidazu, metode, imunološka oboljenja štitaste žlezde

18. DA LI NIVO VITAMINA D UTIČE NA TOK MULTIPLE SKLEROZE?

Miljana Mladenović-Petrović

MEDICINSKI FAKULTET NIŠ

Uvod: Multipla skleroza (MS) je autoimuno oboljenje koje prvenstveno oštećuje belu masu centralnog nervnog sistema. U patogenezi multiple skleroze su inflamacija i fokalne lezije. MS zahvata aksone na kojima pojedini delovi mijelinskog omotača zapaljenski reaguju i propadaju. Stoga se MS smatra zapaljenskom, demijelinizirajućom bolešću izazvanom imunološkim promenama nepoznate etiologije. Bolest je promenljivog toka i ispoljava se neurološkim simptomima i znacima sa čestim pogoršanjima različitog stepena, koja se smenjuju sa naglim poboljšanjim kliničke slike (remisija bolesti). MS se manifestuje slikom blage ukočenosti i otežanog hodanja, do potpune oduzetosti, slepila... Vitamin D spada u liposolubilne vitamine. Postoje dve forme vitamina D, D₂ i D₃. Vitamin D₂ (ergokalciferol) sintetišu organizmi kao odgovor na izloženost UV zracima kao što su gljive. Obogaćena hrana (mleko) sadrže D₂ formu vitamina D. Vitamin D₃ (holekalciferol) je biološki aktivna forma vitamina D. Pri izlaganju sunčevoj svetlosti, epidermalna zaliha provitamina D₃ se fotolizuje u previtamin D₃ koji se izomerizuje u vitamin D₃. On se proizvodi u koži pri talasnim dužinama ultraljubičaste svetlosti od 270 i 300 nm. Vitamin D iz hrane se razlaže u želucu. Micele prenose vitamin D do crevnih resica gde se on apsorbuje. Tako se iskoristi 50 % vitamina D unešenog hranom. On se dalje prenosi krvotokom specifičnim proteinima do jetre. Nakon hidroksilacija u jetri i bubrezima, kalcitriol (fiziološki aktivan oblik vitamina D) se otpušta u krvotok i specifičnim proteinima prenosi do tkiva. Sledeći deo metabolizma vitamina D se odigrava u bubrezima gde se kalcifediol (25(OH)D₃) pretvara hidroksilacijama u 1,25(OH)₂D₃ ili 24,25(OH)₂D₃. Regulacija se sprovodi mehanizmom povratne sprege: kada su količine kalcitriola male, sinteza kalcitriola, tj. aktivnost bubrežne 1- hidroksilaze je na maksimumu, dok je sinteza 24,25(OH)₂D₃ zanemariva. **Cilj:** Utvrditi da li kod novoobolelih pacijenata od multiple skleroze postoji povezanost novoa vitamina D u serumu i složenosti kliničke slike. **Materijal i metodi rada:** Podaci o pacijentima, njihove istorije bolesti, otpusne liste i uzorci krvi prikupljeni su na Klinici za neurologiju KC Niš. U pitanju su novooboleli od MS i bilo je ukupno 80 ispitanika. Složenost kliničke slike je merena preko *Kurtzke Expanded disability status scale* (EDSS skora). Koncentracija vitamin D je merena na tačnom hromatografu sa visokim pritiskom (HPLC). Ovom metodom se odvajaju komponente na osnovu njihovih molekularnih masa te se nepogrešivo identifikuje npr. vitamin D₃ ili D₂. Vrednosti vitamina D₃ su izražene u ng/ml.

Rezultati: Oboleli su na osnovu složenosti kliničke slike raspoređeni u 3 grupe: I-EDSS ≤ 3, II-EDSS > 3 ≤ 5 i III- EDSS > 5. U I grupi je bilo 37 obolelih, u II-29, a u trećoj 14. Nivo vitamina D₃ u serumu je podeljen po

intervalima od po 28 ng/ml u 8 grupa (I-14-42ng/ml, II-43-71ng/ml, III-72-100ng/ml, IV-101-129ng/ml, V-130-158ng/ml, VI-159-187ng/ml, VII-188-216ng/ml, VIII-217-245 ng/ml). Zaključak: U poređenju sa nivoom vitamina D3 u serumu obolelih od MSi složenosti kliničke slike, uočava se obrnuta proporcionalnost. Kod pacijenata sa visokim EDSS skorom je izmerena niža koncentracija vitamina D. Nedostatak vitamina D je globalni zdravstveni problem u Evropi. Normalne vrednosti koncentracije vitamina D za uzrast od 1 do 70 godina je 600 IU dnevno.

Ključne reči: multipla skleroza, vitamin D

19. UČESTALOST ANEMIJA KOD RADNICA DOMA ZDRAVLJA GRADIŠKA

Vesna Čelić Gluvić; Sonja Đurić; Čedomir Oljača; Enis Gerzić.

DOM ZDRAVLJA GRADIŠKA.

Cilj: Cilj rad je bio da se utvrdi učestalost anemije kod radno sposobnih žena zaposlenih u J.Z.U. „Dom zdravlja“ Gradiška, kao i da se porede razlike kod žena različite starosne dobi. Materijal i metode: Istraživanje je provedeno u formi studije presjeka tokom aprila i maja 2014. godine. Studija je obuhvatila 151. ženu starosne dobi od 21 do 63 godine, koje su u sklopu redovnog sistematskog pregleda obavile analizu kompletne krvne slike (KKS). Za dijagnozu anemije korišten je kriterijum WHO za žene (vrijednost hemoglobina ispod 120 g/L krvi). Uzorak krvi je uzet antekubitalnom venepunkcijom, a KKS je određena pomoću Sysmex XN-1000 automatskog hematološkog brojača. Ispitanici su podijeljeni u 3 starosne grupe: prva grupa od 21 – 35 godina, druga od 36 – 50 godina i treća 51 – 65 godina. Dobijeni podaci su grupisani i izraženi brojačno, tabelarno i grafički. Za statističku obradu podataka korišten je softverski paket SPSS 20. Rezultati: Anemija je utvrđena kod 19 ispitanika (12,58%). Kod najvećeg broja anemičnih žena (78,96%) konstatovan je blaži oblik anemije sa vrijednostima hemoglobina između 101 – 120 g/L. Srednje teški oblik anemije (koncentracija Hb od 100 – 81 g/L) konstatovan je kod 15,78% a teški oblik anemije (koncentracija hemoglobina ispod 81 g/L) kod 5,26% ispitanika. Podjednako su bile zastupljene mikrocitna i normocitna anemija (47,37%) dok je makrocitna anemija zabilježena kod 5,26% ispitanika. Prema vrijednosti MCH najzastupljenija je bila hipohromna anemija (68,42%), zatim normohromna (26,32%) a hiperhromna anemija je zabilježena kod 5,26% ispitanika. Prosječna starost žena bez anemije iznosila je $47,09 \pm 9,41$ a žena sa anemijom $41,32 \pm 7,75$ godine. Rezultat sprovedenog t – testa pokazuju da postoji statistički značajna razlika u starosti između žena bez i sa anemijom ($t_{exp} = 2,512$, $p < 0,05$). Najmanja prosječna srednja vrijednost hemoglobina i hematokrita zabilježena je u starosnoj grupi 36-50 godina. Sprovedeni t test pokazuje da je razlika između starosnih grupa u koncentraciji hemoglobina statistički značajna ($p < 0,05$), dok razlika u vrijednosti hematokrita nije bila statistički značajna. Zaključak: Učestalost anemije među radno sposobnim ženama, zaposlenim u J.Z.U. „Dom zdravlja“ Gradiška iznosi 12,58%. Podjednako su bile zastupljene mikrocitna i normocitna anemija.

20. USPEŠNA PRIMENA FIBRINOLITIČKE TERAPIJE NAKON PREHOSPITALNOG I HOSPITALNOG SRČANOG ZASTOJA U AKUTNOM INFARKTU MIOKARDA - PRIKAZ DVA SLUČAJA

Nikolić M, Mitov V, Jolić A, Adamović D, Dimitrijević M, Nikolić M.

ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE; INTERNO ODELJENJE ZDRAVSTVENOG CENTRA ZAJEČAR

Uvod: Primena fibrinolitičke terapije u akutnom infarktu miokarda sa ST segment elevacijom (STEMI) dovodi do značajnog smanjenja morbiditeta i mortaliteta što posebno važi za klinički scenario kada je akutni infarkt miokarda praćen hemodinamskom nestabilnošću ili malignim poremećajima srčanog ritma.

Cilj rada: Prikazati značaj što ranije primene farmakološke reperfuzione strategije u akutnom infarktu miokarda sa STEMI nakon uspešno sprovedene kardiopulmonalne reanimacije (CPR) u poboljšanju prognoze bolesnika kada primarna perkutana koronarna intervencija (pPCI) nije izvodljiva u odgovarajućem vremenskom okviru. **Materijal i metode:** U radu je prikazano dvoje bolesnika starosti 65 i 45 godina u trenutku indeksnog koronarnog događaja lečenih na Internom odeljenju ZC Zaječar pod slikom STEMI anteriorne lokalizacije primenom fibrinolitičke terapije nakon uspešne CPR u prehospitalnim odnosno hospitalnim uslovima. **Rezultati:** Prikaz 1: Pacijentkinja starosti 65 godina od lokalne SHMP shvaćena kao STEMI anteriorne lokalizacije pri čemu prehospitalno dolazi dolazi do srčanog zastoja po tipu asistolije a potom i ventrikularne fibrilacije te nakon uspešno primenjenih mera napredne životne potpore hemodinamski stabilna primljena na Interno odeljenje ZC Zaječar 3.5 sata nakon početka bola u grudima. U datom trenutku pPCI nije bila tehnički izvodljivu ZC Zaječar. Na primenjenu terapiju streptokinazom dolazi do uspešne reperfuzije. U daljem hospitalnom toku urađena koronarografija kojom se verifikuje postojanje kompleksne bifurkacione lezije LAD-Dg1 te indikovano upućivanje na kardiohirurški konzilijum. Na otpustu bez tegoba, uvedena oralna antikoagulantna terapija obzirom na ehokardiografski verifikovano postojanje muralnog tromba u vrhu leve komore. Prikaz 2: Pacijent starosti 45 godina sa STEMI anteriorne lokalizacije doveden hemodinamski stabilan na Interno odeljenje ZC Zaječar od strane SHMP jedan sat nakon početka kontinuiranog bola u grudima te u hospitalnim uslovima a pre smeštanja u Koronarnu jedinicu dolazi do razvoja VF te nakon primene asinhronog DC šoka razvija se slika asistolije nakon čega sprovedene mere napredne životne potpore, pacijent ritmički i hemodinamski stabilizovan te ordinirana terapija alteplazom na šta dolazi do uspešne reperfuzije. U daljem hospitalnom toku bez komplikacija, napušta bolničko lečenje šestog hospitalnog dana na lični zahtev. **Zaključak:** U kliničkoj situaciji kada nije moguće pravovremeno izvesti primarnu PCI u akutnom infarktu miokarda komplikovanom srčanim zastojem što ranija i neodložna primena farmakološke reperfuzione strategije poboljšava kratkoročnu prognozu navedene grupe bolesnika. **Cljučne reči:** infarkt miokarda sa ST elevacijom, STEMI, primarna perkutana koronarna intervencija, pPCI, CPR, VF, asistolija

21. PRIMARNA BILIJARNA CIROZA KOD PACIJENTA KOJI BOLUJE OD ARTRITISA – PRIKAZ SLUČAJA

Ivana Janković

DOM ZDRAVLJA KIKINDA

Uvod: Primarna bilijarna ciroza jetre predstavlja redak entitet koji, ukoliko se ne dijagnostikuje na vreme i ne uspori tok bolesti vodi lošoj prognozi sa niskom stopom preživljavanja.

Cilj: Prikazati slučaj primarne bilijarne ciroze jetre kod žene koja boluje od artritisa i ukazati na značaj rane dijagnoze autoimunih bolesti. **Materijal i metod rada:** Podaci su iskorišćeni iz zdravstvene dokumentacije pacijentkinje, zdravstvenog kartona, susreta sa pacijentom u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti, otpusne liste kao i specijalističkih izveštaja. **Prikaz slučaja:** Pacijentkinja MŽ, 51 godina, u avgustu 2017. godine javlja se na pregled svom izabranom lekaru zbog umora, malaksalosti, bolova u sitnim zglobovima šaka i svraba po koži. Objektivnim pregledom uočavaju se deformiteti u sitnim zglobovima šaka, kao i teleangiiektazije na koži lica. Detaljnim pregledom po sistemima jetra se palpira na DRL. Pacijentkinja se leči simptomatski od degenerativnog artritisa od 2015. godine. Urađena je analiza krvi: SE 130mm/h, Er $3,6 \times 10^{12}/l$, Hgb 106g/l, AST 175U/l, ALT 123U/l, ALP1413U/l, GGT 735U/l, fibrinogen 5,1 g/l, holesterol 7,8. Zbog sumnje na primarnu bilijarnu cirozu pacijentkinja je upućena gastroenterologu. Kako je nalaz antimitohondrijalnih antitela bio pozitivan, pacijentkinja je hospitalizovana zbog dopunske dijagnostike. Urađen je CT abdomena: hepatomegalija i početne cirotične promene. Definitivna dijagnoza je postavljena nakon biopsije jetre i histopatološke analize. Na primenjenu terapiju hepatoprotektivima, ursodeoksiholnom kiselinom, kortikosteroidnu i ostalu suportivnu terapiju, došlo je do poboljšanja opšteg stanja bolesnice. Takođe je došlo do promena u laboratorijskim nalazima: SE 92mm/h, Er $4,1 \times 10^{12}/l$, Hgb 119g/l, AST 54U/l, ALT 110U/l GGT 390U/l, ALP 566U/l, fibrinogen 3,6 g/l. Pacijentkinja je na daljem

ambulantnom lečenju uz nastavak bolničke terapije i uz odgovarajući higijensko dijetetski režim života. Pacijentkinja se dobro oseća, zatvorila je bolovanje i počela da radi. Zaključak: Primarna bilijarna ciroza jetre spada u grupu autoimunih bolesti jetre. Važnu ulogu u postavljanju dijagnoze ima izabrani lekar u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji najbolje poznaje svog pacijenta. Ukoliko se dijagnoza ne postavi na vreme može doći do progresije bolesti i jedino lečenje podrazumeva transplantaciju jetre. Definitivna dijagnoza se postavlja biopsijom i blagovremeno se primenjuje terapija koja može usporiti tok bolesti, omogućiti normalan kvalitet života kod ovih pacijenata i produženje životnog veka.

Ključne reči: primarna bilijarna ciroza, nespecifični simptomi, primarna zdravstvena zaštita.

KONZERVATIVNA MEDICINA I DIJAGNOSTIKA – poster

22. POVREDA MIŠIĆA ROTATORNE MANŽETNE TRETIRANA AUTOLOGNIM TROMBINOM AKTIVIRANOM TROMBOCITIMA BOGATOM PLAZMOM- SERIJA SLUČAJEVA

Lukić I. (1), Stanimirov B. (2), Repac M. (3), Lukić I. (4)

(1) ORDINACIJA MEDICINE SPORTA "SPORTREHAMEDICA" ZRENJANIN, (2) DOM ZDRAVLJA NOVI SAD, (3) PMF NOVI SAD, (4) MEDICINSKI FAKULTET NOVI SAD, STUDENT

Uvod: Devet pacijenata obratilo se lekaru usled bolnosti i ograničenja pokreta u zglobu ramena. Ultrazvučnom dijagnostikom otkrivene su parcijalne rupture mišića rotatorne manžetne, kao i udružene povrede/stanja. **Prezentacija slučajeva:** Tokom 2017. godine, šest muškaraca i tri žene starosti od 25 do 62 godine, žalilo se na tegobe u vidu bola, nelagodnosti i ograničenja pokreta u zglobu ramena. Kod njih troje ove tegobe su bile ograničene na desno rame, kod troje na levo, dok su kod troje preostalih tegobe zahvatile oba ramena zgloba. Ultrazvučnom dijagnostikom zgloba ramena vizualizovane su parcijalne rupture mišića rotatorne manžetne. Lezija je kod njih sedmero bila lokalizovana u predelu mišića supraspinatusa, pri čemu je kod dvoje od njih ova lezija bila udružena sa lezijom mišića infraspinatusa, a kod jednog pacijenta sa lezijom mišića teres minora. Jedan pacijent imao je izolovanu leziju mišića infraspinatusa, a jedan je pored lezije ovog mišića imao povredu i subskapularnog mišića. Od društvenih povreda/stanja zabeleženi su: entenzitis duge glave bicepsa, rupture ove tetive, rupture romboidnog i deltoidnog mišića, kao i jedan slučaj udružen sa cervikobrachialgiom. **Materijal i metodi rada:** Svi pacijenti su tretirani injekcijama autolognim trombinom aktiviranom trombocitima bogatom plazmom (aPRP) pod kontrolom ultrazvuka. Nakon intervencije, pacijentima je savetovan poštediti režim tretirane ruke (ruku) tokom sedam dana. Nakon nedelju dana, ultrazvučnom kontrolom su uočena formirana vlakna u predelu tretirane lezije, a pacijenti su počinjali sa vežbama/uvedom u trening. Kod jedne pacijentkinje je nakon dve nedelje od početka vežbanja uočena parcijalna ruptura mišića rotatorne manžetne, ali različite lokalizacije od prethodno tretirane povrede. Ova pacijentkinja je tretirana laseroterapijom, magnetoterapijom i pomoću hivamat aparata (10 tretmana), nakon čega je nastavila sa vežbama. **Zaključak:** Povrede i zarastanje mišića rotatorne manžetne su kompleksan proces koji nije u potpunosti razjašnjen. Na životinjskim modelima, dokazano je kako je rani tretman ovih povreda udružen kako sa boljom mišićnom funkcijom, tako i sa većim elasticitetom povređenih tetiva, što je značajno za povratak funkcije, kao i za smanjenje mogućnosti od ponavljanih lezija jednom povređene strukture. Brojnim studijama dokazan je pozitivan uticaj korišćenja trombocitima bogate plazme na povrede mišića i tetiva i kod ljudi.

Ključne reči: mišići rotatorne manžetne; trombinom aktivirana trombocitima bogata plazma

23. HIPOGLIKEMIJA PROUZROKOVANA PRETERANOM KONZUMACIJOM ALKOHOLA

Momir Kitanović

DOM ZDRAVLJA VLASOTINCE

Uvod: Hipoglikemija je pad šećera u krvi usled slabog funkcionisanja jetre, dužeg neunošenja hrane, kao i prevelikog fizičkog i psihičkog zamora ili snažne anksioznosti. Hipoglikemija predstavlja jednu od najozbiljnijih akutnih komplikacija dijabetesa, a manifestuje se kada koncentracija glukoze u krvi padne ispod 2,8 mmol/l. **Simptomatologija:** Pojačano znojenje, umor, vrtoglavica, bledilo, osećaj gladi, ubrzani rad srca, zamagljen vid, zbunjenost, grčevi, gubitak svesti, u ekstremnim slučajevima koma. **Uzroci hipoglikemije:** Preterana doza insulina, preskakanje obroka, povećana fizička aktivnost, kod oštećenja bubrega, tokom dijete, u trudnoći, kod preteranog unosa alkohola, posebno na prazan stomak. **Cilj:** Da ukažemo na značaj blagovremenog poznavanja hipoglikemije i adekvatnog terapijskog postupka. **Materijal i metodi rada:** Podaci uzeti iz terenskog rotokola SHMP Vlasotince od 07.03.2018. pod rednim brojem 610. Prikaz S.D. starog 42 godine bolesnika obolelog od insulin zavisnog dijabetesa sa hipoglikemijom i epileptičnim napadom. **Rezultati:** 07.03.2018. u 09.15. ekipa hitne pomoći prima poziv da osoba leži ispred restorana i grči se. Ekipa kreće u prvom minutu i stiže u roku od 3 minuta na pomenuto mesto. Heteroanamnestički saznajemo da je pacijentu pozlilo u restoranu da je izašao ispred i srušio se, takođe konzumirao je i više žestokih alkoholnih pića bez unosa hrane. Inicijalnim pregledom nalazimo da je pacijent u komi, orošen hladnim znojem, akcija srca tahikardična oko 100/min, disanje plitko i usporeno, pritisak 105/65 mmHg. Pacijent se jako oseća na alkohol. U toku pregleda pacijent dobija epi napad u vidu generalizovanih tonično - kloničnih grčeva. Pacijentu je na licu mesta otvoren venski put i izmerana glikemija. Dobijena vrednost je 1,3 mmol/l. Odmah aplikujemo 40 ml 50 % glukoze nakon koje epileptični napad prestaje i nastavljamo sa 5% glukozom u brznoj infuziji dok ga transportujemo u ambulantu hitne pomoći. Nakon pet minuta glikemija je 8 mmol/l, a nakon deset minuta 12,5 mmol/l, i pacijent se budi iz kome. Iz kartona pacijenta saznajemo da boluje od insulin zavisnog dijabetesa. Mozak je veoma osetljiv na nedostatak glukoze u krvi. Što je brzina pada glikemije veća i što je niža njena vrednost to je neuroendokrini odgovor izraženiji. Pri vrednostima glikemije ispod 1,6 mmol/l javljaju se konvulzije i koma. Alkohol inhibiše glikoneogenezu. I može dovesti do hipoglikemije kod smanjene rezerve glikogena u jetri. Alkoholom uzrokovna hipoglikemija nastaje nakon umeren ili obilne konzumacije alkohola kad osoba nije uzimala hranu. U ovim stanjima može se pomisliti na alkoholni stupor. Pri naglo nastalim hipoglikemijama u 10%-20% slučajeva javljaju se epi napadi. **Zaključak:** U konkretnom slučaju blagovremeno prepoznavanje simptoma hipoglikemije, potvrđivanja dijagnoze i adekvatan terapijski pristup doveo je do brzog izlečenja i oporavka pacijenta.

Cljučne reči: Hipoglikemija, alkohol, epi napad, konzumacija

24. ZNAČAJ PRECIZNOG KLASIFIKOVANJA DIJAGNOZE GOJAZNOSTI

Dimovski D. (1), Komlenić A. (2), Okiljević Z. (2)

(1) UNIVERZITET U NOVOM SADU, VISOKA ŠKOLA STRUKOVNIH STUDIJA ZA OBRAZOVANJE VASPITAČA, (2) ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU RADNIKA "ŽELEZNICE SRBIJE" NOVI SAD

Uvod: Zdravstveno stanje populacije u svetu znatno se promenilo u poslednjih pola veka. Iz perioda kada su vladale zarazne bolesti koje su bile dominantni uzrokomorbiditeta i mortaliteta sada smo u epohi u kojoj vladaju masovne nezarazne bolesti koje su najznačajniji socijalno-medicinski i ekonomski problem. Brojna epidemiološka istraživanja su pokazala da neka od ovih oboljenja (kardiovaskularne, maligne, muskuloskeletne, nezarazne, respiratorne bolesti, poremećaji metabolizma) nastaju kao posledica delovanja istih rizičnih faktora kao što su nedovoljna fizička aktivnost, nepravilna ishrana, gojaznost, hipertenzija, pušenje, dislipidemija. Njihova karakteristika je rani početak, dug i progredijentan tok, oštećenje organa, što dovodi do smanjivanja opšte i radne sposobnosti. SZO procenjuje da 1,6 milijardi

Ljudi u svetu ima prekomernu težinu ili je gojazno i da je zbog gojaznosti i bolesti koje ona izaziva 2013. godine u svetu umrlo 2,6 miliona ljudi. U porastu je broj registrovanih gojaznih osoba u Evropi, gde je u poslednjih deset godina porastao njihov broj 10-40%. Postoje studije koje ukazuju na to da su osobe sa hroničnim bolestima podložnije psihijatrijskim oboljenjima, pre svega depresiji, ali i anksioznosti i bolestima zavisnosti. Takvo psihičko stanje otežavajući je faktor u oporavku takvih pacijenata, te iz tog razloga od suštinske je važnosti prevenirati, pravovremeno postaviti dijagnozu ili terapiju ukoliko dođe do takvog stanja. **Cilj:** Ustanoviti učestalost postavljanja dijagnoze gojaznosti kod izvršnih radnika na železnici radi preduzimanje mera za smanjenje broja obolelih i izgradnju strategije za prevenciju komplikacija iste. **Materijal i metodi rada:** Istraživanje je izvedeno kao retrospektivna-epidemiološka studija. Sprovedena je analiza podataka dobijenih ocenom radne sposobnosti kod izvršnih radnika na železnici za period od 2014. do 2016. godine u Novom Sadu. Dobijeni podaci su statistički obrađeni primenom softverskog programa MedCalc. **Rezultati:** Ukupno je pregledano 4247 izvršnih radnika na železnici. Od ukupnog broja pregledanih dijagnoza gojaznosti postavljena je kod 4,3%. U istom procentu je zastupljena učestalost poremećaja metabolizma, dok su se oboljenja analizatora za sluh, vid i hipertenzija susretale češće (10,4%, 7,9%, 9,6%). Na osnovu navedenih dijagnoza gojaznosti prisutnim u lekarskoj evidenciji nije se mogla analizirati zastupljenost opšte gojaznosti E66, gojaznosti uzrokovanih viškom kalorija E66.0, druge gojaznosti E66.8 i neoznačene gojaznost E66.9, što je neophodno za identifikovanje faktora rizika i izgradnju adekvatne strategije u cilju prevencije gojaznosti. **Zaključak:** Na osnovu dobijenih rezultata nameće se kao potreba jasno preciziranje dijagnoze gojaznosti u skladu sa MKB10. Samo na taj način dobijeni rezultati mogu se kao pouzdani, što je neophodno, adekvatno upotrebljavati za identifikovanje faktora rizika pa samim tim osmišljavanje strategije u cilju prevencije i kontrole masovnih nezaraznih bolesti.

Ključne reči: gojaznost, izvršni radnici železnice.

25. DEPRESIJA-ULOGA IZABRANOG LEKARA U DIJAGNOSTICI I LEČENJU

Biljana B.Vukašinović, Divna D.Simović -Šijaković, Dragoslav D. Šekularac,

DOM ZDRAVLJA GORNJI MILANOVAC

Uvod: Prema statističkim podacima SZO, depresija je četvrti uzrok "godina života izmenjenih zbog invalidnosti", a predpostavlja se da će 2020. godine biti na drugom mestu. Visoka prevalentnost, teške posledice, rekurentnost, narušenost kvaliteta života, česti suicidi i udruženost sa drugim mentalnim poremećajima ukazuju na značaj rane detekcije i dijagnostike ovog poremećaja. **Cilj:** Značaj izabranog lekara kao osobe u koju pacijent ima najviše poverenja i koja najčešće viđa pacijenta je nemerljiva. Lekar treba da reaguje na prvi nagoveštaj "da nešto nije u redu", bilo da to pacijent lično artikulise ili da je to primetno kroz niz znakova i promena u ponašanju. **Materijal i metodi rada:** U periodu od septembra 2016. godine do decembra 2017. godine obavljeni su skrining testovi za depresiju u ordinaciji izabranog lekara i obuhvaćeno je 290 pacijenata životne dobi od 25 do 69 godina. Od ovog broja bilo je 150 pacijenata koji su skorovanjem ispunjavali uslove za depresivni poremećaj (pitanja su postavljana prema Nacionalnom vodiču dobre kliničke prakse iz 2012. godine). Svim ovim pacijentima je sugerisano da obave pregled kod psihijatra, izdati su uputi u tom cilju, a njih 123 je pregled i obavilo. Od ovog broja pacijenata antidepresive je dobilo 103 pacijenta, a ostali samo sedative. 22 pacijenta je dobilo lekove i za poremećene kognitivne sposobnosti, a 4 pacijenta i za Parkinsonovu bolest. Antipsihotike uzima ili prima u vidu depo preparata 20 pacijenata a antiepileptike 13 pacijenata. **Rezultati:** U okviru preventivnog rada sa pacijentima izabranog lekara, bavimo se i skriningom na depresiju kako bi blagovremeno otkrili znake psihičkih poremećaja. Saradnja sa lekarima sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite je pokazala značaj rane detekcije depresije kod stanovništva svih uzrasta. Takođe smo svesni da u malim sredinama još uvek postoje predrasude koje otežavaju upućivanje na sekundarni nivo zaštite zdravlja, tako da pacijenti često samoinicijativno posežu za lekovima, najčešće sedativima. **Zaključak:** Veoma je važna uloga izabranog lekara u blagovremenoj detekciji psihičkih poremećaja, jer samo tako, stvaranjem adekvatne relacije lekar-pacijent zadobijamo poverenje pacijenta i uspevamo da mu obezbedimo pravu terapiju.

Ključne reči: Depresija, skrining

26. ZNAČAJ PRIMARNE PERKUTANE KORONARNE INTERVENCIJE U AKUTNOM INFARKTU MIOKARDA KOMPLIKOVANOG SRČANIM ZASTOJEM U HOSPITALNIM USLOVIMA - PRIKAZ SLUČAJA

Nikolić M, Mitov V, Jolić A, Adamović D, Dimitrijević M,

ODELJENJE INVAZIVNE KARDIOLOGIJE; INTERNO ODELJENJE ZDRAVSTVENOG CENTRA ZAJEČAR

Uvod: Akutni infarkt miokarda u preko 10% pacijenta komplikovan je srčanim zastojem. Prognoza bolesnika sa intrahospitalnim srčanim zastojem bolja je od vanhospitalnog, posebno u okolnostima kada je u što kraćem vremenskom periodu moguće sprovesti mehaničku reperfuzionu terapiju primarnom perkutanom koronarnom intervencijom (pPCI). **Cilj rada:** Ukazati na značaj rane primene mehaničke reperfuzione terapije u lečenju pacijenata sa STEMI nakon srčanog zastoja sa uspešnom reanimacijom. **Materijal i metode:** U radu se prikazuje bolesnik starosti 57 godina sa STEMI anteriorne lokalizacije komplikovanim intrahospitalnim srčanim zastojem i uspešno lečenim pPCI. **Rezultati:** Pacijent starosti 57 godina javlja se SHMP koja ga dovodi na Interno odeljenje ZC Zaječar pod slikom akutnog infarkta miokarda sa ST segment elevacijom (STEMI) anteriorne lokalizacije sat i po vremena nakon početka kontinuiranog bola u grudima. U trenutku prijema pacijent gubi svest te se na monitoru defibrilatora registruje ventrikularna fibrilacija (VF) te nakon uspešne primene desetak sinhronih i asinhronih DC šokova kojima su prekinute ponavljane epizode VF i polimorfne ventrikularne tahikardije pacijent je uveden u angio salu gde je uz prisutnu hemodinamsku i ritmičku nestabilnost urađena pPCI na ostijalnom segmentu prednje descendente arterije uz ukupno ishemijsko vreme od 150 minuta, nakon čega dolazi do kliničke stabilizacije pacijenta. U daljem hospitalnom toku klinički stabilan, otpušten devetog hospitalnog dana sa ehokardiografski verifikovanom očuvanom globalnom sistolnom funkcijom leve komore. Bez tegoba pri ambulantnim pregledima tokom godinu dana od akutnog koronarnog događaja. **Zaključak:** Rana primena pPCI kod ritmički i hemodinamski nestabilnih pacijenta sa akutnim infarktom miokarda omogućava brzu kliničku stabilizaciju i poboljšanu kratkoročnu i dugoročnu prognozu bolesnika.

Ključne reči: akutni infarkt miokarda sa ST segment elevacijom, STEMI, primarna perkutana koronarna intervencija, pPCI, srčani zastoj, ventrikularna fibrilacija,

27. KAWASAKIJEVA BOLEST

Vlatković Zoranka, Repac Vinka

DOM ZDRAVLJA ŽITIŠTE

Uvod: Kawasakijska bolest predstavlja akutni febrilni vaskulitis kod dece. Prvi put je opisana u Japanu 1967. godine od strane dr Tomisaku Kawasakia. Uzrok bolesti je nepoznat, klinička i epidmiološka slika ukazuju na infektivno poreklo. Incidenca bolesti je kod azijske dece značajno viša u odnosu na druge regione ali se javlja u celom svetu i svim etničkim grupama. U SAD-u se godišnje otkrije 3000-5000 slučajeva. Odnos muških i ženskih bolesnika iznosi 1,5:1. U 80 % slučajeva pacijenti su mlađi od 5 godina i najčešće se javljaju u proleće i zimu. Dijagnoza se temelji na prepoznavanju karakterističnih kliničkih znakova. Prepoznavanje zavisi od visokog indeksa sumnje i znanja o karakterističnim znacima bolesti. **CILJ:** ukazati na značaj pravovremenog dijagnostikovanja i lečenja u cilju sprečavanja komplikacija bolesti. **MATERIJALI I METODI RADA:** prikaz pacijenta sa Kawasakijskom bolesti bez zahvaćenosti koronarnih arterija. Prikazan pacijent : žensko dete uzrasta 2 11/12 godine, tegobe u vidu bola u trbuhu, mišićima i povišenom temperaturom maksimalno do 39C. Tri dana pre pregleda, majka kupirala tegobe antipireticima samoinicijativno. Nakon pedijatrijskog pregleda i načinjene laboratorijske analize (povišeni Le 18,3, CRP 150) nije nađeno infektivno žarište. ORL pregledom konstantovana upala srednjeg uha i ordinirana terapija cefalospotina treće generacije. Drugog dana terapije dete postaje afebrilno. Tokom prve nedelje lečenja izbija sitna crvena ospa koja traje nekoliko dana uz prisutnu limfadenopatiju

cervikalno i hiperemija konjunktiva obostrano uz ponovni skok temperature u večernjim satima, povraćanje u mlazu tri puta kada je dete hospitalizovano u OB Zrenjanin. Tada je počela i deskvamacija kože po dlanovima i tabanima. Urađena je ehokardiografija na kojoj je uočen pojačan eho odjek sa zidova koronarnih arterija i pod sumnjom na Mb Kawasaki upućena na UDK u Beogradu. Na prijemu u UDK nisu primećene promene na koronarni krvnim sudovima, te na osnovu načinjenih ispitivanja i anamnestičkih podataka zaključeno je da se radi o Kawasakijskoj bolesti bez zahvaćenosti koronarnih arterija. Uključena je antiinflamatorna terapija Aspirinom uz gastroprotektivnu terapiju nakon čeka se stanje deteta stabilizuje. Otpušta se nakon sedam dana hospitalizacije na kućno lečenje uz savet za dalje praćenje kod nadležnog kardiologa. ZAKLJUČAK: Na ovu bolest treba posumljati uvek kada imamo prolongiranu febrilnost, limfadenitis, makulopapuloznu ospu, tahikardiju, eritem dlanova i tabana uz deskvamaciju kao i recidivni karakter simptoma. Blagovremena dijagnoza i rano započeto lečenje garantuje potpun oporavak kod pacijenata koji nisu dobili koronarnu bolest. Oni mogu da vode normalan život, da normalno rastu i razvijaju se. Prognoza kod pacijenata sa koronarnim abnormalnostima zavisi od ozbiljnosti koronarne bolesti (stenoze ili okluzije krvnog suda). Ovi pacijenti mogu imati tegobe od strane srca ranije u životu i trebaju biti pod kontrolom kardiologa koji ima iskustva u dugoročnom praćenju dece sa Kawasakijskom bolesti.

Ključne reči: dete, Kawasakijska bolest, prevencija.

ISTORIJA MEDICINE I UMETNOST

sesija usmenih izlaganja

28. UTICAJ TRAUME U DETINJSTVU NA LIKOVNO STVARALAŠTVO RENEA MAGRITA

dr Marijana Janković

ZZZZR "ŽELEZNICE SRBIJE", BEOGRAD U NOVOM SADU

Likovno stvaralaštvo je najčešće plod inspiracije umetnika ali može biti i prikaz njegovih osećanja, strahova, bola i patnji. Mnogi umetnici su na svojim platnima dali prikaz stresnih situacija tj posttraumatski stresni poremećaj, na temelju vlastitog iskustva. Rene Magrit (1898-1967.) je slikar iz Belgije. Počeo je da uči slikanje od svoje 12. te godine a kada je imao 14 god doživeo je izuzetno stresogenu traumu. Ova nesreća imala je bitan uticaj na njegovu umetnost. Osvešćivanjem neprijatnih emocija postepeno se oslobađao njihovog uticaja i povećavao samopouzdanje i svoju efikasnost. O njegovom detinjstvu se ništa ne zna jer on nije voleo da priča o prošlosti. "Prezirem svoju prošlost", govorio je. Razlog sto nije voleo da priča o svom detinjstvu je verovatno samoubistvo majke (ali pored toga pretpostavlja se da je bila i nesrećna porodična situacija zbog duševnih patnji njegove majke). Njegova majka je u više navrata pokušavala da se ubije i na kraju je uspela skočivši u reku. Rene je bio prisutan kada su je našli i izvukli iz reke. Oko njenog lica bila je umotana njena spavaćica. Ta scena je podstakla umetnika da naslika sliku "Ljubavnici" 1928. Slična slika je i "Glavna priča", na kojoj je prikazana žena takodje sa platnom priljubljenim uz lice. Pored nje spakovan kofer i limeni duvački instrument. Stresni događaj izaziva veliku patnju. Osobe koje su doživele traumu preživljavaju je opet u nametnutim sećanjima, slikama, godinama nakon traume. Da se ne bi suočavale sa velikim bolom, koji nosi trauma, vrlo

cesto izbegavaju sve one situacije koje su u vezi sa traumom. Slikajući, umetnik se oslobadja unutrašnje napetosti i uspostavlja svoj unutrašnji mir. Bez obzira sto se događaj odigrao pre deceniju i više, bol i patnja su bili prisutni kao da se sve to juče desilo. Taj događaj je kao duh pratio Renea. Rene je naslikao i sliku "Čovekov sin", tu je prikazao čoveka u odelu sa cilindrom na glavi ali se lice ne vidi jer ga jabuka zaklanja. Svoju patnju i tugu Rene nije želeo da pokaže ali je na taj način nagoveštavao. Svoje emocije izbacivao je na papir i platno i na taj način se lakše nosio sa posledicama traumatskog iskustva.

Ključne reci: likovno stvaralaštvo, posttraumatski stresni poremećaj, emocije

29. ISIJAVANJE SELF /-IJA

Janković M (1), Komlenić A. (1), Janković D. (2), Okiljević Z.(1)

(1) ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU RADNIKA „ŽELEZNICE SRBIJE“, ORGANIZACIONI DEO ZAVODA U NOVOM SADU, (2) SPECIJALNA BOLNICA ZA BOLESTI ZAVISNOSTI, BEOGRAD

Slike dominiraju našim životima. One govore o našem ponašanju i emocijama. Možemo reći da slike definišu nas. Samoportreti nisu izmišljeni u eri pametnih telefona. Rembrant Harmenson van Rajn je imao omiljenog modela: sebe. U digitalnoj eri Dekartov iskaz: „Mislim, dakle postojim“, postaje: „Fotografišem, dokumentujem, postojim“.. bilo pomoću četkice ili pametnog telefona, preokupacija samim sobom je stara koliko i čovečanstvo. Čak iako samoportreti Rembranta, Pikasa i Bekmana uključuju mnogo rada i truda, selfiji koji preplavljaju društvene mreže dele sličnost sa njima: jedina stvar koja može da se vidi je torzo, pozadina ostaje u senci. Ali ipak postoji važna razlika: umetnički portreti (iako iz davne istorije) opstaju tokom vremena, a selfiji opstaju samo u nestalnom momentu. U odnosu na rembranta ili Van Dika-a, većina nasmejanih ljudi koji predstavljaju sebe u selfijima najblaže rečeno je luckasta, a u najgorem slučaju jasno narcistična. Oksfordski rečnik 2013.god. uvodi reč selfi koju objašnjava kao „fotografiju na kojoj je neko slikao sam sebe pametnim telefonom ili veb kamerom i koju je podelio na društvenim mrežama“. Za generaciju milenijalaca slikanje selfija i upotreba društvenih mreža su sastavni deo njihovog života. Studija koju je sproveo profesor Tvenge na Univerzitetu u San Dijegu, pokazuje da je nivo narcizma podignut u poslednjih nekoliko decada čineći generaciju milenijalaca (takođe poznato kao i „Ja generacija“), sebičnijom od prethodnih generacija (Firestone, 2012.). Narcizam se tipično ilustruje kao tendencija da osoba veruje da je superiornija od drugih, konstantno traži divljenje drugih i učestvuje u egoističnom mišljenju i ponašanju (Panek, Nardis & Konrath, 2013.). Slikanje selfija i deljenje fotografija putem društvenih mreža je najveći doprinos izdizanju narcističkog ponašanja među generacijom milenijalaca. Y generacija meri sopstveni status brojem „lajkova“ fotografije. Pošto zahtevaju maksimalan broj „lajkova“, korisnici društvenih mreža će manipulirati i promeniti svoj profil, skloniće sliku sa svog profila (Duggan & Smith, 2013.). Društvene mreže nude lak način da njihov korisnik dobije traženu pažnju (važno ponašanje narcističkih ličnosti). Narcis, lik iz grčke mitologije je bio zaljubljen u svoj odraz u reci, bio je zaljubljen u predstavu o sebi. Za svakog „narcisa“ je važno da deli sopstvena iskustva putem društvenih mreža, jer misle da su njihovi pratioci izistinski zainteresovani za njih, za ono čime se bave, šta rade (Karpenter, 2012.). Društvene mreže daju narcističkim osobama šansu da drže fokus pažnje na sebi, zato oni stalno menjaju svoj status, komentare i slike koje prikazuju samo njih, a ne druge osobe i na taj način čuvaju njihovu „self zainteresovanu“ prirodu (Aboujaude, 2011.).

Cilj: uputiti na psihoanalitički koncept samoportreta (selfija)

Materijal i metodi rada: pregled literature

Zaključak: Generacija milenijalaca koristi socijalne medije da održi sopstvenu idealizovanu personu.

Ključne reči: samoportret, selfie, umetnost, narcizam

30. OBRAZOVANJE MEDICINSKIH SESTARA U ZAJEČARU

Svetlana Stanojević

MEDICINSKA ŠKOLA ZAJEČAR

Uvod: U narodu je od najranijih vremena postojala potreba za negovanjem obolelih i povređenih. Najstarija bolnica u Evropi je bila osnovana u Konstantinopolju, krajem četvrtog i početkom petog veka nove ere. Prvi pisani tragovi u srpskoj istoriji o nezi bolesnika i osnivanju bolnica imamo u Hilendarskom tipiku. Sveti Sava je osnivač prve srpske bolnice u manastiru Hilandar, 1199. godine. Napredak srpske srednjovekovne medicine prestaje dolaskom Turaka, a obnavlja se u 19. veku, osnivanjem moderne srpske države. Srbi dobijaju pravo na uređenje države i na osnivanje mnogih institucija. Prvi zakon koji je postavio temelje moderne zdravstvene zaštite je akt Popičiteljstva Vnutreni dela, donet na osnovu Sretenjskog ustava donetog 1835. godine. Cilj: Sagledati kroz istorijski razvoj Medicinske škole u Zaječaru, početke obrazovanja medicinskih sestara u Zaječaru. Materijal i metodi rada: U radu su korišćene sledeće metode rada: deskriptivna – analitička metoda, opservaciona – analiza pedagoške dokumentacije. Sažetak: Završetak Drugog svetskog rata inicirao je naglu izgradnju tadašnje Federativne Narodne Republike Jugoslavije. Tadašnje gimnazije nisu mogle da zadovolje zahteve privrede i širom zemlje, već u prvim posleratnim godinama osnivaju se ne samo tehničke i ekonomske škole, već i medicinske, jer je postojala velika potreba društva za negom bolesnika. U to vreme, u Zaječarskoj bolnici, 1945. godine, radila je jedna babica i 15 bolničara. Problem nedostatka medicinskih sestara rešava se osnivanjem zdravstvenih odbora, koji ubrzo menjaju naziv u sanitetsko odeljenje Okružnog narodnog odbora Zaječar. Svrha formiranja odbora bila je zdravstvena zaštita lokalnog stanovništva i izbeglica, ali i zdravstveno prosvetčivanje. Pored toga bili su organizovani tečajevi za školovanje medicinskih sestara i laboranata u Beogradu, a za zdravstvene pomoćnike u Nišu. Ovakav način obrazovanja bio otežan iz ekonomskih razloga. Da bi se rešilo pitanje obrazovanja srednjeg medicinskog kadra u posleratnoj Jugoslaviji, Ministarstvo Narodnog zdravlja Narodne Republike Srbije, 30. jula 1948. godine donosi rešenje o osnivanju srednjih medicinskih škola širom Srbije, pa i škole za medicinske sestre u Zaječaru. Nakon konkursa objavljenog avgusta 1948. godine sa jasnim smernicama ko može postati učenica Medicinske škole u Zaječaru, javio se veoma mali broj kandidata, ali je škola počela sa radom sredinom septembra 1948. godine. Promenom zakona u školskoj 1956/57. godini, prvi put se upisuju i dečaci koji moraju da imaju šest razreda gimnazije i budu ne stariji od devetnaest godina. Rezultati: Iz dobijenih podataka utvrđuje se da je broj prijavljenih učenica na konkurs za prijem 1948. godine bio u značajnom disparitetu u odnosu na predviđen kapacitete škole. Od planiranih slobodnih mesta popunjeno je 35%, odnosno 65% kapaciteta je ostalo upražnjeno. Zaključak: Razlozi za mali odziv učenica su kompleksni: ratom je dodatno osiromašen ovaj deo Srbije pa je bila neophodna radna snaga; žene tek dobijaju pravo glasa, ali patrijahalno vaspitanje određuje ženi mesto u kući; mali broj ženske dece je nastavljao školovanje posle četvororazredne osnovne škole. Zaječar i okolina su bili višestruka sredina sa rasprostranjenim praznoverjem, prisustvom crne magije, mahom kod vlašskog stanovništva, verovanjem u vračeve i moć molitve. Vladalo je verovanje da žene nemaju potrebu da idu kod lekara, čak su ih se plašili. Rano zasnivanje bračne zajednice ide u prilog utvrđenom običaju da se na ovaj način dobija nova radna snaga. Po podacima (Nikolić, 2003), u to vreme u Zaječaru nije bilo sestara nudilja koje su mogle da posluže kao idol, pa samim tim ni motiva za upisivanje.

Ključne reči: Medicinska sestra Medicinska škola Zaječar

ISTORIJA MEDICINE I MEDICINA I UMETNOST poster sesija

31. DŽEJMS ILAM, ARČER GORDON, PITER SAFAR I VILAM B. KAUEHNOVEN – DOPRINOS U RAZVOJU MODERNE KARDIOPULMONALNE REANIMACIJE

Miloš P. (1), Milošević Lj. (2), Vasić B. (3), Živković A. (4)

(1) DOM ZDRAVLJA ZAJEČAR, ZC ZAJEČAR, (3) DOM ZDRAVLJA ZAJEČAR, ZC ZAJEČAR, (4) ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE "TIMOK", ZAJEČAR

Uvod: Oko 350 000 ljudi u Sjedinjenim Američkim Državama će doživjeti srčani zastoj van bolnice, a samo će 12% preživjeti 2016. godine prema *Heart Disease and Stroke Statistics - 2013 Update* online on December 12, 2012. (The American Heart Association). Kardiopulmonalna reanimacija (KPR) (CPR-Cardiopulmonary resuscitation) se naglo razvila u posljednjih pola stotinu, od šezdesetih godina 20. veka, kao odgovor i potreba u rešavanju ovih problema zdravlja. **Cilj:** Ukazati na pionirsku ulogu lekara Arčera Gordona, Džejsma Ilama i Pitera Safara i elektroinženjera Viliama B. Kauenhovena, u radu na arteficialnoj cirkulaciji i ventilaciji i defibrilaciji, doprinosu nastanku kardiopulmonalne reanimacije kakva je danas.

Materijal i metodi rada: pretraga izvora istorijskih činjenica u radovima publikovanim u medicinskim časopisima i drugim relevantnim izvorima podataka dostupnih pretragom interneta. **Rezultati:** Arčer Gordon je pedesetih godina 20. veka rukovodio studijama koje su pokazale superiornost tehnike arteficialne ventilacije "usta na usta" razvijene od Pitera Safara, u odnosu na prethodne tehnike podizanja ruku. Uz Pitera Safara je ustanovio Komitet za KPR (CPR Committee) Američke Asocijacije za srce (American Heart Association) 1963. godine. Arčer Gordon je sa Asmundom Lardalom (Asmund Laerdal), norveškim proizvođačem igračaka razvio lutke za vežbanje oživljavanja (resusci Anne). Gordon je radio i na 27-minutnom filmu za edukaciju "Puls za život" koji prikazuje tehnike "usta na usta" i spoljašnju masažu srca, deo "ABC" protokola (A-Airway, B-Breathing, C-Chest Compressions, Circulatory). Džejsms Otis Ilam, anesteziolog je doprineo razvoju moderne tehnike potpori disanja u KPR i razmevanju uloge ugljen dioksida, razvio je prototip jednog od mnogih uređaja koji imitira ljudsko disanje, korišćen u anesteziji. 1956. sreće Pitera Safara, anesteziologa i zajedno nastoje da dokažu suficijentnost ventilacijom izdahnutog vazduha u reanimaciji. Piter Safar, austrijski anesteziolog češkog porekla, je doprineo afirmaciji tehnike "usta na usta", i proučavao održavanje disajnog puta dotadašnjim tehnikama osnovne životne podrške. Publikovao je svoja saznanja u knjizi "ABC oživljavanja" (ABC Resuscitation) izdate 1957. Tri puta je predlagan za Nobelovu Nagradu, koju je odbio. Poznati su njegovi humani eksperimenti sa dobrovoljcima koji su primili kurare, radi paralize disanja, pokazivao svoja razmatranja o tehnici disanja, tako što je nagnuo glavu unazad i gurao donju vilicu napred, u prilog prohodnosti vazdušnog puta. Ilam i Safar su takođe radili na "Resusci Anne" lutki za trening kardiopulmonalne reanimacije. Viliam B. Kauenhoven, elektroinženjer, radio je kao počasni profesor na Džon Hopkins Univerzitetu Školi za medicinu. Proučavao je efekat elektriciteta na srce i zaslužan je za razvoj defibrilatora na zatvorenom grudnom košu i tehnikama spoljašnje masaže srca. 1928. godine je uočio da šokovi niske voltaže naizmeničnom odnosno jednosmernom strujom primenjene na srce izazivaju ventrikularnu fibrilaciju, a visoka voltaža dovodi do zastoja rada srca pacova. Uočio je da drugi elektrošok dovodi do sinusnog ritma i ponovnog uspostavljanja srčanog rada. U prilog razvoja CPR treba istaći da je danas protokol izmenjen na CAB u onosu na ABC, prema vodiču AHA (American Heart Association). **Zaključak:** Safar, Ilam, Gordon i Kauenhoven su označavani kao "očevi kardiopulmonalne reanimacije" što su ovi odbijali. Prema istorijskim činjenicama može se zaključiti da su svojim radom osmislili KPR kakva je danas.

KLjučne reči: CPR, reanimacija, istorija, Piter Safar.

JAVNO ZDRAVLJE

usmene prezentacije originalnih radova

32. STAROSNA STRUKTURA DOKTORA MEDICINE SPECIJALISTA KAO DETERMINANTA FUNKCIONISANJA SEKUNDARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE NA PROSTORU OKRUGA BOR I ZAJEČAR

Olica R, Snežana T, Jasmina R, Ivana Č.

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE "TIMOK" ZAJEČAR

Uvod: Sekundarna zdravstvena zaštita je specijalizovani nivo zdravstvene zaštite kompleksnijih zdravstvenih stanja koja nisu zbrinuta na primarnom nivou. Kvalitet i efikasnost zdravstvene zaštite, zavisi od broja, kvalifikacije, osposobljenosti i motivisanosti ljudskih resursa. Jedan od značajnijih determinišućih faktora obezbeđivanja optimalne kadrovske strukture je starosna struktura ljudskih resursa, a pre svega doktora medicine specijalista odgovarajuće grane medicine. Cilj: Sagledavanje starosne strukture doktora medicine specijalista odgovarajuće grane medicine opštih bolnica na teritoriji okruga Zaječar i Bor, a kao osnov za ravnomerniji razvoj zdravstvene službe, za realizaciju prepoznatih i propisanih potreba za zdravstvenom zaštitom stanovništva i za izradu kadrovskog plana. Materijal i metodi rada: Analizom zakona, podzakonskih akata, baze kadrova i Izveštaja o izvršenju plana rada zdravstvenih ustanova, prati se starosna struktura doktora medicine specijalista odgovarajuće grane medicine svih opštih bolnica okruga Zaječar i Bor. Rezultati: Opšte bolnice okruga Zaječar i okruga Bor imaju zabrinjavajuće nepovoljnu starosnu strukturu doktora medicine specijalista odgovarajuće grane medicine. Od ukupnog broja specijalista, skoro 40% je starije od 55 godina, a skoro svaki deseti specijalista je striji od 60 godina. U kadrovskoj strukturi opštih bolnica dominira i manji ugovoreni broj specijalista odgovarajuće grane medicine u odnosu na propisani broj, odnosno manji je za 25. Za kontinuirano pružanje zdravstvene zaštite stanovništva u skladu sa zakonom i podzakonskim aktima i sa prepoznatim potrebama stanovništva za zdravstvenom zaštitom, uz poštovanje starosne strukture kao determinišućeg faktora, na prostoru oba okruga je potrebno obezbediti 52 doktora medicine i/ili specijalista odgovarajuće grane medicine u odnosu na normative i broja specijalista starijih od 60 godina, odnosno 128 u odnosu na normative i broja specijalista starijih od 55 godina. Prioritetno je obezbediti dovoljan broj specijalista opšte hirurgije, interne medicine, anesteziologije, reanimatologije i intenzivne terapije, pneumoftizilogije i ortopedske hirurgije i traumatologije. Zaključak: Nepovoljna starosna struktura doktora medicine specijalista odgovarajuće grane medicine u opštim bolnicama okruga Zaječar i Bor, zahteva detaljno i kontinuirano praćenje kadrovske strukture, kao osnov za prepoznavanje i implementaciju konkretnih mera i akcija u reformi sistema zdravstvene zaštite, a samim tim i reformi kadrovske strukture opštih bolnica. Jedino blagovremenom zamenom i obezbeđivanjem odgovarajućeg broja doktora medicine specijalista odgovarajuće grane medicine kroz kratkoročne i dugoročne smernice razvoj kadrovske strukture, moguće je obezbediti zdravstveni sistem koji može uticati na zdravstveno stanje stanovništva.

Ključne reči: doktori medicine specijalisti odgovarajuće grane medicine, starosna struktura, opšte bolnice, zakon i podzakonska akta, okrug Zaječar i Bor

33. MALOLETNIČKA TRUDNOĆA I NJENE POSLEDICE-PRIKAZ SLUČAJA

Mitrović Dragana (1), Ćirić Danijela (2), Miletić Emilio (1), Milica Jakovljević (3), Bogoslović Miloš (4), Marko Tasić (5)

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

Uvod: Maloletnička trudnoća je sve više zastupljena zbog rizičnog ponašanja mladih. Oko 25% devojaka u Srbiji stupa u seksualne odnose pre 16. godine, što između ostalog, dovodi do rizika od neželjene trudnoće. Godišnje oko 3000 adolescentkinja abortira, a naročito poražavajuć je podatak da se sa tim iskustvom, već u prvoj godini od početka intimnih odnosa, suoči između 10 i 16% devojaka. **Cilj:** Cilj rada je da ukaže i pokaže posledice maloletničke trudnoće. **Materijal i metodi rada:** medicinska dokumentacija novorođenčeta i maloletne majke. Rad pisan deskriptivnom metodom. **Rezultati:** Maloletna DR na svet donosi prevremeno rođeno dete sa urođenom generalizivnom hipotonijom. Novorođenče lečeno u jedinici intenzivne nege u Klinici za dečje interne bolesti u Nišu (KDIB Niš) zbog nedonesenosti, respiratorne ugroženosti, netolerisanja per os unosa i hranjenja preko sonde. Nakon otpusta više puta lečeno zbog respiratornih smetnji u Dečjem odeljenju Zdravstvenog centra u Knjaževcu i Odeljenju Pulmologije KDIB Niš, odakle je upućeno na genetsko ispitivanje u Institut za majku i dete „Dr Vukan Čupić” u Beogradu gde je dijagnostikovao Prader Willy sindrom. Zbog neadekvatne brige i staranja prema odojčetu maloletna majka i njeno dete se smeštaju u hraniteljsku porodicu (majka pušač, promiskuitetnog ponašanja, potiče iz Romske porodice kojoj je otac umro od posledica alkoholizma, a majka joj je alkoholičar). Nakon zbrinjavanja, napušta svoje dete i hraniteljsku porodicu. Odojče se nalazi kod hraniteljice, boljeg optšeg stanja, hrani se nezavisno od nazogastrične sonde, dobro napreduje i redovno kontroliše od strane Dečjeg Neurologa i Dečjeg Fizijatra u KC Niš.

Zaključak: Maloletnička i neplanirana trudnoća može predstavljati uzrok maternalnog i perinatalnog morbiditeta i mortaliteta. Dalekosežne su posledice po zdravlje dece rođene iz takvih trudnoća (neadekvatna briga majke zbog nezrelosti, odrastanje dece bez oba roditelja jer se takve veze najčešće okončavaju). Tu su i moguće posledice artifičnog prekida trudnoće kao metode rešavanja neželjene trudnoće. Majke imaju psihofizičke izmene nakon abortusa. Potrebno je da se adolescenti edukuju i upoznaju o načinu i vremenu adekvatnog stupanja u seksualne odnose. Na taj način bi se smanjio broj neželjenih maloletničkih trudnoća, smanjio broj obolelih od polno-prenosivih bolesti, a sami tim smanjio broj mladih koji u kasnijem periodu života leče sterilitet nastao kao posledica ranog stupanja u seksualne odnose.

Ključne reči: trudnoća, maloletnik, posledice

34. ŠTA TREBA ZNATI ZA POJEDINA RAZDOBLJA U ŽIVOTU ŽENA

Slobodan Žikić

POLIKLINIKA “PAUNKOVIĆ”, ZAJEČAR

Uvod: Žena u toku svog života prolazi kroz različite faze: početak seksualne zrelosti, generativni period, predklimaks, klimaks. Svaka od ovih faza zahteva dobro poznavanje kako bi se na vreme prepoznali simptomi bolesti. Cilj: Cilj ovog rada je da prikazemo faze u životu žene, da ih upoznamo sa znacima i simptomima bolesti koje se u njima mogu pojaviti. **Materijal i metodi rada:** Koristili smo jedan članak namenjen pacijentima (ne stručnjacima) koji je postavljen na web-site Poliklinike “Paunković”. **Rezultati:** Od preko 400 pacijentkinja koje smo imali od kada radimo u privatnoj praksi, većina njih je došla jer ima neke simptome (krvavljenje, bol, pečenje u vagini), ali dosta je njih koje dolaze preventivno, da se provere jer se nalaze u pojedinim fazama života. **Zaključak:** Naš članak na web-site Poliklinike “Paunković” završili smo rečenicom: “Zabranjeno” je da žene umru od raka grlića materice

svojom nesmotrenošću, kada je sve to rešivo redovnim ginekološkim pregledom
Ključne reči: Početak seksualne zrelosti, Generativni period žene, Predklimaks, Klimaks

35. ZNAČAJ PRAĆENJA RAZVOJA U RANOM DETINJSTVU

(1) Branislava Stanimirov, (2) Vinka Repac, (3) Ivan Lukić

DOM ZDRAVLJA (1) NOVI SAD – (2) ŽITIŠTE, (3) PRIVATNA SPORTSKA ORDINACIJA SPORTREHAMEDICA ZRENJANIN

Uvod: Rast i razvoj deteta veoma je dinamičan proces, koji se odvija pod uticajem faktora unutrašnje i spoljašnje sredine. Normalan rast i razvoj je pokazatelj dobrog zdravstvenog stanja deteta, adekvatne ishrane i povoljnog emocionalnog okruženja. Cilj: Prikazati primenu stečenih znanja, veština i standardnih instrumenata razvoja u svakodnevnom radu pedijatra, u Domu zdravlja Novi Sad, Službi za zdravstvenu zaštitu dece. Materijal i metodi rada: Prikazivanje korišćenih instrumenata za procenu rasta i razvoja dece u ranom detinjstvu, uzrasta 0-6 godina, u periodu oktobar - juni 2017. godine, njih ukupno 280 dece, koja se leče u našoj Upitnici za uzrast i razvoj deteta (URD), popunjavali su roditelji sami, ili uz pomoć zdravstvenih radnika. Set upitnika pružio nam je mogućnost da procenimo da li je dete normalnog ili usporenog toka razvoja u ispitivanoj razvojnoj oblasti i da primenimo odgovarajuće mere ako je potrebno. Rezultati: Instrumente za procenu rasta i razvoja primenjivali smo uglavnom kod dece koja su izložena faktorima rizika po zdravlje (u većinskoj: 194 -69,28%, romskoj: 34 - 12,14% i socio-ugroženoj: 52 - 18,57% populaciji). U Razvojnom savetovalištu praćeno je 94-48,56% dece iz većinske populacije, 8-22,92% iz romske populacije i 15 -28,52% iz socio ugrožene populacije. Obzirom da prve godine života imaju uticaj na celokupni razvoj deteta (kognitivni, senzorni, govorno-jezički, psihomotorni, emocionalni i socijalni), multidisciplinarnim pristupom uspeali smo da kod 182 - 65% dece koja su imale faktore rizika po zdravlje ili usporen tok razvoja, na odgovarajući način sprovedemo preventivne mere i mere lečenja. Zaključak: Primenom standardnih upitnika za procenu ranog rasta i razvoja na nivou primarne zdravstvene zaštite, predstavlja dobar pokazatelj u praksi, jer se razvojne teškoće mogu uočiti veoma rano i preduzeti potrebne intervencije, kako bi se uočila razvojna patologija.
Ključne reči: rani rast i razvoj, deca, faktori rizika

36. INFANTILNI SPAZMI I INSOMNIJA KOD ODOJČETA SA SINDROMOM DUPLIKACIJE HROMOZOMA 15q 11.2

Vasić B., Radojević B.

ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Uvod: Duplikacija 15q hromozoma je abnormalnost hromozoma kada se u svakoj ćeliji nalazi extra kopija genetskog materijala lociranog na dugom kraku (q) hromozoma 15. Ozbiljnost stanja i povezani znaci i simptomi variraju na osnovu veličine i lokacije duplikacije i koji su geni uključeni. Zajedničke karakteristike za većinu osoba sa ovom duplikacijom su kašnjenje u psihomotoričkom razvoju; intelektualna insuficijencija; hipotonija; epileptički napadi; skolioza; usporeni rast; teškoće u komunikaciji; problemi u ponašanju. Terapijski pristup je individualan. Učestalost javljanja je 1: 30 000, dok je odnos polova isti. **Cilj:** Prikaz odojčeta sa Infantilnim spazmima i insomnijom kod koga je genetičkim testiranjem identifikovana duplikacija hromozoma 15q 11.2. **Materijal i metodi rada:** Korišćeni su podaci iz medicinske dokumentacije: otpusne liste, izveštaji neurologa, radiologa, metabologa i genetičara uz saglasnost roditelja deteta. **Rezultati:** Drugo dete iz druge trudnoće, porođaj u terminu, prirodnim putem. Na rođenju PM 3600g, PD 55cm, AS 8/9. Na prirodnoj ishrani, uredno vakcinisano po kalendaru za uzrast. U uzrastu 6 meseci registrovani napadi, uglavnom pri uspavljivanju i budjenju, kratkotrajni. Kod odojčeta dolazi do

usporavanja psihomotoričkog razvoja, ima odsutan pogled, nezainteresovano. Tokom dijagnostičkih procedura na EEG-u i video EEG-u ispisuju se multifokusni oštri talasi, šiljci SW i pSW, dominantno desno CPT, sa grupisanjem u spavanju u vidu paroksizama. UZ CNS-a je opisan kao uredan. CT glave osim blagog proširenja extracerebralnih likvorskih prostora frontalno i Silvijusovih fisura je uredan. TORCH u krvi deteta: IgG za CMV pozitivan. Metabolički skrining urina pojačano izlučivanje glicina i alanina. NMR endokranijuma ukazuje na povišen IS globus palidusa, nukleus dentatusa i frontalne bele mase periventrikularno obostrano, što je dDg ukazivalo na metaboličko oboljenje (mitohondrijalna encefalopatija). Uključena je terapija vigabatrinom. Nakon dva meseca kod odojčeta se registruje dalje usporavanje PMR, nezainteresovanost, ne prati pogledom, izrazita hipotonija i uznemirenost i spavanje u kratkim intervalima. U terapiju uveden i melatonin. Periodi nesanice traju 2-3 dana. Učinjena je MLPA analiza periferne krvi koja je pokazala prisustvo 4 kopije regiona 15q 11.2 hromozoma. Postnatalna analiza kariotipa i fluorescentna in situ hibridizacija (FISH): 47, XY, +mar. Ish der(15)(SNRPN+). U cilju precizne identifikacije i porekla marker hromozoma potrebna je M-FISH metoda u inostranstvu. Ukoliko se radi o izodicentričnom hromozomu 15 (idic15q11.2q13.1) poreklom od majke, ova aberacija se može povezati sa kliničkom slikom sindroma duplikacije 15q (na šta ukazuje i rezultat MLPA tehnikom). Eventualno prisustvo mozaičkog kariotipa nije moguće u potpunosti isključiti. Dečak je u uzrastu 14 meseci, ne sedi, ne govori, nezainteresovan i povremeno ima periode nesanice. **Zaključak:** Udruženost infantilnih spazama i duplikacije 15q se relativno teško dijagnostikuje. Prognoza osoba sa duplikacijom 15q hromozoma je individualna. Ozbiljnost stanja i pratećih simptoma u velikoj meri zavise od veličine i lokacije duplikacije i gena na kome se javlja. Terapijski pristup je individualan. Neophodno je uputiti roditelje u genetičko savetovalište u slučaju naredne trudnoće.

Ključne reči: Infantilni spazmi, duplikacija 15q, insomnija.

JAVNO ZDRAVLJE - poster prezentacija

37 KVALITET SPAVANJA STUDENATA

Dimovski D. (1), Slavić D. (2), Ivetić O. (3)

(1) UNIVERZITET U NOVOM SADU, VISOKA ŠKOLA STRUKOVNIH STUDIJA ZA OBRAZOVANJE VASPITAČA, (2) UNIVERZITET U NOVOM SADU, MEDICINSKI FAKULTET, ZAVOD ZA FIZIOLOGIJU, (3) UNIVERZITET U NOVOM SADU, MEDICINSKI FAKULTET, KLINIKA ZA PSIHIJATRIJU KLINIČKOG CENTRA VOJVODINE

Uvod: Kvalitetno spavanje neophodno je kako za fizičko tako i za mentalno funkcionisanje osobe. Nedovoljno spavanje, upotreba alkohola, duvana, energetskih pića, dug boravak pred monitorom računara i/ili televizora remeteći spavanje može da utiče na zdravstveni status osobe smanjujući i njenu radnu efikasnost. Cilj: Proceniti kvalitet spavanja studentkinja Univerziteta u Novom Sadu i navika u vezi spavanja i analizirati kakvo je njihovo mišljenje o istom. Materijal i metodi rada: U istraživanju je upotrebljavan Upitnik koji sadrži pet delova i 41 česticu. U prvom delu navode se opšti podaci. U drugom delu analizira se upotreba psihostimulativnih sredstava (kafa, duvan, alkohol, energetska pića). Trećim delom dobijaju se informacije o kvalitativnim i kvantitativnim odlikama spavanja pojedinca, o vremenu odlaska u krevet, vremenu buđenja, minimalnom trajanju spavanja neophodnom za osećanje odmornosti. Četvrti deo odnosi se na moguće poremećaje spavanja i subjektivnu ocenu sopstvenog kvaliteta spavanja. Pitanja u poslednjem delu upitnika ukazuju na ponašanje povezano sa spavanjem (noćni izlasci, fizička

aktivnost i vreme provedeno ispred računara ili televizora). Rezultati su analizirani primenom statističkog programa MedCalc. Rezultati: Ukupno je ispitivano 240 studentkinja, 53 sa Fakulteta Pedagogije, 74 sa Filozofskog fakulteta i 98 sa Medicinskog fakulteta. 202 osobe smatra da im je kvalitet spavanja dobar, od čega 20,4% kvalitet spavanja ocenjuju kao veoma dobar, 63,8% kao solidan, suprotno 14,2% ga ocenjuje kao prilično loš, a 1,7% kao veoma loš. Studentkinje sa Medicinskog fakulteta statistički kraće spavaju od studentkinja drugih grupa. Subjektivno mišljenje ispitanica o vremenskom periodu spavanja neophodnom za osećanje odmornosti je da je potreba za spavanjem $8,4(\pm 1,4)$ sata. 7,5% smatra da pati od nesanice. Noćne more navodi 15,4% ispitanica. Hronično umornim smatra se 39,2%. 23,3% puši pred spavanje. Kafu ne pije 33,3%. U proseku kafa se pije 6 dana nedeljno i to po dve šoljice dnevno. Među kavopijama 19,4% pije kafu pred spavanje. Studentkinje medicine statistički značajno češće konzumiraju kafu. 13,3% ispitanica nikada ne pije alkohol, a 62,1% uzima alkohol na proslavama, do 7 pića popije nedeljno 19,6%, a samo 1,2% i više. Preparate za poboljšanje koncentracije pije 16,3% studentkinja. Najčešće se upotrebljavaju energetska pića poput guarane. 5,4% ispitanica upotrebljavapovremeno lekove koji im pomažu da lakše zaspu, samo jedna ispitanica izjasnila se da to čini 1 do 2 puta nedeljno. Od ukupnog broja ispitanica koje su svoj kvalitet spavanja ocenile kao prilično do veoma loš, 13 su pušači, a 10 puši pre spavanja, 76,3% pije kafu, od kojih približno trećina pre spavanja, 18% pije preparate za poboljšanje koncentracije i isto toliko njih ponekad u toku meseca upotrebljava lekove koji im omogućavaju da lakše zaspu. Kompjuter u svojoj sobi ima 87,9%, prosečno vreme provedeno pred kompjuterom je 2 sata i 45 minuta. Zaključak: Kvalitet spavanja, uprkos ne sasvim zavidnim navikama spavanja je zadovoljavajući. Realno trajanje spavanja kod ispitanica je kraće od prepostavljenog trajanja koje one smatraju optimalnim da bi se osećale odmornim. Razlikau kvalitetu spavanja studenata u odnosu na različit studijski obrazovni profil, nije izražena. Menjanje navika i stila života ima preventivni značaj u sprečavanju nastanka različitih poremećaja spavanja u budućnosti.

Ključne reči: studentkinje, spavanje, pušenje, energetska pića.

MLADI AUTORI

usmene prezentacije originalnih radova

38. DISPNEA U ORDINACIJI IZABRANOG LEKARA, ZNAČAJ DODATNE DIJAGNOSTIKE ZA POSTAVLJANJE DIJAGNOZE - PRIKAZ SLUČAJA

Danijela Ćirić (1), Tamara Stanulović (2), Dragana Mitrović (3), Olgica Stanojlović (1), Bojana Mladenović (4), Bratimirka Jelenković (1)

(1) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR, (2) DOM ZDRAVLJA PETROVAC NA MLAVI, (3) ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, (4) DOM ZDRAVLJA NIŠ

Sažetak: Uvod: Dispnea predstavlja subjektivni osećaj nedostatka vazduha odnosno otežanog disanja i često se javlja kao prateći simptom srčanih oboljenja. Jedan od uzroka pojave dispnee jeste srčana insuficijencija, ali dispnea može biti udružena sa bolestima pluća ili zida grudnog koša, a viđa se i kod anemije, gojaznosti, nedostatka kondicije i sindroma anksioznosti, ali i kod hronične bolesti bubrega. Ponekad je teško napraviti razliku između kardijalnih i pulmonalnih razloga dispnee. Fizikalni nalaz,

laboratorijski testovi, elektrokardiogram, grafija grudnog koša, eho srca mogu biti od pomoći. Važnu ulogu ima i određivanje koncentracije natriurtskih peptida. Cilj: Da se ukaže na moguće diferencijalno dijagnostičke probleme i na značaj laboratorijskih i drugih dodatnih analiza u cilju pravovremene dijagnoze i adekvatne terapije. Materijal i metode: Korišćeni su podaci iz medicinskog kartona, i ostala dostupna medicinska dokumentacija, a rad je napisan deskriptivnom metodom. Prikaz slučaja: Pacijentkinja stara 64 godine žali se na gušenje, zamaranje malaksalost. Boluje od hipertenzije, dijabetesa tipa 2, hronične bubrežne insuficijencije gr II, hiperholesterolemije, gojaznosti. Ostali podaci od značaja dobijeni anamnezom ukazuju da je nepušač i da je slabo fizički aktivna. Pacijentkinja pri pregledu ekstremno gojazna, blede kože, blago cijanotičnih usana, dispnoična sa prisutnim diskretnim prebibalnim edemima. Ostali nalaz uredan. U okviru obrade urađena grafija pluća pri čemu je viđena globalno uvećana srčana senka, dok je spirogram bio uredan. Urađen eho srca bio je bez elemenata sistolne i diastolne disfunkcije miokarda leve komore. U toku laboratorijske obrade nađene su jako povišene vrednosti pro-BNP 6367pg/ml zbog čega je pacijentkinja hospitalizovana na internom odeljenju. Lečena zbog srčane dekompenzacije i pogoršanja HBI i nefrotskog sindroma, nakon čega dolazi do poboljšanja. Zaključak: Dispnea može biti prisutna kao simptom u mnogim bolestima. Kod prikazane pacijentkinje bila je prisutna ekstremna gojaznost, dijabetes, znaci srčane slabosti i hronična bolest bubrega. Kako bi se došlo do diferencijalne dijagnoze bilo je neophodno sprovesti dodatnu dijagnostiku pri čemu su pogoršanje azotnih materija u laboratoriji, jako povišene vrednosti pro BNP-a, uredna grafija pluća i uredan eho srca ukazali na pojavu dispnee zbog pogoršanja bubrežne insuficijencije.

Cljučne reči: dispnea, hronična bolest bubrega, natriuretski peptidi

39. UTICAJ METABOLIČKOG SINDROMA NA STRUKTURNE ANOMALIJE, SISTOLNU I DIJASTOLNU FUNKCIJU LEVE KOMORE ODREĐIVANU EHOKARDIOGRAFIJOM U BOLESNIKA SA ATRIJALNOM FIBRILACIJOM

Anastasija Raščanin (1), Ivana Arandjelović (2), Mila Bastać (1), Dušan Bastać (1)

(1) INTERNISTIČKA ORDINACIJA "DR BASTAĆ", KOSANČIĆEV VENAC BR.16, ZAJEČAR,

(2) ZDRAVSTVENI CENTAR ZAJEČAR

Sažetak: Uvod: Atrijalna fibrilacija(AF) je najčešća pretkomorska aritmija i ima rastući trend širom sveta. Promena načina života, prestanak abususa alkoholnih pića, pušenja, fizičke neaktivnosti i psihološkog stresa umanjuje rizik od nastanka AF kod onih koji su za nju genetski predisponirani. KV rizik faktori za razvoj AF jesu prvenstveno gojaznost, metabolički sindrom (ili pravilnije kardiometabolički), hipertenzija, dijabetes melitus, dislipidemija, opstruktivna apnea u snu. Metabolički sindrom(MSy) je rizik faktor za moždani udar i tromboembolizam. Cilj: Odrediti učestalost MSy u bolesnika sa AF i da li imaju povezanost sa sistolnom i/ili diastolnom disfunkcijom i strukturnim anomalijama leve komore u posmatranoj grupi ispitanika. Utvrditi koji ehokardiografski parametri karakterišu MSy u odnosu na bolesnike sa AF bez metaboličkog sindroma(NMSy). Materijal i metodi rada: Ovom retrospektivnom studijom su obuhvaćena konsektivna 102 bolesnika sa atrijalnom fibrilacijom koji se leče i redovno kontrolišu u Internističkoj ordinaciji "Dr Bastać" u Zaječaru. Sistolna funkcija leve komore je predstavljena ejekcionom frakcijom leve komore(EF), a diastolna odnosom Dopler brzine ranog diastolnog punjenja leve komore-E i srednje brzine tkivnog doplera mitralnog anulusa(e')- odnos E/e' (E/Eprim). Strukturne anomalije koje su bile u fokusu jesu masa leve komore indeksirana na telesnu površinu (LVMI) i dijametar leve pretkomore (LA). Rezultati: U ispitivanoj grupi sa AF, MSy je bio prisutan u 53/102 bolesnika(52%), a odsutan (NMSy) u 49/102 (48%). U podgrupi MSy polna struktura je bila: muškarci 42% a žene 58%, dok je kod NMSy obrnuto. Srednja vrednost ($\bar{x}$) Ejekcione frakcije leve komore(EF) je skoro identična u obe podrupe: MSy i NMSy ($\bar{x}=55,7\pm13,3\%$ versus $55,2\pm12,1\%$), NS, $p=0,859$. U individualnoj distribuciji u podgrupi MSy 7/53(13%) ima sniženu EF ($\bar{x}=32\pm5,0\%$) u odnosu na 4/49(8%) kod NMSy, ali bez statistički značajne razlike ($X^2=0.601$). Normalan E/e' odnos utvrđen je u 16/53 osoba podgrupe MSy ili 30%, sa srednjom vrednošću $7,3\pm1,0$, granični u 22 (42%) sa srednjom vrednošću $10,8\pm1,5$ i povišen u 15

(28%) sa srednjom vrednošću $18,5 \pm 5,2$. U NMSy E/e' ima sličnu distribuciju 25% ima normalnu vrednost E/e', graničnu 47% a povišen u 28% (nesignifikantna razlika-NS, $p=0,800$). Stratifikacijom po polu žene sa MSy imaju patološki odnos E/e' u 81% a muškarci u 64%, ali nema statistički značajne razlike ($\chi^2=0.505$). Međutim, žene sa MSy imaju statistički značajno težu dijasolnu disfunkciju kako u individualnoj distribuciji, tako i srednjim vrednostima, respektivno: $10/31$ (33%) vs $5/22$ (23%), $19,7 \pm 5,8$ versus $16,3 \pm 3,2$ nego muškarci (t test, $p=0,04$). Indeks mase miokarda leve komore (LVMI) bio je u muškaraca sa MSy povišen u 16 (73%) sa $\bar{x}=139 \pm 23 \text{ g/m}^2$ a kod žena u 25 (80%) sa $\bar{x}=127 \pm 38 \text{ g/m}^2$, ali bez statistički značajne razlike ($\chi^2=0.356$). Dijametar leve pretkomore je bio povišen u 95% muškaraca i 97% žena sa MetSy, ali bez statističke razlike u odnosu na NMSy, kako u srednjim vrednostima tako i u individualnoj distribuciji. Zaključak: Metabolički sindrom (MSy) je prisutan u više od polovine bolesnika sa AF uz dominaciju ženskog pola. Sistolna funkcija se nije značajno razlikovala u AF kod prisustva MSy i bez njega (NMSy). Patološke vrednosti E/e' odnosa se ne razlikuju u bolesnika sa AF u odnosu na MSy i NMSy (70 vs 75%). Medjutim, žene sa MSy imaju statistički značajno težu dijasolnu disfunkciju nego muškarci (t test, $p=0,04$). Hipertrofija leve komore u 73-80% slučajeva i dilatacija leve pretkomore 95-97% su redovni pratilac metaboličkog sindroma.

Ključne reči: Atrijalna fibrilacija, Metabolički sindrom, Ejekciona frakcija leve komore, Dijastolna funkcija leve komore, indeks mase miokarda leve komore

40. JEDNOGODIŠNJE PRAĆENJE KVALITETA ORALNE ANTIKOAGULANTNE TERAPIJE KOD BOLESNIKA SA ATRIJALNOM FIBRILACIJOM I ANALIZA UTICAJA NA KVALITET ANTIKOAGULACIJE

Ivana Arandžević, Anastasija Raščanin, Mila Bastać, Dušan Bastać

INTERNISTIČKA ORDINACIJA "DR BASTAĆ", KOSANČIĆEV VENAC BR 16, ZAJEČAR

Sažetak: CILJ ISPITIVANJA: odrediti broj bolesnika koji imaju optimalan nivo antikoagulantnog efekta jednogodišnjim praćenjem vrednosti PT/INR u posmatranoj grupi ispitanika i koji faktori, komorbiditeti i ehokardiografski parametri su udruženi sa efikasnošću oralne antikoagulantne terapije (OAKT). MATERIJAL I METODE: Ovom longitudinalnom, prospektivnom studijom je obuhvaćeno konsektivnih 87 bolesnika sa atrijalnom fibrilacijom na OAKT. Na acenokumarolu je bilo 68/87 (78%) bolesnika a na varfarinu 19/87 (22%). Razvijeni su originalni kriterijumi za kvalitet antikoagulisanoosti. Odlična antikoagulisanoost je da u toku godinu dana 5 do 7 izmerenih vrednosti PT/INR bude ≥ 2 (analogno vremenu u terapijskom opsegu -TTR $>60-85\%$ vremena). Dobra antikoagulisanoost je definisana da 3 do 4 vrednosti PT /INR budu u terapijskom opsegu (analogno TTR 50 do 60% vremena) dok je slaba antikoagulisanoost: 0-2 izmerene vrednosti INR u terapijskom opsegu (TTR $<50\%$). REZULTATI RADA: U toku praćenja od godinu dana, na osnovu sukcesivnih vrednosti PT/INR, ukupno 87 bolesnika sa atrijalnom fibrilacijom je klasifikovano u tri grupe: grupa A - odlična kontrola-kvalitet antikoagulantnog efekta $N=14/87$ (16%); grupa B - dobar kvalitet antikoagulacije $N=24/87$ (28%); grupa C - slab kvalitet antikoagulacije $N=49/87$ (56%). Srednja vrednost CHA₂DS₂-VASc skora (rizik tromboembolizma) je bila nešto viša u grupi C ($A=3,3$, vs $B=3,4$ Vs $C=3,6$) dok je rizik od krvavljenja- HAS-BLED skor ≥ 3 bio statistički značajno niži u grupi C ($A=28,6$ vs $B=32$ vs $C=22,6\%$). U individualnoj distribuciji u sve tri grupe dominiraju gojazni bolesnici ($A=57\%$, $B=56\%$, $C=48\%$) i predgojazni ($A=35\%$, $B=36\%$, $C=39\%$) bez stat značajne razlike. ($\chi^2=0.487$). Najviši nivo glikemije je bio u grupi C ($C=6,5$ versus A i $C=5,8$ mmol/L) gde je bilo i statistički značajno više dijabetičara ($C=31\%$ versus $A=21\%$ vs $B=12,5\%$). Analizom ehokardiografskih parametara nađena je statistički značajno viši indeks mase miokarda (LVMI) u grupi C - LVMI=134 vs $A=110 \text{ g/m}^2$ (A vs C , $p=0,039$) i $B=117 \text{ g/m}^2$ B vs C , $p=0,042$). ZAKLJUČAK: Odličan kvalitet antokoagulantnog efekta terapije dikumaroloskim preparatima u cilju prevencije tromboembolizma je u toku jednogodišnjeg praćenja bio samo u 16 % bolesnika, a dobar u 28%. Nažalost dominira slaba kontrola antikoagulacije u čak 56% bolesnika. Od kliničkih faktora koji su povezani sa slabim antikoagulantnim efektom značajni su prisustvo hiperglikemije i dijabetesa. Ehokardiografski određena težina hipertrofije leve komore je

statistički značajno povezana sa slabim antikoagulantnim efektom. Ipak je loša komplijansa verovatno glavni razlog loše antikoagulisnosti.

Ključne reči: atrijalna fibrilacija, oralna antikogulantna terapija, tromboembolizam, hipertrofija leve komore, dijabetes melitus, gojaznost.

INDEX AUTORA

Adamović D. 45, 50
 Aleksić Aleksandar 37
 Aleksić Željka 38
 Arandelović Ivana 41, 42, 60, 61

Bajer D. 26
 Bastać Mila 41, 42, 60, 61
 Bastać Dušan 35, 41, 42, 60, 61
 Beleslin Branko 34
 Bjelaković Bojko B. 36
 Bogoslović Miloš 56

Ć. Ivana 55
 Čelić Gluvić Vesna 45
 Ćirić Danijela 31, 56, 59
 Cokić Bojana 40
 Ćuk Vladimir 18
 Cvetić M 29

Dimitrijević M 45, 50
 Dimovski D 48, 58

Đorđević B. 28, 32
 Đorđević Dikić Ana 34
 Đorđević- Spasić Marina 37
 Đurić Janko 19
 Đurić Sonja 45

Gajović I. 28, 32
 Gerzić Enis 45

Ivetić O. 58

Jakovljević Milica 56
 Janković D. 52
 Janković Ivana 46
 Janković Marijana 51, 52
 Janković Srđa 11
 Jelenković Bratimirka 40, 59
 Jelenković Zoran 30, 39, 41, 42
 Jolić A 45, 50
 Jovanović Goran 22
 Jovanović Z. 26

Kitanović Momir 47
 Knežević S 28, 32
 Komlenić A 48, 52
 Kon Predrag 13

Lončarević Goranka 10
 Lučić N. 27
 Lukić Ivan 47, 57

Lukić Ivana 30

M. Gak 33
 Magdić 26
 Malivuković Ana 27
 Maljković Igor 27
 Marković Dejan 25
 Marušić Predrag 16
 Miletić Emilio 56
 Milosavljević I 32
 Milošević Aleksandar 18
 Milošević Lj. 54
 Milovanović T. 26
 Mitov Vladimir 35, 45, 50
 Mitrić Biljana 27
 Mitrović Dragana 56, 59
 Mladenović Bojana 31, 59
 Mladenović-Petrović Miljana 44
 Momčilov Paja 21

Najdanović Mandić Vera 22
 Nikolić M. 45, 50

Okiljević Z. 48, 52
 Oljača Čedomir 45

P. Miloš 54
 Pašić Srđan 12
 Paunković Džejn 43
 Paunković Nebojša 43
 Petrović Vladimir 8
 Prijić Sergej 37

R. Jasmina 55
 R. Olica 55
 Radivojčević Uroš 27
 Radojević B. 57
 Radovanović Zoran 14
 Rangelov N. 26
 Raščanin Anastasija 41, 42, 60, 61
 Repac Marija 30, 47
 Repac Vinka 30, 50, 57

Segedi Dimitrije 21
 Šekularac Dragoslav D. 49
 Simović -Šijaković Divna D. 49
 Slavić D. 58
 Smiljanić Z 29
 Stančić Ivica Z. 23
 Stanimirov Branislava 30, 47, 57
 Stanković D. 26
 Stanojević Svetlana 53

Stanojlović Olgica 59
Stanulović Tamara 31, 59
Stefanović Ivan 18
Stojković D. 25

T. Dubravka 33
T. Snežana 55
Tasić Marko 56
Tošić Brankica 32

Vasić Brankica 17, 54, 57
Veljković M. 27
Vešović N. 25
Vlatković Zoranka 30
Vlatković Zoranka 50
Vukašinović Biljana B. 49
Vukomanović Vladislav 36

Zdravković Marija 35
Žikić Radoš 30
Žikić Slobodan 56
Živković A 54
Živković Rade 23