

XLIV TIMOČKI MEDICINSKI DANI

ZBORNIK SAŽETAKA

21.-24. MAJ 2025. godine

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

Izlazi od 1976.
has been published since 1976.

UREDNIŠTVO/ EDITORIAL

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

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

POMOĆNIK GLAVNOG I ODGOVORNOG UREDNIKA/ ASSISTANT EDITOR

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

ČLANOVI UREDNIŠTVA TMG

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

SEKRETARI UREDNIŠTVA/ EDITORIAL SECRETARIES

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

TEHNIČKI UREDNIK/ TECHNICAL EDITOR

Petar Basić, Zaječar

UREĐIVAČKI ODBOR/EDITORIAL BOARD

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

LEKTORI/PROOFREADERS

Srpski jezik/Serbian language:

Prof srpskog jezika Violeta Simić, philologist, Zaječar

Engleski jezik/English language:

Prof engleskog jezika Slobodanka Stanković Petrović, philologist Zaječar
Milan Jovanović, stručni prevodilac za engleski jezik

VLASNIK I IZDAVAČ/OWNER AND PUBLISHER

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

ADRESA REDAKCIJE/EDITORIAL OFFICE

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

ADRESA ELEKTRONSKE POŠTE/E-MAIL

tmglasnik@gmail.com
dusanbastac@gmail.com

WEB ADRESA/WEB ADDRESS

www.tmg.org.rs

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

TEKUĆI RAČUN/ CURRENT ACCOUNT

Srpsko lekarsko društvo, podružnica Zaječar 205-167929-22

ŠTAMPA/PRINTED BY

Spasa, Knjaževac

TIRAŽ/CIRCULATION 500 primeraka/500 copies

CIP - Каталогизација 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



**TIMOČKI
MEDICINSKI
GLASNIK**

**TIMOK
MEDICAL
GAZETTE**

GENERALNI SPONZOR 44.Timočkih medicinskih dana:



Ordinacija “Dr Bastać”
Zaječar, Kosačićev venac br. 16 tel. 019 432 333

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*

ORGANIZATOR XLIV TMD

Srpsko lekarsko društvo
Podružnica Zaječar - Zaječar



Подружница Зајечар

XLIV TIMOČKI MEDICINSKI DANI (TMD)

Od 21. do 24. maja 2025. godine (sreda, četvrtak, petak, subota) u Zaječaru.

RB	Datum, dan	Satnica	Vrsta edukacije	TEMA
1	sreda 21.05.2025.	15:00-19:00	Ostali nacionalni seminari	44. Timočki medicinski dani - ISTORIJA MEDICINE Zaječar 2025.
2	četvrtak 22.05.2025.	08:00-15:00	Nacionalni simpozijum	44. Timočki medicinski dani - PREVENTIVNA MEDICINA, Zaječar 2025.
3	četvrtak 22.05.2025.	15:00-21:00	Nacionalni seminar 1. kategorije	44. Timočki medicinski dani - ZDRAVLJE MLADIH Zaječar 2025.
4	petak 23.05.2025.	08:00-15:00	Nacionalni simpozijum	44. Timočki medicinski dani - DIJAGNOSTIKA I KONZERVATIVNA MEDICINA - SAVREMENI ASPEKTI 2025.
5	petak 23.05.2025.	15:30-18:30	Ostali nacionalni seminari	44. Timočki medicinski dani - AKTUELNOSTI IZ PATOLOGIJE Zaječar 2025.
SVEČANA VEČERA od 20 sati				
6	subota 24.05.2025.	08:00-15:00	Nacionalni simpozijum	44. Timočki medicinski dani - AKTUELNOSTI U STOMATOLOGIJI, Zaječar 2025.
7	subota 24.05.2025.	15:30-18:30	Ostali nacionalni seminari	44. Timočki medicinski dani - KONGENITALNE ANOMALIJE Zaječar 2025.

Ispred Naučnog odbora 44 Timočkih medicinskih dana:

Prim Dr Sc Dr med Dušan FESC specijalista interne medicine, subspecijalista kardiolog.
Glavni i odgovorni urednik "Timočkog medicinskog glasnika". Predsednik Naučnog odbora
Timočkih medicinskih dana. Potpredsednik Podružnice SLD Zaječar.
019/432333, 063/402396. dušan.bastac@gmail.com; dbastac.ordinacija@gmail.com

Ispred Organizacionog odbora 44. Timočkih medicinskih dana:

Prim Mr Sc Dr Bratimirka Jelenković, pedijatar endokrinolog. ZC Zaječar.
062 803 9570; bratimirkajelenkovic@gmail.com, sld.podruznicaZajecar@gmail.com.
Dr Brankica Vasić, pedijatar. Potpredsednik SLD Podružnice Zaječar.
vasicbrankica367@gmail.com

AKREDITACIJA: Republika Srbija. ZDRAVSTVENI SAVET. Broj: 153-02-00131 /2025-01.
Datum: 17.03.2025. godine. B e o g r a d

XLIV TMD od 21. do 24. maja 2025. godine

(sreda, četvrtak, petak, subota) u Zaječaru

Organizator: SLD, Podružnica Zaječar. Suorganizator: ZC Zaječar**PROGRAM**

SEMINAR 44. Timočki medicinski dani "ISTORIJA MEDICINE, Zaječar 2025." sreda, 21.05.2025.			
Satnica	Predavač	Tema	Metod obuke
14:00-15:00	Registracija učesnika. Pozdravna reč učesnicima seminara. Upoznavanje sa temama seminara. Ulazni test		
15:00-15:25	Moderatori: Dr Zoran Vacić, Prof. dr sci. med. Ljubomir Panajotović, Prim. dr sci. med. Petar Paunović		
15:00-15:25	Dr Zoran Vacić	IZUČAVANJE ISTORIJE MEDICINE	predavanje
15:25-15:50	Prof. dr sci. med. Ljubomir Panajotović	PRIKAZ I UZROK BLAGOSILJAJUĆE RUKE KROZ VEKOVE	predavanje
15:50-16:10	Prim. dr sci. med. Petar Paunović	BORBA PROTIV COVIDA 19 NA PODRUČJU TIMOČKE KRAJINE – ISTORIJSKI OSVRT	predavanje
16:10-16:50	Diskusija na teme iz prvog dela seminara		
16:50-17:05	Kratka pauza za odmor		
17:05-18:45	Moderatori: Dr Zoran Vacić, Prim. dr Vera Najdanović Mandić, Jelica Ilić, Dr Kristina Petrović		
17:05-17:30	Prim. dr Vera Najdanović Mandić	ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U MAJDANPEKU NEKAD I SAD	predavanje
17:30-17:55	Jelica Ilić	KNJAŽEVAČKI OKRUŽNI LEKARI 1881. - 1921. GODINA	predavanje
18:50-18:10	Dr Kristina Petrović	ISTORIJAT GINEKOLOŠKO-AKUŠERSKE SLUŽBE U KLADOVU	predavanje
18:10-18:45	Diskusija na teme iz prvog dela seminara		
18:45-19:15	Prim. dr sci. med. Petar Paunović: Prezentacija knjige „Epidemije zaraznih bolesti na području Timočke Krajine od 1833. do 2020. godine“		
18:45-19:30	Zatvaranje seminara. Izlazni test		

SPISAK PREDAVAČA:

- Dr Zoran Vacić.** Akademija medicinskih nauka Srpskog lekarskog društva, Beograd. Uža naučna oblast: Istorija medicine. TEMA: IZUČAVANJE ISTORIJE MEDICINE
- Prof. dr sci. med. LJUBOMIR PANAJOTOVIĆ,** profesor u penziji, Eterna medical system Beograd Beograd. Uža naučna oblast: Plastična i rekonstruktivna hirurgija, mikrohirurgija. TEMA: PRIKAZ I UZROK BLAGOSILJAJUĆE RUKE KROZ VEKOVE
- Prim. dr sci. med. Petar Paunović.** specijalista epidemiologije, socijalne medicine i zdravstvenog vaspitanja. Učitelj zdravlja Rajačka narodna škola zdravlja. Uža naučna oblast: Zdravstveno vaspitanje. TEMA: BORBA PROTIV KOVIDA 19 NA PODRUČJU TIMOČKE KRAJINE – ISTORIJSKI OSVRT
- Prim. dr Vera Najdanović Mandić.** Specijalista ginekologije i akušerstva. Penzioner. Ordinacija „Harmony“, Zaječar. Uža naučna oblast: Citologija. TEMA: ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U MAJDANPEKU NEKAD I SAD
- Jelica Ilić.** Istoričar, muzejski savetnik Narodni muzej Zaječar. Uža naučna oblast: Istorija Timočke krajine. TEMA: KNJAŽEVAČKI OKRUŽNI LEKARI 1881.-1921. GODINA
- Dr Kristina Petrović.** Specijalista ginekologije i akušerstva. ZC Kladovo. Uža naučna oblast: Ginekologija i akušerstvo. TEMA: ISTORIJAT GINEKOLOŠKO AKUŠERSKE SLUŽBE U KLADOVU.

SIMPOZIJUM 44. Timočki medicinski dani "PREVENTIVNA MEDICINA, Zaječar 2025." četrtek, 22.05.2025.			
Satnica	Predavač	Tema	Metod obuke
08:00-08:40	Registracija učesnika. Pozdravna reč učesnicima		
08:40-09:10	Moderatori: Prim. mr sci med dr Bratimirka Jelenković, Dr Mirko Trailović Usmene prezentacije originalnih radova 1. Dragana Mitrović, Danijela Ćirić, Miloš Bogoslović, Miljana Mladenović Petrović, Vladana Nikolić, Milica Jakovljević: SINDROM POLICISTIČNIH JAJNIKA U ADOLESCENTNOM UZRASTU - prikaz slučaja 2. Sanja Dlbokić: SKRINING ZA DIABETES MELLITUS U DISPANZERU ZA TRUDNICE		
09:10-10:45	Moderatori: Prim. dr sc. med. dr Dušan Bastać, Mr sci med dr Zoran Joksimović		
09:10-09:30	Mr sci med dr Zoran Joksimović	RANO OTKRIVANJE (SKRINING) RAKA DEBELOG CREVA	predavanje
09:30-09:50	Prim. dr sci med. dr Dušan Bastać	SKRINING ZA KORONARNU ARTERIJSKU BOLEST SRCA KOD ASIMPTOMATSKIH OSOBA	predavanje
09:50-10:10	Prim. dr Vera Najdanović Mandić	CERVIKALNI KANCER - SKRINING U ZAJEČARU	predavanje
10:10-10:30	Dr Mirko Trailović	SKRINING DIABETES MELLITUS-a U DISPANZERU ZA TRUDNICE DOMA ZDRAVLJA ZAJEČAR	predavanje
10:30-10:45	Diskusija sa predavačima na teme iz prvog dela simpozijuma		
10:45-11:00	Kratka pauza za odmor		
11:00-13:00	Moderatori: Dr sci med. dr Tatjana Milenković. NS, Mr sci med dr Božica Kecman, Prim. dr Bojana Cokić		
11:20-11:50	Dr sci med. dr Tatjana Milenković. NS	NEONATALNI SKRINING NA KAH (Kongenitalnu adrenalnu hiperplaziju)	predavanje
11:20-11:50	Prim. dr Bojana Cokić	NEONATALNI SKRINING U PREVENICIJI FENILKETONURIJE	predavanje
11:50-12:10	Dr Brankica Vasić	SPINALNA MIŠIĆNA ATROFIJA (SMA), ZNAČAJ SKRININGA	predavanje
12:10-12:30	Mr sci med dr Božica Kecman	SKRINING NA FAMILIJARNU HIPERHOLESTEROLEMIJU	predavanje
12:30-12:45	Prim. mr sci med dr Bratimirka Jelenković	STRATEGIJA RANOG OTKRIVANJA DIJABETES MELITUSA TIPA1 KOD DECE	predavanje
12:45-13:00	Diskusija sa predavačima na teme iz drugog dela		
13:00-13:20	Prof. Dr Jelena Ilić Sabo	ULOGA PATOLOGA U SAVREMENOJ DIJAGNOZI MIJELOPROLIFERATIVNIH NEOPLAZMI	predavanje
13:20-14:00	pauza za odmor i osveženje		
	Svečano zatvaranje i dodela sertifikata		

SPISAK PREDAVAČA:

1. **Mr sci med dr Zoran Joksimović.** specijalista internista, magistar medicinskih nauka. Internistička ordinacija „DR Dušan Bastać“ Zaječar. Uža naučna oblast: Interna medicina, gastroenterologija. TEMA: **RANO OTKRIVANJE (SKRINING) RAKA DEBELOG CREVA**
2. **Prim. dr sci med. dr Dušan Bastać.** Specijalista internista-kardiolog, magistar i doktor medicinskih nauka, Privatna internistička ordinacija „Dr Bastać“, Zaječar. Uža naučna oblast: kardiologija. TEMA: **SKRINING ZA KORONARNU ARTERIJSKU BOLEST SRCA KOD ASIMPTOMATSKIH OSOBA**

3. **Prim. dr Vera Najdanović Mandić**, specijalista ginekologije i akušerstva, penzioner. Privatna ordinacija "Harmony", Zaječar, TEMA: **CERVIKALNI KANCER- SKRINING U ZAJEČARU**
4. **Dr Mirko Trailović**, specijalista ginekologije i akušerstva, ZC Zaječar. Uža naučna oblast: ginekologija i akušerstvo. TEMA: **SKRINING DIABETES MELLITUS-a U DISPANZERU ZA TRUDNICE DOMA ZDRAVLJA ZAJEČAR**
5. **Dr sci med. dr Tatjana Milenković**, Naučni saradnik, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta "Dr Vukan Čupić", Beograd. Uža naučna oblast: pedijatrijska endokrinologija. TEMA: **NEONATALNI SKRINING NA KAH (KONGENITALNU ADRENALNU HIPERPLAZIJU)**
6. **Prim. dr Bojana Cokić**, Pedijatar. Privatna pedijatrijska ordinacija „Lazarica“ Zaječar. Uža naučna oblast: Genetika. TEMA: **NEONATALNI SKRINING U PREVENCIJI FENILKETONURIJE**
7. **Dr Brankica Vasić**, pedijatar. Pedijatrijska služba ZC Zaječar. Uža naučna oblast: Pedijatrija, Razvojni problemi dece i mladih. TEMA: **SPINALNA MIŠIČNA ATROFIJA (SMA), ZNAČAJ SKRININGA**
8. **Mr sci med dr Božica Kecman**, lekar Odeljenja za ispitivanje i lečenje metaboličkih bolesti, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta "Dr Vukan Čupić", Beograd. Uža naučna oblast: klinička genetika i urođeni poremećaji metabolizma. TEMA: **SKRINING NA FAMILIJARNU HIPERHOLESTEROLEMIJU**
9. **Prim. mr sci med dr Bratimirka Jelenković**, pedijatar-endokrinolog. Pedijatrijska služba ZC Zaječar, Zaječar. Uža naučna oblast: pedijatrijska endokrinologija. TEMA: **STRATEGIJA RANOG OTKRIVANJA DIJABETES MELITUSA TIP1 KOD DECE**
10. **Prof. Dr Jelena Ilić Sabo**, Vanredni profesor. Univerzitetski klinički centar Vojvodine. Uža naučna oblast: histologija i embriologija. Patologija. TEMA: **ULOGA PATOLOGA U SAVREMENOJ DIJAGNOZI MIJELOPROLIFERATIVNIH NEOPLAZMI**

SEMINAR 44. Timočki medicinski dani, "ZDRAVLJE MLADIH" Zaječar 2025. četvrtak, 22.05.2025.			
13:30-14:20	Registracija učesnika		
14:20-14:50	Svečano otvaranje 44. TMD		
14:20-15:00	Upoznavanje učesnika sa temama seminara. Ulazni test		
15:00-16:50	Moderatori: Prof. dr Mirjana Doknić, Dr Ljiljana Plavšić, Prim. mr sci med dr Bratimirka Jelenković		
15:00-15:20	Prof. dr Mirjana Doknić	PERIOD TRANZICIJE ZA MLADE SA HIPOPITUITARIZMOM-20 GODINA NAŠEG ISKUSTVA	predavanje
15:20-15:50	Prim. mr sci med dr Bratimirka Jelenković	KASNI PUBERTET: BRIGA ZA ADOLESCENATE - IZAZOVI U PRAKTIČNOM RADU ZA PEDIJATRE	predavanje
15:50-16:10	Dr sci med dr Ljiljana Plavšić	ULOGA DIJETE I TRENINGA U LEČENJU GOJAZNOSTI	predavanje
16:10-16:50	Diskusija na teme iz prvog dela seminara		
16:50-17:05	Kratka pauza za odmor		
17:05-19:15	Moderatori: Dr sci med dr Katarina Sedlecky, Prof. dr Nataša Rančić, Dr Brankica Vasić, Ljiljana Tešanović		
17:05-17:25	Prof. dr Nataša Rančić	IMUNIZACIJA MLADIH	predavanje
17:25-17:50	Dr Brankica Vasić	MLADI SA INVALIDITETOM U PERIODU TRANZICIJE. ŠTA? KAKO? GDE?	predavanje
17:50-18:10	Ljiljana Tešanović	BLISKOST - POTREBA NAŠA NASUŠNA	
18:10-18:30	Dr sci med dr Katarina Sedlecky	ZNAČAJ KONTRACEPCIJE ZA OČUVANJE ZDRAVLJA MLADIH	Predavanje ON LAJN
18:30-19:15	Diskusija na teme iz drugog dela seminara		
19:15-	Dramska sekcija mladih. Zatvaranje seminara. Izlazni test		

SPISAK PREDAVAČA:

1. **Prof. dr Mirjana Doknić**, Endokrinolog, KC Srbije, Medicinski fakultet univerziteta u Beogradu. Uža naučna oblast: endokrinologija. TEMA: **PERIOD TRANZICIJE ZA MLADE SA HIPOPITUITARIZMOM-20 GODINA NAŠEG ISKUSTVA**
2. **Prim. mr sci med dr Bratimirka Jelenković**, pedijatar-endokrinolog. Pedijatrijska služba ZC Zaječar, Zaječar. Uža naučna oblast: pedijatrijska endokrinologija. TEMA: **KASNI PUBERTET: BRIGA ZA ADOLESCENATE - IZAZOVI U PRAKTIČNOM RADU ZA PEDIJATRE**

3. **Dr sci med dr Ljiljana Plavšić.** Pedijatar, specijalista ishrane, doktor nauka. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić”. Uža naučna oblast: Pedijatrija. TEMA: **ULOGA DIJETE I TRENINGA U LEČENJU GOJAZNOSTI**
4. **Prof. dr Nataša Rančić.** Vanredni profesor, Medicinski fakultet Niš. Epidemiolog. Uža naučna oblast: Epidemiologija. TEMA: **IMUNIZACIJA MLADIH**
5. **Dr Brankica Vasić.** Pedijatar. ZC Zaječar. Uža naučna oblast: Pedijatrija, Razvojni problemi dece i mladih. TEMA: **MLADI SA INVALIDITETOM U PERIODU TRANZICIJE. ŠTA? KAKO? GDE?**
6. **Ljiljana Tešanović.** Psiholog i psihoterapeut. Penzioner. Uža naučna oblast: Psihijatrija. TEMA: **BLISKOST - POTREBA NAŠA NASUŠNA**
7. **Dr sci med dr Katarina Sedlecky.** Specijalista dečije i adolescentne ginekologije. Konsultant: Ginekološko-akušerska ordinacija AKUGIN i Specijalna bolnica “Dr Žutić”. Uža naučna oblast: Planiranje porodice, dečija i adolescentna ginekologija, reproduktivno zdravlje mladih. TEMA: **ZNAČAJ KONTRACEPCIJE ZA OČUVANJE ZDRAVLJA MLADIH**

SIMPOZIJUM 44. Timočki medicinski dani, DIJAGNOSTIKA I KONZERVATIVNA MEDICINA – SAVREMENI ASPEKTI, Zaječar 2025. Petak, 23.05.2025.			
Satnica	Predavač	Tema	Metod obuke
07:30-08:00	Registracija učesnika		
08:00-09:00	Moderatori: Prim. mr sci med dr Dušan Bastać, Kl asis. primarijus dr sci med Goran Đuričić		
	Usmene prezentacije originalnih radova i diskusija		
	Božinović Milan, Mihajlović Ivana, Božinović Milena, Božinović Nebojša: ZNAKOVI U RADIOLOGIJI KOJI SU TERMINOLOŠKI POVEZANI SA HRANOM		
	Lukić I., Lukić Andrijin I., Garić M.: RUPTURA M. MASETERA PRILIKOM POROĐAJA - prikaz slučaja		
	Lukić Andrijin I, Žakula N.: KONGENITALNA CISTA JAJNIKA ILI NEŠTO DRUGO? – prikaz slučaja		
	Nebojša Paunković i Džejn Paunković: TIREOLOGIJA KROZ POGLAVLJA I VREME, II DEO		
	Poster prezentacije originalnih radova i diskusija		
	Repac Marija, Lukić Ivana, Repac Vinka: ALERGIJSKI KONJUNKTIVITIS DECE ŠKOLSKOG UZRASTA OPŠTINE ŽITIŠTE		
09:00-10:20	Moderatori prvog dela seminara: Prof. dr Ivan Stefanović, Kl asis. primarijus dr sci med Goran Đuričić		
09:00-09:20	Prof. dr Ivan Stefanović	ZNAČAJ EHOGRAFSKE DIJAGNOSTIKE U OFTALMOLOGIJI	predavanje
09:20-09:40	Kl asis. Prim dr sci med Goran Đuričić	RADIOLOŠKA DG LOKOMOTORNOG SISTEMA SA FOKUSOM NA OSTEOMUSKULARNI ULTRAZVUK	predavanje
09:40-10:00	Prof dr Dušan Đurić	HIPERBARIČNA TERAPIJA KISEONIKOM (HBOT): FENIKS 21. VEKA	predavanje ON LAJN
10:00-10:15	DISKUSIJA		
10:20-10:35	PAUZA		
10:35-10:55	Moderatori drugog dela seminara: Dri sci med dr Vojin Brković, Prim. mr sci med dr Dušan Bastać, Prim. dr sci med dr Biserka Tirmenštajn Janković		
10:35-10:55	Dri sci med dr Vojin Brković	SAVREMENI PRISTUP LEČENJA HRONIČNE SLABOSTI BUBREGA	predavanje
10:55-11:15	Mr sc.med. dr Zoran Joksimović	EFEKTI GASTROEROZIVNIH LEKOVA I GASTROPROTEKCIJA KOD ANTITROMBOTSKE TERAPIJE	predavanje

11:15-11:35	Prim. dr sci med dr Biserka Tirmenštajn Janković	OŠTEĆENJE BUBREŽNE FUNKCIJE IZAZVANO LEKOVIMA: NAJČEŠĆI NEFROTOKSIČNI LEKOVI I MERE PREVENCIJE	predavanje
11:35-11:50	DISKUSIJA		
11:55-12:30	PAUZA. KOKTEL		
12:30-13:45	Moderatori trećeg dela seminara: Prim. Dr sci med dr Dušan Bastać FESC, Dr Aleksandar Jolić. FACC		
12:30-12:50	Prim. Dr sci med dr Dušan Bastać	TRODIMENZIONALNA TRANSEZOFGEALNA EHOKARDIOGRAFIJA: KADA I KOME?	predavanje
12:50-13:10	Dr Aleksandar Jolić. FACC	NOVINE U TRAJNOJ ELEKTROSTIMULACIJI SRCA	predavanje
13:10-13:30	Dr Milan Nikolić	NEFROTOKSIČNOST JODNIH KONTRASTNIH SREDSTAVA (CIN)	predavanje
13:30-13:45	DISKUSIJA		
13:45-14:00	SPONZORISANO PREDAVANJE NOVONORDISK D.O.O: Prim. mr sci med dr Miodrag Đorđević: NOVA EPOHA U TERAPIJI DIABETES MELITUSA TIP 2		
14:10-	Zatvaranje simpozijuma		

SPISAK PREDAVAČA:

1. **Prof. dr Ivan Stefanović.** Redovni profesor. Oftalmoloska ordinacija "Stefanović", Beograd. Uža naučna oblast: oftalmologija. TEMA: **ZNAČAJ EHOGRAFSKE DIJAGNOSTIKE U OFTALMOLOGIJI**
2. **Kl. Asist. primarijus dr sci.med. Goran Đuričić.** Univerzitetska dečja klinika, Beograd. Uža naučna oblast: Radiologija. TEMA: **RADIOLOŠKA DG LOKOMOTORNOG SISTEMA SA FOKUSOM NA OSTEOMUSKULARNI ULTRAZVUK**
3. **Prof dr Dušan Đurić,** redovni profesor. Fakultet medicinskih nauka u Kragujevcu. Uža naučna oblast: Klinička farmakologija, Klinička farmacija. TEMA: **HIPERBARIČNA TERAPIJA KISEONIKOM (HBOT): FENIKS 21. VEKA**
4. **Dr sci med dr Vojin Brković.** Specijalista interne medicine – subspecijalista nefrologije. Klinika za nefrologiju UKCS. Uža naučna oblast: nefrologija. TEMA: **SAVREMENI PRISTUP LEČENJA HRONIČNE SLABOSTI BUBREGA**
5. **Mr sc.med. dr Zoran Joksimović,** specijalista internista, magistar medicinskih nauka. Penzioner. Privatna ordinacija „Dr Bastać“, Zaječar. Uža naučna oblast: Interna medicina, gastroenterologija. TEMA: **EFEKTI GASTROEROZIVNIH LEKOVA I GASTROPROTEKCIJA KOD ANTIROMBOTSKE TERAPIJE**
6. **Prim. dr sci med. dr Biserka Tirmenštajn Janković,** internista-nefrolog; Magistar nefrologije ZC Zaječar, Odeljenje hemodijalize. Uža naučna oblast: nefrologija. TEMA: **OŠTEĆENJE BUBREŽNE FUNKCIJE IZAZVANO LEKOVIMA: NAJČEŠĆI NEFROTOKSIČNI LEKOVI I MERE PREVENCIJE.**
7. **Prim. dr sci med. dr Dušan Bastać,** specijalista internista-kardiolog, magistar i doktor medicinskih nauka, Privatna internistička ordinacija „Dr Bastać“, Zaječar. Uža naučna oblast: kardiologija. TEMA: **TRODIMENZIONALNA TRANSEZOFAGEALNA EHOKARDIOGRAFIJA: KADA I KOME?**
8. **Dr Aleksandar Jolić. FACC.** Internista, specijalista za srčani ritam. Zdravstveni Centar Zaječar, Interno odeljenje, Odeljenje invazivne kardiologije, Pejsmejercentar. Uža naučna oblast: Opšta kardiologija, Elektrostimulacija, Invazivna kardiologija. TEMA: **NOVINE U TRAJNOJ ELEKTROSTIMULACIJI SRCA**
9. **Dr Milan Nikolić.** Specijalista interne medicine. Odeljenje invazivne karidologije, Interno odeljenje, Zdravstveni centar Zaječar. Uža naučna oblast: Poremećaji srčanog ritma, antibradikardni i antitahikardni pejsmejkeri, koronarnaarterijska bolest, perkutane koronarne intervencije, tromboembolijska bolest pluća. TEMA: **NEFROTOKSIČNOST JODNIH KONTRASTNIH SREDSTAVA (CIN)**

SEMINAR 44. Timočki medicinski dani "AKTUELNOSTI IZ PATOLOGIJE Zaječar 2025." petak 23.05.2025.			
14:30-15:00	Registracija učesnika. Upozavanje učesnika sa temama seminara. Ulazni test		
15:00-16:45	Moderatori: Prof. dr Ivan R. Paunović, Prof dr Miljan Krstić, Doc. Dr Nikola Živković		
15:30-15:50	Prof. dr Ivan R. Paunović	KOMPLIKACIJE LAPAROSKOPSKE HIRURGIJE TUMORA NADBUBREŽNE ŽLEZDE	predavanje
15:50-16:10	Prof dr Miljan Krstić	DIJAGNOSTIKA TUMORA ŽELUCA NA EDNOSKOPSKIM BIOPSIJAMA	predavanje
16:10-16:30	Prof. dr Nikola Živković	NOVINE U PATOHISTOLOŠKOJ DIJAGNOSTICI INVAZIVNOG KARCINOMA DOJKE	predavanje
16:30-16:45	Diskusija na teme iz prvog dela seminara		
16:45-17:00	Kratka pauza za osveženje		
17:00-17:55	Moderatori: Prof. dr. Slobodan Nikolić, Ass dr Aleksa Leković		
17:00-17:20	Prof. dr. Slobodan Nikolić	POSTMORTALNA TOKSIKOLOGIJA I FORENZIČKA PATOLOGIJA	predavanje
17:20-17:40	Ass dr Aleksa Leković	POSTMORTALNE RADIOLOŠKE TEHNIKE SNIMANJA I FORENZIČKA PATOLOGIJA	predavanje
17:40-17:55	Diskusija na teme iz drugog dela seminara		
17:55-19:05	Moderatori: Dr sci med Svetlana Milenković, Dr Mladen Jolić		
17:55-18:15	Dr sci med Svetlana Milenković	NOVA KLASIFIKACIJA STADIJUMA ENDOMETRIJALNIH KARCINOMA FIGO 2023.	predavanje
18:15-18:30	Dr Mladen Jolić	VELIKI MUCINOZNI CISTADENOM JAJNIKA	predavanje
18:30-18:50	Dr Maria Putova	CYTOLOGICAL DIAGNOSIS OF PERITONEAL WASHINGS FOR THE DETECTION OF FREE CANCER CELLS IN PATIENTS WITH GASTRIC CANCER	Predavanje ON LAJN
18:50-19:05	Diskusija na teme iz drugog dela seminara		
17:55-18:15	Zatvaranje seminara. Izlazni test		

SPISAK PREDAVAČA:

1. **Prof. dr Ivan R. Paunović.** Redovni profesor hirurgije u penziji. Medicinski fakultet u Beogradu. Uža naučna oblast: Hirurgija (endokrina hirurgija). TEMA: **KOMPLIKACIJE LAPAROSKOPSKE HIRURGIJE TUMORA NADBUBREŽNE ŽLEZDE**
2. **Prof dr Miljan Krstić,** Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, Katedra za patologiju. Centar za patologiju, UKC Niš, vanredni profesor za uno patologija na katedri za patologiju Medicinskog fakulteta Univerziteta u Nišu. Specijalista patolog, subspecijalista kliničke patologije, rukovodilac Centra za patologiju, UKC Niš. Uža naučna oblast: Patologija (hematopatologija, patologija gastrointestinalnog trakta, patologija kože, ginekološka patologija, imunohistohemija, biologija kancerskih stem ćelija). TEMA: **DIJAGNOSTIKA TUMORA ŽELUCA NA EDNOSKOPSKIM BIOPSIJAMA.**
- 3 **Prof. dr. Dr Nikola Živković,** Vanredni profesor Centar za patologiju, UKC Niš. Uža naučna oblast: Patologija. TEMA: **NOVINE U PATOHISTOLOŠKOJ DIJAGNOSTICI INVAZIVNOG KARCINOMA DOJKE**
4. **Prof. dr. Slobodan Nikolić.** Redovni profesor. Institut za sudsku medicinu „Milovan Milovanović“, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu. Uža naučna oblast: Sudska medicina. TEMA: **POSTMORTALNA TOKSIKOLOGIJA I FORENZIČKA PATOLOGIJA**
5. **Ass dr Aleksa Leković.** Institut za sudsku medicinu „Milovan Milovanović“, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu. Uža naučna oblast: Sudska medicina. TEMA: **POSTMORTALNE RADIOLOŠKE TEHNIKE SNIMANJA I FORENZIČKA PATOLOGIJA**
6. **Dr sci med Svetlana Milenković.** Doktor nauka, subspecijalista medicinske citologije. Služba za patologiju UKCS Beograd, Odeljenje ginekološke patologije i citologije. Uža naučna oblast: ginekološka patologija i citologija. TEMA: **NOVA KLASIFIKACIJA STADIJUMA ENDOMETRIJALNIH KARCINOMA FIGO 2023.**

7. **Dr Mladen Jolić**. Specijalista ginekologije i akušerstva. Zdravstveni centar Zaječar – Odeljenje ginekologije i akušerstva. Uža naučna oblast: Ginekologija i akušerstvo. TEMA: **VELIKI MUCINOZNI CISTADENOM JAJNIKA**

SIMPOZIJUM 44. Timočki medicinski dani "AKTUELNOSTI U STOMATOLOGIJI, Zaječar 2025." subota, 24.05.2025.			
Satnica	Predavač	Tema	Metod obuke
08:30-09:00	Registracija učesnika. Svečano otvaranje i upoznavanje učesnika sa temama seminara		
09:00-10:10	Moderatori: Prof. dr Vladimir Biočanin, Prof. dr Stevo Matijević, Prof. dr Goran Jovanović		
09:00-09:20	Prof. dr Goran Jovanović	OSTEONEKROZA VILICA PROUZROKOVANA MEDIKAMENTIMA	predavanje
09:20-09:40	Prof. dr Vladimir Biočanin	SAVREMENI PRISTUP SINUS LIFTU	predavanje
09:40-10:00	Prof. dr Stevo Matijević	HRONIČNI OROFACIJALNI BOL – IZAZOV U KLINIČKOJ PRAKSI	predavanje
10:00-10:10	Diskusija na teme iz prvog dela seminara		
10:10-10:25	Kratka pauza za odmor		
10:25-11:55	Moderatori: Prof. dr Ivica Stančić, Prof. dr Rade S. Živković, Prof. dr Milena Kostić, Doc. dr Mirjana Perić		
10:25-10:45	Prof. dr Ivica Z. Stančić	ORALNO ZDRAVLJE SEOSKOG STANOVNIŠTVA – POVEZANOST SA OPŠTIM ZDRAVLJEM I KVALITETOM ŽIVOTA	predavanje
10:45-11:05	Prof. dr Rade S. Živković	PROTOKOLI OTISKIVANJA U STOMATOLOŠKOJ PROTETICI	predavanje
11:05-11:25	Prof. dr Milena Kostić	FIKSNE NADOKNADE I OBOLJENJA PARODONTA	predavanje
11:25-11:45	Doc. dr Mirjana Perić	KOMPOZITNI KOČIČI: FAKTORI USPEHA U PROTETSKOJ REHABILITACIJI	predavanje
11:45-11:55	Diskusija na teme iz stomatološke protetike i restaurativne stomatologije		
11:55-12:40	Pauza za odmor		
12:40-14:10	Moderatori: Prof. dr Dejan Marković, Prof. dr Vanja Petrović, Dr. sci Nataša Pejčić-Barać		
12:40-13:00	Prof. dr Dejan Marković	FUNKCIONALNOST I DUGOVEČNOST ESTETSKIH RESTAURACIJA U BOČNOJ REGIJI	predavanje
13:00-13:20	Prof. dr Vanja Petrović	MERE ZA OČUVANJE ORALNOG ZDRAVLJA KOD HENDIKEPIRANE DECE	predavanje
13:20-13:40	Dr. sci Nataša Pejčić-Barać	MINIMALNO INVAZIVNE INTERVENCIJE U TERAPIJI KARIJESA	predavanje
13:40-14:00	Prof. dr Zoran Mandinić	PRISTUP STOMATOLOGA U ODNOSU NA PSIHOLOŠKI TIP DETETA	predavanje
14:00-14:10	Diskusija na teme iz dečije i preventivne stomatologije		
14:10-14:30	Poster prezentacije originalnih radova		

	Moderatori: Prof. dr Vladimir Biočanin, Prof. dr Ivica Stančić, Prof. dr Rade Živković, Prof. dr Dejan Marković
	1. Nataša Janković, Milena Kostić: RAZVOJ ORO FACIAL ESTHETIC SCALE NA SRPSKOM GOVORNOM I KULTUROLOŠKOM PODRUČJU (OES SERB)
	2. Bojana Mitkić, Marija Igić: PREVELENCIJA POVREDA PARODONTALNIH TKIVA MLEČNIH ZUBA
14:30-14:40	Zatvaranje s simpozijuma

SPISAK PREDAVAČA:

1. **Prof. dr Goran Jovanović.** Redovni profesor. Medicinski fakultet Niš. Uža naučna oblast: Oralna hirurgija. TEMA: **OSTEONEKROZA VILICA PROUZROKOVANA MEDIKAMENTIMA**
2. **Prof. dr Vladimir Biočanin.** Redovni profesor, Stomatološki Fakultet u Pančevu. Uža naučna oblast: Oralna hirurgija. TEMA: **SAVREMENI PRISTUP SINUS LIFTU**
3. **Prof. dr Stevo Matijević.** Vanredni profesor. Univerzitet odbrane, Medicinski fakultet Vojnomedicinske akademije. Klinika za stomatologiju VMA. Beograd. Uža naučna oblast: Stomatologija. Oralna hirurugija. TEMA: **HRONIČNI OROFACIJALNI BOL – IZAZOV U KLINIČKOJ PRAKSI**
4. **Prof. dr Ivica Z. Stančić.** Redovni profesor, Stomatološki fakultet Beograd, Klinika za stomatološku protetiku. TEMA: **ORALNO ZDRAVLJE SEOSKOG STANOVNIŠTVA – POVEZANOST SA OPŠTIM ZDRAVLJEM I KVALITETOM ŽIVOTA**
5. **Prof. dr Rade S. Živković.** Vanredni profesor. Stomatološki fakultet Beograd Klinika za stomatološku protetiku. Uža naučna oblast: Stomatološka protetika. TEMA: **PROTOKOLI OTISKIVANJA U STOMATOLOŠKOJ PROTETICI**
6. **Prof. dr Milena Kostić.** Vanredni profesor, Medicinski fakultet u Nišu, Klinika za dentalnu medicinu. Uža naučna oblast: Stomatološka protetika. TEMA: **FIKSNE NADOKNADE I OBOLJENJA PARODONTA**
7. **Doc. dr Mirjana Perić.** Docent. Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu. Klinika za stomatološku protetiku. Uža naučna oblast: Kliničke stomatološke nauke: stomatološka protetika. TEMA: **KOMPOZITNI KOČIČI: FAKTORI USPEHA U PROTETSKOJ REHABILITACIJI**
8. **Prof. dr Dejan Marković.** Redovni profesor. Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju. Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu. TEMA: **FUNKCIONALNOST I DUGOVEČNOST ESTETSKIH RESTAURACIJA U BOČNOJ REGIJI**
9. **Prof. dr Vanja Petrović.** Redovni profesor na predmetu dečja i preventivna stomatologija. Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju, Stomatološki fakultet u Beogradu. Uža naučna oblast: Dečja i preventivna stomatologija. TEMA: **MERE ZA OČUVANJE ORALNOG ZDRAVLJA KOD HENDIKEPIRANE DECE**
10. **Dr. sci Nataša Pejčić-Barać.** Naučni saradnik, Stomatološki fakultet, Univerziteta u Beogradu. Uža naučna oblast: Dečja i preventivna stomatologija. TEMA: **MINIMALNO INVAZIVNE INTERVENCIJE U TERAPIJI KARIJESA**
11. **Prof. dr Zoran Mandinić.** Vanredni profesor. Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu. Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju. Uža naučna oblast: Preventivna i dečja stomatologija. TEMA: **PRISTUP STOMATOLOGA U ODNOSU NA PSIHOLOŠKI TIP DETETA**

SEMINAR 44. Timočki medicinski dani "KONGENITALNE ANOMALIJE. Zaječar 2025." subota, 24.05.2025. Zaječar

Satnica	Predavač	Tema	Metod obuke
15:00	Registracija učesnika. Upoznavanje učesnika sa temama seminara. Ulazni test.		
15:30-15:55	Moderator: Doc dr Đorđe Kravljanac, Učesnici svi predavači		
15:30-15:55	Assist Dr sci med dr Predrag Ilić	OPSTRUKTIVNE ANOMALIJE URINARNOG TRAKTA KOD DECE	predavanje
15:55-16:20	Assist. Dr sci med Dr Zoran Paunović	KONGENITALNI DEFORMITETI STOPALA U DEČJEM UZRASTU	predavanje
16:20-16:45	Doc. dr Đorđe Kravljanac	SAVREMENI PRISTUP U LEČENJU KONGENITALNIH ANOMALIJA ŠAKE	predavanje
16:45-17:00	Diskusija na teme iz prvog dela seminara		
17:00-17:15	Kratka pauza za odmor		
17:15-18:15	Moderator: Prof. dr Ružica Kravljanac, Asisst. Dr sci med Dr Jovana Putnik		
17:15-17:40	Prof. Dr Ružica Kravljanac	NAJČEŠĆE KONGENITALNE MALFORMACIJE NERVNOG SISTEMA	predavanje
17:40-18:00	Asisst. Dr sci med Dr Jovana Putnik	PRIMARNI VEZIKOURETERNI REFLUKS	predavanje
18:00-18:15	Diskusija na teme iz drugog dela seminara		
18:15-18:30	Test. Zatvaranje seminara		

SPISAK PREDAVAČA:

1. **Assist dr sci med Dr Predrag Ilić**, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić" Novi Beograd. Klinički asistent, primarius. Uža naučna oblast: Dečija hirurgija, dečija urologija. TEMA: **OPSTRUKTIVNE ANOMALIJE URINARNOG TRAKTA KOD DECE**.
2. **Assist. dr sci med Dr Zoran Paunović**. Načelnik Službe za ortopediju i koštano zglobovnu traumu Specijalista dečje hirurgije i ortopedije. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić" Novi Beograd. Uža naučna oblast: dečja ortopedija. TEMA: **KONGENITALNI DEFORMITETI STOPALA U DEČJEM UZRASTU**
3. **Doc. Dr Đorđe Kravljanac**, Docent za oblast dečje hirurgije Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu - Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić" Novi Beograd, Upravnik Klinike za dečju hirurgiju, Načelnik Službe za prijem bolesnika, specijalističke i konsultativne preglede Klinike za dečju hirurgiju Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije. Uža naučna oblast: plastična hirurgija. TEMA: **SAVREMENI PRISTUP U LEČENJU KONGENITALNIH ANOMALIJA ŠAKE**
4. **Prof. Dr Ružica Kravljanac**. Profesor na katedri pedijatrije, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu. Načelnik Službe za ispitivanje i lečenje neuroloških i mišićnih bolesti - Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić" Novi Beograd. Uža naučna oblast: Pedijatrija, neuropedijatrija. TEMA: **NAJČEŠĆE KONGENITALNE MALFORMACIJE NERVNOG SISTEMA**
5. **Assist. dr sci med Dr Jovana Putnik**. Specijalista pedijatrije. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić" Novi Beograd. Uža naučna oblast: Nefrologija. TEMA: **PRIMARNI VEZIKOURETERNI REFLUKS**

SEMINAR

44. Timočki medicinski dani
ISTORIJA MEDICINE, Zaječar 2025.

1. ИЗУЧАВАЊЕ ИСТОРИЈЕ МЕДИЦИНЕ

Др Зоран Ваџић

У овом раду аутор проблематизује функцију Историје медицине као науке и значај њеног изучавања од антике до ХХИ века. Анализира две врсте историја: *прву* која се бави описима болести које су мењале свет и *другу* која исписује „хагиографије претеча и проналазача“, залажући се за успостављање њихових међусобних веза. Захваљујући доприносима културне и друштвене историје успостављен је критички приступ према болестима, телу и медицинском знању (науци). Овај приступ је сложен, јер се истовремено расправљају лично и опште. Аутор инсистира на чињеници (1) да је развој медицине, као науке и праксе, условљен развојем друштва, и (2) да болест обликује друштво на исти начин на који друштво обликује болести. Пратећи ова питања историја медицине залаже се за проучавање везе између *здравља и: поднебља, културе, етничитета, друштвене структуре, економије, забаве, етичких нормизаједнице и политичког концепта који обликује живот у заједници.*

Кључне речи: историја, здравље, болест, друштво, образовање

Литература:

1. MišelFuko, Rađanje klinike : arheologija medicinskog opažanja, (sa francuskog prevela: OljaPetronić), NoviSad: Mediteran publishing, 2009.
2. StanisPerez. "Hippocrateaux Archives": écrire l'histoire de la médecine, de l'Antiquité à nos jours. Journée d'étude "Écrire l'histoire de la médecine : temporalités, normes, concepts", StanisPerez, Nov 2013, Saint-Denis, France. hal-01315498
3. https://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_la_m%C3%A9decine pristupljeno 25. 9. 2024.
4. <https://chaire-philosophie.fr/wp-content/uploads/2019/10/Cartographie-enseigner-humanite-m%C3%A9decine.pdf> pristupljeno 25. 9. 2024.
5. R. Porter, „The Patient's View : Doing Medical History from Below“, Theory and Society, 1985, 14, 2, p. 175-198

2. PRIKAZ I UZROK BLAGOSILJAJUĆE RUKE KROZ VEKOVE

Ljubomir Panajotović, Eterna hospital Beograd; *Marko Panajotović*, Medicinski fakultet u Beogradu, (na doktorskim studijama medicinskih nauka); *Rade Panajotović*, lekar

Prikaz blagosiljajuće ruke u 'benediction Latina gestu' ("ruka blagoslova") je imala ritualnu važnost još u svetilištima religioznog naroda Rima, Atine. Četvrti i peti prst imaju kandžast oblik, sa hiperekstenzijom u metakarpofalangealnim (MCP) zglobovima i fleksijom proksimalnih i distalnih interfalangealnih (IP) zglobova, a drugi i treći prst i palac se drže blago abducirani. Prvi slikani motivi ovog oblika šake mogu se naći na freskama i mozaicima već iz II do IV veka nove ere. Ovaj motiv je svakako najslikaniji motiv u istoriji civilizacije.

Karakterističan gest rukom pojavljuje se u Hrišćanstvu kao religijski znak kojim sveštenici blagosiljaju vernike. Da li je izgled propovedničke šake gestovni religijski znak koji simbolično prikazuje krst pri sveštenu blagoslovu? U medicini ovaj izgled šake je dragocen dijagnostički znak i pod tim imenom je i poznat. Kod kog oboljenja-oštećenja? Da li oboljenje ima veze sa gestovnim pokretom sveštenika?

Propovednička šaka (poznata i kao znak blagoslova ili ruka propovednika, Benedictian Hand) je rezultat periferne neuropatije koja utiče na muskulaturu šake. Vidi se kada se od pacijenta traži da stegne pesnicu a domali i mali prst se savijaju, ali kažiprst i srednji prst to ne mogu u metakarpalno-falangealnom (MCP) ili interfalangealnom (IP) zglobu.

Dugi niz godina postoje određene kontroverze u vezi sa uzrokom blagoslovnog znaka. Željeni položaj ruke tokom blagoslova ili benedikcije obično bi bio otvoren položaj šake sa ispruženim prstima. Uočljivo je da

4. i 5. prst ne prate akciju 2. i 3. Na osnovu istraživanja umetničkih dela (slika, ikona, skulptura) **Sveti Petar, prvi papa** je tim pokretom desne šake blagosiljao vernike, pa je to prihvaćeno i kod ostalih sveštenika i vekovima je sa blagim modifikacijama zadržano. Smatra se da je Sv Petar **imao neuropatiju koja je ograničavala Petrovu sposobnost da izvrši tada tradicionalni blagoslov otvorenih ruku i dovela do položaja ruke koji je od tada postao norma za davanje blagoslova**.

Nastala je dilema da li se radilo o neuropatiji medijalnog ili ularnog živca. Iako se o tome još raspravlja prevagnulo je mišljenje da je u pitanju ularna neuropatija.

Kod ularne neuropatije, funkcija interosalnih i lumbrikalnih mišića 4. i 5. prsta je kompromitovana, tako da 4. i 5. prst ne mogu da se odvoje od srednje linije šake (funkcija interoseusa) niti bi se ti prsti mogli savijati na MCP zglobovima ili se opružali na IP zglobovima (lumbrikalna funkcija). Ekstenzor digitorum (inervisan radijalnim nervom) deluje prvenstveno na metakarpofalangealni (MCP) zglob, a ne na interfalangealne (IP) zglobove, stoga ne može opružati IP zglobove da bi kompenzovao gubitak lumbrikalne funkcije. Kao rezultat toga, tokom pokušaja opružanja 4. i 5. prsta (kao u blagoslovu otvorenih ruku), MCP zglobovi se opružaju, ali IP zglobovi ostaju savijeni.

Znak blagoslova često se pripisivao povredi medijalnog nerva što bi rezultiralo nemogućnošću savijanja u MCP i IP zglobovima 2. i 3. prsta. Međutim, to bi imalo smisla samo ako povređena osoba pokušava da stegne pesnicu, a pošto pesnica nije istorijski poznat znak blagoslova ovaj vekovima prihvaćen znak verovatnije potiče od ularne neuropatije i naknadne nemogućnosti da se u potpunosti otvori šaka.

Reference:

1. Futterman B. Analysis of the Papal Benediction Sign: the ulnar neuropathy of St. Peter. Clinical Anatomy. 2015 Sep;28(6):696-701.
2. Extensor digitorum muscle. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Extensor_digitorum_muscle (Last accessed, 13/02/2016).
3. Floranda EE, Jacobs BC. Evaluation and treatment of upper extremity nerve entrapment syndromes. Primary care. 2013 Dec;40(4):925.
4. Alsaffar RM, Hameed S. Benediction Hand (Benediction Sign, Preachers Hand). InStatPearls [Internet] 2020 Mar 1. StatPearls Publishing.
5. Hand of Benediction. What Is It, Causes, and More. Available from: <https://www.osmosis.org/answers/hand-of-benediction> (Accessed, 19/07/2021).

3. БОРБА ПРОТИВ КОВИДА 19 НА ПОДРУЧЈУ ТИМОЧКЕ КРАЈИНЕ – ИСТОРИЈСКИ ОСВРТ

Др Петар Пауновић, епидемиолог, Рајачка народна школа здравља

Сажетак: Аутор у своме раду описује борбу против епидемије Ковида 19 на подручју Тимочке Крајине, посматрајући је током 4 етапе:

1. етапа: Први случајеви Ковид 19 у Тимочној Крајини и однос народа и здравствене службе у односу на појаву,
 2. етапа: Проглашење ванредног стања и епидемије Ковид 19 у Србији, формирање Кризног штаба у Републици и на подручјима борског и зајечарског округа и активности здравствене службе у борби против заразе,
 3. Вакцинација против Ковида 19 и
 4. Препуштање народа спонтаном заражавању вирусом Ковид 19 ради постизања колективног имунитета и настанак ендемије заразе на подручју Србије и Тимочке Крајине.
- У посебном одељку реферата аутор се осврће на рад Рајачке народне школе здравља на здравственом васпитању народа током епидемије.

Кључне речи: Тимочка Крајина, борба против Ковид 18, породичне епидемије, вакцинација и колективни имунитет, ендемија Ковида 19, здравствено васпитање становништва

4. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА У МАЈДАНПЕКУ НЕКАД И САД

Вера Најдановић Мандић, Ординација „Хармону“, Зајечар

Општина Мајданпек простира се на површини од 931 км², а према попису становника из 2022. године има 14.559 становника. Здравствена заштита људи са ових простора је судбински повезана са постојањем рудног богатства и рудника. Рударење је почело још у праисторији. Наставило се у римској империји, код старих словена и турака. Књаз Милош Обреновић је по ослобађању ових крајева од турског кулука, отворио рудник 1848. године и довео првог лекара Стефана Тренчина. Посебном одлуком кнеза, лечење запослених у Мајданпеку било је бесплатно. Због подводног терена и лоших временских услова, рудари су често обољевали, а такође и лекари. Ободелог Стефана Тренчина заменио је Константин Гадеша, који се такође убрзо разболео, и долази магистар хирургије Марио Гартенберг. Мајданпек 1850. добија нову зграду у којој је смештена болница. О здрављу рудара требало је да брине Братинска каса која је основана 1850. године, убрзо након отварања рудника. Приходе су уплаћивали сами рудари од својих зарада, а 50% од укупно сакупљених средстава братинске касе предвиђено је да уплаћују власници рудника. Србија више није била власник рудника, због дугова, већ су се наредних 85 година смењивали страни власници, који су узимали у закуп рудник Мајданпек надајући се брзом богаћењу, а о рударима нико није бринуо. Болница је затворена, а лекар Мориц Готенбергер премештен је за општинског лекара у Неготин 1859. Тек 1862. године долази за лекара среза Поречког, у Доњи Милановац, Карл Сиберг, који повремено обилази и Мајданпек. Све ово време о некој здравственој заштити није се могло ни говорити. После одласка последњег рударског лекара 1859. године, страни закупци и не помишљају да запосле новог лекара и обезбеде бесплатно лечење радника, које су они имали под државном управом. Тек 1908. године у Мајданпек долази др Сима Петковић, али не као рударски лекар већ као приватни. Поново су почели ратови, Први и Други балкански рат, а потом и Први светски рат. Мушкарци овог краја су изгинули. После рата, нико није бринуо о рударима и породицама ратника осталим на бојиштима. Деца су умирала од глади. Лекара нема, сталног болничара и амбуланте исто тако. Лекара није било ни за време епидемије арапских богиња. Године 1928. још је ту Безимено друштво и лекар братинске благајне је др Пухер. Он је потврдио да су хигијенске и санитарне прилике врло лоше. Обољења су честа, нарочито туберкулоза. Деца су већином рахитична, за превентиву не постоје никакви услови, нема потребне амбуланте и изолационе болнице. Туберкулозни болесници спавају у истим собама, па и у истим постељама са здравим особама. За указивање хитне помоћи, при несрећама на раду, нема никаквих могућности, јер нема преносивих средстава сем обичне даске, нити операционе собе и хируршких инструмената, иако је држава дала средства за подизање болнице. Изнемогле и осакаћене раднике на послу, којих је било много, управа је отпуштала без саслушања и доказане кривице, без обзира на њихове породице. Тек после Другог светског рата и ослобођења 12.09.1944. године, Мајданпек постаје један од највећих рудника бакра. Заједно са растом рудника расте и здравствена заштита како рудара, тако и становника Мајданпека. За званични датум оснивања здравствене установе у Мајданпеку сматра се 22.09.1961. године који је тада запошљавала 16 радника који су одговорали тадашњим потребама града од 3.750 становника. Године 1980. о здрављу становника општине Мајданпек бринула су 252 радника. Хируршка служба започела је рад 1971. године. После бројних трансформација, задње 2006. оформљене су службе постојеће Опште болнице у Мајданпеку и Дома здравља „Др Верољуб Цакић“.

Литература

1. Станковић М, Дуго путовање до слободе (Хроника Мајданпека и околине), Мајданпек, Србија, 1983.
2. Станковић М, Мајданпек, Мајданпек, Србија, 1973.
3. <http://obm.org.rs/>

5. КЊАЖЕВАЧКИ ОКРУЖНИ ЛЕКАРИ 1881-1921 ГОДИНА

Јелица Илић, Историчар, музејски саветник Народни музеј Зајечар

Од доношења Закона о уређењу санитетске струке у Кнежевини Србији 1881. године, до 1921. године када је отпочела њена реорганизација у новоформираној Краљевини Срба, Хрвата и

Словенаца, у Књажевцу је на месту окружног лекара било распоређено десетак доктора медицине. Сви они имали су завршен медицински факултет, углавном у Бечу, махом су били Срби пречани, и по потреби службе послати су у Књажевац од стране српских државних власти. Данас су у Тимочкој крајини заборављени будући да се нису дуже задржали. У раду ће бити представљени њихови биографски подаци са посебним нагласком на године када су ординирали у Књажевцу и битним догађајима током тог периода.

РЕФЕРЕНЦЕ:

1. Календар са шематизмом Краљевине Србије за годину 1882-1921, Београд: Издање и штампа краљевско-спрске државне штампарије.
2. Српски архив за целокупно лекарство, 1880-1895.
3. Стеван З. Иванић, „Кондуит листе“, Мисцелланеа 4, Библиотека Централног хигијенског завода књ. 47, Прилози за историју здравствене културе Југославије и Балканског полуострва, ХВИ, Београд, 1941.
4. Јован Максимовић, Лекари пречани у српском цивилном и војном санитету у XIX веку и почетком XX века, Нови Сад: Матица српска, 2017.
5. Драган М. Ивановић Шакабента, 150. година болнице у Књажевцу, Књажевац: Здравствени центар Књажевац, 2001.

6. ISTORIЈAT GINEKOLOŠKO AKUŠERSKE SLUŽBE U KLADOVU

Dr Kristina Petrović. ZC Kladovo

Ove 2024.godine u Kladovu postoji Služba ginekologije i akušerstva, koja je u organizacionom pogledu, kadrovski i prostorno organizovana u dva dela. Sastoji se od Odeljenja ginekologije i akušerstva, koje se nalazi u sklopu bolničkog dela Zdravstvenog centra Kladovo I Dispanzera za zdravstvenu zaštitu žena koje se nalazi u sklopu Doma zdravlja ZC Kladovo. Kada se vratimo u vreme iza nas, možemo konstatovati dugogodišnji trud i rad pojedinaca, ali i celokupne sredine Kladova i okoline koji je doprineo da Služba danas funkcioniše na ovaj način.

Briga za reproduktivno zdravlje i adekvatnu zdravstvenu zaštitu ženskog dela populacije u Kladovu, oduvek je bila bitan deo zdravstvenog sistema našeg kraja. Prvi pisani podaci o prvim lekarima I babicama na ovom području su dosta sromni, ali ne manje značajni. Datiraju iz 1904.godine kada je u Kladovu postojao samo jedan sreski lekar. 1906.godine živeo je I radio prvi lekar – farmaceut Zigorid Policer, koji se bavio lečenjem veneričnih bolesti I steriliteta. Prva mala bolnica sa 20 postelja je formirana pred Drugi svetski rat, u prostorijama tzv. "Sokolskog doma", 1939/1940.godine – "Banovska bolnica" sa dva lekara – dr Ljutica Dimitrijević, koji se spominje kao prvi lekar koji se bavio brigom o zdravlju žena, iako nije bio ginekolog I dr Sreten Gajić. Tek posle oslobođenja u Kladovu se prvi put pominje specijalista ginekolog akušer dr Uroš Mihajlović, 1952.godine sa formiranjem prvog Doma narodnog zdravlja.

Značajno mesto u razvoju istorijatu naše službe treba dati I prvoj babici, prvoj nudilji, bolničarki Slabić Roksandi. Ona je sad u vremenu pre zvaničnog formiranja "institucije porodilište I savetovališta", tu vrstu obavljala savesno I predano od prvog dana. Uspela je da prilagodi I opremi staru kuću u svrhu porodilišta I od Unicefa dobije pun kamion potrebne opreme I instrumentarijuma potrebnog za rad tadašnjim uslovima. Sama je vodila Savetovalište za trudnice. Tek sa izgradnjom Doma narodnog zdravlja I dolaskom lekar ginekologa dr Uroša Mihajlovića "institucija porodilišta I savetovališta" dobija zakonitu formu. Sa formiranjem Opšte bolnice 1960.godine razvija I formira Odeljenje ginekologije I akušerstva, rad se poboljšava dolaskom mladih lekara specijalista ginekologije dr Sibina Ilića (1959.godin) I dr Kostadina Dermanova (1961.godin). Sa formiranjem Zavoda za onkologiju I radiologiju Kladovo 1974.g. ukazuje se potreba za novim kadrom. U to vreme u Kladovu rade ginekolozi dr Milan Mirčetić, 1976.g., dr Čedomir Nikolić 1979.g. dr Ivo Vuković I dr Grujo Crnogorac, 1982.g. Svi trojica se kratko zadržavaju u službi I brzo odlaze u veće gradove I centre. Tada u Kladovo dolazi dr Miroljub Mijajlović, koji od 1991. Postaje načelnik Službe ginekologije I akušerstva I tu ostaje do penzije 2015.godine. Polovinom devedesetih godina u Službi ginekologije I akušerstva su radili dr Slobodanka Petković, dr Goran I dr Marija Brozić do 2000.godine. Značajan doprinos radu Službe dala je i dr Lidija Petrović, koja od 2000. godine do 2007. godina značajno unapredila dispanzerski rad. 2008- 2009.godine u Kladovu radi dr Anđa Ćuruvija. 2011. godine sa specijalizacije se vraća dr Miroljub Cvetković, 2016. godine dr Tatjana Cagulović, koja vrlo brzo odlazi iz Kladova I dr Kristina Petrović. Na specijalizaciji je trenuno jedan lekar dr Dejan Dimitrijević. Prostorno razvoj službe je takođe bio dinamičan, od privatne kuće, preko Doma narodnog zdravlja, stacionarnog dela Opšte bolnice do izgradnje nove bolnice 1968. godine kada je Odeljenje ginekologije I

akušerstva smešno u posebnom delu, razdvojeno porodilište od ginekologije i Dispanzera za zdravstvenu zaštitu žena u novom Domu zdravlja. Takva organizacija prostora postoji i danas. Prvi ultrazvučni aparat su ginekolozi koristili početkom osamdesetih (1984.) sa radiolozima zajedno, a početkom devedesetih dobili i svoj aparat za potrebe službe.

Radeći i istražujući o razvoju Službe u kojoj sada radim, dolazim do zaključka, da je razvoj i rad službe uvek bio dinamičan. Često je dolazilo do kadrovskih promena, uslovi za rad su često bili otežavajući, a onipšto uvek bilo jeste manjak kadra. Svojim pregnalaštvom i doprinosom za razvoj ginekološke službe u ovom kraju mislim da posebno mesto zauzimaju dvojica naših kolega dr Kosta Dermanov i dr Miroljub Mijajlović, koji se gotovo čitav svoj radni vek proveli u Kladovu radeći kao ginekolozi. Zadatak nama koji ostajemo je da unapredimo i ako ne možemo biti bolji od naših prethodnika budemo bar predani poslu kao što su oni bili.

SIMPOZIJUM

44. Timočki medicinski dani PREVENTIVNA MEDICINA, Zaječar 2025.

7. RANO OTKRIVANJE (SKRINING) RAKA DEBELOG CREVA

Mr sci med dr Zoran Joksimović. Internistička ordinacija „Dr Dušan Bastać“ Zaječar

Sažetak: Rak debelog creva je drugi najčešći zloćudni tumor u obolevanju i umiranju. Svake godine od ovog raka u Srbiji oboli približno 4500, a umre više od 3000 ljudi. Rano otkrivanje (skrining) raka debelog creva podrazumeva testiranje zdravih osoba, bez prisutnih simptoma i znakova bolesti, u cilju otkrivanja promena, (najčešće polipa), koje prethode nastanku raka, ili raka u ranoj fazi. Blagovremenim otkrivanjem i uklanjanjem tih promena pre nego što se u njima pojave zloćudne promene, sprečavamo nastanak raka. Program skrininga KKK u Srbiji obuhvata osobe od 50-74 godine dok evrposke i preporuke mnogih zemalja obuhvataju stanovništvo od 45 -75 godina i individualizovano razmatranje skrininga od 76 do 85 godina. Testiranje u Srbiji podrazumeva test na okultno krvarenje i kolonoskopiju kod osoba sa pozitivnim nalazom ovog testa. Pozitivan test još ne znači postojanje raka. Pozitivan nalaz zahteva kolonoskopiju za potvrdu ili intervenciju. Negativan nalaz omogućava nastavak redovnog skrininga prema protokolu.

REFERENCE:

1. SRBIJA program skrininga Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut" Skrining raka debelog creva <https://www.skriningsrbija.rs/srl/skrining-raka-debelog-creva>
2. Rezultati nacionalnoga programa presejanja za raka debelega črevesa in danke, programa SVIT in rednih zunanjih kontrol kakovosti Bojan Tepeš, Milan Stefanović, Borut Štabuc, Žana Frković Grazio, Dominika Novak Mlakar Gastroenterolog 2022; 1: 45-60
3. Gupta S, Skinner C, Ahn C, et al. Effect of Colonoscopy Outreach vs Fecal Immunochemical Test Outreach on Colo-rectal Cancer Screening Completion: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2017;318:806-815. doi: 10.1001/
4. Ferlay, J. et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012 European Journal of Cancer, Volume 49, Issue 6, 1374 - 1403
5. Pawa N, Arulampalam T, Norton JD. Screening for colorectal cancer: established and emerging modalities. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2011 Nov 1;8(12):711-22.

8. SKRINING ZA KORONARNU ARTERIJSKU BOLEST SRCA KOD ASIMPTOMATSKIH OSOBA

Prim. dr sci med. dr Dušan Bastać Privatna ordinacija „Dr Dušan Bastać“ Zaječar

Prisustvo asimptomatske aterosklerotične koronarne arterijske bolesti (CAD) je uobičajeno u opštoj populaciji. U švedskoj studiji, putem skenerske koronarografije kod nasumično odabranih pojedinaca iz opšte populacije od 25182 individue bez poznate CAD, aterosklerotski plak je bio prisutan

kod 42% učesnika. Opstruktivna koronarna stenoza bila je prisutna kod 5% učesnika. U PESA studiji (Progresija rane subkliničke ateroskleroze), 63% asimptomatskih učesnika srednjih godina imalo je subkliničku aterosklerozu, iako je većina njih bila kategorisane kao osobe niskog rizika po nekoliko ocena rizika. Rizik od neželjenih događaja kod asimptomatskih subjekata može se proceniti korišćenjem Evropskog sistema za procenu rizika [Systematic Coronary Risk Procena 2 (SCORE2)]. Ipak sistematski skrining faktora rizika uopšte se ne može striktno preporučiti u populaciji jer nije uticao na kardiovaskularne ishode. Međutim, kada se pacijenti pregledaju iz drugih razloga, oportunistički skrining je efikasan kod povećanje stope otkrivanja faktora rizika za kardiovaskularne bolesti (KVB), kao što su visok krvni pritisak ili lipidi.

Stoga se preporučuje oportunistički skrining, iako koristan efekat na kliničke ishode ostaje neizvestan. Informacije o kalcijumskom skor u koronarnih arterija (CACS) se mogu koristiti za upravljanje faktorima rizika i započeti snižavanje lipida i antitrombotičku terapiju kod pacijenata sa procenjenim budućim rizikom oko praga odluke o lečenju. Do danas, dve randomizovane skrining studije su pokazale da terapija statinima utiče na ishode kada se prati CACS kod mlađih pacijenata sa visokim CACS. Ocena kalcijuma u koronarnoj arteriji bi potencijalno mogla da vodi ne samo REDUKCIJI faktora rizika već i primarna profilaksa aspirinom, ali nedostaju randomizovane studije. Važno je da oportunistički skrining opterećenja kalcifikovanom aterosklerotičnom CAD može se precizno pristupiti putem MDCT grudnog koša. Izveštavanje o vizuelnoj interpretaciji opterećenja koronarnimog plakovima prema jednostavnom rezultatu sa četiri kategorije (bez plakova, blago, umereno, teško opterećenje plakovima) se preporučuje za procenu rizika. Međutim, nema trenutnih dokaza koji podržavaju dalje dijagnostičko snimanje kod asimptomatskih pojedinaca samo na osnovu prisustva kalcifikovanog plaka. Ultrazvuk karotida, brzina pulsnog talasa aorte, indeks augmentacije arterijskog talasa i ABI indeks su drugi modaliteti za poboljšanje predviđanja budućih KV događaja ali sa manje dokaza u poređenju sa CACS.

Literatura:

1. Vrints C., Andreotti F., Koskinas K.C., Rossello X., Adamo M. et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes: Developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal. 2024;45(36): 3415–3537.
2. Daan Ties, Yldau M van der Ende, Gabija Pundziute, Yvonne T van der Schouw, Michiel L Bots, Congying Xia, Peter M A van Ooijen, Gert Jan Pelgrim, Rozemarijn Vliegenthart, Pim van der Harst. Pre-screening to guide coronary artery calcium scoring for early identification of high-risk individuals in the general population. Eur Heart J Cardiovasc Imaging. 2023 Jan; 24(1): 27–35. Published online 2022 Jul 19. doi: 10.1093/ehjci/jeac137

9. ЦЕРВИКАЛНИ КАНЦЕР СКРИНИНГ У ЗАЈЕЧАРУ

Прим. др Вера Најдановић Мандић - Ординација "Хармони"

Према дефиницији СЗО здравље је стање не само одсуства болести или слабости већ и потпуно физичко, ментално и социјално благостање. За очување здравља потребна је примарна и секундарна превенција. Примарна превенција се састоји у здравствено-васпитном раду још код адолесцената и примена у свету већ прихваћене ХПВ вакцине. Секундарна превенција подразумева скрининг тестове који се раде да би се открили потенцијални здравствени поремећаји или болести код жена који немају симптоме болести. Циљ је рано откривање и промена начина живота или надзор, где се смањује ризик од болести или да се открије довољно рано да се најефикасније лечи. Скрининг тестови се не сматрају дијагностичким, већ се користе за идентификацију подгрупе популације, која би требало да има додатно тестирање да би се утврдило присуство или одсуство болести. Оно што скрининг тест чини вредним је његова способност да открије потенцијалне проблеме док минимизира нејасне, двосмислене или збуњујуће резултате. Иако скрининг тестови нису сто посто сигурни, њихова широка примена се препоручује ради раног откривања болести и поремећаја. Када кажемо спровођење скрининга код жена, односно скрининга у гинекологији, врло јасно нам се као асоцијација јавља скрининг у циљу ране детекције карцинома грлића материце (и малигнитета дојки).

Већина професионалних удружења гинеколога прихватила је концепт скрининга за рак грлића материце који почиње у двадесет петој години, ради се сваке три године само Папаниколау тест и завршава у шездесет петој години. Препоручује се да скрининг почне и раније, зависно од почетка

сексуалних односа односно три године после првог сексуалног односа треба урадити први Папаниколау тест онда још два Папаниколау теста на годину дана, а потом да се настави са регуларним скринингом.

Да би се жена искључила из скрининга са 65 година неопходно је да у задњих десет година (између 55 и 65 године живота) постоји податак из медицинске документације о три узастопна негативна цитолошка налаза, као и да не постоји податак о историји ХСИЛ и АИС.

Од када је Папаниколау објавио свој први рад "Дијагноза рака грлића материце, вагиналним размазом" 1943. године ова метода постаје конвенционално позната као Папаниколау брис. Захваљујући ниској цени, могућности понављања и релативно високој поузданости, ова метода постаје златни стандард скрининга рака грлића материце.

Увођењем цитологије у скрининг инциденца карцинома грлица материце је у развијеним земљама света, са организовано цитолошком службом, смањена за преко 70%. Проф. Зур Хаусен 2008 године је добио Нобелову награду за медицину, јер је доказао директну повезаност ХПВ са карциномом грлића материце те и сва будућа пажња у скринингу карцинома се усмерава према детекцији ХПВ-а. Од тридесете до шездесет пете се препоручује ХПВ котест на пет година који повећава сензитивност цитолошког теста са 50-80 на 95%. Земље са већим економским могућностима препоручују РНА тестове који доказују интеграцију вируса и експресију његових ранијих онкогена Е гена (дерегулисана непролиферативна ХПВ), тестови метилације, као имунохистохемијски маркер пролиферације и карциногенезе (KI67, P16 ink) су неки од испитиваних тестова који дају боље резултате у тријажи ХПВ позитивних налаза, повећавајући специфичност и задржавање високе сензитивности.

Развијене земље света уводе у цитологију LBC (ликвидна течна цитологија) која повећава сензитивност цитологије за око 10%.

Колпоскопски преглед се ради због релативног повећања лажно позитивних скрининг тестова и одређује тачно место узимања биопсије који је златни стандард за дијагнозу рака грлића материце.

Литература:

1. Р. Живадиновић, А. Петрић, А. Живадиновић, Л. Живадиновић: Скрининг на карцином грлића материце у пери и постменопаузи, Зборник радова 67. Гинеколошко-акушерска недеља стр. 122-126, 23-24.05.2024. Београд.
2. Вера Најдановић Мандић: Рак грлића метерице у менопаузи у Зајечару од 1996-2023, Зборник радова 67. Гинеколошко-акушерска недеља, стр. 233-235, 23-24.05.2024. Београд.
3. Весна Кесић: Принципи скрининга у гинекологији, Зборник радова 65. Гинеколошко-акушерска недеља стр. 69-70, 26-27.05.2022. Београд.
4. Артур Бјелица: Место и значај скрининга у репродуктивној медицини, Зборник радова 65. Гинеколошко-акушерска недеља стр.71-74, 26-27.05.2022. Београд.

10. SKRINING DIABETES MELLITUS-a U DISPANZERU ZA TRUDNICE DOMA ZDRAVLJA ZAJEČAR

Dr Mirko Trailović, ZC Zaječar

UVOD: Gestacijski dijabetes melitus (GDM) se definiše kao intolerancije glukoze koja se prvi put dijagnostikuje u trudnoći. Ova definicija obuhvata i ranije nedijagnostifikovani manifestni diabetes melitus (DM) obično tipa 2 a izuzetno retko i tipa 1. Procenjuje se da ovaj poremećaj postoji u 5-9% trudnoća. Ovaj poremećaj značajno utiče na perinatalni morbiditet i mortalitet. Kriterijumi za postavljanje dijagnoze ranije nedijagnostifikovanog DM u trudnoći su isti kao i van trudnoće (glikemija našte ≥ 7.0 mmol/l; slučajna glikemija ≥ 11.1 mmol/l; HbA1c $\geq 6,5\%$). Dijagnoza se postavlja kada je abnormalan bar jedan od tri definisana kriterijuma. U ostalim slučajevima dijagnoza GDM se postavlja testom opterećenja glukozom. Prema preporukama ACOG kriterijum za postavljanje dijagnoze GDM su abnormalne bar dve vrednosti glikemije u oGTT sa 100 gr. glukoze (5,3 – 10,0 – 8,6 – 7,8). Prema preporukama IADPSG kriterijum za postavljanje dijagnoze GDM je abnormalna bar jedna vrednost glikemije u oGTT sa 75 gr. glukoze (5,1 – 10,0 – 8,5).

CILJ RADA: Cilj rada je da se pokaže broj trudnica koje su razvile GDM u odnosu na skrinig metodu u uzorku trudnica u periodu od 2 godine (2023 – 2024) u dispanzeru za žene Doma zdravlja u Zaječaru,

starosna distribucija trudnica sa GDM, porodajna masa i APGAR scor novorodjenčadi iz dijabetogenih trudnoća, učestalost dijagnoze GDM u operativnom završavanju porodjaja.

METOD RADA: Retrospektivna analiza protokola 2023-2024 godine u savetovalištu za trudnice Doma zdravlja Zaječar, zdravstveni kartoni tih trudnica, zdravstvena dokumentacija dispenzera za dijabetes i porodjani protokol akušerskog odeljenja ZC Zaječar.

REZULTATI I DISKUSIJA: Praksa u našoj ustanovi je da se radi O'Sullivan-ov test sa 50 mg glukoze izmedju 24-28 nedelje gestacije sa merenjem glikemije našte u nultom satu i nakon jednog sata. Pozitivan rezultat je bio kod 41 trudnica od 329 porodjenih žena u 2023 god. i kod 67 od 307 porodjenih žena u 2024 god. Rezultati u odnosu na straosnu strukturu i postpartalne komplikacije nisu dali značajne razlike u odnosu na literaturu.

ZAKLJUČAK: Sobzirom da je učestalost GDM u našem uzorku veća od podataka iz literature možemo zaključiti da skrining test za GDM koji se kod nas izvodi nema visoku senzitivnost te je neophodno uvođenje savremenijeg testiranja, odnosno oGTT sa 75 gr za trudnice sa pozitivnim skriningom

REFERENCE

1. Željko Miković, Relja Lukić. Skrining i dijagnostika najčešćih poremećaja trudnoće (preeklampsija, gestacijski dijabetes melitus, hipotireoza). Zbornik radova 67. Ginekološko akušerska nedelja. 2024; 48-54.
2. Aleksandra Dimitrijević. Skrining dijagnostičke metode diabetes mellitus-a u trudnoći. Zbornik radova 65. Ginekološko akušerska nedelja, 2022; 39-41.
3. Prof dr Snežana Plešina, ass.dr Dušica Kocijančić Belović: Praćenje trudnoća komplikovanih hroničnim oboljenjima (hipertenzija, dijabetes, epilepsija, hipo-hipertireoza, multipla skleroza, anemija). Zbornik radova 67. Ginekološko akušerska nedelja. 2024; 82-85.
4. Yashdeep Gupta et al.: Updated Guidelines on Screening for Gestational Diabetes. Int.J. Womens Health, 2015; 7:539-550
5. U Yasemin Sert et al.: Gestational Diabetes Mellitus Screening and Diagnosis. Adv Exp Med Biol. 2021;1307; 231-255

11. НЕОНАТАЛНИ СКРИНИНГ НА КАХ (КОНГЕНИТАЛНУ АДРЕНАЛНУ ХИПЕРПЛАЗИЈУ)

Др сци мед. др Татјана Миленковић, Институт за здравствену заштиту мајке и детета “Др Вукан Чупић”, Београд

Конгенитална адренална хиперплазија проузрокована дефицитом 21-хидроксилазе спада у групу аутозомно рецесивних болести. У највећем броју популација класичан облик болести јавља се са учесталошћу од 1:14 000 до 1:18 000 живорођене деце. Будући да КАХ карактерише недостатак хормона коре надбубрежних жлезда – кортизола и алдостерона, препознавање болести на време лако може довести до смртог исхода детета у узрасту младог одојчета. С друге стране, када се болест препозна у раном узрасту, ефикасна и једноставна супституциона терапија која се спроводи у кућним условима омогућава нормалан раст и развој детета и добар квалитет живота. Стога је неонатални скрининг на КАХ постао обавезан део скрининга у бројним земљама света. Скрининг је у свету започет давне 1970. године, а према подацима из 2021. године спроводи се у 50 држава САД, 35 других држава и парцијално (у појединим регионима) још 17 држава.

Скрининг значајно скраћује време постављања дијагнозе деце са класичном формом КАХ, а самим тим смањује и морбидитет и морталитет. Деца откривена скринингом имају значајно краћу хоспитализацију и то ван одељења интензивне неге због чега су трошкови допунске дијагностике и терапије сведени на минимум. Такође, скрининг омогућава значајно скраћење времена од рођења детета до дефинисања пола кад су у питању женска деца са амбивалентним изгледом спољних гениталија, као и бољу прогнозу у погледу висине у одраслом добу код мушке деце и благо вирилизоване женске деце.

РЕФЕРЕНЦЕ

1. Conlon TA, Hawkes CP, Brady JJ, Loeber JG. JJ. International Newborn Screening Practices for the Early Detection of Congenital Adrenal Hyperplasia. Horm Res Paediatr (2024) 97 (2): 113–125.
2. Held PK, Bird IM, Heather NL. Newborn Screening for Congenital Adrenal Hyperplasia: Review of Factors Affecting Screening Accuracy. Int J Neonatal Screen 2020 Aug 23;6(3):67.
3. Heather L Natasha, Nordenstrom A. Screening for CAH—Challenges and Opportunities. Int J Neonatal Screen 2021 Feb 13;7(1):11.
4. Güran T, Tezel B, Çakır M, Akıncı A, Orbak Z, Keskin M et al. Neonatal Screening for Congenital Adrenal Hyperplasia in Turkey: Outcomes of Extended Pilot Study in 241,083 Infants. J Clin Res Pediatr Endocrinol 2020; 12(3): 287-294.
5. Iniguez ED, Zubicaray BE. Newborn screening of congenital adrenal hyperplasia. Endocrinologia 2018; 65(1): 1-4.

12. NEONATALNI SKRINING U PREVENCIJI FENILKETONURIJE - PRIKAZ PORODICE

Bojana Cokić, "Lazarica pedijatrim", Privatna pedijatrijska ordinacija Zaječar

Sažetak: Phenylketonuria (PKU) je autosomno-recesivna bolest metabolizma amino-kiselina. Nastaje zbog nedostatka enzima Phenylalanin hydroxylase. Phenylketonuria dovodi do mentalne retardacije i drugih neuroloških problema kada se lečenje ne započne u roku od prvih nekoliko nedelja života. Gen za PKU je lokalizovan na dugom kraku hromozoma 12, na lokusu: 12q22-q24. U svetu je izolovano preko 500 različitih mutacija, a u Srbiji 19. Incidenca iznosi od 1:4000 do 1:16000-20000. Dijagnoza PKU se postavlja Guthrie testom, trećeg dana po rođenju. Lečenje je dijetetsko, mlečnom formulom obogaćenom vitaminima, mineralima i elementima u tragu. Posle 5. godine koristi se hrana koja je sastavljena od: voća, povrća, glicerida, i lipida.

Prikaz porodice: Roditelji klinički zdravi. Prvo muško dete rođeno 1977. godine zdravo. Drugo muško dete rođeno 1981. godine kao zdravo novorođenče. Sa 2,5 mes. dobija Epi napad. rezistentan na th. Sa 4. mes. u tercijarnoj ustanovi postavljena dijagnoza fenilketonurije. U 10. godini dolazi do letalnog ishoda. Treće žensko dete rođeno 1989. Godine, klinički zdravo.

Neonatalnim screeningom postavljena dijagnoza fenilketonurije. Odmah započeto lečenje. Klinički nalaz lečenog deteta je zadovoljavajući. Sposobna je za redovnu školu, dobija srednješkolsko obrazovanje i počinje samostalni život. Zasniva porodicu, detetom započetom tri meseca pre koncepcije i kontrolom fenilalanina dobija klinički i genetski zdravo muško.

Zaključak: Metaboličke bolesti, kao što je fenilketonurija dovode do teškog oštećenja mozga. Kliničkim metodama nije moguće rano postavljanje dijagnoze. Neonatalni skrining ima za cilj rano otkrivanje oboljenja pre kliničkih ispoljavanja koja se pravovremenom terapijom mogu lečiti. Prikazana porodica upravo je potvrdila značaja neonatalnog skrininga.

Ključne reči: Phenylketonuria, autosomno-recesivne bolesti, dijetetsko lečenje, neonatalni skrining.

REFERENCE:

1. Hillert A, Anikster Y, Belanger-Quintana A, Burlina A, Burton BK, Carducci C, Chiesa AE, Christodoulou J, Dordevic M, Desviat LR, et al. The genetic landscape and epidemiology of phenylketonuria. *Am J Hum Genet.* 2020;107(2):234–50. Nasser A. Elhawary. Genetic etiology and clinical challenges of phenylketonuria. *Human Genomics* volume 16, Article number: 22 (2022)
2. Giovanni Luca Russo et al. Phenylketonuria (PKU) management: a comprehensive review. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 31 May 2024.
3. Valentina Rovelli, Nicola Longo. Phenylketonuria and the brain. *Molecular Genetics and Metabolism*, Volume 139, Issue 1, May 2023.
4. M. J. van Wegberg et al. The complete European guidelines on phenylketonuria: diagnosis and treatment. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 12 October 2017.
5. Michael Martinez, Cary O Harding, Gerald Schwank, Beat Thöny. State-of-the-art 2023 on gene therapy for phenylketonuria. *J Inher Metab Dis.* 2024 Jan;47(1):80-92. doi: 10.1002/jimd.12651. Epub 2023 Aug 3.

13. SPINALNA MIŠIĆNA ATROFIJA (SMA), ZNAČAJ SKRININGA

Dr Brankica Vasić, Pedijatrijska služba ZC Zaječar

Spinalna mišićna atrofija (SMA) je bolest donjeg motornog neurona s autozomno recesivnim nasleđivanjem. Prve slučajeve SMA opisao je Werdnig 1891., genetska homogenost SMA dokazana je 1990., a gen odgovoran za SMA, SMN1 identifikovan je 1995. godine. Genetsko testiranje SMN1 omogućilo je precizne epidemiološke studije, otkrivajući da se SMA pojavljuje u 1 od 10 000 do 20 000 živorođene dece (1) i da je delecija na 5q13 (kodirajuća regija za gen survival motor neuron (SMN1)) odgovorna je za 95% slučajeva SMA(2).

Zbog raspona težine kliničke slike, SMA je široko klasifikovana u četiri glavne kategorije prema početku, uzrastu i težini kliničke slike: SMA tip I, je najteži i najčešći oblik bolesti i čini više od 50% poznatih dijagnostikovanih slučajeva SMA. Manifestuje se u prvih šest meseci nakon rođenja i iako su u prošlosti pacijenti podlegli u prve 2 godine života, uz bolju respiratornu i nutritivnu podršku, očekivani životni vek dece sa tipom I SMA može se produžiti nakon 5. rođendana. Deca sa tipom I SMA imaju brz gubitak skeletne mišićne mase sa izraženom hipotonijom i opštom slabošću mišića (loša kontrola glave, teškoće sa sisanjem, gutanjem i nemogućnost da sede bez podrške). Vremenom razvijaju probleme sa disanjem i slabošću respiratornih mišića što dovodi do respiratorne insuficijencije, koja je usled aspiracione

pneumonije često uzrok smrtnosti od SMA. Srednji oblik SMA, tip II, počinje između 6 i 18 meseci starosti. Pacijenti mogu da sede bez pomoći, ali i dalje razvijaju progresivnu slabost mišića i nikada ne mogu da stoje ili hodaju sami, razvijaju respiratornu insuficijenciju, tremor, kontraktуре zglobova. SMA tip III počinje između 18 meseci i 30 godina starosti. Pacijenti mogu da stoje i hodaju bez pomoći, ali razvijaju promenljiv stepen slabosti mišića što dovodi do širokog spektra fizičkih znakova i simptoma, skolioza, kontraktуре zglobova, invaliditet. Tip IV SMA je najblaži oblik i karakteriše ga početak u odrasloj dobi sa normalnom pokretljivošću, blagom mišićnom slabošću.(3)

Godine 2016.odobren je nusinersen kao prvi lek za lečenje SMA od strane Američke agencije za lekove (FDA). Druga dva leka naknadno je odobrila FDA: onasemnogene abeparvovec i risdiplam [4].

Nove terapije, nusinersen (Spinraza), onasemnog (Zolgensma) i risdiplam (Evrysdi), značajno su promenile prognozu za decu sa SMA, očekuje se da će dostupnost ovih lekova, značajno poboljšati preživljavanje i kvalitet života obolelih od SMA tip 1 i 2 , ako započnu terapiju na vreme.

Značaj implementacije neonatalnog skrininga na SMA: rano otkrivanje i rano započeti terapiju!. Ukoliko skrining pokaže da dete boluje od SMA i pre nego što su se bilo kakvi znaci bolesti pojavili, moguće je efikasno i pravovremeno odrediti i započeti odgovarajuću terapiju. Terapije i adekvatna nega pre ispoljavanja simptoma kod novorođenčadi usporavaju bolest toliko da se oni nikada i ne pojave.To znači da neonatalni skrining omogućava normalno detinjstvo i dobar kvalitet života.

Republički fond za zdravstveno osiguranje je od septembra 2023. omogućio obavezni skrining (genetska analiza iz krvi bebe) na spinalnu mišićnu atrofiju (SMA), kod svih novorođenih beba u svim porodilištima u Srbiji.

Literatura:

1. Nishio H, Niba E T E, Saito T, Okamoto K, Takeshima Y, Awano H, Spinal Muscular Atrophy: The Past, Present, and Future of Diagnosis and Treatment, Int J Mol Sci. 2023 Jul 26;24(15):11939. doi: 10.3390/ijms241511939
2. Kolb SJ, Kissel JT. Spinal muscular atrophy: a timely review. Arch Neurol. 2011 Aug;68(8):979-84. [PMC free article] [PubMed]
3. Farooq f T, Holcik M and MacKenzie A, Spinal Muscular Atrophy: Classification, Diagnosis, Background, Molecular Mechanism and Development of Therapeutics, Neurodegenerative Diseases, May 2013, <https://www.intechopen.com/chapters/44574>
4. Chaytow H., Faller K.M.E., Huang Y.-T., Gillingwater T.H. Spinal Muscular Atrophy: From Approved Therapies to Future Therapeutic Targets for Personalized Medicine. Cell Rep. Med. 2021;2:100346. doi: 10.1016/j.xcrm.2021.100346. [DOI] [PMC free article] [PubMed]

14. SKRINING NA FAMILIJARNU HIPERHOLESTEROLEMIJU

Mr sci med dr Božica Kecman, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta "Dr Vukan Čupić", Beograd

Familijarna hiperholesterolemija (FH) je jedan od najčešćih genetskih poremećaja, koji pogađa 1:200 do 1:250 ljudi u evropskoj populaciji, nasleđuje se po autozomno dominantnom obrascu nasleđivanja. Bolest nastaje kao posledica mutacije u genu koji reguliše produkciju ili funkciju receptora za LDL. Heterozigotni nosioci mutacije retko ispoljavaju kliničke manifestacije u dečjem dobu, dok homozigoti imaju znatno težu kliničku sliku uključuju ranu koronarnu bolest, oštećenje aortnog zalistka, kao i ksantome na koži i mišićnim tetivama. Ova forma bolesti ima učestalost od 1:1 000 000 stanovnika. FH se kod dece dijagnostikuje prema koncentracijama LDL holesterola većim od 3,5 mmol/l, ako je kod roditelja dokazana ista bolest ili je doživeo kliničku manifestaciju ateroskleroze. Najoptimalnije bi bilo potvrditi bolest na genetičkom nivou, analizom gena za LDL receptor.

Skrining podrazumeva primenu nekog pregleda ili testa kod osoba bez simptoma u cilju što ranijeg otkrivanja određene bolesti. Da bi se neka bolest uvrstila u program skrininga treba da ima značajnu incidenciju, za nju ne postoji mogućnost pravovremene kliničke dijagnoze, dostupna je lečenju, postoji prikladan laboratorijski test, a troškovi analize su prihvatljivi. Skrining na familijarnu hiperholesterolemiju u dečjem uzrastu, kao mera prevencije razvoja ranih kliničkih manifestacija ateroskleroze, zadovoljava sve navedene postavke. Postoji više modela skrininga za porodičnu hiperholesterolemiju kod dece i adolescenata određivanjem nivoa holesterola: univerzalni skrining - populacijski skrining za određenu starosnu grupu, selektivni skrining - skrining za specifičnu (visoko rizičnu) populaciju, kaskadni skrining - od indeksnog slučaja (roditelj) do članova porodice (uključujući decu), obrnuti skrining- od indeksnog slučaja (dete/adolescent) do drugih članova porodice.

Kod dece je sprovođenje skrininga na familijarnu hiperholesterolemiju veoma važno jer ova genetska bolest može dovesti do ozbiljnih kardiovaskularnih oštećenja ako se ne dijagnostikuje i ne leči na vreme.

Lečenje hiperholesterolemije obuhvata promene u ishrani, fizičku aktivnost, i ako je potrebno medikamentnu terapiju statinima, kao i novu inovativnu terapiju monoklonskim antitelom (evolokumab).

Literatura:

1. Wiegman A, Gidding SS, Watts GF, Chapman MJ, Ginsberg HN, Cuchel M, et al. Familial hypercholesterolaemia in children and adolescents: gaining decades of life by optimizing detection and treatment. *Eur Heart J*. 2015;36:2425–2437. doi: 10.1093/eurheartj/ehv157.
2. Nordestgaard BG, Chapman MJ, Humphries SE, Ginsberg HN, Masana L, Descamps OS, et al. Familial hypercholesterolaemia is underdiagnosed and undertreated in the general population: guidance for clinicians to prevent coronary heart disease: consensus statement of the European Atherosclerosis Society. *Eur Heart J*. 2013;34:3478–3490. doi: 10.1093/eurheartj/ehv273.
3. Banderli G, Capra ME, Giacomo Biasucci G, Stracquadaino R, Viggiano C, Pederiva C. Detecting Familial hypercholesterolemia in children and adolescents: potential and challenges. *Ital J Pediatr*. 2022; 48: 115. doi: 10.1186/s13052-022-01257-y
4. Harada-Shiba M, Ohtake A, Sugiyama D, Tada H, Dobashi K, Matsuki K et al. Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Pediatric Familial Hypercholesterolemia 2022. *J Atheroscler Thromb*. 2023 May 1; 30(5): 531–557.
5. Pederiva C, Capra ME, Viggiano C, Rovelli V, Banderli G, Biasucci G. Early prevention of atherosclerosis: detection and management of Hypercholesterolaemia in Children and Adolescents. *Life*. 2021;11:345. doi: 10.3390/life11040345.

15. STRATEGIJA RANOG OTKRIVANJA DIJABETES MELITUSA TIP1 KOD DECE

Prim. mr sci med dr Bratimirka Jelenković, Pedijatrijska služba ZC Zaječar

Da bismo mogli da sprečimo dijabetes tipa 1 (T1DM), moramo da identifikujemo osobe sa povećanim rizikom od razvoja bolesti. Da biste to uradili, neophodna je neka vrsta skrininga. Skrining se može zasnivati na prisustvu auto-antitela, genetskom visokorizičnom profilu ili kombinaciji ova dva.

Procenjuje se da 1,8 miliona ljudi u Sjedinjenim Državama, ili skoro 1 od 250 dece i 1 od 200 odraslih, ima dijabetes tipa 1. Jedna trećina dece sa dijabetesom tipa 1 se dijagnostikuje kada razviju dijabetičku ketoacidozu (DKA), koja ne samo da je kratkoročno opasna po život, već je povezana i sa lošom dugotrajnom kontrolom glikemije.

Podaci za pedijatrijske pacijente kojima je dijagnostikovao dijabetes melitus tipa 1 (T1DM) u periodu od 2000. do 2019. godine u Srbiji pokazuju da je najčešće dijagnostikovao u uzrastu od 5 do 11 godina (42,1%). U vreme postavljanja dijagnoze, 35,7% se nalazi u DKA. Incidencija i težina DKA su bili značajniji u najmlađem uzrastu ($p < 0,001$).

Novi razvoji omogućavaju identifikaciju presimptomatske T1DM. Ovo daje nadu za smanjenje morbiditeta i mortaliteta pri postavljanju dijagnoze. U budućnosti će deci omogućiti pristup terapijama za odlaganje ili sprečavanje pojave dijabetesa.

Postoji duga prodromalna faza pre nego što se simptomi razviju. T1DM se javlja zbog kombinacija gena i okruženja, što dovodi do autoimunosti ćelija ostrvaca, uništavanja beta pankreasa posredovanog T ćelijama ćelije praćene intolerancijom na glukozu i na kraju simptomima. Ovaj proces može trajati mesecima ili čak godinama pre nego što se simptomi razviju. Predložena je klasifikacija stadijuma kod dece i mladih ljudi sa rizikom od razvoja simptomatski T1D11 (za koji je potreban insulin) - Faza 1 uključuje pretkliničku decu koja su razvila dva ili više autoantitela (IAb) specifičnih za ostrva (anti-insulin (IAA), glutamat dekarboksilaza (GAD), antigen 2 (IA-2) i ostrvce-specifični transporter cinka), ali koji ostaju normoglikemična. Ova deca imaju 5-godišnji rizik od kliničke T1D od 44%, a 15-godišnji rizik od 80%–90%. Faza 2 uključuje decu koja ostaju asimptomatska, ali imaju disglukemiju, sa petogodišnjim rizikom od kliničke bolesti od 75%, i 100% doživotnim rizikom. Faza 3 uključuje decu koja imaju dijagnostičke nivoe glikemije za T1D. Dete sa jednim IAb je teže klasifikovati; ovo može biti prolazno ili može ukazivati na razvoj serokonverzije. Rizik od buduće simptomatske T1D je oko 10%–15%.

Identifikacija dece pre nego što se pojave, korišćenjem IAb samog ili u kombinaciji sa genetskim testiranjem, pokazalo se da smanjuje DKA za 90%. Jedna od prednosti smanjenja DKA je u izbegavanju povezanih komorbiditeta, kao što su cerebralni edem, neurokognitivni deficiti, šok, aritmije i duge hospitalizacije.

Ne samo da prisustvo autoantitela na ostrvcima ima prognostički značaj, već odabrani pacijenti mogu biti podobni za teplizumab (Tzield), monoklonsko antitelo koje je odobrila američka Uprava za hranu i lekove 2022. da odloži početak dijabetesa tipa 1 kod osoba sa visokim rizikom. Značajno je da 80% pacijenata sa dijabetesom tipa 1 nema pogođenih rođaka.

Razlozi za identifikaciju dece presimptomatski uključuju prevenciju DKA i povezanih morbiditeta i mortaliteta, smanjenje potrebe za hospitalizacijom, vreme za pružanje emocionalne podrške i edukacije kako bi se obezbedio nesmetan prelazak na lečenje insulinom, i mogućnosti za nove tretmane za sprečavanje ili odlaganje progresije. Međutim, jedan test vremenske tačke neće identifikovati svu decu koja razvijaju T1D, tako da kombinovanje sa genetskim faktorima rizika za T1D može biti alternativni pristup.

Literatura:

1. Kenny Lin .Strategies for Earlier Detection of Type 1 Diabetes in Children ,American Family Physician Community Blog, Posted on August 19, 2024.Available from <https://www.aafp.org> › afp › afp-community-blog › entry
2. Besser REJ, Ng SM, Gregory JW, et al.General population screening for childhood type 1 diabetes: is it time for a UK strategy?Archives of Disease in Childhood 2022;107:790-795.
3. Ziegler AG, Kick K, Bonifacio E, Haupt F, Hippich M, Dunstheimer D, Lang M, Laub O, Warncke K, Lange K, Assfalg R, Jolink M, Winkler C, Achenbach P; Fr1da Study Group. Yield of a Public Health Screening of Children for Islet Autoantibodies in Bavaria, Germany.JAMA. 2020 Jan 28;323(4):339-351. doi: 10.1001/jama.2019.21565. PMID: 31990315; PMCID: PMC6990943.
4. Beate Karges, Nicole Prinz, Kerstin Placzek, Nicolai Datz, Matthias Papsch, Ursula Strier, Dirk Akena, Walter Bonfig, Heiner Kentrup, Reinhard W. Holl; A Comparison of Familial and Sporadic Type 1 Diabetes Among Young Patients. Diabetes Care 1 May 2021; 44 (5): 1116–1124. <https://doi.org/10.2337/dc20-1829>
5. Lauren Marie Quinn, David Shukla, Sheila Margaret Greenfield, Tim Barrett, Joanna Garstang, Felicity Boardman, Ian Litchfield, Colin Dayan, Christine Gardner, Clair Connop, Amanda Lepley, Parth Narendran - EarLy Surveillance for Autoimmune diabetes: protocol for a qualitative study of general population and stakeholder perspectives on screening for type 1 diabetes in the UK (ELSA 1): BMJ Open Diabetes Research & Care 2022;10:e002750.

16. ULOGA PATOLOGA U SAVREMENOJ DIJAGNOZI MIJELOPROLIFERATIVNIH NEOPLAZMI

Prof. Dr Jelena Ilić Sabo. Univerzitetski klinički centar Vojvodine

Mijeloproliferativne neoplazme predstavljaju grupu hematoloških oboljenja koje se karakterišu prekomernom proizvodnjom krvnih ćelija. Najčešća oboljenja iz ove grupe su: hronična mijeloidna leukemija, policitemija vera, esencijalna trombocitemija i primarna mijelofibroza. Patolog igra ključnu ulogu u postavljanju dijagnoze i praćenju ove grupe bolesti. Prvi korak u dijagnostici je morfološka analiza uzorka bioptata koštane srži, kako na standardnom HE bojenju, tako i na dodatnim imunohistohemijskim i histohemijskim bojenjima. Na standardnom bojenju HE se analizira celularnost koštane srži, proliferacija pojedinačnih krvnih loza, analiza veličine, morfologije, lokalizacije i arhitektonskih karakteristika megakariocita. Imunohistohemijskim bojenjem CD34 se registruje procenat blasta (nezrelih ćelija), dok se histohemijskim bojenjem procenjuje stepen retikulinske i kolagenske fibroze, kao i osteoskleroza koštane srži. Patološka dijagnoza obuhvata objedinjenje sa nalazima citogenetskih i FISH analiza, odnosno tumačenje prisustva hromozomskih aberacija, a koje igraju ulogu kako u dijagnozi, tako i daljoj prognozi i terapiji bolesti. Savremena dijagnoza mijeloproliferativnih bolesti je nazamisliva bez molekularne dijagnostike i analize prisustva mutacija (JAK2 V617F, CALR, MPL). Patološka dijagnoza predstavlja sintezu ovih analiza sa morfološkim nalazom koštane srži i kliničkom slikom. S obzirom na preklapanja u potvrđenim mutacijama, kao i u kliničkoj prezentaciji bolesti, patolog ima ključnu ulogu u postavljanju diferencijalne dijagnoze u odnosu na reaktivne trombocitoze, sekundarne policitemije i leukemije. Tok bolesti i terapije takođe je u žiži patohistološke dijagnoze, gde se prati uspešnost terapije, kao i eventualna transformacija bolesti u agresivniji oblik. Patolog ima centralnu ulogu u timu sa hematolozima i genetičarima za pravovremeno i sveobuhvatno postavljanje dijagnoze, praćenje toka i ishoda terapije mijeloproliferativnih bolesti. Najsavremenija distignuća u oblasti veštačke inteligencije su pomoćni alat u rukama patologa koji može olakšati dijagnozu mijeloproliferativnih bolesti.

LITERATURA:

1. Khoury JD, Solary E, Abla O et al. The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Myeloid and Histiocytic/Dendritic Neoplasms. Leukemia 2022. 36:1703–19. <https://doi.org/10.1038/s41375-022-01613-1>
2. Ng WY, Erber WN, Grigg A et al. Variability of bone marrow biopsy reporting affects accuracy of diagnosis of myeloproliferative neoplasms: data from the ALLG MPN01 registry. Pathol 2024. 56(1):75-80. doi: 10.1016/j.pathol.2023.09.012. Epub 2023 Nov 22. PMID: 38071156.
3. Walter W, Nadarajah N, Hutter S et al. Characterization of myeloproliferative neoplasms based on genetics only and prognostication of transformation to blast phase. Leukemia 2024. 38(12):2644-2652. doi: 10.1038/s41375-024-02425-1. Epub 2024 Sep 28. PMID: 39341969; PMCID: PMC11588659.

4. Fei F, Jariwala A, Pullarkat S, Loo E, Liu Y, Tizro P, Ali H, Otoukesh S, Amanam I, Artz A, et al. Genomic Landscape of Myelodysplastic/Myeloproliferative Neoplasms: A Multi-Central Study. *Int J Mol Sci* 2024. 25(18):10214. <https://doi.org/10.3390/ijms251810214>
5. Van Eekelen L, Litjens G, Hebeda KM. Artificial Intelligence in Bone Marrow Histological Diagnostics: Potential Applications and Challenges. *Pathobiology* 2024. 91(1):8-17. doi: 10.1159/000529701. Epub 2023 Feb 15. PMID: 36791682; PMCID: PMC10937040.

SEMINAR

44. Timočki medicinski dani, ZDRAVLJE MLADIH Zaječar 2025.

17. PERIOD TRANZICIJE ZA MLADE SA HIPOPITUITARIZMOM - 20 GODINA NAŠEG ISKUSTVA

Prof. dr Mirjana Doknić. KC Srbije. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Period tranzicije za mlade sa hipopituitarizmom-20 godina našeg iskustva. Nedostatak hormona rasta adolescenata je redak klinički sindrom, koji se karakteriše nepovoljnim telesnim sastavom, smanjenom mišićnom i koštanom masom, slabijim kapacitetom podnošenja fizičkog napora, lošim lipidnim profilom, povećanim kardiovaskularnim rizikom i lošim kvalitetom života. I pored kliničkih manifestacija, ovaj entitet je često neprepoznat, pa postavljanje dijagnoze deficita hormona rasta često izostaje ili je odloženo. Razlog tome je nespecifična i suptilna klinička slika, što zahteva testiranje sekrecije hormona rasta stimulacionim testovima. Nedovoljna sekrecija hormona rasta kod odraslih se može manifestovati u izolovanoj formi ili u kombinaciji sa deficitima drugih hormona adenohipofize. Uzroci njegovog nedostatka mogu biti urođeni i stečeni.

Kasni pubertet: briga za adolescente - izazovi u praktičnom radu za pedijatre. Pubertet može biti stresno i zabrinjavajuće vreme za adolescente i njihove porodice, jer predstavlja period značajnih emocionalnih i fizičkih promena u telu. Kasni pubertet se definiše kao početak puberteta 2 do 2,5 standardne devijacije (SD) kasnije od opšte populacije. Kod adolescentkinja, kasni pubertet je nedostatak razvoja dojki za 13 godina, kašnjenje od preko 4 godine između telarhe i završetka puberteta ili nedostatak menarhe do 16 godina. Kod adolescenata kašnjenje u pubertetu je očigledno nedostatkom povećanja testisa za 14 godina ili više od 5 godina između povećanja testisa i završetka puberteta. Kasni pubertet je česta briga adolescenata. Najčešća osnovna etiologija je samoograničeno stanje konstitucionalno (porodično) kašnjenje rasta i puberteta (CDGP). Utvrđeno je da je CDGP osnovni uzrok kod 70% muškaraca i 32% žena koje imaju kasni pubertet. Međutim, ovo može biti teško razlikovati od težeg stanja kongenitalnog hipogonadotropnog hipogonadizma (CHH), posebno pri prvoj prezentaciji adolescentnog pacijenta sa kasnim pubertetom.

Korišćenje kontracepcije u periodu mladalaštva je važno ne samo u cilju prevencije neplaniranih trudnoća, već i zbog očuvanja opšteg i reproduktivnog zdravlja devojaka i mladića. Tome doprinosi i porast rizičnih ponašanja mladih i ispoljavanja navika štetnih za zdravlje, uz istovremeno produžavanje perioda u kome su oni seksualno aktivni, a još uvek ne planiraju potomstvo.

ULOGA DIJETE I TRENINGA U LEČENJU GOJAZNOSTI. Prve mere u lečenju gojaznosti kod dece i mladih obuhvataju primenu hipokalorijske dijetete i aerobnog treninga. Aerobni intervalni trening u kombinaciji sa hipokalorijskom dijetom dovodi do redukcije glavnih faktora kardiovaskularnog rizika kod dece i mladih sa gojaznošću – abdominalne masti, visokih koncentracija insulina, sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska. Imunizacija mladih. Cilj ovog rada je da istakne značaj imunizacije za zdravlje mladih, s posebnim naglaskom na prevenciju teških kliničkih formi bolesti i trajnih posledica po zdravlje. Dodatni cilj bio je podstakne pedijatre, da veći značaj pridaju preporučenoj imunizaciji u svakodnevnom radu.

Mladi sa invaliditetom u periodu tranzicije. Šta ? Kako? Gde? Za populaciju mladih as invaliditetom u periodu tranzicije prema mladim odraslim osobama otvaraju se naova pitanja i problemi. U radu će se razmatrati moguća rešenja.

Bliskost - potreba naša nasušna. Sve je manje istinske emocionalne povezanosti medju osobama koje bi po prirodi stvari trebalo da budu bliske: roditelji i deca, braća i sestre, prijatelji, partneri.

LITERATURA

1. Tang C, Zafar Gondal A, Damian M. Delayed Puberty. [Updated 2022 Aug 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544322/>
2. Mohanraj S, Prasad HK. Delayed Puberty. Indian J Pediatr. 2023 Jun; 90(6):590-597. Epub 2023 May 2.
3. Rey RA. Recent advancement in the treatment of boys and adolescents with hypogonadism. Ther Adv Endocrinol Metab. 2022;13:20420188211065660.
4. Aung Y, Kokotsis V, Yin KN, Banerjee K, Butler G, Dattani MT, Dimitri P, Dunkel L, Hughes C, McGuigan M, Korbonits M, Paltoglou G, Sakka S, Shah P, Storr HL, Willemsen RH and Howard SR (2023) Key features of puberty onset and progression can help distinguish self-limited delayed puberty from congenital hypogonadotrophic hypogonadism. *Front. Endocrinol.* 14:1226839. doi: 10.3389/fendo.2023.1226839
5. Stručno metodološko uputstvo za sprovođenje obavezne i preporučene imunizacije. Beograd, 2024.

18. KASNI PUBERTET: BRIGA ZA ADOLESCENATE -IZAZOVI U PRAKTIČNOM RADU ZA PEDIJATRE

Dr Bratimirka Jelenković, pedijatar-endokrinolog. Pedijatrijska služba ZC Zaječar

Pubertet može biti stresno i zabrinjavajuće vreme za adolescente i njihove porodice, jer predstavlja period značajnih emocionalnih i fizičkih promena u telu. Pubertet se obično javlja u dobi od 8 do 13 godina kod devojčica i 9 do 14 godina kod dečaka. Kada postoje varijacije u vremenu i početku puberteta, primarni pedijatar ili lekar mora pažljivo pratiti razvoj deteta i osigurati da se isključe bilo koji patološki ili reverzibilni uzroci.

Kasni pubertet se definiše kao početak puberteta 2 do 2,5 standardne devijacije (SD) kasnije od opšte populacije. Kod adolescentkinja, kasni pubertet je nedostatak razvoja dojki za 13 godina, kašnjenje od preko 4 godine između telarhe i završetka puberteta ili nedostatak menarhe do 16 godina. Kod adolescenata kašnjenje u pubertetu je očigledno nedostatkom povećanja testisa za 14 godina ili više od 5 godina između povećanja testisa i završetka puberteta.

Pogađa 2% adolescenata i češće se javlja u adolescenciji kod dečaka.

Dete može pokazati znake adrenarhea, ali i dalje imati dijagnozu kašnjenja puberteta.

Kasni pubertet je česta briga adolescenata. Najčešća osnovna etiologija je samoograničeno stanje konstitucionalno (porodično) kašnjenje rasta i puberteta (CDGP). CDGP sa privremenom slikom izolovanog hipogonadotrofnog hipogonadizma koji se povlači vremenom ili kratkim tokom terapije seksualnim steroidima. Utvrđeno je da je CDGP osnovni uzrok kod 70% muškaraca i 32% žena koje imaju kasni pubertet. Međutim, ovo može biti teško razlikovati od težeg stanja kongenitalnog hipogonadotropnog hipogonadizma (CHH), posebno pri prvoj prezentaciji adolescentnog pacijenta sa kasnim pubertetom.

Uobičajeni uzroci kasnog puberteta i kod adolescenata i adolescentkinja mogu biti iz funkcionalnog hipogonadotropnog hipogonadizma - ovo je obično privremeno kliničko stanje izazvano različitim stresovima za telo, uključujući hronične bolesti kao što su teška uporna astma, anemija srpastih ćelija, cistična fibroza ili ulcerativni kolitis. Svaki uzrok nedostatka u ishrani takođe zaslužuje razmatranje. Dok se poremećaji u ishrani češće javljaju kod ženskog pola, bilo bi pogrešno odbaciti ih kod muškog pol.

Kasni pubertet može biti posledica hipogonadotropnog hipogonadizma, hipergonadotropnog hipogonadizma ili eugonadotropnog eugonadizma koji se karakteriše niskim, povišenim i normalnim nivoima gonadotropina. Konstitucionalno (porodično) kašnjenje rasta i puberteta (CDGP) i sistemske bolesti treba uzeti u obzir pre patoloških uzroka. Procena seksualne zrelosti Tanerovim stadijumom i antropometrijskom procenom na grafikonu rasta je ključna. Nedostatak menarhe kod devojčica sa telarhom ukazuje na strukturne abnormalnosti reproduktivnog trakta ili poremećaje seksualnog razvoja. Procena koštane zrelosti pomaže u tumačenju hormonskih merenja i odlučivanju o vremenu indukcije puberteta. Ultrazvučna procena abdomena daje dragocene tragove za početak puberteta (kod devojčica) i moguću etiologiju. Kariotipizacija je obavezna kod svih devojčica sa kasnim pubertetom i niskim rastom i

odložene menarhe i dečaka sa hipergonadotropnim hipogonadizmom. Test stimulacije analoga gonadotropin oslobađajućeg hormona može pomoći u razlikovanju hipogonadotropnog hipogonadizma od CDGP-a.

Prethodna istraživanja o razlikovanju CDGP i CHH identifikovala su nekoliko potencijalnih markera diferencijacije.

Najizazovniji klinički scenario je dijagnoza CHH, posebno kada se klinička prezentacija preklapa sa CDGP i ne pruža nikakve dijagnostičke naznake. Klinička opservacija do 18 godina za dokaz o endogenoj aktivaciji HPG ose (progresivno povećanje testisa ili razvoj dojke) je, kao takva, „zlatni standard“ za razlikovanje ova dva stanja. Dijagnostički testovi za identifikaciju deteta sa CHH u ranijoj dobi, kako bi se ograničio period kliničkog posmatranja i kako bi se pomoglo u započinjanju pravovremene zamene polih steroida, opsežno su istraženi, ali do danas i dalje imaju ograničenja. Indukcija puberteta se vrši intramuskularnim testosteronom i oralnim estradiolom kod dečaka i devojčica. Terapija hormonima počinje sa malim dozama i polako se povećava tokom 2 godine da bi oponašala fiziološki proces puberteta.

REFERENCE:

1. Alenazi M S, Alqahtani A M, Ahmad M M, et al. (April 05, 2022) Puberty Induction in Adolescent Males: Current Practice. *Cureus* 14(4): e23864. doi:10.7759/cureus.23864
2. Tang C, Zafar Gondal A, Damian M. Delayed Puberty. [Updated 2022 Aug 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544322/>
3. Mohanraj S, Prasad HK. Delayed Puberty. *Indian J Pediatr.* 2023 Jun; 90(6):590-597. Epub 2023 May 2..
4. Butler G, Purushothaman P. Butler G, et al. Delayed puberty. *Minerva Pediatr.* 2020 Dec;72(6):484-490. doi: 10.23736/S0026-4946.20.05968-X. Epub 2020 Aug 4. *Minerva Pediatr.* 2020. PMID: 32748610 Review.
5. Rey RA. Recent advancement in the treatment of boys and adolescents with hypogonadism. *Ther Adv Endocrinol Metab.* 2022;13:20420188211065660.

19. ULOGA DIJETE I TRENINGA U LEČENJU GOJAZNOSTI

Ljiljana Plavšić, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije

Prve mere u lečenju gojaznosti kod dece i mladih obuhvataju primenu hipokalorijske dijetete i aerobnog treninga. Uravnotežena hipokalorijska dijeta podrazumeva da je ukupni dnevni kalorijski unos ograničen, a pritom ni jedna vrsta namirnica nije dominantna. Celokupni unos masti je ograničen na najviše 30%, proteini čine 15%, a ugljeni hidrati 55% dnevnog kalorijskog unosa. Preporučuju se proizvodi od punog zrna žitarica (integralni hleb, pirinač i testenina), kao i unos mleka i jogurta koji sadrže nešto niži procenat masti. Savetuje se upotreba „mršavih mesa“, odnosno pilettine, ćuretine i telettine, kao i ribe. Treba izbegavati svinjsko i jagnjeće meso i iznutrice. Najbolje je da se meso kuva, dinsta i peće, odnosno da se ne prži u dubokom ulju i pohuje. Jaja predstavljaju dobar izvor proteina i gvožđa, pa se preporučuje unos 4-5 jaja nedeljno. Savetuje se unos 5-6 porcija povrća i voća dnevno. Treba izbegavati namirnice koje sadrže proste ugljene hidrate (sokovi, slatkiši) i zasićene masti (grickalice, peciva, „brza hrana“). Piramida ishrane može da služi kao vodič za dnevni izbor namirnica. Prema preporukama vodiča za fizičku aktivnost dece i adolescenata uzrasta 6-17 godina savetuje se svakodnevno najmanje 60 minuta fizičke aktivnosti umerenog do jaćeg intenziteta i aktivnosti koje jaćaju mišićno-koštani sistem najmanje tri puta nedeljno. Aerobni intervalni trening (AIT) se sastoji od deset minuta zagrevanja, četiri naizmenična intervala od 2-4 minuta intenzivnog hoda, trćanja, vežbanja ili vožnje bicikla uz postizanje 80-90% maksimalne srćane frekvencije, tri minuta aktivnog odmora (50-70% maksimalne srćane frekvencije) i na kraju pet minuta laganog hoda. AIT dovodi do promena u telesnom sastavu i poboljšanja aerobnog kapaciteta, snižava krvni pritisak, smanjuje rezistenciju na insulin i povećava koncentraciju HDL-holesterola. Aerobni intervalni trening u kombinaciji sa hipokalorijskom dijetom dovodi do redukcije glavnih faktora kardiovaskularnog rizika kod dece i mladih sa gojaznošću – abdominalne masti, visokih koncentracija insulina, sistolnog i dijastolnog krvnog pritiska.

LITERATURA:

1. Plavsic L, Knezevic OM, Sovtic A, Minic P, Vukovic R, Mazibrada I, et al. Effects of high-intensity interval training and nutrition advice on cardiometabolic markers and aerobic fitness in adolescent girls with obesity. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2020;45(3):294-300.
2. Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, Bolling CF, et al. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Treatment of Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics.* 2023;151(2):e2022060640. doi: 10.1542/peds.2022-060640. Erratum in: *Pediatrics.* 2024 Jan 1;153(1):e2023064612. doi: 10.1542/peds.2023-064612.

3. Guo Z, Li M, Cai J, Gong W, Liu Y, Liu Z. Effect of High-Intensity Interval Training vs. Moderate-Intensity Continuous Training on Fat Loss and Cardiorespiratory Fitness in the Young and Middle-Aged a Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Mar 8;20(6):4741. doi: 10.3390/ijerph20064741. PMID: 36981649; PMCID: PMC10048683.
4. Meng C, Yucheng T, Shu L, Yu Z. Effects of school-based high-intensity interval training on body composition, cardiorespiratory fitness and cardiometabolic markers in adolescent boys with obesity: a randomized controlled trial. *BMC Pediatr*. 2022 Mar 1;22(1):112. doi: 10.1186/s12887-021-03079-z. PMID: 35232402; PMCID: PMC8886768.
5. Kim J, Lim H. Nutritional Management in Childhood Obesity. *J Obes Metab Syndr*. 2019 Dec;28(4):225-235. doi: 10.7570/jomes.2019.28.4.225. Epub 2019 Dec 30. PMID: 31909365; PMCID: PMC6939706.

20. ИМУНИЗАЦИЈА МЛАДИХ

Проф. Др Наташа Ранчић Медицински факултет Ниш

Имунизација је најбржа, најефективнију и економски најисплативија мера специфичне профилаксе, која је допринела смањењу инциденције и морталитета заразних болести како у свету тако и код нас. Допринела је и промени старосне структуре оболелих од заразних болести у читавом свету. Циљ овог рада је да истакне значај имунизације за здравље младих, с посебним нагласком на превенцију тешких клиничких форми болести и трајних последица по здравље. Додатни циљ био је подстакне педијатре, да већи значај придају препорученој имунизацији у свакодневном раду. Метод. Рад је истраживао значај вакцинације младих као и разлоге за смањивање обухвата појединим вакцинама. Рад је заснован на објављеним препорукама Светске здравствене организације и Центра за превенцију и контролу болести (CDC), као и актуелним законским прописима у нашој земљи који регулишу имунизацију и стручно-методолошким упутствима. Резултати. Законом и подзаконским актима уведене су бројне новине у систем имунизације становништва у Србији. Уведене су нове имунизације у календар имунизације, посебно препоручене имунизације у односу на претходни период постојања само обавезне имунизације. За успех имунизације битан је висок обухвата и правовременост. На пример, обавезна имунизација новорођене здраве деце против вирусног хепатитиса Б спроводи се у првих 24 часа од рођења у породицишћу. Тако се смањује ризик од ране инфекције вирусом која често прелази у хронично клицоноштво. У одраслом добу доводи до цирозе и аденокарцинома јетре. Вакцинација против инфекције ХПВ-ом може спречити развој малигних болести и код женске и код мушке деце у одраслом добу. Вакцинацијом против сезонског грипа деце од 6. месеца живота смањује се број асимптоматских извора заразе, јер су деца дуже од одраслих носиоци вируса инфлуензе. Закључак. Вакцинација младих има кључну улогу у превенцији болести, смањењу ширења инфекција, заштити вулнерабилних група, спречавању тешких форми болести и смртних исхода као и очувању општег здравља заједнице. Кроз обавезну и прпоручену имунизацију, млади могу бити заштићени од бројних заразних болести које би могле озбиљно угрозити њихов живот и здравље, али и здравље шире заједнице.

Кључне речи: имунизација, млади, значај

REFERENCE:

1. Petrović V, Radovanović Z, Šeguljev Z. Imunizacija protiv zaraznih bolesti. Monografije;111 urednik Vladimir Petrović, 01/2015; Medicinski fakultet Novi Sad., ISBN: 978-86-7197-452-3
2. Narodna skupština Republike Srbije, Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti. Beograd: „ Službeni glasnik RS“, broj 15/2016,65/2020.
3. Vlada Republike Srbije. Pravilnik o imunizaciji i načinu zaštite lekovima . Beograd: "Sl. glasnik RS", br. 88/2017 i 11/2018
4. Vlada Republike Srbije. Pravilnik o programu obavezne i preporučene imunizacije stanovništva protiv određenih zaraznih bolesti. Beograd: "Sl. glasnik RS", br. 112/2017
5. Stručno metodološko uputstvo za sprovođenje obavezne i preporučene imunizacije. Beograd, 2024.

21. MLADI SA INVALIDITETOM U PERIODU TRANZICIJE. ŠTA? KAKO? GDE?

Dr Brankica Vasić. Pedijatar. ZC Zaječar

Deca i mлади imaju brojne i značajne izazove tokom prelaženja za vreme školovanja iz jednog nivoa obrazovanja u drugi. Ključne prelazne tačke u tranziciji dece kroz obrazovni sistem su iz

predškolske ustanove u osnovnu školu, prelazak iz razredne nastave u predmetnu nastavu i iz osnovne škole u srednju. Nakon škole postoji tranzicija ka univerzitetima ili nekom drugom obliku usavršavanja (studije, stručna usavršavanja, pohađanje kurseva, seminara) ili zapošljavanju.

Tranzicija iz sistema obrazovanja u svet rada, zapošljavanja, predstavlja izazovan, ali ključni korak za sve mlade, a naročito za one sa invaliditetom. Ovaj period često odlučuje o njihovoj daljoj ekonomskoj nezavisnosti, društvenoj uključenosti i kvalitetu života. Iako broj mladih sa invaliditetom koji završavaju osnovno i srednje obrazovanje raste, njihova integracija na tržište rada i dalje nailazi na brojne prepreke — od fizičke nepristupačnosti i predrasuda, do nedostatka sistemске podrške i fleksibilnih programa zapošljavanja.

Prema podacima iz Popisa stanovništva 2022. godine, u Srbiji se 356.404 osobe izjasnilo da imaju invaliditet, dok se procenjuje da je stvarni broj veći i iznosi oko 465.747. Ne postoji jedinstvena statistika o broju zaposlenih osoba sa invaliditetom u Srbiji, a mnoge osobe sa invaliditetom nisu na zvaničnoj evidenciji Nacionalne službe za zapošljavanje. Prema podacima iz 2011. godine, samo 9% osoba sa invaliditetom bilo je zaposleno, dok je 12,4% bilo ekonomski aktivno.

Za mlade sa invaliditetom, kraj školovanja neretko znači povratak u krug porodice na neizvesno dugačak period, dok čekaju na posao, mesto u dnevnom boravku ili u programu za stanovanje uz podršku. U radu će biti razmatrane mogućnosti koje imaju mladi sa invaliditetom u Srbiji i sa kojim se teškoćama oni susreću, u svom nastojanju da imaju samopoštovanje, da su ekonomski nezavisni, da su uključeni u društveni život i zajednicu i da su zadovoljni kvalitetom života.

Literatura:

1. Velišek-Braško O, Perić Prkosovački B, Osnaživanje pedagoškog kadra za tranziciju dece u inkluzivnom obrazovanju, Иновације у настави, XXX, UDC 37, Novi Sad, avgust 2017/vol 30, br 2 стр. 128–140
2. ZAKON O PROFESIONALNOJ REHABILITACIJI I ZAPOSŁJAVANJU OSOBA SA INVALIDITETOM, ("Sl. glasnik RS", br. 36/2009, 32/2013 i 14/2022 - dr. zakon)
3. STRATEGIJA UNAPREĐENJA POLOŽAJA OSOBA SA INVALIDITETOM U REPUBLICI SRBIJI ZA PERIOD OD 2020. DO 2024. GODINE ("Sl. glasnik RS", br. 44/2020)
4. Stanovništvo prema statusu invaliditeta i vrsti problema osoba sa invaliditetom, Srbija, popis 2022.stat.gov.rs

22. BLISKOST - POTREBA NAŠA NASUŠNA

Ljiljana Tesanović

Sve je manje istinske emocionalne povezanosti medju osobama koje bi po prirodi stvari trebalo da budu bliske: roditelji i deca, braća i sestre, prijatelji, partneri.

Kako nas savremeni način života uskraćuje da ostvarimo tu potrebu? Šta gubimo od suštinske ljudske prirode? Koliko smo spremni da pokažemo ranjivost kao uslov da pokažemo bliskost? Kojim se mehanizmima štitimo od povredjivanja i koje su dobre i loše strane zaštite?

Sa manje reči, a više kroz scenski nastup bavićemo se ovim pitanjima.

Ključne reči: attachment, bliskost, mehanizmi odbrane.

23. ZNAČAJ KONTRACEPCIJE ZA OČUVANJE ZDRAVLJA MLADIH

Katarina Sedlecky, Ginekološko-akušerska ordinacija AKUGIN i Specijalna bolnica "Dr Žutić"

Korišćenje kontracepcije u periodu mladalaštva je važno ne samo u cilju prevencije neplaniranih trudnoća, već i zbog očuvanja opšteg i reproduktivnog zdravlja devojaka i mladića. Tome doprinosi i porast rizičnih ponašanja mladih i ispoljavanja navika štetnih za zdravlje, uz istovremeno produžavanje perioda u kome su oni seksualno aktivni, a još uvek ne planiraju potomstvo.

Kondom je neophodan u okviru dvojne zaštite, jer sprečava prenošenje polno prenosivih infekcija, smanjuje rizik za zapaljenske procese u maloj karlici, infertilitet i anogenitalne karcinome, a doprinosi i razvoju zdrave seksualnosti zato što podstiče komunikaciju i podelu odgovornosti u partnerskoj vezi.

Pored velike pouzdanosti u zaštiti od trudnoće, kombinovana hormonska kontracepcija ima veliki potencijal terapijske primene, posebno u ublažavanju menstruacionog morbiditeta, jer čini krvarenja predvidivim, umerenog intenziteta i trajanja, a smanjuje i neprijatne simptome dismenoreje i sindroma

premenstruacione napetosti. Posebno je značajna primena kombinovane hormonske kontracepcije u lečenju juvenilne metroragije, kao i učestalih ili produženih krvarenja druge etiologije. Kod devojaka sa sindromom policističnih ovarijuma se primenom kombinovane hormonske kontracepcije preveniraju hiperplazija i neoplastične promene endometrija i redukuju se hiperandrogenemija i hirzutizam supresijom sinteze androgena u ovarijumima, porastom nivoa vezujućeg globulina za polne hormone (sex hormone binding globuline - SHBG) i kompetitivnim antagonizmom za androgenske receptore u koži. Antiandrogenski efekat je jači kada su u sastavu kombinovane hormonske kontracepcije progestini sa antiandrogenskim svojstvima (ciproteron-acetat, dienogest, chlormadinon-acetat i drospirenon) i kada se ova vrsta kontracepcije koristi u produženom režimu, bez pauza između pakovanja. Nadalje, kombinovana hormonska kontracepcija smanjuje rizik za razvoj funkcionalnih cisti ovarijuma, pa se preventivno preporučuje devojkama koje su doživele komplikacije, poput rupture ciste ili torziju ovarijuma.

I hormonska kontracepcija koja sadrži samo progestin može da doprinese zdravlju i plodnosti devojaka. Pored toga što je bezbedna za većinu potencijalnih korisnica, može da redukuje gubitak krvi menstruacijom i da ublaži dismenoreju. Progestinska kontracepcija je bezbedan izbor za devojke sa kardiovaskularnim oboljenjima, migrenom sa aurom, dijabetesom melitusom i epilepsijom koja se kontroliše lekovima koji indukuju enzime citohroma p450. Za seksualno aktivne devojke prikladan je intrauterini sistem sa levonorgestrelom, posebno ako imaju obilne i bolne menstruacije, ili su sklone nepravilnom i neredovnom uzimanju kontraceptivnih „pilula“.

Hormonska kontracepcija omogućava dobru kontrolu krvarenja i čuva plodnost pacijentkinja sa koagulacionim poremećajima, poput von Willebrandove bolesti, i to kako kombinovana, tako i intrauterina sa progestinom.

Literatura:

1. Addison J, Hassan A, DiVasta A. Contraception in Medically Complex Adolescents and Young Adults. Open Access J Contracept. 2024 May 23;15:69-83.
2. Ti A, Soin K, Rahman T, Dam A, Yeh PT. Contraceptive values and preferences of adolescents and young adults: A systematic review. Contraception. 2022 Jul;111:22-31.
3. Wilkinson TA, Jenkins K, Hawryluk BA, Moore CM, Wiehe SE, Kottke MJ. Dual Protection Messaging for Adolescents and Young Adults in the Setting of Over-the-Counter Hormonal Contraception: A Human-Centered Design Approach. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2022 Dec;35(6):669-75.
4. Patel PR, Nandigam L, Thompson J, Abacan A, Raphael M. The Impact of Get It? on Long-Acting Reversible Contraception Use Among Adolescents and Young Adults. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2024 Apr;37(2):156-9.
5. Ochsner H, Saner FAM, Flück CE, Atlas G, Wueest A, Zacharin M, Saner C. Sex Hormone Treatment for Female Children and Young Adults with Disorders Affecting Hypothalamic, Pituitary, and Ovarian Function. Horm Res Paediatr. 2024 Jun 7:1-12.

SIMPOZIJUM

44. Timočki medicinski dani, DIJAGNOSTIKA I KONZERVATIVNA MEDICINA – SAVREMENI ASPEKTI, Zaječar 2025."

24. ZNAČAJ EHOGRAFSKE DIJAGNOSTIKE U OFTALMOLOGIJI

Prof. dr Ivan Stefanović. Oftalmoloska ordinacija "Stefanovići", Beograd

Ehografska dijagnostika u oftalmologiji se po mnogim karakteristikama izdvaja od ostalih grana medicine. Frekvencija je 12 do 30 MHz, što je čini izuzetno osetljivom, preciznom dijagnostičkom metodom. U oftalmologiji se koristi i A scan, jednodimenzionalni. U slučajevima zamućenih optičkih medija, katarakte, hemoftalmusa itd, ehografska dijagnostika je nezaobilazna za pregled zadnjeg segmenta oka. Kod povreda i tumora oka ova dijagnostika služi kao pomoć pri postavljanju dijagnoze ili određivanju tajminga operacije. Ehografska dijagnostika orbite je prva procedura koju treba raditi kod sumnje na patološki proces iza oka: Graves, tumori, zapaljenja...

25. RADIOLOŠKA DG LOKOMOTORNOG SISTEMA SA FOKUSOM NA OSTEOMUSKULARNI ULTRAZVUK

Dr sci.med. Goran Đuričić. Univerzitetska dečja klinika, Beograd

Magnetna rezonanca (MR) muskuloskeletnog sistema je neinvazivna dijagnostička metoda koja koristi snažno magnetno polje, radiofrekventne talase i kompjutersku tehnologiju za stvaranje detaljnih slika kostiju, zglobova, mišića, tetiva, ligamenata i hrskavice.

Svaka metoda ima specifične indikacije, prednosti i ograničenja: Radiografija (RTG) - osnovna i najpristupačnija metoda za detekciju fraktura, luksacija, degenerativnih promena (npr. osteoartritisa) i kalcifikacija. Nedostaci uključuju nemogućnost prikaza mekih tkiva; Magnetna rezonanca (MR) je zlatni standard za procenu mekih tkiva (mišića, tetiva, ligamenata, hrskavice), koštane srži i intraartikularnih struktura. Idealna je za sportske povrede, tumore i inflamatorne procese; Kompjuterizovana tomografija (CT) je precizna za detaljnu analizu koštanih struktura i kompleksnih fraktura, korisna je i u planiranju operacija. glavni nedostatak je veća doza zračenja; Ultrazvuk (UZ) je dinamička procena tetiva, mišića i zglobova u realnom vremenu, praktičan za dijagnozu zapaljenskih promena, tačnosti u zglobovima i povreda površinskih struktura; Scintigrafija i PET-CT se koriste za procenu metastaza, tumora i osteomijelitisa.

Prednosti MR muskuloskeletnog sistema su: visoka rezolucija mekih tkiva - omogućava precizno razlikovanje struktura poput mišića, tetiva, ligamenata, zglobnih kapsula i hrskavice; bezbednost - ne koristi jonizujuće zračenje, što je značajna prednost u poređenju s rentgenom ili CT-om; multiplanarno snimanje - MR omogućava snimanje u više ravni (aksijalno, sagitalno, koronalno), čime se dobijaju trodimenzionalne informacije o anatomiji; specijalizovane sekvence - može detektovati promene u tkivu kao što su edem, upala, fibroza i krvarenja pomoću različitih sekvenci, poput T1, T2, STIR ili proton-denziteta (PD).

Najčešće indikacije za MR muskuloskeletnog sistema su: povrede - dijagnostikovanje i procena povreda mekih tkiva, poput ruptura tetiva (npr. Ahilove tetive ili rotatorne manžetne), ligamenata (uključujući ACL i PCL), i mišićnih povreda; artritis - procena oštećenja zglobne hrskavice i sinovijalnih promena kod reumatoidnog artritisa, osteoartritisa ili spondiloartritisa; tumori i lezije - identifikacija benignih i malignih tumora mekih tkiva ili kostiju, kao što su osteosarkom, lipom, sinovijalni sarkom; infekcije - dijagnostika osteomijelitisa, infekcija zglobova ili apscesa u mekim tkivima; degenerativni poremećaji - procena stanja poput diskopatije, spondiloze, ili sindroma karpalnog kanala; kongenitalne anomalije - identifikacija urođenih defekata u muskuloskeletnom sistemu.

Ključna je dobra komunikacija između radiologa i kliničara radi razumevanja simptoma i postavljanja specifičnog pitanja za dijagnozu.

Kombinacija metoda često pruža najbolji dijagnostički rezultat, npr. RTG za osnovnu procenu, a MR ili CT za detalje.

Napredni modaliteti, kao što su difuziona MR, spektroskopija, 3D rekonstrukcija i veštačka inteligencija, postaju sve važniji za precizniju dijagnozu i planiranje terapije.

Specifične sekvence i tehnike su: T1-težene slike, T2-težene slike, STIR (Short Tau Inversion Recovery, DWI (difuziono-ponderisane slike) i ArthroMR.

Procedura može trajati 30–60 minuta, što može biti neprijatno za pacijente s klaustrofobijom. Neki metalni predmeti u telu (npr. pejsmejkeri, ortopedski implantati) mogu biti kontraindikacija. MR je skuplja u poređenju s drugim dijagnostičkim metodama.

Specijalizovane primene su u sportskoj medicini, praćenju uspeha hirurških zahvata (npr. zamene ligamenta ili zgloba) i planiranju terapija.

26. HBOT: FENIKS 21. VEKA

Prof. Dr Dušan Djurić⁴, Zoran Jovanović², Vesna Djurić¹, Milivoj Dikosavić², Aleksandar Petković², Sladjan Stojilković⁵, Nikola Beljić⁴, Filip Jovčić⁶. ¹Dom zdravlja, Šabac, ²Opšta bolnica "DR LAZA K. LAZAREVIĆ" Šabac, ³Akademija strukovnih studija Šabac, ⁴Fakultet medicinskih nauka, Kragujevac, Institut za rehabilitaciju, Beograd, ⁵Esensa D.O.O. Beograd, ⁶Doktorske studije, Fakultet medicinskih nauka, Kragujevac

Sažetak: Transformativna moć hiperbarične terapije kiseonikom (HBOT), ukazuje se kao svetionik nade za pojedince koji se suočavaju sa hroničnim bolestima, povredama ili oporavkom od operacije. Oslanjajući se na metaforu feniksa, moramo naglasiti da teme ponovno rođenje, otpornost i obnavljanje, paralelno sa putovanjima pacijenata koji se uzdižu iz svojih borbi su kvalitetni klinički ishodi.

Feniks simbolizuje ne samo fizički oporavak već i emocionalnu i duhovnu obnovu, naglašavajući da je lečenje holistički proces. Kao najsavremenija terapija, HBOT nudi značajne prednosti, poboljšavajući procese lečenja, poboljšavajući mentalnu jasnoću i promovišući opšte blagostanje. Usklađuje se sa holističkim pristupom koji priznaje međusobnu povezanost tela, uma i duha. Putovanje kroz HBOT podstiče osećaj zajednice među pacijentima, gde zajednička iskustva i uzajamno ohrabrenje igraju ključnu ulogu u njihovim putevima lečenja. Odražavajući povezanost feniksa sa prirodom, HBOT promovise prirodne metode lečenja, smanjujući oslanjanje na farmaceutske proizvode i podržavajući održive zdravstvene prakse. Dok prihvatamo novu eru u medicini, HBOT povezuje drevnu mudrost sa savremenom naukom, naglašavajući evoluciju zdravstvenih praksi i važnost integracije holističkih metoda u savremene tretmane.

"HBOT: Feniks 21. veka" slavi otpornost ljudskog duha i transformativni potencijal inovativnih terapija, nudeći viziju koja daje nadu za budućnost lečenja i zdravlja.

27. SAVREMENI PRISTUP LEČENJA HRONIČNE SLABOSTI BUBREGA

Doc. dr sci. med. Voin Brković, Klinika za nefrologiju, Univerzitetski klinički centar Srbije

Apstrakt: Hronična bolest bubrega (HBB) predstavlja abnormalnost strukture ili funkcije bubrega koja traje najmanje tri meseca i koja ima direktan negativan uticaj na zdravlje ljudi. Ovi poremećaji se ogledaju u vidu smanjenja jačine glomerulske filtracije (JGF), abnormalnog sedimenta urina, patološke albuminurije (>30mg/dan), poremećaja koncentracije elektrolita usled oštećenja tubula bubrega, nepravilnostima građe bubrega koji se mogu detektovati radiološkim i patohistološkim metodama kao i prisustvo transplantiranog bubrega. HBB je jedan od vodećih uzroka smrti i smanjenja kvaliteta života u XXI veku. Predviđa se da će do 2040. godine biti na 5. mestu uzročnika smrtnosti u svetu. Od izuzetnog je značaja blagovremena dijagnostika i adekvatno lečenje HBB.

Savremeni pristup lečenja HBB je holističkog tipa. Pre svega potrebna je stratifikacija bolesnika po osnovnom bubrežnom oboljenju, a potom i po stadijumu HBB. Zbog specifičnosti bolesnika sa smanjenom funkcijom bubrega neophodno je poznavanje farmakodinamike i farmakokinetike lekova kako bi se postigao pun efekat terapije, a smanjio hazard neželjenih efekata terapije. Blokatori sistema renin-angiotensin-aldosteron i dalje predstavljaju temelj terapijskog pristupa. Međutim, nova saznanja sve više ukazuju da je primena SGLT2 inhibitora i nesteroidnih mineralokortikoidnih antagonista indikovana kod većine bolesnika sa HBB. Takođe, blagovremeno prepoznavanje i lečenje mineralokoštanih poremećaja kod ovih bolesnika je veoma važno u cilju prevencije akcelarisane ateroskleroze i kardiovaskularnih komplikacija, a ne samo pojave patoloških fraktura kostiju. Anemija je prateća komplikacija pre svega uznapredovalih stadijuma HBB i nužan je adekvatan dijagnostički i terapijski pristup kod ovih bolesnika.

Imajući u vidu da su dijabetes melitus i arterijska hipertenzija vodeći uzrok HBB, a da je smrtnost bolesnika sa HBB i tri puta veća od kardiovaskularnih oboljenja nego rizik od terminalne faze bubrežne insuficijencije, multidisciplinarni pristup je obigatoran sa punim uvidom u specifičnosti ove kohorte bolesnika.

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2024 Apr;105(4S):S117-S314.
2. Chen TK, Hoenig MP, Nitsch D, Grams ME. Advances in the Management of Chronic Kidney Disease. *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 2023;383:e074216.
3. Garcia Sanchez JJ, Thompson J, Scott DA, et al. Treatments for Chronic Kidney Disease: A Systematic Literature Review of Randomized Controlled Trials. *Advances in Therapy*. 2022;39(1):193-220.
4. Investigational New Drugs for the Treatment of Chronic Renal Failure: An Overview of the Literature. Terzo C, Gembillo G, Cernaro V, et al. *Expert Opinion on Investigational Drugs*. 2024;33(4):319-334.
5. Shabaka A, Cases-Corona C, Fernandez-Juarez G. Therapeutic Insights in Chronic Kidney Disease Progression. *Frontiers in Medicine*. 2021;8:645187.

28. EFEKTI GASTROEROZIVNIH LEKOVA I GASTROPROTEKCIJA KOD ANTIROMBOTSKE TERAPIJE

Dr Zoran Joksimović, Internistička ordinacija „Dr Bastać“, Zaječar

Neželjeni efekti nesteroidnih antiinflamatornih lekova (NSAIL) i antitrombocitnih agenasa na gastrointestinalnom traktu mogu se sprečiti ili smanjiti razumnim propisivanjem tih lekova, upotrebom inhibitora protonske pumpe (IPP) i eradikacijom infekcije *Helicobacter pylori* (HP). Dispepsija, erozije i čirevi na želucu i dvanaestopalačnom crevu zbog NSAIL i acetilsalicilne kiseline (ASK) leče se standardnim oralnim dozama IPP. Kod pacijenata sa srednjim ili visokim rizikom od krvarenja iz gornjeg gastrointestinalnog trakta kada koriste NSAIL i/ili antiagregacione lekove, eliminišemo moguću HP infekciju i propisujemo inhibitore protonske pumpe u standardnoj dozi.

REFERENCE:

1. Hunt R, B Lazebnik L, C Marakhouski Y, Manuc M, Gn R, S Aye K, S Bordin D, V Bakulina N, S Iskakov B, A Khamraev A, M Stepanov Y, Ally R, Garg A. International Consensus on Guiding Recommendations for Management of Patients with Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs Induced Gastropathy-ICON-G. *Euroasian J Hepatogastroenterol*. 2018 Jul-Dec;8(2):148-160. doi: 10.5005/jp-journals-10018-1281. Epub 2019 Feb 1. PMID: 30828557; PMCID: PMC6395481
2. Štabuc B, Tepeš B, Skok P, Vujanović M, Blinc A, Čerček M, Matija Tomšič M, Marković S. Smernice za preprečavanje neželenih učinaka nesteroidnih protivnetnih učinaka na prebavila. *Zdrav Vestn* 2015;84: 3-15
3. Gupta AR, DuBois RN. Colorectal cancer prevention and treatment by inhibition of cyclooxygenase-2. *Nat Rev Cancer* 2001; 1: 11-21.
4. Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, Hildebrand P, Tschannen B, Villiger PM et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ* 2011; 342: c7086
5. Moore RA, Derry S, Simon LS, Emery P. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, gastroprotection, and benefit-risk. *Pain Pract*. 2014 Apr;14(4):378-95. doi: 10.1111/papr.12100. Epub 2013 Aug 14. PMID: 23941628; PMCID: PMC4238833

29. OŠTEĆENJE BUBREŽNE FUNKCIJE IZAZVANO LEKOVIMA: NAJČEŠĆI NEFROTOKSIČNI LEKOVI I MERE PREVENCIJE

Dr Biserka Tirmenštajn Janković ZC Zaječar

Nefrotoksičnost lekova označava štetno delovanje lekova na bubrege, koje može dovesti do oštećenja njihove funkcije. Bubrezi su posebno osetljivi jer imaju bogatu vaskularizaciju i ključnu ulogu u filtraciji i eliminaciji lekova i njihovih metabolita. Oštećenje bubrežnog tkiva izazvano toksičnim dejstvom lekova, može biti akutno (nagli pad bubrežne funkcije) i hronično – postepeno i trajno oštećenje bubrega.

Rizični faktori su kod starijih osoba, kod postojeća bubrežna insuficijencija, dehidracija, istovremenom primenom više nefrotoksičnih lekova, dugotrajna terapija, Diabetes mellitus i hipertenzija, kontrastna sredstva za snimanje (npr. CT). Znakovi nefrotoksičnosti su povećanje kreatinina i uree u krvi, smanjen klirens kreatinina (GFR), promene u urinu: proteinurija, hematurija, smanjena diureza, edemi.

U prevenciju spada hidratacija pacijenta – naročito pre primene kontrastnih sredstava ili aminoglikozida, praćenje funkcije bubrega – redovno merenje kreatinina i GFR, korišćenje najmanje efektivne doze i najkraće trajanje terapije, izbegavanje kombinacije više nefrotoksičnih lekova, zamena rizičnih lekova manje toksičnim alternativama kada je moguće.

Terapija je prekid ili smanjenje doze nefrotoksičnog leka, podrška bubrežne funkcije (hidratacija, elektroliti), hemodijaliza u težim slučajevima i praćenje pacijenata nakon akutne nefropatije zbog mogućeg prelaska u hroničnu

30. TRANSEZOFAGEALNA EHOKARDIOGRAFIJA (TEE) U DVODIMENZIJSKOJ I TRODIMENZIJSKOJ TEHNICI: KADA, KOME I ZAŠTO?

Prim. dr Dušan Bastać, Internistička ordinacija „Dr Bastać“, Zaječar

TEE je specijalizovana ultrazvučna tehnika koja se koristi za vizualizaciju srca i velikih krvnih sudova putem sonde koja se uvodi u jednjak. Zbog blizine jednjaka i srca, TEE omogućava detaljnije i mnogo preciznije snimke u poređenju sa transtorakalnom ehokardiografijom (TTE).

Najvažnije činjenice o TEE: TEE pruža bolju, optimalnu rezoluciju zbog manje udaljenosti između sonde i srčanih struktura, eliminišući prepreke poput pluća i rebara. Iako zahteva sedaciju, TEE je relativno sigurna i brza procedura. Omogućava kontinuiranu procenu srčanih funkcija tokom kardiovaskularnih operacija. Precizna procena specifičnih stanja ispitivanje srčanih zalistaka, septuma, tromba i aortne i plućne patologije.

Najvažnije indikacije za TEE. Procena embolijskih izvora: sumnja na tromb u levoj pretkomori (npr. kod fibrilacije atrijuma ili mitralne stenozе); procena atrijalnog septalnog defekta (ASD) i patentnog foramen ovale (PFO); endokarditis - detekcija vegetacija na zaliscima, apscesa, fistula ili protetičkih infekcija; bolesti srčanih zalistaka; procena težine i funkcionalnih posledica regurgitacije ili stenozе; planiranje hirurške intervencije ili evaluacija postoperativnog stanja; procena aorte-disekcija, aneurizma, intramuralni hematom; intraoperativni monitoring-procena funkcije leve i desne komore, uspešnost korekcije srčanih defekata ili zamene zalistaka; procena mase u srcu-diferencijacija tumora, tromba ili intrakardijalnih vegetacija.

Prednosti TEE u poređenju sa TTE su: veća osjetljivost i specifičnost za identifikaciju patoloških promena, poboljšana vizualizacija struktura koje su teško dostupne transtorakalno (zadnji mitralni zalisak, septalni defekti), bolji prikaz velikih krvnih sudova (aorte, plućne arterije). TEE je zlatni standard u mnogim kliničkim situacijama gde TTE ne može da pruži dovoljno informacija ili gde je potrebna visoka preciznost.

Trodimenzionalna transezofagealna ehokardiografija (3D TEE) značajno unapređuje dijagnostičku tačnost u odnosu na dvodimenzionalnu transezofagealnu ehokardiografiju (2D TEE) u mnogim kliničkim situacijama jer pruža realističan prikaz anatomske struktura i njihovih odnosa. Merenje dimenzija i površina struktura je precizno, bez geometrijskih pretpostavki. Ovo je posebno korisno u složenim kliničkim scenarijima gde su precizna anatomska evaluacija i planiranje terapije ključni. Pruža bolje razumevanje prostornog odnosa između različitih srčanih i vaskularnih komponenti.

REFERENCE:

1. Hahn RT et al. ASE/SCA Guidelines for Performing a Comprehensive Transesophageal Echocardiographic Examination. Journal of the American Society of Echocardiography (JASE), 2013.
2. Lang RM et al. EACVI and ASE Recommendations for the Use of 3D Echocardiography. European Heart Journal - Cardiovascular Imaging, 2012.
3. Vahanian A et al. ESC Guidelines on the Management of Valvular Heart Disease. : European Heart Journal, 2021.
4. Badano LP, Lang RM. Three-Dimensional Echocardiography in Clinical Practice. Progress in Cardiovascular Diseases, 2017.
5. Faletra FF et al. The Role of 3D Transesophageal Echocardiography in Structural Heart Interventions. European Heart Journal - Cardiovascular Imaging, 2016

31. NOVINE U TRAJNOJ ELEKTROSTIMULACIJI SRCA

Dr Aleksandar Jolić, Zdravstveni centar Zaječar, Interno odeljenje

Najznačajnije novine u oblasti elektrostimulacije srca i pejsmejker terapije uključuju tehnološki napredak koji poboljšava efikasnost terapije, smanjuje rizik od komplikacija i povećava udobnost pacijenata. Evo ključnih inovacija: 1. Bežični (leadless) pejsmejkeri. Ovi uređaji nemaju elektrode (žice) i postavljaju se direktno u desnu komoru putem katetera. Prednosti su manji rizik od infekcija i dislokacije elektroda, brži oporavak pacijenata i pogodni su za pacijente sa visokom rizikom od komplikacija pri ugradnji tradicionalnih pejsmekera. 2. Tehnologija sinhronizacije ventrikula (CRT). Poboljšanje uređaja za resinkronizacionu terapiju srca (CRT), uključujući bolje algoritme za sinhronizaciju leve i desne komore kod pacijenata sa srčanom insuficijencijom. Povećana sposobnost uređaja da detektuje električnu i mehaničku dissinhroniju, omogućavajući precizniju terapiju. 3. MRI-kompatibilni pejsmejkeri. Novi modeli pejsmekera omogućavaju sigurno izvođenje magnetne rezonance (MRI), što je bilo ograničenje kod starijih uređaja. Olakšan dijagnostički pristup pacijentima koji imaju pejsmejker. 4. Napredni senzori i algoritmi. Merenje respiracije, fizičke aktivnosti i hemijskih parametara krvi. Prilagođavanje brzine rada pejsmekera u realnom vremenu (rate-responsive pejsmejkeri). Algoritmi koriste veštačku inteligenciju za predviđanje aritmija i prilagođavanje terapije. 5. Mikroelektronika i dugotrajne baterije. Manji uređaji sa dužim životnim vekom baterije (10–15 godina). Smanjena potreba za čestim zamenama uređaja. 6. Stimulacija specifičnih provodnih sistema. Preciznija stimulacija prirodnog provodnog sistema srca. Efikasnija resinkronizacija i očuvanje prirodne hemodinamike. 7. Telemonitoring i praćenje u realnom

vremenu. Pejsmejkeri opremljeni mogućnošću daljinskog praćenja funkcije uređaja i stanja pacijenta. Pravovremena detekcija problema, smanjenje broja fizičkih poseta lekaru i veća kontrola nad dugotrajnim praćenjem pacijenata. 8. Biokompatibilni materijali i minimalno invazivne tehnike smanju rizik od imunoloških reakcija i komplikacija tokom ugradnje uređaja.

Ove inovacije čine pejsmejker terapiju bezbednijom, udobnijom i efikasnijom za širok spektar pacijenata.

32. NEFROTOKSIČNOST JODNIH KONTRASTNIH SREDSTAVA (CIN)

Dr Milan Nikolić, Zdravstveni centar Zaječar

Nefrotoksičnost jodnih kontrastnih sredstava (JCM) predstavlja klinički značajan problem, posebno kod pacijenata s predisponirajućim faktorima za oštećenje bubrega. Kontrastom indukovana nefropatija (CIN): Akutno oštećenje bubrega koje se javlja nakon primene JCM, definisano porastom serumskog kreatinina za $\geq 25\%$ ili $\geq 0,5$ mg/dL u roku od 48–72 sata nakon primene kontrasta. Može izazvati privremeno ili trajno oštećenje funkcije bubrega, povećati morbiditet i mortalitet, posebno kod visokorizičnih pacijenata.

Mehanizmi nefrotoksičnosti: Renalna vazokonstrikcija - Smanjena perfuzija bubrega zbog oslobađanja vazokonstriktivnih supstanci (npr. endotelin); Direktna citotoksičnost- JCM oštećuje tubularne ćelije putem oksidativnog stresa; Oksidativni stres, Povećava stvaranje reaktivnih kiseoničnih vrsta (ROS), što uzrokuje inflamaciju i apoptozu. Pacijenti s povećanim rizikom: Hronična bubrežna insuficijencija ($GFR < 60$ mL/min/1,73 m²), Dijabetes melitus, naročito sa dijabetičkom nefropatijom, starija životna dob (>70 godina), dehidracija i hipovolemija, istovremena primena nefrotoksičnih lekova (NSAID, aminoglikozidi, ACE inhibitori), velike doze kontrasta ili ponovljena primena u kratkom vremenskom periodu.

Prevenција nefrotoksičnosti: Procena rizika pre primene kontrasta, hidracija, izbor kontrasta, smanjenje doze kontrasta, farmakološka zaštita, izbegavanje nefrotoksičnih lekova:

Upravljanje CIN preko monitoringa, redovno praćenje serumskog kreatinina u roku od 48–72 sata nakon primene kontrasta i podrška funkciji bubrega: kontinuirana hidratacija i hemodijaliza samo kod pacijenata sa terminalnim stadijumom bubrežne insuficijencije ili ozbiljnim komplikacijama.

Noviji pristupi su renalni biomarkeri: Upotreba novih markera (npr. NGAL, KIM-1) za raniju detekciju CIN i veštačka inteligencija i personalizacija terapije: Algoritmi za precizno predviđanje rizika od CIN i prilagođavanje terapije.

REFERENCE:

1. Antiplatelet Strategy for Patients With Acute Coronary Syndrome Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Journal of the American Heart Association* 11 October 2024
2. Ferdousi A, Islam MA, Begum M, Debnath MR, Shapla SP, Saha T, Biswas R, Ferdouse F, Rahman MA. Diagnostic Value of Ultrasonography in Determination of Knee Joint Pathologies with Comparison to MRI. *Mymensingh Med J.* 2024 Oct;33(4):989-995. PMID: 39351715.
3. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2024;105(4S):S117-S314.
4. Chen TK, Hoenig MP, Nitsch D, Grams ME. Advances in the Management of Chronic Kidney Disease. *BMJ (Clinical Research Ed.)*. 2023;383:e074216.
5. Vahanian A et al. ESC Guidelines on the Management of Valvular Heart Disease. : *European Heart Journal*, 2021.

33. ANTITROMBOTSKA TERAPIJA U ISHEMIJSKOJ BOLESTI SRCA I ATRIJALNOJ FIBRILACIJI -DEESKALACIJA TERAPIJE

Dr Snežana Pavlović, „Dr Pavlović kardiologija“. Beograd

Ishemijska bolest srca - posledica aterosklerotiskih promena na koronarnim arterijama, se može manifestovati u više oblika. Ishemijska bolest srca je progresivno oboljenje koje može prelaziti iz jednog u drugi oblik 1. stabilni simptomi ili bez njih, stanje posle revaskularizacije - hronični koronarni sindrom. 2. Infarkt miokarda (MI), nestabilna angina - akutni koronarni sindromi (ACS), što određuje terapijski

pristup. AKS - indikuje primenu antitrombotičke terapije u dozi održavanja (Aspirin, P2Y12 receptor inhibitors (oral ili i.v.) - Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cangrelor, Tirofiban) antikoagulantne (UHF, Enoxaparin, Bivalirudin, Fondaparinux) kao i revaskularizaciju zavisno od stepena promena. Po stabilizaciji-otpustu pacijenta, bolest prelazi u hronični koronarni sindrom - u nastavku terapije preporuka je primena antitrombotičke terapije. Neposredno po završenoj revaskularizaciji nastavlja se antitrombotička terapija. Standardni pristup za većinu pacijenata je dualna antitrombotična terapija (DAPT) tokom najmanje jedne godine nakon epizode ACS. DAPT kombinuje jak blokator P2Y12 receptora sa aspirinom. Stanja, kao što su hitna operacija, istovremena antikoagulaciona terapija i pacijenti sa visokim rizikom od krvarenja, mogu da podstaknu različite strategije lečenja. Ukoliko je indikovana antikoagulantna terapija (npr. atrijalna fibrilacija, mehaničke protetske valvule...), preporučuje se primena trostruke antitrombotičke terapije do nedelju dana nakon AKS i DAPT (sa antikoagulacijom i jednokratnom antiagregacionom terapijom) prvih 12 meseci (Klasa I). Antikoagulaciona monoterapija (klasa IIb) se takođe može razmotriti od 6 do 12 meseci. Posle 12 meseci, postoji preporuka klase I za oralnu antikoagulacionu terapiju. Direktni oralni antikoagulansi (DOAC) su poželjniji u odnosu na antagoniste vitamina K ako osnovno stanje dozvoljava upotrebu ovih agenasa. Produženi DAPT-a nakon prvih 12 meseci nakon ACS-a, može biti opcija u određenim stanjima: visokim rizikom od ishemije i bez dodatnog rizika od po život opasnih ili velikih krvarenja (preporuka klase IIa, nivo dokaza A), umereno povećanim rizikom od ishemije koji su prošli prethodni tretman DAPT bez komplikacija krvarenja (preporuka klase IIb, nivo dokaza A). Nove strategije modulacije DAPT-a (prebacivanje DAPT-a visoke na nisku potenciju, ili monoterapija) pokazale su pozitivnu kliničku korist (nije bilo povećanja MACE-a, infarkta miokarda, tromboze stenta, moždanog udara, potrebe za TVR i kardiovaskularnih i smrtnost od svih uzroka, a ipak značajno smanjujući rizik od velikog krvarenja u poređenju sa DAPT-om visoke potencije. Nakon prvih 12 meseci, preporučena je monoterapija aspirinom, u dozi održavanja od 75-100 mg dnevno, (bez kontraindikacija), uz preporuku klase I, nivo dokaza B. ili inhibitorom P2Y12 umesto monoterapije aspirinom. Prelazak sa DAPT visoke na nisku potentnost u ukupnom trajanju od 12 meseci (deeskalacija) - smanjenja relativnog rizika kompozitne krajnje tačke efikasnosti (MACE) , infarkt miokarda bez povećanja rizika od velikog krvarenja ili sekundarne krajnje tačke efikasnosti. Idealna strategija deeskalacije - smanjen rizik od klinički značajnog velikog krvarenja uz očuvanje ishemijskih prednosti.

Reference:

1. Antiplatelet Strategy for Patients With Acute Coronary Syndrome Undergoing Percutaneous Coronary Intervention: A Systematic Review and Network Meta-Analysis *Journal of the American Heart Association* 11 October 2024
2. Aspirin versus clopidogrel for chronic maintenance monotherapy after percutaneous coronary intervention (HOST-EXAM): an investigator-initiated, prospective, randomised, open-label, multicentre trial *The Lancet* June 26, 2021.
3. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO)
4. Chronic coronary syndrome post-myocardial infarction: disease progression and comorbidities *European Society of Cardology* October 2024,
5. 2023 AHA/ACC/ACCP/ASPC/NLA/PCNA Guideline for the Management of Patients With Chronic Coronary Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines; *Circulation*; July 2023

SEMINAR

44. Timočki medicinski dani AKTUELNOSTI IZ PATOLOGIJE Zaječar 2025.

34. KOMPLIKACIJE LAPAROSKOPSE HIRURGIJE TUMORA NADBUBREŽNE ŽLEZDE

Paunović R. Ivan, MEDICINSKI FAKULTET U BEOGRADU

Sažetak: Cilj: Adekvatan pristup hirurškom lečenju tumora nadbubrežne žlezde je danas minimalno invazivan i predstavlja takozvani „zlatni standard“

Uvod: Mnoge studije su pokazale značajne prednosti endoskopske adrenalektomije u odnosu na otvorenu tehniku: manje potrebe za analgeticima, manji gubitak krvi, kraća operacija, ranije započinjenje peroralnog unosa, kraći postoperativni hospitalni period, brži povratak svakodnevnim aktivnostima, itd. Sve ove prednosti nisu iznenađujuće, s obzirom da se na ovaj način izbegava veliki subkostalni rez za transabdominalni pristup ili resekcija rebra za posteriorni pristup, što može dovesti do hroničnog bolnog sindroma, zbog povrede interkostalnih i/ili drugih nerava.

Metod: Analizirani su literaturni podaci i poređeni sa ličnim iskustvom autora, a u vezi sa minimalno invazivnim hirurškim lečenjem tumora nadbubrežne žlezde.

Diskusija: Komplikacije su nažalost sastavni deo svake operacije u hirurgiji pa tako i u minimalno invazivnom pristupu u hirurgiji tumora nadbubrežne žlezde. Najčešće komplikacije su: Laceracija kapsule jetre, Krvarenje iz tumora, Korišćenje gaze radi hemostaze a za nastavak operacije, Upotreba aspiracionog katetera kao aspiratora, Krvarenje iz adrenalne vene ili lezija vene kave inferior, Laceracija kapsule slezine, Laceracija pankreasa, Arterijsko krvavljenje posebno iz bubrežne arterije.

Zaključak: Hirurg treba da razume prirodu oboljenja organa koji operiše, a da u slučaju tumora nadbubrežne žlezde ima jasnu ideju šta planirana operacija donosi pacijentu koga operiše. Hirurg mora biti iskusan kako u otvorenoj tako i u laparoskopskoj hirurgiji, sa dobrim poznavanjem anatomije i patologije nadbubrežnih žlezda, uz primenu precizne disekcije i pažljive hemostaze, uz obazrivu manipulaciju okolnim organima.

35. ДИЈАГНОСТИКА ТУМОРА ЖЕЛУЦА НА ЕНДОСКОПСКИМ БИОПСИЈАМА

Проф др Миљан Крстић, Медицински факултет Универзитета у Нишу

Тумори желуца се могу поделити на бенигне и малигне. Малигни тумори желуца се налазе на петом месту по учесталости међу малигним туморима. Канцер желуца представља такође и други по учесталости узрок смрти оболелих од малигних болести (95% малигних неоплазија желуца чини аденокарцином, а 5% лимфом, и, ређе, гастроинтестинални стромални тумори и карциноиди...).

Биопсија желуца након горње ендоскопије (гастроскопије) представља златни стандард за постављање дијагнозе тумора желуца, а уједно и једини начин да се постави дијагноза тумора желуца у раном стадијуму, при чему вишеструке биопсије желуца повећавају дијагностичку тачност.

ЛИТЕРАТУРА:

1. World Health Organization. WHO classification of tumours: digestive system tumours. Geneva: World Health Organization, 2019.
2. Suzuki, H.; Ono, H.; Hirasawa, T.; Takeuchi, Y.; Ishido, K.; Hoteya, S.; Yano, T.; Tanaka, S.; Toya, Y.; Nakagawa, M.; et al. Long-Term Survival After Endoscopic Resection For Gastric Cancer: Real-World Evidence From a Multicenter Prospective Cohort. Clin. Gastroenterol. Hepatol. Off. Clin. Pract. J. Am. Gastroenterol. Assoc. 2023, 21, 307–318.
3. Z. Luan, Y. Qin, J. Dai, H. Wu, G. Peng Identification of lesional tissues and nonlesional tissues in early gastric cancer endoscopic submucosal dissection specimens using a fiber optic raman system Gastroenterol. Res. Pract., 2020 (2020), pp. 1-11
4. Liu J, Lian J, Chen Y, Zhao X, Du C, Xu Y, Hu H, Rao H, Hong X. Circulating Tumor Cells (CTCs): A Unique Model of Cancer Metastases and Non-invasive Biomarkers of Therapeutic Response. Front Genet. 2021;12:734595
5. Díaz del Arco C, Fernández Aceñero MJ, Ortega Medina L. Liquid biopsy for gastric cancer: Techniques, applications, and future directions. World J Gastroenterol 2024; 30(12): 1680-1705 [PMID: 38617733 DOI: 10.3748/wjg.v30.i12.1680]

36. NOVINE U PATOHISTOLOŠKOJ DIJAGNOSTICI INVAZIVNOG KARCINOMA DOJKE

Nikola Živković^{1,2}, Maja Jovičić Milentijević^{1,2}, Ana Cvetanović^{3,4}, Miloš Kostić⁵, Tijana Denčić^{1,2}

¹Katedra za patologiju, Medicinski fakultet, u Nišu; ²Centar za patologiju i patološku anatomiju, UKC Niš;

³Katedra za onkologiju, Medicinski fakultet u Nišu; ⁴Klinika za onkologiju, UKC Niš; ⁵Katedra za mikrobiologiju i imunologiju, Medicinski fakultet u Nišu

Karcinom dojke predstavlja jedan od vodećih uzroka morbiditeta i mortaliteta od maligniteta u žena. Postoji veliki broj klasifikacija, ali zadnjih godina primat zauzima molekularna klasifikacija karcinoma

dojke. Klasifikacija se u prvom redu zasniva na histološkoj morfologiji, diferencijaciji neoplastičnih ćelija, potom na određivanju hormonske zavisnosti malignih ćelija u odnosu na estrogen, progesteron, i ekspresiji humanog epidermalnog faktora rasta receptor 2 - (HER2) i proliferativnog indeksa Ki67. U poslednjem periodu posebnu pažnju privlači nova subpopulacija karcinoma dojke označena kao *HER2-low*. Ova grupa karcinoma se karakteriše niskom nivoom ekspresije ovog proteina. Podrazumeva i hormon zavisne (kompletno ili inkompletno), ali i trostruko negativne karcinome, sa imunoistohemijskim skorom 1+ i 2+, ali sa negativnim nalazom nakon *in situ* hibridizacije (FISH, SISH).

Rezultati pretkliničkih i kliničkih istraživanja u poslednjih 5 godina pokazali su da je prisustvo limfocitnog infiltrata u tumorskom tkivu usko povezano sa boljim odgovorom na neoadjuvantnu terapiju i većim brojem patološki kompletnih odgovora (pCR) koje su povezane sa dužim slobodnim intervalom bolesti kao i dužim preživljavanjem u ovim tipovima karcinoma dojke. Posebnu grupu danas čine takozvani "*lymphocyte-predominant breast cancer*" ili "*lymphocyte-rich invasive breast cancer*" gde je procenat tkiva bogat limfocitima preko 50% i koji imaju najbolju prognozu. Međunarodna radna grupa za tumor infiltrišuće limfocite je 2014. godine dala preporuku za skoriranje tumor-infiltrišućih limfocita u karcinomima dojke. Trostruko negativni i HER2 pozitivni karcinomi poseduju veću količinu TILs u odnosu na hormon zavisne karcinome.

Ključne reči: karcinom dojke, tumor-infiltrišući limfociti, molekularna klasifikacija

37. ПОСТМОРТАЛНА ТОКСИКОЛОГИЈА И ФОРЕНЗИЧКА ПАТОЛОГИЈА

Проф. др. Слободан Николић. Институт за судску медицину „Милован Миловановић“, Медицински факултет Универзитета у Београду

За утврђивање узрока смрти, али и реконструкцију догађаја који је у вези са смртним исходом, посебно насилним, обдукције тела умрле особе, од највећег значаја јесте и хемијско-токсиколошка анализа биолошког материјала, као једна од допунских дијагностичких метода у форензичкој патологији. У форензичкој патологији се за потребе хемијско-токсиколошке анализе током обдукције уобичајено узимају узорци урина, течности стакластог тела ока и крви из феморалне вене. Али, у зависности од нарочитих околности случаја, обдукционог налаза или степена изражености постморталних промена, корисни, чак и значајнији могу да буду и други узорци (крв субдуралног излива, ткиво бубрега и јетре, жуч, желудачни садржај, мишић, длаке, меконијум, нпр). Шта ће током обдукције бити узорковано за токсиколошку анализу, одлучује пре свега лекар-обдуцент у договору са токсикологом, али то чини узимајући у обзир и обдукциони налаз и податке о околностима случаја, што значи да је некада пресудна непосредна сарадња са органима који воде истрагу, односно њихове смернице дате лекару. И анализу и интерпретацију резултата токсиколошке анализе отежава неколико фактора. Најзначајнији проблеми су идентификација и изолација супстанци из узорка, постмортална редистрибуција супстанци у телесним течностима и унутрашњим органима, њихова хидролиза чак и након смрти, продукција алкохола услед путрефакције, а некада и недостатак поузданих референтних вредности терапијских, токсичних и недвосмислено леталних концентрација супстанци у постморталним узорцима. Детектовање и квантификовање хемијских супстанци, лекова и дрога, може да да одговор на питање о њиховом директном доприносу наступању смрти, али је и негативан резултат токсиколошке претраге врло значајан.

LITERATURA:

1. Tascon I, Côté C, Garneau B, Desharnais B, Gosselin V, Mireault P. Postmortem redistribution of cannabinoids: Statistical analysis of a novel dataset and meta-analysis. *Forensic Sci Int.* 2023; 353: 111873.
2. Abdelaal GMM, Hegazy NI, Etewa RL, Elmesallamy GEA. Postmortem redistribution of drugs: a literature review. *Forensic Sci Med Pathol.* 2023; doi: 10.1007/s12024-023-00709-z.
3. Emaus RA, Borra LCP, van der Hulst R, Kloos DP, Rijken DJ, Elsinga PH, Boersma HH, Bosman IJ, Touw DJ. Postmortem redistribution of cocaine and its metabolites, benzoylecgonine and ecgonine methyl ester in humans: Important variables that might be influencing the central blood / peripheral blood ratio. *Forensic Sci Int.* 2023;348:111707.
4. Stephenson L, Van Den Heuvel C, Scott T, Byard RW. Difficulties associated with the interpretation of postmortem toxicology. *J Anal Toxicol.* 2024;48(6):405-412.
5. Mantiniaks D, Gerostamoulos D, Glowacki L, Di Rago M, Schumann J, Woodford NW, Drummer OH. Postmortem Drug Redistribution: A Compilation of Postmortem/Antemortem Drug Concentration Ratios. *J Anal Toxicol.* 2021;45(4):368-377.

38. ПОСТМОРТАЛНЕ РАДИОЛОШКЕ ТЕХНИКЕ СНИМАЊА И ФОРЕНЗИЧКА ПАТОЛОГИЈА

Алекса Лековић, Медицински факултет Универзитета у Београду

Последњих деценија све се више користе различите технике постморталног снимања у форензичкој патологији. Иако су све ове технике осмишљене и развијане да би се користиле пре свега у клиничкој пракси, многе од њих данас су нашле употребу и у форензичкој патологији и то на различите начине. Најчешће се у форензичкој патологији користи конвенционална рендгенографија и то за проналажење и лоцирање страних предмета – пре свега пројектила, али и других металних предмета, али и за констатовање и локализацију прелома чврстих структура – ребара и удова у случајевима злостављања деце нпр. Данас се, међутим, све више користе и технике снимања попречних пресека – компјутеризована томографија и магнетна резонанца. Ове су технике изузетне, јер вишеструким постморталним снимањем тела или његових делова у попречним или другим равнима, могуће су касније обраде ових добијених слика у тродимензионале реконструкције, које пружају много више информација него класичне дводимензионале фотографије. Данас је могуће урадити и постморталне контрастне ангиографије компјутеризованом томографијом: оне могу дати много бољи увид у стање крвних судова него класична форензичка обдукција. Све су ове технике нашле примену и оним случајевима где није могуће урадити класичну обдукцију, па се различитим техникама снимања добијају одређене информације о случају, без отварања тела обдукцијом. Наравно, све ове технике снимања имају и одређена ограничења у постморталној форензичкој патологији, пре свега због развоја постморталних промена на телу, када пре свега присуство постморталних гасова у ткиву насталих труљењем знатно мења добијену слику у односу на налаз код живих особа.

РЕФЕРЕНЦЕ:

1. Thali MJ, Jackowski C, Oesterhelweg L, Ross SG, Dirnhofer R. Virtopsy - the Swiss virtual autopsy approach. Leg Med (Tokyo). 2007; 9(2):100-4.
2. O'Donnell C, Woodford N. Post-mortem radiology – a new sub-speciality? Clin Radiol. 2008; 63(11): 1189-94.
3. Aalders M, Adolphi N, Daly B, et al. Research in forensic radiology and imaging: Identifying the most important issues. J Forensic Radiol Imaging. 2017; 8: 1-8.
4. Gascho D, Heimer J, Tappero C, Schaerli S. Relevant findings on postmortem CT and postmortem MRI in hanging, ligature strangulation and manual strangulation and their additional value compared to autopsy - a systematic review. Forensic Sci Med Pathol. 2019; 5(1): 84-92.
5. Femia G, Langlois N, Raleigh J, Gray B, Othman F, Perumal SR, Semsarian C, Puranik R. Comparison of conventional autopsy with post-mortem magnetic resonance, computed tomography in determining the cause of unexplained death. Forensic Sci Med Pathol. 2021; 17(1): 10-18.

39. NOVA KLASIFIKACIJA STADIJUMA ENDOMETRIJALNIH KARCINOMA FIGO 2023.

Dr sci med Svetlana Milenković, Služba za patologiju UKCS Beograd

Poslednja i trenutno važeća revizija FIGO klasifikacije stadijuma tumorske bolesti kod endometrijalnih karcinoma (EC) prihvaćena je 2023. godine. Donela je mnogo promena u načinu stadiranja, stavivši histopatološki nalaz u prvi plan. Histološki tip tumora je sada značajni prediktivni faktor kod ovog tipa karcinoma, koji se određuje prema predloženoj podeli u okviru 5.edicije WHO klasifikacije tumora ženskog genitalnog trakta. Različiti histološki tipovi imaju različiti molekularni aspekt, mikroskopsku sliku, prekusorne promene i tok bolesti, zbog čega tip tumora postaje osnova za njegovo stadiranje. Neagresivni histološki tipovi, označeni kao tumori niskog stepena su endometrioidni karcinomi gradusa 1 i 2, dok su agresivni tumori svrstani u grupu carcinoma visokog stepena maligniteta, kojima pripadaju serozni karcinom, EEC gradusa 3, clear cell, nediferentovani/dediferentovani i mesonephric like karcinom kao i karcinosarkom. EEC gradus3 je prognostički, molekularno i klinički heterogena grupa, zbog čega je prihvaćeno da molekularna podela ima najveći uticaj na prognozu i odluku o daljem lečenju. Novina u odnosu na prethodnu FIGO klasifikaciju 2009. je uključivanje gradusa tumora i obima limfovaskularne invazije kao kriterijuma za stadiranje tumorske bolesti pored do sada prihvaćene dubine infiltracije miometrijuma, zahvatanja okolnih ogana i/ili limfonodalnih metastaza.

Na osnovu molekularnih analiza - POLE mutacije, Tp53 i Mikrosatelitske nestabilnosti (MSI) odnosno Mismatch repair proteinske deficijencije, karcinomi endometrija su svrstani u 4 grupe: POLEmut, Tp53abn tip, MMRd i NSMP (gde nije utvrđena ni jedna molekularna promena). Umesto molekularnih analiza (kao što su PCR ili NGS) za Tp53 i MSI prihvaćena je primena imunohistohemijske analize (ICH) p53 i MMR antitelima. POLE status se određuje isključivo kao molekularni marker i definiše dva tipa tumora: POLE ultramutirani označen kao POLEmut i POLE wild type. ICH je široko prihvaćen metodom za druge dve molekularne promene, jer je jeftin, lako primenljiv i visoko korelira sa PCR ili NGS rezultatima. p53 se interpretira kao abnormalni tip ekspresije (p53abn) ili "divlji tip" (p53wild type). MMRd tip podrazumeva gubitak jednog, više ili sva četiri proteina uključena u grupu MMR.

POLEmut EC imaju dobru prognozu (bez obzira na visoki histološki gradus). p53abn ukazuje na lošu prognozu, a MMRd i NSMP su indikatori intermedijalne prognoze. Svi ICH markeri pokazuju jedarnu pozitivnost, jako su osetljivi na preanalitičke procedure, posebno fiksaciju zbog čega je predloženo da se ove analize rade u potpuno standardizovanim uslovima, prvenstvo na materijalu dobijenom kiretažom.

Nova klasifikacija je pred patologe postavila potpuno drugačije kriterijume za stadiranje EC koji, da bi se ispoštovali, postavljaju visoke zahteve u opremljenosti laboratorije, standardizaciji analiza, edukaciji kadra, ali i povećanja broja zaposlenih kako lekara tako i laboratorijskih tehničara.

Reference:

1. Herrington CS. *WHO Classification of Tumours: Female Genital Tumours*. International Agency for Research on Cancer, 2020.
2. Horeweg N, et al. *J Clin Oncol*. 2023;41(27):4369-4380.
3. Raspagliesi F, et al. *Int J Gynaecol Obstet*. 2024;164(1):366-368.
4. Cancer Genome Atlas Research Network. *Nature*. 2013;497(744):67-73.
5. Santoro A, et al. New pathological and clinical insights in endometrial cancer in view of the updated ESGO/ESTRO/ESP Guidelines. *Cancers (Basel)*. 2021;13(11):2623.

40. VELIKI MUCINOZNI CISTADENOM JAJNIKA

Mladen Jolić, Zdravstveni centar Zaječar – Odeljenje ginekologije i akušerstva

UVOD: Mucinozni cistadenom je benigni tumor jajnika. Dijagnostikuje se najčešće tokom redovnih pregleda. Ukoliko se ne otkrije na vreme može dostići i gigantske dimenzije. Rešava se isključivo operativnim zahvatom. **PRIKAZ SLUČAJA:** Zbog pojačanog sekreta neprijatnog mirisa pacijentkinja (69 god.) se javila ginekologu u privatnoj ambulanti. Po obavljenom ginekološkom pregledu i uzimanja brisa za Papanicolau test, ultrazvučnim pregledom je u maloj karlici dijagnostikovao multilokularan tumefakt (delom anehogen, delom hiperehogen), aproksimativnih dimenzija 12 x 11cm. Narednog dana su urađeni Tu markeri koji nisu pokazali povišene vrednosti, ali i MR pregled male karlice. Zaključak je glasio „Džinovska cistična lezija porekla verovatno desnog ovarijuma“. Sa ovim rezultatima, pacijentkinja se javila na Odeljenje ginekologije i akušerstva ZC Zaječar. Ultrazvučnim pregledom, abdominalnom sondom, dijagnostikovana je heteroehogena formacija nemerljivih dimenzija koja je ispunjavala ceo abdomen. Nakon kompletne obrade, pacijentkinja je zbog potencijalnih priraslica sa okolnim strukturama, operisana uz asistenciju hirurga na Odeljenju hirurgije. Tom prilikom je u celosti odstranjen desni jajnik sa opisanom formacijom dimenzija 200x130x60mm i težine nekoliko kilograma. Nakon sedam dana otpuštena je na kućno lečenje i potpuno oporavljena se javila na kontrolu sa nalazom HP nalaza: „Cystadenoma mucinosum ovarii“. **ZAKLJUČAK:** Ako se na vreme ne leči, mucinozni cistadenom može dostići i gigantske razmere. Iako se pretežno javlja kod mlađe populacije, nije retkost dijagnostikovati ga i kod pacijentkinja u menopauzi.

Ključne reči: Cistadenom, mucinozni; Ciste jajnika

41. CYTOLOGICAL DIAGNOSIS OF PERITONEAL WASHINGS FOR THE DETECTION OF FREE CANCER CELLS IN PATIENTS WITH GASTRIC CANCER

M. Putova¹, E. N. Kolesova¹, N.E. Semenov¹, Homeriki S. G.¹, K. K. Noskova¹ . 1 The moscow clinical scientific centre of the state budgetary healthcare institution named after Loginov A.S. Moscow health department, 111123, Moscow, Russia

Introduction. Gastric cancer remains one of the most wide-spread types of malignant tumor of a human being. Every year over one million people fall ill. In Russian Federation about 39 thousand cases of gastric cancer are registered and over 34 thousand patients die from this disease.

The choice of treatment tactics is considered according to the prevalence of the tumor stage, so the micro carcinomatosis of the peritoneum exam becomes one of the main problem without ascitic fluid accumulation when the process occurs with single cancer cells.

The aim of this study was to improvement of cytological diagnostics of peritoneal washings with the use of immunomorphological techniques for detection of free cancer cells of gastric cancer.

Materials and methods: The material for research was obtained from the Department of High-Tech Surgery, in the Moscow Clinical Scientific Center.

An analysis of 260 operating materials was performed in patients with gastric cancer who were on treatment in High-Tech Surgery from June 2020 to March 2022. The average age was 64 years, of which 130 women and 130 men. The peritoneal washings are obtained during the diagnostic laparoscopy. The cytological preparations are prepared by a fluid technique on a cytocentrifuge Cyto-tek. As a control of the presence of the necessary number of tumor cells were preparations, stained according to the method of Pappenheim.

The immunocytochemical study was performed with Roshe antibodies, diagnostic kits ultraView Universal DAB Detection Kit, on the automatic immunohistostainer Ventana BenchMark XT. The following panel of monoclonal antibodies has been selected: Ber-EP4, MUC5-AC. Immunocytochemical studies are performed on cytological preparations or material prepared by the cell block method.

Results. In 185 cases, a cytological study was performed. As a result of this study, free tumor cells were found in 80 patients (in affirmative or presumptive form) that accounted for 43% of cases. In 104 patients (56,4%), tumor cells were not detected in peritoneal washings (CY-), one material (0,6%) was not informative, due to the pronounced degeneration of cellular elements.

The sensitivity and specificity of this study was respectively 52% and 81%, the overall accuracy of the method was 67%, this value was comparable to the general accuracy of the macroscopic examination, according to the data of diagnostic laparoscopy (63%).

In 75 patients underwent a traditional light microscopic examination and immunocytochemical study with monoclonal antibodies to was excluded Ber-EP4, MUC5-AC from the panel. With the combined use of all the above methods of preparation and assessment of the material, the specificity of cytological diagnosis was 100%, and the sensitivity was 95%, the overall accuracy of the method reached 99%. The positive predictive value of the test (PPV) reached 100%, negative (PVN) 98%.

Conclusions. The cytological exam is the only possible method for determining cancer cells in fluid, and therefore the only technique for detecting a microscopic lesion of the peritoneum in gastric cancer so far.

Immunocytochemical study using a combination of monoclonal antibody markers on cytological preparations or cell blocks, increased the sensitivity and specificity of cytological diagnosis by 46% and 20%, and the overall accuracy by 32%, which allowed to more accurately establish the stage of the tumor process and decide on the tactics of treatment of each patient.

The use of only light microscopy to detect free tumor cells in peritoneal washing is not enough, since cell elements are subject to significant changes, single cancer cells are difficult to differentiate among mesothelium, histoid, macrophage and other background elements.

SIMPOZIJUM

**44. Timočki medicinski dani.
AKTUELNOSTI U STOMATOLOGIJI, Zaječar 2025.****42. ОСТЕОНЕКРОЗА ВИЛИЦА ПРОУЗРОКОВАНА МЕДИКАМЕНТИМА**

Проф. др Горан Јовановић, Медицински факултет Ниш

Остеонекроза вилица проузрокована лековима први пут је регистрована 2003. године. Изазивају је бисфосфонати, небисфосфонати и антиангиогени лекови који инхибирају активност остеокласта. Ови лекови често се примењују у терапији остеопорозе и метастатских промена у костима код различитих туморских процеса. Неки од њих имају кумулативни ефекат, тј. таложе се у костима дуги низ година и могу да изазову остеонекрозу вилица после различитих стоматолошких интервенција, у првом реду екстракције зуба. Обољење има три стадијума, плус нулти стадијум, и захтева конзилијарни приступ реуматолога, онколога и стоматолога. Највећа пажња треба да се посвети превентиви јер она смањује могућност настанка остеонекрозе за 75%. Хируршка терапија резервисана је за 3. стадијум, али и за остале стадијуме уколико се погоршавају и не реагују на нехируршку терапију.

РЕФЕРЕНЦЕ:

1. Seluki, R.; Seluki, M.; Vaitkeviciene, I.; Jagelaviciene, E. Comparison of the Effectiveness of Conservative and Surgical Treatment of Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw: A Systematic Review. *J. Oral Maxillofac. Res.* 2023, 14, e1.
2. Kasper, R.; Scheurer, M.; Pietzka, S.; Sakkas, A.; Schramm, A.; Wilde, F.; Ebeling, M. MRONJ of the Mandible—From Decortication to a Complex Jaw Reconstruction Using a CAD/CAM-Guided Bilateral Scapula Flap. *Medicina* 2023, 59, 535.
3. Otsuru, M.; Soutome, S.; Hayashida, S.; Morishita, K.; Yanamoto, S.; Umeda, M. Medication-related osteonecrosis of the upper jaw involving the zygomatic bone: A case report. *Int. J. Surg. Case Rep.* 2023, 104, 107932.
4. Monteiro, L.; Vasconcelos, C.; Pacheco, J.; Salazar, F. Photobiomodulation laser therapy in a Lenvatinib-related osteonecrosis of the jaw: A case report. *J. Clin. Exp. Dent.* 2021, 13, e626–e629.
5. Seki, K.; Namaki, S.; Kamimoto, A.; Hagiwara, Y. Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw Subsequent to Peri-Implantitis: A Case Report and Literature Review. *J. Oral Implant.* 2020, 47, 502–510.

43. SAVREMENI PRISTUP SINUS LIFTU

Prof. dr Vladimir Biočanin, Stomatološki fakultet u Pančevu

Sinus lift metoda predstavlja odizanje sluzokože maksilarnog sinusa i postavljanje koštanih zamenika (ili drugih materijala za augmentaciju) radi stvaranja uslova za ugradnju implantata u bočnom segmentu maksile, kada je subantralna dimenzija kosti nedovoljna. Postoje dva osnovna pristupa sinus lifta: metoda lateralnog pristupa (kroz očnjačku jamu) i transalveolarni pristup ili osteotomska tehnika.

Lateralni pristup podrazumeva odizanje mukoperiostalnog režnja i pravljenje koštanog prozora na prednjem zidu maksile. Koštani prozor može se napraviti primenom okruglog dijamantskog borera ili primenom piezo aparata. Piezo hirurgija pruža veću sigurnost u radu jer je značajno smanjena mogućnost perforacije sinusne membrane. Takođe, u toku rada sa piezo aparatom, značajno je preciznija osteotomija i manje je krvarenje pa je bolja vidljivost radnog polja. Nakon osteotomije se specijalno dizajniranim kiretama za sinus lift lagano odiže sluzokoža maksilarnog sinusa i u stvoreni prostor (između odignute sluzokože sinusa i subantralne kosti alveolarnog grebena) uglavnom se postavljaju koštani zamenici i preko njih kolagena membrana. Režanj se potom ušiva primarno. Ukoliko je početna dimenzija subantralne kosti manja od 4-5 mm, radi se dvofazno, tj. prvo se uradi sinus lift pa se čeka nekih 6-8 meseci i u drugoj fazi ugrađuju implantati. Ukoliko ima minimum 4-5 mm subantralne kosti, moguće je u istom aktu uraditi i sinus lift i ugradnju implantata (jednofazna tehnika). Osnovni uslov je da se ostvari primarna stabilnost implantata.

Literatura:

1. Alshamrani AM, Mubarki M, Alsager AS, Alsharif HK, AlHumaidan SA, Al-Omar A. Maxillary Sinus Lift Procedures: An Overview of Current Techniques, Presurgical Evaluation, and Complications. *Cureus*. 2023;15(11):e49553.
2. Bhalla N, Dym H. Update on Maxillary Sinus Augmentation. *Dent Clin North Am*. 2021;65(1):197-210.

3. Lie SAN, Claessen RMMA, Leung CAW, Merten HA, Kessler PAWH. Non-grafted versus grafted sinus lift procedures for implantation in the atrophic maxilla: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2022;51(1):122-132.
4. Alsharekh MS, Almutairi AA, Jahlan AS, Alhazani AS, Almohaimeed SM, Aljnoubi LA, AlGhamdi GA, AlBenyan TT, Alduhyaman SF, Alnaffae NM, Altalhi AM. Evolving Techniques and Trends in Maxillary Sinus Lift Procedures in Implant Dentistry: A Review of Contemporary Advances. *Cureus.* 2024 ;16(10):e71424.
5. Biočanin V, Brajković D. Maksimalni sinus u oralnoj i maksilofacijalnoj hirurgiji. 1. izdanje, Kraljevo, 2023.

44. HRONIČNI OROFACIJALNI BOL – IZAZOV U KLINIČKOJ PRAKSI

Prof. dr Stevo Matijević. Medicinski fakultet univerziteta u Beogradu.

Apstrakt: Bol je kompleksan, subjektivni, neugodniosećaj, emocionalno i kognitivno iskustvo, povezano sa aktuelnim stvarnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva određene lokalizacije koje se ogleda fiziološkim reakcijama autonomnog nervnog sistema i reakcijama u ponašanju.

Orofacijalni bol je širok pojam koji uključuje mnoštvo dijagnostičkih entiteta koja uzrokuju bolna stanja u području glave, vrata i usne šupljine. Uslovno, sastoji se od dva dela: facijalnog bola koji se javlja u području ispod orbito-mentalne linije, iznad vrata i ispred očiju i oralnog bola koji se javlja u usnoj šupljini.

Poseban i veoma složen medicinski entitet predstavlja hronični orofacijalni bol koji ima značajan uticaj na kvalitet života pacijenata i za koga se procenjuje da je preko 30% odrasle populacije pogođeno ovim stanjem. Stoga, razumevanje hroničnog orofacijalnog bola zahteva poznavanje njegove epidemiologije, patofiziologije, kliničkih manifestacija, dijagnostičkih metoda i terapijskih pristupa. Jer, pogrešno tumačenje porekla bola može dovesti do pogrešne dijagnoze i neadekvatnog lečenja.

Shodno tome, etiološki, sa jedne strane, multifaktorijalni uzroci, i sa druge strane, specifičnost patofiziologije hroničnog orofacijalnog bola koja obuhvata kompleksnu interakciju perifernih i centralnih mehanizama bola, kao i emocionalnih, psiholoških i socijalnih faktora, u kliničkoj praksi, značajno dovodi do brojnih dijagnostičkih i terapijskih dilema i problema.

Literatura:

1. Asadauskas A, Luedi MM, Urman RD, Anderegg L. Modern Approaches to the Treatment of Acute Facial Pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2024; 28:793–801.
2. Anita H, Putri FA, Maulina T. The Association Between Orofacial Pain and Depression: A Systematic Review. *J Pain Res.* 2024; 17: 785–796.
3. Polonowita A, Mei L, Guan G. The deconstruction of chronic orofacial pain and a hiding inhibition pathway of orofacial pain: the trigeminal proprioceptive mesencephalic periaqueductal gray pathway. *N Z Med J.* 2024; 137(1588): 67-79.
4. Canfora F, Ottaviani G, Calabria E, Pecoraro G, Leuci S, Coppola N, Sansone M, Rupel K, Biasotto M, Di Lenarda R, et al. Advancements in Understanding and Classifying Chronic Orofacial Pain: Key Insights from Biopsychosocial Models and International Classifications (ICHD-3, ICD-11, ICOP). *Biomedicine* 2023, 11, 3266. <https://doi.org/10.3390/biomedicine11123266>.
5. Labanca M, Giano M, Franco C, Rezzani R. Orofacial Pain and Dentistry Management: Guidelines for a More Comprehensive Evidence-Based Approach. *Diagnostics* 2023, 13, 2854. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13172854>.

45. ORALNO ZDRAVLJE SEOSKOG STANOVNIŠTVA - POVEZANOST SA OPŠTIM ZDRAVLJEM I KVALITETOM ŽIVOTA

Проф. др Ивица Станчић, Доц. др Александра Поповац. Стоматолошки факултет Београд

Орално здравље, као један мултидимензионални феномен који се огледа у интеракцији оралне средине човека и околине која на њу делује, представља важну компоненту општег здравља и благостања сваког појединца. Због мултифакторијалности настанка, високе стопе преваленције и инциденције, орална обољења представљају јавноздравствени проблем са великим утицајем на квалитет живота пацијената. Упркос важности оралног здравља и развоја знања и праксе у овој области, у руралним заједницама постоје значајне разлике у погледу приступа стоматолошкој нези, коришћењу стоматолошких услуга и исхода истих, у односу на градско становништво. Иако старење и живот на селу не би требало да буду, по аутоматизму, поистовећени са лошим оралним здрављем, повећање просечне старости руралног становништва, ограничени ресурси за пружање

адекватне стоматолошке неге, географска изолација, културне норме и сиромаштво довели су до повећања оралних обољења сеоског становништва. Најчешћа орална обољења руралног становништва су каријес корена, пародонтална обољења, трошење зуба, фрактуре зуба и протезни стоматитис. Лоша орална хигијена, као примарни фактор настанка већине оралних обољења у руралном становништву, удружена је са већим процентом конзумације заслађене хране и пића, веће потрошње дувана и одлагање лечења каријесно деструираних зуба. Нарушено орално здравље и кумулативни ефекат полифармације, хроничних обољења и когнитивних оштећења сеоског становништва, које је углавном старије животне доби, утиче на значајно нарушавање квалитета живота ових пацијената. Важна чињеница јесте да је већина оралних обољења превентабилна. Превенција је могућа благовременом стоматолошком интервенцијом, укључујући протетску рехабилитацију и применом јавноздравствених мера и програма који подразумевају спровођење националне политике хране и исхране, побољшање здравственог васпитања, спровођење превентивних мера, флуорисање воде за пиће, изградњу инфраструктуре и побољшање приступа стоматолошкој нези.

РЕФЕРЕНЦЕ:

1. Jaya Singh Kshatri, Subrata Kumar Palo, Trilochan Bhoi, Shakti Ranjan Barik, Sanghamitra Pati, Associations of multimorbidity on frailty and dependence among an elderly rural population: Findings from the AHSETS study, Mechanisms of Ageing and Development, Volume 192, 2020;
2. Stančić I, Petrović M, Popovac A, Vasović M, Despotović N. Caregivers' attitudes, knowledge and practices of oral care at nursing homes in Serbia. VOJNOSANITETSKI PREGLED 2016; 73(7): 668-673;
3. Zahnd WE, Scaife SL, Francis ML. Health literacy skills in rural and urban populations. Am J Health Behav. 2009 Sep-Oct; 33(5): 550-7;
4. Bailey AN, Porter KJ, Hill JL, Chen Y, Estabrooks PA, Zoellner JM. The impact of health literacy on rural adults' satisfaction with a multi-component intervention to reduce sugar-sweetened beverage intake. Health Educ Res. 2016 Aug; 31(4):492-508.6 ;
5. Popovac A, Čelebić A, Peršić S, Stefanova E, Milić Lemić A, Stančić I. Oral Health Status and Nutritional Habits as Predictors for Developing Alzheimer's Disease. MEDICAL PRINCIPLES AND PRACTICE 2021; 30(5): 448-454. doi: 10.1159/000518258.

46. PROTOKOLI OTISKIVANJA U STOMATOLOŠKOJ PROTETICI

Prof. dr Rade Živković. Stomatološki fakultet Beograd

Protokoli otiskivanja u stomatološkoj protetici. Da bi se uspešno izradili otisci bezubih vilica, a samim tim i TZP (totalna zubna proteza) neophodno je poznavanje bioloških osnova u izradi otisaka, koje podrazumevaju: uticaj mišića, uticaj sluzokože na izradu otiska kao i biološka razmatranja opterećenja mo (muko-osealni) Anatonski modeli se koriste za izradu studijskih modela i i izradu IK (individualna kašika). IK se koristi za izradu FO (funkcionalni otisak)

Osnovni cilj otiska u mobilnoj stomatološkoj protetici je izrada adekvatne zubne nadoknade. Da bi se uspešno izradili otisci bezubih vilica, a samim tim i TZP (totalna zubna proteza) neophodno je poznavanje bioloških osnova u izradi otisaka, koje podrazumevaju: uticaj mišića, uticaj sluzokože na izradu otiska kao i biološka razmatranja opterećenja mo (muko-osealni) fundamenta bezubih vilica. Za izradu TZP neophodna su najmanje dva otiska, anatonski i funkcionalni otisak. Anatonski otisak predstavlja negativnu kopiju fundamenta u otisnom materijalu. Izlivanjem anatonskog otiska dobija se anatonski model. Anatonski modeli se koriste za izradu studijskih modela i i izradu IK (individualna kašika). IK se koristi za izradu FO (funkcionalni otisak) koji predstavlja negativnu kopiju mo fundamenta izradenu prilikom umerenih funkcionalnih pokreta mekih tkiva usne duplje. Zadatak Fo je da se odredi veličina baze TZP. Da bi se postigla uspešna izrada TZP potrebno je izraditi dva FO. Prvi otisak ima zadatak da registruje zonu relativno pokretne sluzokože pod kompresijom, odnosno da se formira ventilni rub. To je pravi FO. Drugi otisak ima zadatak da registruje konfiguraciju sluzokože fundamenta i stepen rezilijencije, odnosno stepen elastične ugiblјivosti sluzokože fundamenta. To je definitivni FO.

47. ФИКСНЕ НАДОКНАДЕ И ОБОЉЕЊА ПАРОДОНТА

Милена Костић. Медицински факултет, Универзитет у Нишу; Клиника за денталну медицину

Фиксне протетске надокнаде се израђују од металокерамике или пуне керамике и у устима се цементирају као појединачне вештачке крунице на брушеном зубу или као котве веће

конструкције-денталног моста. Улога им је надокнада деструираног тврдог зубног ткива или изгубљених зуба. Прелаз са брушеног на небрушени део зуба назива се демаркација препарације и може бити позиционирана субгингивално, еквигингивално и супрагингивално, у зависности од клиничке индикације.

Оштећења на пародонталном ткиву, пре свега на гингиви, могу јатрогено настати у току брушења зуба, методе ретракције гингиве за време узимања отиска за фиксну надокнаду, њене пробе у устима пацијента и цементирања.

Неравна површина керамике представља предилекционо место за акумулацију плака, пигмената и остатака оралног ткива који се једним именом могу назвати биофилм, па се може сматрати фаворизујућим фактором у настанку пародонталних обољења, каријеса и инфекција слузокоже усне дупље. Постизање неприметног прелаза вештачке крунице на небрушен део зуба велики је изазов и кључ успеха протетске терапије. Уколико се на описаном месту јави зјап, тзв. маргинална пукотина, оно постаје предилекционо место за накупљање биофилма, што води деструкцији зубног ткива, оштећењу пародонталног ткива и губитку зуба носача. Већа вероватноћа за развој инфекције постоји код субгингивалне демаркације препарације, када се маргинални руб крунице завршава у гингивалном сулкусу. У случају супра или еквигингивалне позиције руба крунице неопходно је максимално налагање маргиналног руба на небрушени део зуба. Маргинални зјап је видљив, а у устима се примећује метални или керамички руб, што озбиљно нарушава леп изглед вештачке крунице.

Теоријски, храпавост површина денталних материјала треба смањити испод $0,2\mu\text{m}$, што је пракси немогуће извести. Глазирање керамике је прилично ефикасна профилактичка метода, а најмањи потенцијал за сакупљање биофилма има цирконијум керамика. Не треба занемарити и базалну површину моста, ону која належе на алвеоларни гребен. Препорука струке свакако јесте танак слој пљувачке између тела моста и оралне слузокоже, како би се омогућила хигијена, а пре свега физиолошко самочишћење.

Приликом израде фиксних протетских надокнада велику пажњу треба обратити на одабир оклузалног концепта, при чему предност треба дати оклузији вођеној очњаком или, уколико је то немогуће, оклузији вођеној групом зуба, јер се само на тај начин пародонтално ткиво штити приликом латералних покрета доње вилице (покрети жвакања). У положају максималне интеркуспидације, тереба тежити концепту узајамно заштићене оклузије како би се спречило оштећење потпорног апарата зуба у централној оклузији (акт гутања) и приликом пропулзије мандибуле. Постојање супраконтаката или парафункционалних кретњи смањује њихов век трајања фиксних протетских надокнада, али доводи и до оштећења зуба и његовог пародонта (примарана оклузална траума). Израда фиксних надокнада на пародонтално оштећеном зубу, продубљује болест и доводи до губитка зуба (секундарна оклузална траума).

Постојање два или више метала у устима пацијента доводи до електрохемијске корозије која резултује отапањем метала са мањим потенцијалом, што ствара сивкасте тетовање у пределу руба гингиве или на оралној слузокожи. Описана корозија оштећује орално ткиво и има негативан естетски утицај.

Израда фиксних надокнада може резултовати оштећењима потпорног апарата зуба и развојем каријеса, као и естетском дисквалификацијом истих, те је одржавање оралне хигијене код пацијената са овим врстама надокнада императив.

48. KOMPOZITNI KOČIĆI: FAKTORI USPEHA U PROTETSKOJ REHABILITACIJI

Doc. dr Mirjana Perić. Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Protetska rehabilitacija endodontski lečenih zuba često uključuje upotrebu kanalnih kočića različitih vrsta, u pogledu materijala, oblika i dizajna.

Savremeni zahtevi estetske stomatologije, kao i potreba za keramičkim nadoknadama, podstakli su razvoj kompozitnih kočića. Pored estetike, koja se postiže zahvaljujući boji kočića sličnoj prirodnom zubu, njihova glavna prednost leži u modulu elastičnosti sličnom dentinu (40 KPa). To omogućava fiziološki prenos okluzalnog opterećenja, čime se smanjuje rizik od vertikalne frakture korena zuba. Dodatne

prednosti uključuju biokompatibilnost i manju potrebu za uklanjanjem zubnog tkiva tokom ugradnje, u poređenju s livenim nadogradnjama.

Od 1990. godine u kliničkoj praksi posebno se koriste kompozitni kočići ojačani staklenim vlaknima (FRC kočići), koji nude odličnu estetiku, odgovarajući modul elastičnosti i relativno nisku cenu. Ovi kočići se sastoje od staklenih vlakana, neorganskog punila i smolne matrice, s tim da preko 50% zapremine čine staklena vlakna orijentisana duž uzdužne ose kočića.

Fiksiranje fiberglas kočića često je praćeno nedoumicama oko dubine preparacije, izbora cementa i pravilne pripreme kanala. Ovo predavanje će razjasniti ključne zablude, pružiti preporuke zasnovane na dokazima i dati smernice za optimalnu adheziju i dugotrajnu stabilnost kočića.

Kompozitni kočići imaju i svoje nedostatke. Budući da se industrijski proizvode, prečnici kočića su standardizovani i ne moraju uvek odgovarati lumenu kanala korena. To može zahtevati dodatno širenje kanala korena ili korišćenje kočića manjeg prečnika. Klinička istraživanja pokazuju da stopa uspešnosti terapije endodontski lečenih zuba sa kompozitnim kočićem više zavisi od stepena prilagođenosti kompozitnog kočića anatomiji kanala korena, nego od vrste cementa koji se koristi za njihovo cementiranje.

Cilj ovog predavanja je da analizira ključne faktore koji utiču na dugotrajnost endodontski lečenih zuba rehabilitovanih kompozitnim kočićima, kao i da predstavi najnovije trendove u razvoju ovih nadoknada.

REFERENCE:

1. de Souza Batista, Victor Eduardo, et al. "Influence of the ferrule effect on the failure of fiber-reinforced composite post-and-core restorations: A systematic review and meta-analysis." *The Journal of prosthetic dentistry* 123.2 (2020): 239-245.
2. Fernandes, Valter, et al. "The resin-matrix cement layer thickness resultant from the intracanal fitting of teeth root canal posts: an integrative review." *Clinical oral investigations* 25.10 (2021): 5595-5612.
3. Samran, Abdulaziz, et al. "Influence of post material and ferrule thickness on the fracture resistance of endodontically treated premolars: A laboratory study." *The Journal of Prosthetic Dentistry* (2024).
4. Gutiérrez, Maira Alejandra, Camilo Alejandro Guerrero, and Paula Alejandra Baldion. "Efficacy of CAD/CAM glass fiber posts for the restoration of endodontically treated teeth." *International Journal of Biomaterials* 2022.1 (2022): 8621835.
5. Vazzoler LO, Rosa LS, Velho HC, Dotto L, Valandro LF, Bacchi A, Sarkis-Onofre R, Spazzin AO, Alessandretti R, Pereira GK. Exploring fiberglass post numbers for enhanced fatigue resistance in molars without coronary remnants. *Brazilian Dental Journal*. 2024; 16;35: e24-5946.

49. FUNKCIONALNOST I DUGOVEČNOST ESTETSKIH RESTAURACIJA U BOČNOJ REGIJI

Prof. dr Dejan Marković. Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Vreme ubrzanog života i "instat" rešenja u svemu, uticali su i na izbor terapijskih procedura u stomatologiji. Lečenja zuba koja traju, višesazne terapijske procedure i ponavljanje medikamentozne terapije nisu više "popularne" a dominantni terapijski izbor često je nametnut od strane pacijenata, društvenih mreža, "terora lepote" i "novih" ali nedovoljno naučno potvrđenih metoda. Istraživanja iz ove oblasti naglašavaju da estetski prihvatljive restauracije, koje ne zadovoljavaju funkcionalne zahteve, mogu dovesti do komplikacija, dok funkcionalne, ali neestetske restauracije mogu uticati na pacijentovo samopouzdanje i zadovoljstvo. pacijenti visoko vrednuju estetski izgled svojih zuba, ali da je funkcionalnost, poput pravilnog zagrižaja i govora, od suštinskog značaja za dugoročno zadovoljstvo i zdravlje.

U ovom predavanju biće iznete naučne činjenice i klinički primeri koji mogu da potvrde da i pouzdane i proverene metode restauracije zuba u potpornim zonama mogu biti visoko estetski vrednovane i da funkcionalnost i estetika u stomatologiji ne isključuju jedna drugu. Naprotiv, savremeni pristupi teže njihovom objedinjavanju kako bi se postigli optimalni rezultati za pacijente.

REFERENCE:

1. Tedesco, T. K., et al. (2020). "Patient satisfaction and oral health-related quality of life after aesthetic restorative treatments: A systematic review." *Journal of Esthetic and Restorative Dentistry*, 32(1), 38-48. DOI: 10.1111/jerd.12541
2. Magne, P., & Belser, U. (2021). "Biomimetic restorative dentistry: The importance of integrating aesthetics and function." *International Journal of Esthetic Dentistry*, 16(1), 14-29.
3. Rocca, G. T., et al. (2019). "Functional and esthetic outcomes of adhesive partial crowns: A clinical review." *Clinical Oral Investigations*, 23(4), 1857-1870. DOI: 10.1007/s00784-018-2618-5
4. Gracis, S., et al. (2019). "Functional and aesthetic guidelines for successful full-mouth rehabilitation with prosthodontics." *International Journal of Prosthodontics*, 32(6), 500-511. DOI: 10.11607/ijp.6300
5. Fonzar, R. F., et al. (2020). "Balancing function and aesthetics in implant-supported restorations: A systematic approach." *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, 22(4), 463-470. DOI: 10.1111/cid.13015

50. MERE ZA OČUVANJE ORALNOG ZDRAVLJA KOD HENDIKEPIRANE DECE

Prof. Dr Vanja Petrović. Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju; Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Preventivne mere za očuvanje oralnog zdravlja (one koje se rade kod kuće) i profilaktičke mere (primenjuju se u ordinaciji) kod hendikepirane dece i kod zdrave dece su potpuno iste. Razlike se ogledaju mnogo većim rizicima za njihov nastanak, kao i u načinima njihovog sprovođenja.

Roditelji treba da na vreme budu upućeni u sve načine njihovog sprovođenja pre nego što se javi karijes i komplikacije karijesa. Često ovo vreme bude propušteno jer su roditelji zauzeti osnovnim oboljenjem deteta i briga za oralno zdravlje se javi tek kada nastanu komplikacije i urgentne situacije.

Kod prvog dolaska hendikepiranog deteta u stomatološku ambulantu, nakon uzimanja anamnestičkih podataka i stomatološkog pregleda, neophodno je napraviti individualni plan stomatološkog tretmana koji obavezno uključuje sve savete o načinima i sredstvima za sprečavanje nastanka oralnih oboljenja. Terapijske mere se mogu sprovesti ambulantno i u opštoj anesteziji.

Zdravstveno vaspitnim radom se moraju motivisati hendikepirana deca i njihovi roditelji, da nauče kako da sačuvaju oralno zdravlje i da to znanje redovno primenjuju.

Gotovo svaka kategorija hendikepirane dece ima izvesne specifičnosti, koje zahtevaju individualni pristup u zdravstveno-vaspitnom radu, kao i obaveznu saradnju stomatologa sa pedijatrom, psihologom, neuropsihijatrom, logopedom, surdopedagogom, vaspitačem i naravno i pre svega roditeljima.

Cilj je potpuno očuvanje oralnog zdravlja ove osetljive populacije jer komplikacije karijesa mogu dodatno pogoršati osnovno oboljenje i značajno uticati na kvalitet života.

51. MINIMALNO INVAZIVNE INTERVENCIJE U TERAPIJI KARIJESA

Dr. sci Nataša Pejčić-Barać Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Minimalno invazivne intervencije u terapiji karijesa predstavljaju savremeni pristup lečenju karijesa. Cilj ovog koncepta je očuvanje što većeg dela zdravog zubnog tkiva, uz očuvanja integriteta pulpe. Ovaj pristup bazira se na principima preventivne i restaurativne stomatologije, sa fokusom na očuvanje prirodne strukture zuba i sprečavanje daljeg napredovanja karijesa.

Razvojem rane i precizne dijagnostike karijesa, novih adhezivnih restaurativnih materijala, novih terapijskih postupaka, bolje razumevanje etiologije oralnih bolesti, dosadašnji princip ekstenzije radi prevencije prelazi u princip minimalne invazivnosti tokom terapije karijesa.

Ključni aspekti minimalno invazivnih intervencija su: rano otkrivanje karijesa, primena preventivnih i profilaktičkih mera, selektivno uklanjanje karijesa, atraumatska resaturativna terapija, hemijska kontrola karijesa, upotreba savremenih materijala, promena ishrane i oralne higijene.

Ovaj pristup zahteva personalizovan plan terapije, uzimajući u obzir stadijum karijesa, stanje oralnog, kao i opšteg zdravlja i potrebe pacijenta.

Ovaj vid terapijskog pristupa donosi brojne prednosti, od kojih su najznačajnije: očuvanje zdravog zubnog tkiva i prirodne funkcionalnosti, smanjenje bola tokom rada i samim tim potrebe za anestezijom, manji stres za pacijente, lakši rad sa decom, smanjenje potrebe za složenijim terapeutskim zahvatima u budućnosti, dugoročnija rešenja i bolje oralno zdravlje.

Minimalno invazivna terapija je posebno pogodna za pacijente sa početnim karijesom, decu i osobe koje žele manje invazivne stomatološke tretmane. Njen uspeh zavisi od redovne kontrole, edukacije pacijenta i saradnje sa stomatologom.

Ova metoda se zasniva na prevenciji i kontroli bolesti. Predstavlja deo savremenih trendova u stomatologiji koji se oslanjaju na praksu zastovanu na naučnim dokazima i poštovanje prirodne anatomije i specifičnosti zubnih tkiva, kao i primeni novih savremenih materijala.

REFERENCE:

1. de Lavôr JR, de Abreu RS, Costa SA, de Brito DH, Dos Santos TG, Almeida NL, da Silva MC, Júnior AF, Heimer MV, Galembeck A, Rosenblatt A. Efficacy of a high concentration of nano silver fluoride in preventing caries: A randomized controlled trial. J Clin Exp Dent. 2024 Mar 1;16(3):e263-e269. doi: 10.4317/jced.60776. PMID: 38600926; PMCID: PMC11003279.
2. Frencken JE. Atraumatic restorative treatment and minimal intervention dentistry. Br Dent J. 2017 Aug 11;223(3):183-189. doi: 10.1038/sj.bdj.2017.664. PMID: 28798450.

3. BaniHani A, Santamaría RM, Hu S, Maden M, Albadri S. Minimal intervention dentistry for managing carious lesions into dentine in primary teeth: an umbrella review. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2022 Oct;23(5):667-693. doi: 10.1007/s40368-021-00675-6. Epub 2021 Nov 16. PMID: 34784027; PMCID: PMC9637620.
4. Arandi NZ, Thabet M. Minimal Intervention in Dentistry: A Literature Review on Biodentine as a Bioactive Pulp Capping Material. *Biomed Res Int*. 2021 Apr 3;2021:5569313. doi: 10.1155/2021/5569313. PMID: 33884264; PMCID: PMC8041541.
5. de Amorim RG, Frencken JE, Raggio DP, Chen X, Hu X, Leal SC. Survival percentages of atraumatic restorative treatment (ART) restorations and sealants in posterior teeth: an updated systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2018 Nov;22(8):2703-2725. doi: 10.1007/s00784-018-2625-5. Epub 2018 Sep 19. PMID: 30232622.

52. PRISTUP STOMATOLOGA U ODNOSU NA PSIHOLOŠKI TIP DETETA

Prof. dr Zoran Mandinić. Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Deca se pri stomatološkim zahvatima ponašaju na najrazličitije načine, te svaki stomatolog mora biti upoznat sa detetovim emocionalnim, mentalnim i telesnim razvojem. U dečjoj stomatologiji najvažnije mesto zauzima psihološki aspekt rada, a razumevanje i poznavanje doživljaja deteta lekaru olakšava svakodnevni rad kliničaru. Stomatolog mora biti profesionalno spretno i emocionalno angažovan jer se njegov posao svodi na rad sa jako osetljivim i emocionalno ranjivim pacijentom koji ne može participovati lekara kao osobu koja mu želi pomoći. Emocionalni i telesni razvoj deteta deli se na period odojčeta, malog predškolskog deteta, predškolskog deteta i deteta školskog uzrasta i adolescenta. U svakoj od tih životnih faza, deca pokazuju specifična ponašanja u stomatološkoj ordinaciji te zahtevaju poseban pristup. Za lakše prepoznavanje tipova ponašanja dece u stomatološkoj ordinaciji koristimo Franklovu lestvicu ponašanja i kategorije ponašanja pu Wright-u.

REFERENCE:

1. Ainscough SL, Windsor L, Tahmassebi JF. A review of the effect of music on dental anxiety in children. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2019 Feb;20(1):23-26. doi: 10.1007/s40368-018-0380-6. Epub 2018 Oct 29. PMID: 30374854.
2. Paglia L. Child abuse: Awareness is the first step to action. *Eur J Paediatr Dent*. 2018 Jun;19(2):89. doi: 10.23804/ejpd.2018.19.02.00. PMID: 29790771.
3. Kuzman Z, Mlinarevic-Polic I, Aleric I, Katalinic D, Vcev A, Babic D. Clinical evaluation of psychiatric and behavioral disorders in adolescents with epilepsy: a cross-sectional study. *Nord J Psychiatry*. 2020 May-Jul;74(5):352-358. doi: 10.1080/08039488.2020.1715475. Epub 2020 Jan 21. PMID: 31961263.

SEMINAR

44. Timočki medicinski dani. KONGENITALNE ANOMALIJE. Zaječar 2025.

53. OPSTRUKTIVNE ANOMALIJE URINARNOG TRAKTA KOD DECE

Assist dr sci med Dr Predrag Ilić, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić" Novi Beograd

Sažetak: Opstruktivne anomalije najčešće se otkrivaju tokom gestacije. Njihovo pravovremeno otkrivanje je od velike važnosti u prognostičkom smislu. Definitivna dijagnoza postavlja se po rođenju deteta, a hirurško lečenje započinje u uzrastu od nekoliko dana do nekoliko meseci života. Najčešće su: hidronefroza, opstruktivni megaureter, valvule zadnje uretre i dr. Uspešnost lečenja zavisi od pravovremenog otkrivanja i lečenja, kao i od stepena displazije bubrega.

Literatura:

1. Chevalier RL. Congenital urinary tract obstruction: the long view. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2015 Jul;22(4):312-9. doi: 10.1053/j.ackd.2015.01.012. PMID: 26088076; PMCID: PMC4475271.
2. Lange-Sperandio, B., Rosenblum, N.D. (2022). Pediatric Obstructive Uropathy. In: Emma, F., Goldstein, S.L., Bagga, A., Bates, C.M., Shroff, R. (eds) *Pediatric Nephrology*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-52719-8_51
3. Sanjay Jain, Feng Chen, Developmental pathology of congenital kidney and urinary tract anomalies, *Clinical Kidney Journal*, Volume 12, Issue 3, June 2019, Pages 382–399, <https://doi.org/10.1093/ckj/sfy112>

54. KONGENITALNI DEFORMITETI STOPALA U DEČJEM UZRASTU

Kl. assist. Prim dr sci Zoran Paunović. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić" Novi Beograd

Sažetak: Kongenitalni deformiteti stopala predstavljaju strukturne anomalije koje nastaju u toku organogeneze. Brojne teorije kao što su embriološka teorija (zastoj u razvoju), mehanička (teorija pritiska), neuromuskularne, vaskularne i teorije koštanih, mišićnih i ligamentarnih anomalija pokušavaju da objasne njihov nastanak. Dijagnostikuju se na rođenju na osnovu kliničkog nalaza i radiografskih ispitivanja. Lečenje podrazumeva primenu: neoperativnih metoda kao što su fizikalna terapija i ortopedska pomagala i različitih hirurških procedura.

Reference:

1. Saleh M Kardm , Ahmed S Al Zomia , Ali A Alqahtani , Faisal M Al Fae et al. Congenital Talipes Equinovarus Management and Outcomes: The Experiences of Pediatric Tertiary Centers in Abha, Saudi Arabia. Cureus. 2023;15(8):e43264
2. Vincent S. Mosca, Dhiren Ganjwala, and Hitesh Shah. Defining and Differentiating Congenital Vertical Talus and Congenital Oblique Talus It's Not Primarily About the Talus. JBJS Open Access 2024:e24.00014.

55. SAVREMENI PRISTUP U LEČENJU KONGENITALNIH ANOMALIJA ŠAKE

Doc. dr Đorđe Kravljanić. Klinika za dečiju hirurgiju

Urođene anomalije gornjeg ekstremiteta predstavljaju poremećaje u razvoju šake koji su posledica dejstva različitih etioloških faktora. Incidencija ovih poremećaja iznosi 0,69 na 1000 novorođene dece. Mogu se javiti izolovano ili udruženi sa drugim kongenitalnim anomalijama. Sve urođene anomalije gornjeg ekstremiteta prema OMT shemi su klasifikovane pojedinačno u složenim fenotipovima kao malformacije, deformacije i displazije. Dijagnostičke procedure obuhvataju: klinički pregled, radiografsko ispitivanje i genetičke analize. Lečenje urođenih anomalija šake kod dece je veoma složen proces koji zahteva primenu različitih neoperativnih procedura i hirurških tehnika, medikamentoznu terapiju i postoperativnu funkcionalnu i estetsku rehabilitaciju. Dobro poznavanje kliničkog izgleda najčešćih anomalija šake, omogućava primenu adekvatnog hirurškog pristupa u cilju postizanja što boljih funkcionalnih i estetskih rezultata. Neophodan je multidisciplinarni pristup i timski rad.

Literatura:

1. Kozin SH, Zlotolow DA. Common Pediatric Congenital Conditions of the Hand. Plast and reconstr surg 2015;136(2):241–57.
2. Wessel LE, Daluiski A, Trehan SK. Polydactyly a review and update of a common congenital hand difference. Current Opinion in Pediatrics. 2020;32(1):120.
3. Tonkin MA, Oberg KC. The OMT Classification of Congenital Anomalies of the Hand and Upper Limb. Hand Surg 2015;20(3):336–42.

56. NAJČEŠĆE KONGENITALNE MALFORMACIJE NERVNOG SISTEMA – DIJAGNOSTIČKI I TERAPIJSKI PRISTUP

Prof. Dr Ružica Kravljanić. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Kongenitalne malformacije nervnog sistema obuhvataju heterogene poremećaje u razvoju mozga i kičmene moždine. Najčešće se manifestuju u ranom uzrastu, a neretko već na rođenju. Malformacije mozga su različite prema etiologiji i kliničkoj prezentaciji. Razumevanje malformacija mozga su još uvek nedovoljna da bi se napravila jedinstvena klasifikacija koja je zasnovana na naučnim dokazima. Zbog toga postoji više klasifikacija moždanih malformacija koje su zasnovane na neuroradiološkim, neuropatološkim ili genetskim osnovama. Mutacije različitih gena dovode do mikrocefalije, lizencefalije, polimikrogirije, heterotopije i dr. Fenotip zavisi od tipa i opsežnosti malformacije kao i od genetske osnove, a vrlo često obuhvata epileptičke napade i razvojne poremećaje. Kod dece sa epilepsijom usled malformacija mozga značajno mesto ima operativno lečenje epilepsije. Neurohirurške intervencije su kod pojedinih malformacija mozga i kičme lečenje izbora i potrebno ih je pravovremeno sprovesti. Kod najvećeg broja kongenitalnih malformacija nervnog sistema potporna i simptomatska terapija imaju ključno mesto u lečenju.

Reference:

1. Ji XS, Ji XL, Xiong M, Zhou WH. Modeling congenital brain malformations with brain organoids: a narrative review. *Transl Pediatr.* 2023 Jan 31;12(1):68-78.
2. Fenton LZ. Imaging of Congenital Malformations of the Brain. *Clin Perinatol.* 2022 Sep;49(3):587-601.
3. Choi JJ, Yang E, Soul JS, Jaimes C. Fetal magnetic resonance imaging: supratentorial brain malformations. *Pediatr Radiol.* 2020 Dec;50(13):1934-1947.

57. PRIMARNI VEZIKOURETERNI REFLUKS

Assist. Dr Jovana Putnik. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić" Novi Beograd

Sažetak: Vezikoureterni refluks (VUR) predstavlja nefiziološki retrogradni tok urina iz mokraćne bežike kroz ureter ka sabirnom sistemu bubrega. Klinički se manifestuje ponavljanim infekcijama urinarnog trakta. Prema etiologiji se deli na primarni i sekundarni. Primarni VUR je kongenitalno stanje uslovljeno abnormalnim razvojem ili narušenom funkcijom vezikoureternog spoja i prisutan je kod 1-2% opšte pedijatrijske populacije, a kod 30-40% dece koja su lečena zbog infekcija urinarnog trakta. Može da bude udružen sa prenatalnim poremećajem razvoja bubrega (displazija) i donjeg urinarnog trakta, ali i sa ponovljenim infekcijama urinarnog trakta i razvojem postnatalnog oštećenja bubrežnog parenhima (refluksna nefropatija) i ozbiljnih sekvela: arterijska hipertenzija i hronična bubrežna bolest. Osnovni cilj lečenja je očuvanje bubrežne funkcije. Rana dijagnoza i pravilan terapijski pristup mogu da spreče razvoj hroničnog oštećenja bubrega. Stoga se danas posebna pažnja usmerava na rano, prenatalno prepoznavanje ove anomalije, pravilnu selekciju budućih pacijenata, pružanje saveta za prevenciju nastanka infekcija urinarnog trakta i adekvatan dijagnostički i terapijski pristup.

Literatura:

1. Puri P, Friedmacher F, Farrugia MK, Sharma S, Esposito C, Mattoo TK. Primary vesicoureteral reflux. *Nat Rev Dis Primers.* 2024; 10:75.
2. Mattoo TK, Mohammad D. Primary Vesicoureteral Reflux and Renal Scarring. *Pediatr Clin North Am.* 2022; 69:1115-29.
3. Hari P, Meena J, Kumar M, Sinha A, Thergaonkar RW, Iyengar A, Khandelwal P, Ekambaram S, Pais P, Sharma J, Kanitkar M, Bagga A; Indian Society of Pediatric Nephrology. Evidence-based clinical practice guideline for management of urinary tract infection and primary vesicoureteric reflux. *Pediatr Nephrol* 2024; 39:1639-68.

USMENE PREZENTACIJE ORIGINALNIH RADOVA**PREVENTIVNA MEDICINA, Zaječar 2025****58. SINDROM POLICISTIČNIH JAJNIKA U ADOLESCENTNOM UZRASTU, PRIKAZ SLUČAJA**

Dragana Mitrović, ZC Knjaževac, Služba pedijatrije, dečje odeljenje; **Danijela Ćirić**, ZC Zaječar, Služba opšte medicine; **Miloš Bogoslović**, Dom zdravlja Doljevac, Služba za zdravstvenu zaštitu dece i omladine; **Miljana Mladenović Petrović**, Dom zdravlja Bela Palanka, Služba opšte medicine; **Vladana Nikolić**, UKC Niš, Klinika za pedijatriju; **Milica Jakovljević**, UKC Niš, Klinika za pedijatriju

Sažetak: Uvod: Sindrom policističnih jajnika podrazumeva stanje hronične hiperandrogenemije i anovulacije koje se manifestuje varijabilnom udruženošću menstrualnih iregularnosti, hirzuitizma i gojaznosti. To je najčešća endokrinopatija žena u reproduktivnom periodu. Cilj rada: prikaz adolescentkinje sa sindromom policističnih jajnika i ukazivanje na značaj blagovremene dijagnostike i početka lečenja. Materijal i metode: medicinska dokumentacija Rezultat: Adolescentkinja MD uzrasta 16godina javlja se na pregled pedijatru zbog pojačane maljavosti tela, neurednih menstrualnih ciklusa i

dobijanja u težini. Menarha u dvanaestoj godini. Od menarhe pa do javljanja lekaru (naredne 4 godine) ciklusi su neuredni. Dobijamo podatak da je period između dva menstrualna krvarenja nekad 30 dana, a nekad i dva meseca (oko 60 dana). Nisu se javljali lekaru zbog tih tegoba, mislili su da je to u redu u pubertetu. Malje po telu su prisutne na stomaku, grudima, nausnicama i tamnije su i deblje na gornjim i donjim ekstremitetima. Tm 85kg (P99; 2,33SD); Tv 166cm (P48; -0,04SD); BMI: 30,8 (P99; 2,43SD). Upućena Ginekologu (Virgo intacta), gde je odrađen ultrazvučni pregled male karlice (ultrazvučno je potvrđen nalaz policističnih jajnika) i Dečjem Endokrinologu u UKC Niš, Klinika za pedijatriju gde je adolescentkinja klinički sagledana, laboratorijski obrađena (u 4. danu ciklusa i progesteron u 21 danu ciklusa). Nalaz hormonskog statusa ukazuje na sindrom policističnih jajnika, uz prisutnu dislipidemiju). Isključivanjem drugih razloga za hiperandrogenemiju, u terapiju je uveden oralni kontraceptiv i metformin. Zaključak: kako je sindrom policističnih jajnika jedan od najčešćih uzroka infertiliteta kod žena, jedan od glavnih favorizujućih faktora nastanka metaboličkog sindroma i kardiovaskularnih komplikacija kao i najvažniji faktor rizika nastanka karcinoma endometrija do 40. godina života kod žena neophodna je blagovremena dijagnostika i lečenje.

Ključne reči: sindrom, cista, jajnik

59. СКРИНИНГ ЗА DIABETES MELLITUS У ДИСПАНЗЕРУ ЗА ТРУДНИЦЕ ДОМ ЗДРАВЉА ЗАЈЕЧАР

Др Сања Длбокић, лекар опште праксе ДЗ Зајечар

Увод: Скрининг у медицини представља прелиминарно откривање до тада непрепознатих поремећаја здравља у фази када још не постоје видљиви знаци болести, али је патофизиолошки процес отпочео. . Скрининг методе се примењују на (привидно) здравим особама услед чега задобијени резултати могу да дају приказ „лажно позивних“ и „лажно негативних“ резултата, према томе пристигли резултат захтева прецизну верификацију, уколико је позитиван и додатну дијагностику. Гестацијски дијабетес мелитус (ГДМ) је поремећај гликорегулације који се по први пут дијагностикује у трудноћи, укључујући и раније недијагностиковани манифестни (overt) дијабетес. Процењује се да овај поремећај постоји код 5-9% трудница и утиче на перинатални морбидитет и морталитет. Не постоји јединствени критеријум за дијагнозу ГДМ. Већина перинатолошких центара користи критеријуме Америчког удружења гинеколога и обстетричара (ACOG) који су у складу са препорукама Америчке асоцијације за дијабетес (ADA) или критеријуме Међународног удружења за дијабетес и трудноћу (IADPSG).

Табела 0. Граничне вредности гликемије за постављање дијагнозе гестацијског дијабетес мелитуса након OGT.

Гликемија наташте	≥ 5.1 mmol/L
Гликемија након 1 сата	≥ 10.0 mmol/L
Гликемија након 2 сата	≥ 8.5 mmol/L

DIJAGNOSTIKA I KONZERVATIVNA MEDICINA – SAVREMENI ASPEKTI, Zaječar 2025

60. ZNAKOVI U RADIOLOGIJI KOJI SU TERMINOLOŠKI POVEZANI SA HRANOM

Božinović Milan (1), Mihajlović Ivana (1), Božinović Milena (2), Božinović Nebojša (3), 1) Vojna bolnica Novi Sad, 2) Dom zdravlja "Dr Milenko Muratović" Berkovići, BOSNA I HERCEGOVINA, 3) Specijalna bolnica za interne bolesti Vrnjačka Banja

Увод: У радиологији се често користе метафориčki називи за карактеристичне налазе на сликама, међу којима су бројни инспирисани облицима и текстурима хране. Ови tzv. "gastronomski знакови" служе као ефикасна мнемотехничка средства за препознавање специфичних патолошких стања.

Циљ рада је био да прикаже најчешће знакове који су повезани са храном у радиологији.

Diskusija: Znak odgriska od jabuke je vezan za kolorektalni karcinom. Znak banane je povezan sa Arnold-Chiari II malformacijom. Hamburger znak se sreće kod normalne nadbubrežne žlezde novorođenčeta. Znak jajeta u tiganju je karakterističan za oligodendrogliom. Znak ljuske crnog luka se sreće kod Ewingovog sarcoma. Znak palačinke je karakteristični nalaz na MSCT kod atelektaze pluća. Znak švajcarskog sira možemo videti kod adenomioze uterusa. Znak putera od kikirikija srećemo kod diskus hernije gde masa stisnuta između pršljenova podseća na puter između hleba. Kod neoplazmi pankreasa sreće se znak škampa. Znak krastavca se sreće kod cistične bolesti bubrega. Znak vafila se sreće kod subarahnoidalne hemoragije. Znak sladoleda se nalazi kod temporalne kosti na MSCT – malleolus i incus zajedno podsećaju na kornet sladoleda. Znak krofne se sreće kod intususcepcije creva.

Zaključak: Dobro poznavanje metaforičkih naziva za karakteristične nalaze u radiologiji pomaže u brzom postavljanju dijagnoza i donošenju adekvatnih odluka u daljem lečenju i dijagnostici.

Ključne reči: znak, radiologija, hrana.

61. RUPTURA M. MASETERA PRILIKOM POROĐAJA - PRIKAZ SLUČAJA

Lukić I. (1), Lukić Andrijin I. (2), Garić M. (3). 1) SOMS "Sportrehamedica", Zrenjanin; 2) Institut za decu i omladinu KC Vojvodine, Novi Sad; 3) SB za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Banja Rusanda, Melenci

Uvod: Pacijentkinja neposredno nakon porođaja osetila jake bolove u desnom delu lica. Nakon dužeg lečenja od strane neurologa i oralnog hirurga, javlja se 02.04.2025. u našu ustanovu. Sprovedena dijagnostika i lečenje. Cilj: Prikaz slučaja. Materijal i metodi rada: Na pregledu, nakon anamneze, uvida u zdravstvenu dokumentaciju i kliničkog pregleda, urađena ultrazvučna dijagnostika (ultrazvučni aparat Logiq F6, linearna sonda 6-12 MHz) gde je konstatovana ruptura prednjeg dela desnog m. masetera. Ordinirana fizikalna terapija laserom (1600Hz, 4x3J) i hivamatom u trajanju od 15 dana.

Rezultati: Nakon završetka lečenja, na kontrolnom ultrazvučnom pregledu konstatovano uspostavljanje kontinuiteta mišićnih vlakana. Tegobe u vidu bola značajno redukovane već nakon 7. dana terapije, da bi na kraju lečenja nestale. Zaključak: Porođaj može kao propratnu tegobu dati na potpuno neočekivanim mestima, i o tome moramo voditi računa prilikom uzimanja anamneze i dalje dijagnostike

Ključne reči: porođaj, ruptura masetera

62. KONGENITALNA CISTA JAJNIKA ILI NEŠTO DRUGO? – prikaz slučaja

Lukić Andrijin I, Žakula N., Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine, Novi Sad

Uvod: Mezotelijalna inkluziona cista je vrsta retkog benignog tumora koji je u bliskom odnosu sa seroznim površinama visceralnih organa. U literaturi je do sada opisano nešto manje od 200 slučajeva, a najčešće kod pacijenata sa prethodnim abdominalnim operacijama ili inflamacijama u maloj karlici. Dijagnoza se retko postavlja preoperativno, a diferencijalna dijagnoza može biti raznolika – od kongenitalnih anomalija adneksa, preko limfatičnih malformacija, mezenterijalnih cista pa sve do intestinalnih duplikatura

Cilj: Prikaz slučaja novorođenčeta odnosno odojčeta koje je operisano zbog cistične promene za koju se verovalo da je porekla adneksa, a koja je i prenatalno uočena.

Materijal i metodi rada: Prezentovani su podaci iz istorije bolesti pacientkinje, kao i interpretirani perinatalni ultrazvučni i laboratorijski nalazi, kao i intraoperativni nalaz, te konačno rezultat patohistološke ekspertize.

Rezultati: Na prenatalnu konsultaciju upućena je trudnica u tridesetoj gestacijskoj nedelji zbog uočene cistične promene u trbuhu fetusa, najverovatnije porekla jajnika. Po rođenju je na UZ pregledu uočena cistična promena u desnom hemiabdomenu dijametrom do 50 mm. Levi jajnik je opisan kao uredan, dok desni nije uočen. Na ponavljanim UZ pregledima, cistična promena se minimalno smanjivala, ali je opisana kao kompleksna (ispunjena hiperehogenijem sadržajem koji je gravitaciono zavisna). Tokom narednih nedelja promena je menjala svoju poziciju od supravazikalne do pozicije u levom hemiabdomenu. Tumor markeri karakteristični za patologiju jajnika su bili u referentnim granicama. Sa sedam nedelja života je hospitalizovana radi operativnog lečenja. Načinjena je laparoskopska eksploracija, pri čemu se uoči

cistična tumefakcija dijametra oko 5 cm dominantno u desnom hemiabdomenu, bez mogućnosti njene dalje preparacije. Načini se konverzija minimalnim proširenjem incizije u donjoj pupčanoj brazdi. Identifikuje se i delom eksteriorizuje pomenuta promena, postavi se podržna sutura, ista se otvori i evakuiše tamni detritusni sadržaj, nakon čega se cela tumefakcija eksteriorizuje. Ista je u priraslicama sa sigmoidnim kolonom. Makroskopski bi mogla odgovarati autoamputiranom, cistično izmenjenom i destruisanom jajniku, potencijalno zajedno sa tubom. Ipak, materica i zdravi adneksi se ne uspeju vizualizovati. Preparat se uputi na patohistološki pregled, čiji je zaključak da se radi o mezotelijalnoj inkluzionoj cisti. Operativni i postoperativni period su protekli uredno, odojče aktuelno bez tego ba.

Zaključak: Perinatalno uočene cistične promene u trbuhu ženske novorođenčadi najčešće su porekla adneksa, ali uvek treba imati na umu i potencijalne diferencijalne dijagnoze ma koliko neke od njih bile retke.

Ključne reči: mezotelijalna inkluziona cista; kongenitalna cista jajnika.

63. TIREOLOGIJA KROZ POGLAVLJA I VREME, II DEO

Nebojša Paunković, Džejn Paunković, Poliklinika "Paunković" Zaječar

Pre dvadesetak godina, povodom 35 godina zaječarske tireologije, izdali smo prvi deo knjige sa ovim naslovom. Knjiga je predstavljala "reprinte" svih radova koji su bili štampani u inostranim ili domaćim časopisima ili izlagani na inostranim i domaćim naučnim skupovima. Knjiga je imala 262 stranice, obuhvatila je 66 radova podeljenih u 5 poglavlja.

Naravno radovi su štampani ili objavljivani u toku 35 godina. U pogovoru ove knjige je stajala samo jedna rečenica: "namera ove knjige je da bude nastavljena".

Od tada je prošlo dvadeset godina ali i dosta događaja koji su ometali ovu nameru: ja sam naime preboleo infarkt mozga, Džejn je promenila profesiju. Ipak pred vama je II deo ove knjige koju ću kratko da prikažem na našim Timočkim danima. Knjiga je skromnija, ima samo 15 radova, stotinak stranica, i biće štampana u suplementu Timočkog glasnika.

Poster prezentacije

64. ALERGIJSKI KONJUNKTIVITIS DECE ŠKOLSKOG UZRASTA OPŠTINE ŽITIŠTE

Repac Marija¹, Lukić Ivana², Repac Vinka³ ¹molekularni biolog-nezaposlena, ²Institut za decu i omladinu KCV Novi Sad, ³Dom zdravlja Žitište

Uvod: Alergija je hipersenzitivna reakcija na određeni alergen. Atopija je genetski determinisana predispozicija na određeni alergen. Danas je najčešća forma alergijskog konjunktivitisa, sezonski konjunktivitis (20% populacije) I i IV tip reakcije preosetljivosti se najčešće sreću kod alergijskog konjunktivitisa (bilo kao zasebne ili kao udružene reakcije)

Cilj: Prikazati učestalost alergijskog konjunktivitisa kod dece školskog uzrasta, kao zasebne ili udružene bolesti (atopije). **Materijal i metodi rada:** Retrospektivna analiza je zasnovana na podacima iz zdravstvenih kartona i protokola za navedeni period (2015-2020). Dijagnoza je postavljena na osnovu pozitivne porodične anamneze (neke atopijske bolesti alergijski rinitis, bronhijalna astma, ekcem), kliničke slike.

REZULTATI: U posmatranom periodu (2015-2020 godina) u ambulantni za očne bolesti Doma zdravlja Žitište, pregledano je ukupno 30728 pacijenata. Od toga 93 (0.15%) je malo simptome peckanja, svraba, crvenila (deca od 4-14 godina). Zastupljenost ostalih alergijskih formi je bilo kod 51 (54,8%), vernalni keratokonjunktivitis 2 (2,15%). Gigant papilar keratokonjunktivitis je imalo 1 dete (nosilac kontaktnih sočiva).

ZAKLJUČAK: Učestalost alergijske reakcije na prisustvo alergena zahteva bliže upoznavanje zdravstvenih radnika sa ovim problemom i saradnju na svim nivoima zdravstvene zaštite.

Prevenција u lečenju mogu da butu lekovi sa dvostrukim dejstvom koji se koriste pre početka sezone alergije, antihistaminici i stabilizatori mastocita. Savet lekara je da se izbegava izlaganje alergenu i da se

oči ispiraju fiziološkim rastvorom pri dolasku iz spoljne sredine. Takođe se savetuje da se kontaktne sočiva ne nose.

AKTUELNOSTI U STOMATOLOGIJI, Zaječar 2025

Poster prezentacije

65. RAZVOJ ORO FACIAL ESTHETIC SCALE NA SRPSKOM GOVORNOM I KULTUROLOŠKOM PODRUČJU (OES SERB)

Nataša Janković¹, Milena Kostić², 1) Dom zdravlja Niš, Služba za stomatologiju; 2) Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet, Klinika za dentalnu medicinu

Apstrakt: Uvod. Poboljšanje fizičkog izgleda je jedan od osnovnih motiva koji pacijenta dovode stomatologu te bitno utiče na njihovo konačno zadovoljstvo restaurativnim ili protetskim radom. Malo je raspoloživih podataka o tome kakva je percepcija pacijenata po pitanju estetike, kao i procene i samoprocene orofacijalnog izgleda. Relevantni podaci se mogu dobiti upotrebom adekvatnih standardizovanih upitnika, na osnovu kojih se mogu predvideti očekivanja ispitanika, koja zavise od standarda lepote, kulturoloških karakteristika, trendova, socijalnih normi, pola i godina starosti, bez obzira da li se radi o stomatolozima, studentima stomatologije ili pacijentima.

Cilj rada: bio je da se razvije verzija upitnika Orofacial Esthetic Scale (OES) na srpskom jeziku (OES-SERB) i da se proceni njegova psihometrijska svojstva među stanovništvom u Republici Srbiji u svrhu njihove kvalitetnije stomatološke rehabilitacije.

Materijal i metode: Prevod OES na srpski jezik urađen je prema metodologiji koja je opisana u literaturi. Pitanja upitnika data se u aneksu apstrakta. Obzirom na kulturološku sličnost sa Hrvatskom, a pre svega na identičan sistem ocenjivanja u osnovnom i srednjem obrazovanju ocenama korišćena je Lickret skala 1 do 5 (1 = nezadovoljava, odnosno 5 = odlično). U istraživanje je bilo uključeno 226 ispitanika, od kojih 110 studenata stomatologije i 116 pacijenata (validacioni uzorak).

Procenjene su pouzdanost, validnost i responzivnost upitnika. Upotrebljavani su average inter-correlation, Cronbach's alpha koeficijent, kao i Kaiser-Meyer-Olkin i Bartlett's test of sphericity.

Rezultati: Klinička validnost je izvršena upoređivanjem odgovora i ukupnog rezultata između studenata i validacionog uzorka dokazane su statistički značajno više vrednosti u grupi studenata ($p < 0,05$), osim pitanja broj 2 i 8. Studija otkriva dobru ponovljivost OES upitnika. OES bodovanje je stabilno i pouzdano i korisno za populaciju pacijenata u Srbiji.

Zaključak: Verzija OES na srpskom jeziku prevedena i prilagođena kulturnom području Republike Srbije pokazala je odlična psihometrijska svojstva i potvrđena kao jednodimenzionalni instrument. Psihometrijske karakteristike OES-SERB slične su sa verzijama OES na drugim jezicima, što upitnik definiše kao generalno primenjivo sredstvo samoprocene izgleda orofacijalne regije, u svim, a posebno restaurativnim granama stomatologije.

PITANJA OES	Licret SCORE				
	1 veoma nezadovoljan	2 nezadovoljan	3 delimično zadovoljan	4 zadovoljan	5 veoma zadovoljan
Kako ste zadovoljni izgledom lica?					
Kako ste zadovoljni izgledom profila?					
Kako ste zadovoljni osmehom, izgledom usana i kako Vam se vide zubi?					
Kako ste zadovoljni izgledom Vaših zuba u celini?					
Kako Vam se sviđa izgled Vaših zuba?					
Kako Vam se sviđa boja Vaših zuba?					
Šta mislite o stanju Vaših desni?					
Sve u svemu, kako ste zadovoljni izgledom lica, usta i zuba?					

Usmene prezentacije

66. PREVELENCIJA POVREDA PARODONTALNIH TKIVA MLEČNIH ZUBA

Bojana Mitkić (1), Marija Igić (2), 1) Dom zdravlja Boljevac; 2) Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet, preventivna i dečija stomatologija, Klinika za dentalnu medicinu

Uvod: Povrede parodontalnih tkiva kod dece se dešavaju u vreme njihovog intenzivnog, opšteg, fizičkog i psihičkog razvoja. U mlečnoj identiciji, povredama parodontalnih tkiva pripada 75% povreda.

Cilj: Cilj istraživanja je bio da se ispita učestalost povreda parodontalnih tkiva mlečnih zuba.

Materijal i metodi rada: Ispitivanje je sprovedeno na osnovu podataka iz traumatoloških kartona pacijenata koji su lečeni na odeljenju Dečije preventivne stomatologije, Klinike za dentalnu medicinu u Nišu. Ispitivanjem je obuhvaćeno 102 pacijenta, od čega 62 dečaka i 40 devojčica.

Rezultati: Analizom traumatoloških kartona je utvrđeno, da je od 102 (100%) pacijenata sa povredama zuba u mlečnoj identiciji bilo 62 (60,8%) dečaka i 40 (39,2%) devojčica. Ukupno je bilo 68 (100%) povređenih zuba od čega: subluksacija 46 (67,6%), lateralnih luksacija 1 (1,5%), intruzija 12 (17,6%), ekstruzija 7 (10,3%), contuzija 0 (0%), avulzija 2 (29,4%). Kod 15 (14,7%) ispitanika je bio povređen samo jedan zub dok je 2 i više povređenih zuba bilo kod 87 (85,3%) pacijenata.

Zaključak: Na osnovu dobijenih rezultata može se zaključiti da se povređivalo više dečaka nego devojčica. Od svih povreda parodontalnih tkiva najčešće je bila subluksacija, a kod većine ispitanika su bila povređivana 2 i više zuba.

Ključne reči: Povrede parodontalnih tkiva, subluksacija, intruzija.

S A D R Ź A J

SEMINAR - ISTORIJA MEDICINE

1. ИЗУЧАВАЊЕ ИСТОРИЈЕ МЕДИЦИНЕ

<i>Др Зоран Ваџић.....</i>	15
2. PRIKAZ I UZROK BLAGOSILJAJUĆE RUKE KROZ VEKOVE	
<i>Ljubomir Panajotović.....</i>	15
3. БОРБА ПРОТИВ КОВИДА 19 НА ПОДРУЧЈУ ТИМОЧКЕ КРАЈИНЕ – ИСТОРИЈСКИ ОСВРТ	
<i>Др Петар Пауновић.....</i>	16
4. ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА У МАЈДАНПЕКУ НЕКАД И САД	
<i>Вера Најдановић Мандић.....</i>	17
5. КЊАЖЕВАЧКИ ОКРУЖНИ ЛЕКАРИ 1881-1921 ГОДИНА	
<i>Јелица Илић.....</i>	17
6. ISTORIЈAT GINEKOLOŠKO AKUŠERSKE SLUŽBE U KLADOVU?	
<i>Dr Kristina Petrović.....</i>	18

SIMPOZIЈUM - PREVENTIVNA MEDICINA

7. RANO OTKRIVANJE (SKRINING) RAKA DEBELOG CREVA

<i>Mr sci med dr Zoran Joksimović.....</i>	19
8. SKRINING ZA KORONARNU ARTERIJSKU BOLEST SRCA KOD ASIMPTOMATSKIH OSOBA	
<i>Prim. dr sci med. dr Dušan Bastać.....</i>	19
9. ЦЕРВИКАЛНИ КАНЦЕР СКРИНИНГ У ЗАЈЕЧАРУ	
<i>Прим. др Вера Најдановић Мандић.....</i>	20
10. SKRINING DIABETES MELLITUS-a U DISPANZERU ZA TRUDNICE DOMA ZDRAVLJA ZAJEČAR	
<i>Dr Mirko Trailović.....</i>	21
11. НЕОНАТАЛНИ СКРИНИНГ НА КАХ (КОНГЕНИТАЛНУ АДРЕНАЛНУ ХИПЕРПЛАЗИЈУ)	
<i>Др сци мед. др Тамјана Миленковић.....</i>	22
12. NEONATALNI SKRINING U PREVENICIЈI FENILKETONURIЈE - PRIKAZ PORODICE	
<i>Bojana Cokić.....</i>	23
13. SPINALNA MIŠIĆNA ATROFIЈA (SMA), ZNAČAJ SKRININGA	
<i>Dr Brankica Vasić.....</i>	23
14. SKRINING NA FAMILIJARNU HIPERHOLESTEROLEMIЈU	
<i>Mr sci med dr Božica Kecman.....</i>	24
15. STRATEGIЈA RANOG OTKRIVANJA DIЈABETES MELITUSA TIPA1 KOD DECE	
<i>Prim. mr sci med dr Bratimirka Jelenković.....</i>	25
16. ULOGA PATOLOGA U SAVREMENOЈ DIЈAGNOZI MIЈELOPROLIFERATIVNIH NEOPLAZMI	
<i>Prof. Dr Jelena Ilić Sabo.....</i>	26

SEMINAR - ZDRAVLJE MLADIH

17. PERIOD TRANZICIЈE ZA MLADE SA HIPOPITUITARIZMOM - 20 GODINA NAŠEG ISKUSTVA

<i>Prof. dr Mirjana Doknić.....</i>	27
18. KASNI PUBERTET: BRIGA ZA ADOLESCENATE -IZAZOVI U PRAKTIČNOM RADU ZA PEDIЈATRE	
<i>Dr Bratimirka Jelenković.....</i>	28
19. ULOGA DIЈETE I TRENINGA U LEČENЈU GOJAZNOSTI	
<i>Ljiljana Plavšić.....</i>	29
20. ИМУНИЗАЦИЈА МЛАДИХ	
<i>Проф. Др Наташа Ранчић.....</i>	30
21. MLADI SA INVALIDITETOM U PERIODU TRANZICIЈE. ŠTA? KAKO? GDE?	
<i>Dr Brankica Vasić.....</i>	30
22. BLISKOST - POTREBA NAŠA NASUŠNA	
<i>Ljiljana Tesanović.....</i>	31

23. ZNAČAJ KONTRACEPCIJE ZA OČUVANJE ZDRAVLJA MLADIH	
<i>Katarina Sedlecky</i>	31

SIMPOZIJUM - DIJAGNOSTIKA I KONZERVATIVNA MEDICINA – SAVREMENI ASPEKTI

24. ZNAČAJ EHOGRAFSKE DIJAGNOSTIKE U OFTALMOLOGIJI	
<i>Prof. dr Ivan Stefanović</i>	32
25. RADIOLOŠKA DG LOKOMOTORNOG SISTEMA SA FOKUSOM NA OSTEOMUSKULARNI ULTRAZVUK	
<i>Dr sci.med. Goran Đuričić</i>	33
26. HBOT: FENIKS 21. VEKA	
<i>Prof. Dr Dušan Đurić, Zoran Jovanović, Vesna Djurić, Milivoj Dikosavić, Aleksandar Petković, Sladjan Stojilković, Nikola Beljić, Filip Jovčić</i>	33
27. SAVREMENI PRISTUP LEČENJA HRONIČNE SLABOSTI BUBREGA	
<i>Doc. dr sc. med. Voin Brković</i>	34
28. EFEKTI GASTROEROZIVNIH LEKOVA I GASTROPROTEKCIJA KOD ANTIROMBOTSKE TERAPIJE	
<i>Dr Zoran Joksimović</i>	35
29. OŠTEĆENJE BUBREŽNE FUNKCIJE IZAZVANO LEKOVIMA: NAJČEŠĆI NEFROTOKSIČNI LEKOVI I MERE PREVENCIJE	
<i>Dr Biserka Tirmenštajn Janković</i>	35
30. TRANSEZOFAGEALNA EHOKARDIOGRAFIJA (TEE) U DVODIMENZIJSKOJ I TRODIMENZIJSKOJ TEHNICI: KADA, KOME I ZAŠTO?	
<i>Prim. dr Dušan Bastać</i>	35
31. NOVINE U TRAJNOJ ELEKTROSTIMULACIJI SRCA	
<i>Dr Aleksandar Jolić</i>	36
32. NEFROTOKSIČNOST JODNIH KONTRASTNIH SREDSTAVA (CIN)	
<i>Dr Milan Nikolić</i>	37
33. ANTITROMBOTSKA TERAPIJA U ISHEMIJSKOJ BOLESTI SRCA I ATRIJALNOJ FIBRILACIJI - DEESKALACIJA TERAPIJE	
<i>Dr Snežana Pavlović</i>	37

SEMINAR - AKTUELNOSTI IZ PATOLOGIJE

34. KOMPLIKACIJE LAPAROSKOPSE HIRURGIJE TUMORA NADBUBREŽNE ŽLEZDE	
<i>Paunović R. Ivan,</i>	38
35. ДИЈАГНОСТИКА ТУМОРА ЖЕЛУЦА НА ЕНДОСКОПСКИМ БИОПСИЈАМА	
<i>Проф др Миљан Крстић</i>	39
36. NOVINE U PATOHISTOLOŠKOJ DIJAGNOSTICI INVAZIVNOG KARCINOMA DOJKE	
<i>Nikola Živković, Maja Jovičić Milentijević, Ana Cvetanović, Miloš Kostić, Tijana Denčić</i>	39
37. ПОСТМОРТАЛНА ТОКСИКОЛОГИЈА И ФОРЕНЗИЧКА ПАТОЛОГИЈА	
<i>Проф. др. Слободан Николић</i>	40
38. ПОСТМОРТАЛНЕ РАДИОЛОШКЕ ТЕХНИКЕ СНИМАЊА И ФОРЕНЗИЧКА ПАТОЛОГИЈА	
<i>Алекса Лековић</i>	41
39. NOVA KLASIFIKACIJA STADIJUMA ENDOMETRIJALNIH KARCINOMA FIGO 2023.	
<i>Dr sci med Svetlana Milenković</i>	41
40. VELIKI MUCINOZNI CISTADENOM JAJNIKA	
<i>Mladen Jolić</i>	42
41. CYTOLOGICAL DIAGNOSIS OF PERITONEAL WASHINGS FOR THE DETECTION OF FREE CANCER CELLS IN PATIENTS WITH GASTRIC CANCER	
<i>M. Putova, E. N. Kolesova, N.E. Semenov, Homeriki S. G., K. K. Noskova</i>	43

SIMPOZIJUM - AKTUELNOSTI U STOMATOLOGIJI

42. ОСТЕОНЕКРОЗА ВИЛИЦА ПРОУЗРОКОВАНА МЕДИКАМЕНТИМА	
<i>Проф. др Горан Јовановић</i>	44

43. SAVREMENI PRISTUP SINUS LIFTU	
<i>Prof. dr Vladimir Biočanin</i>	44
44. HRONIČNI OROFACIJALNI BOL – IZAZOV U KLINIČKOJ PRAKSI	
<i>Prof. dr Stevo Matijević</i>	45
45. ORALNO ZDRAVLJE SEOSKOG STANOVNIŠTVA - POVEZANOST SA OPŠTIM ZDRAVLJEM I KVALITETOM ŽIVOTA	
<i>Проф. др Ивица Станчић, Доц. др Александра Поповац.....</i>	45
46. PROTOKOLI OTISKIVANJA U STOMATOLOŠKOJ PROTETICI	
<i>Prof. dr Rade Živković.....</i>	46
47. ФИКСНЕ НАДОКНАДЕ И ОБОЉЕЊА ПАРОДОНТА	
<i>Милена Костућ.....</i>	46
48. KOMPOZITNI KOČIĆI: FAKTORI USPEHA U PROTETSKOJ REHABILITACIJI	
<i>Doc. dr Mirjana Perić.....</i>	47
49. FUNKCIONALNOST I DUGOVEČNOST ESTETSKIH RESTAURACIJA U BOČNOJ REGIJI	
<i>Prof. dr Dejan Marković.</i>	48
50. MERE ZA OČUVANJE ORALNOG ZDRAVLJA KOD HENDIKEPIRANE DECE	
<i>Prof. Dr Vanja Petrović.</i>	49
51. MINIMALNO INVAZIVNE INTERVENCIJE U TERAPIJI KARIJESA	
<i>Dr. sci Nataša Pejčić-Barać.....</i>	49
52. PRISTUP STOMATOLOGA U ODNOSU NA PSIHOLOŠKI TIP DETETA	
<i>Prof. dr Zoran Mandinić.....</i>	50

SEMINAR - KONGENITALNE ANOMALIJE

53. OPSTRUKTIVNE ANOMALIJE URINARNOG TRAKTA KOD DECE	
<i>Assist dr sci med Dr Predrag Ilić</i>	50
54. KONGENITALNI DEFORMITETI STOPALA U DEČJEM UZRASTU	
<i>Kl. assist. Prim dr sci Zoran Paunović</i>	51
55. SAVREMENI PRISTUP U LEČENJU KONGENITALNIH ANOMALIJA ŠAKE	
<i>Doc. dr Đorđe Kravljanc</i>	51
56. NAJČEŠĆE KONGENITALNE MALFORMACIJE NERVNOG SISTEMA – DIJAGNOSTIČKI I TERAPIJSKI PRISTUP	
<i>Prof. Dr Ružica Kravljanc</i>	51
57. PRIMARNI VEZIKOURETERNI REFLUKS	
<i>Assist. Dr Jovana Putnik</i>	52

USMENE PREZENTACIJE ORIGINALNIH RADOVA

PREVENTIVNA MEDICINA

58. SINDROM POLICISTIČNIH JAJNIKA U ADOLESCENTNOM UZRASTU, PRIKAZ SLUČAJA	
<i>Dragana Mitrović, Danijela Ćirić, Miloš Bogoslović, Miljana Mladenović Petrović, Vladana Nikolić, Milica Jakovljević</i>	52
59. СКРИНИНГ ЗА DIABETES MELLITUS У ДИСПАНЗЕРУ ЗА ТРУДНИЦЕ ДОМ ЗДРАВЉА ЗАЈЕЧАР	
<i>Др Сања Длбокић</i>	53

DIJAGNOSTIKA I KONZERVATIVNA MEDICINA – SAVREMENI ASPEKTI

60. ZNAKOVI U RADIOLOGIJI KOJI SU TERMINOLOŠKI POVEZANI SA HRANOM	
<i>Božinović Milan, Mihajlović Ivana, Božinović Milena, Božinović Nebojša</i>	53
61. RUPTURA M. MASETERA PRILIKOM POROĐAJA - PRIKAZ SLUČAJA	
<i>Lukić I., Lukić Andrijin I., Garić M.</i>	54
62. KONGENITALNA CISTA JAJNIKA ILI NEŠTO DRUGO? – prikaz slučaja	
<i>Lukić Andrijin I, Žakula N.</i>	54

63. TIREOLOGIJA KROZ POGLAVLJA I VREME, II DEO	
Nebojša Paunković, Džejn Paunković	55
Poster prezentacije	
64. ALERGIJSKI KONJUNKTIVITIS DECE ŠKOLSKOG UZRASTA OPŠTINE ŽITIŠTE	
Repac Marija, Lukić Ivana, Repac Vinka	55
AKTUELNOSTI U STOMATOLOGIJI	
Poster prezentacije	
65. RAZVOJ ORO FACIAL ESTHETIC SCALE NA SRPSKOM GOVORNOM I KULTUROLOŠKOM PODRUČJU (OES SERB)	
Nataša Janković, Milena Kostić	56
Usmene prezentacije	
66. PREVELENCIJA POVREDA PARODONTALNIH TKIVA MLEČNIH ZUBA	
Bojana Mitkić, Marija Igić	57

GENERALNI SPONZOR 44.Timočkih medicinskih dana:



Ordinacija “Dr Bastać”
Zaječar, Kosančićev venac br. 16 tel. 019 432 333