

**TIMOČKI
MEDICINSKI
GLASNIK**



**TIMOK
MEDICAL
GAZETTE**

Glasilo zaječarske podružnice Srpskog lekarskog društva

Izlazi od 1976.

Vol. 49 (2024. godina)

SUPPLEMENT 1

YU ISSN 0350-2899

XLIII TIMOČKI MEDICINSKI DANI

ZBORNİK SAŽETAKA

23.-25. MAJ 2024. godine

TIMOČKI MEDICINSKI GLASNIK



TIMOK MEDICAL GAZETTE

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 Raččanin /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 43. Timočkih medicinskih dana:



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 XLIII TMD

**Srpsko lekarsko društvo
Podružnica Zaječar - Zaječar**



Подружница Зајечар

GENERALNI SPONZOR 43. Timočkih medicinskih dana:



XLIII TIMOČKI MEDICINSKI DANI (TMD)

Od 23. do 25. maja 2024. godine (četvrtak, petak, subota) u Zaječaru.

Organizator SLD, Podružnica Zaječar

Sa srdačnim pozdravima,

Ispred Naučnog odbora XLIII 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
Kontakt: 019/432333, 063/402396, dusan.bastac@gmail.com; dbastac.ordinacija@gmail.com

Ispred Organizacionog odbora XLIII Timočkih medicinskih dana:

Prim Mr Sc Dr Bratimirka Jelenković, pedijatar endokrinolog. ZC Zaječar
Kontakt: 062 803 9570 , bratimirkajelenkovic@gmail.com; sld.podruznicazajecar@gmail.com

Dr Brankica Vasić, pedijatar, Potpredsednik SLD Podružnice Zaječar.

Mejl: vasicbrankica 367@gmail.com

Dr Ljiljana Jovanović. Sekretar i blagajnik Predsedništva SLD Podružnica Zaječar.:
Pedijatrijska služba. ZC Zaječar, Rasadnicka bb.Zaječar. 19000.Ul Nikole Pašića 9/5.

Kontakt: 0628850620; 0641957700.

Mejl: ljiljanaj0104@gmail.com

RB	Datum, dan	Satnica	Način održavanja	Vrsta edukacije	TEMA
1	ČETVRTAK 23.5.2024	08:10-16:50	UŽIVO	Nacionalni simpozijum	Preventivna medicina i zdravlje mladih - savremeni aspekti Zaječar 2024
Druženje po podne					
2	PETAK 24.5.2024.	09:45 -13:00.	UŽIVO	Ostali nacionalni seminari	Aktuelnosti u hirurgiji i srodnim granama - Zaječar 2024.
3	PETAK 24.5.2024	13:30.-20:00	UŽIVO	Nacionalni simpozijum	Aktuelnosti u stomatologiji Zaječar 2024.
Svečana večera					
4	SUBOTA 25.5.2024	08:00-14:45	UŽIVO	Nacionalni simpozijum	"Dijagnostika i konzervativna medicina. Zaječar 2024."
5	SUBOTA 25.5.2024	15:00-18:40	UŽIVO	Ostali nacionalni seminari	"Akutna stanja kod dece i mladih-praktični aspekti. Zaječar 2024."

**43. Timočki medicinski dani (XLIII TMD) od 23.05. do 25.05.2024. godine (četvrtak, petak, subota)
u Zaječaru. Republika Srbija, ZDRAVSTVENI SAVET, Broj: 153-02-94/2024-01,
datum: 11.03.2024. godine. B e o g r a d**

43.TMD SIMPOZIJUMI

Evidencioni broj	datum i mesto održavanja	Tema	Predavači	Vrsta edukacije	Ciljnagrupa	Sati	1	2	3	4	
1	A-1-623/24 (102)	ČETVRTAK 23.5.2024. Zaječar	Preventivna medicina i zdravlje mladih - savremeni aspekti Zaječar 2024.	prim. dr Bojana Cokić, prim. mr sci. med. dr Brankica Vasić, prim. mr sci. med. dr Dragana Lozanović, prof. dr Radovan Bogdanović, prof. dr Veronika Išpanović Radojković, ass. dr sci. med. dr Jovana Nikolić, prof. dr Biljana Kocić, dr Emil Vlajić, dr Mirjana Živković Šulović, Ljiljana Tešanović, prof. dr Miodrag Stanković, dr sci. med. dr Olgica Radovanović, prof. dr Jelisaveta Todorović	Nacionalni simpozijum	Lekari, Farmaceuti, Medicinske sestre, Stomatolozi, Biohemičari, Zdravstveni tehničari, Psiholozi, Pedagozi	7 sati 15 min	8	4	7	5
2	A-1-545/24 (188)	PETAK 24.5.2024. Zaječar	Aktuelnosti u hirurgiji i srodnim granama - Zaječar 2024.	prof. dr Svetozar Putnik, prof. dr Sava Mičić, prof. dr Ljubomir Panajotović, doc. dr Ivan Pešić, doc. dr Dejan Marković, prof. dr Ljiljana Čvorović	Ostali nacionalni seminari	Lekari, Farmaceuti, Medicinske sestre, Stomatolozi, Biohemičari	3 sata 25 min	8	4		
3	A-1-618/24(75)	PETAK 24.5.2024 Zaječar	Aktuelnosti u stomatologiji Zaječar 2024.	prof. dr Goran Jovanović, prof. dr Vladimir Biočanin, prof. dr Stevo Matijević, prof. dr Ivica Stančić, prof. dr Rade Živković, prof. dr Milena Kostić, doc. dr Mirjana Perić, prof. dr Dejan Marković, prof. dr Vanja Petrović, NS dr sci. med. dr Nataša Pejčić Barać, prim. dr sci. med. dr Dušan Bastać	Nacionalni simpozijum	Lekari, Farmaceuti, Medicinske sestre, Stomatolozi, Biohemičari, Zdravstveni tehničari	6 sati 50 min	8	4	7	5
4	A-1-621/24 (78)	SUBOTA 25.5.2024 Zaječar	Dijagnostika i konzervativna medicina Zaječar 2024.	prim. dr sci. med. dr Dušan Bastać, prim. dr Snežana Pavlović, mr sci. med. dr Zoran Joksimović, dr Dragan Vasin, prof. dr Ružica Maksimović, doc. dr Biljana Živadinović, prof. dr Milica Dekleva Manojlović, doc. dr Danijela Trifunović Zamaklar, ass. dr Aleksa Leković, prof. dr Slobodan Nikolić, prof. dr Džejn Paunković	Nacionalni simpozijum	Lekari, Farmaceuti, Medicinske sestre, Stomatolozi, Biohemičari, Zdravstveni tehničari	6 sati 10 min	8	4	7	5
5	A-1-546/24 (189)	SUBOTA 25.5.2024 Zaječar	Akutna stanja kod dece i mladih - praktični aspekti - Zaječar 2024.	ass. dr sci. med. dr Đorđe Kravljanac, prof. dr Đorđe Savić, doc. dr Ružica Kravljanac, ass. dr sci. med. dr Ana Mandraš, ass. dr sci. med. dr Zoran Paunović, ass. dr sci. med. dr Jovana Putnik, ass. dr sci. med. dr Predrag Ilić	Ostali nacionalni seminari	Lekari, Farmaceuti, Medicinske sestre, Stomatolozi, Biohemičari, Zdravstveni tehničari	3 sata 45 min	8	4		

MB07010940. * Broj bodova: 1-za predavača; 2-pasivno učešće; 3-usmena prezentacija; 4-poster prezentacija;

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

Maksimalni broj učesnika je 250, osim za simpozijum 43. Timočki medicinski dani. Dijagnostika i konzervativna medicina Zaječar 2024.gde je maksimalni broj učesnika 220.

NACIONALNI SIMPOZIJUM

43. Timočki medicinski dani,
“Preventivna medicina i zdravlje mladih-savremeni aspekti. Zaječar 2024.”
23.05.2024. - četvrtak.

satnica	predavači		teme
08:00-08:35	Registracija učesnika		
08:40-09:10	Svečano otvaranje 43.TMD. Pozdravna reč domaćina		
09:10-09:30	Predsedavajući prvog dela simpozijuma: Prof. dr Biljana Kocić. Dr Brankica Vasić		
	Dr sc. med. dr Olica Radovanović	predavanje	MIGRACIONA KRETANJA I NJIHOV UTICAJ NA DEMOGRAFSKI RAZVITAK TIMOČKE KRAJINE
09:30-09:50	Prim. dr Bojana Cokić	predavanje	PREVENCIJOM DO ZDRAVOG POTOMSTVA -PRIKAZ PORODICE SA FENILKETONURIJOM
09:50-10:10	Dr Brankica Vasić	predavanje	HIPOTONIJA KOD ODOJČADI I MALEDECE
10:10-10:30	Dr Emil Vlajić	predavanje	Samoograničavajuća epilepsija sa centrotemporalnim šiljcima – Stari znanac u novom ruhu
10:30-10:50	Prof. dr Biljana Kocić	predavanje	Značaj unapređenja i promocije strategije testiranja na HIV upopulaciji mladih
10:50-11:05			Diskusija sa predavačima na teme iz prvog dela simpozijuma
11:05-11:20			Kratka pauza za odmor
	Predsedavajući drugog dela simpozijuma: Prim. mr sc. med. Dragana Lozanović. Prim. mr sc med dr Bratimirka Jelenković		
11:20-11:40	Prim. mr sc. med. Dragana Lozanović		Zašto je gojaznost dece i adolescenata značajan javno-zdravstveniproblem?
11:40-12:00	Prof. dr Radovan Bogdanović	predavanje	Posledice gojaznosti u detinjstvu i adolescenciji
12:00-12:20	Dr Mirjana Živković Šulović	predavanje	Zaštita dece od zlostavljanja i zanemarivanja u sistemu zdravstvene zaštite
12:20-12:40	Prim. mr sc med dr Bratimirka Jelenković	predavanje	Metabolički sindrom kod mladih prevencija i terapija
12:40-12:55			Diskusija sa predavačima na teme iz drugog dela
12:55-13:15	Novo Nordisk sponzorisani simpozijum	predavanje	Prim. mr sci med dr Miodrag Đorđević. Degludek za 5 - Insulin Degludek u svakodnevnoj kliničkoj upotrebi Prim. mr sc med dr Bratimirka Jelenković. Lečenje gojaznosti Liraglutidom 3,0 mg
13:15-13:50			pauza za odmor i osveženje
	Predsedavajući trećeg dela simpozijuma: Prof. dr Jelisaveta Todorović. Prof. dr Miodrag Stanković		
13:50-14:10	Prof. dr Veronika Išpanović-Radojković	predavanje	Seksualno obrazovanje mladih u Srbiji
14:10-14:30	Prof. dr Miodrag Stanković	predavanje	Porodična funkcionalnost, mentalni poremećaji i kontrola šećerne bolesti tip 1 kod adolescenata
14:30-14:50	LjiljanaTešanović.	predavanje	ADOLESCENTNA ZAPITANOST NAD SMISLOM ŽIVOTA I UREDJENJEM SVETA
14:50-15:10	Jovana Nikolić. Asistent sa doktoratom	predavanje	Uloga plakata u preventivnoj medicini i zdravlju mladih
15:10-15:30	Prof. dr Jelisaveta Todorović	predavanje	Vaspitni stilovi i mentalizacija kao prediktori sklonosti ka psihosomatici
15:30-15:45			Diskusija sa predavačima na teme iz trećeg dela
15:45-16:15	Usmene prezentacije originalnih radova		
	1. ASTMA I GOJAZNOST U DEČIJEM UZRASTU: IZAZOVI U SAVREMENOM DOBU. dr Gordana Vidanović, dr		

	Dijana Manić 2. Organizovani preventivni pregled štitne žlezde- naša iskustva u Domu zdravlja Bela Palanka. Dr Miljana Mladenović-Petrović, Dr Dragana Mitrović, Dr Danijela Ćirić 3. Icterus neonati propter inhibitors in lacte matris MKB P59.3, prikaz slučaja. Dr Dragana Mitrović, Dr Danijela Ćirić, Dr Miloš Bogoslović, Dr Miljana Mladenović Petrović 4. KARAKTERISTIKE TUBULEKTAZIJA VIĐENIH NA INTRAVENSKOJ UROGRAFIJI KOD SUNĐERASTOG BUBREGA. Milan Božinović, Milena Trandafilović, Milena Božinović, Ivana Mihajlović
16:15	Dodela sertifikata. Svečano zatvaranje

SPISAK PREDAVAČA

- Dr sc. med. dr Olica Radovanović.** Primarijus, doktor medicine, specijalista socijalne medicine, doktor demografije. Posle diplomske studije na smeru - Demografija - Geografskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Zavod za javno zdravlje «Timok» Zaječar. Uža naučna oblast: socijalna medicina, demografija TEMA: **MIGRACIONA KRETANJA I NJIHOV UTICAJ NA DEMOGRAFSKI RAZVITAK TIMOČKE KRAJINE**
- Prim. dr Bojana Cokić.** Pedijatar. Privatna pedijatrijska ordinacija „Lazarica“ Zaječar. Uža naučna oblast: Genetika. TEMA: **PREVENCIJOM DO ZDRAVOG POTOMSTVA - PRIKAZ PORODICE SA FENILKETONURIJOM-**.
- Dr Brankica Vasić.** Pedijatar. ZC Zaječar. Uža naučna oblast: Pedijatrija, Razvojni problemi dece i mladih. TEMA: **HIPOTONIJAKODODOJČADIIMALEDECE**
- Dr Emil Vlajić.** Neuropsihijatar, Epuleptolog. Penzioner. Zaječar. Uža naučna oblast: Neurologija, epileptologija. TEMA: **Samoograničavajuća epilepsija sa centrotemporalnim šiljcima – Stari znanac u novom ruhu**
- Prof. dr Biljana Kocić.** Redovni profesor. Medicinski fakultet Niš. Šef Odseka za sprečavanje i suzbijanje polno prenosivih infekcija u Institutu za javno zdravlje u Nišu TEMA: **Značaj unapređenja i promocije strategije testiranja na HIV upopulaciji mladih**
- Prim. mr sc. med. spec. socijalne medicine Dragana Lozanović.** Uža naučna oblast: Razvojna i socijalna pedijatrija, Socijalna medicina, Javno zdravlje. TEMA: **Zašto je gojaznost dece i adolescenata značajan javno-zdravstveni problem?**
- Prof. dr Radovan Bogdanović.** Redovni profesor (u penziji). Medicinski fakultet UB; Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Ćupić". Akademija medicinskih nauka SLD, Udruženje pedijatar Srbije. Uža naučna oblast: Pedijatrija-pedijatrijska nefrologija. TEMA: **Posledice gojaznosti u detinjstvu i adolescenciji**
- Dr Mirjana Živković Šulović,** spec. socijalne medicine. Načelnik Centra za analizu, planiranje i organizaciju zdravstvene zaštite. Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanovic Batut". Uža naučna oblast: Zdravstveno stanje stanovništva, planiranje, kvalitet. TEMA: **Zaštita dece od zlostavljanja i zanemarivanja u sistemu zdravstvene zaštite**
- Prim. mr sc med dr Bratimirka Jelenković,** pedijatar-endokrinolog. Pedijatrijska služba ZC Zaječar, Zaječar. Uža naučna oblast: pedijatrijska endokrinologija. TEMA: **Metabolički sindrom kod mladih prevencija i terapija**
- Prof. dr Veronika Išpanović-Radojković.** Redovni profesor, u penziji. Naziv institucije u kojoj predavač radi sa punim radnim vremenom: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju Univerziteta u Beogradu. Uža naučna oblast: Neuropsihijatrija dece i mladih. TEMA: **Seksualno obrazovanje mladih u Srbiji**
- Prof. dr Miodrag Stanković,** Vanredni profesor, Doktor medicinskih nauka, specijalista dečje psihijatrije, porodični i bihevioralni psihoterapeut. Pomoćnik direktora Centra za zaštitu mentalnog zdravlja, UKC Niš Uža naučna oblast: Dečija psihijatrija, psihoterapija. TEMA: **Porodična funkcionalnost, mentalni poremećaji i kontrola šećerne bolesti tip 1 kod adolescenata**
- Ljiljana Tešanović.** Psiholog i psihoterapeut. Tehnička škola Zaječar. TEMA: **ADOLESCENTNA ZAPITANOST NAD SMISLOM ŽIVOTA I UREDJENJEM SVETA**
- Jovana Nikolić. Asistent sa doktoratom.** Univerzitet u Nišu, Fakultet umetnosti Niš. Uža naučna oblast: Grafički dizajn. TEMA: **„Uloga plakata u preventivnoj medicine i zdravlju mladih“**
- Prof. dr Jelisaveta Todorović,** redovni profesor, psiholog, porodični sistemski psihoterapeut Departman za psihologiju Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu, Republika Srbija. Uža naučna oblast: Psihologija. EMA: **Vaspitni stilovi i mentalizacija kao prediktori sklonosti ka psihosomati**

SEMINAR

**43. Timočki medicinski dani,
"Aktuelnosti u hirurgiji i srodnim granama. Zaječar - 2024."
petak, 24.05.2024.**

PROGRAM KONTINUIRANE EDUKACIJE

Satnica	Tema	Metod obuke	Predavač
	Predsedavajući: Prof Dr Sava Mičić, Dr Zoran Jelenković, Dr Milomir Marinković		
09:30-09:45	Uvodna reč. Upoznavanje učesnika sa temama seminara		
09:45-10:05	TUMORI DIVERTIKULUMA MOKRAĆNE BEŠIKE	predavanje	Prof dr sc med Sava Mičić
10:05-10:25	LJUDI SA ČETIRI PRSTA (REKONSTRUKCIJA PALCA ŠAKE)	predavanje	Prof. dr sci.med. Ljubomir Panajotović
10:25-10:50	ZNAČAJ PREVENCIJE TROMBOEMBOLIJSKIH KOMPLIKACIJA U GASTROINTESTINALNOJ HIRURGIJI	predavanje	Doc. Dr sc. med. Ivan Pešić
10:50-11:20	DISKUSIJA		
11:20-11:30	Kratka pauza		
11:30-11:50	MIKROHIRURGIJA SLUŠNIH KOŠČICA	Predavanje ON LAJN	Prof. dr Ljiljana Čvorović
11:50-12:10	MINIMALNO INVAZIVNE PROCEDURE U KARDIOHIRURGIJI	predavanje	Prof. dr sc.med. dr Svetozar Putnik
12:10-12:30	SPECIFICNOSTI ANESTEZIJE ZA MINIMALNO INVAZIVNE KARDIOHIRURSKE OPERACIJE	predavanje	Doc. dr Dejan Marković
12:30-13:00	DISKUSIJA		
	ODOJČE SA CISTIČNOM ABDOMINALNOM MASOM I RETENCIJOM URINA. dr Ivana Lukić	Usmena prezentacija originalnog rada	
13:30-13:20	TEST. Zatvaranje seminara		

SPISAK PREDAVAČA

- Prof dr sc med Sava Mičić**, Redovni profesor urologije u penziji. Uža naučna oblast: urologija. Poliklinika Uromedika. Tema: TUMORI DIVERTIKULUMA MOKRAĆNE BEŠIKE
- Prof dr sc.med. dr Svetozar Putnik**, Vanredni profesor. Klinički Centar Srbije, Beograd. Klinika za kardiohirurgiju. Tema: MINIMALNO INVAZIVNE PROCEDURE U KARDIOHIRURGIJI
- Doc dr Dejan Marković**, Načelnik odeljenja anestezije Klinike za kardiohirurgiju KCS Pomoćnik direktora Centra za anesteziologiju i reanimatologiju KCS Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu. Uža naučna oblast: Hirurgija sa anesteziologijom
Tema: *Specifičnosti anestezije za minimalno invazivne kardiohirurske operacije*
- Doc. Dr sc. med. Ivan Pešić**, Klinički asistent, specijalista opšte hirurgije. Medicinski Fakultet Univerziteta u Nišu, Klinika za digestivnu hirurgiju KC Niš. Uža naučna oblast: UNO Hirurgija
Tema: ZNAČAJ PREVENCIJE TROMBOEMBOLIJSKIH KOMPLIKACIJA U GASTROINTESTINALNOJ HIRURGIJI
- Prof. dr Ljiljana Čvorović**, Docent, otorinolaringolog, audiolog. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu. Klinika za otorinolaringologiju i maksilofacijalnu hirurgiju, Univerzitetski klinički centar Srbije.
Tema: MIKROHIRURGIJA SLUŠNIH KOŠČICA.
- Prof dr sci. med. Ljubomir Panajotović**, profesor u penziji, Etherna medical system Beograd Beograd. Uža naučna oblast: Plastična i rekonstruktivna hirurgija, mikrohirurgija;
Tema: LJUDI SA ČETIRI PRSTA (REKONSTRUKCIJA PALCA ŠAKE)

NACIONALNI SIMPOZIJUM

43. Timočki medicinski dani,
"Aktuelnosti u stomatologiji, Zaječar 2024."

petak, 24.05.2024.

Satnica	Tema	Metod obuke*	Predavač
13:00-13:30	Registarcija učesnika Svečano otvaranje i upoznavanje učesnika sa temama seminara		
13:30-13:50	Rešavanje problema implantacije u izrazito uskim alveolarnim grebenovima – split crest tehnika	predavanje	Prof. dr Vladimir Biočanin
13:50-14:10	Odontogena keratocista – izbor adekvatnog hirurškog tretmana?	predavanje	Prof. dr Stevo Matijević
14:10-14:30-	Novi stomatološki aspekti pacijenata suspektnih na bakterijski endokarditis	predavanje	Prof. dr Goran Jovanović
14:30-14:50	Stomatološke procedure kod kardiovaskularnih pacijenta sa rizikom od infektivnog endokarditisa i krvarenja	predavanje	Prim. dr sc. med. dr Dušan Bastać
14:50-15:05	Diskusija na teme iz prvog dela seminara Moderator: Prof. dr Vladimir Biočanin, Prof. dr Stevo Matijević; Prof. dr Goran Jovanović, Prim. dr sc. med. dr Dušan Bastać		
15:05-15:15	Kratka pauza za odmor		
15:15-15:35	Da li livene nadogradnje odlaze u istoriju?	predavanje	Prof.dr Ivica Z. Stančić
15:35-15:55	Kojim putem od bezubosti do zuba	predavanje	Prof. dr Rade S. Živković
15:55-16:15	Klinički značaj biokompatibilnosti materijala za izradu zubnih proteza		Prof. dr Milena Kostić
16:15-16:35	Protezni stomatitis- savremeni pristup dijagnostici, terapiji i profilaksi oboljenja	predavanje	Doc. dr Mirjana Perić
16:35-16:50	Diskusija na teme iz stomatološke protetike i restaurativne stomatologije Moderatori:Prof.dr Ivica Stančić,Prof. dr Rade S. Živković ,Prof. dr Milena Kostić,Doc. dr Mirjana Perić		
16:50-17:10	Galenika a.d. Beograd. Sponzorsano predavanje "Saccharomyces Boulardii - efikasnost u terapiji antibiotskog kolitisa"		Prof. dr Stevo Matijević
17:10-17:30	Malo duža pauza za odmor pauza		
17:30-17:50	Krunicno-korenske frakture zuba, terapijski izazov		Prof.dr Dejan Marković
17:50-18:10	"Hemijska kontrola dentalnog plaka"	predavanje	Prof. dr Vanja Petrović
18:10-18:30	Kontrola bola i sraha udečijoj stomatologiji	predavanje	Dr. sci Nataša Pejčić-Barać
18:30-18:45	Diskusija na teme iz dečije stomatologije Moderatori:Prof.dr Dejan Marković ,Prof. dr Vanja Petrović,Dr. sci Nataša Pejčić-Barać		
18:45-20:00	Usmene i poster prezentacije originalnih radova		Moderatori:Prof. dr Vladimir Biočanin, Prof. dr Ivica Stančić, Prof. dr Rade Živković Prof. dr Dejan Marković
20:00-20:15	Zatvaranje seminara		

* predavanje, vežbe, diskusija, rad u grupi itd.

SPISAK PREDAVAČA

1. **Prof. dr Vladimir Biočanin**, Redovni profesor, Stomatološki Fakultet u Pančevu. Uža naučna oblast: Oralna hirurgija. TEMA: Rešavanje problema implantacije u izrazito uskim alveolarnim grebenovima – split crest tehnika.
2. **Prof. dr Stevo Matijević**, Vanredni profesor. Univerzitet odbrane, Medicinski fakultet Vojnomedicinske akademije. Klinika za stomatologiju VMA. Beograd. Uža naučna oblast: Stomatologija. Oralna hirurugija. TEMA: Odontogena keratocista – izbor adekvatnog hirurškog tretmana?
3. **Prof. dr Goran Jovanović**, Redovni profesor. Medicinski fakultet Niš. Uža naučna oblast: Oralna hirurgija TEMA: NOVI STOMATOLOŠKI ASPEKTI PACIJENATA SUSPEKTNIH NA BAKTERIJSKI ENDOKARDITIS
4. **Prim. dr sc. med. dr Dušan Bastać**, Specijalista internista-kardiolog, magistar i doktor medicinskih nauka, Privatna ordinacija „Dr Bastać“, Zaječar. Uža naučna oblast: kardiologija. TEMA: STOMATOLOŠKE PROCEDURE KOD KARDIOVASKULARNIH PACIJENTA SA RIZIKOM OD INFEKTIVNOG ENDOKARDITISA I KRVARENJA
5. **Prof. dr Ivica Z. Stančić**, Redovni profesor, Stomatološki fakultet Beograd, Klinika za stomatološku protetiku. Uža naučna oblast: TEMA: DA LI LIVENE NADOGRADNJE ODLAZE U ISTORIJU?
6. **Prof. dr Rade S. Živković**, Vanredni profesor. Stomatološki fakultet Beograd Klinika za stomatološku protetiku. Uža naučna oblast: Stomatološka protetika. TEMA: KOJIM PUTEV OD BEZUBOSTI DO ZUBA
7. **Prof. dr Milena Kostić**, Vanredni profesor, Medicinski fakultet u Nišu, Klinika za dentalnu medicinu. Uža naučna oblast: Stomatološka protetika. TEMA: KLINIČKI ZNAČAJ BOKOMPATIBILNOSTI MATERIJALA ZA IZRADU ZUBNIH PROTEZA
8. **Doc. dr Mirjana Perić**, Docent. Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu. Klinika za stomatološku protetiku. Uža naučna oblast: Kliničke stimatološke nauke: stomatološka protetika. TEMA: Protezni stomatitis- savremeni pristup dijagnostici, terapiji i profilaksi oboljenja
9. **Prof.dr Dejan Marković**, Redovni profesor. Klinika za dečju i preventivnu stomatologiju. Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu. TEMA: Krunicno-korenske frakture zuba, terapijski izazov
10. **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: "Hemijska kontrola dentalnog plaka".
11. **Dr. sci Nataša Pejčić-Barać**, Naučni saradnik, Stomatološki fakultet, Univerziteta u Beogradu. Uža naučna oblast: Dečja i preventivna stomatologija. TEMA: Kontrolabolaisrahaudečijojstomatologiji

NACIONALNI SIMPOZIJUM
**43. Timočki medicinski dani,
"Dijagnostika i konzervativna medicina, Zaječar 2024."
25.05.2024 Subota**

Satnica	Tema	Metod obuke*	Predavač
07:30 Registracija učesnika			
Predsedavajući: Mr sc. med. dr Zoran Joksimović, Prim. dr sc. med. dr Dušan Bastać, Prof dr Slobodan Nikolić			
08:00-9:00. Usmene prezentacije originalnih radova i diskusija.			
1. REZULTATI LEČENJA LASEROM VISOKOG INTENZITETA OBOLELIH OD LUMBALNOG BOLA DISKALNE GENEZE. dr Marija Garić 8 minuta predavanje 2 minuta diskusija			
2. POREĐENJE BROJA POROĐAJA I STANOVNIKA ZAJEČARSKJE OPŠTINE U PERIODU OD 1961. g. do 2023. g. Prim.dr Vera Najdanović Mandić 8 minuta predavanje 2 minuta diskusija			
3. ZNAČAJ KOLPOSKOPSKOG PREGLEDA U OTKRIVANJU HPV INFEKCIJE KOD PACIJETKINJA SA UREDNIM CITILOŠKIM NALAZOM. Jasmina Mašović 8 minuta predavanje 2 minuta diskusija			
4. KAKO SMO NEKADA PRIPREMALI, RADILI I PREZENTOVALI STRUČNE I NAUČNE RADOVE. Nebojša Paunković, Džejn Paunković 20 minuta			
09:00-09:20	Srčana insuficijencija sa očuvanom ejekcionom frakcijom: od dijasolne disfunkcije leve komore do sistemskog sindroma.	PREDAVANJE	Dr Milica Dekleva
09:20-09:40	Hronična - terminalna bubrežna bolest , najčešće terapijske dileme iz ugla kardiologa .	PREDAVANJE	Prim.dr Snežana Pavlović
09:40-10:00	METEORIZAM I ABDOMINALNA DISTENZIJA.	PREDAVANJE	Mr ss Zoran Joksimović
10:00-10:15		DISKUSIJA	
10:15-10:25	PAUZA		
10:25-10:45	Trodimenzionalna (3D) i četvorodimenzionalna (4D) ehokardiografija		Doc. dr Danijela Trifunović - Zamaklar.
10:45-11:05	Nativna radiografija abdomena - sumnja na hirurški trbuh	PREDAVANJE	Ass dr Dragan Vasin
11:05-11:25	Multiparametarski magnetno rezonantni sken prostate MR	PREDAVANJE	Prof .dr Ružica Maksimović
11:25-11:40		DISKUSIJA	
11:40-12:15	PAUZA. KOKTEL		
12:15-12:35	Retki uzroci moždanog udara	PREDAVANJE	Doc. dr Biljana Živadinović
12:35-12:55	Veštačka inteligencija u (sudsko)medicinskoj dijagnostici	PREDAVANJE	Ass dr Aleksa Leković
12:55-13:15	Obdukciona dijagnostika	PREDAVANJE	Prof. dr Slobodan Nikolić
13:15-13:35	Geni drevnih predaka i bolesti savremenih ljudi		Prof. dr sc Džejn Paunković
13:35-13:55	Šta novo donose vodič Evropskog društva za arterijsku hipertenziju i 2023 Američki ACC/AHA vodič za horonični koronarni sindrom		Prim. dr sc Dušan Bastać
13:55-14:10		DISKUSIJA	

SPISAK PREDAVAČA

1. **Prof. Dr Milica Dekleva-Manojlović.** Redovni profesor. Medicinski fakultet Beograd. Opšta bolnica Euromedik. Uža naučna oblast: kardiologija. TEMA: SRČANA INSUFICIJENCIJA SA OČUVANOM EJEKCIJOM FRAKCIJOM: OD DIJASTOLNE DISFUNKCIJE LEVE KOMORE DO SISTEMSKOG SINDROMA
2. **Prim. dr Snežana Pavlović.** Specijalistička ordinacija interne medicine „Dr Pavlović kardiologija“. Beograd. Uža naučna oblast: kardiologija; TEMA: Hronična - terminalna bubrežna bolest, najčešće terapijske dileme iz ugla kardiologa
3. **Mr sc.med. dr Zoran Joksimović,** specijalista internista, magistar medicinskih nauka. Internistička ordinacija „JOKSIMOVIĆ“ Bor. Uža naučna oblast: Interna medicina, gastroenterologija; TEMA: METEORIZAM I ABDOMINALNA DISTENZIJA.
4. **Doc. dr Danijela Trifunović - Zamaklar.** Klinika za kardiologiju, Univerzitetskog Kliničkog centra Srbije. docent, specijalista interne medicine, subspecijalista kardiologije. Uža naučna oblast: interna medicina, kardiologija. MFUB. TEMA: Trodimenzionalna (3D) i četvorodimenzionalna (4D) ehokardiografija
5. **Dr med. Dragan Vasin,** specijalista radiolog, Centar za radiologiju i MR, Klinički centar Srbije, Beograd. Uža naučna oblast: radiologija; TEMA: NATIVNA RADIOGRAFIJA ABDOMENA - SUMNJA NA HIRURŠKI TRBUH
6. **Prof. dr Ružica Maksimović,** red. prof. Medicinski fakultet u Beogradu, Klinički centar Srbije, Centar za radiologiju i magnetnu rezonancu, Beograd. Uža naučna oblast: radiologija, TEMA: Multiparametarski magnetno rezonantni sken prostate MR
7. **Doc. dr sc. med. dr Biljana Živadinović,** specijalista neurolog Univerzitetski Klinički Centar Niš, Klinika za neurologiju, Medicinski fakultet Niš. Uža naučna oblast: neurologija; TEMA: Retki uzroci moždanog udara
8. **Ass dr Aleksa Leković.** Institut za sudskomedicinu „Milovan Milovanović“, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu. Uža naučna oblast: sudska medicina. TEMA: VEŠTAČKA INTELIGENCIJA U (SUDSKO)MEDICINSKOJ DIJAGNOSTICI
9. **Prof. dr. Slobodan Nikolić.** redovni profesor. Institut za sudskomedicinu „Milovan Milovanović“, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu. Uža naučna oblast: sudskomedicina TEMA: Obdukciona dijagnostika
10. **Prof dr sc Džejn Paunković.** Redovni profesor. LUM Univerzitet, Bari, Italija. TEMA: GENI DREVNIH PREDAKA I BOLESTI SAVREMENIH LJUDI
11. **Prim. dr sc. med. dr Dušan Bastać,** specijalista internista-kardiolog, magistar i doktor medicinskih nauka, Privatna ordinacija „Dr Bastać“, Zaječar. Uža naučna oblast: kardiologija, TEMA: Šta novo donose vodič Evropskog društva za arterijsku hipertenziju i 2023 Američki ACC/AHA vodič za hronični koronarni sindrom

NACIONALNI SEMINAR

**43. Timočki medicinski dani,
“Akutna stanja kod dece i mladih-praktični aspekti, Zaječar 2024.”
Subota, 25.05.2024.**

Satnica	Tema	Metod obuke*	Predavač
14:30-15:00	Registarcija učesnika Svečano otvaranje i upoznavanje učesnika sa temama seminara		
15:00-15:20	Akutni abdomen kod dece	predavanje	Prof. dr Đorđe Savić
15:20-15:40	Hirurško lečenje kamena u bubregu kod dece	predavanje	Assist dr Predrag Ilić dr sci med
15:40-16:00-	Prelomi lakta u dečjem uzrastu	predavanje	Assist. Dr Zoran Paunović dr sci med
16:00-16:20	Hitno zbrinjavanje opekotina u dečjem uzrastu	predavanje	Assist. Dr Đorđe Kravljanac
16:20-16:50	Diskusijanateizprvog dela seminara Moderator:Assist. Dr Đorđe Kravljanac. Učesnici svi predavači		
16:50-17:05	Kratka pauza za odmor		
17:05-17:25	Epileptički napadi kod dece –urgentno zbrinjavanje	predavanje	Doc. Dr Ružica Kravljanac
17:25-17:45	Hematurija kod dece	predavanje	Asisst. Dr Jovana Putnik dr sci med
17:45-18:05	Akutna opstrukcija disajnih puteva kod pedijatrijskih pacijenata	predavanje	Assist. Dr Ana Mandraš dr sci med
18:05-18:40	Diskusija na teme iz drugog dela seminara Moderator: Doc Dr Ružica Kravljanac.Učesnici svi predavači		
18:40-19:00	Test, Zatvaranje seminara		

SPISAK PREDAVAČA

- 1. Prof. dr Đorđe Savić**, Vanredni profesor Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“, Klinika za dečiju hirurgiju. Uža naučna oblast: Dečja abdominalna hirurgija.
TEMA: Akutni abdomen kod dece
- 2. Assist Dr Predrag Ilić dr sci med**, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije “Dr Vukan Čupić”Novi Beograd.Klinički asistent, primarius-Uža naučna oblast:Dečija hirurgija, dečija urologija.
TEMA: Hirurško lečenje kamena u bubregu kod dece
- 3. Assist. Dr Zoran Paunović dr sci med**, Načelnik Službe za ortopediju i koštano zglobovu 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:Prelomi lakta u dečjem uzrastu
- 4. Assist. dr Đorđe Kravljanac**, Klinički asistent 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 dečiju hirurgiju, Načelnik Službe za prijem bolesnika, specijalističke i konsultativne preglede Klinike za dečiju hirurgiju Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije, , uža naučna oblast: plastična hirurgija;
TEMA: Hitno zbrinjavanje opekotina u dečjem uzrastu
- 5. Doc. dr Ružica Kravljanac**, Docent 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:Epileptički napadi kod dece –urgentno zbrinjavanje
- 6. Assist. Dr Jovana Putnik dr sci med**. Specijalista pedijatrije, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije “Dr Vukan Čupić” Novi Beograd. Uža naučna oblast: Nefrologija.
TEMA: Hematurija kod dece
- 7. Assist. Dr Ana Mandraš dr sci med**. klinički asistent .Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije “Dr Vukan Čupić”Novi Beograd.Uža naučna oblast:Anesteziologija sa reanimatologijom.
TEMA: Akutna opstrukcija disajnih puteva kod pedijatrijskih

PREVENTIVNA MEDICINA I ZDRAVLJE MLADIH-SAVREMENI ASPEKTI

1. МИГРАЦИОНА КРЕТАЊА И ЊИХОВ УТИЦАЈ НА ДЕМОГРАФСКИ РАЗВИТАК ТИМОЧКЕ КРАЈИНЕ

ОЛИЦА РАДОВАНОВИЋ, ЗАВОД ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ „ТИМОК“ ЗАЈЕЧАР

Савремени миграциони токови становништва Тимочке крајине у корелацији су са вековним интензивним миграционим кретањима. Њихов утицај на демографски развитак је веома сложен и значајан демографски и друштвени феномен овог простора. Истовремено наглашава ефекат транзиције фертилитета и транзиције контроле рађања, односно, условљава да овај простор представља претечу екстремно ниског фертилитета Србије, изразито старог становништва, значајно празног простора са губитком радно активног и фертилитетног континента. Друга половина 20. века се одликује процесима индустријализације, урбанизације и деаграризације, који условљавају све облике миграционих кретања: традиционалне сезонске миграције; миграције село-град, из планинских простора у просторе нижих надморских висина и у приградска насеља; емиграције у иностранство и претварање привременог боравка у стални; као и најновије исељавање из градова ка великим регионалним центрима; али и емиграције образованог кадра.

Основни циљ овог рада је сагледавање миграционих кретања од традиционалног до модерног и њихов утицај на демографски развитак Тимочке крајине, на примеру савремених миграција здравствених радника, као и сагледавање значаја миграција на демографски развитак и регионално диференцирање на нивоу општина и класификацију простора Тимочке крајине према временским периодима у којима је стопа миграционог салда имала већи утицај од деловања природних компоненти.

У раду је коришћена дескриптивна статистика и статистички метод: Мултивариациона регресија. Коришћен је програм SPSS.15 за статистичку обраду података. Извор података су публикације и подаци Републичког завода за статистику, пописи становништва од 1961. до 2022. године, друга стручна и научна литература и анкетно истраживање коришћено за ову прилику.

Простор Тимочке крајине се одликује сложеном просторном покретљивошћу становништва, од традиционалних до модерних миграција, сложеним демографским токовима, различитим развојем насељености кроз време и простор и кретањем природног прираштаја од позитивног до негативног. Већ почетком друге половине 20. века, утицај миграционих кретања на демографску динамику је значајно већи од деловања природног кретања становништва. Иако временом тај утицај слаби, ипак са различитим интензитетом и временским одређењем утиче на нивоу општина Тимочке крајине, а расте утицај природног прираштаја на раст/опадање становништво. Такви демографски процеси условили су да је већ у овом периоду започео процес депопулације, који у првим деценијама 21. века постаје наглашенији, праћен пражњењем великих простора, старом популацијом и драстичним губитком радно активног и фертилитетног потенцијала. У овом периоду постају израженије и миграције високо образованог становништва, и то, не ка већим регионалним центрима, већ ка иностранству. Оваква демографска слика захтева ангажовање државе и релевантних институција на препознавању детерминишућих фактора и дефинисању адекватних мера популационе политике везано за рехабилитацију рађања, а пре свега према миграцијама, и то и традиционалним и савременим, како би се избегло потпуно пражњење овог пограничног простора.

Кључне речи: миграције, демографски развој, Тимочка крајина, раст/опадање броја становника, природни прираштај, миграциони салдо, савремене миграције.

2. PREVENCIJOM DO ZDRAVOG POTOMSTVA - PRIKAZ PORODICE SA FENILKETONURIJOM

Bojana Cokić. "LAZARICA pedijatim" Privatna pedijatrijska ordinacija Zaječar

Uvod: Fenilketonuria je autosomno-recesivna bolest metabolizma amino-kiselina. Mutacije koje izazivaju bolest nalaze se na [hromosomu 12](#), regija 12q22-q24.2, u genu PA. Fenilketonurija nastaje zbog nedostatka enzima Fenilalanin-hidroksilaze koji u jetri zdravih osoba pretvara suvišan fenilalanin u tirozin. Zbog nedostatka enzima fenilalanin-hidroksilaze fenilalanin se nagomilava u organizmu, a smanjuje nivo tirozina. Prevelika količina fenilalanina u krvotoku dovodi do oštećenja mozga u deca. Nedovoljna količina tirozina dovodi do smanjenja produkcije pigmenta melanina tako da su deca sa fenilketonurijom plava, nežne bele kože sa plavim očima. Fenilalanin se u obliku fenilketona izlučuje urinom. Usled ovih ketona znoj i urin obolelih imaju jači miris no zdrave osobe (podseća na buđ). Dijagnoza fenilketonurije se postavlja neonatalnim skriningom (Guthrie test) trećeg dana po rođenju. Za konačnu dijagnozu fenilketonurije mora postojati koncentracija fenilalanina u plazmi veća od 20 mg/dl, uz normalnu koncentraciju tirozina. Lečenje se sprovodi dijetom.

Prikaz porodice: Roditelji klinički zdravi. Jedno obolelo, nelečeno dete rođeno pre uvođenja neonatalnog skrininga, sa teškom mentalnom retardacijom i letalnim ishodom u 10. godini. Jedno obolelo dete u kojeg je urađen neonatalni skrining, dokazana fenilketonurija i započeto lečenje pre kliničkih ispoljavanja bolesti. Uspešno izlečeno. Završava srednješkolsko obrazovanje, dobija zaposlenje i počinje samostalni život. Klinički nalaz lečenog deteta je zadovoljavajući. Sposobna je za redovnu školu, dobija srednješkolsko obrazovanje i počinje samostalni život. Zasniva porodicu, dijetom započetom tri meseca pre koncepcije i kontrolom fenilalanina dobija klinički i genetski zdravo muško dete koje uskoro puni 5 godina.

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 potvrda značaja neonatalnog skrininga.

Ključne reči: fenilketonurija, neonatalni skrining, dijetetsko lečenje

1. Nasser A. Elhawary, Imad A. Aljahdali, Iman S. Abumansour, Ezzeldin N. Elhawary, Nagwa Gaboon, Mohammed Dandini, Abdulelah Madkhali, Wafaa Alosaimi, Abdulmajeed Alzahrani, Fawzia Aljohani, Ehab M. Melibary, and Osama A. Kensara. Genetic etiology and clinical challenges of phenylketonuria. *Hum Genomics*. 2022; 16: 22.
2. Mina Ahmadzadeh, Golbon Sohrab1, Mohammadreza Alaei, Hassan Eini-Zinab, Behzad mohammadpour-Ahranjani, Samira Rastgoand Zahra Namkhah. Growth and Nutritional Status of Phenylketonuric Children and Adolescents. *BMC Pediatrics* (2022) 22:664.
3. 3A. L. S. Pessoa, A. M. Martins, E. M. Ribeiro, N. Specola, A. Chiesa, D. Vilela, E. Jurecki, D. Mesojedovas and I. V. D. Schwartz. Burden of phenylketonuria in Latin American patients: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Orphanet Journal of Rare Diseases* (2022) 17:302.
4. Zeinab E. M. Afifi, Salma A. Seddik, Mariam M.A. Eldaleel & Shaimaa A.M. Abd El Fatah. Quality of life of children with Phenylketonuria at primary health care center in Cairo Egypt: an exploratory cross-sectional study. *An International Interdisciplinary Journal for Research, Policy and Care*, Volume 18, 2023 - Issue 2, Pages 282-297.
5. İzzettin Toktaş, Seyfettin Sarıbaş, Semih Canpolat, Özgür Erdem, Mehmet Nuri Özbek. Evaluation of patients diagnosed with phenylketonuria and biotinidase deficiency by the newborn screening program: a ten-year retrospective study. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2022; 64: 985-992.

3. ХИПОТОНИЈА КОД ОДОЈЧАДИ И МАЛЕ ДЕЦЕ

Др Бранкица Васић

Хипотонија је чест знак болести код новорођенчади. Међутим, то је неспецифичан клинички налаз: може бити облик презентације системске или неуролошке болести. (1)

Хипотонично одојче је важан и релативно чест појам у педијатрији. Под овим ентитетом скрива се широка лепеза диференцијалних дијагноза, стога свако хипотонично новорођенче или одојче захтева адекватну клиничку обраду и мултидисциплинарни приступ. (2).

У зависности од основног узрока, хипотонија се може појавити у било ком узрасту. Знаци који указују на хипотоније код новорођенчади и деце: лоша контрола главе, кашњење у развоју грубих моторичких вештина (пузање), кашњење у развоју финих моторичких вештина (хватање), смањење мишићног тонууса, смањење снаге, поремећај рефлекса, хиперфлексбилност, тешкоће у говору, тешкоће при храњењу, кашњење у усавајању миљоказа развоја (3).

Хипотонија може бити централна (хромозомопатије, генске болести: Down syndrome, Prader-Willi syndrome, Sotos sy, Angelman sy, Rett sy, Tay-Sachs disease, trisomy 13), аномалије нервног система,

метаболичке болести (ацидурије, дефицит карнитина, дефицит цитохром-ц-оксидазе),(4); периферна (спинална мишићна атрофија СМА, конгенитална миотонична дистрофија, конгениталне миопатије) (1)и мешовита (1,2).

За постављање дијагнозе неопходно је: узети детаљну анамнезу: пренаталну, навике мајке, ток порођаја, постнатални период, рани одојачки период, породичну анамнезу; клинички преглед (неонатолог, педијатар, дечји неуролог...), лабораторијска и биохемијска обрада, ЕЕГ и видео ЕЕГ, радиолошка испитивања (магнетна резонанца НМР), генетска испитивања. Од септембра 2023. у Србији је уведен скрининг на спиналну мишићну атрофију.

Терапија зависи од узрока хипотоније. За неке болести постоје лекови, физикални третман се спроводи упорно и редовно. Стање захтева мултидисциплинарни приступ и и сарадњу и ангажовање родитеља.

Закључак: Хипотонија је неспецифичан клинички налаз, може бити повезана са великим бројем поремећаја. Детаљна анамнеза и клинички преглед са пажљивом неуролошком проценом су неопходни за приступ дијагностици и третману одојчета и детета са хипотонијом.

1. Mesquita M, Ratola A, Tiago J, Basto L. Neonatal hypotonia: is it a diagnostic challenge? Rev Neurol. 2018;67(8):287-292.

2. Bodensteiner JB. The evaluation of the hypotonic infant. Semin Pediatr Neurol. 2008;15(1):10-20.

doi:10.1016/j.spen.2008.01.003.

3. Minnis G, DPT, Physical Therapy, September 27, 2019, What Is Hypotonia?, <https://www.healthline.com/health/developmental-coordination-disorder>

4. Lisi EC, Cohn RD. Genetic evaluation of the pediatric patient with hypotonia: perspective from a hypotonia specialty clinic and review of the literature. Dev Med Child Neurol. 2011;53(7):586-99. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011.03918.

5. Stephen R. Deputy and Ann H. Treatment of Disorders of Tone and Other Considerations in Pediatric Movement Disorders, Neurotherapeutics. 2020 Oct; 17(4): 1713–1723.

4. Самоограничавујућа епилепсија са центротемпоралним шилјцима – Стари зnanac у новом руху

Dr Emil Vlajić, lekar u penziji

Napadi samoograničavajuće epilepsije sa centrotemporallnim šiljcima (Self-limited epilepsy with centrotemporal spikes - SeLECTS) opisani su još u XVII veku. Sredinom XX veka su tipični napadi kod dece povezani sa specifičnim fokalnim nalazom u EEG-u. Pokazalo se da ovaj tip epilepsije ima odličnu prognozu tj. benigni tok. Tako je prepoznata epilepsija koja je tipična za dečji uzrast, ima fokalne i redje sekundarno generalizovane napade sa tipičnim šiljak-talas kompleksima u centro-temporalnim regionima u EEG-u. Od strane ILAE 1989 godine je ovaj tip epilepsije svrstan u epileptičke sindrome i nazvan Benigna dečja epilepsija sa centrotemporalnim šiljcima.

5. Значај унапређења и промоције стратегије тестирања на ХИВ у популацији младих

Проф др Биљана Коцић

Недовољна информисаност опште популације и младих о ризицима за преношење ХИВ-а, недовољан обухват превентивним активностима и тестирањем на ХИВ и друге ППИ опште и кључних популација, висок степен дискриминације према осетљивим групацијама и особама које живе са ХИВ-ом, као и негативан утицај ковид-19 пандемије на ризична понашања, превентивне активности и ХИВ тестирање, указују на неопходност тимског рада на едукацији о ефикасним, квалитетним и приступачним услугама превенције, тестирања и лечења ХИВ инфекције.

Посебно је важна промоцији рада саветовалишта за саветовање и тестирање на ХИВ и друге ППИ у општој популацији, популацији младих и кључним популацијама. Примера ради, у периоду 2004-2023.год. у Саветовалишту за добровољно поверљиво саветовање и тестирање на ХИВ ИЗЈЗ Ниш, тестирано је 4615 клијената; највећи број забележен је 2005. (405) и 2004. (393), а најнижи 2021. (101) и 2020. (107), тј, у току ковид-19 пандемије.

Поред чињенице да половина популације у Републици Србији од 20 и више година зна где би могла да добије саветовање и тестирање на ХИВ, свега 2,5% узраста 15-49 година је тестирано на ХИВ, од чега је удео младих узраста 15-24 године свега 1,4%. Свеукупно знање о ХИВ/АИДС-у има

28,3% младих узраста 15-24 године, док једна трећина истог узраста има дискриминаторне ставове према особама које живе са ХИВ инфекцијом. Такође, негативан утицај ковид -19 пандемије на превентивне активности у вези са ХИВ инфекцијом и ХИВ тестирањем и у свету и код нас, захтева заједничку и интензивнију посвећеност окончању АИДС-а, важног јавноздравственох питања на локалном и глобалном нивоу.

1. van Bilsen WPH, Zimmermann HML, Boyd A, et al. Sexual behavior and its determinants during COVID-19 restrictions among men who have sex with men in Amsterdam. *J Acquir Immun Def Syndr*. 2021;86(3):288–296.
2. Darcis G, Vaira D, Moutschen M. Impact of coronavirus pandemic and containment measures on HIV diagnosis. *Epidemiol Infect*. 2020;148:e185.
3. Strategija za prevenciju i kontrolu HIV infekcije i AIDS-a u Republici Srbiji, 2018 - 2025. godine, Sl. gl. RSrbije 50/05, Beograd 2018.
4. Boricic K, Vasic M, Grozdanov J, Gudelj Rakic J, Zivkovic Sulovic M, et al. National Health Survey of the Republic of Serbia 2013. Institute of Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanovic Batut". Belgrade 2014.
5. Ilic D, editor. Research Among Populations Most At Risk To HIV And Among People Living With HIV: Key Findings, 2013. Institute of Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanovic Batut". Belgrade, 2014.

6. Zašto je gojaznost dece i adolescenata značajan javno-zdravstveni problem?

Prim. mr sc. med. Dragana Lozanović

Gojaznost dece i adolescenata jedan je od najozbiljnijih zdravstvenih problema u 21. veku. Procenjuje da će 2025. godine u свету бити 206 милиона гојазне dece i adolescenata узраста 5-19 година, а да ће 2030. та бројка износити 254 милиона. Гојазна деца односно адолесценти често остају гојазни и када одрасту: око 60-85% гојазних адолесцената биће гојазне одрасле особе, а око 50% гојазних одраслих особа биле су гојазне у детинству или адолесценцији; гојазност у адолесценцији носи повећан ризик за вишеструки коморбидитет и повећан mortalitet у зрелом добу и када гојазност више не постоји.

1. Lindberg L, Danielsson P, Persson M, Marcus C, Hagman E (2020) Association of childhood obesity with risk of early all-cause and cause-specific mortality: A Swedish prospective cohort study. *PLoS Med* 17(3): e1003078.
2. Jebeile H, Kelly AS, O'Molloy G, Baur LA: Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2022;10:351-356.

7. Posledice gojaznosti u detinjstvu i adolescenciji

Radovan Bogdanović. Akademija medicinskih nauka SLD, Udruženje pedijatara Srbije

Gojaznost u ovom životnom dobu skopčana je s rizicima za pojavu brojnih, bilo neposrednih bilo udaljenih posledica/komplikacija: somatskih, psiholoških, biheviornalnih, socijalnih i ekonomskih. U okviru ove teme razmatraju se samo somatske posledice gojaznosti: endokrinološko-metaboličke, kardiovaskularne, gastrointestinalne i nutritivne, respiratorne, muskuloskeletne, neurološke, nefrološke, imunološke, dermatološke i onkološke. Gojaznost u detinjstvu i adolescenciji носи повећан ризик и за prerani morbiditet i za prerani mortalitet (kardiometaboličke, infektivne, nefrološke i druge bolesti i kancer).

1. Marcus C, Danielsson P, Hagman E. Pediatric obesity—Long-term consequences and effect of weight loss. *J Intern Med*. 2022;292:870–891.
2. Horesh A, Tsur AM, Bardugo A, Twig G. Adolescent and Childhood Obesity and Excess Morbidity and Mortality in Young Adulthood—a Systematic Review. *Curr Obes Rep* 2021;10:301-310
3. Bendor CD, et al. Cardiovascular morbidity, diabetes and cancer risk among children and adolescents with severe obesity. *Cardiovasc Diabetol* 2020;19:79.
4. Weihrauch-Blüher S, Schwarz P, Jan-Henning Klusmann. Childhood obesity: increased risk for cardiometabolic disease and cancer in adulthood. *Metabolism* 2019;92:147-152.
5. Carey Yun Shan Lim, Yu Wah Foo, Chanel Li Xuan Tok, et al. Screening for metabolic complications of childhood and adolescent obesity: A scoping review of national and international guidelines. *Obes Rev* 2022;23:e13513.

8. Заштита деце од злостављања и занемаривања у систему здравствене заштите

Dr Mirjana Živković Šulović. Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut".

Међуљудско насиље је четврти водећи узрок смрти адолесцената и младих широм света. Његов значај значајно варира у зависности од региона света. Он узрокује скоро трећину свих смртних

случајева адолесцената мушкараца у земљама са ниским и средњим приходима у Америци. Према глобалној анкети о здрављу ученика у школама, 42% адолесцената и 37% адолесцената било је изложено малтретирању. Сексуално насиље такође погађа значајан део младих – 1 од 8 младих пријави сексуално злостављање. (1,2)

Насиље током адолесценције такође повећава ризик од повреда, ХИВ-а и других полно преносивих инфекција, проблема са менталним здрављем, лошег успеха и напуштања школе, ране трудноће, проблема репродуктивног здравља и заразних и незаразних болести. (1)

Ефикасне стратегије превенције насиља укључују промовисање родитељства и развоја у раном детињству, програме превенције малтретирања у школи, програме који развијају животне и друштвене вештине и законска решења за смањење приступа алкохолу и ватреном оружју адолесцентима. Ефикасна и емпатична бригаа о адолесцентима који су преживели насиље, укључујући сталну подршку, може помоћи у физичким и психичким последицама. (2)

Влада Републике Србије усвојила је низ докумената (*Национални план акције за децу*– 2004, *Општи протокол за заштиту деце од злостављања и занемаривања* – 2005, *Закон о превенцији породичног насиља* – 2017. и *Стратегију за превенцију и заштиту деце од насиља са акционим планом за период од 2020. до 2023. године* – 2020) са приоритетом успостављања ефикасне, оперативне мултиресорске мреже за заштиту деце од злостављања, занемаривања, искоришћавања и насиља, као и подизање нивоа свесности знања стручњака, лаика и саме деце о питањима која се тичу права деце на заштиту од свих облика злостављања, занемаривања, искоришћавања и насиља. Влада Републике Србије је усвојила *Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања* (2009, 2018) који је намењен здравственим радницима и здравственим сарадницима непосредно ангажованим у здравственој заштити деце, на свим нивоима, у јавном, приватном и невладиној сектору. (3,4,5,6,7)

У сарадњи са партнерима, Посебном радном групом Министарства здравља, Институтом за ментално здравље и UNICEF-ом, у Институту за јавно здравље Србије је 2013. године развијена веборијентисана апликација за унос пријава сумње на злостављање и занемаривање које је обрадио стручни тим за заштиту деце од злостављања и занемаривања.

Број пријава стручних тимова за заштиту деце од злостављања и занемаривања има тренд раста у посматраном периоду, пре свега због укључивања више здравствених установа у систем извештавања, као и боље обуке професионалаца да препознају знаке злостављања деце и пријаве сумњу надлежним институцијама.

Адолесценти узраста 12–14 година најчешће су изложени различитим типовима злостављања и занемаривања. (8) (табела 5)

Табела 5. Број пријава за злостављање/занемаривање, структура по узрасту, Србија 2014-2020.

Година	Број пријава	Узраст					
		0-2	3-5	6-8	9-11	12-14	15-17
2014	473	19,9	8,9	10,4	18,2	24,1	18,6
2015	694	14,4	7,2	13,4	21,2	26,2	17,6
2016	649	9,4	7,4	12,0	20,8	26,3	24,0
2017	812	7,1	7,5	10,2	25,4	29,4	20,3
2018	788	5,3	7,0	12,3	21,7	32,9	20,8
2019	972	3,8	6,8	12,8	24,3	34,5	17,9
2020	503	7,6	8,5	12,9	18,9	27,6	24,5

Литература:

1. WHO: Child maltreatment. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. WHO: Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. <https://www.who.int/publications/i/item/preventing-child-maltreatment-a-guide-to-taking-action-and-generating-evidence>
3. Савет за права детета. Влада Републике Србије. Национални план акције за децу, Влада РС, 2004
4. Влада Републике Србије. Општи протокол за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Влада РС, 2005, 2022
5. Закон о превенцији насиља у породици. □Службени гласник РС”, 94/2016.
6. Влада Републике Србије. Стратегија за превенцију и заштиту деце од насиља са акционим планом за период од 2020. до 2023. године. Влада РС, 2020.
7. Министарство здравља Републике Србије: Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања; Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2018.

8. Мирјана Живковић Шуловић, Драгица Букумирић: Анализа рада стручних тимова за заштиту деце од злостављања и занемаривања у здравственим установама Републике Србије у 2020. години; Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, 2022.

9. Метаболички синдром код младих превенција и терапија

Prim. mr sc med dr Bratimirka Jelenković

Метаболички синдром (MetS) је сложен поремећај који карактерише абдоминална гојазност, повишен крвни притисак, хиперлипидемија и повишени нивои глукозе у крви наташте. Дијагностички критеријуми за MetS код одраслих су добро утврђени, али тренутно не постоји консензус о дефиницији код деце и адолесцената. Верује се да етиологија MetS укључује сложену интеракцију између генетске предиспозиције и фактора животне средине. Док генетска предиспозиција објашњава само мали део MetS патогенеze, фактори ризика околине играју значајну улогу. Фактори као што су тежина мајке током трудноће, начин живота деце, седентарност, исхрана са високим садржајем масти, недостатак витамина D и поремећаји спавања доприносе развоју MetS. Гојазност је један од главних кардиометаболичких фактора ризика и снажно је повезана са другим метаболичким болестима као што су хиперлипидемија, хиперинсулинемија као и хипертензија. Рана идентификација и лечење MetS код деце и адолесцената је кључна за спречавање развоја хроничних болести касније у животу. Међутим, ово захтева одговарајуће алате за скрининг за децу и адолесценте који су у ризику за MetS и његове коморбидитете. Већина компоненти метаболичког синдрома може да се превенира и лећи променом стила и начина живота. Дате су препоруке када треба започети медикаментозно лечење појединих компоненти метаболичког синдрома (повишен крвни притисак, дислипидемије, дијабетес мелитус типа 2).

Литература:

1. Codazzi, V., Frontino, G., Galimberti, L. et al. Mechanisms and risk factors of metabolic syndrome in children and adolescents. *Endocrine* (2023). <https://doi.org/10.1007/s12020-023-03642->
2. Reisinger, C., Nkeh-Chungag, B.N., Fredriksen, P.M. et al. The prevalence of pediatric metabolic syndrome—a critical look on the discrepancies between definitions and its clinical importance. *Int J Obes* 45, 12–24 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41366-020-00713-1>
3. Zong X, Bovet P and Xi B (2022) A Proposal to Unify the Definition of the Metabolic Syndrome in Children and Adolescents. *Front. Endocrinol.* 13:925976. doi: 10.3389/fendo.2022.925976
4. Christian Flemming, Gunter Matthias, Bussler, Sarah, Körner, Antje and Kiess, Wieland. "Definition and early diagnosis of metabolic syndrome in children" *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, vol. 33, no. 7, 2020, pp. 821-833. <https://doi.org/10.1515/jpem-2019-0552>

10. Сексуално образовање младих у Србији

Проф. Др Вероника Ишпановић Радојковић

Подаци и истраживања о сексуалном понашању и репродуктивном здрављу младих у Србији су алармантни. Млади у Србији предњаче међу вршњацима из Европе по броју оболелих од полно преносивих болести и намерних прекида трудноће. У Србији се граница првог ступања у сексуалне односе помера наниже, чак 3% младих ступа у сексуалне односе веома рано, пре 15. године живота. Број адолесцентних трудноћа је у порасту, нарочито у узрасту млађем од 16 година. Код трећине сексуално активних девојака узраста од 19 година утврђено је присуство полно преносивих инфекција (ППИ). Сви подаци указују да младима у Србији недостају релевантне информације, знања и вештине које се односе на сексуалност и репродуктивно здравље. Саветовалишта за репродуктивно здравље младих која су постојала у домовима здравља у прошлим деценијама показала су се корисна и добро прихваћена али је њихов даљи развој и опстанак практички онемогућен реформом здравственог система.

Истраживања и позитивни примери из Европских земаља јасно показују да је школа најбитнија карика у ланцу релевантном за сексуалну едукацију. У највећем броју земаља сексуална едукација је обавезна за ученике са 15 и више година. У Србији, сексуално образовање никада није постало обавезни део образовног процеса због јаких отпора конзервативне јавности са образложењем да програми сексуалне едукације подстичу децу на рано улажење у сексуалне односе, промовишу непожељне видове сексуалног понашања, промискуитет, хомосексуалност и слично. Истраживања рађена у свету доказују супротно да свеобухватно сексуално образовање подиже ниво знања о сексуално ризичном понашању, доводе до одлагања ступања у први сексуални однос, повећане стопе коришћења кондома и смањења броја сексуалних партнера, снижавају степен хомофобије, спречавају родно засновано насиље.

Руководећи се принципом који је дефинисала Светска здравствена организација да је право на сексуално образовање једно од основних права младих залажемо се за неодложно увођење свеобухватног образовања у систем образовања у Србији и поновно успостављање и развој саветовалишта за репродуктивно здравље у домове здравља у Србији.

1. Sedlecky Katarina (2018). Kako poboljšati seksualno i reproduktivno zdravlje mladih u Srbiji. U: V. Kostić, S. Đukić, S. Đukić Dejanović, M. Rašević(ur.) Kako poboljšati demografsku budućnost Srbije. Beograd, 128-143. SANU i Institut društvenih nauka.
 2. Rašević Mirjana (2018), Seksualna edukacija u evropskim državama. Zbornik Matice srpske za društvene nauke. 167:335-344. Dostupno na <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0352-5732/2018/0352-5732186733R.pdf>.
 3. Mladenović Andrija (2020), Potreba ili luksuz: Seksualno obrazovanje u Srbiji. Administracija i javne politike 6 (2): 35-55.
 4. Petrović Marija (2021). Da li seksualno obrazovanje treba da se uči u školama. Kritika. Godište II, broj 2. Dostupno na DOI 10.5281/zenodo/+. 5732512.
- Službeni glasnik. Nacionalni program očuvanja i unapređenja seksualnog i reproduktivnog zdravlja građana Republike Srbije, br. 120/2017-10 (2017)

11. Породична функционалност, ментални поремећаји и контрола шећерне болести тип 1 код адолесцената

Станковић М. 1,2; Ристић А 2, Стевановић С 2, Стојановић А 2, (1) МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ, УНИВЕРЗИТЕТ У НИШУ; (2) ЦЕНТАР ЗА ЗАШТИТУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА, КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР НИШ

Шећерна болест представља доживотни метаболички поремећај, који утиче и на пацијента и на живот његове породице. Психијатријска обољења, поремећаји у исхрани и болести зависности се учесталије региструју код особа са дијабетесом. Повезаност породичне кохезивности, флексибилности и комуникације са регулацијом гликемије и даље остаје отворено питање, као и да ли и у којој мери је гликорегулација повезана са психичким поремећајима. Истраживањем је сагледана међусобна повезаност породичног функционисања, испољавања депресивности, анксиозности, поремећаја исхране код адолесцената са дијабетесом тип 1. Резултати овог пилот истраживања су показали да не постоји значајна међусобна повезаност породичне кохезивности и адаптивности, као и психичких поремећаја код адолесцената са гликорегулацијом, сем код испитаника са алекситимијом и поремећајем исхране код женске популације. Сагледавање психосоцијалних предиктора гликорегулације код адолесцената наглашава важност колаборативног рада педијатара-ендокринолога и психијатара.

1. Stevanović D, Dejenie Habtewold T, Nikšić A, Avicenna M, Mehta G, Popović L, Petek Erić A, Ristić S, Dodig-Ćurković K, Bježančević M, Stanković M, Antin Pavlović T, Knez R. Anxiety and depressive disorders in diabetes. In: Tripathi K, Saboo B (1st eds). Sadikot's International Textbook of Diabetes. Hew Delhi. Jaypee-Highlights Medical Publishers, 2019; pp. 823-828. <https://doi.org/10.5005/jp/books/18148>. ISBN: 978-93-5270-032-5.
2. Godoy LD, Rossignoli MT, Delfino-Pereira P, Garcia-Cairasco N, de Lima Umeoka EH. A Comprehensive Overview on Stress Neurobiology: Basic Concepts and Clinical Implications. Front Behav Neurosci 2018; 12: 127.
3. Drobníč Radobuljac M, Shmueli-Goetz Y. Attachment to Caregivers and Type 1 Diabetes in Children. Zdr Varst 2015; 54: 126-130.
4. Rosenberg T, Shields CG. The role of parent-adolescent attachment in the glycemic control of adolescents with Type 1 diabetes: a pilot study. Fam Syst Health 2009; 27: 237-248.
5. Vaid E, Lansing AH, Stanger C. Problems With Self-Regulation, Family Conflict, and Glycemic Control in Adolescents Experiencing Challenges With Managing Type 1 Diabetes. J Pediatr Psychol 2018; 43: 525-533.

12. ADOLESCENTNA ZAPITANOST NAD SMISLOM ŽIVOTA I UREĐENJEM SVETA

Ljiljana Tešanović

Pored filozofa, adolescenti najviše razmišljaju o smislu života. U susretu sa činjenicom da smo svi smrtni, lakše je otkriti besmislenost života, nego smisao.

Adolescenti teže za univerzalnom pravdom, blagostanjem za sve ljude, žele revolucionarne promene i imaju doživljaj onipotencije. Ali je gotovo svakom mladom čoveku ogroman problem da razume neskladno uređen svet, kao i njegov lični, a još veći problem je da se ta dva sveta usklade i kontrolišu. Kako se snaći u svetu u koji sam došao ne svojom voljom? Prilagoditi ga sebi, ili sebe njemu? Da li postoji univerzalni smisao života, ili svako treba da otkrije svoj? Priroda i kosmos deluju skladno, da li su ljudi ti koji unose pomatnju? Da li je umetnost pokušaj ulepšavanja sveta ličnim pečatom? I da li je traganje za

smisлом само покушај бекства од откривања сопственог унутрашњег света који је у том периоду ломан, нестабилан и тек у настајању онога што ће бити одрасла особа?

13. Улога плаката у превентивној медицини и здрављу младих

ACC Јована Николић

Рад "Улога плаката у превентивној медицини и здрављу младих" истражује значај употребе плаката као штампаног и дигиталног медија у процесу благовременог информисања и едукације младих и њихових родитеља или старатеља, са циљем превенције, одржања и унапређења здравља појединца и друштва.

Рад анализира плакат, који се у контексту превентивне медицине може посматрати као алат, чији је основни задатак да брзо и јасно пренесе поруку и увери посматрача о значају преузимања корака у корист сопственог и јавног здравља.

Кључне речи: превенција, јавно здравље, здравље младих, плакат, оглашавање

1. Utoyo, A W, H D Aprilia, R A D R I Kuntjoro-Jakti, and A Kurniawan. "Visual Communication Design: Poster as an Important Way to Encourage Social Distance in Jakarta When the Epidemic 19." IOP Conference Series: Earth and Environmental Science 729, no. 1 (2021): 012140. doi:10.1088/1755-1315/729/1/012140.
2. Rosli, Hafizah, and Ruslan Abd. Rahim. "Preventing Childhood Obesity Through Poster Design." International Colloquium of Art and Design Education Research (i-CADER 2014), 2015, 621-29. doi:10.1007/978-981-287-332-3_64.
3. Rosli, Hafizah. "THE ELEMENT OF POSTER DESIGN: CONTENT VISUAL ANALYSIS OF MALAYSIAN'S HEALTH CAMPAIGN POSTER." UniversityPublications.net, 2018.
4. Папанек, Виктор Ј. „Дизајн за стварни свет“, Накладни завод „Марко Марулић“, Сплит, 1973. године

14. Васпитни стилови и ментализација као предиктори склоности ка психосоматици

Проф. др Јелисавета Тодоровић

У овом саопштењу акценат је на анализи добијених резултата истраживања психосоматских сметњи код адолесцената. Циљ истраживања био је испитати да ли је помоћу васпитних стилова (ауторитарни отац, ауторитарна мајка, ауторитативни отац, ауторитативна мајка) и капацитета за ментализацију (ментализација себе, ментализација других, мотивација за ментализацију) могуће предвидети склоност ка психосоматици. Узорак је био пригодан, сачињен од 291 испитаника (М = 27.5%, Ж = 72.5%). Узорак су чинили средњошколци и студенти старости од 18 до 24 година, просечне старости 19.19 (СД = 1.37). У истраживању су коришћени следећи мерни инструменти: Упитник за мерење стилова родитељства (ПСДQ), УМ скала ментализације и ХИ тест склоности ка психосоматици. ПСДQ упитник је прилагођен студентској популацији и мери ауторитарни, ауторитативни и пермисивни стил оца и мајке. Након провере метријских карактеристика упитника, због ниске поузданости субскала пермисивности она је из даљих анализа искључена. Ауторитарни отац, ауторитарна мајка, ментализација себе и ментализација других су значајно повезани са склоношћу ка психосоматици ($p < .05$). Све корелације, изузев ментализације себе и соматизације, су позитивне. Модел сачињен од родитељских васпитних стилова и субскала ментализације објашњава 16% варијансе ($R^2 = .16$, $F(7,169) = 5.70$, $p < .01$). Значајни предиктори склоности ка психосоматици су ауторитарни родитељски стил мајке ($\beta = .27$, $t = 3.03$, $p < .01$) и ментализација себе ($\beta = -.30$, $t = -3.88$, $p < .01$). Ауторитарно васпитање оба родитеља, израженија ментализација других као и мање изражена ментализација себе погодују развоју психосоматских тегоба.

1. John C. Markowitz, M.D., Barbara Milrod, M.D., Patrick Luyten, Ph.D., Rolf Holmqvist, Ph.D . (2019). Mentalizing in Interpersonal Psychotherapy, *Am J Psychother* 72:4, 2019. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.20190021
2. Elizabeth Weinberg (2006). Mentalization, Affect Regulation, and Development of the Self, *J. Am Psychoanal Assoc* 2006; 54; 251. DOI: 10.1177/00030651060540012501 J
3. Rikard Liljenfors and Lars-Gunnar Lundh (2015). MENTALIZATION AND INTERSUBJECTIVITY TOWARDS A THEORETICAL INTEGRATION, *Psychoanalytic Psychology* 2015, Vol. 32, No. 1, 36-60 <http://dx.doi.org/10.1037/a0037129>
4. Ana Luísa B. T. Dáu Stephanie Milan (2022). Maternal Borderline Symptoms, Parent-Child Relationship Patterns, and Child Maladjustment, *Child & Youth Care Forum* (2022) 51:205-217 <https://doi.org/10.1007/s10566-021-09624-2>
5. Anita Vulić-Prtorić, Marta Jović, Renata Coha, Marina Grubić, Patricija Padelin (2008). ANKSIOZNA OSJETLJIVOST I PSIHOSOMATSKI SIMPTOMI U DJECE I ADOLESCENATA, *Klinička psihologija* 1 (2008), 1-2, 7-26

43. Timočki medicinski dani, “Aktuelnosti u hirurgiji i srodnim granama. Zaječar- 2024.”

15. TUMORI DIVERTIKULUMA MOKRAĆNE BEŠIKE

Prof dr sc med Sava Mičić. Redovni profesor urologije u penziji.

U sklopu tumora donjih mokraćnih puteva, a pogotovo tumora mokraćne bešike, veoma značajni dijagnostički i terapijski problem predstavlja tumor-karcinom divertikuluma mokraćne bešike. Značaj ranog otkivanja ovih tumora, leži prvo u činjenici da je zid divertikuluma mokraćne bešike, tanji, manji broj slojeva ima nego zid mokraćne bešike. Drugo dijagnostički problemi proističu iz neprepoznavanja simptoma kao i načina da se savremenim ultrazvučnim, endoskopskim, radiografskim ispitivnjima, pregledima otkrije tumor u ranoj fazi razvića. Terapeutske mogućnosti idu od endoskopskog uklanjanja do radikalnih hiruških intervencija.

Minimalno invazivna hirurgija odpočinje oko 1980 kao sigurna i efikasna hirurška tehnika. U poslednjih 20 godina, mnogi hirurzi preferiraju minimalno -invazivne tehnike u odnosu na tradicionalnu (otvorenu) hirurgiju, koja zahteva veće rezove i, obično, duži boravak u bolnici. Od tada se upotreba minimalno invazivne hirurgije široko proširila u mnogim hirurškim specijalnostima. Minimalno invazivna hirurgija koristi manje hirurške rezove i generalno je manje rizična od tradicionalne hirurgije, ali ipak postoje rizici od komplikacija sa anestezijom, krvarenja i infekcije. Minimalno invazivna koronarna revaskularizacija prvobitno je razvijena sredinom 1990-ih, jer je minimalno invazivno direktno premošćavanje koronarne arterije manje invazivan pristup u poređenju sa konvencionalnim koronarnim bajpasom (CABG) za postizanje ciljeva na levoj prednjoj silaznoj koronarnoj arteriji (LAD).

Godišnji broj hirurških zahvata izvedenih širom sveta prelazi 300 miliona. Venska tromboembolija (VTE), uključujući duboku vensku trombozu (DVT) i plućnu emboliju (PE), predstavlja ozbiljnu, a ponekad i fatalnu komplikaciju hirurgija. PE i njen rethodnik DVT (ovde zajedno nazvana venska tromboembolija) je povezana sa značajnim opterećenjem morbiditeta i mortaliteta širom sveta. Najviši rizik od postoperativne VTE je tokom prvih nekoliko nedelja nakon operacije, ali tačan obrazac i stepen povećanog rizika u postoperativnom vremenu je nepoznat. Farmakološka profilaksa smanjuje rizik od VTE kod hirurških pacijenata ali takođe povećava rizik od krvarenja. Tromboprofilaksa uključuje i mehaničke i hemijske metode. Mehanička tromboprofilaksa se sastoji od uređaja za sekvencijalnu kompresiju (SCD) i tromboembolijskih odvraćajućih čarapa (TEDS). Hemoprofilaksa uključuje supkutanu injekciju bilo nisko molekularnog heparina (svakodnevno), heparina (svakodnevno), prilagođavanja heparina (nedeljno). Odsustvo jasnih terapijskih smernica doprinosi doznačajnih varijacija u praksi unutar i između zdravstvenih centarazličitih zemalja. Velika operacija abdomena nosi visok rizik od VTE. Shodnotome, standardna je praksa da se primeni hemijska i mehanička tromboprofilaksa u perioperativnom vremenu. U ovom kontekstu, poznavanje idealnog trenutka za započinjanje hemoprofilakse u posto perativnom periodu, ako postoji, uzimajući u obzir krvarenje i rizik od VTE, će u velikoj meri olakšati razvoj smernica i standardizaciju tromboprofilaktičke prakse.

Funkcija palca je ključna za celokupnu funkciju šake, sa anatomskim karakteristikama koje omogućavaju cirkumdukciju i opoziciju. Traumom ili hirurškom intervencijom palac šake može biti amputiran narazličitim nivoima ili načinjen defekt pojedinih tkiva i struktura. Kongenitalna aplazija ili hipoplazija dela ili celog prsta već postoji na rođenju.

Cilj rekonstrukcije palca je postizanje funkcije i izgleda rekonstruisanog prsta, a time i optimalno funkcionisanje cele ruke, pravilno izvedenom tehnikom rekonstrukcije. Indikacija za rekonstrukciju palca je uvek apsolutna, a izbor rekonstruktivnog postupka zavisi od lokalnog statusa, nivo amputacije, vremena proteklog od traume, operativnih mogućnosti i veštine hirurga, a u velikoj meri od pola i starosti, profesije i dominantnosti ruke, mehanizma povrede.

1. Karel M Van Praet, Markus Kofler, Timo Z Nazari Shafti, Alaa Abd El Al, Antonia van Kampen, Andrea Amabile, Gianluca Torregrossa, Jörg Kempfert, Volkmar Falk, Husam H Balkhy, Stephan Jacobs. Minimally Invasive Coronary Revascularisation Surgery: A Focused Review of the Available Literature. *Interv Cardiol.* 2021 Apr; 16: e08. Published online 2021 May 19. doi: 10.15420/icr.2021.05

2. Singh T et al. Timing of symptomatic venous thromboembolism after surgery: meta-analysis. *Br J Surg.* 2023 Apr 12;110(5):553-561. doi: 10.1093/bjs/znad035

3. Liu DS, Newbold R, Stevens S et al. Early versus postoperative chemical thromboprophylaxis is associated with increased bleeding risk following abdominal visceral resections: a multicenter cohort study. *J Gastrointest Surg* (2022)26:1495–1502.
4. PROTECTinG Investigators, VERITAS Collaborative. Postoperative Timing of Chemoprophylaxis and Its Impact on Thromboembolism and Bleeding Following Major Abdominal Surgery: A multicenter Cohort Study. *World J Surg* (2023)47:1174–1183 <https://doi.org/10.1007/s00268-023-06899-5>
5. Zhang, Wenlong MD; Liu, Linfeng MD; Lu, Yun MD; Liu, Yingnan MD; Zhuang, Yongqing MD; Chen, Chao MD Reconstruction of Thumb Defects Using the Second Dorsal Metacarpal Artery Flap with Two Pivot Points. *Plastic and Reconstructive Surgery* 152(6):p 1063-1071, December 2023.
6. Mark A. Greyson, Sarah Kinsley, Simon G. Talbot Thumb reconstruction by “on-top-plasty” of the long finger. *Case Reports in Plastic Surgery and Hand Surgery* Volume 8, 2021 - Issue 1, Pages 87-92
7. Akira Ohtsu1, Seiji Arai1*, Yuji Fujizuka1, Reon Fukuda1, Keisuke Hori1, Yuki Morimura1, Rintaro Kawahara2, Takuya Shiraiishi2, Hiroomi Ogawa2, Yoshiyuki Miyazawa1, Masashi Nomura1, Yoshitaka Sekine1, Hidekazu Koike1, Hiroshi Matsui1 and Kazuhiro Suzuki1, Retroperitoneal urothelial carcinoma arising after bladder diverticulectomy: a case report *BMC Urology* 2023.

16. Значај превенције тромбоемболијских компликација у гастроинтестиналној хирургији

Доц. Др сц. мед. Иван Пешић, Медицински Факултет Универзитета у Нишу, Клиника за дигестивну хирургију КЦ Ниш.

Годишњи број хируршких захвата изведених широм света прелази 300 милиона. Венска тромбоемболија (ВТЕ), укључујући дубоку венску тромбозу (ДВТ) и плућну емболију (ПЕ), представља озбиљну, а понекад и фаталну компликацију хирургија. ПЕ и њен претходник ДВТ (овде заједно названа венска тромбоемболија) је повезана са значајним оптерећењем морбидитета и mortalитета широм света. Највиши ризик од постоперативне ВТЕ је током првих неколико недеља након операције, али тачан образац и степен повећаног ризика у постоперативном времену је непознат. Иако ризик може да варира у зависности од индикације или типа операције, са посебно високим ризицима код онколошких пацијената ра и оних подвргнути великој ортопедској операцији, величина и трајање ризика од настанка ВТЕ повезаних са различитим индикацијама за операцију су непознати. Фармаколошка профилакса смањује ризик од ВТЕ код хируршких пацијената али такође повећава ризик од крварења. Тромбопрофилакса укључује и механичке и хемијске методе. Механичка тромбопрофилакса се састоји од уређаја за секвенцијалну компресију (СЦД) и тромбоемболијских одвраћајућих чарапа (ТЕДС). Хемопрофилакса укључује супкутану ињекцију било нискомолекуларног хепарина (свакодневно), хепарина (свакодневно), прилагођавања хепарина (недељно). Постооперативна хемопрофилакса се односи на примену било ког од горе наведених антикоагуланата у профилактичким дозама након затварања коже. Кључна питања приликом разматрања одлука у вези са превенцијом ВТЕ обухватају време почетка и трајање фармаколошке тромбопрофилактике, те је разумевање времена настајања постоперативних догађаја неопходно. Одсуство јасних терапијских смерница доприноси до значајних варијација у пракси унутар и између здравствених центара различитих земаља. Велика операција абдомена носи висок ризик од ВТЕ. Сходно томе, стандардна је пракса да се примени хемијска и механичка тромбопрофилакса у периоперативном времену. У овом контексту, познавање идеалног тренутка за започињање хемопрофилактике у постоперативном периоду, ако постоји, узимајући у обзир крварење и ризик од ВТЕ, ће у великој мери олакшати развој смерница и стандардизацију тромбопрофилактичке праксе.

1. Singh T et al. Timing of symptomatic venous thromboembolism after surgery: meta-analysis. *Br J Surg*. 2023 Apr 12;110(5):553-561. doi: 10.1093/bjs/znad035
2. Liu DS, Newbold R, Stevens S et al. Early versus postoperative chemical thromboprophylaxis is associated with increased bleeding risk following abdominal visceral resections: a multicenter cohort study. *J Gastrointest Surg* (2022)26:1495–1502
3. PROTECTinG Investigators, VERITAS Collaborative. Postoperative Timing of Chemoprophylaxis and Its Impact on Thromboembolism and Bleeding Following Major Abdominal Surgery: A multicenter Cohort Study. *World J Surg* (2023)47:1174–1183 <https://doi.org/10.1007/s00268-023-06899-5>
4. Klonis C, Ashraf H, Cabalag CS et al. Optimal timing of perioperative chemical thromboprophylaxis in elective major abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg*. (2022) <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000005764>
5. PROTECTinG investigators, VERITAS collaborative. Chemical thromboprophylaxis before skin closure increases bleeding risk after major ventral hernia repair: a multicenter cohort study. *Surgery* (2022) 172:198–204

17. LJUDI SA ČETIRI PRSTA (*REKONSTRUKCIJA PALCA ŠAKE*)

Ljubomir Panajotović, hirurg plastičar, profesor, doktor medicinskih nauka, Eterna hospital Beograd

Marko Panajotović, lekar na specijalizaciji plastične i rekonstruktivne hirurgije, Medicinski fakultet u Beogradu, na doktorskim studijama medicinskih nauka

Rade Panajotović, diplomac Medicinskog fakulteta u Beogradu

Funkcija palca je ključna za celokupnu funkciju šake, sa anatomskim karakteristikama koje omogućavaju cirkumdukciju i opoziciju. Palac je najvažniji prst za funkciju štipanja i hvatanja. On omogućava oko 40% svih funkcija ruke.

Traumom ili hirurškom intervencijom palac šake može biti amputiran na različitim nivoima ili načinjen defekt pojedinih tkiva i struktura. Kongenitalna aplazija ili hipoplazija dela ili celog prsta već postoji na rođenju.

Cilj rekonstrukcije palca je postizanje funkcije (stabilnost, snaga, dovoljna dužina i pokretljivost, adekvatan senzibilitet, oslobođenost od bola), i izgleda rekonstruisanog prsta, a time i optimalno funkcionisanje cele ruke, koliko je moguće, dobro odabranom i pravilno izvedenom tehnikom rekonstrukcije. Indikacija za rekonstrukciju palca je uvek apsolutna, a izbor rekonstruktivnog postupka zavisi od lokalnog statusa, nivoa amputacije, vremena proteklog od traume, operativnih mogućnosti i veštine hirurga, a u velikoj meri od pola i starosti, profesije i dominantnosti ruke, mehanizma povrede, stanja amputiranog dela i objektivne potrebe pacijenta, opšteg zdravstvenog stanja. Mogućnosti se moraju izložiti pacijentu i obavezno postići njegova saglasnost i proceniti motivacija i spremnost za saradnju. Kod kongenitalnih anomalija u nekom uzrasnom dobu pacijent je već razvio kompenzacione pokrete i funkcionalnost. Ako je izvesno da će osoba biti nezadovoljna postignutim, funkcionalno ili estetski, ili trajanjem lečenja i rehabilitacije može se razmotriti opcija postavljanja proteze.

Defekti vrha, dela ili cele distalne falange (rekonstruktivna zona jedan: do interfalangealnog zgloba) mogu se nadoknaditi bez produženja prsta raznim vrstama režnjeva (lokalni: Moberg advancement volar flap, Tranquilli-Leali V-Y advancement, Cuttler, heterodigitalni: ukršteni-cross-finger flap, thenar flap, flag flap, Foucher's first dorsal metacarpal artery flap, Littlerov režanj). Produženje se može postići režnjem kože i transplantacijom kosti ili osteodistrakcijom, ili falangizacijom produblivanjem "Z" plastikom prvog interfalangealnog prostora ili Gilliesovom "Cocked Hat" metodom.

Za proksimalne amputacije, zona dva i tri (zona dva: do vrata metakarpalne kosti, zona tri: do karpometakarpalnog zgloba) replantacija je, ako je moguća, najbolji postupak, u suprotnom vrši se ili metakarpalna falangizacija produblivanjem interfalangealnog prostora pomoću "Z" plastike, distraktivno produženje prve metakarpalne kosti (po principu Ilizarova) ili pollicizacija indeksa ili bilo kog prsta.

Osteoplastična rekonstrukcija korišćenjem kompozitnog osteofasciokutanog peteljkastog ingvinalnog ili radijalnog režnja ostaje koristan modalitet. Slobodni osteokutani režnjevi obezbeđuju vaskularizovanu rekonstrukciju kosti koja postiže brzo srastanje kosti i pokazuje dobru otpornost na infekciju.

Skeletizovana falanga amputiranog dela sve češće se koristi kao kortikalni koštani transplantat sa periostom koji prekriven mekotkivnim režnjem daje povoljniji skelet od ilijačnog ili radijalnog grafta kosti. Pretpostavka je da se periost revaskularizuje kao transplantat iz okolnog mekog tkiva i zatim obezbeđuje ishranu kortikalne kosti, što se vidi u kalusu koji se formira na mestu preloma i potpunom srastanju.

Slobodan mikrohirurški transfer prvog ili drugog prsta (toe or second toe to thumb transfer) sa stopala u najsavremenijim modifikacijama je i dalje neprevaziđen metod, postao je zlatni standard za rekonstruisanje amputiranog palca šake, iako mnogi pacijenti ne prihvataju takvu proceduru. Metod je vrlo zahtevan i rezervisan za specijalizovane centre i edukovane hirurge. Wraparound toe transfer je najbolji izbor za amputacije blizu MCP zgloba ili distalno od njega, i najprirodnijeg izgleda među rekonstrukcijama pomoću nožnih prstiju.

1. Zhang, Wenlong MD; Liu, Linfeng MD; Lu, Yun MD; Liu, Yingnan MD; Zhuang, Yongqing MD; Chen, Chao MD Reconstruction of Thumb Defects Using the Second Dorsal Metacarpal Artery Flap with Two Pivot Points. *Plastic and Reconstructive Surgery* 152(6):p 1063-1071, December 2023.

2. Mark A. Greyson, Sarah Kinsley, Simon G. Talbot Thumb reconstruction by "on-top-plasty" of the long finger. *Case Reports in Plastic Surgery and Hand Surgery* Volume 8, 2021 - Issue 1, Pages 87-92

3. Nicholas Pulos, E Ladd Jones. Revisiting Gillies' "Cocked Hat" Reconstruction for Thumb Reconstruction. *Tech Hand Up Extrem Surg*; 2021 Jan 13;25(4):208-212.

4. Chi Z, Song DJ, Tian L, Hu FH, Shen XF, Chim H. Reconstruction of combined thumb amputation at the metacarpal base level and index amputation at the metacarpal level with pollicization and bilateral double toe composite transfer. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2017 Aug;70(8):1009-1016.

5. Adani R, Woo SH Microsurgical thumb repair and reconstruction. J Hand Surg Eur Vol. 2017 Oct;42(8):771-788.
6. Lee KS, Park JW, Chung WK. Thumb reconstruction with a wraparound free flap according to the level of amputation. J Hand Surg Am. 2000 Jul;25(4):644-50.

43. Timočki medicinski dani. “Aktuelnosti u stomatologiji, Zaječar 2024.”

18. REŠAVANJE PROBLEMA IMPLANTACIJE U IZRAZITO USKIM ALVEOLARNIM GREBENOVIMA – SPLIT CREST TEHNIKA

Prof. dr Vladimir Biočanin

Nakon ekstrakcije zuba dešavaju se fiziološki procesi resorpcije kosti. Nakon zarastanja može ostati uskost u predelu alveolarnog grebena vilica što onemogućava ugradnju dentalnih implantata. Split crest je hirurška tehnika koja se sastoji od osteotomije po sredini grebena (nekada i vertikalnih) sa ciljem razdvajanja bukalne od lingvalne koštane lamele kako bi se stvorio prostor za ugradnju implantata. Ova tehnika je indikovana u slučajevima jako uskih alveolarnih grebena, sa dovoljnom visinom, gde ne bi bilo moguće ugraditi dentalni implant. Indikacije za ovu metodu su: uzani alveolarni greben (minimum 3,5 mm), dugački bezubi prostori. Kontraindikacije su: izrazito uzana kost bez spongioze (manje od 3,5 mm širine), izrazito kompaktna kost (D1tip), nedostatak bukalne ili lingvalne koštane lamele, uski bezubi prostori (nedostatak jednog zuba). Zahvaljujući primeni koštanih ekspandera, kao i odsustvom verukalnih osteotomija, ne dolazi do lomljenja bukalne koštane lamele, a postiže se povećanje širine alveolarnog grebena za 2-4mm. Ovom metodom je moguće odmah ugraditi dentalni implant, čime se postiže njegova izuzetno dobra primarna stabilnost. Na taj način se izbegavaju skupe i dugotrajne augmentacione procedure, kao i moguće komplikacije tih intervencija. Ovom tehnikom je pokazan uspeh implantata od čak 97,4%.

1. Slagter KW, Meijer HJA, Hentenaar DFM, Vissink A, Raghoobar GM. Immediate single-tooth implant placement with simultaneous bone augmentation versus delayed implant placement after alveolar ridge preservation in bony defect sites in the esthetic region: A 5-year randomized controlled trial. J Periodontol. 2021;92(12):1738-1748.
2. Shi JY, Montero E, Wu XY, Palombo D, Wei SM, Sanz-Sánchez I. Bone preservation or augmentation simultaneous with or prior to dental implant placement: A systematic review of outcomes and outcome measures used in clinical trials in the last 10 years. Clin Oral Implants Res. 2022 Jul 11. doi: 10.1111/clr.13953. Epub ahead of print.
3. Dastaran M, Bailey D, Austin S, Chandu A, Judge R. Complications of augmentation procedures for dental implants in private practice, Victoria, Australia. Aust Dent J. 2019 ;64(3):223-228.
4. Crespi R, Toti P, Covani U, Crespi G, Menchini-Fabris GB. Maxillary and Mandibular Split Crest Technique with Immediate Implant Placement: A 5-Year Cone Beam Retrospective Study. Int J Oral Maxillofac Implants. 2021;36(5):999-1007.
5. Starch-Jensen T, Becktor JP. Maxillary Alveolar Ridge Expansion with Split-Crest Technique Compared with Lateral Ridge Augmentation with Autogenous Bone Block Graft: a Systematic Review. J Oral Maxillofac Res. 2019; 30;10(4): e2.

19. Odontogena keratocista – izbor adekvatnog hirurškog tretmana?

Prof. dr Stevo Matijević

Odontogena keratocista (OKC) je retka razvojna, epitelna, benigna cista viličnih kostiju, odontogenog porekla, agresivnog potencijala rasta, sa visokom stopom recidiva. Najveći broj lezija, oko 80%, obuhvata donju vilicu, naročito predeo donjeg trećeg molara, ugla i ramusa mandibule. Stoga, ciljevi hirurškog lečenja treba da obuhvataju eliminisanje potencijala za pojavu recidiva, smanjenje pojave hirurških komplikacija, što raniju rekonstrukciju postojećeg viličnog defekta, kao i odgovarajuću funkcionalnu i estetsku rehabilitaciju pacijenata, naročito u slučajevima velikih destruktivnih viličnih kostiju. Izbor hirurškog tretmana trebalo bi da bude zasnovan na veličini i lokalizaciji cistične promene, uzrastu pacijenta, stopi recidiva i postojanju kortikalne perforacije.

Opisani su brojni hirurški metodi u lečenju ovih promena, manje ili više agresivni, sa vrlo varijabilnim podacima o stopi pojave recidiva nakon njihove primene. Shodno tome, izbor odgovarajućeg hirurškog pristupa u lečenju OKC i dalje je predmet brojnih dilema i rasprava.

Literatura

1. Munoz-Pereira ME, Ruiz-Imbert AC, Piedra G. Odontogenic Keratocyst Treatment Modalities. A Narrative Review and Case Report. ODOVTOS-Int. J Dent Sc. 2023; 205-223.
2. Winters R, Garip M, Meeus J, Coropciuc R, Politis C. Safety and efficacy of adjunctive therapy in the treatment of odontogenic keratocyst: a systematic review. Br J Oral Maxillofac Surg 2023; 61: 331-336.
3. Al-Moraissi EA, Kaur A, Gomez RS, Ellis E. Effectiveness of different treatments for odontogenic keratocyst: a network meta-analysis. Int J Oral Maxillofac Surg 2023; 52(1): 32-43.
4. Titinchi F. Protocol for management of odontogenic keratocysts considering recurrence according to treatment methods. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg 2020; 46: 358-360.
5. Vijayarangan S, Baskara Pandian V. Management of the Odontogenic Keratocyst – Six Cases with Conservative Management Supported by Chemical and Electrochemical Cauterization. Cureus 2019; 11(11): e6260.

20. NOVI STOMATOLOŠKI ASPEKTI PACIJENATA SUSPEKTHNIH NA BAKTERIJSKI ENDOKARDITIS

Prof. dr Goran Jovanović

Pacijenati sa srčanim oboljenjima mogu biti rizični za sprovođenje krvavih stomatoloških intervencija zbog mogućih komplikacija koje se odnose na njihovu osnovnu bolest, ali i komplikacija vezanih za produženo postoperativno krvarenje. Povreda mekog i koštanog tkiva za vreme stomatoloških procedura prouzrokuje tranzitornu bakterijemiju koja traje oko petnaest minuta. Ukoliko na srčanom endokardu postoje tzv. slabe tačke, mikroorganizmi mogu u toku tranzitorne bakterijemije, da se na njih nasele i započnu svoj rast i razmnožavanje, što stvara povoljne uslove za nastanak bakterijskog endokarditisa. Produženo postoperativno krvarenje vezano je za oralnu antikoagulantnu terapiju ukoliko je srčani bolesnici primaju.

Neke stomatološke intervencije izazivaju snažnu bakterijemiju, koja može da prouzrokuje bakterijski endokarditis. Iz tih razloga je neophodno da se ovi pacijenti pre intervencije adekvatno antibiotski zaštite. Međutim, mnoge stomatološke intervencije ne izazivaju bakterijemiju dovoljnog intenziteta da bi predisponirali nastanak endokarditisa i u tim slučajevima nije potrebna antibiotska profilaksa. Isto važi i za srčana oboljenja, jer postoje ona sa neznatnim, umerenim i visokim rizikom, što određuje da li antibiotsku profilaksu treba ili ne treba sprovesti. Sama profilaksa je najefikasnija ako se antibiotik da perioperativno u dozi koja je dovoljna da obezbedi adekvatnu antibiotsku koncentraciju u serumu za vreme i posle procedure.

Antikoagulantnu terapiju antagonistima vitamina K za ekstrakciju zuba i manje oralnohirurške intervencije kod ovih pacijenata ne treba prekidati, ukoliko su vrednosti INR testa u terapijskim granicama. Novu grupu tzv. direktnih antikoagulantnih lekova takođe ne treba prekidati za ekstrakciju do tri zuba, jer po prestanku uzimanja leka vrlo brzo nastaje njegova eliminacija iz organizma, tako da se u slučaju eventualno nastalog krvarenja ono može kontrolisati kratkom obustavom uzimanja leka.

1. Jovanovic G. Dentalni aspekti na pacijenti so implantirani veštački srcevi valvuli. Zbornik na radovi Simpozium - savremeni pristupi vo tretmanot na pacijenti koi primaat antikoagulantni, antiagregantni i antihipertenzivni lekovi. Univerzitet „Goce Delčev“ - Štip, 11.11.2023.
2. Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J, 2023; ehad193.
3. Brennan JM, Edwards FH, Zhao Y, O'Brien S, Booth ME, Dokholyan RS, Douglas PS, Peterson ED. Long-Term Safety and Effectiveness of Mechanical Versus Biologic Aortic Valve Prostheses in Older Patients, Results From the Society of Thoracic Surgeons Adult Cardiac Surgery National Database. Circulation. 2013;127:1647-1655.
4. Beleslin B, Đorđević Dikić A, Giga V, Dobrić M. Kardiologija – klinički vodič. Udruženje kardiologa Srbije, Beograd, 2020.
5. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal, 2023; ehad191

21. Stomatološke procedure kod kardiovaskularnih pacijenta sa rizikom od infektivnog endokarditisa i krvarenja

Prim Dr Sci Dušan Bastać, internista-kardiolog. Internistička ordinacija Dr Bastać, Zaječar

Prevenција infektivnog endokarditisa kod bolesnika sa visokim i srednjim rizikom obuhvata nekoliko ključnih mera. Redovno održavanje oralne higijene, uključujući dva puta dnevno pranje zuba i redovne posete stomatologu za čišćenje i praćenje. Stroga higijena kože i dezinfekcija rana su takođe važni. Stomatološke procedure kod pacijenata sa kardiovaskularnim bolestima zahtevaju posebnu pažnju, naročito u vezi sa antitrombolitičkom terapijom. Opšti konsenzus je da se režimi lečenja sa antikoagulansima i antiagregacionim lekovima ne bi trebalo menjati pre stomatoloških postupaka, jer rizici od prekida terapije nadmašuju posledice produženog krvarenja.

Kod pacijenata sa komorbiditetima ili većim rizikom od krvarenja, neophodna je konsultacija sa njihovim lekarom radi procene modifikacija terapije pre stomatoloških postupaka. Detaljna medicinska anamneza i anamneza o lekovima su od suštinskog značaja radi procene rizika od krvarenja nakon stomatoloških procedura. Stomatolozi bi trebalo da budu upoznati sa lekovima koji mogu uticati na hemostazu i da primenjuju odgovarajuće mere za kontrolu krvarenja. Iako postoji zabrinutost oko krvarenja kod pacijenata koji uzimaju antitrombolitike, studije pokazuju da se većina stomatoloških procedura može bezbedno izvoditi bez prekida terapije uz odgovarajuće lokalne hemostatske mere. U zaključku, postoji opšti konsenzus da se režimi lečenja sa antikoagulansima i antiagregacionim lekovima ne bi trebalo menjati pre stomatoloških postupaka, jer su rizici od prekida terapije veći od posledica produženog krvarenja.

Ključne reči: Infektivni endokarditis, prevencija, oralna higijena, stomatološke procedure, antitrombotička terapija, krvarenje, komorbiditeti, terapijski režimi, medicinska anamneza, lokalna hemostaza.

Opšte mere prevencije koje treba slediti u bolesnika s visokim i srednjim rizikom od infektivnog endokarditisa

Pacijente treba podsticati da redovno peru zube dva puta dnevno i da traže profesionalno čišćenje zuba i praćenje od strane stomatologa najmanje dva puta godišnje za visokorizične pacijente i jednom godišnje za ostale. Stroga higijena kože, uključujući optimizirano liječenje kroničnih stanja kože, Dezinfekcija rana Kurativni antibiotici za bilo koje žarište bakterijske infekcije, Zabranjeno samolečenje antibioticima Stroge mere kontrole infekcije za svaku rizičnu proceduru. Savetovanje protiv izlaganja piercingu i tetovaži. Ograničenje korišćenja infuzijskih katetera i invazivnih postupaka kada je to moguće. Strogo pridržavanje medicinske nege treba izvoditi za centralne katetere i periferne kanile

KADA ANTIBIOTSKA PROFILAKSA ?

Preporuke za antibiotsku profilaksu u bolesnika s kardiovaskularnim bolestima koji se podvrgavaju orodentalnim zahvatima s povećanim rizikom od IE 1 (www.escardio.org/guidelines)

Preporuke	Klasa	Nivo
Preporučuju se opše mere prevencije kod osoba s visokim i srednjim rizikom za IE	I	C
U bolesnika s prethodnim IE preporučuje se antibiotska profilaksa	I	B
Antibiotska profilaksa preporučuje se u bolesnika s hirurški ugrađenim protetskim zaliscima i s bilo kojim materijalom koji se koristi za hirurški popravak srčanih zalistaka	I	C
Antibiotska profilaksa preporučuje se u bolesnika s transkateterski ugrađenim aortnim i plućnim valvularnim protezama	I	C
Antibiotska profilaksa preporučuje se u bolesnika s nelečenim cijanotičnim USM-om i bolesnika lečenih hirurškim zahvatom ili transkateterskim postupcima s postoperativnim palijativnim šantovima, kanalima ili drugim protezama. Nakon hirurškog zahvata, u nedostatku rezidualnih defekata ili valvulnih proteza, preporučuje se antibiotska profilaksa samo prvih 6 meseci nakon zahvata	I	C

Preporuke za antibiotsku profilaksu u bolesnika s kardiovaskularnim bolestima koji se podvrgavaju orodentalnim zahvatima s povećanim rizikom od IE 2 (www.escardio.org/guidelines)

Preporuke	Klasa	Nivo
Antibiotska profilaksa u bolesnika s VAD (elektromehanička pumpa leve komore.)	I	C
Treba razmotriti antibiotsku profilaksu u bolesnika s transkateterskim popravkom mitralnog TEER i trikuspidalnog zaliska.	IIa	C
Antibiotska profilaksa može se razmotriti kod primaoca presađenog srca	IIb	C
Antibiotska profilaksa se ne preporučuje u drugih bolesnika s niskim rizikom za IE.	III	C

Antibiotska profilaksa infektivnog endokarditisa za stomatološke procedure sa visokim rizikom

Stanje podnošljivosti leka	Antibiotik	Pojedinačna doza 30-60 minuta pre procedure	
		Odrasli	Deca
Nema alergije an penicilin ili ampicilin	Amoxicillin	2 g oralno	50 mg/kg oralno
	Ampicilin	2 g I.M ,oralno I.V:	50 mg/kg IV,OR I.M.
	Cefazolin ili ceftriaxon	1 g I.M ,oralno I.V.	50 mg/kg IV,OR I.M.
Alergija an penicilin ili ampicilin	Cephalexin	2 g oralno	50 mg/kg oralno
	Azitromicin ili Claritromicin	500 mg oralno	15 mg/kg oralno
	Doxicilin	100 mg oralno	manje od 45 kg ,2,2mg/kg oralno više od 45 kg,100 mg oralno
	Cefazolin ili Ceftriaxon	1 g I.M ,oralno I.V.	50 mg/kg IV,OR I.M.

ESC preporuke ZA Antibiotska profilaksa infektivnog endokarditisa ZA VISOKO RIZIČNE PACIJENTE kod stomatoloških procedure sa visokim rizikom (www.escardio.org/guidelines)

Preporuke	Klasa	Nivo
Antibiotska profilaksa preporučuje se kod vađenja zuba, oralno-hirurških zahvata i zahvata koji zahtevaju manipulaciju gingivalnog ili periapexnog područja zuba	I	B
Sistemska antibiotska profilaksa može se razmotriti za visokorizične pacijente koji su podvrgnuti invazivnom dijagnostičkom ili terapijskom postupku respiratornog, gastrointestinalnog, genitourinarnog trakta, kože ili mišićno-koštanog sistema	IIb	C

ESC preporuke ZA Antibiotska profilaksa infektivnog endokarditisa ZA VISOKO RIZIČNE PACIJENTE kod stomatoloških procedure sa visokim rizikom

Preporuke	Klasa	Nivo
Uklanjanje mogućih izvora septikemije (uključujući dentalnog porekla) treba razmotriti ≥2 tjedna pre implantacije protetske valvule ili drugog intrakardijalnog ili intravaskul stranog materijala, osim u hitnim zahvatima	IIa	C
Antibiotska profilaksa koja pokriva uobičajenu kožnu floru uključujući <i>Enterococcus</i> spp. i <i>S. aureus</i> treba razmotriti pre TAVI i drugih transkateterskih valvularnih postupaka.	IIa	C
Ne preporučuje se sistematska dekolonizacija kože ili nosa bez skrininga na <i>S. aureus</i>	III	C

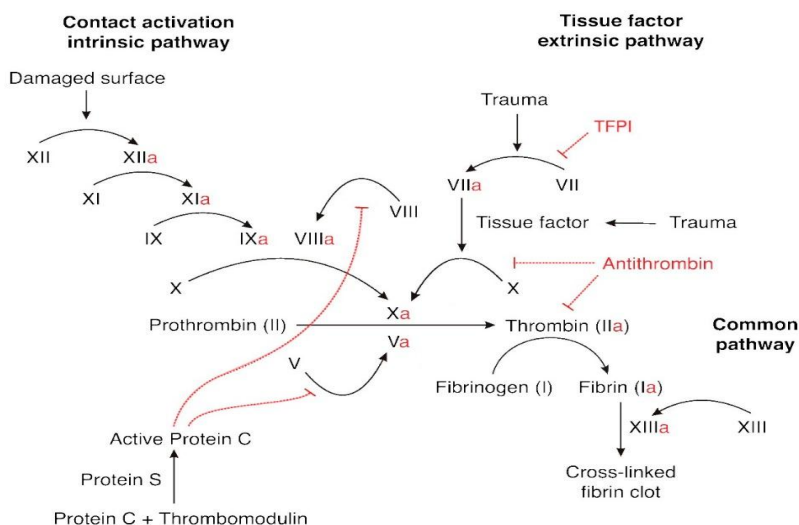
Stomatološke procedure kod kardiovaskularnih pacijenta sa rizikom od krvarenja

Antitrombotici i drugi lekovi koji mogu izazvati krvarenje kod stomatoloških intervencija u kardioloških bolesnika (PS. Isključuju se urođene i stečene koagulopatije i druge bolesti koje dovode do hipokoagulabilnosti)

Vrste antitrombotskih lekova

Antitrombotski lekovi	GRUPA LEKOVA	Približno vreme metabolisanja
Antiagregacioni lekovi	Acetylsalicylic acid	7 dana
	P2Y12 receptor blockers (Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor)	5 dana
	Glycoprotein IIb/IIIa inhibitors	36 h
	TxA2 synthetase inhibitors	nema podataka
	prostacyclin PG12	2-4 h
Antikoagulansi	Vitamin K antagonists (VKA)-VARFARIN, ACENOKUMAROL	3-5 dana
	Non-vitamin K antagonists (NOACs) Dabigatran, Rivaroksaban, edoksaban, apiksaban	1-2 dana
	Heparini: nefrakcionisani, niskomolekularni	1.5-24 h
	Pentasaccharidi-Fondaparinux, Hirudin	15 h

Schema kaskade koagulacije



Postoji opšti dogovor da se u većini slučajeva režimi lečenja sa starijim antikoagulansima (Varfarin i Acenokumarol) i ANTIAGREGACIONIM-ANTITROMBOCITNIM (klopidogrel, tiklopidin, prasugrel, tikagrelor, aspirin) ne bi trebalo menjati pre stomatoloških postupaka.

Rizici prekida ili smanjenja doze ovih režima lečenja tromboembolizam, moždani udar, srčani udar daleko nadmašuju posledice produženog krvarenja, koje se može kontrolisati lokalnim merama.

KOMORBIDITETI I KRVARENJA

Kod pacijenata sa komorbiditetima koji mogu povećati rizik od produženog krvarenja posle stomatološkog tretmana ili koji primaju drugu terapiju koja može povećati rizik od krvarenja, Stomatolozi treba da konsultuju ordinirajućeg izabranog lekara ili internistu ili kardiologa kako bi utvrdili da li se zbrinjavanje pacijenta i modifikacija režima lečenja može bezbedno pružiti u ordinaciji primarne zdravstvene zaštite ili kod kardiologa. Bilo kakve predložene modifikacije režima lečenja pre stomatološke hirurgije trebalo bi izvršiti u konsultaciji i na savet pacijentovog lekara ili interniste ili kardiologa. Na osnovu ograničenih dokaza, OPŠTI KONSENZUS JE DA U VEĆINI PACIJENATA KOJI PRIMAJU NOAC (dabigatran, rivaroksaban, apiksaban ili edoksaban) i podvrgavaju se stomatološkim intervencijama (uz uobičajene lokalne mere za kontrolu krvarenja), nije potrebna promena režima antikoagulansa.

KOD PACIJENATA KOD KOJIH POSTOJI VEĆI RIZIK OD KRVARENJA (npr. pacijenata sa komorbidnim stanjima ili podvrgnutih obimnijim procedurama povezanim sa većim rizikom od krvarenja), u konsultaciji sa pacijentovim lekarom, eventualno internistom ili kardiologom- Može se razmotriti odlaganje uzimanja dnevne doze antikoagulantna do nakon procedure; Ili planiranje stomatološke intervencije što je moguće kasnije nakon poslednje doze antikoagulantna; ili privremeno prekidanje terapije lekovima tokom 24 do 48 sati. Potrebna su dalja istraživanja kako bi se definitivno utvrdile strategije perioperativnog postupka kod ovih pacijenata, posebno onima koji su pod većim rizikom od krvarenja.

DETALJNA MEDICINSKA ANAMNEZA i anamneza –istorija LEKOVA

Rizik od postoperativnog krvarenja je svakodnevna briga za mnoge opšte stomatološke praktičare.

Neophodno je uzeti detaljnu medicinsku anamnezu i istoriju lekova kako bi se razmotrili svi faktori rizika, posebno lekovi, koji doprinose riziku od krvarenja.

Iako su rizici od lekova poput aspirina, varfarina i klopidogrela dobro poznati, manje je poznato u kojoj meri novi antiagregacioni agensi I NOAC-i utiču na rizik od krvarenja. Pored toga, postoje i lekovi, osim antitrombotika, poput antidepresiva nesteroidnih antiinflamatornih lekova (diklofenak, ibuprofen) i komplementarnih lekova, koji takođe mogu ometati u hemostazu.

Lekovi koji doprinose postoperativnom krvarenju

Širok spektar lekova sada se koristi u kliničkoj praksi za prevenciju koronarnih i vaskularnih sindroma, uključujući i nove antiagregante, varfarin, heparin i NOAK-E (ILI DOAKE).

ANTIDEPRESIVI (trucuklični, tetraciklični, amizol...) i redovna upotreba NESTEROIDNIH ANTIINFLAMATORNIH LEKOVA-NSAIL-a diklofenak, ibuprofen takođe doprinose povećanom riziku od krvarenja. Dostupni naučni dokazi su slabi kada je reč o komplementarnim lekovima (Alternativna medicina) i njihovoj povezanosti sa pojačanim krvarenjem, ali stomatolozi treba da znaju da neki od njih može doprineti krvarenju.

NAKON ŠTO SE UZMU U OBZIR LEK, PROCEDURA I FAKTORI PACIJENTA KOJI UTIČU NA POSTOPERATIVNO KRVARENJE, RIZIK SE MOŽE ZATIM PROCENITI PREMA PREPORUKAMA IZ TER. SMERNICA ORAL AND DENTAL VERSION 3.1.

Savetuje se da stomatolozi treba da prijave sve slučajeve neželjenih efekata lekova, uključujući postoperativno krvarenje ALIMS-u u vezi sa bilo kojim lekom, uključujući komplementarne lekove.

Iako antitrombotici izazivaju povećanje krvarenja, postoji opšti konsenzus da se režimi lečenja ne smeju menjati pre rutinskih stomatoloških procedura kada je rizik od krvarenja umeren do nizak. Procedure koje zahtevaju modifikaciju smanjenje doze ili pauza antitrombotskog leka uključuju ekstrakciju više od 3 zuba, produžavanje krunice, operaciju sa otvorenim REŽNJEM, hirurške ekstrakcije i parodontalnu hirurgiju.

Uprkos njihovoj bezbednosti, upotreba antitrombotika kada su potrebne minimalno invazivne stomatološke procedure ostaje izvor neprijatnosti za stomatologe i čest razlog za upućivanje internistima. Neželjeni efekti koji odvrćaju stomatologe od lečenja pts koji uzimaju antitrombotike su produženo krvarenje i modrice. Međutim, bez antikoagulansa/antitrombocitnih lekova, ovi pacijenti su pod većim

rizikom od razvoja tromboze, što može dovesti do tromboembolije, moždanog udara ili infarkta miokarda. Stoga se rizici prekida ili smanjenja ovih lekova moraju odmeriti u odnosu na potencijalne posledice produženog krvarenja. Temeljno razumevanje zašto se ovi lekovi propisuju u ambulantnoj medicinskoj praksi, kao i njihove implikacije na stomatološko zbrinjavanje, od suštinskog je značaja za pružanje optimalne oralne zdravstvene nege. Stomatološki tretman pacijenata koji uzimaju antitrombocitne, oralne antikoagulanse i nove antikoagulantne lekove.

Na osnovu rezultata većine studija, u literaturi postoje jasne preporuke:

da se manje oralne hirurške procedure, uključujući vađenje zuba, mogu bezbedno izvoditi kod pacijenata koji uzimaju antiagregacione i oralne antikoagulanse lekove bez prekida terapije ako je odgovarajući lokalni hemostatik primenjuju se mere.

SLIČNE SU PREPORUKE ZA Stomatološki tretman pacijenata koji uzimaju NOAK.

Međutim, ove preporuke se uglavnom zasnivaju na mišljenja stručnjaka, a ne rezultata kliničkih studija. Stoga SU NEOPHODNA dalja istraživanja bezbednosti vađenja zuba kod pacijenata koji uzimaju NOAC-E. Mnogi lekovi mogu povećati ili smanjiti antikoagulantni efekat oralnih antikoagulanasa(OAK). Najčešće korišćeni lekovi u stomatologiji koji mogu da utiču na OAK su: karbamazepin, metronidazol, eritromicin, sulfonamidi, tetraciklin i mikonazol (oralni gel).

Osim karbamazepina I RIFAMPICINA, svi navedeni lekovi pojačavaju efekat OAKT. Zbog rizika od krvarenja, aspirin i druge nesteroidne antiinflamatorne lekove (NSAID) treba izbegavati. Paracetamol se smatra lekom izbora za ublažavanje bolova kod pacijenata koji uzimaju OAK.

Rezultati većine studija ZA Oralne hirurške procedure kod pacijenata koji uzimaju OAK ekstrakcije zuba se mogu bezbedno izvesti bez prekida OAK ako je INR unutar terapijskog opsega (INR ≤ 4.0, NAJBOLJE OD 2,0 DO 2,5) i ako su obezbeđene odgovarajuće lokalne hemostatske mere.

PREPORUČENI lokalni hemostatik, sredstva i mere su:

oksidovana regenerisana celuloza,

Apsorbovani želatinski ili kolagen sunderi GELASPON, ILI JODOFORM ŠTRAJFNA ILI DICINON
fibrinski lepak,

antifibrinolitici naneti direktno u ranu ili u obliku

Rastvor ZA ispiranje usta i šivanje rana.

Nedavno objavljen pregled literature pokazao je da preko 99% pacijenata sa OAK koji su nastavili sa OAK nije imalo postoperativno krvarenje koje zahteva više od lokalnih hemostatskih mera

Kod više od 5.431 pacijenata koji su podvrgnuti preko 11.381 hirurških zahvata, krvarenje KOJE JE ZAHTEVALO više od lokalne hemostaze javilo se samo kod 31 (~0,6%) pacijenata. Mnogi od ovih pacijenata su imali veći terapijski INR nivoa od trenutno preporučenih.

S druge strane, među najmanje 2.673 pacijenata kojima je OAK smanjen ili PREKINUT DESILE SU SE embolijske komplikacije (0,8% prekida), uključujući 6 fatalnih događaja (0,2% prekida).

Autori su zaključili da tromboembolijski rizik kod pacijenata kod kojih je OAT prekinut za stomatološku hirurgiju premašio rizik od značajnog krvarenja kod pacijenata kod kojih se nastavlja sa ANTIKOAGULANSOM. Manji broj pacijenata, uglavnom onih sa najvećim rizikom od tromboze, uzimaju antikoagulanse (OAK) i antitrombocitni lek(aspirin ili klopidogrel) kombinovano.

Striktne, stroge preporuke za kombinovanu terapiju OAK-aspirin data je samo pacijentima sa protetskim srčanim zaliscima. Međutim, mnogi pacijenti sa atrijskom fibrilacijom i koronarnom bolešću i ugrađenim stentovima takođe primaju kombinovanu OAK-antitrombocitnu terapiju

Dodavanje aspirina OAK -u izgleda kao racionalan terapijski pristup za pacijente koji primaju OAK kod kojih je indikovana kardiovaskularna profilaksa. Uprkos prednostima ove kombinovane terapije, postoji veći rizik od spontanog i produženog, prekomernog krvarenja tokom i nakon hirurških zahvata 34.

Nedostaju podaci o ovoj grupi pacijenata kojima je bila potrebna stomatološka operacija. Rezultati objavljenih studija, koje su obuhvatile ograničen broj pacijenata, pokazuju da se ekstrakcije zuba mogu bezbedno obaviti bez prekidanja bilo OAT ili antiagregacione terapije ako je INR u terapijskom opsegu i ako se primenjuju odgovarajuće mere lokalne hemostatike.

REŽIM LEČENJA PACIJENATA KOJI PRIMAJU ANTAGONISTE VITAMINA K (VKA)-VARFARIN, ACENOKUMAROL .

RIZIK OD INTRAOPERATIVNOG KRVARENJA	RIZIK OD TROMBOZE	
	Nizak rizik /Umereni rizik	VISOK RIZIK

Nizak rizik	Ne prekidajte tretman VKA, 24 h pre procedure procenite vrednost INR koja ne bi trebalo da pređe 3, ako je iznad date vrednosti odložite proceduru dok se vrednost INR ne normalizuje	
Umereni rizik		
VISOK RIZIK	Smanjite perioperativnu vrednost INR na 2,0–2,5.	Prekinite lečenje VKA, primenite terapiju za premošćivanje (HEPARIN, FRAXIPARIN). U hitnim slučajevima primeniti SVEŽU SMRZNUTU PLAZMU -FFP ili koncentrat protrombinskog kompleksa zajedno sa malim dozama vitamina K (2,5–5,0 mg) intravenozno ili oralno.

REŽIM LEČENJA PACIJENATA KOJI PRIMAJU DVOSTRUKU ANTITROMBOCITNU TERAPIJU (NPR. ASPIRIN +CLOPIDOGREL)

RIZIK OD INTRAOPERATIVNOG KRVARENJA	RIZIK OD TROMBOZE	
	Nizak rizik /Umereni rizik	Visok rizik
Nizak rizik	Ne prekidajte terapiju blokatorima receptora ASA ili P2Y12.	
Umereni rizik	Ne prekidajte blokatore ASA ili P2Y12 receptora Lečenje, povećanje INTENZITETA postoperativne hemostaze.	
Visok rizik	Ne prekidajte terapiju ASA, prekinite blokatore P2Y12 receptora 5 dana pre zahvata nakon konsultacije sa kardiologom. Nastavite sa lečenjem 24–72 h posle operacije davanjem doze zasićenja doze leka koji je prekinut	Odložite zakazane procedure. U hitnim slučajevima ne prekidajte terapiju ASA, prekinite blokatore P2Y12 receptora 5 dana pre procedure nakon konsultacije sa kardiologom, nastavite sa lečenjem 24–72 h postoperativno davanjem DOZE DO ZASIĆENJA leka koji je prekinut. Alternativno primeniti inhibitor glikoproteina IIb/IIIa koju treba prekinuti 4 h pre operacije.

NOAK režim lečenja pacijenata koji uzimaju NOAC, u zavisnosti od funkcije bubrega i rizika od krvarenja.

Rizik od krvarenja	Funkcija bubrega	Upravljanje perioperativnom antitrombotičkom terapijom
Nizak do umeren rizik	Normalna funkcija bubrega ili blago oštećenje funkcije bubrega—GFR \geq 50 mL/min	Prekinite tretman NOAC-om 12-24 h pre operacije, nastavite \geq 6 h postoperativno
	Umereno do teško oštećenje funkcije bubrega – GFR 49-30 mL/min	Prekinite terapiju NOAC-om 24-48 h pre operacije

Visok rizik	Normalna bubrežna funkcija ili blago oštećenje funkcije bubrega – GFR \geq 50 mL/min	Prekinite tretman NOAC-om 48 h pre operacije, nastavite sa lečenjem 2-3 dana nakon operacije, razmislite o drugoj antitrombotičkoj terapiji 2-3 dana
	Umereno do teško oštećenje funkcije bubrega – GFR 49–30 mL/min	Prekinite tretman NOAC-om 72 h pre operacije

Režim lečenja pacijenata na kombinovanoj terapiji: VKA/ASA ili VKA/Klopidogrel.

Rizik od intraoperativnog krvarenja	Rizik tromboze	
	Nizak/umeren rizik	Visok rizik
Nizak rizik	Ne prekidajte terapiju blokatorima receptora ASA ili P2112. Nemojte prekidati tretman VKA, 24 sata pre procedure procenite vrednost INR-a ako je INR na 2,0–2,5 uraditi proceduru, ako je više od 2,5 do 3,0 odložiti proceduru dok se ne postigne <2,5 i nastavite u skladu sa smernicama .	
Umereni rizik		
Visok rizik	Konsultacija sa lekarom koji leči pacijenta (intenzista /kardiolog) .	
	Ne prekidajte terapiju blokatorima receptora ASA ili P2112.	
	24 h pre procedure procenite vrednost INR i smanjite perioperativnu vrednost INR na 2,0–2,5.	Prekinite lečenje VKA, primenite terapiju za premoščivanje. U hitnim slučajevima, postupite u skladu sa smernicama

Zaključci:

Postoji opšti dogovor –KONSENZUS da se u većini slučajeva režimi lečenja sa starijim antikoagulansima (Varfarin i Acenokumarol) i ANTIAGREGACIONIM-ANTITROMBOCITNIM (klopidogrel, tiklopidin, prasugrel, tikagrelor, aspirin) ne bi trebalo menjati pre stomatoloških postupaka. Rezultati objavljenih studija, NA MALOM BROJU PTS, pokazuju da se ekstrakcije zuba mogu bezbedno obaviti bez prekidanja bilo OAK ili antiagregacione terapije ako je INR u terapijskom opsegu i ako se primenjuju odgovarajuće mere lokalne hemostatike. Rizici prekida ili smanjenja doze ovih režima lečenja tromboembolizam, moždani udar, srčani udar daleko nadmašuju posledice produženog krvarenja, koje se može kontrolisati lokalnim merama.

1. Thornhill MH, Gibson TB, Yoon F, Dayer MJ, Prendergast BD, Lockhart PB, et al. Antibiotic Prophylaxis Against Infective Endocarditis Before Invasive Dental Procedures. *J Am Coll Cardiol.* 2022 13;80(11):1029-1041.
2. Bergadà-Pijuan J, Frank M, Boroumand S, Hovaguimian F, Mestres CA, Bauernschmitt R, et al. Antibiotic prophylaxis before dental procedures to prevent infective endocarditis: a systematic review. *Infection* 2023;51(1):47-59.
3. Delgado V, Marsan NA, de Waha S. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. *European Heart Journal.* 2023; 44: 3948–4042.
4. Martínez-Moreno E, Martínez-López F, Rodríguez-Lozano FJ, Oñate-Sánchez RE. Bleeding Complications in Anticoagulated and/or Antiplatelet-Treated Patients at the Dental Office: A Retrospective Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(4): 1609. Published online 2021 Feb 8. doi: 10.3390/ijerph18041609 PMID: 33567762
5. Halvorsen S, Mehili J, Cassese S, Hall TS. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. *European Heart Journal.* 2022; 43: 3826–3924.

22. DA LI LIVENE NADOGRAĐNJE ODLAZE U ISTORIJU?

Prof. dr Ivica Z. Stančić

Livene nadogradnje koriste se za rekonstrukciju zuba koji su izgubili veliki deo tvrdih zubnih tkiva. Obično se izrađuju od legura zlata ili srebra, a danas sve češće od čelika zbog finansijskih razloga. Livena nadogradnja pruža snažnu podršku zubu, omogućavajući dugotrajnost i stabilnost krunice koja se se preko nje izrađuje. Takođe, ona je otporna na lomove i oštećenja, što obezbeđuje dugotrajnu zaštitu zuba. Livena nadogradnja nema ulogu da ojača krti depulpisani zub, koji nema ishrane, već da se retinira u kanalu korena zuba i nadoknadi izgubljeni deo krunične strukture zuba.

Prednosti livenih nadogradnji su sledeće:

može se raditi i kod subgingivalnih destrukcija kruničnog dela zuba; ima definisan put unošenja, pa se ne rotira u kanalu korena; kompaktna celina kruničnog i korenskog dela obezbeđuje dobru mehaničku otpornost. Nedostaci livene nadogradnje su: neadekvatan oblik i dužina krutog korenskog dela može u nekim slučajevima dovesti do frakture zuba, kao i dužina i složenost postupka izrade. Livena nadogradnja nije indikovana u svim slučajevima devitalizacije zuba sa destrukcijom kruničnog dela zuba. Odluka o izradi livene nadogradnje donosi se na osnovu: preostale količine kruničnog tvrdog zubnog tkiva, kao i u zavisnosti da li će devitalizovani zub biti retiner fiksne zubne nadoknade ili namenske krunice u sastavu kompleksne parcijalne proteze. Treba istaći da u posebno indikovane u slučajevima kada su edodontski sanirani zubi izloženi intenzivnim funkcionalnim i parafunkcionalnim silama.

1. Maalhigh-Fard A, Pacheco RR, Gill K, Wagner WC. Effects of ferrule and diameter of parallel cast post and core on fracture resistance. *Braz Dent Sci.* 2019; 22: 538-545.
2. Iqbal N, Farooq S. Rehabilitation of endodontically treated tooth with cast post and core: A case study. *International Journal of Applied Dental Sciences* 2020; 6(3): 84-86.
3. Mamoun J. Post and core build-ups in crown and bridge abutments: Bio-mechanical advantages and disadvantages. *J Adv Prosthodont.* 2017;9(3):232-237.
4. Lee JD, Khan M, Lee SJ. A Prosthetically Guided Technique for Cast Post-and-Core Fabrication, *Compendium.* 2021, Volume 42, Issue 9.
5. Kalra H, et al. A Review on Post and Core. *Sch J Dent Sci.* 2020; 7(3): 51-566.

23. KOJIM PUTEVIM OD BEZUBOSTI DO ZUBA

Prof. dr Rade Živković, Stomatološki fakultet Univerziteta u Beogradu

Bezubost je stanje orofacijalnog sistema kada u vilicama nije prisutan nijedan zub. Nedostatak zuba je veliki hendikep i sa estetskog i sa funkcionalnog aspekta. Mogućnosti zbrinjavanja bezubosti su različite i uslovljene kliničkim statusom vilica i okolnog oralnog tkiva, kao i finansijskim kapacitetima pacijenta i njegove spremnosti da investira u svoje oralno i opšte zdravlje. Bezubost se može rešiti konvencionalnim totalnim zubnim protezama, totalnim prozetama koje su poduprete mini ili klasičnim implantatima, fiksnim konstrukcijama ili kompleksnim nadoknadama koje su nošene implantatima. Cilj bilo koje od navedenih nadoknada je morfoloska i funkcionalna rehabilitacija stomatognatog sistema. Zubi su nezamenljivi u procesu žvakanja, ali takođe su značajan factor u fonaciji kao i ukupnoj estetici lica. Sve navedene zubne nadoknade je neophodno uraditi maksimalno korektno i uklopiti strano telo u živu sredinu kakva je usna duplja. Uspeh protetske rehabilitacije zavisi u od spremnosti da pacijent održava oralnu higijenu na vrlo visokom nivou, kao i redovnih kontrola kod stomatologa, a u cilju održavanja i trajanja dobrih terapijskih rezultata.

24. KLINIČKI ZNAČAJ BIOKOMPATIBILNOSTI MATERIJALAZA IZRADU ZUBNIH PROTEZA

Prof. dr Milena Kostić

Materijali za izradu zubnih proteza (akrilati, legure i poliamidi) imaju trajni kontakt sa tkivima usne duplje, te ispitivanju njihove biokompatibilnosti treba posvetiti posebnu pažnju, ne samo pre uvođenja u svakodnevnu upotrebu, već i tokom korišćenja nadoknada koje su od njih napravljene. Postoji i mogućnost nastanka profesionalnih oboljenja kod osoba koje ih priprema i obrađuje.

Neželjene reakcije tkiva na prisustvo materijala za izradu zubnih proteza su retke. Veliki broj svakodnevnih stomatoloških intervencija povećava mogućnost njihovog nastanka.

Imunološki odgovor na prisustvo ovih dentalnih materijala je dinamičan proces, jer u organizmu nastaju promene starenjem ili pod uticajem različitih lokalnih i sistemskih oboljenja. Vremenom nastaju i promene u kvalitetu materijala korozijom, zamorom i trošenjem.

Biokompatibilnost materijala za izradu zubnih proteza može se sagledati kroz dva aspekta, njihovu interakciju sa tkivima i agensima iz okoline i oslobađanje potencijalno toksičnih supstanci sa lokalnim i sistemskim neželjenim efektom.

Interakcija materijala sa okolinim tkivima determinisana je površinskim dizajnom materijala, pre svega njegovom hrapavošću. Ukoliko je površina materijala neravna, ona postaje predilekcijom mesto za nakupljanje plaka, ostataka hrane i pića i raspadnutog oralnog tkiva.

Najčešća rekurentna infekcija vezana za nošenje zubnih proteza jeste protetski stomatitis, a alarmantan je podatak da se javlja kod 20-70% korisnika akrilatnih zubnih proteza. Biološka vrednost dentalnih legura određena je njihovom postojanošću u visokokorozivnoj sredini kakva je usna duplja, ali i njihovom površinom koja može da adherira biofilm i raspadne produkte oralne sredine. Potencijalna toksičnost sastojaka dentalnih legura zavisi od brzine njihovog rastvaranja, oslobađanja u pljuvačku i intenziteta i vremena reakcije sa tkivom.

Poznavanje neželjenih dejstava materijala za izradu zubnih proteza od velikog je kliničkog značaja, jer se predviđanjem biološke inetrakcije tkiva i nadoknada može preventivno delovati na nastanak oštećenja oralnih tkiva i eventualnih lokalnih i sistemskih oboljenja.

1. Kostić M, Igić M, Gligorijević N, Nikolić V, Stošić N, Nikolić Lj. The Use of Acrylate Polymers in Dentistry. *Polymers*. 2022; 14(21):4511.
2. Gligorijević N, Mihajlov-Krstev T, Kostić M, Nikolić Lj, Stanković N, Nikolić V, Dinić A, Igić M, Bernstein N. Antimicrobial Properties of Silver-Modified Denture Base Resins. *Nanomaterials (Basel)*. 2022;12(14):2453.
3. Kostić M, Stanojević J, Tačić A, Gligorijević N, Nikolić Lj, Nikolić V, Igić M, Bradić Vasić M. Determination of residual monomer content in dental acrylic polymers and effect after tissues implantation. *Biotechnol Biotec Eq*. 2020; 34(1):254-263.
4. Sidhu SS, Singh H, Gepreel MA. A review on alloy design, biological response, and strengthening of β -titanium alloys as biomaterials. *Mater Sci Eng C Mater Biol Appl*. 2021; 121:111661.
5. Shahi S, Özcan M, Maleki Dizaj S, Sharifi S, Al-Haj Husain N, Eftekhari A, et al. A review on potential toxicity of dental material and screening their biocompatibility. *Toxicol Mech Methods*. 2019; 29:368-377.

25. Protezni stomatitis- savremeni pristup dijagnostici, terapiji i profilaksi oboljenja

Doc. dr Mirjana Perić

Mikrobiota prirodno kolonizuje površinu oralne sluzokože. Mikrobiom može biti poremećen zbog specifičnih okolnosti. Jedan od najčešćih faktora koji dovodi do disbioze u usnoj duplji je prisustvo zubne proteze. Zubne proteze koristi veliki broj pacijenata, posebno starije životne dobi. *Candida* spp. može kolonizovati proteze i stvarati biofilme na njima. Protezni plak (biofilm) služi kao rezervoar potencijalno infektivnih mikroorganizama. Mikroorganizmi iz proteznog plaka, (najviše *Candida* spp.) su odgovorni za nastanak proteznog stomatitisa. Protezni stomatitis je veoma čest kod nosilaca proteza, sa incidencom od 20-67%. Kontinuirano gutanje mikroorganizama iz proteznog plaka izlaže pacijente riziku od neočekivane infekcije.

Prisutan problem možemo rešiti pravovremenom dijagnozom i efikasnom terapijom proteznog stomatitisa. Takođe, pacijenti bi trebali da budu podvrgnuti pažljivom praćenju posle predaje proteze. Izbor odgovarajuće tehnike za dobijanje mikrobioloških uzoraka može poboljšati dijagnostičku tačnost i razlikovanje *Candida* gljivične infekcije od kolonizacije. Terapija je veliki problem kada je u pitanju protezni stomatitis, jer se u većini slučajeva protezni stomatitis javlja ponovo po prestanku terapije. Nove terapijske strategije se zasnivaju na korišćenju prirodnih proizvoda u sastavu rastvora za ispiranje usta ili različitih antimikrobnih gelova. Zahvaljujući svom fungistatičkom i fungicidnom dejstvu, etarska ulja i njihove komponente obećavaju kao terapijska sredstva u lečenju oralnih infekcija.

1. McReynolds DE, Moorthy A, Moneley JO, Jabra-Rizk MA, Sultan AS. Denture stomatitis-An interdisciplinary clinical review. *J Prosthodont*. 2023;32(7):560-570.
2. Galvan R, McBride M, Koriath TV, Garcia-Godoy F. Denture Hygiene as It Relates to Denture Stomatitis: A Review. *Compend Contin Educ Dent*. 2021;42(4): e1-e4.
3. Abuhajar E, Ali K, Zulfiqar G, Al Ansari K, Raja HZ, Bishti S, Anweigi L. Management of Chronic Atrophic Candidiasis (Denture Stomatitis)-A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4):3029.
4. Inácio Silveira DQ, Lia EN, Massignan C, Stefani CM. Natural products for the treatment of denture stomatitis: A systematic review. *J Prosthet Dent*. 2023;129(3):413-424.
5. Sampaio C, Pessan JP, Nunes GP, Magno MB, Maia LC, Exterkate R, et al. Are the counts of *Streptococcus mutans* and *Staphylococcus aureus* changed in complete denture wearers carrying denture stomatitis? A systematic review with meta-analyses. *J Prosthet Dent*. 2023;18: S0022-3913(23)00180-4.

26. Krunično-korenske frakture zuba, terapijski izazov

Prof. dr Dejan Marković

Krunično-korenske frakture predstavljaju relativno retke povrede stalnih zuba i zastupljene su 0,2-0,7%. Ipak pred kliničarima ovakve kliničke situacije predstavljaju značajan izazov u terapiji. Dijagnostički važno

između ostalog 1. ustanoviti pravac pružanja frakturne linije; 2. dijagnostikovati postojanje ekspaniranosti pulpe; 3. Registrovati prisustvo udruženih povreda; 4. Definirati stepen dentalne zrelosti povređenog zuba. Dobijeni podaci pomoći će nam pri donošenju odluke o terapijskom postupku. Stomatološki tretman mora biti sproveden u kratkom vremenskom periodu a protokoli nam omogućavaju da se u urgentnim i po pravilu stresnim situacijama i za pacijenta i terapeuta brzo i pravilno orjentišemo o terapijskom postupku. Dileme u lečenju najčešće su u odluci da li da uklonimo frakturirani deo zuba ili da se oslanjajući se na adhezivnu stomatologiju to odložimo. Takođe stanje pulpe i stepen razvitka korena takođe usložnjava plan terapije. Prognoza uspeha lečenja zuba sa krunično-korenskom frakturom veoma često zavisi od pravovremene i pravilne terapije ali i od niza nepredviđenih kliničkih situacija u kojima znanje i iskustvo terapeuta je od presudnog značaja. Zato svaki klinički slučaj predstavlja poseban klinički izazov treba mu pristupiti individualno i analizirati u sklopu kompletne klinike slike.

Literatura

1. Povrede zuba- klinički vodič za svakodnevnu kliničku praksu, 2016, Marković D. i saradnici.
2. Swaikat M, Faus-Matoses I, Zubizarreta-Macho Á, Ashkar I, Faus-Matoses V, Bellot-Arcís C, Iranzo-Cortés JE, Montiel-Company JM. Is Revascularization the Treatment of Choice for Traumatized Necrotic Immature Teeth? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med.* 2023;12(7):2656.
3. Sandler C, Al-Musfir T, Barry S, Duggal MS, Kindelan S, Kindelan J, Littlewood S, Nazzal H. Guidelines for the orthodontic management of the traumatised tooth. *J Orthod.* 2021;48(1):74-81.
4. Patel K, Mack G, Djemal S. Management of acute traumatic dental injuries in the orthodontic patient. *Br Dent J.* 2022;232: 695–700.
5. Lu J, Lu Y, Lu Z, Kahler B. Clinical and radiographic outcomes of regenerative endodontic procedures for traumatized permanent necrotic teeth with apical periodontitis and external root resorption. *Int Endod J.* 2023;56(7):802-818.

27. HEMIJSKA KONTROLA DENTALNOG PLAKA

Prof. dr Vanja Petrović

U svakodnevnim uslovima održavanja oralne higijene moguće je mehaničkim putem potpuno ukloniti dentalni plak. Korišćenjem osnovnih i pomoćnih sredstava za održavanje oralne higijene uz optimalnu tehniku i dužinu pranja zuba. Međutim, postoje situacije gde je neophodno dopuniti održavanje oralne higijene, uz pomoć hemioprofilaktičkih sredstava ili čak u određenom vremenskom period hemioprofilaktička sredstva mogu potpuno zameniti mehaničko uklanjanje plaka, odnosno pranje zuba. Zdravlje usne šupljine se održava preventivnim i profilaktičkim merama. Preventivne mere sprovodi pacijent kod kuće po tačnim uputstvima i savetima stručnog lica. Preventivne mere sačinjavaju se za svakog pacijenta u odnosu na uzrast i procenjene rizike za nastanak oralnih oboljenja. U preventivne mere spadaju oralna higijena, korekcija ishrane i upotreba fluorida lokalno i sistemski. Profilaktičke ili preventivno terapijske mere sprovodi stručno lice u ordinaciji. Kao i preventivne mere, polaznu osnovu imaju zdravo stanje i cilj je da se oralno zdravlje čuva i održi. Hemijska supstanca koja ima sposobnost da se zadržava u ustima duži vremenski period nakon aplikacije i da se potom lagano oslobađa u terapijskim dozama može se smatrati dobrim hemioprofilaktičkim sredstvom. Ovo prolongirano prisustvo u terapijskim dozama omogućava hemioprofilaktičkom sredstvu da izrazi svoje antibakterijsko dejstvo. Hemioprofilaktička sredstva mogu biti aplikovana u usnu duplju putem različitih nosača, odnosno na različite načine; u okviru različitih sredstava. Dugo je bio problem da se tehnički u okviru jednog sredstva uklopi fluor i hlorheksidin jer su, jednostavno rečeno, jedan drugom ometali dejstvo. Danas na tržištu postoje brojna hemioprofilaktička sredstva od različitih proizvođača, u različitim koncentracijama, koja pokrivaju širok spektar kliničkih indikacija.

Literatura

1. Ren X, He J, Cheng R, Chen Y, Xiang Y, Zhang Y, et al. The Efficacy and Safety of Oral Irrigator on the Control of Dental Plaque and Gingivitis: A Randomized, Single-Blind, Parallel-Group Clinical Trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(4):3726.
2. Sun J, Tong D, Sun C, Wang X, Zuo Z, Liu Y, et al. Knowledge, attitude, and practice toward self-control of dental plaque among patients with periodontal diseases: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2023;23(1):628.
3. Wang Y, Gao H, Chang L, Xu J, Zhou X, Zhang C, et al. Efficient Removal of Dental Plaque Biofilm from Training Typodont Teeth via Water Flosser. *Bioengineering (Basel).* 2023 ;10(9):1061.
4. Adhami ZE, Erfanparast L, Molaei Z, Sadeghi J, Yazdanparas A. Effect of 20-ppm ozone and 1% chlorhexidine gels on plaque index and Streptococcus mutans counts in the dental plaque in 6-12-year-old children: A randomized, double-blind clinical trial. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2023;17(3):177-181.
5. Duane B, Yap T, Neelakantan P, Anthonappa R, Bescos R, McGrath C, et al. Mouthwashes: Alternatives and Future Directions. *Int Dent J.* 2023;73 Suppl 2(Suppl 2):S89-S97.

42. Timočki medicinski dani - Nacionalni seminar "AKTUELNOSTI U ORALNOJ HIRURGIJI I STOMATOLOGIJI" Zaječar 2023.

Karijes ranog detinjstva-savremena shvatanja

Dr sci. Nataša Pejčić

Uvod: Da bi se očuvalo oralno zdravlje, primarna prevencija ima najveći značaj u smislu da se sa najmanje ulaganja dobije najveća vrednost.

Iako su mogućnosti očuvanja zdravlja veoma velike, još uvek nije smanjena učestalost karijesa ranog detinjstva.

Cilj je da se ukaže na važnost zdravstveno-vaspitnog rada kao jedne od najvažnijih strategija u očuvanju oralnog zdravlja. U cilju očuvanja zdravlja treba pratiti nove smernice i preporuke zasnovane na naučnim činjenicama i kliničkim dokazima. Karijes ranog detinjstva je multifaktorijalno oboljenje, brojni su faktori koji utiču na razvoj i porast učestalosti ovog oboljenja. Važno je prepoznati ove faktore rizika, identifikovati ih i uputiti na njihovo eliminisanje. U cilju postizanja ovih zahteva važno je prepoznati brojne nedoumice koje su prisutne kako u opštoj populaciji, tako i u stručnim krugovima.

Metodologija: Da bi se sprečila oboljenja zuba, kod dece neophodno je da se roditelji upoznaju sa važnošću i načinima održavanja oralnog zdravlja kod dece još od najranijeg uzrasta. Da bi lekari kliničari bili osposobljeni da im prenesu ovakve preporuke trebalo bi da kontinuirano budu edukovani i dobijaju pravovremene i savremene smernice, zasnovane na naučnim činjenicama i kliničkim dokazima.

Rezultati: Teme koje izazivaju najviše nedomica, kako u naučnim i stručnim krugovima tako i među opštom populacijom su: Važnost pravovremenog prvog stomatološkog pregleda, Primena fluorida, Pravovremeno i adekvatno započinjanje oralne higijene, Uticaj dojenja na oralno zdravlje novorođenčeta.

Saveti i smernice koje bi slušaoci trebalo da dobiju tokom predavanja i da dalje prenesu svojim pacijentima u okviru zdravstveno-vaspitnog rada treba da budu optimalni, razumljivi, dostupni, nekomplikovani.

Decu na prvi stomatološki pregled roditelji trebaju dovesti do prve godine života. Pasta za zube treba da sadrži fluoride u koncentraciji prilagođenoj uzrastu. Po novim naučnim preporukama do 6-te godine, u koncentraciji od 1000 ppm fluorida, dok nakon 6-te godine u koncentraciji 1450 ppm, odnosno istoj koncentraciji koja odgovara odraslima. Dojenje može da traje dve godine i duže, dok majka i beba to žele, uz izbegavanje noćnih podoja nakon 6 meseca i obavezno uobročavanje. Dojenje doprinosi pravilnom rastu i razvoju lica i vilica, poželjno je da traje minimum šest meseci. Dojenje kraće od 6 meseci ili odsustvo dojenja dovodi do čestih pojava ortodontskih anomalija. Ishrana treba biti uobročena.

Zaključak: Iz gore navedenog sledi da su glavni činioci koji su važni za održavanje oralnog zdravlja: Adekvatna oralna higijena, Pravilna ishrana, Redovna kontrola od strane stomatologa, Sprovođenje preporučenih preventivnih i profilaktičkih mera.

Reference:

1. Ramadugu K, Bhaumik D, Luo T, Gicquelais RE, Lee KH, Stafford EB, Marrs CF, Neiswanger K, McNeil DW, Marazita ML, Foxman B. Maternal Oral Health Influences Infant Salivary Microbiome. *J Dent Res.* 2020 Aug 28;22034520947665. doi: 10.1177/0022034520947665. Epub ahead of print. PMID: 32859139.
2. Nancy J, Barsby T, Theillaud M, Barbey-Massin C, Thébaud NB. Early childhood caries prevention: non-dental health professionals' viewpoint. *Br J Nurs.* 2020 Aug 13;29(15):884-890. doi: 10.12968/bjon.2020.29.15.884. PMID: 32790547.
3. Branger B, Camelot F, Droz D, Houbiers B, Marchalot A, Bruel H, Laczny E, Clement C. Breastfeeding and early childhood caries. Review of the literature, recommendations, and prevention. *Arch Pediatr.* 2019 Nov;26(8):497-503. doi: 10.1016/j.arcped.2019.10.004. Epub 2019 Nov 1. Erratum in: *Arch Pediatr.* 2020 Apr;27(3):172. PMID: 31685411.
4. N.Pejčić, V.Petrović, I. Ilić-Dimitrijević, N.Medojević, N. Perunović. Važnost edukacije trudnica o značaju i načinima održavanja oralnog zdravlja kod beba i male dece. 17. Kongres stomatologa Srbije-međunarodni kongres, 27-29.09.2018, Beograd, Srbija.
5. ElKarmi R, Aljafari A, Eldali H, Hosey MT. Do expectant mothers know how early childhood caries can be prevented? A cross-sectional study. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2019 Dec;20(6):595-601. doi: 10.1007/s40368-019-00442-8. Epub 2019 Apr 19. PMID: 31004321.

28. Kontrola bola i straha u dečijoj stomatologiji

Nataša Pejčić

Moderni trendovi u svim oblastima života, pa tako i u stomatologiji teže bezbolnom radu, što predstavlja imperativ savremene stomatologije. To je naročito važno tokom rada sa decom. Bol i strah od istog su

glavni razlozi nesaradnje deteta sa stomatologom. Zato koristimo razne metode i sredstva za kontrolu bola. Uspostavljanje poverenja između deteta i stomatologa je veoma važno u kontroli bola, zato je neophodno prilagođavati prve posete, sprovođenje preventivnih mera i profilaktičkih intervencija tokom prilagođavanja deteta na dalji stomatološki tretman. Kod određenog broja dece, usled raznih okolnosti, psiholoških karakteristika deteta, negativnih iskustava, specifičnosti okruženja, gde je strah od stomatologa poprimio veće razmere, pribegava se sedaciji. Sedacija se primenjuje kod uplašanih pacijenata koji ne žele da saraduju. Kod primene sedacije uvek je potrebno konsultovati se sa ordinirajućim pedijatrom. Tipovi sedacije mogu biti: peroralna sedacija, intravenska sedacija, inhalaciona sedacija. Medikamenti koji se koriste u peroralnoj sedaciji su anksiolitici, sedativi i hipnostici. Kod inhalacione sedacije se načešće koristi gas Azot oksidul, koristi se u kombinaciji sa kiseonikom i omogućava smanjenje straha i napetosti uz određeni stepen analgezije i očuvanu svest pacijenta, što je važno jer pacijent ima mogućnost komuniciranja. Najčešća kontrola bola u ustima se vrši lokalnom anestezijom koja se može postići aplikacijom anestetika na površinu sluzokože i infiltracijom anesteika u tivo. Tako je podeljena na površinsku anesteziju gde se koristi površinski anestetik u formi spreja, gela, masti i infiltracionu anesteziju gde se koriste analgetički rastvori za ubrizgavanje. Koristi se kada je to indikovano i može se primenjivati kod dece od najmlađeg uzrasta. Opšta anestezija se primenjuje kod dece koja zbog svojih fizičkih ili mentalnih karakteristika (ometena u psihofizičkom razvoju) nisu u mogućnosti da saraduju. Opšta anestezija služi kao krajnja mera kada se iscrpe sve druge mogućnosti.

1. Shim YS, Kim AH, Jeon EY, An SY. Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *J Dent Anesth Pain Med.* 2015;15(2):53-61.
2. Pejic N, Zelic Mihajlovic K, Perunovic N, Rakic M. Oral midazolam as premedication in pediatric dentistry. 3rd Symposium in Biomedicine-Basic and Clinical Neuroscience. June 29.2022. University of Belgrade, Faculty of Pharmacy. Belgrade, Serbia.
3. Remi RV, Anantharaj A, Praveen P, Prathibha RS, Sudhir R. Advances in pediatric dentistry: new approaches to pain control and anxiety reduction in children - a narrative review. *J Dent Anesth Pain Med.* 2023;23(6):303-315.
4. Sanglard LF, Oliveira LB, Massignan C, Polmann H, De Luca Canto G. Evaluating pain, fear, anxiety or stress/distress using children's drawings in paediatric dentistry: a scoping review. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2022;23(2):199-222.
5. Ashley P, Anand P, Andersson K. Best clinical practice guidance for conscious sedation of children undergoing dental treatment: an EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2021;22(6):989-1002.

43. Timočki medicinski dani

“Dijagnostika i konzervativna medicina. Zaječar 2024.”

29. SRČANA INSUFICIJENCIJA SA OČUVANOM EJEKCIJOM FRAKCIJOM: OD DIJASTOLNE DISFUNKCIJE LEVE KOMORE DO SISTEMSKOG SINDROMA

Milica Dekleva. Medicinski Fakultet, Beograd

Duži niz godina srčana insuficijencija sa očuvanom globalnom ejectionom frakcijom (Hfpef) je definisana kao slabost srčane pumpe da dopremi organizmu potrebnu količinu krvi ili je ta doprema praćena značajno povišenim pritiskom punjenja leve komore (LVFP), a leva komora (LK) je smanjene elastičnosti sa hipertrofijom i fibrozom miokarda. Danas je pre svega zahvaljujući ehokardiografiji i brojnim studijama morfologije i funkcije srca jasno da spektar HFpef objedinjuje heterogene kardijalne fenotipove.

Zajednička hemodinamska odlika je povišen LVFP u miru ili u fizičkom naporu. Porast LVFP direktno korelira sa težinom dispnee, gasnom razmenom, plućnom ventilacijom, redukcijom aerobnog kapaciteta. S druge strane LVFP je odgovoran za kongestiju u plućima, vaskularni remodeling plućnih kapilara, plućnu hipertenziju i povišenu plućnu rezistenciju i disfunkciju desne komore. Nivo LVFP ima prediktivni značaj za dalju prognozu i mortalitet bolesnika sa HFpef. Značajnu protektivnu barijeru „plućima“ i „desnom srcu“ u ovoj hemodinamskoj kaskadi predstavlja očuvana funkcija leve pretkomore, koja se može proceniti na više načina.

Skorašnje studije opisuju mikrovaskularnu disfunkciju kao jedan od patofizioloških mehanizama HFpef što je povezano sa značajnijim ishemijskim i fibroznim promenama miokarda, a redukcija mikrocirkulacije

prisutna je i u perifernoj vaskularnoj mreži. Brojni celularni, inflamatorni i metabolički mehanizmi koju učestvuju u nastanku i progresiji HFpEF još uvek nisu dovoljno poznati.

Bolesnici sa HFpEF imaju multiorganska oštećenja, a buduće studije omogućiće nam karakterizaciju fenotipskih i genotipskih subtipova i tako prevenirati nastanak HFpEF i poboljšati lečenje.

1. Pfeffer MA, Shah AM, Borlaug BA. Heart Failure with Preserved Ejection Fraction: In Perspective Circ Res. 2019, 24; 124(11): 1598–1617. doi:10.1161/CIRCRESAHA.119.313572

2. Borlaug BA, Sharma K, Shah SJ, Ho JE. Heart Failure With Preserved Ejection Fraction: JACC Scientific Statement. J Am Coll Cardiol. 2023;81(18):1810-1834. doi: 10.1016/j.jacc.2023.01.049

3. Dekleva MN, Mazic SD, Suzic-Lazic JM, Marković-Nikolić NS, Beleslin BD, Stevanović AM, Djelic MN, Arandjelović AM. Left ventricular diastolic performance at rest is essential for exercise capacity in patients with non-complicated myocardial infarction. Heart Lung. 2014 Nov-Dec;43(6):500-5. doi: 10.1016/j.hrtlng.2014.05.005.

4. Borlaug BA. Evaluation and management of heart failure with preserved ejection fraction Nat Rev Cardiol 2020, 17(9):559-573. doi: 10.1038/s41569-020-0363-2.

5. Dekleva M, Celic V, Kostic N, Pencic B, Ivanovic AM, Caparevic Z. Left ventricular diastolic dysfunction is related to oxidative stress and exercise capacity in hypertensive patients with preserved systolic function. Cardiology. 2007;108(1):62-70. doi: 10.1159/000095883

30. Meteorizam i abdominalna distenzija

Zoran Joksimović

Sažetak: Meteorizam ili nadimanje u trbuhu i abdominalna distenzija-nadutost su među najčešćim problemima u vezi sa organima za varenje koje pacijenti imaju i na primarnom i na sekundarnom nivou. Čak 10-30% opšte populacije ima probleme sa nadimanjem. Simptomi se još češće javljaju kod pacijenata sa funkcionalnim oboljenjima gastrointestinalnog trakta. Nadutost je često povezana sa osećajem povećanog pritiska u tihu i ispuštanjem gasova iz creva. Prilikom definisanja funkcionalnih poremećaja povezanih sa nadimanjem, veoma je važno isključiti moguće organske uzroke simptoma. Epidemiološka dimenzija i brojni uzroci, uključujući maligne, ukazuju na potrebu za ovakvim vidom dijagnostičkog tretmana pacijenata sa meteorizmom. Dijagnostika se može povezati sa mnogim testovima – uključujući i invazivne, koji mogu predstavljati određeni rizik za pacijenta i finansijski teret za zdravstveni sistem. Zbog toga je neophodan pristup korak po korak i ciljani pristup prilikom obrade svakog pojedinačnog slučaja. Svrha ovog rada je da predstavi postupak lečenja pacijenata sa nadimanjem i da skrene pažnju na najčešća medicinska stanja koja mogu biti uzrok povećane količine gasova u gastrointestinalnom traktu.

31. Тродимензионална (3Д) и четвородимензионална (4Д) ехокардиографија

Данијела Трифуновић

Тродимензионална (3Д) и четвородимензионална (4Д) ехокардиографија представљају напредне визуализационе (имиџинг) технике, које су значјано унапредиле наше разумевање анатомије и функције срца. За разлику од традиционалне 2Д ехокардиографије, 3Д/4Д ехокардиографија нуди свеобухватнију и детаљнију визуализацију срца у реалном времену. Снимањем више слика из различитих углова, 3Д ехокардиографија омогућава детаљну реконструкцију срца, пружајући клиничарима прилику да јасније анализирају срчане структуре (коморе, преткоморе и срчане залиске). Штавише, 4Д ехокардиографија додаје елемент времена, пружајући динамичке слике које илуструју кретање и функцију срца у реалном времену, нудећи увид у срчану механику и абнормалности.

Клиничка примена 3Д/4Д ехокардиографије је разноврсна. Она игра кључну улогу у процени урођених срчаних мана, олакшавајући преоперативно планирање нудећи свеобухватан преглед сложених срчаних структура. Поред тога, помаже у процени болести срчаних залистака, омогућавајући прецизна мерења морфологије и функције валвула, те планирање хирушких интервенција, минимално инвазивних или транскатетерских процедура.

3Д/4Д ехокардиографија доприноси процени срчане функције код различитих патологија, укључујући срчану инсуфицијенцију, инфаркт миокарда и кардиомиопатије. Она омогућава детаљна волуметријска мерења и визуализује регионалне абнормалности кретања зида и тиме повећава дијагностичку тачност и утиче на терапијске одлуке.

Упркос његовим предностима, и даље постоје изазови у широком усвајању због трошкова опреме, захтева техничке експертизе и ограничења у квалитету слике код одређених пацијената. Међутим,

текући напредак у технологији има за циљ да одговори на ова ограничења, тежећи побољшаној доступности и корисности у рутинској клиничкој пракси.

У закључку, ЗД/4Д ехокардиографија представља трансформативно средство у кардиолошким сликама, нудећи свеобухватну и динамичку процену структуре и функције срца. Његова континуирана еволуција обећава даље побољшање дијагностичке прецизности и усмеравање терапијских стратегија у области кардиологије.

32. НАТИВНА РАДИОГРАФИЈА АБДОМЕНА - СУМЊА НА ХИРУРШКИ ТРБУХ

Др Драган Васин

Дијагноза акутног абдоминалног стања која је заснована искључиво на пацијентовој историји болести, физикалном прегледу и лабораторијским тестовима није довољно поуздана, упркос чињеници да су ови аспекти веома важан део прегледа пацијента који има акутни бол у стомаку. Традиционално, радиолошка дијагностика код акутног бола у стомаку почиње нативном радиографијом абдомена. Међутим, бројне студије су показале релативно ниску сензитивност и специфичност нативне радиографије абдомена у процени акутног абдоминалног бола, као и разних других специфичних болести као што су интестинална опструкција, ингестирано странско тело и уринарна калкулоза. Компјутерска томографија, а посебно компјутерска томографија након негативног ултразвука, пружа бољу радиолошку обраду од нативне радиографије абдомена. Предности компјутерске томографије су у доношењу одлука о планирању хируршке стратегије, па чак и у избегавању негативних лапаротомија. На основу бројних доступних доказа, великог напретка у дијагностичком имиџингу и промена у лечењу одређених болести, можемо закључити да и даље постоје индикације за нативну радиографију абдомена у обради пацијената са акутним болом у стомаку који се налазе у ургентном одељењу као што је сумња на перфорацију дигестивног тубуса, уринарну калкулозу, опструкцију црева и ингестирано странско тело.

1. Van Randen A, Laméris W, Luitse JSK, et al. The role of plain radiographs in patients with acute abdominal pain at the ED. *Am J Emerg Med.* 2011;29(6):582–589.
2. Zeina AR, Shapira-Rootman M, Mahamid A, Ashkar J, Abu-Mouch S, Nachtigal A. Role of plain abdominal radiographs in the evaluation of patients with non-traumatic abdominal pain. *Isr Med Assoc J.* 2015;17(11):678–81.
3. Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA. Group obotes. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Dig Surg.* 2015:23–31.
4. Alshamari M, Norrman E, Geijer M, Jansson K, Geijer H. Diagnostic accuracy of low-dose CT compared with abdominal radiography in non-traumatic acute abdominal pain: prospective study and systematic review. *Eur Radiol.* 2016;26:1766–74.
5. Cheng AHY, Campbell S, Chartier LB, Goddard T, Magee K, McEwen J, et al. Choosing wisely Canada®: five tests, procedures and treatments to question in emergency medicine. *CJEM.* 2017:1–9.

33. RETKI UZROCI MOŽDANOG UDARA

Doc. dr sc. med. dr Biljana Živadinović

Моždани удар (МУ) представља нагло настали фокални невролошки поремећај који је узрокован оштећењем крвних судова мозга. То је стање у коме проток крви није довољан да задовољи метаболичке потребе моždаног ткива. То је други водећи узрок смрти и најчешћи узрок онеспособљености и инвалидитета као и нарушавања квалитета живота оболелих.

Поред најчешћих узрока МУ (атеросклероза великих крвних судова, атријална фибрилација, стање након инфаркта срца са појавом срчане слабости, тромба у левој комори...) постоје и други редји узроци МУ о којима треба размишљати у диференцијално-дијагностичком савједовању оболелих.

У ретке узроке МУ спадају

- примарни системски васкулитиси (Takayasu arteritis, temporalni arteritis, polyarteritis nodosa, Churg – Strauss sy, Wegenerovagranulomatoza, Susacov sy...)
- секундарни васкулитиси у системским болстима (Системски lupus erythematosus, Behçetova bolest, sarkoidoza...)
- запалјенске болести CNSа (meningovaskularni sifilis, neuroborelioza, tuberkulozni meningitis, infekcije zoster, cito-megalo, herpes, HIV virusom...)
- парадоксална емболијација (перзистентни foramen ovale, infektivni endocarditis...)

-reverzibilni cerebralni sindrom vazokonstrikcije (eklampsija I MU tokom trudnoće I puerperijuma, migrena I stanja nalik migreni...)
 -neinflamatorne vaskulopatije (Moya Moya bolest, cerebralna amiloidna angiopatija, dolihoektazije, disekcije I aneurizme krvnih sudova mozga
 -cerebralna venska tromboza.
 -antifosfolipidni sindrom
 Hiperhomocisteinemija
 -retke hematološke bolesti (hiperviskozni sy, diseminovana intravaskularna koagulopatija (DIK), Henoch-Schonlein purpura...)
 -maligniteti različite lokalizacije
 -upotreba lekova i opijata
 -genetski uslovljene bolesti kolagena (Ehlers –Danlosov sy, Marfanov sy, Fibromuskularna displazija, neurofibromatoza...)
 -genetski uslovljene bolesti malih krvnih sudova mozga (CADASIL, CARASIL...)
 -genetski uslovljene metaboličke bolesti (Fabrijeva bolest, Menkesova bolest, bolest Tangier...)
 -bolesti koštanog sistema Pravilno postavljanje dijagnoze značajno može uticati na lečenje, stepen preživljavanja, stepen ponovnog javljanja I smanjenje onesposobljenosti obolelih pacijenata.

1. Hrvoje Saric, Sanda Pavelin, Lidia Gavic, Kristian Jerkovic, Antonija Tadin, Ivan Galic, Zeljko Saric, Daniel Jerkovic, Possible influence of styloid process length on isolated vertigo of unknown aetiology, *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 10.1016/j.clineuro.2022.107544, 224, (107544), (2023).

2. Patompong Ungprasert, Karn Wijarnpreecha, Siroj Dejhsathit, Wisit Cheungpasitporn, Antineutrophil Cytoplasmic Autoantibodies-Associated Vasculitides and Risk of Stroke: A Systematic Review and Meta-analysis, *Neurology India*, 10.4103/0028-3886.359250, 70, 5, (1868), (2022).

3. Ashkan Mowla, Saeed Abdollahifard, Saman Sizdahkhani, Erfan Taherifard, Fatemeh Kheshti, Kasra Khatibi, Endovascular Treatment of Large Vessel Occlusion Strokes Caused by Infective Endocarditis: A Systematic Review, Meta-Analysis, and Case Presentation, *Life*, 10.3390/life12122146, 12, 12, (2146), (2022).

4. Selin Ozen, Sukran Guzel, Multiple dissecting intracranial and extracranial aneurysms in rheumatoid arthritis: a rare case, *International Journal of Neuroscience*, 10.1080/00207454.2022.2059367, 133, 10, (1193-1195), (2022).

5. Alex Vicino, Gaia Sirimarco, Ashraf Eskandari, Dimitris Lambrou, Philippe Maeder, Vincent Dunet, Patrik Michel, Rare stroke mechanisms in 4154 consecutive patients: causes, predictors, treatment, and outcomes, *Neurological Sciences*, 10.1007/s10072-022-06344-w, 43, 11, (6359-6369), (2022).

34. Вештачка интелигенција у (судско) медицинској дијагностици

Др Алекса Лековић

У поступку медицинске дијагностике сви се резултати испитивања стављају у контекст конкретног случаја, те лекар за честе и уобичајене проблеме на основу претходног знања, искуства и интуиције доноси одлуку о дијагнози. У сложенијим ситуацијама, када је дијагностичка вредност тестова мала, када су дијагноза и здравствени исход неизвесни и када постоје значајни ризици терапијских опција прибегава се тзв. формалном одлучивању: на основу епидемиолошких и клиничких студија процењују се вероватноће догађаја и из оваквих се објективних процена формулишу јасно дефинисани дијагностички и/или терапијски протоколи и водичи. Међутим, некада уобичајеном статистиком, логиком и интуицијом, не можемо уочити сложене односе и обрасце између појава. Применом метода вештачке интелигенције (AI) у биомедицинским истраживањима дијагностика може да се побољша. Оваква су истраживања била честа и током пандемије ковида-19. Решавање медицинских проблема помоћу AI могуће је на више начина. Анализом слика (СТскени, фотомикрографије), што је иначе субјективна метода, дијагностика се може стандардизовати, убрзати и појефтинити, а тачност побољшати. Други је пример анализа варијабли у сложеном међусобном односу или анализа наизглед потпуно међусобно независних варијабли без дијагностичког значаја. Управо AI може да укаже на постојање могућих образаца. За адекватну примену било које методе вештачке интелигенције неопходно је обезбедити велики, јасно дефинисани узорак популације од интереса, а прикупљање варијабли за анализу треба да буде униформно, поуздано и потпуно. Значајан проблем јесте постојање тзв. феномена црне кутије (the black-box phenomenon): не можемо да схватимо конкретан поступак одлучивања одређених AI метода. У судској медицини уопште истраживања у вези са вештачком интелигенцијом нема много, али би резултати могли да буду и од академског и од практичног значаја: за обдуцента и за суд. Ова се истраживања односе на анализу фотомикрографија или на анализу више

биоантрополошких параметара ради унапређења метода за процену пола и старости скелетних остатака или за реконструкцију догађаја при којем су настали преломи костију и сл.

1. W.L. Yeow, R. Mahmud, R.G. Raj, An application of case-based reasoning with machine learning for forensic autopsy, *Expert Syst Appl.* 41 (2014) 3497–3505.
2. S. Knecht, F. Santos, Y. Ardagna, V. Alunni, P. Adalian, L. Nogueira, Sex estimation from long bones: a machine learning approach, *Int J Legal Med.* 137 (2023) 1887–1895.
3. N. Dempsey, R. Basset, R. Amarasiri, S. Blau, Exploring the use of machine learning for the assessment of skeletal fracture morphology and differentiation between impact mechanisms: A pilot study, *J Forensic Sci.* 67 (2022) 683–696.
4. M. Casali, D. Malchiodi, C. Spada, A.M. Zanaboni, R. Cotroneo, D. Furci, A. Sommariva, U. Genovese, A. Blandino, A pilot study for investigating the feasibility of supervised machine learning approaches for the classification of pedestrians struck by vehicles, *J Forensic Leg Med.* 84 (2021) 102256
5. E. Nikita, P. Nikitas, On the use of machine learning algorithms in forensic anthropology, *Leg Med.* 47 (2020) 101771

35. Обдукциона дијагностика

Проф. Др Слободан Николић

У тренутку када се бројне сложене и врло поуздане дијагностичке методе рутински примењују у клиничкој пракси обдукција јесте задржала значајно место у здравственом, академском и судскомедицинском смислу. И када се изводи у скромним техничким условима, најчешће пружа поуздане одговоре на важна питања, попут утврђивања узрока смрти и обезбеђује тачну виталну статистику, што све представља основу за формирање квалитетне јавноздравствене политике једне земље. Рутинско спровођење обдукција представља и вид контроле јавног здравља и правовремено откривање нових инфективних болести и епидемија. Контрола рада клиничара, потврђивање дијагнозе и адекватности конзервативне и хируршке терапије још је један важан задатак обдуцента. У том смислу и пружање додатних чињеница о здравственом стању сродницима преминулих такође је важно. Имајући у виду наведено, клиничари треба да буду упознати са начелима обдукционе дијагностике и могућностима за консултовање и сарадњу са обдуцентима. У судскомедицинском смислу свакако је један од основних задатака обдуцента помоћ у доношењу закључка о пореклу смрти, механизму умирања и реконструкцији догађаја који је узроковао (насилну) смрт. У складу са напретком и развојем медицине уопште допунска дијагностика, као што је опсежна хемијско-токсиколошке анализа и патохистологија, па и постмортале радиолошке методе, употпуниле су обдукциону дијагностику и праксу. Са циљем да се постигну опште прихваћени стандарди и омогући генерализација обдукционих налаза, односно „хармонизација“ обдукционе технике пре више од две деценије регулаторна тела за судску медицину европских земаља и САД-а донела су препоруке - водиче добре обдукционе праксе.

36. ГЕНИ ДРЕВНИХ ПРЕДАКА И БОЛЕСТИ САВРЕМЕНИХ ЉУДИ

Др Џејн Паунковић

Миграције анатомски модерних људи у протеклих 200.000 година, интрогресија са другим архаичним хомининима и новија експанзија становништва су допринеле настанку генских варијанти повезаних са људским болестима. Истраживање генома архаичних хоминина и анатомски модерних људи након дивергенције од архаичних хоминина помаже нам да разумемо адаптивне процесе геномских промена јер је показано да су неке цивилизацијске болести нуспроизвод адаптивних процеса. Један од примера јерезултат анализеповећене инциденце карцинома простате међу мушкарцима афричког порекла, која је показала да су хаплотипови са заштитним ефектима против рака простате повезани са пигментацијом коже. Други пример су стероиди јајника који стимулишу и раст костију и митозу ткивима дојке током лактације. Нажалост, хормонска супституциона терапија у постменопаузи која смањује ризик од остеопорозе и карцином јајника повећава ризик од рака дојке.

Добитник Нобелове награде за медицину 2022. године Сванте Пебо (Svante Pääbo) је у истраживањима генетске асоцијације идентификовао генски кластер на хромозому 3 као ризични локус за тешке форме акутног респираторног синдрома код инфекције корона вирусом (SARS-CoV-2). У новијим истраживањима његове групе, показано је савремени људи који имају генетски

одређену субституцију аминокиселине (S232G) у једном од критичних ензима за превенцију оксидативног стреса (глутатион редуктази), имају предиспозиције за инфламационе и васкуларне болести. Показано је и да су клинички релевантни CYP2C8*3 and CYP2C9*2 хаплотипови повезани са редукованим метаболизмом варфарина и фениитоина. Ове генетске варијанте које постоје у ниском проценту и у савременој популацији наследили смо од наших еволутивног најближих сродника Неандерталаца. После више од десет година од комплетног секвенционирања генома Неандерталаца све је више података о болестима и стањима повезаним са генским варијантама наших далеких предака.

ДНК биобанке у којима су стотине хиљада електронских картона пацијената повезане са резултатима ДНК анализа представљају значајан ресурс савремене медицине. Ови подаци омогућавају тестирање функционалних ефеката генетских варијанти на разноврсне особине укључујући оне које смо наследили наших древних предака.

1. Zeberg H, Pääbo S. A genomic region associated with protection against severe COVID-19 is inherited from Neandertals. *Proc Natl Acad Sci.* 2021;118
2. Benton, M. L., Abraham, A., LaBella, A. L., Abbot, P., Rokas, A., & Capra, J. A. (2021). The influence of evolutionary history on human health and disease. *Nature Reviews Genetics*, 22(5), 269-283.
3. Zeberg, H. et al. A Neanderthal sodium channel increases pain sensitivity in present-day humans. *Curr. Biol.* 30, 3465-3469 (2020).
4. Coppo, L., Mishra, P., Siefert, N., Holmgren, A., Pääbo, S., & Zeberg, H. (2022). A substitution in the glutathione reductase lowers electron leakage and inflammation in modern humans. *Science advances*,
5. Kloska, A.; et al. A Machine-Learning-Based Approach to Prediction of Biogeographic Ancestry within Europe. *Int. J. Mol. Sci.* 2023, 24, 15095

37. Šta novo donose vodič Evropskog društva za arterijsku hipertenziju i 2023 Američki ACC/AHA vodič za horonični koronarni sindrom

Prim. dr sc. med. dr Dušan Bastać

Šta novo donosi vodič za arterijsku hipertenziju

Donji prag krvnog pritiska: Smernica snižava prag za dijagnostikovanje hipertenzije sa 130/80 mmHg na 120/80 mmHg. Ova promena je zasnovana na novim dokazima da čak i blago povišeni nivoi krvnog pritiska mogu povećati rizik od kardiovaskularnih bolesti.

Strategije lečenja

- Optimalna vremenska tačka i nivo krvnog pritiska za početak lečenja kod mladih pacijenata
- Optimalni i bezbedni pragovi i ciljevi krvnog pritiska kod veoma starih i slabih pacijenata
- Lečenje vođeno u ordinaciji ili van ordinacije na osnovu kliničkih ishoda;
- Pragovi i ciljevi krvnog pritiska kod osoba sa niskim do umerenim rizikom - važan aspekt, kao i
- Pragovi i ciljevi krvnog pritiska pomoću ambulatornog merenja krvnog pritiska i kućnog merenja krvnog pritiska hipertenzijom posredovanim oštećenja organa ABPM i HBPM
- Efekat lečenja na kliničke ishode kod MH i VCH
- Važan uticaj noćnog smanjenja krvnog pritiska tretmanom na kliničke ishode
- Izbor antihipertenzivnog leka prve linije i redosled titracije iz perspektive populacije i pojedinca kao i - Efikasnost i strategije implementacije individualizovanog antihipertenzivnog lečenja. Uticaj medikamentoznog lečenja prave rezistentne hipertenzije na KV i bubrežne događaje. Efekti smanjenja titracije i prekida terapije u različitim kliničkim uslovima

Šta novo donosi vodič horonični koronarni sindrom (HKS)

1. Upotreba inhibitora kotransportera natrijum glukoze 2 i agonista receptora peptida-1 sličnih glukagonu preporučuje se za odabrane grupe pacijenata sa koronarnom bolešću, uključujući grupe bez dijabetesa.
2. Nove preporuke za upotrebu beta blokatora kod pacijenata (a) Dugotrajna terapija beta blokatorima se ne preporučuje za poboljšanje ishoda kod pacijenata sa CK u odsustvu infarkta miokarda u protekloj godini, ejectiona frakcija leve komore $\leq 50\%$ ili druga primarna indikacija za terapiju beta-blokatorima; i Dalje se ili blokator kalcijumskih kanala ili beta blokator se preporučuje kao antianginalna terapija prve linije.
3. Statini ostaju terapija prve linije za snižavanje lipida kod pacijenata sa HKS CK. Nekoliko pomoćnih terapija (npr. ezetimib, PCSK9 [inhibitori proprotein konvertaze subtilizin/keksin tip 9], inkulisiran, bempedoična kiselina) mogu se koristiti u odabranim grupama pacijenata, iako podaci o kliničkim ishodima nisu dostupni za nove agense kao što je inkulisiran.

4. Kraće trajanje dvostruke antiagregacijske terapije je bezbedno i efikasno u mnogim okolnostima, posebno kada je rizik od krvarenja visok, a rizik od ishemije nizak do umeren.

5. Upotreba suplemenata bez recepta ili dijetetskih suplemenata, uključujući riblje ulje i omega-3 masne kiseline ili vitamine, se ne preporučuje kod pacijenata sa CK s obzirom na nedostatak koristi u smanjenju kardiovaskularnih događaja.

6. Rutinsko periodično anatomsko ili ishemijsko testiranje stres eho i ergo testovi bez promene kliničkog ili funkcionalnog statusa se ne preporučuje za stratifikaciju rizika ili za usmeravanje donošenja terapijskih odluka za perkutane koronarne intervencije ili revaskularizacionu hirurgiju kod pacijenata sa HKS

1. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, ET AL. Muesan ML, Tsioufis K, Agabiti-Rosei E, Algharably EAE, Azizi M, Benetos A, Borghi C, Hitij JB, Cifkova R, Coca A, Weber T, Williams B, Zhang ZY, Kjeldsen SE ET all .2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension and the European Renal Association. J Hypertens. 2023 Dec 1;41(12):1874-2071. doi: 0.1097/HJH.0000000000003480. Epub 2023 Sep 26. PMID: 37345492

2. Whelton PK, Flack JM, Jennings G, Schutte A, Wang J, Touyz RM. Editors' Commentary on the 2023 ESH Management of Arterial Hypertension Guidelines. Hypertension. 2023 Sep;80(9):1795-1799. doi: 0.1161/ HYPERTENSIONAHA.123.21592. Epub 2023 Jun 24. PMID: 37354199

3. Virani SS, Newby LK, Arnold SV, Bittner V, Brewer LC, Demeter SH ET ALL. 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. 2023 Aug 29;148(9):e9-e119. doi: 10.1161/CIR.0000000000001168. Epub 2023 Jul 20. PMID: 37471501 Free article.

43. Timočki medicinski dani.

“Akutna stanja kod dece i mladih-praktični aspekti. Zaječar 2024.”

38. Akutni abdomen kod dece

Prof. dr Đorđe Savić

Akutni abdomen je urgentno stanje koje zahteva hitan hirurški tretman. Manifestuje se bolom u trbuhu, povraćanjem, lošim opštim stanjem deteta i prisustvom mišićnog defansa abdomena. Akutni abdomen može biti uzrokovan zapaljenjskim procesom u trbuhu, opstrukcijom ili perforacijom šupljeg organa i krvarenjem.

Od zapaljenjskih procesa najčešći je akutni apendicitis, dok su divertikulitis, holecistitis, pankreatitis i pelveoperitonitis znatno ređi uzroci. Od opstruktivnih oboljenja najčešća je opstrukcija intestinalnog trakta (ileus), dok su opstrukcija hloedohusa ili uretera kalkulusom relativno retki u dečjem uzrastu.

Abdominalno krvarenje (hematoperitoneum) je najčešće uzrokovano abdominalnom traumom parenhimnih organa (ruptura slezine, jetre ili bubrega). Perforacija šupljeg organa je obično posledica patološkog stanja, ređe posledica traume.

Kod novorođenčadi najčešći uzroci akutnog abdomena su atrezija creva, nekrotizirajući enterokolitis, prenatalna ili postnatalna perforacija creva i volvulus

Izuzetan značaj ima rano prepoznavanje ovog stanja, jer svako odlaganje dovodi do brze progresije bolesti. Zbog toga je mesto lekara primarne i sekundarne zdravstvene zaštite od presudne važnosti, kako bi hirurško lečenje bilo preduzeto pravovremeno i omogućilo potpuno izlečenje dece.

1) Patterson JW, Kashyap S, Dominique E. Acute Abdomen. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459328/>

2) Diercks DB, Adkins EJ, Harrison N, et al. American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with suspected appendicitis. Ann Emerg Med. 2023; 81(6):e115-52.

3) Di Saverio S, Podda M, De Simone B, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World J Emerg Surg. 2020;15(1):27.

4) Destro F, Maestri L, Meroni M, et al. Colonic volvulus in children: surgical management of a challenging condition. Children (Basel). 2021; 8(11):982.

5) Hackam DJ, Upperman J, Grikscheit T, et al. Pediatric surgery: gastrointestinal tract. In: Schwartz's principles of surgery. 11th ed. New York: McGraw-Hill; 2019.

39. Hirurško lečenje kamena u bubregu kod dece

Assist dr Predrag Ilić dr sci med

Deca čine 1-2% svih bolesnika s kamenom u sistemu mokraćnih puteva. Oko 90% kalkulusa biva spontano izbačeno iz organizma, dok je kod preostalih neophodno hirurško lečenje. Savremene hirurške tehnike predviđaju: ekstrakorporalnu litotripsiju, endoskopsku litotripsiju i perkutanu nefrolitolapaksiju. Dugi niz godina otvorena hirurgija nije tehnika izbora kod dece s kamenom u bubregu. Kod dece kod koje dolazi do inklaviranja kamena u ureteru moguće je primeniti medikamentni tretman u cilju izbegavanja hirurške intervencije. Takozvana medikamentna ekspulzivna terapija podrazumeva primenu: alfa-adrenergičkih antagonista, nesteroidnih antiinflamatornih lekova i infuziju tečnosti. Na taj način oko 60% dece s kamenom u distalnom ureteru može biti pošteđeno hirurške intervencije.

1. Panzarino V. Urolithiasis in Children. *Adv Pediatr* 2020;67:105-12. doi: 10.1016/j.yapd.2020.03.004.
2. Chimenz R, Cannavò L, Viola V, Di Benedetto V, Scuderi MG, Pensabene L, et al. Pediatric urolithiasis. *J Biol Regul Homeost Agents* 2019;33(5 Suppl. 1):39-44.
3. Goka SQ, Copelovitch L. Medical Expulsive Therapy for Urinary Stone Disease in Children. *Indian Pediatr* 2020;57(10):940-3.
4. Li Y, Bayne D, Wiener S, et al. Stone formation in patients less than 20 years of age is associated with higher rates of stone recurrence: results from the Registry for Stones of the Kidney and Ureter (ReSKU). *J Pediatr Urol.* 2020; 16: 373
5. Marra G, Taroni F, Berrettini A, et al. Pediatric nephrolithiasis: a systematic approach from diagnosis to treatment. *J Nephrol.* 2019; 32:199-210.

40. Prelomi lakta u dečjem uzrastu

Assist. Dr Zoran Paunović dr sci med

Prelomi lakta kod dece imaju visoku učestalost i predstavljaju visokorizične prelome koji mogu da ugroze ekstremitet pa čak i život deteta. Zbog neurovaskularnih struktura koje se blisko nalaze uz kost u kubitalnoj fosi u ne malom broju slučajeva dolazi do oštećenja istih od strane kostanih fragmenata te se ove frakture mogu smatrati akutnim stanjem. Takođe je važan način rešavanja ovih preloma koji treba da bude adekvatan, bezbedan i efikasan.

- 1) Saeed W, Waseem M. Elbow Fractures Overview. In StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441976/>
- 2) Samelis PV, Papagrigorakis E, Ellinas S. Role of the Posterior fat pad sign in treating displaced extension type supracondylar fractures of the pediatric elbow using the Blount method. *Cureus.* 2019; 29:11(10):e6024. doi: 10.7759/cureus.6024. PMID: 31824792; PMCID: PMC6886656.
- 3) Okubo H, Nakasone M, Kinjo M, Onaka K, Futenma C, Kanaya F. Epidemiology of paediatric elbow fractures: a retrospective multi-centre study of 488 fractures. *J Child Orthop.* 2019;13(5):516-21. doi: 10.1302/1863-2548.13.190043. PMID: 31695819; PMCID: PMC6808078.
- 4) Bolander S, Post G. Prompt Recognition: 5 Pediatric Elbow Fractures Not to Miss. *JBJS Journal of Orthopaedics for Physician Assistants* 2023;11(2):p e23.00001,|DOI: 10.2106/JBJS.OPA.23.00001
- 5) Potocki R, Canares T. Elbow Injuries in Children. *Pediatr Rev* 2022; 43(4):236-8.

41. Hitno zbrinjavanje opekotina u dečjem uzrastu

Assist. Dr Đorđe Kravljanac

Opekotine su veoma česte povrede u dečjem uzrastu. Dovode do brojnih promena u organizmu koje sve zajedno nazivamo - opekotinska bolest. Mogu da prouzrokuju funkcionalne, estetske i psihološke poremećaje. Zahtevaju multidisciplinarni pristup u lečenju i saradnju pedijatra, dečijeg hirurga, anesteziologa, fizijatra, psihologa i socijalnog radnika. Primarno zbrinjavanje opekotina ima veliki uticaj na konačan ishod lečenja. S obzirom da se 95% svih opekotina leči u ambulantnim uslovima, uloga pedijatra u njihovom prehospitarnom zbrinjavanju je od neprocenjive važnosti. Prva pomoć se ukazuje na mestu povrede, zbrinjavanje se nastavlja u hitnoj službi, a potom je neophodno bolničko lečenje. Primena obloga za rane predstavlja zlatni standard u neoperativnom lečenju opekotina. Postojanje dubokih opekotina zahteva primenu hirurških procedura. Bolničko lečenje dece sa opekotinama trebalo bi sprovoditi u specijalizovanim pedijatrijskim centrima za opekotine.

1. Griffin B, Bairagi A, Jones L, Detrick Z, Holbert M, abd Kimble R. Early non-excisional debridement of paediatric burns under general anaesthesia reduces time to re-epithelialisation and risk of skin graft. *Sci. Rep.* 2021;11: 23753.

2. Abdelrahman I, Steinvall I, Sjöberg F, Ellabban MA, Zdolsek J and Elmasry M, Pros and Cons of Early and Late Skin Grafting in Children with Burns—Evaluation of Common Concepts *Eur. Burn J.* 2022;3:180–7.
3. Karlsson M, Steinvall I, Sjöberg F, Olofsson P, and Elmasry M. Burn scar outcome at six and 12 months after injury in children with partial thickness scalds: Effects of dressing treatment. *Burns* 2020;46:546–51.
4. Resch A, Staud C, Radtke C. Nanocellulose-based wound dressing for conservative wound management in children with second-degree burns. *Int Wound J.* 2021;18: 478–486. Kim, H.; Shin, S.; Han, D.
5. Review of History of Basic Principles Burn Wound Management. *Medicina* 2022;58: 400.

42. Epileptički napadi kod dece –urgentno zbrinjavanje

Doc Dr Ružica Kravljanac

Epileptički napadi predstavljaju događaj koji je posledica iznenadnih, ekscitabilnih pražnjenja velike grupe neurona u mozgu. Deca su posebno osetljiva kategorija s obzirom da su epileptički napadi najučestaliji u ranom uzrastu i znatno su češći u detinjstvu u poređenju sa odraslim osobama. Zbog toga je od velikog značaja da pedijatri i svi oni koji rade sa decom, uključujući i roditelje, staratelje, nastavnike u školama, vaspitače u vrtićima itd. budu obučeni za brzo prepoznavanje i adekvatno lečenje epileptičkih napada. Lekovi prve linije su benzodiazepini, a način primene i izbor zavise od okolnosti u koma se desio napad, uspostavljanja intravenske linije, uzrasta i sl. Tokom poslednjih desetak godina napravljen je veliki napredak u lečenju epileptičkih napada koji se mogu primeniti i od strane roditelja i drugih osoba koje nisu medicinski profesionalci. Neki od ovih preparata je odnedavno dostupno i u našoj zemlji. Tema predavanja je prikazivanje brze dijagnoze i principa akutnog lečenja epileptičkih napada, novine i savremeni terapijski pristup.

1. Kravljanac R, Jovic N, Tadic BV, Kravljanac D, Pekmezovic T. New-onset seizure presenting as status epilepticus: Etiology and clinical characteristics in a cohort of 236 children. *Seizure.* 2018 Dec; 63:79-84. doi: 10.1016/j.seizure.2018.05.011. Epub 2018 May 21. PMID: 30458341
2. Wang D, Li M, Pan Y, Lin Z, Ji Z, Zhang X, Tan M, Pan S, Wu Y, Wang S. Risk factors for super-refractory and mortality in generalized convulsive status epilepticus: a 10-year retrospective cohort study. *Ther Adv Neurol Disord.* 2023 Dec 25;16:17562864231214846. doi: 10.1177/17562864231214846. PMID: 38152090; PMCID: PMC10752052.
3. Bonardi CM, Nosadini M, Lorenzoni G, Tessari A, Santoro L, Pettenazzo A, Gregori D, Sartori S, Amigoni A. PICU Admission of Children for Status Epilepticus: Is There a Different Approach Between Referral and Second-Level Hospitals in an Italian Region? *Clin Pediatr (Phila).* 2023 Dec 24:99228231220174. doi: 10.1177/00099228231220174. Epub ahead of print. PMID: 38142368.
4. Lattanzi S, Giovannini G, Orlandi N, Brigo F, Trinka E, Meletti S. How much refractory is 'refractory status epilepticus'? A retrospective study of treatment strategies and clinical outcomes. *J Neurol.* 2023 Dec;270(12):6133-6140. doi: 10.1007/s00415-023-11929-2. Epub 2023 Aug 16. PMID: 37587268.
5. Trinka E. Phenobarbital in Status epilepticus - Rediscovery of an effective drug. *Epilepsy Behav.* 2023 Apr;141:109104. doi: 10.1016/j.yebeh.2023.109104. Epub 2023 Feb 18. PMID: 36807987

43. Hematurija kod dece

Asisst. Dr Jovana Putnik dr sci med

Hematurija se definiše nalazom pet ili više eritrocita u vidnom polju na velikomuvećanju mikroskopa u tri od tri uzastopna pregleda urina u razmaku od najmanje nedeljudana. Hematurija nije bolest, već znak koji može da se nađe u različitim oboljenjima i nekim fiziološkim stanjima. Može da bude mikroskopska ili makroskopska, prolazna ili perzistentna, kao i izolovana ili udružena sa proteinurijom ili drugim nenormalnostima urina. U odnosu na poreklo eritrocita, svi uzroci hematurije razvrstani su u dve grupe: neglomerulskog i glomerulskog porekla. Incidencija, klinička slika i prognoza zavise od osnovnog oboljenja. Dijagnostički proces se planira na osnovu precizno uzetih anamnestičkih podataka koji moraju da obuhvate i detaljnu porodičnu anamnezu, a terapija se usmerava ka osnovnom procesu koji je prouzrokovao hematuriju. Predavanje će pretežno biti usmereno ka nefrolitijazi kao jednom od vodećih uzroka hematurije kod dece, oboljenju kojemože biti praćeno različitim komplikacijama i koje neretko uzrokuje i akutno oštećenje bubrega.

1. Kallash M, Rheault MN. Approach to Persistent Microscopic Hematuria in Children. *Kidney360.* 2020;1(9):1014-20. doi: 10.34067/KID.0003222020. PMID: 35369549; PMCID: PMC8815596.
2. Henry M. Adam; Hematuria . *Quick References* 2020; 10.1542/aap.ppcqr.396080
3. Ari M.E., Ozlu S.G, Demircin G, Caltik Yilmaz A, Aydog O, et Bulbul M. Evaluation of Etiological Causes of Hematuria in Children *Turkish J Pediatr Dis/Türkiye Çocuk Hast Derg /* 2020; 14:480-7.
4. Akhavan Sepahi M, Akhavan Sepahi MH. Etiology of Hematuria in Children: A Review Article. *Journal of Pediatric Nephrology.* 2022; 10(4):149-53. <https://doi.org/10.22037/jpn.v10i4.40069>
5. Yap, HK., Shenoy, M. Approach to the Child with Hematuria and/or Proteinuria. In: Goldstein

E.F, Bagga S.L, Bates A, Shroff C.M, (eds) Pediatric Nephrology. Springer, Cham 2022..
https://doi.org/10.1007/978-3-030-52719-8_89

44. Akutna opstrukcija disajnih puteva kod pedijatrijskih pacijenata

Assist. Dr Ana Mandraš dr sci med

Respiratorna insuficijencija je vodeći uzrok srčanog zastoja kod dece a bolesti respiratornog sistema vodeći uzrok hospitalizacije u ovoj populaciji. Akutno nastala respiratorna insuficijencija nastaje kao posledica opstrukcije gornjih disajnih puteva bilo stranim telom, tumorom ili edemom mekih tkiva; i opstrukcije donjih disajnih puteva kao posledica različitih patoloških procesa koji zahvataju bronhiole. Bez obzira na etiologiju, akutno nastala opstrukcija disajnih puteva je uvod u preteći srčani zastoj te mora biti hitno lečena. U ovom predavanju će biti obrađeni najčešći uzroci i terapijski pristup lečenju akutne opstrukcije gornjih i donjih disajnih puteva. Takođe će biti predstavljeni aktuelni vodiči za rešavanje ove vrste hitnog stanja.

1. Abo Elmagd, E., El Hawary, B., Hassan, M.M. et al. Etiological profile of upper airway obstruction in infants. Egypt J Otolaryngol. 2020;36:36. <https://doi.org/10.1186/s43163-020-00034-0>
2. Ibekwe M.U, and Ni P. Upper Airway Obstruction among the Paediatric Population in the University of Port Harcourt Teaching Hospital: The Place of Tracheostomy in the Management. International Journal of TROPICAL DISEASE and Health. 2020;41(2), 46–52. <https://doi.org/10.9734/ijtdh/2020/v41i230254>
3. Bharathan SK, Swami VS, Bidari LH. Airway obstruction in children with COVID-19 presenting with stridor. Pediatr Inf Dis 2022;4(2):62–4.
4. Swain SK, Choudhury J, Dubey D. Open safety pin in the pediatric airway: our experiences at a tertiary care teaching hospital. MGM J Med Sci. 2022;9(3):356-61.
5. Engelhardt T, Fiadjoe JE, Weiss M, Baker P, Bew S, Echeverry Marín P et al. A framework for the management of the pediatric airway. Pediatr Anesth. 2019;29(10):985-92.

USMENE PREZENTACIJE ORIGINALNIH RADOVA**“ Preventivna medicina i zdravlje mladih-savremeni aspekti. Zaječar 2024.”**

1. ASTMA I GOJAZNOST U DEČIJEM UZRASTU: IZAZOVI U SAVREMENOM DOBU

dr Gordana Vidanović, dr Dijana Manić

2. ORGANIZOVANI PREVENTIVNI PREGLED ŠTITNE ŽLEZDE- NAŠA ISKUSTVA U DOMU ZDRAVLJA BELA Palanka

Dr Miljana Mladenović-Petrović1, dr Dragana Mitrović2, Dr Danijela Ćirić3

3. ICTERUS NEONATI PROPTER INHIBITORS IN LACTE MATRIS MKB P59.3, PRIKAZ SLUČAJA

Dragana Mitrović, Danijela Ćirić, Miloš Bogoslović, Miljana Mladenović Petrović

4. KARAKTERISTIKE TUBULEKTAZIJA VIĐENIH NA INTRAVENSKOJ UROGRAFIJI KOD SUNĐERASTOG BUBREGA.

Milan Božinović1, Milena Trandafilović2, Milena Božinović3, Ivana Mihajlović1

“Aktuelnosti u hirurgiji i srodnim granama. Zaječar - 2024.”

5. ODOJČE SA CISTIČNOM ABDOMINALNOM MASOM I RETENCIJOM URINA. *dr Ivana Lukić*

“Dijagnostika i konzervativna medicina. Zaječar 2024.”

6. REZULTATI LEČENJA LASEROM VISOKOG INTENZITETA OBOLELIH OD LUMBALNOG BOLA DISKALNE GENEZE.

dr Marija Garić

7. ПОРЕЂЕЊЕ БРОЈА ПОРОЂАЈА И СТАНОВНИКА ЗАЈЕЧАРСКЕ ОПШТИНЕ У ПЕРИОДУ ОД 1961. Г. ДО 2023. Г.

Прим. др Вера Најдановић Мандић

8. ZNAČAJ KOLPOSKOPSKOG PREGLEDA U OTKRIVANJU HPV INFEKCIJE KOD PACIJETKINJA SA UREDNIM CITILOŠKIM NALAZOM

Jasmina Mašović

9. KAKO SMO NEKADA PRIPREMALI, RADILI I PREZENTOVALI STRUČNE I NAUČNE RADOVE

Nebojša Paunković, Džejn Paunković

USMENE PREZENTACIJE ORIGINALNIH RADOVA**“ Preventivna medicina i zdravlje mladih-savremeni aspekti. Zaječar 2024.”****45. ASTMA I GOJZNOST U DEČIJEM UZRASTU: IZAZOVI U SAVREMENOM DOBU**

Dr Gordana V, Dr Dijana M. Specijalna bolnica za nespecifične plućne bolesti „Sokobanja”

Uvod: Astma i gojaznost su dve najznačajnije hronične bolesti detinjstva čija prevalenca paralelno raste i koje imaju značajan međusobni uticaj. Sa jedne strane gojaznost je faktor rizika za razvoj astme a sa druge strane kod dece koja boluju od astme gojaznost povećava težinu bolesti a može i modifikovati odgovor na β_2 agoniste. Odnos astma- gojaznost je složen i izazov je za savremeni pristup lečenju zbog značajne razlike u odnosu na klasičnu i/ili atopijsku astmu prevashodno zbog komorbiditeta poput gastroezofagealnog refluksa i sleep apnee. Stoga, danas se kao zaseban izdvaja fenotip astme gojazne dece sa svojim podtipovima: astma-gojazni i atopija, astma gojazni i insulinska rezistencija i astma-gojazni i dislipidemija.

Cilj: cilj ove studije je da prikaže značaj međusobnog uticaja astme i gojaznosti kod dece kao i izazove i razlike u lečenju u odnosu na klasičan pristup tretmanu astme.

Metod: metod koji smo koristili je pregled literature na PubMedu sa ključnim rečima „astma”, „gojaznost”, „fenotip”, „deca”, „ plućna funkcija”, kao i ključnim frazama „astma i gojaznost kod dece”, „astma i insulinska rezistencija”, „astma i dislipidemija”, „lečenje komorbiditeta astme”, „detinjstvo”, „efekat gubitka težine” i „efekat vežbanja”, „lečenje astme”. Odabir je vršen na osnovu inkluzionih faktora koji su se prvenstveno odnosili na pedijatrijsku populaciju, tip i godinu publikovanja studija. Iz izbora su isključene studije na adultima, publikovane stručne beleške i mišljenja kao i studije starije od 10 godina.

Rezultat: u poslednjih 4 decenije srećemo se sa pandemijom gojaznosti kod dece, sa nešto značajnijim rezultatima kod dece starije od 5 godina. Prevalenca astme raste sa incidencom gojazne dece i pojedine studije ukazuju da čak 23%-27% novih dijagnoza astme kod dece su direktno povezane sa postojećom gojaznošću. Treba naglasiti da sa druge strane gojaznost može biti i uzrok pogoršanja već postojeće bolesti ali postoje i mehanizmi da se gojaznost naknadno razvije kod astmatične dece.

Prekomerna težina može smanjiti ekspiratorni rezervni volumen (ERV) kao i funkcionalni rezervni kapacitet (FRC) i kod dece se sreće tipičan opstruktivni ventilacioni deficit. Revizijom literature opisana su tri podtipa astma-gojaznost fenotipa kod dece sto zahteva multidisciplinarni pristup, prevashodno endokrinologa i pulmologa simultano.

Zaključak: astma i gojaznost su visoko prevalentne bolesti detinjstva i nije svako dete sa vizingom i visokim body mass indexom (BMI) astma- gojazni fenotip ali svakako jeste u riziku za težu kliničku sliku bolesti. Stoga, jako važno je razlikovati faktore metaboličkog dizbalansa koji dovode do pojave astme ali isto tako i faktore gojaznosti koji utiču na težinu već postojeće astme. Takvim pristupom značajno se utiče i na pristup u lečenju ovih stanja i komorbiditeta, koji su još uvek izazovi, zahtevaju multidisciplinarni pristup ali mogu voditi i ka individualnom tretmanu.

Ključne reči: astma, gojaznost, deca, fenotip, plućna funkcija

46. Organizovani preventivni pregled štitne žlezde- naša iskustva u Domu zdravlja Bela Palanka

Dr Miljana Mladenović-Petrović¹, dr Dragana Mitrović², Dr Danijela Ćirić³

1 DOM ZDRAVLJA BELA PALANKA, 2 ZDRAVSTVENI CENTAR KNJAŽEVAC, 3 DOM ZDRAVLJA ZAJEČAR

Uvod- Štitna žlezda je najveća endokrina žlezda. Produkuje tiroksin i trijodironin. Oni su pod kontrolom tireostimulišućeg hormona iz prednjeg režnja hipofize. Nivo TSH u cirkulaciji je je pod kontrolom vrlo osetljive negativne povratne sprege sa slobodnim tiroidnim hormonima. Bolesti štitne zlezde se manifestuju kao poremećaji u sekreciji ili uvećanju same žlezde (struma) ili oba. One se javljaju u svim uzrastima, nešto su češće kod žena nego kod muškaraca. Klinički entiteti koji su najzastupljeniji su: je tiroiditis, zatim strume i hasimoto autimuni tiroiditis.

Cilj rada- Cilj rada je praćenje stanja štitne žlezde i hormonalnog statusa pacijenata koji su se javili sami na oragnizovani, dobrovoljni pregled štitne žlezde ultrazvukom 21.10. i 22.10.2023. u Domu zdravlja Bela Palanka. Ova akcija dostupnosti pregleda štitne žlezde je ovog vikenda sproveden u još 150 domova zdravlja širom Srbije. Radi potpune dijagnostike, kod pacijenata sa poremećajem u strukturi štitne žlede, određivani su hormoni FT4 I TSH.

Cilj istraživanja- Utvrditi zastupljenost promena štitne žlezde kod stanovnika koji su se javili posmatranog vikenda u matični Dom zdravlja.

Materijal i metode- Podaci su dobijeni iz tabele u koju su beleženi podaci svih pacijenata koji su savim dobrovoljno došli da ispituju stanje tvoje žlezde. Prednost su imali ljudi koji do tada nisu kontrolisali ovu žlezdu, zatim je beležen nađen ultrazvučni nalaz i nalaz hormona samo kod ljudi sa poremećajem u građi žlezde.

Rezultati- Prvog dana ispitivanja javilo se službi za radiologiju 64 ispitanika. Drugog dana se javilo 80 ispitanika. Veći broj je bilo žena 135 (93,75%), a 9 muškarca (6,25%). Među ženama je bilo 77 sa nalazom koji nije uredan, a među muškarcima 2. Na laboratorijsku dijagnostiku je poslato 92 ispitanika koji su imali neki poremećaj strukture štitne žlezde na ultrazvuku. Dominirali su primarni poremećaji žlezde. Nodoznu strumu je imalo 36 ispitanika. Uvećanu žlezdu je imalo 8 pacijenata. Nivo TSH hormona normalan 0,4-4,5 μ LU/ml je imao najveći broj pacijenata 70. Nizak nivo je imalo 16, a povišen do 10 μ LU/ml je imalo 6 ispitanika. FT4 hormon je kod svih 92 pacijenta bio u granicama normale 12-22pmol/l.

Zaključak- Simptomatologija oboljenja štitne žlezde se može javljati postepeno i ne mora biti toliko izražena, tako da nam ovi preventivni pregledi daju na značaju da se oni što pre otkriju. Bolesti štitaste žlezde sa smanjenom funkcijom mogu početi sa dobitkom u telesnoj masi, neraspoloženjem, tugom, melanhelijom. Danas se modernom dijagnostikom i evaluacijom otkriju bolesti u početnom stadijumu kada se simptomatologija ne razvije u potpunoj meri. Preventivnim radom izabranog lekara i lekara raznih specijalnosti mogu se na vreme otkriti faktori rizika, savetovati zdrave životne navike i time smanjiti rizik od razvoja bolesti. Neophodno je kroz edukaciju obnoviti i upotpuniti znanje izabranog lekara u oblasti oboljenja tiroidne žlezde i ohrabriti ih na aktivnije učešće u adekvatnom tretmanu svojih bolesnika.

Ključne reči- prevencija, štitna žlezda, terapija

47. Icterus neonati propter inhibitors in lacte matris MKB P59.3, prikaz slučaja

Dragana Mitrović, Danijela Ćirić, Miloš Bogoslović, Miljana Mladenović Petrović

Uvod: Žutica od majčinog mleka se razlikje od žutice dojenja i javlja se nakon 5.dana života. Smatra se da je uzrokovana povećanjem nivoa beta glukuronidaze u majčinom mleku. Cilj rada: Prikaz pacijnta, novorođenčeta sa novorođenačko žuticom izazvanom inhibitorima u majčinom mleku. Materijal i metode: Medicinska dokumentacija. Rezultat: žensko terminsko novorođenle, rođeno carskim rezom, karlična prezentacija, bistra plodova voda, AS 03/09, PM: 3450gr; PD: 49cm; OD: 34cm; OKG: 32cm, nije odmah zaplakalo, reanimirano, Krvna grupa majke i Rh faktor: O , RH negativna; Krvna grupa i RH faktor novorođenčta: O Rh pozitivna. Bilirubin iz pupčanika: Totalni (ukupni): 30,0umol/l; Direktni: 7,0umol/l. U 7.danu od rođenja vrednost ukupnog bilirubina: 288 uml/l; Direktni 14,6umol/l. Vrednosti bilirubina su rasle i nakon primenjivane diskontinuirane fototerapije i rehidracije te se posmnjalo na žuticu izazvanu inhibitorima u majčinom mleku. Majci je objašnjeno da održava laktaciju, a ojenje je isključeno u trajanju od 72 h. Odmah po isključivanju, u toku prva 24h je vrednost ukupnog bilirubina bila niža, a klinički ikterus kože i vidljivih sluzokoža manje izražen. Dojenje uspešno nastavljeno nakon 72h. Zaključak: Iako je novorođenče imalo više faktora koji su mogli da dovedu do povišenih vredosti ukpnog bilirubina u korist nekonjugovanog bilirubina, a gde bismo inače dobili povoljan klinički i laboratorijski odgovor na primenjenu fototerapiju, nakon isključivanja konzmiranja majčlinog mleka u kome pojačano dejstvo ima

beta glukuronidaza, došlo se do zaključka da u ovom slučaju nekonjugovana hiperbilirubinemija izazvana inhibitorima u majčinom mleku.

Ključne reči: žutica, novoroženče, inhibitori

48. KARAKTERISTIKE TUBULEKTAZIJA VIĐENIH NA INTRAVENSKOJ UROGRAFIJI KOD SUNĐERASTOG BUBREGA

Milan Božinović¹, Milena Trandafilović², Milena Božinović³, Ivana Mihajlović¹; 1VOJNA BOLNICA NOVI SAD; 2MEDICINSKI FAKULTET UNIVERZITETA U NIŠU; 3MEDICINSKI FAKULTET FOČA, UNIVERZITET U ISTOČNOM SARAJEVU

Uvod: Sundjerast bubreg ili Lenarduzijeva bolest predstavlja razvojnu anomaliju medule bubrega u kojoj nastaju proširenja distalnih delova sabirnih kanalića. Promene u meduli su najčešće obostrane, ređe je zahvaćen samo jedan bubreg. Cistične šupljine su različitog oblika, veličine od 0,1-1cm što meduli daje porozan izgled.

Cilj rada je bio da pokaže koje sve karakteristične nalaze možemo dobiti ispitivanjem sundjerastog bubrega intravenskom urografijom koja predstavlja zlatni standard.

Rendgenološka dijagnostika započinje nativnim snimkom urotakta, na kome se mogu otkriti manji i multipli kalkulusi, najčešće veličine zrna prosa, i raspoređeni su ili u polovima ili u nizu paralelno sa spoljnim rubom bubrega (uvek se nalaze u području bubrežnih piramida, periferno od čašica).

Na urogramima karakterističan nalaz predstavlja magličasto zasenčenje u suprapapilarnom delu piramide (pyramidal blush). Ove tubulektazije daju različit izgled proširenih sabirnih kanalića. Mogu biti senke vretenastog, lepezastog, zrakastog, četkastog, maljičastog, grozdastog izgleda, do trouglastih i kružnih cističnih proširenja koja daju sliku karakterističnih figura: grudve, plamena, rukavice, buketa cveća, svećnjaka, plodova na tanjiru, rozete, mozaika.

Još jedna od karakteristika promena kod sunderastog bubrega je da je usporena eliminacija kontrastnog sredstva iz cističnih proširenja, te su karakteristične promene vidljive i na odloženim – kasnim urogramima.

Zaključak: Ova raznolikost piramidalnih promena je glavna karakteristika sunderastog bubrega i ni za jednu drugu urođenu ili stečenu bubrežnu bolest. Zbog toga se mora upoznati karakteristični izgled tubulektazija, kako bi se odmah posumnjalo na sundjerast bubreg i postavila precizna dijagnoza.

Ključne reči: sundjerast bubreg, tubulektazije, sabirni kanalići, intravenska urografija.

“Aktuelnosti u hirurgiji i srodnim granama. Zaječar- 2024.”

49. ODOJČE SA CISTIČNOM ABDOMINALNOM MASOM I RETENCIJOM URINA

Autor: dr Ivana Lukić. Institucija: Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine Novi Sad

Uvod: Dvomesečno muško odojče javlja se u urgentnu hiruršku službu zbog distenzije trbuha koja traje oko tri dana unazad. Majka navodi kako odojče u proteklih par dana slabo jede, slabo mokri i oskudno prazni stolice.

Materijal i metod: Na nativnom Rtg abdomena ne uočavaju se znaci ileusa niti pneumoperitoneuma. Na ultrazvuku abdomena opisana je cistična masa najvećeg dijametra oko 10cm i slobodna bistra tečnost unutar trbuha. U laboratorijskim nalazima uočavaju se povišeni parametri inflamacije, višestruko povišene vrednosti uree i kreatinina, kao i hiponatremija.

Plasiran je urinarni kateter i evakuisano 395ml urina tokom prvih 30minuta, a potom još 80ml nakon 5mg furosemida. Na kontrolnom UZ abdomena se opisuje: prethodno opisivana cistična masa mogla bi odgovarati distendiranoj mokraćnoj bešici, iza koje se uočava još jedna cistična struktura (ureter? crevna vijuga?) dijametra oko 23mm.

Pacijent je smešten na Odeljenje pedijatrijske intenzivne nege i terapije, gde je lečen zbog akutne bubrežne insuficijencije (antibiotici, furosemid, alopurinol, parenteralna hidracija, korekcije unutrašnje sredine...). Nakon četiri dana načinjen je MRI koji ukazuje na postojanje strukture koja bi mogla odgovarati

tail-gut cisti ili prednoj meningoceli. Tumor-markeri (izuzev blago povišenog AFP) su bili u referentnim granicama.

Zaključak:

Načinjena je ekstirpacija pomenute presakralne mase uz resekciju kokcigealne kosti i parcijalnu resekciju sakruma. Patohistološki nalaz govorio je u prilog zrelog teratoma.

Ključne reči: cistična abdominalna masa

“Dijagnostika i konzervativna medicina. Zaječar 2024.”

50. REZULTATI LEČENJA LASEROM VISOKOG INTENZITETA OBOLELIH OD LUMBALNOG BOLA DISKALNE GENEZE

Dr Marija Garić. Spec. ordinacija medicine sporta "Sportrehamedica"

Uvod: Laser visokog intenziteta odabran je kao agens u lečenju obolelih od lumbalnog bola kao agens koji deluje brzo i efikasno bez nepoželjnih efekata.

Materijal i metod: U ordinaciji je tokom 2023.godine lečeno 32 pacijenta sa kliničkom slikom lumbalnog sindroma diskalne geneze. Svi pacijenti su pregledani od strane neurologa i fizijatra, bol ocenjen na prijemu i nakon završetka terapija VAS skalom, MRI verifikovanih PDH lumbalne regije sa i bez stenozе spinalnog kanala. Svi lečeni pacijenti imali su analgetsku i simptomatsku terapiju pre započinjanja lečenja. Primenjena je terapija laserom visokog intenziteta BTL snage 12W, talasne dužine 1064 NM, transmitter 15mm. Analgetski i regenerativan efekat terapije prema protokolu primenjivana u sesiji od 3-5 kod akutnih i 6-12 kod hroničnih stanja u trajanju od 2-8 minuta. Efekti primenjene terapije su kumulativni. Fotomehanička stimulacija receptora bola na dubini do 12cm kao i mehanička stimulacija nervnih završetaka i bolnih receptora, lokalne cirkulacije i limfne drenaže imale su za cilj smanjenje upalnog procesa i redukcije bolnog sindroma.

Zaključak:

Nakon završetka lečenja pacijenti su redukovanih subjektivnih tegoba, smanjenog bolnog sindroma i redukovanoг neurološkog deficita. Terapija je bezbolna, lako promenjiva, skraćuje se vreme lečenja.

Ključne reči: laser visokog intenziteta

51. Поређење броја порођаја и становника зајечарске општине у периоду од 1961. г. до 2023. г.

Вера Најдановић Мандић. Ординација „Harmony“ Зајечар

У условима вишедеценијске депопулације и пада наталитета који погађа нашу земљу изабрана тема је више него битна и актуелна (1). Депопулацију је потврдио попис становника Србије из 2022.г. који показује да нас је мање на нивоу целе земље (2). Посебно су угрожена рубна подручја, као што је Источна Србија, Тимочка крајина, где зајечарска (3) општина бележи пад како броја становника, тако и броја порођаја. „Бела куга“ или депопулација зајечарског округа и Тимочке крајине није пролазна појава већ је деценијама присутна, све више долази до изражаја и условљена је токовима живота. (1,3,5)

Циљ едукације је приказати тренд порођаја зајечарског породиштва од 1961. г. до 2023.г. у корелацији са резултатима пописа становништва наше општине од 1961. г. до 2022.г.

Прегледом доступних порођајних и оперативних протокола зајечарског породиштва за испитивани временски период од 1961. г. до 2023. г. уочава се да је укупан број порођаја 46.634 за 62 године. Број порођених жена per vias naturalis је 38.984 (79.75%), док је оперативно порођено царским резом (sectio cesarea-SC) 7.650 (20.43%) жена. У почетној години испитивања, када је број порођаја био 661, оперативно је завршено свега 16 (2,42%). Наредне две деценије представљају „златно доба“ зајечарског породиштва и 1983. г. је достигнут максимум порођаја - 1.176, при чему су 124 (10,54%) завршена оперативно. Након две „златне деценије“ следе четири деценије у којима број порођаја континуирано пада док истовремено расте број царских резова. Најмање порођаја је

било 2021. г. и то 309, док је SC било 46,28%. Највише царских резова, 57,59%, је било 2020. г. на 316 порођаја. Са проблемом царских резова се суочавају многе земље. Најновији доступни подаци (2010-2018) из 154 земље које покривају 94,5% светске живорођене деце, показује да је 21,1% жена широм света родило царским резом, а просеци се крећу од 5% у подсахарској Африци до 42,8% у Латинској Америци и на Карибима. Пројекције су показале да ће се до 2030. године 28,5% жена широм света породити царским резом у распону од 7,1% у подсахарској Африци до 63,4% у Источној Азији(6).

У првој години испитивања (1961), која је истовремено и пописна година, број порођаја је 661, а укупан број становника је 51.170. Године 2022. број становника је био 48.621, док је број порођаја 324. Попис становника Србије из 2022. године је забележио да се број становника општине Зајечар смањило у односу на претходни попис, пре 11 година, за 10.840 (18,23%), док је број становника у Србији мањи пола милиона. (2)

Као што се смањује број становника, смањује се број жена фертилног доба (15-49г.), још брже се смањује и број порођаја те у наредним годинама се не може очекивати позитивна промена уоченог тренда, самим тим биолошка будућност овог краја постаје неизвесна.

52. ZNAČAJ KOLPOSKOPSKOG PREGLEDA U OTKRIVANJU HPV INFEKCIJE KOD PACIJETKINJA SA UREDNIM CITILOŠKIM NALAZOM

Autor: Jasmina Mašović, Opšta bolnica Aurora, Beograd, Srbija

ABSTRAKT: Infekcija humanim papiloma virusom je najčešća seksualno prenosiva infekcija koja je u direktnoj vezi sa nastankom cervikalnih intraepitelних neoplazija i karcinoma grlića materice. Cilj preventivnih ginekoloških pregleda je rano otkrivanje i lečenje promena na grliću materice koje imaju potencijal da progrediraju ka displazijama težeg stepena (CIN 1-3). Citološki skrining nam daje informaciju o morfološkoj ćelija grlića, dok kolposkopija kao dijagnostička metoda daje informaciju o već nastalim promenama koje mogu biti uzrokovane i HPV infekcijom. Ovim radom obuhvaćeno je 50 žena koje su imale uredan citološki bris (PAP test) i neku kolposkopski viđenu promenu na grliću materice. Uziman je cervikalni bris na HPV infekcije (PCR metodom) i analizirano je koliko njih je imalo HPV infekciju, koliko je bilo infekcija sa visokorizičnim tipovima, koji tipovi virusa su najčešće dijagnostikovani i koje kolposkopske slike. Nađeno je da 76% ispitanih žena ima neku HPV infekciju, a od svih HPV pozitivnih pacijetkinja 68,4% imalo je infekciju nekim visokorizičnim tipom virusa (tip 16 i 31 najčešće).

Ključne reči: kolposkopija, HPV virusi, PAP test.

LITERATURA

1. V. Kesić: „HPV infekcija i skvamozni karcinom grlića materice-gde smo danas?“Srpski medicinski časopis Lekarske komore 2023.
2. B. Stanimirović: „Otkrivanje i lečenje bolesti cerviksa, vagine i vulve“ Elit medica 2012.
3. M.Schiffman, P.E. Castle, J.Jeronimo: „Human papillomavirus and cervical cancer“ Lancet 2007.
4. M.Plummer, M. Schiffman, P.E.Castle: A 2-year prospective study of human papillomavirus persistence among women with cytological diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance or low-grade squamous intraepithelial lesion. J Infect Dis 2007
5. G. Grubišić: „Posebnosti HPV genitalnih infekcija kod žena s kolposkopskog aspekta“, Medicus, 2009.

SADRŽAJ

PREVENTIVNA MEDICINA I ZDRAVLJE MLADIH-SAVREMENI ASPEKTI

1. МИГРАЦИОНА КРЕТАЊА И ЊИХОВ УТИЦАЈ НА ДЕМОГРАФСКИ РАЗВИТАК ТИМОЧКЕ КРАЈИНЕ <i>Олица Радовановић</i>	15
2. PREVENCIJOM DO ZDRAVOG POTOMSTVA - PRIKAZ PORODICE SA FENILKETONURIJOM <i>Војана Сokić</i>	16
3. ХИПОТОНИЈА КОД ОДОЈЧАДИ И МАЛЕ ДЕЦЕ <i>Др Бранкица Васић</i>	16
4. SAMOGRANIČAVAJUĆA ЕPILEPSIЈА SA CENTROTEMPORALNIM ŠILJCIMA – STARI ZNANAC U NOVOM RUHU <i>Dr Emil Vlajić</i>	17
5. ЗНАЧАЈ УНАПРЕЂЕЊА И ПРОМОЦИЈЕ СТРАТЕГИЈЕ ТЕСТИРАЊА НА ХИВ У ПОПУЛАЦИЈИ МЛАДИХ <i>Проф др Биљана Коцић</i>	17
6. Zašto je gojaznost dece i adolescenata značajan javno-zdravstveni problem? <i>Prim. mr sc. med. Dragana Lozanović</i>	18
7. POSLEDICE GOJAZNOSTI U DETINJSTVU I ADOLESCENCIЈI <i>Radovan Bogdanović</i>	18
8. Заштита деце од злостављања и занемаривања у систему здравствене заштите <i>Dr Mirjana Živković Šulović</i>	18
9. Metabolički sindrom kod mladih prevencija i terapija <i>Prim. mr sc med dr Bratimirka Jelenković</i>	20
10. Сексуално образовање младих у Србији <i>Проф. Др Вероника Ишпановић Радојковић</i>	20
11. Породична функционалност, ментални поремећаји и контрола шећерне болести тип 1 код адолесцената <i>Станковић М; Ристић А, Стевановић С, Стојановић А</i>	21
12. ADOLESCENTNA ZAPITANOST NAD SMISLOM ŽIVOTA I UREĐENJEM SVETA <i>Ljiljana Tešanović</i>	21
13. Улога плаката у превентивној медицини и здрављу младих <i>АСС Јована Николић</i>	22
14. Васпитни стилови и ментализација као предиктори склоности ка психосоматици <i>Проф. др Јелисавета Тодоровић</i>	22

AKTUELNOSTI U HIRURGIЈI I SRODNIM GRANAMA

15. TUMORI DIVERTIKULUMA MOKRAĆNE BEŠIKE <i>Prof dr sc med Sava Mičić</i>	23
16. Значај превенције тромбоемболијских компликација у гастроинтестиналној хирургији <i>Доц. Др сц. мед. Иван Пешић</i>	24
17. LJUDI SA ČETIRI PRSTA (REKONSTRUKCIЈA PALCA ŠAKE) <i>Ljubomir Panajotović, Marko Panajotović, Rade Panajotović</i>	25

AKTUELNOSTI U STOMATOLOGIЈI

18. REŠAVANJE PROBLEMA IMPLANTACIЈE U IZRAZITO USKIM ALVEOLARNIM GREBENOVIMA – SPLIT CREST TEHNIKA <i>Prof. dr Vladimir Biočanin</i>	26
19. Odontogena keratocista – izbor adekvatnog hirurškog tretmana? <i>Prof. dr Stevo Matijević</i>	26
20. NOVI STOMATOLOŠKI ASPEKTI PACIJENATA SUSPEKTNIH NA BAKTERIЈSKI ENDOKARDITIS <i>Prof. dr Goran Jovanović</i>	27

21. Stomatološke procedure kod kardiovaskularnih pacijenta sa rizikom od infektivnog endokarditisa i krvarenja	
<i>Prim Dr Sci Dušan Bastać</i>	28
22. DA LI LIVENE NADOGRADNJE ODLAZE U ISTORIJU?	
<i>Prof. dr Ivica Z. Stančić</i>	34
23. KOJIM PUTEM OD BEZUBOSTI DO ZUBA	
<i>Prof.dr Rade Živković</i>	35
24. KLINIČKI ZNAČAJ BIOKOMPATIBILNOSTI MATERIJALAZA IZRADU ZUBNIH PROTEZA	
<i>Prof. dr Milena Kostić</i>	35
25. Protezni stomatitis- savremeni pristup dijagnostici, terapiji i profilaksi oboljenja	
<i>Doc. dr Mirjana Perić</i>	36
26. Krunično-korenske frakture zuba, terapijski izazov	
<i>Prof. dr Dejan Marković</i>	36
27. HEMIJSKA KONTROLA DENTALNOG PLAKA	
<i>Prof. dr Vanja Petrović</i>	37
28. Kontrola bola i straha u dečijoj stomatologiji	
<i>Nataša Pejčić</i>	38

DIJAGNOSTIKA I KONZERVATIVNA MEDICINA

29. SRČANA INSUFICIJENCIJA SA OČUVANOM EJEKCIJOM FRAKCIJOM: OD DIJASTOLNE DISFUNKCIJE LEVE KOMORE DO SISTEMSKOG SINDROMA	
<i>Milica Dekleva</i>	39
30. Meteorizam i abdominalna distenzija	
<i>Zoran Joksimović</i>	40
31. Трoдимензионална (3Д) и четвородимензионална (4Д) ехокардиографија	
<i>Данијела Трифуновић</i>	40
32. НАТИВНА РАДИОГРАФИЈА АБДОМЕНА - СУМЊА НА ХИРУРШКИ ТРБУХ	
<i>Др Драган Васин</i>	41
33. RETKI UZROCI MOŽDANOG UDARA	
<i>Doc. dr sc. med. dr Biljana Živadinović</i>	41
34. Вештачка интелигенција у (судско) медицинској дијагностици	
<i>Др Алекса Лековић</i>	42
35. Обдукциона дијагностика	
<i>Проф. Др Слободан Николић</i>	43
36. ГЕНИ ДРЕВНИХ ПРЕДАКА И БОЛЕСТИ САВРЕМЕНИХ ЉУДИ	
<i>Др Џејн Паунковић</i>	43
37. Šta novo donose vodič Evropskog društva za arterijsku hipertenziju i 2023 Američki ACC/AHA vodič za horonični koronarni sindrom	
<i>Prim. dr sc. med. dr Dušan Bastać</i>	44

AKUTNA STANJA KOD DECE I MLADIH-PRAKTIČNI ASPEKTI

38. Akutni abdomen kod dece	
<i>Prof. dr Đorđe Savić</i>	45
39. Hirurško lečenje kamena u bubregu kod dece	
<i>Assist dr Predrag Ilić dr sci med</i>	46
40. Prelomi lakta u dečjem uzrastu	
<i>Assist. Dr Zoran Paunović dr sci med</i>	46
41. Hitno zbrinjavanje opekotina u dečjem uzrastu	
<i>Assist. Dr Đorđe Kravljjanac</i>	46
42. Epileptički napadi kod dece – urgentno zbrinjavanje	
<i>Doc Dr Ružica Kravljjanac</i>	47

43. Hematurija kod dece	
<i>Asisst. Dr Jovana Putnik dr sci med</i>	47
44. RANO Akutna opstrukcija disajnih puteva kod pedijatrijskih pacijenata	
<i>Assist. Dr Ana Mandraš dr sci med</i>	48

USMENE PREZENTACIJE ORIGINALNIH RADOVA 49

Preventivna medicina i zdravlje mladih-savremeni aspekti

45. ASTMA I GOJAZNOST U DEČIJEM UZRASTU: IZAZOVI U SAVREMENOM DOBU	
<i>Dr Gordana V, Dr Dijana M.</i>	50
46. Organizovani preventivni pregled štitne žlezde- naša iskustva u Domu zdravlja Bela Palanka	
<i>Dr Miljana Mladenović-Petrović, dr Dragana Mitrović, Dr Danijela Ćirić</i>	50
47. Icterus neonati propter inhibitors in lacte matris MKB P59.3, prikaz slučaja	
<i>Dragana Mitrović, Danijela Ćirić, Miloš Bogoslović, Miljana Mladenović Petrović</i>	51
48. KARAKTERISTIKE TUBULEKTAZIJA VIĐENIH NA INTRAVENSKOJ UROGRAFIJI KOD SUNĐERASTOG BUBREGA	
<i>Milan Božinović, Milena Trandafilović, Milena Božinović, Ivana Mihajlović</i>	52

Aktuelnosti u hirurgiji i srodnim granama

49. ODOJČE SA CISTIČNOM ABDOMINALNOM MASOM I RETENCIJOM URINA	
<i>dr Ivana Lukić.</i>	52

Dijagnostika i konzervativna medicina

50. REZULTATI LEČENJA LASEROM VISOKOG INTENZITETA OBOLELIH OD LUMBALNOG BOLA DISKALNE GENEZE.	
<i>Dr Marija Garić</i>	53
51. Поређење броја порођаја и становника зајечарске општине у периоду од 1961. г. до 2023. г.	
<i>Вера Најдановић Мандић</i>	53
52 ZNAČAJ KOLPOSKOPSKOG PREGLEDA U OTKRIVANJU HPV INFEKCIJE KOD PACIJETKINJA SA UREDNIM CITILOŠKIM NALAZOM	
<i>Jasmina Mašović</i>	54

**TI MOČKI
MEDICINSKI
GLASNIK**

**TI MOK
MEDICAL
GAZETTE**

**TI MOČKI
MEDICINSKI
GLASNIK**

**TI MOK
MEDICAL
GAZETTE**

GENERALNI SPONZOR 43.Timočkih medicinskih dana:



Ordinacija "Dr Bastać"

Zaječar, Kosančićev venac br. 16 tel. 019 432 333