

**TIMOČKI
MEDICINSKI
GLASNIK**



**TIMOK
MEDICAL
GAZETTE**

Glasilo zaječarske podružnice Srpskog lekarskog društva

Izlazi od 1976.

Vol. 47 (2022. godina)

SUPPLEMENT 2

YU ISSN 0350-2899

XLI TIMOČKI MEDICINSKI DANI

ZBORNİK SAŽETAKA

26.-28. MAJ 2022. godine

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

Izlazi od 1976.
has been published since 1976.

UREDNIŠTVO/ EDITORIAL

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

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

POMOĆNIK GLAVNOG I ODGOVORNOG UREDNIKA/ ASSISTANT EDITOR

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

ČLANOVI UREDNIŠTVA TMG

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

SEKRETARI UREDNIŠTVA/ EDITORIAL SECRETARIES

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

TEHNIČKI UREDNIK/ TECHNICAL EDITOR

Petar Basić, Zaječar

UREĐIVAČKI ODBOR/EDITORIAL BOARD

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

LEKTORI/PROOFREADERS

Srpski jezik/Serbian language:

Prof srpskog jezika Violeta Simić, philologist, Zaječar

Engleski jezik/English language:

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

VLASNIK I IZDAVAČ/OWNER AND PUBLISHER

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

ADRESA REDAKCIJE/EDITORIAL OFFICE

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

ADRESA ELEKTRONSKE POŠTE/E-MAIL

tmglasnik@gmail.com
dusanbastac@gmail.com

WEB ADRESA/WEB ADDRESS

www.tmg.org.rs

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

TEKUĆI RAČUN/ CURRENT ACCOUNT

Srpsko lekarsko društvo, podružnica Zaječar 205-167929-22

ŠTAMPA/PRINTED BY

Spasa, Knjaževac

TIRAŽ/CIRCULATION 500 primeraka/500 copies

CIP - Каталогизacija u publikaciji
Narodna biblioteka Srbije, Beograd

61

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

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

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



**TJMOČKI
MEDICINSKI
GLASNIK**

**TJMOK
MEDICAL
GAZETTE**

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

*Organizacioni odbor TMD
Uredništvo TMG*

ZBORNİK SAŽETAKA

XLI TIMOČKI MEDICINSKI DANI (TMD)

TRADICIONALNI SIMPOZIJUM STRUČNIH I NAUČNIH DOSTIGNUĆA
DOKTORA MEDICINE I STOMATOLOGIJE, 26. - 28. MAJ 2022. GODINE

U ZAJEČARU

ORGANIZATOR XLI TMD



Подружница Зајечар

SUORGANIZATORI XLI TMD

Zdravstveni centar Zaječar, Zaječar
Specijalna bolnica za rehabilitaciju
"Gamzigad"



Specijalna bolnica za rehabilitaciju
GAMZIGRAD
Gamzigradska Banja

**ZLATNI SPONZOR SVAKOG POJEDINAČNOG SIMPOZIJUMA U
OKVIRU XLI TMD**

AMICUS  Serbia
a Swixx BioPharma company

**“SPONZOR-IZLAGAČ” SVAKOG POJEDINAČNOG
SIMPOZIJUMA U OKVIRU XLI TMD**

Bonifar d.o.o.

Bonifar

Milbourg doo


Milbourg doo

XLI TIMOČKI MEDICINSKI DANI (TMD)

tradicionalni simpozijum stručnih i naučnih dostignuća doktora medicine i stomatologije, biće održani 26.-28. maja 2022. godine (četvrtak, petak, subota) u Zaječaru.

Organizator: SLD Podružnice Zaječar. **Suorganizatori:** Zdravstveni centar Zaječar, Specijalna bolnica za rehabilitaciju "Gamzigrad" Gamzigradska Banja

Način održavanja-HIBRIDNI (UŽIVO) I ON LAJN u vidu vebinara korišćenjem zoom platforme.

“ZLATNI SPONZOR SVAKOG POJEDINAČNOG SIMPOZIJUMA U OKVIRU XLI TMD”

AMICUS  **Serbia**
a Swixx BioPharma company

PROGRAM XLI TMD

RB	Datum,dan	Satnica	Vrsta edukacije	TEMA
	26.5.2022. četvrtak	09:00-09:30	Svečano otvaranje	
1	26.5.2022. četvrtak	08:10-14:30	Nacionalni simpozijum	41. Timočki medicinski dani, "Preventivna medicina - savremeni aspekti" Zaječar 2022.
2	26.5.2022 četvrtak	16:00-18:10	Ostali nacionalni seminari	Problemi zdravlja mladih.
3	27.5.2022 petak	08:00-14:30	Nacionalni simpozijum	Aktuelnosti u hirurgiji i srodnim granama - 2022.
4	27.5.2022. petak	16:00-18:30	Ostali nacionalni seminari	Aktuelnosti u oralnoj hirurgiji i stomatologiji, Zaječar 2022.
5	28.5.2022. subota	08:15-14:30	Nacionalni simpozijum	Dijagnostika i konzervativna medicina - Povratak na osnove kliničke medicine 2022.
6	28.5.2022. subota	16:00-19:15	Ostali nacionalni seminari	Ultrazvuk u akušerstvu i ginekologiji od intrauterinog perioda do menopauze i skrining raka grlića materice

Članovi Organizacionog Odbora

Srpsko lekarsko društvo Podružnica Zaječar - Rasadnička bb, 19000 Zaječar

- **Predsednik Predsedništva SLD Podružnica Zaječar: Prim mr sci. med. dr Bratimirka Jelenković.** Član Predsedništva SLD. - pedijatar subspecialista endokrinolog ZC Zaječar, Rasadnička bb; Dečije odeljenje. Ul. Pere Radovanovića E7/19. 19 000 Zaječar. Kontakt telefon: 062 80 39 570. Mejl adresa: bratimirkajelenkovic@gmail.com; sld.podruznicazajecar@gmail.com
- **Potpredsednik Predsedništva SLD Podružnica Zaječar Prim. dr sc. med. dr Dušan Bastać,** specialista internista-kardiolog, magistar i doktor medicinskih nauka, FESC, Evropski specialista za hipertenziju, Privatna ordinacija „Dr Bastać“, Zaječar. Telefoni za kontakt i adresa: INTERNISTIČKA ORDINACIJA Dr BASTAĆ. Kosančićev venac 16. 019/432333, 063/402396. Mejl: dusan.bastac@gmail.com; dbastac.ordinacija@gmail.com
- **Potpredsednik Predsedništva SLD Podružnica Zaječar Dr Brankica Vasić** - Pedijatar. Dispanzer za zdravstvenu zaštitu predškolske i školske dece. DZ, ZC Zaječar. Kontakt telefon: 062 80 39 582. Mejl: vasicbrankica367@gmail.com.
- **Dr Ljiljana Jovanović** Sekretar i blagajnik Predsedništva SLD Podružnica Zaječar: Pedijatrijska služba. ZC Zaječar, Rasadnička bb. Zaječar. 19000. Ul Nikole Pašića 9/5. Kontakt telefon: 062 88 506 20;0641957700. Mejl: ljiljanaj0104@gmail.com
- **Dr Zoran Jelenković** Predstavnik SLD Podružnice Zaječar za Skupštinu SLD: urolog, Republicki fond zdravstvenog osiguranja, Filijala Zaječar, Zaječar. Ul: Karadžićeva 2/1-18. Telefon: 019/425844; 064/6133611. Mejl adresa: zoran.jelenkovic@gmail.com
- **Mr sc dr Zoran Joksimović.** Specialista Internista, magistar medicinskih nauka. Internistička ordinacija „JOKSIMOVIĆ“ Bor.
- **Prim dr sci. med. Vladimir Mitov** Interna medicina; Magistar kardiologije ZC Zaječar, Rasadnička bb, Interno odeljenje
- **Prim mr. sci. med. dr Predrag Marušić** Epidemiolog ZZJZ "Timok" Sremska 13, Zaječar 19 000
- **Prim. dr Vera Najdanović Mandić,** specialista ginekologije i akušerstva. Služba za zdravstvenu zaštitu žena. DZ, ZC Zajecar, Rasadnička bb.
- **Prim. dr Vesna Petković,** stomatolog, specialista stomatološke protetike. Privatna stomatološka ordinacija „Protektdent“. Ul Narodni front 41 a, Zaječar
- **Dr Rade Kostić,** specialista fizikalne medicine i rehabilitacije. Specialna bolnica za rehabilitaciju "Gamzigad"; Gamzigradska banja. Adresa: Banjski trg 12, 19228 Gamzigradska Banja
- **Dr Goran Jović.** Na specializaciji iz Oralne hirurgije. Stomatološka služba. DZ, ZC Zaječar.
- **Dr Biljana Popović.** Ginekolog akušer. Privatna ginekološka ordinacija "GEOFEMINA". Zaječar
- **Dr Biljana Stanković.** Lekar opšte medicine. Služba opšte medicine. DZ, ZC Zaječar.
- **Dr Miloš Protić.** Specialista Opšte meidcine. Služba opšte medicine. DZ, ZC Zaječar.
- **Dr Danijela Ćirić.** Specialista opšte medicine. ZC Zaječar, Rasadnička bb. Opšta medicina
- **Dr Marko Jović.** Lekar na specializaciji iz Dečije hirurgije. Opšta bolnica Zaječar. ZC Zaječar.
- **Dr Tanja Jović.** Lekar opšte medicine. Dispanzer za zdravstvenu zaštitu predškolske i školske dece. DZ, ZC Zaječar.
- **Dr Zorica Stojadinović,** infektolog. Produženo lečenje. ZC Zaječar, Rasadnička bb.
- **Dr Ivica Urošević,** na specializaciji iz mikrobiologije. ZZJZ "Timok" Sremska 13, Zaječar 19 000.

Zdravstveni centar Zaječar, Zaječar - Rasadnička bb, 19000 Zaječar

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

Specialna bolnica za rehabilitaciju "Gamzigad"

- Gamzigradska banja. Adresa: Banjski trg 12, 19228 Gamzigradska Banja. Direktor Dr Rade Kostić, specialista fizikalne medicine i rehabilitacije.

Članovi Naučnog Odbora

Predsednik

Prim. dr sc. med. dr Dušan Bastać, specijalista internista-kardiolog, magistar i doktor medicinskih nauka, FESC, Evropski specijalist za hipertenziju, Privatna ordinacija „Dr Bastać“, Zaječar. Telefoni za kontakt i adresa: INTERNISTIČKA ORDINACIJA Dr BASTAĆ. Kosančićev venac 16. 019/432333, 063/402396.. Mejl: dusan.bastac@gmail.com; dbastac.ordinacija@gmail.com

Članovi

- Prof. dr Nebojša Paunković. Ordinacija „Dr Paunković“, Zaječar
- Prim dr sci. med. Željka Aleksić Nuklearna medicina ZC Zaječar, Rasadnička bb, Služba za nuklearnu medicinu
- Prim dr sci. med. Vladimir Mitov Interna medicina; Magistar kardiologije ZC Zaječar, Rasadnička bb, Interno odeljenje
- Prim mr sci. med. dr Bratimirka Jelenković pedijatar subspecijalista endokrinolog ZC Zaječar, Rasadnička bb; Dečje odeljenje
- Prim dr sci. med. Aleksandar Aleksić Interna medicina; Magistar endokrinologije Specijalistička internistička ordinacija ALEKMED Zaječar
- Prim mr. sci. med. dr Predrag Marušić Epidemiolog ZZJZ "Timok" Sremska 13, Zaječar 19 000
- Prim mr. sci. med. dr Miodrag Đorđević Interna medicina; Magistar endokrinologije ZC Zaječar, Rasadnička bb, Interno odeljenje
- Prim dr sci. med. Biserka Tirmenštajn Janković internista-nefrolog; Magistar nefrologije ZC Zaječar, Rasadnička bb Odeljenje hemodijalize
- Prim mr. sci. med. dr Olica Radovanović, specijalista socijalne medicine. Zavod za javno zdravlje «Timok» Zaječar.

41. TIMOČKI MEDICINSKI DANI I DAN „ PREVENTIVNA MEDICINA-SAVREMENI ASPEKTI” Zaječar 2022. 26.05.2022. četvrtak. Zaječar

PRESEDAVAJUĆI: Prof. Prim. mr sci med Bratimirka Jelenković. Prim. Dr Bojana Cokić. Dr Brankica Vasić.			
satnica	predavači		teme
08:15-09:00	Registracija učesnika		
09:00-9:30	Svečano otvaranje 41. TMD Ispred organizatora SLD Podružnice Zaječar: Prim Dr Sc Dušan Bastać. Prim Mr Sc Dr med Bratimirka Jelenković. Dr Brankica Vasić. Dr Zoran Jelenković Ispred suorganizatora: ZC Zaječar: Dr Miroslav Stojanović, direktor ZC Zaječar. Specijalna bolnica za rehabilitaciju Gamzigrad Gamzigradska Banja: Dr Rade Kostić direktor		
	Muzički program		
09:30-09:50	Torill Sauer, Professor Torill Sauer. senior consultant, Department of Pathology, Akershus University Hospital	predavanje	Mammography screening in Norway and subtypes of ductal carcinoma in situ (DCIS).
09:50-10:05	Prof. dr Biljana Kocić	predavanje	Epidemiološke karakteristike HIV infekcije na teritoriji Nišavskog okruga
10:05-10:20	Dr sci med dr Katarina Sedlecki	predavanje	"Prevenција infekcije humanim papiloma virusom u adolescenciji".
10:20-10:35			Diskusija sa predavačima na teme iz prvog dela
10:35-10:55	Prof. dr Zoran Radovanović	predavanje	EPIDEMIOLOGIJA I PREVENCIJA KOVIDA 19.
10:55-11:15	Dr sci med Petar Paunović, učitelj zdravlja	predavanje	"Jubilej, 50 godina od epidemije Variole vere u Jugoslaviji. Uticaj epidemije na razvoj preventivne medicine u Srbiji i na području Timočke Krajine i stvaranje srpske epidemiološke doktrine"
11:15-11:30			Diskusija sa predavačima na teme iz drugog dela
11:30-11:50	Prim. mr sci med dr Miodrag Đorđević	Sponzorisani simpozijum NovoNordisk DO O	"Novo poglavlje u terapiji DMT2"
11:50-12:10		Pauza za odmor	
12:10-12:25	Asist. dr sci. med Katarina Mitrović	Predavanje	Kongenitalni hipotiroidizam
12:25-12:40	Prim. mr sci med Bratimirka Jelenković	Predavanje	Nizak rast dece i mladih-šta se očekuje od lekara na primarnom i sekundarnom nivou zdravstvene zaštite
12:40-12:55	Dr Brankica Vasić	predavanje	Mišično skeletni (MSK) bol kod dece i mladih
12:55-13:10		Diskusija	Diskusija sa predavačima na teme iz trećeg dela
13:10-13:50		Pauza za odmor i koktel	
	Otvoravanje XIV izložbe fotografija AD MANUM MEDICI 2022.		
13:50-14:30	Usmene prezentacije originalnih radova Poster prezentacije i diskusije originalnih radova		
13:50-14:00	Nensi Mitrović-Stevanović. Unapređenje logopedске prakse u Zdravstvenom centru Negotin kroz projektne aktivnosti. On lajn		
14:00-14:10	Mitrović D1, Bogoslović M2, Ćirić D3, Mladenović Petrović M4, Jakovljević M5. DAUNOV SINDROM (DOWN SYNDROME) – ZNAČAJ PRENATALNE DIJAGNOSTIKE, PRIKAZ SLUČAJA. on lajn		
14:10-14:20	Milan Božinović¹, Ivana Mihajlović¹, Zoran Ivković¹, Milena Božinović², Rajko Savković³, Aleksandar Jovanovski³, Najčešći uzročnici infekcija urinarnog trakta kod pacijenata starije životne dobi lečenih u Vojnoj bolnici u Novom Sadu. Autor: Dr Milan Božinović Autor: dr Slobodan Milošević. Zaječar. Medicina i javno zdravlje u filateliji Srbije i ex-YU. Poster prezentacija. Vojna bolnica Novi Sad. on lajn (biće održano u subotu iz tehničkih razloga		
14:20-14:30	Dodela sertifikata.		

*predavanje, vežbe, seminar, radugrupi itd.

**Tradicionalni Satelitski simpozijum u okviru 41. Timočkih
medicinskih dana
“Problemi zdravlja mladih” Zaječar 2022. 26.05.2022. četvrtak**

PRESEDAVAJUĆI: Prof. Dr Jelisaveta Todorović. Ljiljana Tešanović. Prim. mr sc med dr Bratimirka Jelenković			
Satnica	Tema	Metod obuke*	Predavač
16.00-16.15	registracija učesnika		
16.15-16.30	Svečano otvaranje i upoznavanje učesnika sa temama seminara. TEST		
16.30-16.45	Podsticanje mentalizacije u vaspitno-savetodavnom radu sa adolescentima	predavanje	Prof. Dr Jelisaveta Todorović
16.45-17.00	NE/ZDRAVI STILOVI ŽIVOTA MLADIH	predavanje	Ljiljana Tešanović
17.00-17.25		Diskusija na teme iz prvog dela seminara	Moderatori: Prof. dr Jelisaveta Todorović i Ljiljana Tešanović.
17.25-17.40	TELESNI DISMORFNI POREMEĆAJ (DISMORFOFOBIJA)	predavanje	Doc. Dr Miodrag Stanković
17.40-17.55	Uticao medija na zdravlje mladih	predavanje	Prim. mr sc med dr Bratimirka Jelenković
17.55-18.10	Uticao pandemije KOVID-19 na mentalno zdravlje dece i adolescenata	predavanje	Dr Brankica Vasić
18.10-18.30		Diskusija na teme iz drugog dela seminara	Moderatori: Doc. Dr Miodrag Stanković; Prim. mr sc med dr Bratimirka Jelenković; Dr Brankica Vasić
18.30	Test. Zatvaranje seminara		

**SIMPOZIJUM 41. TIMOČKI MEDICINSKI DANI
“AKTUELNOSTI U HIRURGIJI I SRODNIM GRANAMA-2022”
27.MAJ 2022 PETAK OD 09-14:30 h. SLD ZAJEČAR**

PRESEDAVAJUĆI: Prof. Dr. Vladimir Ćuk, Dr. Zoran Jelenković, Dr. Milomir Marinković.				
	Satnica	Tema	Metod obuke*	Predavač
	08:30-9:00	Registracija učesnika		
1	09:00-09:15	Laparoskopska operacija GERB i Hijatus hernije; iskustvo posle 600 urađenih operacija	predavanje	Prof. Dr. Miloš Bjelović
2	09:15-09:30	Early outcomes of laparoscopic total gastrectomy in locally advanced gastric cancer	predavanje	Dr. Nikolay Semenov
3	09:30-09:45	Hirurgija u lečenju krvarenja iz gornjih partija gastrointestinalnog trakta	predavanje	Ass. dr. sci. med. dr. Ivan Pešić
	09:45-10:15	Diskusija		
4	10:15-10:30	Savremeni pristup u lečenju karcinoma debelog creva	predavanje	Prof. Dr. Vladimir Ćuk
5	10:30-10:45	Savremena hirurgija jetre	predavanje	Prof. Dr. Miroslav Stojanović
6	10:45-11:00	Savremena dijagnoza i lečenja kalkuloze bubrega	predavanje	Prof. Dr. Sava Mičić
	11:00-11:15	Diskusija		
	11:15-11:30	Pauza		
7	11:30-11:45	Dijagnostički i terapijski izazovi u rešavanju lumbalnog bola i lomboishialgije	predavanje	Prof. Dr. Ivan Stefanović
8	11:45-12:00	Optimalna strategija za lečenje tesne aortne stenozе.	predavanje	Prof. dr. Svetozar Putnik
9	12:00-12:15	Baron Guillom Dipuytren. kontraktura šake.	predavanje	Prof. dr. Ljubomir Panajotović
	12:15-12:30	Diskusija		
10	12:30-12:45	Povrede izazvane električnom strujom u dece	predavanje	Ass. dr. sci. med. dr. Đorđe Kravljanac
11	12:45-13:00	KOREKTIVNA OSTEOTOMIJA TIBIJE	predavanje	Prof. dr. Zoran Golubović
	13:00-13:10	Diskusija		
	13:10-13:40	Koktel		
	13:40-14:30	Usmene i poster prezentacije originalnih radova		
	13:40-13:50	INFEKCIJA RANE OTVORENOG PRELOMA POTKOLENICE KOD POLITRAUMATIZOVANOG BOLESNIKA	Usmena prezentacija	Dr. Ivan Golubović
	14:30-	zatvaranje simpozijuma		

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

SEMINAR
27.05.2022. - petak
Tradicionalni Satelitski simpozijum u okviru 41.Timočkih
medicinskih dana

“AKTUELNOSTI U ORALNOJ HIRURGIJI I STOMATOLOGIJI” Zaječar 2022.

PRESEDAVAJUĆI: Prim. Dr Vesna Petković. Dr Marija Milić Randelović. Dr Goran Jović			
Satnica	Tema	Metodobuke*	Predavač
16.00-16.15	Registarcija učesnika		
16.15-16.30	Svečano otvaranje i upoznavanje učesnika sa temama seminara. ULAZNI TEST		
16.30-16.15	Materijali za šivenje u oralnoj hirurgiji	predavanje	Prof. Dr Vladimir Biočanin
16.15-16.25		Diskusija na teme iz oralne hirurgije	Moderator: Prof. dr Vladimir Biočanin
16.25-16.55	MOGUĆNOSTI REKONSTRUKCIJE ENDODONTSKI LEČENIH ZUBA	predavanje	Prof. dr Sonja Apostolska
16.55-17.10	PROTETSKA REHABILITACIJA PACIJENATA STARIJE DOBI SA KOMORBIDITETIMA	predavanje	Prof. dr Ivica Z. Stančić
17.10-17.25		Diskusija na teme iz stomatološke protetike	Prof. dr Sonja Apostolska Prof.dr Ivica Z. Stančić.
17.25-17.40	Ojačani kompozitni kočići u restauraciji endodontski lečenih zuba	predavanje	Prof. dr Dejan Marković
17.40-17.55	Dentalna ergonomija-rizici i preporuke	predavanje	Dr. sci Nataša Pejčić-Barać
17.55-18:10		Diskusija na teme iz drugog dela seminara	Dr. sci Nataša Pejčić-Barać
18:10	Test.Zatvaranje seminara		

SIMPOZIJUM 41. TIMOČKI MEDICINSKI DANI III DAN „DIJAGNOSTIKA I
KONZERVATIVNA MEDICINA-Povratak na osnove kliničke medicine
2022. 28.05.2022. Subota 08:25-14:30

PRESEDAVAJUĆI: Prim Dr Sc Biserka Tirmenštajn Janković. Prim Dr Sc Dušan Bastać .Mr Sc Dr Zoran Joksimović			
Satnica	Tema	Metodobuke*	Predavač
08:25-08:40	Orginalni radovi -usmene i poster prezentacije		
08:25-08:40	Dr Anastasija Raščanin. Prim Dr Sc Dr med Dušan FESC Dr Mila Bastać.Značaj oralne antikoagulantne terapije u prevenciji tromboembolijskih komplikacija kod pacijenta sa atrijalnom fibrilacijom		
08:40-09:00	Znacaj kontrole parametara koagulacije u postkovid periodu-procena rizika za pojavu tromboembolijskih komplikacija ,produžena antikoagulantna/antiagregaciona terapija ?	predavanje	Prim Dr Snežana Pavlović
09:00-09:15	Anamneza -veština i umetnost kliničke medicine	predavanje	Mr Sc Dr Zoran Joksimović
09:15-09:30	Fizikalni pregled: neiskorišćene mogućnosti i ograničenja	predavanje	Prim Dr Sc Dušan Bastać
09:30-09:45	Posebnosti anamneze i fizikalnog pregleda kod dece i mladih	predavanje	Prim Mr Sc Dr med Bratimirka Jelenković
09:45-09:55	Diskusija 10 minuta		
09:55-10:15	Neurološki pregled Šta o tome treba da zna svaki lekar ?	predavanje	Doc Dr Sc Biljana Živadinović
10:15- 10:30	Interpretacija laboratorijskih parametara u bazičnoj dijagnostici- šta o tome treba da zna svaki lekar ?	predavanje	Prim Dr Sc Biserka Tirmenštajn Janković
10:30-10:45	Elektrokardiogram -EKG: Šta o tome treba da zna svaki lekar?	predavanje	Prim Dr Sc Dr Med Vladimir Mitov
10:45-10:55	Diskusija 10 minuta		
10:55-11:10	Promena paradigme u lečenju hronične srčane insuficijencije po ESC vodiču 2021 -Novi inovativni lekovi u fokusu	predavanje	Prim Dr Sc Dušan Bastać

11:10-11:55	Kompanija Boehringer Ingelheim		stručni sastanak
11:10-11:30	Empagliflozin u rukama kardiologa Nove perspektive u lečenju srčane slabosti sa smanjenom ejakcionom frakcijom	predavanje	Prim Dr Sc Dušan Bastać
11:30-11:50	Srčana slabost s očuvanom ejakcionom frakcijom Da li konačno imamo rešenje?	predavanje	Prim Dr Sc Dr Med Vladimir Mitov
11:50-11:55			Diskusija
11:55-12:05	Pauza 10 min		
12:05-12:20	Radiografija pluća i srca - šta o tome treba da zna svaki lekar?	predavanje	Prof Dr Sc Ruža Stević
12:20-12:35	Bazična ultrazvučna dijagnostika- Šta o tome treba da zna svaki lekar.	predavanje	Dr med Dragan Vasin
12:35-12:50	Magnetna rezonanca šta o tome treba da zna svaki lekar	predavanje	Prof.Dr Sc Ružica Maksimović
12:50-13:00	Diskusija 10 minuta		
13:00-13:30	Pauza 30 minuta		
13:30-13:45	Degenerativna oboljenja sinovijalnih zglobova – osteoartroze, savremeni pristup	predavanje	Doc Dr Bojana Stamenković
13:45-13:55	Diskusija 10 minuta		
13:55-14:10	Orginalni radovi: Milan Božinović¹ , Ivana Mihajlović ¹ , Zoran Ivković ¹ , Milena Božinović ² , Rajko Savković ³ , Aleksandar Jovanovski ³ , Najčešći uzročnici infekcija urinarnog trakta kod pacijenata starije životne dobi lečenih u Vojnoj bolnici u Novom Sadu. Lukić I ¹ , Lukić I ² ANEURIZMA POPLITEALNE ARTERIJE – NEUOBIČAJEN UZROK BOLA U KOLENU KOD SPORTISTA. Poster prezentacija		

SEMINAR Tradicionalni Satelitski simpozijum u okviru 41.Timočkih medicinskih dana

“SEMINAR IZ AKUŠERSTVA I GINEKOLOGIJE Zaječar 2022.” 28.05.2022. - subota

I deo: Ultrazvuk u akušerstvu i ginekologiji od intrauterinog perioda do meopauze

II deo: Skrining raka grlića materice

PRESEDAVAJUĆI: Prim. dr Vera Najdanović Mandić. Dr Zoran Roško. Prim. dr Bojana Cokić			
Satnica	Tema	Metodobuke*	Predavač
16.00-16.15	Registracija učesnika Svečano otvaranje i upoznavanje učesnika sa temama seminara. “Ulazni test”		
16.15-16.30	Predstavljanje vodiča Ginekološko-akušerske sekcije Srpskog lekarskog društva za ultrazvučni pregled u trudnoći. -PRVI DEO	predavanje	Prof. dr Olivera Kontić-Vučinić
16.30-16.45	Predstavljanje vodiča Ginekološko-akušerske sekcije Srpskog lekarskog društva za ultrazvučni pregled u trudnoći. - DRUGI DEO	predavanje	Dr sci. med Aleksandra Novakov Mikić
16.45-17.00	Kongenitalne anomalije	predavanje	Prim. dr Bojana Cokić
17.00-17.15		Diskusija na teme iz prvog dela seminara	
17.15-17.30	Ultrazvučna dijagnostika adneksalnih masa	predavanje	Doc. dr Aleksandra Petrić
17.30-17.45	Ultrazvuk u dečijoj i adolescentnoj ginekologiji.	predavanje	Naučni saradnik; IFEPAG Zoran Stanković
17.45-18.00	GINEKOLOŠKI ULTRAZVUK U PRIMARNOJ I SEKUNDARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI – OGRANIČENJA I DILEME	predavanje	Dr Zoran Roško
18.00-18.15		Diskusija na teme iz drugog dela seminara	
18.15-18.30	Cervical Cancer screening in Norway: In transition to primary HPV testing and trying to cope with the effects of the corona pandemic	predavanje	Torill Sauer, senior pathologist and professor emerita
18.30-18.45	SKRINING RAKA GRLIĆA MATERICE U VREME KORONE U ZAJEČARU	predavanje	Prim. dr Vera Najdanović Mandić

18.30-19:00	The role of immunocytochemical examination of co-expression of p16/Ki67 markers (CINtecPlus test) in cervical cancer screening.	predavanje	Dr Putova Maria
19:00-19.15	The Netherlands. HPV-self sample kit as birthday present in The Netherlands"	predavanje	Mathilde E. Boon. Leiden Cytology and Pathology and professor emerita
19.15-19.35		Diskusija na teme iz trećeg dela seminara	
19.35	Test. Zatvaranje seminara		

**SIMPOZIJUM 41. TIMOČKI MEDICINSKI DANI IDAN
„ PREVENTIVNA MEDICINA-SAVREMENI ASPEKTI” Zaječar 2022.
26.05.2022. četvrtak. Zaječar**

SPISAK PREDAVAČA

1. Prof. dr Zoran Radovanović. Redovni profesor Medicinskog fakulteta u penziji. Uža naučna oblast Epidemiologija: TEMA: EPIDEMIOLOGIJA I PREVENCIJA KOVIDA 19.
2. Dr sci med Petar Paunović, učitelj zdravlja. TEMA: "Jubilej, 50 godina od epidemije Variole vere u Jugoslaviji. Uticaj epidemije na razvoj preventivne medicine u Srbiji i na području Timočke Krajine i stvaranje srpske epidemiološke doktrine"
3. Prim Mr sci. med .dr Bratimirka Jelenković pedijatar subspecijalista endokrinolog; Dečije odeljenje ZC Zajecar, Rasadnicka bb. Uža naučna oblast: Pedijatrijska endokrinologija TEMA: Nizak rast dece i mladih-šta se očekuje od lekara na primarnom i sekundarnom nivou zdravstvene zaštite
4. Dr Brankica Vasić. Pedijatar. ZC Zaječar. Uža naučna oblast: Pedijatrija. Razvojni problemi dece i mladih. TEMA Mišićno skeletni (MSK) bol kod dece i mladih
5. Prof. dr Biljana Kocić. Epidemiolog. Redovni profesor Medicinskog fakulteta u Nišu. Uža naučna oblast: epidemiologija. Zdravstveno vaspitanje. TEMA: Epidemiološke karakteristike HIV infekcije na teritoriji Nišavskog okruga
6. Dr sci med dr Katarina Sedlecki. Savetnik u Republičkom centru za planiranje porodice Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić". Uža naučna oblast: Planiranje porodice, dečija i adolescentna ginekologija, reproduktivnozdravlje mladih TEMA: Prevenција infekcije humanim papiloma virusom u adolescenciji
7. Prof. dr Torill Sauer. senior consultant, professor. Department of Pathology Akershus University Hospital. Mammography screening in Norway and subtypes of ductal carcinoma in situ (DCIS).
8. Asist. dr sci. med Katarina Mitrović. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić" Beograd, Uža naučna oblast: Pedijatrijska endokrinologija. TEMA: Kongenitalni hipotiroidizam (KH)
9. Dr Ljiljana Jovanović. Pedijatar. Pedijatrijska služba ZC Zaječar. TEMA: Dojenje

ЕПИДЕМИОЛОШКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ХИВ ИНФЕКЦИЈЕ НА ТЕРИТОРИЈИ НИШАВСКОГ ОКРУГА

Prof. dr Biljana Kocić, Epidemiolog. Redovni profesor Medicinskog fakulteta u Nišu

Од почетка ХИВ пандемије, у свету је инфицирано 79,3 милиона а умрло 36,3 милиона људи. У Републици Србији је у периоду 1985-2021. година 4317 особа инфицирано ХИВ-ом, док је 1315 особа умрло. У периоду 1987-2021. год., на подручју Нишавског округа регистроване су 173 особе инфициране ХИВ-ом (М:Ж=4,7:1). Нестандардизована стопа инциденције код мушкараца износила је 71,3/100.000 а код жена 15,16/100.000. У Граду Нишу регистрована су 82 процента свих новоинфицираних мушкараца и 86% свих дијагностикованих жена са подручја Нишавског округа. Од укупног броја новодијагностикованих 72% живи у граду и 8% на сеоском подручју. У тренутку постављања дијагнозе, 29% испољавало је симптоме болести, а 71% свих регистрованих било је ХИВ позитивно. У узрасту од 15-49 година регистровано је 90% новоинфицираних особа. У посматраном периоду, 34% инфицирано је незаштићеним хетеросексуалним контактом, 28% незаштићеним аналним сексуалним контактом међу мушкарцима, 19% припада ињектирајућим корисницима дрога који су користили нестерилне шприцеве и игле (ИКД), код 4% регистрована је трансмисија ХИВ-а са мајке на дете, 1% је инфициран примањем крви и деривата, и код 14% није утврђен начин трансмисије. Доминантан начин трансмисије ХИВ-а код жена је незаштићени хетеросексуални контакт (60%), а код мушкараца незаштићени анални сексуални контакт међу мушкарцима (34%). Слично ситуацији у Републици Србији, у посматраном периоду дошло је до смене доминантних начина трансмисије ХИВ-а. Незаштићени сексуални однос представља доминантан начин трансмисије ХИВ-а годинама уназад. У посматраном периоду, 29% инфицираних особа је умрло. У периоду 2004-2021. година, 4230 клијената саветовано је и тестирано на ХИВ у саветовалишту за добровољно поверљиво саветовање и ХИВ тестирање Центра за превенцију и контролу болести Института за јавно здравље Ниш. Рестриктивне мере због ковид-19 пандемије, утицале су негативно на број клијената и тестирање.

Превасилажење препрека за приступ ефикасним и квалитетним услугама превенције, тестирања и лечења ХИВ инфекције намеће се као императив за наредни период.

Неопходна је заједничка посвећеност окончању АИДС-а, главног јавно-здравственог проблема на локалном и глобалном нивоу, у условима ковид-19 пандемије.

РЕФЕРЕНЦЕ:

1. UNAIDS 2021: Global HIV and AIDS statistics -Fact sheet. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
2. Стратегија за превенцију и контролу HIV инфекције и AIDS-а у Републици Србији, 2018-2025. године "Службени гласник РС", број 61 од 8. августа 2018.
3. Институт за јавно здравље Србије „Др Милана Јовановић Батут“ :Светски АИДС Дан, новембар 2021. <https://batut.org.rs/index.php?content=680>
4. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe (2020). HIV/AIDS surveillance in Europe 2020 – 2019 data <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-surveillance-report-2020.pdf>
5. WHO (2015). Consolidated guidelines on HIV testing services. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316015/>

PREVENCIJA INFEKCIJE HUMANIM PAPILOMA VIRUSOM U ADOLESCENCIJI

Dr Sci Dr MED Katarina Sedlecki, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić"

Инфекција гениталних органа humanim papiloma virusom (HPV) представља најчешћу вирусну полно преносиву инфекцију. Проценjuje се да ће током живота једним или више гениталних типова HPV-а бити инфицирано 75% особа. При томе је највиша учесталост инфекције HPV-ом код сексуално активних adolescentkinja. Највећи број инфекција HPV-ом спонтано пролази без последица, али су могући и бројни поремећаји здравља. Шиrom света humani papiloma virus се сматра одговорним за настанак приближно 600.000 случајева карцинома cerviksa uterusa, orofarinksa, anusa, vulve, vagine i penisa svake godine, а још узрокује и гениталне брадавце и рекурентну respiratornu papilomatozu. Развој вакцина против најчешћих и најзначајних гениталних типова HPV-а отворио је нове могућности за заштиту здравља младих људи и снижавање учесталости гениталних брадавца, рекурентне respiratorne papilomatoze и premalignih и malignih промена orofarinksa и anogenitalnih органа. У раду ће бити приказане врсте HPV вакцина, њихова ефикасност, безбедност и начин примене.

Reference:

1. Gilkey MB, McRee AL. Provider communication about HPV vaccination: A systematic review. *Hum Vaccin Immunother.* 2016;12(6):1454-68.
2. Ng SS, Hutubessy R, Chaiyakunapruk N. Systematic review of cost-effectiveness studies of human papillomavirus (HPV) vaccination: 9-Valent vaccine, gender-neutral and multiple age cohort vaccination. *Vaccine.* 2018;36(19):2529-44.
3. Bednarczyk RA. Addressing HPV vaccine myths: practical information for healthcare providers. *Hum Vaccin Immunother.* 2019;15(7-8):1628-38.
4. Datta S, Pink J, Medley GF, Petrou S, Staniszewska S, Underwood M, Sonnenberg P, Keeling MJ. Assessing the cost-effectiveness of HPV vaccination strategies for adolescent girls and boys in the UK. *BMC Infect Dis.* 2019 Jun 24;19(1):552.
5. Ng SS, Hutubessy R, Chaiyakunapruk N. Systematic review of cost-effectiveness studies of human papillomavirus (HPV) vaccination: 9-Valent vaccine, gender-neutral and multiple age cohort vaccination. *Vaccine.* 2018;36(19):2529-44.

MAMMOGRAPHY SCREENING IN NORWAY AND SUBTYPES OF DUCTAL CARCINOMA IN SITU (DCIS).

Torill Sauer, senior pathologist and professor emerita, Akershus University Hospital and University of Oslo, Institute of Clinical Medicine, Campus Ahus

Mammography screening started in Norway 1996 in a few centres. During the following years, all regional hospitals and counties established a dedicated screening centre. Women 50-69 yrs are invited biannually for a two-view mammography. Akershus University Hospital were among the hospitals who initiated screening. Mammograms are evaluated independently by two experienced radiologists. If one of them find something that needs further investigation, the woman is followed up in a dedicated breast centre.

Multidisciplinary breast teams secure an optimal handling of the women.

Recent studies have shown that the mortality reduction of breast cancer in Norway since the onset of screening has decreased 45 %. Better treatment accounts for about 20 % and the rest is thought to be due to the mammography screening.

In symptomatic women, only about 5 % of carcinomas are in situ (DCIS). In the screening program, DCIS represent about 20 % of all carcinomas. In Norway, we use Van Nuys classification of DCIS. Growth pattern is not considered, only nuclear size. Grade 1 DCIS has atypical epithelial cells with nuclei <2 RBC (red blood cells). Same nuclear size with the addition of focal comedo type necrosis defines grade 2, whereas nuclei > 2 RBC is found in grade 3 DCIS.

Molecular genetic studies have defined four main subtypes of invasive carcinoma: Luminal A, Luminal B, HER-2 type and basal-like type. In daily practice we classify our breast carcinomas by IHC surrogate markers. Luminal A is ER/PgR high positive, HER-2 negative and has a low Ki-67 index. Luminal B is ER/PgR positive or negative, generally with a lower positivity than Lum A. HER-2 can be positive or negative and Ki-67 index is higher than in Lum A. HER-2 type is ER/PgR negative, HER-2 positive and with a high Ki-67 index. Basal-like is ER/PgR and HER-2 negative and with a high Ki-67 index. A few studies have investigated DCIS and found that these subtypes are also found there, but the frequency distribution might be different.

The material presented represent DCIS diagnosed at Akershus University Hospital during 1996-2019. There were 480 cases from 450 women. Most of the cases were G 3 (87.5 %), whereas 8.8 % were G1 and 3.7 % were G2. Grade 1 and 2 DCIS are "all" Luminal A, whereas G3 is heterogeneous and harbor all subtypes. The main aim of this study is to investigate the molecular genetic subtypes according to IHC surrogate markers in over 400 cases of DCIS G3 and establish the frequency distribution of these subtypes.

KONGENITALNI HIPOTIROIDIZAM (KH)

Asist. dr sci. med Katarina Mitrović. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije "Dr Vukan Čupić" Beograd

Kongenitalni hipotiroidizam (KH) je najčešće kongenitalno endokrinološko oboljenje, koje je u eri pre skrininga bilo vodeći uzrok mentalne retardacije. Program skrininga na KH, omogućio je pravovremeno postavljanje dijagnoze i rani početak supstitucione terapije, što je dovelo do skoro potpunog iščezavanja mentalne retardacije pouzrokovane ovim oboljenjem. U Srbiji, skrining na KH započeo je 1983. godine

jednogodišnjom pilot studijom u porodilištima grada Beograda, a potom se proširio na ostale regione Srbije.

Pokrenuta je inicijativa ENDO-Evropske referentne mreže (ERN) koju su podržali Evropsko društvo za pedijatrijsku endokrinologiju i Evropsko udruženje za endokrinologiju sa 22 učesnika iz ENDO-ERN-a i dva društva. Cilj je bio ažuriranje praktičnih smernica za dijagnozu i lečenje kongenitalnog hipotireoze (KH). Sproveden je sistematski pregled literature da bi se identifikovali ključni članci o neonatalnom skriningu, dijagnozi i praćenju primarnog i centralnog KH. Smernice zasnovane na dokazima ocenjene su sistemom ocenjivanja preporuka, ocene, razvoja i evaluacije, opisujući i snagu preporuka i kvalitet dokaza. U nedostatku dovoljno dokaza, zaključci su zasnovani na mišljenju stručnjaka eksperata.

Rezime: Preporuke uključuju različite pristupe neonatalnog skrininga za KH, kao i etiologiju (takođe genetiku), dijagnostiku, lečenje i prognozu i primarne i centralne CH. Kada se dijagnostikuje KH, stručni panel preporučuje hitan početak pravilno doziranog tretmana levotiroksinom i česte kontrole uključujući laboratorijska ispitivanja kako bi se nivoi tiroidnih hormona održali u ciljnim granicama, blagovremenu procenu potrebe za nastavkom lečenja, pažnju na neurorazvoj i neurosenzorne funkcije, a po potrebi i konsultacije sa drugim zdravstvenim radnicima i edukacija deteta i porodice o KH. Usklađivanje dijagnostike, lečenja i praćenja optimizovaće ishode pacijenata. Na kraju, svi pojedinci sa KH imaju pravo na dobro planiranu tranziciju nege sa pedijatrije na medicinu za odrasle.

Zaključci: Ovo ažuriranje smernica konsenzusa treba da se koristi za dalju optimizaciju otkrivanja, dijagnoze, lečenja i praćenja dece sa svim oblicima KH u svetlu najnovijih dokaza. Trebalo bi da bude od pomoći u ubeđivanju zdravstvenih vlasti u prednosti neonatalnog skrininga na KH. Potrebne su dalje epidemiološke i eksperimentalne studije da bi se razumela povećana incidencija ovog stanja.

REF.

1. Doktorska disertacija: Doktorant. Mitrović, Katarina T.. Mentor Zdravković, Dragan. Epidemiološko-klinička studija kongenitalnog hipotirodizma zasnovana na rezultatima 30 godina skrininga novorođenčadi u Srbiji. Epidemiology-clinical study of congenital hypothyroidism detected during 30 years of a screening programme in Serbia. Fakultet: Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet. Datum odbrane: 19-07-2016
2. Paul van Trotsenburg, Athanasia Stoupa, Juliane Léger, Tilman Rohrer, Catherine Peters, Laura Fugazzola, Alessandra Cassio, Claudine Heinrichs, Veronique Beauloye, Joachim Pohlenz, Patrice Rodien, Regis Coutant, Gabor Szinnai, Philip Murray, Beate Bartés, Dominique Luton, Mariacarina Salerno, Luisa de Sanctis, Mariacristina Vigone, Heiko Krude, Luca Persani, and Michel Polak. Congenital Hypothyroidism: A 2020–2021 Consensus Guidelines Update—An ENDO-European Reference Network Initiative Endorsed by the European Society for Pediatric Endocrinology and the European Society for Endocrinology. Thyroid. Mar 2021.387-419. <http://doi.org/10.1089/thy.2020.0333>

NIZAK RAST DECE I MLADIH-ŠTA SE OČEKUJE OD LEKARA NA PRIMARNOM I SEKUNDARNOM NIVOU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Prim Mr sc. med. Dr med Bratimirka Jelenković, pedijatar, subspecijalista endokrinolog; Dečije odeljenje ZC Zaječar

Ciljevi edukaciju su da učesnici :

1. Razlikuju normalan rast od patološkog niskog rasta.
2. Upoznavanje sa ključnim komponentama u anamnezi i fizikalnom nalazu u proceni niskog rasta.
3. Upoznavanje sa dijagnostičkom evaluacijom, indikacijama za terapiju hormona rasta i indikacije za upućivanje dečijem endokrinologu .

Normalni rast kod dece je odraz opšteg zdravlja i rezultat je složene interakcije između genetskih, nutritivnih i hormonskih faktora. Od koncepcije tokom perioda novorođenčadi, na rast uglavnom utiče ishrana majke i materice in utero. Genetski faktori, hormon rasta i tiroidni hormoni, grelin i polni steroidi imaju pozitivniji uticaj kasnije. Normalni rast nije linearan; obeležavaju ga periodibržeg rasta, naročito tokom puberteta, razdvojeni periodima sporijeg rasta. Često se javlja period usporavanja rasta pre početka puberteta, sa maksimalnim pubertalnim rastom koji se javljaju u Tanner stadijumu III za djevojčice i Tanner stadijumu IV za dečake. Ovo je prvenstveno uzrokovano kombinovanim efektom povećane amplitude sekrecije hormona rasta i polnih steroida.

Nizak rast koji je predmet ove edukacije, definisan je kao dužina ili visina koja je manja više od 2 standardne devijacije za starost i pol, što odgovara procentilu ispod 2,5%. Uzimanje detaljne anamneze pacijenta i kompletiranje sveobuhvatnog fizikalnog pregleda su neka od najvažnijih dijagnostičkih sredstava za pedijatre .

Najveći procenat dece ima neki od fizioloških oblika niskog rasta, za koje je dovoljno praćenje dece. Većina patoloških oblika niskog rasta mogu uspešno da se leče i rano postavljena dijagnoza daje bolji terapijski efekat.

Otkrivanje poremećaja rasta

Osnovni metod za otkrivanje poremećaja rasta je redovno merenje telesne visine (dužine), registrovanje izmerenih podataka u zdravstveni karton deteta i njihovo poređenje s referentnim vrednostima visina dece istog uzrasta i pola.

Redovno merenje telesne visine (dužine), procena polnog sazrevanja obavlja se na nivou primarne zdravstvene zaštite. Merenje se obavlja standardizovanim postupkom.

Izračunavanje brzine rasta. Poremećaj rasta može postojati i kod dece čija je TV u granicama normale, odnosno iznad 3. percentila. Kod takve dece poremećaj rasta se otkriva na osnovu praćenja i izračunavanja brzine rasta. Brzina rasta se izračunava na osnovu dva uzastopna merenja u periodu koji ne treba da bude kraći od šest, niti duži od 18 meseci (najbolje posle godinu dana zbog poznatih sezonskih varijacija u BR).

Izračunavanje genetskog potencijala rasta. Genetski potencijal rasta („ciljna visina“) se procenjuje na osnovu izračunavanja srednje visine roditelja prema jednačinama različitim za dečaka, odnosno devojčicu. Prosečna razlika između visine odraslog muškarca i žene u beloj rasi iznosi 13 centimetara. Izračunata ciljna visina se unosi u grafikon rasta na vertikalnoj liniji koja označava uzrast od 18 godina, odnosno određuje percentil srednje visine roditelja. Projektovana visina deteta u odraslom dobu se određuje metodom ekstrapolacije, a na osnovu aktuelne pozicije izražene kao percentilna vrednost.

Ciljna visina za dečaka (cm) = (visina oca + visina majke)/2 + 6,5

Ciljna visina za devojčicu (cm) = (visina oca + visina majke)/2 – 6,5

Treba napomenuti da se merenje telesne visine roditelja obavlja u zdravstvenoj ustanovi. Najpraktičnije je da se merenje TV roditelja i izračunavanje „ciljne visine“ obavi još pri prvom pregledu deteta.

Indikacije za neodložno ispitivanje u cilju otkrivanja uzroka poremećaja rasta su:

- telesna visina manja od – 2 SD (ispod 3. percentila) za uzrast i pol
- niska brzina rasta izmerena u periodu od najmanje šest meseci bez obzira na telesnu visinu
- telesna visina manja od 25. percentila kada istovremeno postoji odstupanje od ciljne visine (genetskog potencijala) za više od 5 centimetara
- deca rođena s malom telesnom masom i/ili dužinom (prevremeno rođena deca ili deca sa prenatalnim zastojeom u rastevanju) koja posle dve godine ne dostignu normalnu, odnosno telesnu visinu u skladu sa visinom roditelja
- deca u pubertetu koja ne pokazuju očekivani pubertetski skok rasta.

Većina patoloških uzroka niskog rasta može da se otkrije na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite kod pedijatrijskog endokrinologa. Za procenu sekrecije hormona rasta stimulacionim testovima deca se upućuju u tercijarnu ustanovu.

Kariotip - Dijagnoza Turnerovog sindroma zasniva se na analizi kariotipa u limfocitima periferne krvi. Kod mnogih devojčica s kasno postavljenom dijagnozom, fenotipske karakteristike TS su blago izražene. Kod svih devojčica niskog rasta (TV <3. percentila), bez obzira na uzrast i postojanje kliničkih znakova Turnerovog sindroma, potrebno je ispitivanje kariotipa

Drugi deo edukacije predstavlja rešavanje kliničkih problema, odnosno omogućuje učesnicima da ovladaju veštinama pravilnog merenja telesne visine dece, korišćenje karti rasta, uzimanje anamneze, određivanje ciljne visine i evaluaciju dijagnostičkog postupka.

REFERENCE:

1. BARSTOW C, RERUCHA C. Evaluation of Short and Tall Stature in Children. *Am Fam Physician*. 2015 Jul 1;92(1):43-50.
2. Valdes A, Cervantes J Delgado Y, Valdes M, Granados H. The Short Child. *Pediatric Annals* [01 Jan 2018, 47(1):e29-e35]
3. Rogol A. D., Hayden G. F. Etiologies and early diagnosis of short stature and growth failure in children and adolescents. *Journal of Pediatrics*. 2014;164(5):S1.e6-S14.e6.
4. Yu J, Shin HY, Lee CG, Kim JH. Concomitant occurrence of Turner syndrome and growth hormone deficiency. *Korean Journal of Pediatrics*. 2016;59(Suppl 1):S121-S124.
5. John M, Koledova E, Kumar KMP, Chaudhari H. Challenges in the Diagnosis and Management of Growth Hormone Deficiency in India. *International Journal of Endocrinology*. 2016;2016:2967578.
6. Baron J, Säwendahl L, De Luca F, et al. Short and tall stature: a new paradigm emerges. *Nat Rev Endocrinol* 2015; 11:735.
7. Causes of short stature. Author: Alan D Rogo. Section Editors: Peter J Snyder, Mitchell E Geffner. This topic last updated: Jun 29, 2018. Available: <https://www.uptodate.com/contents/causes-of-short-stature>
8. Leung AKC, Leung AAC. Evaluation and management of short stature in children. *Consultant*. 2018;58(8):195-208, 210

9. Zdravković D, Banićević M, Petrović O. Novi standardi rasta i uhranjenosti dece i adolescenata – priručnik za pedijatre i saradnike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti dece i adolescenata. Beograd: Udruženje pedijatarata Srbije; 2009.
10. Tanner JM, Whitehouse RM. Standards from birth to maturity for height, weight, height velocity, weight velocity: British children. Arch Dis Child 1976; 51:170-9.
11. Tanner JM, Goldstein H, Whitehouse PH. Standards for children's height at ages 2-9 years allowing for height of parents. Arch Dis Child 1970; 45:755-62.
12. Neinstein LS, Kaufman FR. Abnormal growth and development. In: Neinstein LS, ed. Adolescent Health Care – A Practical Guide. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2002. p. 197-229.
13. Savendhal L, Davenport ML. Delayed diagnosis od Turner's syndrome: proposed guidelines for change. J Pediatr 2000; 137:455-9.13.

Preporučena literatura:

Zdravković D. et al. Nizak rast u detinjstvu i adolescenciji :vodiči za otkrivanje, dijagnostiku i lečenje dece i adolescenata niskog rasta.[urednik Dragan Zdravković]. - 2. dopunjeno izd. - Beograd : Udruženje pedijatarata Srbije, 2011.

Razvojni problem dece i mladih. TEMA Mišićnoskeletni (MSK) bol kod dece i mladih

MIŠIĆNOSKELETNI (MSK) BOL KOD DECE I MLADIH

Dr Brankica Vasić. Pedijatar. ZC Zaječar

Mišićnoskeletni (MSK) bol je relativno često patološko stanje sa kojim se suočava pedijatar u svakodnevnom ambulantnom radu. Pedijatar u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je prvi kome se dete sa MSk bolom javlja (1). Bol je normalna senzacija, međutim ukoliko traje, izaziva patnju i u značajnoj meri remeti kvalitet života deteta, ali i cele porodice .Prema nekim istraživanjima 10-20% dece se javlja lekaru zbog MSk bola, a oko 50% dece ima ove tegobe u nekom periodu tokom svog fizičkog rasta i razvoja (3,4).

Mišićnoskeletni (MSk) bol je čest u opštoj populaciji i pogađa do 40% dece i adolescenata. Skoro svaki drugi adolescent se žali na MSK bol koji traje 2 nedelje i između 20 i 40% ovih adolescenata će nastaviti da doživljava ponavljajuće epizode bola koje prelaze iz adolescencije u odraslo doba. MSK bol utiče na kvalitet života i zdravstveno ponašanje kao što je fizička aktivnost , a povezan je i sa anksioznošću, depresijom i problemima sa spavanjem (4).

Postavlja se pitanje u kojoj meri se istraživanja sprovedena kod odraslih mogu generalizovati na decu. Bol, posebno hronični, trenutno je konceptualizovan u okviru biopsihosocijalnog modela. Na doživljaj bola utiču fizički faktori, psihološki faktori npr. raspoloženje, saznanja i uverenja; i društveni faktori npr. odnose, društveno okruženje i kulturu. Tokom ovog perioda dolazi do značajnog kognitivnog i emocionalnog razvoja, a hormonske promene regulišu raspoloženje i emocije drugačije nego u odraslo doba. Konačno, društveni odnosi, očekivanja i okruženje koje doživljavaju deca razlikuju se od onih odraslih .(5).

Hronični MSk bol podrazumeva bol koji je lokalizovan u kostima, zglobovima i tkivima koji traje duže od 3 meseca (1). Postoje novi dokazi da su deca, posebno adolescenti koji prijavljuju uporni bol, pod povećanim rizikom od hroničnog bola kao odrasli (5).

Izuzetno je važno da lekar u PZZ savlada tehniku pregleda MSk sistema, da poznaje algoritam laboratorijske obrade i metode vizualizacije koje mogu biti od koristi u dijagnostičkom postupku. Treba da bude upoznat sa diferencijalnom dijagnozom bola, kako da prepozna benigna stanja koja može da reši na primarnom nivou, a kada treba bolesnika uputiti na sekundarni i tercijerni nivo zdravstvene zaštite.(1).

Tallen i sar. su predložili algoritam za pristup detetu sa MSk bolom koji treba da pomogne lekarima PZZ da dijagnostikuju i izvrše trijažu bolesnika (2).

REFERENCE:

1. Sušić G. Musculoskeletal pain in children - diagnostic challenge in outpatient clinic, PREVENTIVNA PEDIJARIJA, Časopis Udruženja za preventivnu pedijatriju Srbije , Godište 7, Maj 2021, Sveska 1-2 ISSN 2466-3247 COBISS.SR-ID 219373324
2. Tallen G, Bielack S, Henze G, Horneff G, Korinthenberg R, Lawrenz B, et al. Musculoskeletal Pain: A New Algorithm for Differential Diagnosis of a Cardinal Symptom in Pediatrics. Klinische Pädiatrie 2014; 226(02): 86–98. doi:10.1055/s-0034-1366989
3. Duey-Holtz AD, Collins SL, Hunt LB et al. Acute and non-acute lowerextremity pain in the pediatric population: part I. J Pediatr HealthCare 2012; 216-230216-30. doi: 10.1016/j.pedhc.2012.01.003 PMID:22526001
4. Al-Janabi N, Olesen A E, Straszek C L, Gulddammer C, Rathleff M S and Andreucci A, Pain medication use for musculoskeletal pain among children and adolescents: a systematic review, Scandinavian Journal of Pain, Accessible Published by De Gruyter September 13, 2021, <https://doi.org/10.1515/sjpain-2021-0033>

5. Kamper S J., Henschke N, Hestbaek L, Dunn K M, and Williams C M, Musculoskeletal pain in children and adolescents, *Braz J Phys Ther.* 2016 May-Jun; 20(3): 275–284. Published online 2016 Feb 16. doi: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0149, PMID: 27437719

DOJENJE

Dr Ljiljana Jovanović. Pedijatar. Pedijatrijska služba ZC Zaječar

Majčino mleko se smatra zlatnim standardom za ishranu odojčadi. Prednosti dojenja prevazilaze sama svojstva mleka. Kompleks nutritivnih, ekoloških, socioekonomskih, psiholoških i genetskih interakcija uspostavlja ogromnu listu prednosti dojenja za zdravstvene ishode dojenog deteta i majke koja doji. Iz tog razloga se preporučuje isključivo dojenje oko 6 meseci i treba ga nastaviti onoliko dugo koliko to žele majka i dete. (1).

Majčino mleko sadrži hormone, faktore rasta, citokine, imunokompetentne ćelije i ima mnoga biološka svojstva. Na sastav majčinog mleka utiču gestacijska i postnatalna starost, kao i trenutak hranjenja. Dojenje je povezano sa blago poboljšanim performansama na testovima kognitivnog razvoja. Isključivo dojenje u trajanju od najmanje 3 meseca povezano je sa manjom incidencom i težinom dijareje, upale srednjeg uha i respiratorne infekcije. Ekskluzivno dojenje u trajanju od najmanje 4 meseca povezano je sa manjom incidencom alergijskih bolesti (astma, atopijski dermatitis) tokom prve 2 do 3 godine života kod rizičnih beba (odojčadi sa najmanje jednim srodnikom u prvom stepenu koji ima alergiju). (2) Dojenje je takođe povezano sa manjom incidencom gojaznosti tokom detinjstva i adolescencije, kao i sa nižim krvnim pritiskom i holesterolom u odrasloj dobi. Međutim, nije pokazano blagotvorno dejstvo dojenja na kardiovaskularni morbiditet i mortalitet. Infekcija majke virusom hepatitisa B i C nije kontraindikacija za dojenje, za razliku od HIV infekcije i galaktozemije. Dodatak vitamina D i K je neophodan kod dojenog deteta. Veoma mali broj lekova je kontraindikovan za dojenje. Prevrtemo rođene bebe mogu da se doje i/ili dobijaju majčino mleko i/ili bankovno mleko, pod uslovom da dobijaju dodatke energije, proteina i minerala. Dojenje je takođe povezano sa smanjenim rizikom od raka dojke i jajnika u periodu pre menopauze i osteoporoze u postmenopauzalnom periodu, kardiovaskularne bolesti, gojaznosti (2,3) Preporuka Američka akademije za pedijatriju (AAP): odojčad treba hraniti isključivo majčinim mlekom prvih 6 meseci nakon rođenja. Nakon prvih 6 meseci i dok beba ne napuni godinu dana, AAP preporučuje da majka nastavi sa dojenjem uz postepeno uvođenje čvrste hrane u ishranu odojčeta. Nakon 1 godine, dojenje se može nastaviti po obostranoj želji majke i njenog deteta (4).

Svetska zdravstvena organizacija trenutno promovise kao globalnu preporuku za javno zdravlje:

Odojčad se isključivo doji prvih 6 meseci nakon rođenja kako bi se postigao optimalan rast, razvoj i zdravlje. Nakon prvih 6 meseci, da bi ispunile svoje rastuće potrebe u ishrani, bebe treba da dobiju nutritivno adekvatnu i bezbednu komplementarnu hranu dok se dojenje nastavlja do 2 godine starosti ili kasnije. (5)

Aktuelno, dojenje i COVID-19, trenutni dokazi sugerišu da nije verovatno da će majčino mleko preneti virus COVID-19 na bebe. (6)

Reference:

1. Shamir R, The Benefits of Breast Feeding, *Nestle Nutr Inst Workshop Ser.* 2016;86:67-76. doi: 10.1159/000442724. Epub 2016 Jun 23., PMID: 27336781 DOI: 10.1159/000442724
2. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie; Turck D, Vidailhet M, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Chouraqui J-P, Darmaun D, Dupont C, Frelut M-L, Girardet J-P, Goulet O, Hankard R, Rieu D, Simeoni U, [Breastfeeding: health benefits for child and mother], *Arch Pediatr.* 2013 Nov;20 Suppl 2:S29-48. doi: 10.1016/S0929-693X(13)72251-6.
3. Centers for Disease Control and Prevention. (2017). U.S. Breastfeeding Rates Are Up! More Work Is Needed. Retrieved March 2, 2018, from <https://www.cdc.gov/breastfeeding/resources/us-breastfeeding-rates.htm>
4. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/breastfeeding-cdcs-work-508.pdf>
5. American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827–e841. Retrieved April 27, 2012, from <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827>
6. World Health Organization. (2001). The World Health Organization's infant feeding recommendation. Retrieved January 28, 2016, from http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/index.html
7. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding and Caring for Newborns if You Have COVID-19, Jan. 20, 2022, from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html>.

JUBILEJ, 50 GODINA OD EPIDEMIJE VARIOLE VERE U JUGOSLAVIJI. UTICAJ EPIDEMIJE NA RAZVOJ PREVENTIVNE MEDICINE U SRBIJI I NA PODRUČJU TI MOČKE KRAJINE I STVARANJE SRPSKE EPIDEMIOLOSKE DOKTRINE

Dr sci med Petar Paunović, učitelj zdravlja.

Dr sci med Petar Paunović je 1972. godine učestvovao u suzbijanju epidemije velikih boginja na Kosovu, a nakon povratka organizovao i uredio izložbu sa šezdesetak fotografija o borbi sa variolom na Kosovu koja je bila predstavljena u Negotinu, Beogradu i u Primoštenu. Koristeći boravak na Kosovu za izučavanje zdravstvene kulture tamošnjeg stanovništva, objavio je dva stručna rada o zdravstvenoj kulturi naroda Kosova. Za rad na suzbijanju varirole na Kosovu odlikovan je Ordenom zasluge za narod sa srebrnom zvezdom. O varioli, kao istoričar medicine, objavljuje knjigu: «Četrdeset pet godina varirole u Đakovici i okolini 1972. godine».

Tradicionalni Satelitski simpozijum u okviru 41. Timočkih medicinskih dana “Problemi zdravlja mladih” Zaječar 2022. 26.05.2022. četvrtak

SPISAK PREDAVAČA

1. Prof. dr Jelisaveta Todorović, psiholog, porodični sistemski psihoterapeut Departman za psihologiju Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu, Republika Srbija. Uža naučna oblast: Psihologija. TEMA: Podsticanje mentalizacije u vaspitno-savetodavnom radu sa adolescentima
2. Doc. dr Miodrag Stanković, Docent, Doktor medicinskih nauka, specijalista dečije psihijatrije, porodični i bihevioralni psihoterapeut, Šef Dnevne bolnice za decu Centra za zaštitu mentalnog zdravlja Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, Republika Srbija. Uža naučna oblast: Dečija psihijatrija TEMA: TELESNI DISMORFNI POREMEĆAJ (DISMORFOFOBIJA)
3. Ljiljana Tešanović, Psiholog i psihoterapeut. Tehnička škola Zaječar. TEMA: /NE/ZDRAVI STILOVI ŽIVOTA MLADIH
5. Prim. mr sc med dr Bratimirka Jelenković, pedijatar-endokrinolog. Pedijatrijska služba ZC Zaječar, Zaječar. Uža naučna oblast: pedijatrijska endokrinologija. TEMA: Uticaj medija na zdravlje mladih
6. Dr Brankica Vasić, Pedijatar. ZC Zaječar. Uža naučna oblast: Pedijatrija, Razvojni problemi dece i mladih. TEMA: Uticaj pandemije KOVID-19 na mentalno zdravlje dece i adolescenata

ПОДСТИЦАЊЕ МЕНТАЛИЗАЦИЈЕ У ВАСПИТНО-САВЕТОДАВНОМ РАДУ СА АДОЛЕСЦЕНТИМА

Prof. dr Jelisaveta Todorović, Departman za psihologiju Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu,

Појам ментализације подразумева ментални процес током којег неко имплицитно или експлицитно тумачи своје или туђе поступке као смислене на основу интенционалних менталних стања као што су жеље, потребе, осећања и намере (Bateman & Fonagy, 2004). Фонаги и Бејтман су уочили да пацијенти с граничним поремећајем личности имају проблема у перцепцији и интерпретацији сопственог и туђег понашања и током 90-их година прошлог века почињу да имплементирају концепт ментализације у психотерапију, коју формално утемељују 1999. године с циљем третирања граничног поремећаја личности (према Bateman & Fonagy, 2016). Ови аутори су највише заслужни за популаризацију концепта, а новоосмишљена терапија темељена на ментализацији (МБТ-Mentalization Based Treatment) показала се врло ефикасном у третирању граничног поремећаја личности, али и других поремећаја. Ментализација је увек имагинативна активност зато што захтева од појединца да замишља или покуша да замисли шта се дешава у глави другог појединца или шта се налази у основи неког понашања (Fonagy, 2008). За имагинацију менталних стања кључни су интенционалност и способност стварања менталних репрезентација (Allen, 2003). Оно што омогућава ментализацију је усмереност ума према нечему и

могућност менталне репрезентације онога на што смо усмерени. Она нам омогућава да освестимо и осмислимо сопствено искуство, чиме значајно утиче на афективну регулацију, контролу импулса и надгледање сопственог понашања (Fonagy, 2001). Иако је капацитет за ментализацију специфично људска карактеристика, он није дат рођењем, већ представља развојну функцију која детету омогућава да одговори на понашање других, али и на своју идеју о туђим намерама и плановима. Како дете почиње да разуме понашање других, оно може на основу вишеструких поставки репрезентација селф-објекта организованих на основу претходног искуства да активира оне које су најпогодније да на адаптиван начин одговоре на одређени однос са другим (Fonagy&Target, 1998). Ментализација је трансакцијски и интергенерацијски процес (Fonagy&Target, 1997) јер се развија првенствено интерсубјективно, што значи да је квалитет ментализације самог детета повезан са капацитетом за ментализацију људи (првенствено значајни други) са којима је то дете у интеракцији. Капацитет за ментализацију родитеља третира се као кључни фактор развоја ментализације код њихове деце. Захваљујући њему родитељ ће бити у стању да промишља о сопственим и стањима ума свог детета и да их тако промишљене и обликоване подели са дететом, и учини их заједничким, својим и искуством детета. Родитељ који има развијен капацитет за ментализацију, зна намере и осећања која се крију иза њиховог понашања и доследно их открива свом детету, док истовремено током интеракције са дететом увременењено препознаје и описује његова ментална стања што даје смисао његовом доживљају (Rosenblumetal., 2008, према Stefanović-Stanojević isar., 2018). Родитељ такође уме да презентује ово детету на организован начин који ће чинити основу његове свести о свету као сигурном, предвидивом и безбедном месту.

РЕФЕРЕНЦЕ:

1. Bateman, A., i Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
2. Dimitrijević, A., Hanak, N., AltarasDimitrijević, A., & Jolić Marjanović, Z. (2017). The Mentalization Scale (MentS): A self-report Measure for the Assesment of Mentalizing Capacity. *Journal of personality assesment*, 1-13.
3. Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization: A protective factor and a focus of psychotherapy. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(1), 28 – 95.
4. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press
5. Fonagy, P. (2008). The Mentalization-focused approach to social development. U F. N. Bush (ur.), *Mentalization: Theoretical Considerations, Research Findings, and Clinical Implication* (str. 3-56). New York/London: Analytic Press

TELESNI DISMORFNI POREMEĆAJ (DISMORFOFOBIIJA)

Doc.dr Miodrag Stanković, Medicinski fakultet u Nišu, Centar za zaštitu mentalnog zdravlja, UKC Niš

Ekscesivna preokupacija minornim ili čak nepostojećim manama u fizičkom izgledu, koje nisu vidljive ili su beznačajne za druge ljude, predstavlja psihopatološki fenomen. Ključne karakteristike telesnog dismorfnog poremećaja su nametljive, zastrašujuće preokupacije o nepostojećim ili minornim telesnim deformitetima i odbojnim spoljašnjim izgledom, praćene repetitivnim ponašanjima kao što su: konstantno ogledanje, preterano doterivanje, kamuflaža nekog telesnog „defekta“ i traženje razuveravanja da „defekt“ nije uočljiv. Raniji naziv poremećaja je bio dismorfofobija. Zbog svoje velike sličnosti sa opsesivno-kompulzivnim poremećajem, u novim klasifikacijama se svrstava u opsesivno-kompulzivni spektar poremećaja. Prepoznavanje poremećaja je najčešće između 18. i 30. godine starosti. Većina osoba sa razvijenom kliničkom slikom telesnog dismorfnog poremećaja prve simptome razvija pre navršenih 18 godina starosti. Prevalenca u opštoj populaciji iznosi 0.7-2.4%, ali je prevalenca kod hospitalizovanih psihijatrijskih pacijenata preko 10%. Poremećaj prati visok rizik od pokušaja suicida (preko 30%), pa je to nekada i primarni razlog hospitalizacije. Jedna trećina pacijenta uopšte nema uvid o postojanju poremećaja. Nema značajne razlike među polovima. Telesni dismorfni poremećaj je podjednako intezivan, štetan i rizičan kod dece i mlađih adolescenata, kao i kod starijih adolescenata i odraslih. Poremećaj je povezan sa značajnim rizicima i značajnim funkcionalnim oštećenjem, što ukazuje na važnost ranog otkrivanja i lečenja.

Dosadašnja saznanja ukazuju na multifaktorijalne rizike i ubrajaju genetsku predispoziciju, temperament (visoki skorovi za neuroticizam i introverziju), vršnjačko maltretiranje, traume u detinjstvu, poremećen porodični sistem, kao i poremećaj u formiranju identiteta. Neurobiološki faktori igraju ulogu u etiologiji i održavanju simptoma. Biološki korelat je hiperaktivacija levog orbito-frontalnog korteksa i bilateralno

glave kaudatusa za sopstveno lice, nasuprot poznatih lica i relativna hipoaktivnost okcipitalnog korteksa na niske rezolucije lica drugih.

Zbog značajnog pre pokrivanja simptoma telesnog dismorfnog i opsesivno-kompulzivnog poremećaja u DSM-5 klasifikaciji, telesni dismorfni poremećaj je klasifikovan unutar poglavlja "Opsesivno-kompulzivni i povezani poremećaji". Diferencijalna dijagnoza telesnog dismorfnog poremećaja uključuje razmatranje normalne zabrinutosti oko izgleda i jasno uočljivog telesnog nedostatka, poremećaj ishrane, druge opsesivno-kompulzivne i srodne poremećaje, anksiozne poremećaje zbog bolesti, depresije i psihotične poremećaje. Za razliku od normalne zabrinutosti oko izgleda i jasno uočljivog telesnog nedostatka, zabrinutost kod dismorfobije je preterana je povod minoran ili čak uopšte ne postoji. Prisilne misli oduzimaju dosta vremena i njima se osoba teško suprostavlja i teško ih kontroliše, zbog čega je klinički evidentna značajna patnja i oštećenje svakodnevnog funkcionisanje.

U 80% slučajeva, razvoj pune kliničke slike je praćen i suicidalnim idejama, a u 44% slučajeva jednim ili više pokušaja suicida. Često je i nesuicidno samopovređivanje (43%), a u 36% slučajeva i samooperisanje. Osobe sa telesnim dismorfnim poremećajem inače često traže estetske hiruške tretmane pre nego psihološku pomoć

Opšta psihološka trijaža pacijenata se obavlja kroz intervju ili efikasan upitnik za skrining telesnog dismorfnog poremećaja, kao što je Modifikovana Yale Brown OCD skala za telesni dismorfni poremećaj (Body Dysmorphic Disorder Modification of the Yale Brown Obsessive Compulsive Scale – BDD-Y-BOCS).

Terapija u prvom redu podrazumeva psihoedukaciju o BDD. Važno je istražiti faktore iz aktuelne životne situacije pacijenta, koji služe održavanju zabrinutosti za sliku telesne šeme i izgleda. Kognitivna terapija je logičan nastavak psihoedukacije. Bihevioralna terapija podrazumeva tehnike izlaganja i sprečavanja kompulzija. Farmakoterapija telesnog dismorfnog podrazumeva korišćenje selektivnih inhibitora ponovnog preuzimanja serotonina (SSRI), slično kao i za OCD. Hospitalizacija je indikovana u slučajevima, kada su simptomi toliko intenzivni da je funkcionalnost ozbiljno narušena, obavljanje svakodnevnih obaveza minimalno, a opasnost od samopovređivanja velika.

REF

1. Stanković M. Dečja i adolescentna psihijatrija u kliničkoj praksi. Medicinski fakultet u Nišu, 2021.

/НЕ/ЗДРАВИ СТИЛОВИ ЖИВОТА МЛАДИХ

Ljiljana Tešanić. Psiholog i psihoterapeut. Tehnička škola Zaječar.

Упркос томе што нас све више брину нови стилови живота младих којима они драстично нарушавају своје здравље, чини се да је то незадржив процес који није заустављен на време и који све теже може да се контролише и коригује. Последице су видљиве на пољу физичког, емотивног, социјалног и когнитивног развоја, као и на усвајању новог вредносног система и моралних начела. Техником Форум театра настојаћемо да дочарамо данашњу слику нездравих стилова живота младих и да уз помоћ публике откријемо које промене треба да настану у друштву и/или појединцу, да би се освестила потреба за очувањем и унапређењем здравља младих.

UTICAJ MEDIJA NA ZDRAVLJE MLADIH

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

Nove tehnologije (pametni telefoni, računari, društveni mediji) su sve prisutnije među decom i mladima. Uticaj na mentalno zdravlje dece i malih korišćenjem novih tehnologija može biti i pozitivan i negativan. Sami mladi kao pozitivan uticaj naglašavaju mogućnost komunikacije sa prijateljima, porodicom, brže i lakše dobijanje različitih informacija. Sa druge strane korišćenje novih tehnologija može dovesti do smanjenja kontakata „licem u lice“, povećanu izloženost sajberkriminalu, različitim štetnim sadržajima, stvaranjem negativne slike o sebi i svom izgledu te mogu dovesti do povećanja depresije i drugih mentalnih problema.

Potrebno je da porodica, obrazovni sistem pomognu deci i mladima da steknu odgovarajuće informacije o negativnim i pozitivnom uticaju korišćenja novih tehnologija na njihovo mentalno i fizičko zdravlje.

ref

1. Pejović-Milovančević Milica R. Mogu li mediji biti prijatelji deci i mladima? Psihijatrija danas 2019,51 (1-2).str. 5-19

2. Jacqueline Nesi. The Impact of Social Media on Youth Mental Health. Challenges and Opportunities.

3. North Carolina Medical Journal March 2020, 81 (2) 116-121; DOI: <https://doi.org/10.18043/ncm.81.2.116>

4. James Mageto (Author), 2017, Impact of Social Media on the Youth, Munich, GRIN Verlag, Quote paper. <https://www.grin.com/document/358350>

UTICAJ PANDEMIJE COVID-19 NA MENTALNO ZDRAVLJE DECE I ADOLESCENATA

Dr Brankica Vasić. Pedijatar. ZC Zaječar.

Pandemija COVID-19 i povezane mere u cilju očuvanja javnog zdravlja poremetile su živote ljudi širom sveta. Direktni i indirektni psihološki i socijalni efekti pandemije COVID-19 su podmukli i utiču na mentalno zdravlje male dece i adolescenata i sada i u budućnosti (1).

Fizička ograničenja pandemije COVID-19 i mere socijalnog distanciranja uticale su na svaki domen života. Iako je broj dece i adolescenata pogođenih bolešću mali, bolest i mere obuzdavanja kao što su socijalno distanciranje, zatvaranje škola i izolacija negativno su uticale na mentalno zdravlje i dobrobit dece i adolescenata. Uticaj COVID-19 na mentalno zdravlje dece i adolescenata izaziva veliku zabrinutost. Anksioznost, stres, briga, bespomoćnost, depresija, poremećaji spavanja i apetita, kao i oštećenje društvenih interakcija su najčešće prezentacije. Ukazano je da pandemija može imati dugoročne štetne posledice na mentalno zdravlje dece i adolescenata. Kako se pandemija nastavlja, važno je pratiti uticaj na stanje mentalnog zdravlja dece i adolescenata i kako im pomoći da poboljšaju svoje mentalno zdravlje u vreme sadašnje ili buduće pandemije (1).

Čak i pre pandemije, preveliki broj dece je nosio teret problema sa mentalnim zdravljem koji se nisu rešavali (2). Prema najnovijim podacima UNICEF-a, najmanje svako sedmo dete na globalnom nivou je direktno pogođeno merama karantina i zabrane kretanja, dok je više od 1,6 milijardi dece pretrpelo neki gubitak u pogledu obrazovanja. Prekinute rutine, obrazovanje, rekreativne aktivnosti, kao i zabrinutost za prihode i zdravlje porodice, dovode do toga da se mnogi mladi osećaju uplašeno, ljutito i zabrinuto za svoju budućnost. Istraživanje sprovedeno preko interneta u Kini početkom 2020. godine, koje se citira u izveštaju Stanje dece u svetu, pokazalo je da skoro jedna trećina ispitanika oseća strah ili anksioznost (2). Studija gde je praćeno 1036 dece i adolescenata u karantinu u Kini u uzrastu od 6 do 15 godina, pokazala je depresiju, anksioznost, odnosno oboje, u drugoj studiji deca i adolescenti uzrasta od 3 do 18 godina tokom pandemije pokazivali su simptome nepažnje, prijanjanja, brige i razdražljivosti. Studija u Indiji je pokazala visoku prevalenciju psihičkog stresa i to bespomoćnost (66,11%), zabrinutost (68,59%) i strah (61,98%), u poređenju sa decom koja nisu u karantinu (Saurabh i Ranjan, 2020) (3).

Povlačenje iz društvenog života, svakodnevnih aktivnosti, kao što je pohađanje škole, u kombinaciji sa strahom, anksioznošću i osećanjem nepredvidivog, povećavaju rizike da ova grupa u budućnosti razvije psihičke poremećaje, čak i oni koji nemaju takve anamneze. Deca čiji su roditelji kod kuće pod visokim stresom zbog pandemije takođe imaju veći rizik od razvoja psihijatrijskih poremećaja (3).

Cilj rada je da se identifikuju uticaji pandemije na mentalno zdravlje dece i adolescenata i da se proceni efikasnost različitih intervencija radi unapređenja mentalnog zdravlja dece i adolescenata.

REFERENCE:

1. Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S, Rahim K A, Das J K, Salam R A, Lassi Z S, Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review, *Int J Environ Res Public Health*, 2021 Mar 26;18(7):3432. doi: 10.3390/ijerph18073432.
2. The State of the World's Children 2021, On My Mind: Promoting, protecting and caring for children's mental health., UNICEF, october 2021
3. Saggiaro de Figueiredo C, Capucho Sandre P, Lima L C, Mázala-de-Oliveira T, da Silva Chagas L, Raony Í, Soares Ferreira E, Giestal-de-Araujo E, Araujo dos Santos A, and Oliveira-Silva Bomfima P: COVID-19 pandemic impact on children and adolescents' mental health: Biological, environmental, and social factors, *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021 Mar 2; 106: 110171.
4. www.unicef.org/serbia/medija-centar/vesti/uticaj-pandemije-covid-19-na-loše-mentalno-zdravlje-dece-i-mladih

SIMPOZIJUM 41. TI MOČKI MEDICINSKI DANI 27. MAJ 2022 PETAK “AKTUELNOSTI U HIRURGIJI I SRODNIM GRANAMA-2022”

SPISAK PREDAVAČA

1. Prof dr sc med VLADIMIR ĆUK. Vanredni profesor. Penzioner Specijalista hirurg, Uža naučna oblast: Opšta hirurgija, Kolorektalna hirurgija. TEMA: Savremeni pristup u lečenju karcinoma debelog creva
2. Redovni profesor dr sci.med. LJUBOMIR PANAJOTOVIĆ, Specijalna bolnica zaplastičnu, rekonstruktivnu i estetsku hirurgiju „Adonis“ Beograd. Uža naučna oblast: Plastična i rekonstruktivna hirurgija, mikrohirurgija TEMA: Baron Guillom Dipuytren. kontraktura šake.
3. Ass. Dr sc. Med. Ivan Pešić, Medicinski Fakultet Univerziteta u Nišu, Klinika za digestivnu hirurgiju KC Niš. TEMA: Hirurgija u lečenju krvarenja iz gornjih partija gastrointestinalnog trakta
4. Prof. dr Miloš Bjelović. Redovni profesor na katedri hirurgije sa anesteziologijom na Medicinskom fakultetu u Beogradu Načelnik desetog odeljenja Klinike za digestivnu hirurgiju – Prva hirurška klinika Kliničkog centra Srbije. Uža naučna oblast: Hirurgija / hirurgija digestivnog sistema TEMA: Laparoskopna operacija GERB i Hijatus hernije; iskustvo posle 600 urađenih operacija
5. Prof. dr Sava Mičić. Redovni profesor urologije u penziji. Poliklinika Uromedika Uža naučna oblast: urologija. TEMA: Savremena diagnoza i lečenja kalkuloze bubrega
6. Prof. dr Ivan Stefanović. Redovni profesor. Medicinski fakultet Univerziteta Niš, Klinika za neurohirurgiju Klin. centra Niš. Uža naučna oblast: Neurohirurgija. TEMA: Dijagnostički i terapijski izazovi u rešavanju lumbalnog bola i lumboishialgije
7. Prof. Dr Miroslav Stojanović, Medicinski fakultet Niš, UKC Niš. Klinika za opštu hirurgiju KC Niš. Uža naučna oblast: Hirurgija. TEMA: Savremena hirurgija jetre
8. Dr Nikolay Semenov. The Moscow Clinical Scientific Centre of the State Budgetary Healthcare Institution named after Loginov A.S. Moscow Health Department, Moscow, Russia. Present Position: Surgeon-oncologist. Scientific Field of Expertise: Surgery, Cancer treatment, Oncology. Early outcomes of laparoscopic total gastrectomy in locally advanced gastric cancer
9. Profesor, dr sc Svetozar Putnik. Klinički Centar Srbije. Klinika za kardiohirurgiju. TEMA: Optimalna strategija za lečenje tesne aortne stenozе.
10. Ass. dr sci. med. dr Đorđe Kravljanac. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Ćupić“ Novi Beograd. Upravnik Klinike za dečiju hirurgiju i Načelnik Službe za prijem bolesnika, specijalističke i konsultativne preglede Klinike za dečiju hirurgiju Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije. Klinički asistent za oblast dečje hirurgije Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu
11. Prof. dr Zoran Golubović. Klinički centar Niš. Ortopedija. TEMA: KOREKTIVNA OSTEOTOMIJA TIBIJE

САВРЕМЕНИ ПРИСТУП ЛЕЧЕЊУ КАРЦИНОМА ДЕБЕЛОГ ЦРЕВА

Проф др сц мед Владимир Ђук, Општа болница Медицал Центар Београд

Промена начин живота и исхране као и продужен животни век довели су до учесталијег јављања карцинома дебелог црева у нашој популацији, са инциденцом од 40/100.000 и морталитетом од 20/100.000 становника. Колоректални карцином заузима у мушкараца друго а у жена треће место по учесталости, исто као и по смртности.

До пре неколико деценија хирург је био једини лекар који се бавио болесником са малигном болешћу дебелог црева.

Свакодневни напредак у сазнањима о генетици, биологији, патологији и онкологији овог обољења омогућило нам је да спознамо које су могућности превенције, скрининга и раног откривања болести, када је и могућност лечења најбоља. Истовремено је дошло до развоја нових технологија које су битно унапредиле дијагностику, неоперативно, превентивно и минимално инвазивно оперативно лечење ових болесника.

Радикално хируршко лечење је у ових болесника увек представљало битан и најбољи пут ка излечењу. Схватање да је уз тумор неопходно одстранити и све путеве лимфног ширења карцинома као и све органе који су локално инфилтрирани тумором дало је много боље резултате

хирушког лечења. Раме уз раме са развојем хирургије развијала се и анестезиологија и реаниматологија која је омогућила извођење великих мутилантних хируршких захвата и мултиорганских ресекција.

До пре пар деценија постављање дијагнозе проширене малигне болести је истовремено значило и крај активног лечења ових болесника. Развојем модерне хемо-радитерапије хируршко лечење данас представља само једну од фаза у лечењу ових болесника. Данас је за лечење ових болесника неопходно ангажовати цео тим стручњака различитог профила да би као резултат овог мултидисциплинарног приступа могли очекивати успешно лечење ових тешких болесника.

Овакав приступ је дао шансу болесницима да са што мањом траумом организма и са све бољим функционалним резултатима и побољшаним квалитетом наставе свој живот.

REF

1. Mihajlović J, Pechlivanoglou P, Miladinov-Mikov M, Živković S and Postma MJ. Cancer incidence and mortality in Serbia 1999–2009. *BMC Cancer* 2013;13:18.
2. Krstić M, Mijac D, Popović D, Pavlović-Marković A, Milosavljević T. General Aspects of Primary Cancer Prevention. *Dig Dis* 2019;37:406–15.
3. Altobelli E, D'Aloisio F, Angeletti PM. Colorectal cancer screening in countries of European Council outside of the EU-28. *World J Gastroenterol* 2016;22(20):4946-57.
4. Shinagawa T, Tanaka T, Nozawa H, Emoto S, Muroto K et al. Comparison of the guidelines for colorectal cancer in Japan, the USA and Europe. *Ann Gastroenterol Surg*. 2018;2:6–12.
5. Feeney G, Sehgal R, Sheehan M, Hogan A, Regan M, et al. Neoadjuvant radiotherapy for rectal cancer management. *World J Gastroenterol* 2019;25(33):4850-69.

LAPAROSKOPSKA OPERACIJA GERB I HIJATUS HERNIJE; ISKUSTVO POSLE 600 URAĐENIH OPERACIJA

Prof. Dr Milos Bjelovic Redovni profesor na katedri hirurgije sa anesteziologijom na Medicinskom fakultetu u Beogradu

Uvod: Iako su posttraumatske i kongenitalne dijafragmalne hernije opisane u medicinskoj literaturi početkom 16. veka, stečene hernije hijatusa jednjaka nisu prepoznate kao značajan medicinski entitet sve do sredine 20. veka. Hernija hijatusa jednjaka označava hernijaciju elemanata iz trbušne duplje, najčešće želuca, kroz hijatus jednjaka u medijastinum. Čak 95 procenata ovih hernija pripada I grupi (tzv. klizajućim ili aksijalnim) hernijama hijatusa jednjaka. Značajno ređi slučajevi pripadaju II, III i IV grupi hernija hijatusa jednjaka, tzv. paraezofagealnim hernijama, koje obuhvataju preostalih 5% slučajeva. Poseban deo tip III hernija hijatusa jednjaka su velike hernija (Giant PEH) kod kojih je više od trećine želuca pozicionirano u grudnom košu. Od 1950. godine reparacija ovih hernija se tradicionalno izvodila kroz laparotomiju ili torakotomiju. Prvu laparoskopsku reparaciju hernije hijatusa jednjaka izveo je Cushieri 1992. godine. Iako je Collis opisao i objavio tehniku produženja jednjaka davne 1957. godine, prvu laparoskopsku operaciju ovog tipa izveo je Hunter, koji je i objavio modifikovanu tehniku 2000. godine.

Laparoskopaska reparacija hernija hijatusa jednjaka izvodi se rutinski od 2004. godine, na odeljenju za minimalno invazivnu hirurgiju jednjaka i želuca, I hirurške klinike u Univerzitetском kliničkom centru Srbije.

Cilj studije: U ovoj studiji, želimo da prezentujemo iskustvo našeg tima u izvođenju laparoskopске reparacije hernija hijatusa jednjaka nakon izvedenih 600 operacija. Koristeći jasan i logičan pristup, shvatili smo da ključ uspeha u laparoskopskom operativnom lečenju hernija hijatusa jednjaka leži u rešavanje problema sekundarno kratkog jednjaka, kao i uspešno zatvaranje komplikovanog hijatalnog otvora. U studiji, cilj je ne samo identifikacija problema, već i sledeći aspekti:

prepoznavanje svih mogućih uzroka nastalog problema u toku i posle operacije

identifikacija svih dostupnih alternativa u rešavanju problema

pažljiva selekcija najbolje alternative

razvoj propisnog plana za implementaciju izabrane alternative

pažljivo praćenje realizacije plana

praćenje ishoda

Materijal i metode: U retrospektivnu kohortnu studiju, obuhvaćeno je više od 500 pacijenata kojima je u periodu od aprila 2004. godine do januara 2022. godine učinjena elektivna laparoskopaska reparacija

hernije hijatusa jednjaka, od strane jednog hirurškog tima odeljenja za minimalno invazivnu hirurgiju jednjaka i želuca, Klinike za digestivnu hirurgiju KCS u Beogradu. Standardan preoperativan dijagnostički protokol podrazumevao je evaluaciju simptoma, kontrastnu radiografiju sa barijumom i gornju fleksibilnu endoskopiju. U slučaju postojanja velike paraezofagealne hernije (Giant PEH), učinjen je preoperativno MDCT pregled grudnog koša i trbuha. Preoperativna manometrija jednjaka i 24-časovna pH-metrija bile su neophodne samo kod pacijenata sa malim aksijalnim hernijama hijatusa jednjaka sa neerozivnom refluksnom bolešću. Indikacije za operativno lečenje postavljene su prema protokolima Američkog društva za gastrointestinalnu i endoskopsku hirurgiju (SAGES). Svi pacijenti podvrgnuti su antibiotskoj profilaksi, kao i standardnoj profilaksi duboke venske tromboze. Standardizovana hirurška tehnika bazirala se na adaptiranoj tehnici sa Univerzitetskog medicinskog centra u Pittsburgu. Tehnika je detaljno opisana u daljem tekstu.

Hirurška tehnika: Operacija se izvodi u opštoj endotrahealnoj anesteziji. Tokom prva 33 slučaja, korišćen je Francuski položaj pacijenta, dok je nakon toga korišćen modifikovan dorzalni dekubitus opisan od strane Luketicha. Nakon plasiranja trokara na tipičnim mestima i postizanja adekvatne ekspanzije hijatusa, učinjena je najpre repozicija želuca postepenim povlačenjem atraumatskim hvatalicama perigastričnog masnog tkiva. Potom se učini odvajanje kilne kese i retroperitonealnog masnog tkiva delom tupom, delom oštrom disekcijom ultrazvučnim makazama. Potom se disekcija nastavlja retroezofagealno sve do komisure desnog i levog krusa. Potom je neophodno odvajati gastrosplenični ligament presecanjem zadnjih veza sa fundusom uz korišćene kompjuterom kontrolisanog bipolarnog dijatermijskog sistema (Ligasure). Neophodno je mobilisati jednjak u zadnjem medijastinumu sve do nivoa donjih plućnih vena. Kod značajnog broja pacijenata, pravilno izvedenom mobilizacijom do navedenog nivoa, postiže se dovoljna dužina intraabdominalnog dela jednjaka. Za adekvatno izmerenu dužinu istog, neophodna je mobilizacija masnog jastučeta sa prednjeg aspekta jednjaka, adekvatna identifikacija Hisovog ugla, kao i položaj jednjaka i želuca bez tenzije. Ako ezofagogastrični prelaz, nakon ispunjenih gore navedenih uslova, nije položen ispod dijafragmalnog hijatusa u dužini bez tenzije u minimalnom iznosu od 2-3 cm, pre fundoplikacije se izvodi procedura produženja jednjaka. Navedeno produženje jednjaka izvodi se tehnikom Collisove "wedge gastroplastike". Najpre se plasira Molonejeva bužija dijametara 54 Fr kroz jednjak duž male krivine želuca. Za kreiranje segmenta "novog" jednjaka koriste se ešaloni linearnog endo-GIA staplera. Stapler se pozicionira uz ranije plasiranu bužiju, najpre u kranio-kaudalnom položaju, nakon čega se stapler aktivira. Staplerska linija se pažljivo eksploriše u cilju identifikacije potencijalnih mesta popuštanja. Kao alternativa Collisovoj tehnici, koristi se modifikovana originalna tehnika „uncut-Collis“.

Na početku studije, antirefluksna procedura izbora je bila labava Nisenova fundoplikacija (floppy Nissen), kreirana sa neresoprivnim šavovima 2-0. Ključan korak je zaštita prednjeg vagalnog živca pomeranjem istog ka desnoj strani jednjaka zajedno sa delom kilne kese i masnim jastučetom. Fundus želuca se najpre mobilizuje, a potom obmotava celom cirkumferencijom oko jednjaka, tako da se prednji vagusni živac, ranije pomeren u stranu, ne nalazi unutar fundoplikacije. Tokom poslednjih nekoliko godina, laparoskopska fundoplikacija po Tupeu (Toupet) postala je preferirana antirefluksna procedura. U većini slučajeva hijatalni defekt repariran je primarno, plasiranjem pojedinačnih neresorptivnih šavova retroezofagealno. Kod pacijenata sa izraženo velikim defektom hijatusa jednjaka, ili defektom ovalnog oblika, učinjena je plikacija levog krusa. Ostale tehnike koje su korišćene za zatvaranje problematičnog defekta hijatusa podrazumevaju plasiranje teflonskih pledžeta, plasiranje sintetske mrežice u onlay položaju ili korišćenje autolognog grafta od fasciae latae. Plasiranje abdominalnih drenova i nazogastrične sonde zavisilo je od intraoperativne odluke hirurga. Nakon operacije, kod svih pacijenata je obavezno učinjena radiografija grudnog koša u cilju isključivanja eventualno nastalog jatrogenog pneumotoraksa.

Postoperativna nega i praćenje pacijenata: Standardna postoperativna nega uključivala je profilaksu postoperativnog sindroma mučnine i povraćanja. Kontrolna kontrastna radiografija standardno je učinjena drugog postoperativnog dana, nakon čega se započinje tečna dijeta. Izuzetak su pacijenti kod kojih je izvedeno neophodno produženje jednjaka ranije opisanim tehnikama, kod kojih se kontrolna kontrastna radiografija planira trećeg postoperativnog dana. Nakon otpusta iz bolnice, dalje praćenje i kontrole planirane su mesec dana, šest i dvanaest meseci nakon operacije, nakon čega su kontrole planirane jednom godišnje. Standardna postoperativna godišnja kontrola podrazumevala je evaluaciju eventualnog nastalih novih simptoma, kao i izvođenje kontrolne kontrastne radiografije i gornje fleksibilne endoskopije.

ДИЈАГНОСТИЧКИ И ТЕРАПИЈСКИ ИЗАЗОВИ У РЕШАВАЊУ ЛУМБАЛНОГ БОЛА И ЛУМБОИСХИАЛГИЈЕ

Prof. dr Ivan Stefanović. Redovni profesor. Medicinski fakultet Univerziteta Niš, Klinika za neurohirurgijuKlin. centra Niš.

Током живота готово да нема особе која није имала бар једну епизоду бола у крстима или нози. Статистика открива да услед наведених разлога на 100 радника годишње буде 28 дана боловања. Сваки 25. је приморан да промени занимање. У САД годишњи директни и индиректни трошак који бол у кичми и нози изазива је преко 90 билиона долара. Ово подручје у медицини постаје не само медицинско, него све више економско и морално питање. Доступност бројних аналгетика мимо лекарског рецепта резултује неадекватним лечењем мимо лекара и одлаже благовремено постављање дијагнозе, уводећи пацијенте често у фазу иреверзибилне штете. Страх од „дирања живаца у кичми“ који емитује најближа околина оболелог, његови пријатељи, чак медицинари који нису референтни на том пољу, удаљава оболеле од благовременог дијагностиковања и адекватног лечења. Истовремено постојање на десетине неинвазивних или минималн инвазивних процедура, отворених операција без или са уградњом разних имплантаната, само потврђује да ниједна метода укључујући и операцију не гарантује стопроцентну успешност у лечењу, што додатно збуњује и обесхрабрује оболелог. То пацијента чини понекад лаким пленом у комерцијализацији његове болести. Инсистирање дијагностичара да се узрок тегоба пронађе унутар неколико најфреквентнијих обољења и тиме отвори пут комерцијалне терапије, а да се при том не узму у обзир на десетине других етиолошких момената, представља погибелни тренд данашње медицине.

Задатак експерата је да едукују здравствене раднике у прецизном етиолошком разрешењу лумбалног бола и лумбоисхиалгије и оптималном алгоритму њиховог решавања.

Истовремено се пацијент мора охрабрити да у што краћем временском интервалу консултује више различитих експерата укључујући и оперативне неурохирурге, без обзира што заступа тезу искључиво неоперативног лечења. Искуство потврђује да не треба правити безразложне трошкове лечења на методе за које после више недеља и месеци доживи болно разочарење. Отуд је изузетно важно да оболели на самом почетку посети стручну медицинску установу која без фаворизовања пружа цео спектар неоперативних и оперативних услуга, јер само тако може избећи замку фаворизовања методе лечења коју сепаратно пружају поједине медицинске установе. Истовремено, лекари ће додатном едукацијом избећи одштетне захтеве пацијената који су из комерцијалних разлога лечени процедурама за које сваки експерт недвосмислено може унапред потврдити неефикасност. Правдање лекара који су свесно применили комерцијалну процедуру под образложењем „да је пацијент инсистирао на неоперативном лечењу по сваку цену“ у крајњем представљају манипулацију његовом болешћу и немају се права свести на „пуко угађање пацијенту“. Циљ овог предавања је да едукује лекаре и пацијенте на све горе наведене околности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. I.Stefanović, M.Radislavljević, D.Stojanov. Spine Aseptic intra- and extrafascial abscess 10 years after 2-level DIAM procedure- Case report. Journal of Neurosurgery: Spine Nov (2015); 23,(5), 647-65
2. Stojanov Dragan, Grozdanovic Danijela, Petrovic Sladjana, Benedeto-Stojanov Danijela, Stefanovic Ivan, Stojanovic Nebojsa, Ilic Dusica. De novo mutation in the NOTCH3 gene causing CADASIL. Bosnian Journal Of Basic Medical Sciences 2014; 14(1):48-50.
3. I. Stefanović, P. Bošnjaković, A. Kostić, S. Stefanović, D.Stojanov, D.Dimov, Miša Radislavljević, B.Jelenković. Lateral intra-extraspinal cervical schwannomas: Partial Versus total resection. Central European Journal of Medicine -2012; 7 (1), 66-72.
4. Kostić Aleksandar, Stojanov Dragan, Stefanović Ivan, Novak Vesna, Kostić Emina, Benedeto-Stojanov Danijela, Veselinović Dragan. Complications after Angiogram-Negative Subarahnoid Haemorrhage: Comparative Studu of Pretruncal and Nonpretruncal Haemorrhage Patients. Srp Arh Celok Lek 2012; 140(1-2):8-13. IF: 0.228
5. Lj.Vasović, Z.Milenković, I. Jovanović, R.Čukuranović, P.Jovanović, I. Stefanović. Hypoglossal artery: a review of normal and pathological features. Neurosurg Rev (2008) 31:385-39

ХИРУРГИЈА У ЛЕЧЕЊУ КРВАРЕЊА ИЗ ГОРЊИХ ПАРТИЈА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНОГ ТРАКТА

Ass. Dr sc. Med. Ivan Pešić, Medicinski Fakultet Univerziteta u Nišu, Klinika za digestivnu hirurgiju KC Niš.

Акутно крварење из горњих партија гастроинтестиналног тракта (ГИТ) је једно од најтежих стања које захтева ургентану дијагностику и даље болничко лечење. Пацијенти са акутним крварењем из горњих партија ГИТ-а могу бити са једним или више симптома и знакова, укључујући хематемезу (повраћање свеже крви или материјала налик на млевену кафу) и/или мелену (црна, катранасте столице). Стопа морталитета ових пацијената је 5–10% и није се мењала много од 1945. год., упркос развоју медицине, ендоскопије, јединица интензивне неге и хируршког третмана.

Пептички улкус, варикозитети једњака и желуца и Маллори-Вајсова руптура су међу најчешћим узроцима крварења у горњем делу ГИТ-а.

Диеулафои-ове лезије су аномални проширени судови који се налазе испод слузокоже, што доводи до ерозије епитела у одсуству почетног улкуса. Ове лезије су одговорне за мање од 1% случајева тешких облика крварења из горњег ГИТ-а. Редак, али веома озбиљан узрок крварења из горњег ГИТ-а је и аортно - цревна фистула, где већина пацијената развије акутно почетно крварење у облик хематемезе са или без хематохезије. Стопа морталитета код нелечених интестиналних фистула аорте са горњим гастроинтестиналним крварењем је близу 100%. Коначно, тумори и метастазе у горњем делу дигестивног тракта су одговоран за мање од 3% свих тешких крварења из горњег гастроинтестиналног тракта.

Као резултат технолошког развоја, улога операције код крварења из горњих партија ГИТ-а, је постепено замењена неоперативним методама. Револуције у виду езофаго-гастродуоденоскопије (ЕГДС) и колоноскопије су омогућиле ефикасну хемостазу крварења из желуца или дебелог црева у исто време када се и дијагностикује жариште крварења. Поред тога, ангиографија, заједно са транскатетерском испоруком вазоактивних лекова или емболијских материјала, значајно је смањила потребу за хирургијом код крварења на ГИТ-у. Ипак, са развојем лапароскопске хируршке технике, операција остаје важан модалитет лечења многих крварењих лезије ГИТ-а код пацијената код којих постоји ризик од ГИ крварења, као што су старије особе, мушкарци, корисници алкохола, дувана, аспирина, нестероидних антиинфламаторних лекова (НСАИД) и антикоагуланаса. Такође, морбидитет и морталитет се значајно повећавају код пацијената који су изгубили више од 6 јединица крви или код старијих особа пацијенти са тешким придруженим болестима. Ови пацијенти могу бити кандидати за ране хируршке интервенције.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Kim LS, Lee IS. Role of surgery in gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Interv* 2018;7:136–141
2. Aljard Z, Mobayed BB. The mortality rate among patients with acute upper GI bleeding (with/without EGD) at Aleppo University Hospital: A retrospective study. *Annals of Medicine and Surgery* 71 (2021) 102958
3. Stanley AJ, Laine L. Management of acute uppergastrointestinal bleeding. *BMJ* 2019;364:l536. doi: 10.1136/bmj.l536
4. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentreprospective study. *BMJ* 2017;356: i6432 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i6432>
5. Catalano F, Mengardo V, Trecca A et al. The impact of experience on short- and long-term outcomes on gastricESD: a western series. *Updates in Surgery* (2019) 71:359–365.

SAVREMENA DIAGNOZA I LEČENJA KALKULOZE BUBREGA

Prof.dr Sava Mičić. Redovni profesor urologije u penziji. Poliklinika Uromedika, Beograd

Bubrežni kamenje čest uzrok krvi u urinu (hematurija) i bolova u abdomenu, slabini ili preponama. Javlja se kod jedne od 11 osoba u nekom periodu njihovog života, pri čemu su muškarci pogođeni dva puta češće u odnosu na žene. Razvoj kamena je povezan sa smanjenim volumenom urina ili povećanim izlučivanjem komponenti koje formiraju kamen, kao što su kalcijum, oksalat, mokraćna kiselina, cistin, ksantin i fosfat. Kamen takođe može biti uzrokovan niskim nivoom citrata u urinu ili prekomernom kiselošću urina. Naš plan edukacije razmatra uzrok, patofiziologiju i prikaz bubrežne kalkuloze. Upravo iz ovih činjenica o kompleksnosti kalkuloze bubrega proističe savremen način endoskopskog i perkutanog lečenja kalkuloze bubrega. Medikamento lečenje nema tako izraženu praksu. Dijagnoza i početno lečenje urolitijaze pretrpeli

su značajnu evoluciju poslednjih godina, uvodeći nove dijagnostičke mogućnosti. I ovi novi postupci su doveli do boljeg i uspešnijeg rešenja problema kalkuloze bubrega

LITERATURA:

1. Diagnosis and initial management of renal stones. Portis A.J., Sundaram C.P. American Family Physician.2001. Vol7, No:63; 1329-1338
2. Comprehensive morpho-constitutional analysis of urinary stones improves etiological diagnosis and therapeutic strategy of nephrolithiasis. Daudon M., Dessombz A., Frochot V., Latavenier E. Comptes Rendus Chemie.2016; 1470-1491;
3. An Update and Practical Guide to Renal Stone Management. Johri N. · Cooper B. · Robertson W. · Choong S. · Rickards D. · Unwin R. Nephron Clin Pract 2010;116:c159-c171
4. Classical and Modern Genetic Approach to Kidney Stone Disease. G. Vezzoli, T. Arcidiacono. L. Citterio. Kidney International Reports (2019) 4, 507-509
5. EAU Guidelines on Urolithiasis. Turk C et al.2016

KOREKTIVNA OSTEOTOMIJA TIBIJE

Prof. dr. Zoran Golubović, dr. Ivan Golubović, prof. dr. Dejan Tabaković, ass.dr.sci med. Milan Lazarević, Doc. Dr. Predrag Stoiljković, dr. Ivana Golubović, prof.dr. Nebojša Mitić. Klinički centar Niš, Klinički centar Kosovska Mitrovica

Deformirajuća artroza kolennog zgloba je veoma česta bolest kod osoba preko četrdesete godine života. Gonartroza je tri puta češća kod osoba ženskog pola. Mnogobrojni su faktori u nastanku gonartroze. Značajno mesto zauzimaju neadekvatni odnosi opterećenja (X i O) kolena. U radu se prikazuje bolesnica u osmoj deceniji života sa varus deformitetom. Uzimajući u obzir godine života započeto je sa konzervativnim lečenjem, što nije dalo rezultate. Obzirom da neoperativno lečenje nije dalo rezultate bolesnica je operisana. Urađena je korektivna osteotomija desne tibije u proksimalnom delu, na oko 2cm ispod zglobne pukotine kolena. Nakon osteotomije i korekcije fiksacija je urađena spoljnim skeletnim fiksatorom sa dva klina u proksimalni i dva klina u distalni fragment. Spoljna skeletna fiksacija omogućila je rano postoperativno funkcionalno lečenje, kompresiju fragmenata i ranu konsolidaciju na mestu osteotomije. Oslonac na operisanu nogu postepeno je povećavan. Bolesnica je upućena na fizikalnu terapiju. Po zarastanju preloma spoljni skeletni fiksator je odstranjen. Na kontrolnom pregledu bolesnica je bila zadovoljna rezultatima operativnog lečenja. Zbog stalnih bolova u levom kolenu bolesnica je insistirala da se operativni zahvat uradi i na levoj nozi. Urađena je korektivna osteotomija i na levoj nozi. Nakon korekcije varusa urađena je stabilizacija osteotomije spoljnim skeletnim fiksatorom. Po zarastanju osteotomije, spoljni skeletni fiksator je odstranjen. Bolesnica je upućena na fizikalnu terapiju. Po završenom lečenju bolesnica je bila zadovoljna rezultatima lečenja.

POVREDE IZAZVANE ELEKTRIČNOM STRUJOM U DECE

Ass. dr sci. med. dr Đorđe Kravljanać. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“

Električne povrede predstavljaju oštećenja kože, potkožnog tkiva i unutrašnjih organa nastalih dejstvom električne struje. Kod dece se javljaju posle direktnog kontakta sa izvorima struje niskog ili visokog napona, kao posledica udara munje ili izlaganja "voltinom luku". Dovode do opekotina kože, oštećenja krvnih sudova, nerava, mišića i koštano-zglobnih struktura, poremećaja rada srca, organa za disanje i CNS-a. Predstavljaju životno ugrožavajuće stanje i zahtevaju hitno zbrinjavanje. Prva pomoć se ukazuje na mestu povrede, zbrinjavanje se nastavlja u hitnoj službi, a potom je neophodno bolničko lečenje i multidisciplinarni pristup. Postojanje dubokih opekotina zahteva primenu hirurških procedura. Prevencija ima važnu ulogu u smanjenju učestalosti ovih povreda.

Literatura:

1. American Burn Association. ABA annual burn repository. 2016.; available from: <http://www.ameriburn.org/NBR.php>; accessed 19 Oct. 2017.
2. Moehrlen T, Szucs T, Landolt MA, Meuli M, Schiestl C, Moehrlen U. Trauma mechanisms and injury patterns in pediatric burn patients. Burns 2018; 44(2):326-34.
3. Strobel AM and Fey R. Emergency care of pediatric burns. Emer Med Clin 2018; 36(2):441-58.
4. Kochin O.V. Electrotrauma: pathogenesis, clinical features, treatment. Emergency medicine. 2015; 8(71):7-12.
5. Saeman MR, Hodgman EI, Burris A, Wolf SE, Arnoldo BD, Kowalske KJ, et al. Epidemiology and outcomes of pediatric burns over 35 years at Parkland Hospital. Burns 2016; 42(1):202-8.

EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC TOTAL GASTRECTOMY IN LOCALLY ADVANCED GASTRIC CANCER

Dr Nikolay Semenov. The Moscow Clinical Scientific Centre of the State Budgetary Healthcare Institution named after Loginov A.S. Moscow Health Department, Moscow, Russia.

Background: Laparoscopic total gastrectomy is recommended as an option for early gastric cancer (based on several RCTs) but has not yet been established as the optimal way to treat locally advanced cancer of the stomach. Though being performed in high volume centres this complex surgical procedure possibly allows to reduce postoperative pain, morbidity, length of hospital stay with comparable distant outcomes.

Aim: To assess the results of laparoscopic total gastrectomy (LTG) for locally advanced gastric cancer (LAGC) performed in one institution.

Materials and methods: From 2016 to 2021 156 laparoscopic and 43 open total gastrectomies (OTG) for LAGC (cT2-T4a, N0-3, M0) were performed. Extended gastrectomy procedures and patients with ECOG \geq 2 were excluded. Medium age for LTG - 62,6 [25-84] and 60,6 [32-80] for OTG, BMI - 26,4 [19-38] vs. 25,8 [18-29]. Main features of surgical procedures and postoperative morbidity (Clavien III-V) were compared. Results: The median operation time was 348 min for LTG and 296 min for OTG, median bloodloss was 75 ml - vs. 157 ml, average number of harvested lymph nodes - 38 vs. 31, splenectomy - 9(6,3%) vs. 10(23,8%), R0 resection was 100% in both groups, conversion rate for LTG was 1 (0,7%). 20 (14%) major complications occurred after LTG - vs. 9 (21,4%) after OTG. Pancreatic fistula - 8 (5,6%) vs. 5 (11,9%). Anastomotic leakage for LTG was - 3(2,1%) vs. 2(4,8%) for OTG. There were no leakages in isoperistaltic reconstruction.

Discussion: LTG showed comparable post operative morbidity and mortality in comparison with OTG. We also compared isoperistaltic and antiperistaltic positions of Roux-loop for esophagojejunostomy to identify the most safe and efficient type of reconstruction. We had better results in the group with isoperistaltic position of the loop vs. OTG (less postoperative morbidity, no cases of anastomotic leakage and no mortality) due to less traction and no need to cross feeding vessels of the intestinal mesentery.

Conclusion: LTG for LAGC is feasible and safe. Isoperistaltic position of Roux-en-Y loop seems to be preferable.

Традиционални Сателитски симпозијум у оквиру 41. Тимочких медицинских дана Семинар друге категорије 27.05.2022.- петак “АКТУЕЛНОСТИ У ОРАЛНОЈ ХИРУРГИЈИ И СТОМАТОЛОГИЈИ” Зајечар 2022.

СПИСАК ПРЕДАВАЧА

1. Проф. др Ивица З. Станчић, редовни професор. Стоматолошки факултет Београд, Клиника за стоматолошку протетику. Ужа научна област: ТЕМА: PROTETSKA RENABILITACIJA PACIJENATA STARIJE DOBI SA KOMORBIDITETIMA
2. Проф. др Владимир Биочанин. Стоматолошки Факултет у Панчеву. Ужа научна област: Орална хирургија. ТЕМА: Материјали за шивење у оралној хирургији
3. Проф. др Соња Апостолска. Редовни професор. Универзитет “Св.кирил и Методиј” Стоматолошки факултет – Скопје, ЈЗУ “Св.Пантелејмон”- Скопје ТЕМА: МОГУЧНОСТИ РЕКОНСТРУКЦИЈЕ ЕНДОДОНТСКИ ЛЕЧЕНИХ ЗУБА
4. Др. сци Наташа Пејчић-Бараћ. Научни сарадник. Стоматолошки факултет, Универзитета у Београду. Ужа научна област: Дечија и превентивна стоматологија. ТЕМА: Dentalna ergonomija-rizici i preroguke
5. Проф. др Дејан Марковић. Клиника за децу и превентивну стоматологију. Стоматолошки факултет у Београду. ТЕМА: Ојаћани композитни коћићи у restauraciji endodontski лећених зуба

DENTALNA ERGONOMIJA-RIZICI I PREPORUKE

Др. сци Наташа Пејчић-Бараћ. Научни сарадник. Стоматолошки факултет, Универзитета у Београду.

Veliki broj studija u svetu govori u prilog tome da su bolesti u vezi sa radom, u prvom redu mišićno-skeletalna oboljenja, veoma česta u populaciji stomatologa. Uzrok tome može se naći u činjenici da je stomatološka profesija veoma zahtevna, podrazumeva pružanje pomoći pacijentima u specifičnom radnom okruženju. Stomatolozi inkorporiraju svoje stavove, vrednosti, ponašanje da bi radili u najboljem interesu pacijenta, i postavljaju pacijenta na prvo mesto. Istovremeno često zanemaruju sebe, odnosno položaj tela, stav, navike tokom rada. To sve može imati posledice na opšte zdravlje samih stomatologa. Uvođenjem sedeće radne pozicije, kao i naprednim razvojem opreme, nije se doprinelo redukciji učestalosti mišićno-skeletnog bola kod stomatologa. Optimalna radna pozicija u stomatologiji je i dalje tema istraživanja. Navedene činjenice govore u prilog tome da se dentalna ergonomija kao mlada nauka sve više razvija, i biva predmet sve većeg interesovanja profesionalaca širom sveta.

Dentalna ergonomija omogućava adaptaciju radnog okruženja i metoda rada stomatologu i ostalim članovima tima, uz poštovanje njihovih fizičkih i psihičkih kapaciteta, radi zdravog, bezbednog i komfornog obavljanja njihove profesionalne aktivnosti. Takođe dentalna ergonomija omogućava stomatolozima kao i njihovom timu da koriste svoje sopstvene kapacitete, kao i mogućnosti opreme, instrumenata, organizacije rada.

Dentalna ergonomija uključuje sve aspekte organizacije, metoda rada, neophodne radi sprovođenja efikasne usluge pacijentu, koja u isto vreme pruža zadovoljstvo stomatologu, kao i izbegavanje faktora rizika za razvoj oboljenja u vezi sa radom.

LITERATURA:

1. N. Pejčić, V. Petrović, D. Marković, B. Miličić, I. Ilić-Dimitrijević, N. Perunović, S. Čakić. Assessment of risk factors and preventive measures and their relations to work-related musculoskeletal pain among dentists. WORK; 2017.57,4:573-593. DOI: 10.3233/WOR-172588, 1-21.
2. N. Pejčić, V. Petrović, M. Đurić-Jovičić, N. Medojević, A. Nikodijević-Latinović. Analysis and prevention of ergonomic risk factors among dental students. Eur J Dent Educ. 2020;00:1-20. DOI: 10.1111/eje.12621
3. N. Pejčić, M.Đurić-Jovicić, N. Miljković, D. Popović, V. Petrović. Posture in dentists: Sitting vs. standing positions during dentistry work – An EMG study. Srp Arh Celok Lek; 2016. 144(3-4):181-187.
4. V. Petrović, N. Pejčić, P. Bulat, M.Đurić-Jovicić, N. Miljković, D. Marković. Evaluation of ergonomic risk during dental work; Balk J Dent Med, 2016;20:33-39
5. Pejčić,N.,Petrović,V.,Ilić-Dimitrijević,I.,Jakovljević,A.,Nikodijević-Latinović,A.,Petrović,R. & Perunović,N.(2021).Occupational Stress among Dental Professionals. Balkan Journal of Dental Medicine,25(2) 67-72.

МОГУЧНОСТИ РЕКОНСТРУКЦИЈЕ ЕНДОДОНТСКИ ЛЕЧЕНИХ ЗУБА

Проф. др Соња Апостолска. Редовни професор. Универзитет "Св.кирил и Методиј" Стоматолошки факултет – Скопје

Рестаурација ендодонтски третираних зуба и даље представља изазов. Успех терапије и опстанак зуба зависи углавном од квалитета рестаурације. Приликом избора врсте рестаурације главни фактор треба бити количина преосталог зубног ткива. Како би се ефикасно надокнадило изгубљено зубно ткиво, одабрани рестауративни материјал треба имати својства слична природном зубу, заједно са добром адхезијом, ниским контраховањем при полимеризацији и способност подношења високог оптерећења. Развој материјала и нова сазнања о својствима ендодонтски лечених зуба отварају нове могућности у рестаурацији ендодонтски лечених зуба. Данас савремена рестауративна стоматологија наглашава очување здраве зубне супстанце као један од најважнијих фактора који доприноси клиничкој дуготрајности ендодонтски лечених зуба. Због тога се конзервативне директне рестаурације сматрају повољнијим од протетских. Циљ предавања је да се прикажу новији приступи у конзервативној реконструкцији ендодонтски лечених зуба и смернице којих се треба придржавати приликом избора терапијског поступка.

ПРОТЕТСКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА ПАЦИЈЕНАТА СТАРИЈЕ ДОБИ СА КОМОРБИДИТЕТИМА

Проф.др Ивица З. Станчић, редовни професор.Стоматолошки факултет Београд, Клиника за стоматолошку протетику.

Пацијенти старије доби долазе у стоматолошку ординацију са различитим захтевима у вези са постојећим или будућим зубним надокнадима, како оправданим, али често и неоправданим. Естетика је појединим пацијентима старије доби у првом плану, јер су са годинама све незадовољнији естетиком својих природних зуба, имајући у виду да су некада били задовољни својим осмехом. Са друге стране, неки особе старије доби имају мања очекивања од естетике будућег протетског рада, јер прихватају старост, сматрајући да нема разлога да се на то обраћа посебна пажња. У неким случајевима, старе и потрајале протеже, које су већ патолошки деловале на потпорна ткива поједини пацијенти сматрају чак и даље добрим, а нове теško прихватају.

Функција је дефинитивно примарна свим пацијентима, мада многобројни ограничавајући фактори лимитирају степен и избор протетског модалитета. Имајући у виду да ови пацијенти најчешће болују од више хроничних болести, треба наћи оптимално терапијско решење како би се мастикаторни učinak поправио, што може бити један од фактора нарушеног малнутритивног статуса.

Због тога је неопходан строго индивидуалан приступ сваком пацијенту старије доби. Терапеут треба да се труди да пажљиво испрати жеље пацијента, уколико су у складу са објективним оралним и општим стањем здравља, као и да процени најдекватније протетско решење. Када услови то дозвољавају не треба правити разлику у индикацији у поређењу са пацијентима млађе животне доби.

LITERATURA:

1. Desveaux L, Goldstein RS, Mathur S, Hassan A, Devlin M, Pauley T, Brooks D: Physical Activity in Adults with Diabetes Following Prosthetic Rehabilitation. Canadian Journal of Diabetes, 01 Apr 2016, 40(4):336-341
2. Kunwarjeet Singh, Himanshu Aeran, Narender Kumar, Nidhi Gupta: Flexible Thermoplastic Denture Base Materials for Aesthetical Removable Partial Denture Framework, J Clin Diagn Res. Oct 2013; 7(10): 2372-2373.
3. Kaira LS, Dayakara HR, Singh R. Flexible denture for partially edentulous arches - A case report. www.journalofdentofacialciences.com 2012; 1(2): 39-42
4. Noriko Amagai, Yuriko Komagamine, Manabu Kanazawa, Maiko Iwaki, Ayami Jo, Hiroyuki Suzuki, Shunsuke Minakuchi: The effect of prosthetic rehabilitation and simple dietary counseling on food intake and oral health related quality of life among the edentulous individuals: A randomized controlled trial, Journal of Dentistry Volume 65, October 2017, Pages 89-94
5. Hill EE, Rubel B, Smith JB. Flexible removable partial dentures: a basic overview, Gen Dent. 2014 Mar-Apr;62(2):32-6.

МАТЕРИЈАЛИ ЗА ШИВЕЊЕ У ОРАЛНОЈ ХИРУРГИЈИ

Проф.др Владимир Биочанин, Стоматолошки Факултет у Панчеву.

Шивење у хирургији представља завршни део оперативног захвата. Хируршки конач је нит материјала који служи за лигирање (везивање) крвних судова или апроксимирање (ушивање ткива). Материјал за шивење требало би да идеално приближи ивице хируршке ране, са одржавањем јачине тензије шавне линије док ту улогу не преузме организам са својим репарационим капацитетом – док рана не зарасте! Идеалан материјал за шивење требало би да буде стерилан, једноставан за употребу, одговарајуће јачине-тензије, сигурани универзалан. Основне карактеристике материјала за шивење у оралној хирургији су: сигурност чвора, сигурност ране, одговарајућа затезна снага и минимална ткивна реакција. Према пореклу, сви шавни материјали могу бити природни и синтетски, а према могућности ресорпције ресорптивни и нересорптивни. Нересорптивни материјали за шивење могу бити монофилamentни и полифилamentни.

Literatura:

1. Javed F, Al-Askar M, Almas K, Romanos GE, Al-Hezaimi K. Tissue reactions to various suture materials used in oral surgical interventions. ISRN Dent. 2012;2012:762095.
2. Byrne M, Aly A. The Surgical Suture. Aesthet Surg J. 2019; 39(Suppl_2):S67-S72.
3. Yaman D, Paksoy T, Ustaoglu G, Demirci M. Evaluation of Bacterial Colonization and Clinical Properties of Different Suture Materials in Dentoalveolar Surgery. J Oral Maxillofac Surg. 2021;S0278-2391(21):01124-1.
4. Veeraraghavan R. (2021) Wound Closure and Care in Oral and Maxillofacial Surgery. In: Bonanthaya K, Panneerselvam E, Manuel S, Kumar VV, Rai A. (eds) Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician. Springer, Singapore.
5. Nadafpour N, Montazeri M, Moradi M, Ahmadzadeh S, Etemadi A. Bacterial Colonization on Different Suture Materials Used in Oral Implantology: A Randomized Clinical Trial. Front Dent. 2021;18:25.

OJAČANI KOMPOZITNI KOČIĆI U RESTAURACIJI ENDODONTSKI LEČENIH ZUBA

Prof. dr Dejan Marković Klinika za dečiju i preventivnu stomatologiju. Stomatološki fakultet u Beogradu.

Restauracija endodontski lečenih zuba predstavlja veliki klinički izazov za stomatologa jer predstavljajasnovidljivu „krunu“ često dugotrajnog, neizvesnog i zahtevnog procesa lečenja, kako za stomatologa tako i za pacijenta. Očekivanja pacijenta su da konačno vidi rezultat terapije koja od njega zahteva veliko strpljenje i poverenje u terapeuta. Očekivanja stomatologa su da vidi i ima profesionalnu satisfakciju nakon primenjene terapeutske veštine. Zato se u postupku finalne estetske i funkcionalne restauracije zuba ne smeju dogoditi propusti i greske koje će dovesti do ugrožavanja postignutih rezultata. Ojačani kompozitni kočići predstavljaju značajno sredstvo za ojačanje endodontsko lečenih zuba i podrška konzervativnim i protetskim nadoknadama. Zato se moraju poznavati pravila za njegovu upotrebu, indikacije, priprema i aplikovanje, intrakanalno cementiranje i niz drugih kritičnih mesta u terapijskom postupku. Osim toga, kako bi se obezbedila postojanost i svrsishodnost intrakanalnih ojačanja, neophodno je poznavati mehaničke i svake druge karakteristike intrakanalnog i koronarnog dela ojačanih kompozitnih kočića, kao i vezu sa kruničnim delom restauracije, bilo da je ona komozitna ili protetska.

**SIMPOZIJUM 41. TIMOČKI MEDICINSKI DANI III DAN
„DIJAGNOSTIKA I KONZERVATIVNA MEDICINA-
Povratak na osnove kliničke medicine 2022. 28.05.2022. subota
SLD PODRUŽNICA ZAJEČAR**

SPISAK PREDAVAČA

1. Prim. dr sc. med. dr Dušan Bastać, specijalista internista-kardiolog, magistar i doktor medicinskih nauka, Privatna ordinacija „Dr Bastać“, Zaječar. Uža naučna oblast: kardiologija.
2. Doc.dr sc. med. dr Biljana Živadinović, specijalista neurolog Univerzitetski Klinički Centar Niš, Klinika za neurologiju Medicinski fakultet Niš. Uža naučna oblast: neurologija
3. Prof.dr Ruža Stević, red. prof. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Centar za radiologiju i magnetnu rezonancu, Univerzitetski klinički centar Srbije. Uža naučna oblast: radiologija
4. Prof. dr Ružica Maksimović, red. prof. Medicinski fakultet u Beogradu, Klinički centar Srbije, Centar za radiologiju i magnetnu rezonancu, Beograd. Uža naučna oblast radiologija.
5. Dr med. Dragan Vasin, specijalista radiolog, Centar za radiologiju i MR, Klinički centar Srbije, Beograd. Uža naučna oblast: radiologija
6. Prim.dr sc.med. dr Vladimir Mitov, internista, kardiolog, Odeljenje invazivne kardiologije, ZC Zaječar Specijalista za srčani ritam, interventni kardiolog, OB Zaječar. Uža naučna oblast: Kardiologija, Elektro stimulacija, Invazivna kardiologija
7. Mr sc. med. dr Zoran Joksimović, specijalista internista, magistar medicinskih nauka. Internistička ordinacija „JOKSIMOVIĆ“ Bor. Uža naučna oblast: Interna medicina, gastroenterologija
8. Prim. mr sc med dr Bratimirka Jelenković, pedijatar-endokrinolog. Pedijatrijska služba ZC Zaječar, 19000 Zaječar. Uža naučna oblast: pedijatrijska endokrinologija.
9. Doc.dr sc. med. dr Bojana Stamenković. Docent na predmetu Interna medicina. Lekar specijalista interne medicine. Medicinski fakultet, Univerzitet u Nišu. Institut za lečenje i rehabilitaciju Niška Banja, Klinika za reumatologiju. Uža naučna oblast: Interna medicina-reumatologija i balneoklimatologija.
10. Prim. dr sc. med. dr Biserka Tirmenštajn Janković internista-nefrolog; Magistar nefrologije ZC Zaječar, Rasadnička bb Odeljenje hemodijalize. Šef Odsjek nefrologije i hemodijalize. Uža naučna oblast: nefrologija.
11. Prim. dr Snežana Pavlović. Specijalistička ordinacija interne medicine „Dr pavlović kardiologija“. Beograd. Uža naučna oblast: kardiologija

POVRATAK NA OSNOVE KLINIČKE MEDICINE 2022. (ZBIRNI SAŽETAK SVIH AUTORA)

Anamneza (grč. ανάμνηση — sećanje) jeste razgovor sa bolesnikom u cilju prikupljanja svih informacija, koje su bitne za otkrivanje stvarne prirode bolesti i tačno postavljanje dijagnoze. Izreka „Slušaj Svog pacijenta; on će ti reći koja je njegova dijagnoza“ pokazuje kolika je vrednost anamneze u dijagnostici.

Fizički pregled je suštinski deo svake posete lekaru. Iznenađujuće, međutim, u rutinskom fizičkom ne postoje apsolutne referentne vrednosti. Bazično je provera Vitalnih znakova: Krvni pritisak, Brzina disanja, Temperatura i opšta. Inspekcija, perkusija, palpacija, auskultacija i menzuracija su integralni deo fizičkog pregleda po funkcionalnim sistemima i delovima tela.

Anamneza kod dece i mladih ima svoje posebnosti u odnosu na odrasle osobe. Anamneza o sadašnjoj bolesti se ne razlikuje bitno od one kod odraslih osoba ali treba upotrebiti znanje i veštinu da bi se došlo do validnih podataka. Mala deca nisu savladala govor, anamneza se dobija od roditelja ili staratelja,

Kad je neurologija u pitanju, neophodno je znati napraviti diferencijalnu dijagnozu poremećaja stanja svesti jer nije svaka pospanost ili svaka koma neurološke prirode. Pri pronalasku određenih znakova i simptoma analitički razmišljamo u nekoliko nivoa.

Racionalna upotreba biohemijskih analiza zahteva razumevanje pojmova koje laboratorijski rezultati uključuju: referentni interval, preciznost, tačnost, osetljivost, specifičnost i prediktivna vrednost.

EKG predstavlja osnovno dijagnostičko sretstvo u svakodnevnoj medicinskoj praksi. Svakako je najbitnije prepoznati i adekvatno interpretirati ST-T promene i aritmije.

Da bi se detektovale patološke promene u plućima i na srcu neophodno je poznavanje normalnog radiografskog prikaza medijastinuma, hilusa, pluća i položaja prečage. Patološki nalaz u plućima može da se manifestuje u vidu patoloških senki (zasenčenja) i svetlina (rasvetljenja).

Ultrazvučna dijagnostika je danas postala široko dostupna u mnogim ordinacijama kao neposredna dopuna fizikalnog pregleda in situ (kao na primer kod utvrđivanja da li je jetra uvećana ili samo spuštena). Insistira se na urgentnom ultrazvuku kod akutnog abdomena i hitnih stanja u kardiologiji.

Komjuterizovana tomografija (CT) putem x zraka je danas dostupna sa najmodernijim skenerima četvrte generacije putem multidetektorskih skenera (MDCT ili MSCT). CT je radiološka metoda rekonstrukcije slike preseka tela pomoću računara. Ova metoda se brzo izvodi, ali ipak nije rutinska metoda već služi za kompleksne slučajeve ili urgentno za neodložno postavljanje dijagnoze (embolija pluća, disekcija aorte).

Magnetna rezonanca (MR) je oblik vizuelizacije koja prikazuje i anatomiju i fiziološke procese tkiva. Danas se magnetna rezonanca smatra uređajem koji je neophodan svakoj bolnici s obzirom da pri pregledu nema jonizujućeg zračenja MR je superiorna za pregled srca, nervnog sistema, koštano-zglobnog sistema, mekih tkiva te žučnih puteva. Posebno je značajan multiparametarski MR sken prostate za definitivno otkrivanje malih promena.

Za dugotrajno lečenje u post-COVID-19, Aspirin 325 mg dnevno se može koristiti za sprečavanje ponavljanja tromboze. Potrebne su dodatne kliničke studije da podrže ovu sugestiju. Nema specifične dijagnoze/indikacije za dugotrajnu antikoagulaciju.

Osteoartritis (OA) se može definisati kao često, bolno, degenerativno, neinflamatorno oboljenje sinovijalnih, pretežno nosećih zglobova ekstremiteta i pokretnih delova kičmenog stuba. Oboljenje se karakteriše razaranjem zglobne hrskavice u zoni podvrgnutoj velikom opterećenju, dovodeći kosti zglobova u direktan kontakt. Lečenje osteoartritisa sastoji se od opštih mera, primene lekova, fizijatrijskog i hirurškog lečenja.

LITERATURA:

1. Practical Guide to Medical History Taking Last update October 5, 2020 <https://www.lecturio.com/magazine/experienced-anamnesis/> (pristupljeno 07.01.2022)
2. Ali M Ansary, Joseph N Martinez, John D Scott. The virtual physical exam in the 21st century. J Telemed Telecare. 2021 Jul;27(6):382-392. doi: 10.1177/1357633X19878330.
3. Paediatric Examination. Authored by Dr Jan Sambrook, Reviewed by Dr Colin Tidy | Last edited 25 Jun 2019 | Meets Patient's editorial guidelines. Available to: <https://patient.info/doctor/paediatric-examination>
4. Hindricks G., Potpara T., Dagres N., et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC
5. Whyte MB, Kelly P. The normal range: it is not normal and it is not a range. Postgrad Med J. 2018; 94(1117): 613-616. doi: 10.1136/postgradmedj-2018-135983. Epub 2018 Nov 13. PMID: 30425140; PMCID: PMC6352401
6. Ward D, Potter L. Chest x-ray (CXR) interpretation. Geeky Medics 2021..

7.Jayaram, P.; Ikpeama, U.; Rothenberg, J.B.; Malanga, G.A. Bone Marrow-Derived and Adipose-Derived Mesenchymal Stem Cell Therapy in Primary Knee Osteoarthritis: A Narrative Review. *PMR* 2019, 11, 177–191.

ANAMNEZA - VEŠTINA I UMETNOST KLINIČKE MEDICINE

Mr sc.med. dr Zoran Joksimović, specijalista internista, magistar medicinskih nauka. Internistička ordinacija „JOKSIMOVIĆ“ Bor

Anamneza (grč. ἀνάμνηση — sećanje) jeste razgovor sa bolesnikom u cilju prikupljanja svih informacija, koje su bitne za otkrivanje stvarne prirode bolesti i tačno postavljanje dijagnoze. Često citirana izreka „Slušaj svog pacijenta; on će ti reći koja je njegova dijagnoza“ pokazuje kolika je vrednost anamneze u dijagnostici. Smatra se da anamneza ima najveći značaj u postavljanju prave dijagnoze (50%-70%). Objektivni (fizikalni) pregled učestvuje u postavljanju dijagnoze sa oko 20%-30% dok dopunska ispitivanja učestvuju u postavljanju dijagnoze sa 10%-20%. Pravilno uzimanje anamneze je medicinska veština koja od ispitivača zahteva; dobro znanje, dosta vremena i strpljenja. Pored toga važno je i kulturno ponašanje i određene lične osobine i veštine lekara. Na prvom mestu je dobra klinička procena do koje se dolazi posle dugogodišnje prakse. Ali uzimanje anamneze nije samo nauka, već i umetnost, jer zahteva tumačenje i razjašnjenje razgovora sa pacijentom. Pacijenti sa istim bolestima, svoje simptome mogu različito izražavati pa je stoga glavna karakteristika medicine kao umetnosti, kako lekar tumači različite opise istog fenomena. U postupku uzimanja anamneze lekari su detektivi, a pacijent (i porodica ili pratilci) su svedoci. Ako postavimo odgovarajuća pitanja i uverimo se da zaista razumemo šta je pacijent iskusio, mnogo je veća verovatnoća da ćemo brzo doći do tačne dijagnoze. Dodirna tačka između umetnosti i nauke u medicini je ona u kojoj lekar oseti emociju koja je pacijenta dovelo u ordinaciju. Lekar ne sme samo da sluša reči koje pacijent koristi, već da razjasni njihovo značenje. Kada to nauči, postaje umetnik najbolje vrste

LITERATURA:

1. Ristić S. M. Klinička propedeutika, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1990.
2. Pešić H. M. Lj. Interna propedeutika, Prosveta, Niš, 1991.
3. Antić R. Interna propedeutika, Institut za stručno usavršavanje i specijalizaciju zdravstvenih radnika, Beograd, 1976.
4. History Taking Authored by Dr Colin Tidy, Reviewed by Dr John Cox | Last edited 16 Jan 2019 | Meets Patient's editorial guidelines <https://patient.info/doctor/history-taking> (pristupljeno 07.01.2022)
5. Practical Guide to Medical History Taking Last update October 5, 2020 <https://www.lecturio.com/magazine/experienced-anamnesis/> (pristupljeno 07.01.2022)

FIZIKALNI PREGLED: NEISKORIŠĆENE MOGUĆNOSTI I OGRANIČENJA

Dušan Bastać, Internistička ordinacija „Dr Bastać“, Zaječar

Fizikalni pregled je postupak, metoda u medicini, kojim se utvrđuju promene u bolesnika (znaci bolesti). Ova metoda je deo osnovnog medicinskog pregleda (objektivnog pregleda). Obavlja se primenom jednostavne medicinske opreme ili samo rukama i čulima lekara ili drugog medicinskog osoblja i može biti obavljen u ordinaciji, bolesničkoj sobi, na terenu ili u stanu bolesnika. Metode fizičkog pregleda jesu: posmatranje (INSPEKCIJA), pipanje (PALPACIJA), udaranje-PERKUSIJA, AUSKULTACIJA – oslušivanje, MENZURACIJA – merenje i OLFACIJA njušenje, mirisanje. MENZURACIJA - merenje obima trbuha, ekstremiteta edema, dužine nabreklosti vena na vratu u cm je jako značajna zbog komparacije nalaza na kontrolnim pregledima. NJUŠENJE Hipokrat, Galen, Avicena i drugi lekari drevnih vremena koristili su svoj nos kao dijagnostičko sredstvo. Danas, međutim, lekari RETKO njuše svoje pacijente, Loš zadatak je mogao da signalizira mnoštvo bolesti. Rana sa neprijatnim mirisom može značiti da je inficirana. Dijabetičari mogu mirisati na aceton. Inficirani Clostridiom difficile na konjsku štalu i sl. Kategorije fizikalnog pregleda: 1. Godišnji ambulantni pregled naizgled zdravih osoba obuhvata detaljni ambulantni fizikalni pregled. 2. Detaljni fizikalni pregled u bolničkim uslovima 3. Fokusirani fizikalni pregled (specijalista, subspecijalista) 4. Fokusirani pregled u urgentnoj medicini; 4. Skrining-specijalni pregledi. Važno je naglasiti da pregled medicinsko-pravnih slučajeva u vezi sa žalbama na lekarsku praksu pokazuje tri ključna problema u vezi sa fizikalnim pregledom, a to su: a) nedostatak vremena, b) nedostatak fizičkog prostora za pregled i c) prisustvo kognitivnih predrasuda lekara, odnosno nedovoljno kliničko prosuđivanje.

Neke od neiskorišćenih mogućnosti fizikalnog pregleda jesu: 1. Merenje krvnog pritiska na obe ruke u sedećem i stojećem položaju posle 3 min (Dg ortostatske hipotenzije po ESC vodiču i autonomne disfunkcije kod starih i dijabetičara), 2) rutinska palpacija pulseva na vratu, rukama i nogama 3. palpacija grudnog koša kod bola u grudima –provociranje bola i palpacija ictus cordis, 4) Nabreklost vena na vratu (i pulzacije) ležeći pod 30 stepeni dužine nabreklosti vena na vratu u cm (->4,5 cm povišen– mera centralnog venskog pritiska –kongestije –insuficijencija desne komore) 5) MENZURACIJA - merenje obima trbuha, ekstremiteta edema, telesne visine i mase –Antropometrija i procena telesne površine – važno za indeksiranje srčanih dimenzija pri merenju ehokardiografijom i magnetnom rezonancom srca 6) Digitorektalni pregled

Normalan nalaz- lažno negativan nalaz fizikalnog pregleda nastaje zbog niske senzitivnosti pojedinih metoda fizikalnog pregleda nalaže neodložnu dopunu, usmerenu anamnezom Rutinskim dopunskim analizama Radiografija pluća i srca ,ekg i laboratorijskim analizama krvi , urina , fecesa i sputuma.

Bez obzira na sve tehnološke napretke neposredan kontakt lekar-pacijent, anamneza i klinički pregled “na krevetu” ostaje nezamenljiv u dijagnostici.

Medicinska nauka se stalno menja i važno je da budete u toku sa novim saznanjima, zvaničnim preporukama i vodičima dobre prakse, inovativnim istraživanjima i teorijama u nastajanju. Potrebno je da se pridržavate smernica i uputstava i preporuka medicinskih asocijacija na bazi medicine zasnovane na dokazima. Ali, morate imati analitički i kritički pristup prema svemu što pročitate.

POSEBNOSTI ANAMNEZE I FIZIKALNOG PREGLEDA KOD DECE I MLADIH

Prim. mr sc med dr Bratimirka Jelenković, pedijatar-endokrinolog. Pedijatrijska služba ZC Zaječar

Anamneza kod dece i mladih ima svoje posebnosti u odnosu na odrasle osobe. Anamneza o sadašnjoj bolesti se ne razlikuje bitno od one kod odraslih osoba ali treba upotrebiti znanje i veštinu da bi se došlo do validnih podataka. Mala deca nisu savladala govor, anamneza se dobija od roditelja ili staratelja, Kada se bavite starijom decom i pitanjima poverljivosti ako niste sigurni u pravne i etičke implikacije poverljivih medicinskih informacija, potražite savet medicinsko-pravnog savetnika ili konsultujte smernice.

Lična anamneza treba da obuhvati prenatalnu anamnezu, antenatalnu anamnezu, neonatalnu anamnezu, anamnezu rasta i razvoja. Važna je i porodična anamneza, kao i socijalna anamneza.

Za fizikalni pregled deteta najvažnije je znanje, iskustvo, strpljivost i poverenje. Pregled je različit, odnosno pristup detetu pri pregledu se razlikuje od uzrasta do uzrasta deteta. Posebno će biti razmatrane veštine i pristupi u zavisnosti da li se radi o novorođenčetu i malom detetu, predškolskom detetu, školskom mlađem detetu ili adolescentu.

ref:

1. Paediatric History. Authored by Dr Jan Sambrook, Reviewed by Dr Sarah Jarvis MBE | Last edited 23 May 2019 | Meets Patient's editorial guidelines. Available to: <https://patient.info/doctor/paediatric-history>

2. Paediatric Examination. Authored by Dr Jan Sambrook, Reviewed by Dr Colin Tidy | Last edited 25 Jun 2019 | Meets Patient's editorial guidelines. Available to: <https://patient.info/doctor/paediatric-examination>

Tradicionalni Satelitski simpozijum u okviru 41. Timočkih medicinskih dana

“SEMINAR IZ AKUŠERSTVA I GINEKOLOGIJE Zaječar 2022.”

I deo: Ultrazvuk u akušerstvu i ginekologiji od intrauterinog perioda do meopauze

II deo: Skrining raka grlića materice

SPISAK PREDAVAČA

1. Prim. dr Vera Najdanović Mandić, Primarijus ginekologije i akušerstva, Penzioner. TEMA: SKRINING RAKA GRLIĆA MATERICE U VREME KORONE U ZAJEČARU

2. Doc. dr Aleksandra Petrić, Medicinski fakultet Niš, Uža naučna oblast: Ginekologija, onkologija, TEMA: Ultrazvučna dijagnostika adneksalnih masa

3. Prof. dr Olivera Kontić-Vučinić, Medicinski fakultet Univerzitet u Beogradu, Klinika za ginekologiju i akušerstvo KCS. Uža naučna oblast: Ginekologija i akušerstvo. TEMA: Predstavljanje vodiča Ginekološko-akušerske sekcije Srpskog lekarskog društva za ultrazvučni pregled u trudnoći. -PRVI DEO
4. Dr sci. med Aleksandra Novakov Mikić. Poliklinika „Novakov i sar“. Novi Sad. Uža naučna oblast: Perinatologija, Ultrazvuk, Fetalna medicina, laseri u ginekologiji. TEMA: Predstavljanje vodiča Ginekološko-akušerske sekcije Srpskog lekarskog društva za ultrazvučni pregled u trudnoći. - DRUGI DEO
5. Prim. dr Bojana Cokić. Pedijatar. Privatna pedijatrijska ordinacija „Lazarica“ Zaječar. Uža naučna oblast: Genetika. TEMA: Kongenitalne anomalije.
6. Dr sci med. Zoran Stanković, IFEPAG. AKUGIN Beograd, Specijalistička ordinacija i bolnica St medika Beograd. Uža naučna oblast: Dečja i adolescentna (pedijatrijska) ginekologija - reproduktivno zdravlje. TEMA: Ultrazvuk u dečjoj i adolescentnoj ginekologiji.
7. Prof. dr Torill Sauer, senior pathologist and professor emerita, Akershus University Hospital and University of Oslo, Institute of Clinical Medicine, Campus Ahus. TEMA: Cervical Cancer screening in Norway: In transition to primary HPV testing and trying to cope with the effects of the corona pandemic.
8. Prof. dr Mathilde E. Boon. Leiden Cytology and Pathology Laboratory, Leiden, The Netherlands. HPV-self sample kit as birthday present in The Netherlands”.
9. Dr Zoran Roško. Specijalista ginekologije i akušerstva. ZC Zaječar. TEMA: GINEKOLOŠKI ULTRAZVUK U PRIMARNOJ I SEKUNDARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI – OGRANIČENJA I DILEME
10. Dr Putova Maria. The Moscow Clinical Scientific Centre of the State Budgetary Healthcare Institution named after Loginov A.S. Moscow Health Department, Moscow, Russia. Scientific Field of Expertise: clinical laboratory diagnostics, cytology. The role of immunocytochemical examination of co-expression of p16/Ki67 markers (CINtecPlus test) in cervical cancer screening.

ULTRAZVUČNA DIJAGNOSTIKA ADNEKSALNIH MASA

Doc. dr Aleksandra Petrić, Medicinski fakultet Niš,

Adneksalne mase obuhvataju veoma različit skup promena ginekološkog (funkcionalne ciste, inflamatorne promene, benigne i maligne neoplazme) i neginekološkog porekla. Dijagnoza nije jednostavna i moguće su dijagnostičke potemkoše i greške. U svakodnevnom radu ginekologa klinička i ultrazvučna detekcija adneksalnih masa je veoma česta.

Evaluacija adneksalnih masa podrazumeva detaljnu anamnezu, pažljiv klinički pregled, transvaginalnu sonografiju, određivanje tumorskih markera.

Ultrazvučna dijagnostika je neinvazivna, jeftina i pristupačna metoda za procenu adneksalnih masa. Obuka je jednostavna i najveći broj ustanova primarne zdravstvene zaštite raspolaže ultrazvučnim aparatom i naravno obučanim kadrom.

U dijagnostici adneksalnih masa prednost se daje primeni transvaginalne sonografije (nije potrebna posebna priprema, polje interesa je blizu sonde). Ultrazvučnom dijagnostikom definišu se karakteristike adneksalnih masa. Mase koje su: bilateralne, velike, kompleksne gradje, pracene ascitom ocenjuju se kao sumnjive.

Ultrazvučnom dijagnostikom pacijentkinje se mogu grupisati u: one koje se mogu serijski sonografirati i na taj način nadzirati i na one koje treba neizostavno operisati. Data System (GI-RADS) je sistem koji je baziran na transvaginalnoj sonografiji. Ovaj sistem razlikuje pet tipa adneksalnih promena: normalni ovarijumi, bez adneksalnih masa, verovatno funkcionalne promene (folikulinske i luteinske ciste), rizik od eventualnog maligniteta manji od 1%, verovatno benigna stanja, indeks maligniteta manji od 3 % (endometriomi, miomi na peteljci, hidrosalpinks, obične ciste), verovatno maligne promene (5-20%), jedan ili dva znaka koja sugerisu malignitet i više od tri znaka sumnjiva na malignitet (ascit, ekscrescence, septe različite debljine)-maligni tumor jajnika.

Postoji mogućnost da GI-RADS klasifikacija da veliki broj lažno pozitivnih rezultata, te je dobro upotpuniti je određivanjem tumorskih markera. Dopunjavanje GI-RADS sistema ne menja klinički pristup.

1. Zhang T, Li F, Liu J, Zhang S. Diagnostic performance of the Gynecology Imaging Reporting and Data System for malignant adnexal masses. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017 Jun;137(3):325-331. doi: 10.1002/ijgo.12153. Epub 2017 Apr 12. PMID: 28295272.

2. Amor F, Alcázar JL, Vaccaro H, León M, Iturra A. GI-RADS reporting system for ultrasound evaluation of adnexal masses in clinical practice: a prospective multicenter study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011 Oct;38(4):450-5. doi: 10.1002/uog.9012. PMID: 21465605
3. Abd elsalam, S.M., Hamed, S.T. & Sayed, M.A. Diagnostic performance of GI-RADS reporting system in evaluation of adnexal masses. *Egypt J Radiol Nucl Med* 51, 60 (2020). <https://doi.org/10.1186/s43055-020-00155-9>
4. Thakur M, Thakur A, Mahajan K, Rathore S, Jindal A, Gupta G. "An Interesting Case of Misdiagnosed Adnexal Mass". *Acta Scientific Medical Sciences.* 2018;2(1): 30-32.
5. Kokanali MK, Cavkaytar S, Bozkurt S, Türker M, Aydın FDoğanay M, . Misdiagnosis of a Right Adnexal Mass: A Peculiar Case of Benign Appendiceal Mucocoele. *Journal of Gynecologic Surgery* 2016; 32:1, 51-53.
6. Sah SK, Shi X, Silin Du, Li X, Shah S, Shrestha K et al. CT findings and analysis for misdiagnosis of female pelvic tuberculosis. *Radiology of Infectious Diseases.* 2017;4 (1):19-25.
7. Petric A, Tubic Pavlovic A, Djordjevic I, Vucetic D, Zivadinovic R, Krtinic et al. Echinococcosis of Iliopsoas Muscle and Anaphylaxis as the Cause of Urgent Laparotomy. *The West Indian medical journal.* 2014;1(3):111-113.
8. Biggs WS, Marks ST. Diagnosis and Management of Adnexal Masses. *Am Fam Physician.* 2016;15;93(8):676-81.
9. Behnamfar F, Adibi A, Khadra H, Moradi M. Diagnostic accuracy of gynecology imaging reporting and data system in evaluation of adnexal lesions. *J Res Med Sci.* 2019;24:57

PREDSTAVLJANJE VODIČA GINEKOLOŠKO-AKUŠERSKE SEKCIJE SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA ZA ULTRAZVUČNI PREGLED UTRUDNOĆI.

Prof. dr Olivera Kontić-Vučinić, Medicinski fakultet Univerzitet u Beogradu, Dr sci. med Aleksandra Novakov Mikić. Poliklinika „Novakov i sar“. Novi Sad.

Циљ ове сесије је приказ постигнутог стручног консензуса и представљање водича Гинеколошко- акушерске секције Српског лекарског друштва за ултразвучни преглед утрудноћи. Сврха прављења овог водича било је омогућавање побољшања стандардне медицинске праксе и помоћи лекарима у постизању и одржавању високог нивоа рада у овој области. Водич је направљен на бази препоруканајзначајнијих светских професионалних удружења, које се односе на спровођење ултразвучног прегледа у току трудноће, као и експертских мишљења наших еминентних стручњака базираних надоступним научним чињеницама, али и могућности њихове примене у нашим условима. Коначан циљ био је формирање упустава намењених лекарима који раде ултразвучне прегледе у трудноћи, акоја обухватају кључне елементе стандардног сонографског прегледа у првом и другом/трећем триместру трудноће. Комплексност патолошких стања и налаза у трудноћи чини немогућим постизање најадекватније дијагнозе у свакој ситуацији, али прихватање и имплементација овог водича представљају драгоцену помоћ и оријентацију практичару у покушају да достигне овај циљ. Иако ова упустванеће увек осигурати праву дијагнозу, свакако ће максимизирати миогућност детекције великог броја патолошких стања, а тиме и успешност коначног исхода.

1. AIUM-ACR-ACOG-SMFM-SRU Practice Parameter for performance of standard Diagnostic Obstetric Ultrasound Examination. *J Ultrasound Med* 2018; 37:E13. (available online at <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jum.14831>)
2. Byrne JJ, Morgan JL, Twickler DM, et al. Utility of follow-up standard sonography for fetal anomaly detection. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 222:615.e1.

CERVICAL CANCER SCREENING IN NORWAY: IN TRANSITION TO PRIMARY HPV TESTING AND TRYING TO COPE WITH THE EFFECTS OF THE CORONA PANDEMIC.

Torill Sauer, senior pathologist and professor emerita, Akershus University Hospital and University of Oslo, Institute of Clinical Medicine, Campus Ahus

The national cervical cancer screening program with triannual Pap smears started in 1995 for women 25-69 yrs. The main aim of the program was to reduce incidence and mortality of cervical cancer by having an organized program with thorough quality assurance and QC. The secondary aims were to reach a coverage of > 80 % of women having a smear triannually and thereby detect and treat CIN2+ (HSIL). Liquid based preparations were introduced in 1996. Adjunct HPT testing of low grade cervical abnormalities started in 2005. A trial of primary HPV testing started in four counties in 2015. Results from this trial showed that 6.5 % of women were high risk HPV positive. A higher number/percentage of women were found compared with conventional screening.

It was then decided that the program should switch to primary HPV testing every five yrs for women 34-69 yrs, whereas cervical smears should be the primary screening in women 25-33 yrs. The switch to primary HPV testing was planned for the period 2019-2021. Pr. July 2021 primary HPV testing was done 100 % in 8 counties and partly in four.

After the start of the organized screening program, there was a steady decline of annual cervical cancers. In 2007 there were 258 invasive lesions. The annual number has been increasing for several yrs and with more adenocarcinomas than before.

In 2019 there were 1.5 mill women in screening age. The program registered 391472 screening tests and 19229 follow-ups. There were 379738 cervical smears and 1064107 HPV tests, 41895 diagnostic biopsies and 7354 conizations. 368 women were diagnosed with invasive cancer.

Other statistics:

In 2020 there were 328 invasive carcinomas (rate 12.3)

Preceding 5-yrs period: 359 invasive carcinomas pr. year 2021 not known yet

Coverage fell from 70.2 % (2019) to 69.1 % (2020).

Reported cases of invasive cancers and precursor lesions in 2020: - 11 %

Reported cases (march-august) 2021: - 13 %

About 55000 women did not have a cx smear/HPV test in 2020. This might delay the diagnosis of approximately 1100 precursor lesions and 55 cancers. Two months after shut down in 2020, the number of referrals due to cx smear/HPV findings had a 30 % reduction.

THE ROLE OF IMMUNOCYTOCHEMICAL EXAMINATION OF CO-EXPRESSION OF P16/KI67 MARKERS (CINTECPLUS TEST) IN CERVICAL CANCER SCREENING.

Dr Maria Putova, The Moscow Clinical Scientific Centre of the State Budgetary Healthcare Institution named after Loginov A.S. Moscow Health Department, Moscow, Russia.

Introduction. Cervical cancer stays 5th in the list of malignant tumors incidence worldwide. In 2020 there were 604127 new cases of cervical cancer in the world, 341831 patients died in cause of this disease. Cervical cancer screening helps to decrease the incidence and mortality. Cytological examination of cervical smear is the main screening test in the majority of countries. Nowadays several screening programs prefer primary HPV testing, but low sensitivity of the cytological examination and low specificity of HPV test lead to baseless colposcopic examinations. The usage of additional methods such as immunocytochemistry with p16 and Ki-67 markers may be a perspective issue for screening strategy.

Aim. To assess the role of immunocytochemical examination of co-expression of p16/Ki67 markers in cervical cancer screening.

Materials and methods. Cervical smears were obtained with Cervex-Brush and Cervex-Brush Combi cervical brushes. The exams were performed in 1850 female in 20-70 years old. They were placed into transport environment BD SurePath. The preparation was performed by BD SurePath method. The PCR examination to identify high-risk HPV strains was performed on Cobas 4800 system (Roche Diagnostics). CINtecPlus test was used to assess the co-expression of p16/Ki67 markers.

Results. We performed PCR examination to identify high-risk HPV strains and Pap-test. All HPV-positive and/or cytological ASC-US+ patients also received CINtec-test. Totally 271 patients received triple test, 245 of them were HPV-positive and 26 were HPV-negative but had intraepithelial lesions upon the cytological examination.

122 of 245 (49,8%) HPV-positive patients were also CINtec+, 22 (18%) of them were graded as NILM upon Pap-test. In HPV-negative cases with ASC-US and higher cytological results there were 7 CINtec+ tests, 6 of them were morphologically H-SIL and 1 was L-SIL.

Conclusion. Immunocytochemical examination with p16/Ki67 markers in cervical cancer screening may improve the diagnostic accuracy in HPV-positive patients.

ULTRAZVUK U DEČIJOJ I ADOLESCENTNOJ GINEKOLOGIJI

Dr sci med. Zoran Stanković, IFEPAG, AKUGIN ordinacija i bolnica St medika, Beograd,

Potreba za očuvanjem reproduktivne funkcije čini dijagnostiku i tretman tumora jajnika u detinjstvu i adolescenciji složenijim i zahtevnijim, u odnosu na lečenje tumora jajnika kod odrasle žene. Uvećanje jajnika tokom fetalnog, neonatalnog, dečjeg ili adolescentnog uzrasta može nastati zbog ciste, torzije, benignog ili malignog tumora. U dijagnostici je neophodan detaljan ultrazvučni pregled unutrašnjih genitalnih organa sa primenom kriterijumima koji se razlikuju u odnosu na kriterijume za odrasle pacijente.

Publikovan je značaj vizualizacije zdravog tkiva jajnika na periferiji ili OCS (ovarian crescent sign) kod mladih pacijentkinja u 2010. godini. Objavljen je dijagnostički skor sistem ili DTS (decision tree system) za formiranje odluke o izboru načina lečenja kod mladih u 2017. godini. Rezultati operativno lečenih pacijentkinja koji će biti prikazani, ukazuju na veliku mogućnost očuvanja jajnika i jajovoda od benignog tumora i torzija zahvaljujući drugačijem pristupu u dijagnostici i lečenju u odnosu na odrasle. Primena ultrazvučnog znaka OCS je uticala da veoma mali procenat pacijentkinja bude operisan zbog nekomplikovane funkcionalne ciste jajnika. U prezentaciji biće prikazane i ostale indikacije za UZ u dečjoj i adolescentnoj ginekologiji. Jedan od najvažnijih zadataka u lečenju ginekoloških oboljenja u dečjem i adolescentnom uzrastu jeste da se integritet reproduktivnog sistema i plodnost očuvaju u najvećem mogućem obimu.

1. Stanković ZB, Sedlecky K, Savić Đ, et al. Ovarian preservation from tumors and torsions in girls: a prospective diagnostic study. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2017; 30:405-12.
2. Stanković ZB, Bjelica A, Đukić MK, et al. The value of ultrasonographic detection of normal ovarian tissue in the differential diagnosis of adnexal masses in pediatric patients. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 36:88-92.
3. Stankovic ZB, Djukic MK, Savic D, et al. Preoperative differentiation of pediatric ovarian tumors: Morphological scoring system and tumor markers. *J Pediatr Endocrin Metabol* 2006; 19:1231-8.

КОНГЕНИТАЛНЕ АНОМАЛИЈЕ

Prim. dr Bojana Cokić. Pedijatar. Privatna pedijatrijska ordinacija „Lazarica“ Zaječar.

Конгениталне аномалије су структурни дефекти ткива и органа, настали током морфогенезе. Присутне и видљиве на рођењу. У Европској унији се сваке године родивише од 100 000 деце са конгениталним аномалијама, у Србији око 2000 деце. Конгениталне аномалије су још увек значајан узрок морбилитета и морталитета,

Учесталост на рођењу се креће од 2-4%, а при обдукцији 30-40%. Око 7-10% спонтаних абортуса односи се на већ малформације.

Конгениталне аномалије удружене самутацијом гена чине око 20%, 5% са хромозомским аберацијама и око 10% су аномалије везане за тератогени фактор. Најчешћи узрок смрти су мултипле аномалије кардиоваскуларног система, дигестивног тракта, ЦНС-а.

Пренаталном дијагностиком се превенирају конгениталне аномалије. Одређивање α фетопротеина у серуму мајке, одређивање хуманог хориогонадотопина у серуму мајке, фетална ултразвучна дијагностика, амниоцинтеза, биопсија хорионских чулица, генске пробе су основне превентивне дијагностичке процедуре.

Индикације за пренаталну дијагнозу - Труднице старије од 32 године, претходно дете са новооткривеном хромозомским аберацијама, постојање неке структурне хромозомске аберације код једног од родитеља, позитивна породична анамнеза о постојању дефекта неуралне трубе, обољења везана за X хромозом.

РЕГИСТРОВАЊЕ КОНГЕНИТАЛНИХ АНОМАЛИЈА - Најсавременији приступ у превенцији рађања деце са конгениталним аномалијама је њихово РЕГИСТРОВАЊЕ.

Регистрација конгениталних аномалија је почела 1979. године у Европи у 9 центара, саседиштем у Бриселу.

ЕУРОКАТ је мрежа популационо конципираних регистара за праћење епидемиологије конгениталних аномалија, која покрива 21. европску земљу, са 1,7 милиона порођаја годишње. У периоду од 2011-2013. год. ЕУРОКАТ финансира заједничку акцију Европске уније за откривање конгениталних аномалија, превенцију и развој пренаталне дијагностике.

СРБИЈА И ЕУРОКАТ-1992. године у Војводиније уведена метода ЕУРОКАТА.

На 15 025 живорођених регистровано је 404 са конгениталним аномалијама или инциденцом од 2,68%. Еурокатом су добијени:

- 1) тачни епидемиолошки подаци и географска аспрострањеност,
- 2) контрола загађености средине која доводи до малформација (ниво тератогенезе) и мутација (ниво мутагенезе),
- 3) правовремено откривање деце рођене са конгениталним аномалијама у циљу предузимања одговарајућих третмана,
- 4) могућност планирања и боље превенције.

РЕФЕРЕНЦЕ

1. N Spinder, J R Prins, J E H Bergman, N Smidt, H Kromhout, H M Boezen, H E K de Walle. Congenital anomalies in the offspring of occupationally exposed mothers: a systematic review and meta-analysis of studies using expert assessment for occupational exposures. *Human Reproduction*, Volume 34, Issue 5, May 2019, Pages 903–919,
2. T, E Capuzzo, and P Gaglioti. Prenatal diagnosis of congenital anomalies. *Images Paediatr Cardiol*. 2001. Apr-Jun; 3(29):3-18
3. EUROCAT (European Surveillance of Congenital Anomalies) and EUROPLAN (European Project for Rare Diseases National Plans Development). PRIMARY PREVENTION OF CONGENITAL ANOMALIES
4. Victor B Penchaszadeh. Preventing congenital anomalies in developing countries. *Community Genet* 2002;5(1):61-9.
5. Andjelka Ristivojević, Petra Lukić Djoki, Dragan Katanić, Dušanka Dobanovački, Jadranka Jovanović Privrodski. Epidemiology and structure of congenital anomalies of the newborns in the region of Novi Sad (Vojvodina, Serbia) in 1996 and 2006. *Vojnosanit Pregl* 2016; 73(5): 442–448.

SKRINING RAKA GRLIĆA MATERICE U VREME KORONE U ZAJEČARU

Prim. dr Vera Najdanović Mandić, specijalista ginekologije i akušerstva, Ordinacija "Harmony", Zaječar, Srbija

Epidemija virusom korone obeležila je protekle dve godine. Uticala je na rad dispanzera za žene tako što se broj preventivnih pregleda na rak grlića materice drastično smanjio. (1,2) Prema poslednjem izdanju registra za rak iz 2020. godine za 2018. godinu, Zaječar ima značajnu incidencu (37,2‰) raka grlića materice u Srbiji, kao što i Srbija (28,1‰) ima u Evropi. (3)

Prikazati broj žena koje su radile preventivne preglede i Papa test u 2020/2021. godini u dispanzeru za žene u Zaječaru, učestalost raka grlića materice, metode lečenja na ginekološkom odeljenju u kao i broj onih koje su lečene samo zračnom terapijom, najčešće u Kladovu.

Retrospektivno ispitivanje i analiza medicinske dokumentacije koji se sastoji od protokola za sistematske preglede, citoloških i kolposkopskih zdravstvenih kartona, protokola za intervencije i protokola za histopatološke rezultate kao i operativnih protokola hirurški rešenih slučajeva. Podaci su obrađeni i prikazani.

U toku 2020. godine urađeno je 664 preventivnih pregleda i Papa testova sa kolposkopijom. Od raka grlića materice lečeno je 24 žena operativno, operativno-zračno i zračno. Od preinvazivnog i mikroinvazivnog raka grlića materice lečeno je operativno 12 (50%) žena, operisano je konizacijom 10 (41,67%) žena i histerektomijom 2 (8,33%) žene. Od invazivnog raka grlića materice operisana je i zračena 1 (4,17%) žena. Samo zračnu terapiju imalo je 11 (45,83%) žena u inoperabilnom stadijumu i one nisu dolazile na sistematske preglede u poslednjih pet godina.

U toku 2021. godine urađeno je 546 preventivnih pregleda i Papa testova sa kolposkopijom. Od raka grlića materice lečeno je 23 žene operativno, operativno-zračno i zračno. Od preinvazivnog i mikroinvazivnog raka grlića materice lečeno je operativno 11 (47,82%) žena, operisano je konizacijom 7 (30,43%) žena i histerektomijom 4 (17,39%) žene. Od invazivnog raka grlića materice operisano je i zračeno 4 (17,39%) žene. Samo zračnu terapiju imalo je 8 (34,78%) žena u inoperabilnom stadijumu.

Tabela 1: Prikaz broja žena obuhvaćenih sistematskim pregledom u odnosu na broj obolelih i primenjene metode lečenja u Zaječaru od 1996-2021.g.

Godina	Sist. preg.	Kon.	Hist.	Hist. sa zrač.	Zračenje	Suma karcinoma
1996	3997	15(46,87)	7(21,87)	6(18,75)	4(12,50)	32
1997	2375	15(35,71)	6(14,29)	12(28,57)	9(21,43)	42

1998	2834	15(34,88)	13(30,23)	12(27,91)	3(6,98)	43
1999	1457	11(47,83)	5(21,74)	6(26,07)	1(4,35)	23
2000	3995	4(16,67)	9(37,50)	5(20,83)	6(25,00)	24
2001	3924	17(60,71)	3(10,71)	3(10,71)	5(17,86)	28
2002	3709	17(42,50)	13(32,50)	3(7,50)	7(17,50)	40
2003	3749	19(47,50)	11(27,50)	5(12,50)	5(12,50)	40
2004	3743	20(46,51)	13(30,23)	7(16,28)	3(6,98)	43
2005	3639	13(41,94)	8(25,80)	7(22,58)	3(9,68)	31
2006	3694	11(39,28)	4(14,28)	3(10,72)	10(35,72)	28
2007	3692	12(46,15)	8(30,77)	2(7,69)	4(15,38)	26
2008	3666	3(13,64)	6(27,27)	9(40,91)	4(18,18)	22
2009	2860	7(26,92)	7(26,92)	5(19,23)	7(26,92)	26
2010	2436	11(40,74)	4(14,81)	8(29,63)	4(14,81)	27
2011	2183	9(50,00)	3(16,67)	2(11,11)	4(22,22)	18
2012	1366	4(22,22)	4(22,22)	5(27,78)	5(27,78)	18
2013	1085	7(31,82)	0(0)	7(31,82)	8(36,36)	22
2014	1050	5(20,83)	5(20,83)	10(41,67)	4(16,67)	24
2015	1055	6(30)	2(10)	5(25)	7(35)	20
2016	1018	4(21,05)	6(31,58)	0(0)	9(47,37)	19
2017	1244	3(17,65)	6(35,29)	2(11,76)	6(35,29)	17
2018	1397	10(43,48)	3(13,04)	3(13,04)	7(30,43)	23
2019	842	6(22,22)	8(29,63)	6(22,22)	7(25,93)	27
2020	664	10(41,67)	2(8,33)	1(4,17)	11(45,83)	24
2021	546	7(30,43)	4(17,39)	4(17,39)	8(34,78)	23
Σ	62220	261(36,76)	160(22,53)	138(19,44)	151(21,27)	710

Iz tabele se vidi da je u posljednje dve godine urađeno najmanje preventivnih pregleda i Papa testa, 1210. Broj žena koje nisu mogle da se operišu zbog invazivnog raka grlića materice već su samo zračene 19, i najveći je u praćenom dvadesetšestogodišnjem periodu.

Preinvazivnih i mikroinvazivnih karcinoma za 26 godina je bilo 421 (59,29%) i te žene su operisane konizacijom i histerektomijom. Od invazivnog raka grlića materice operisano je i zračeno 138 (19,44%) žena. Samo zračnu terapiju imalo je 151 (21,27%) žena u inoperabilnom stadijumu i one nisu dolazile na preventivne preglede. Primećujem da je konizacija bila najčešće primenjena metoda lečenja u praćenom periodu kao rezultat redovnih preventivnih pregleda. Broj invazivnih karcinoma koji se ne operišu raste sa smanjenjem broja preventivnih pregleda.

Rezultati istraživanja ukazuju na značaj sistematskih pregleda u otkrivanju raka grlića materice, posebno u otkrivanju premalignih promena i mikroinvazivnog karcinoma. U Zaječaru je zapažen broj obolelih od ovog malignog oboljenja. U cilju smanjenja broja obolelih i otkrivanju što većeg broja žena u početnom stadijumu raka grlića materice protrebno je uključiti veći broj žena u skrining. Korona je smanjila broj preventivnih pregleda i povećala broj žena sa invazivnim rakom grlića materice koje nisu mogle da se operišu već su samo zračene.

LITERATURA

1. Najdanovic Mandic V., Cervical cancer screening and monitoring of treated women in Zajecar district from 1996 to 2018., 42nd European Congress of Cytology Abstract Book, 2019, Malmo, Sweden, page.140-141.
2. Vera Najdanović Mandić, Skrining i lečenje žena od raka grlića materice u Zaječaru od 1996. do 2018. godine, Zbornik sažetaka 38. Timočki medicinski dani, str. 67-68, 17-18. maj 2019.
3. Institut za zaštitu zdravlja Srbije "Dr Milan Jovanović Batut", Registar za rak u centralnoj Srbiji 2018, Izveštaj br.18, Beograd 2020.

ГИНЕКОЛОШКИ УЛТРАЗВУК У ПРИМАРНОЈ И СЕКУНДАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ – ОГРАНИЧЕЊА И ДИЛЕМЕ

Dr Zoran Roško. Specijalista ginekologije i akušerstva. ZC Zaječar.

Ултразвучна дијагностика у гинекологији је већ дуги низ година неодвојиви део гинеколошког прегледа утеруса, аднекса и органа читаве мале карлице. Последњих година су савремени ултразвучни апарати доступни и ван терцијарних установа, у примарној и секундарној здравственој заштити.

Технолошки развој самих УЗ апарата је учинио видљивом морфологију органа мале карлице до најситнијих детаља, од дијагностике урођених анормалија у дечјем и препубертетском периоду, преко визуелних праћења физиолошких и патолошких промена на тим органима током репродуктивног периода, до дијагностике и праћења како физиолошких, тако и патолошких промена у постменопаузалном периоду. У дијагностици и терапији инфертилитета, ниједан корак се не може замислити без адекватног ултразвучног прегледа.

Примена Допплер-а и Power Допплер-а је омогућила увид у динамику појаве и промена у васкуларној мрежи ових органа, представљајући корак даље у дијагностици и разумевању физиолошких и патофизиолошких промена у њима.

ЗД технологија ултразвучног приказа омогућила је приказ и позиционирање урођених и стечених промена на гинеколошким органима, доприносећи адекватнијој дијагностици и припреми пацијената за евентуални хируршки третман.

Али доступност технолошки савремених апарата и њихових могућности често превазилази знања и вештину гинеколога који користе ултразвучне прегледе у рутинској пракси ван терцијарних установа.

У свом раду, аутор анализира ултразвучне гинеколошке прегледе у примарној (Дом Здравља(и секундарној (Општа болница) здравственој заштити у Здравственом Центру Зајечар у Зајечару. Аутор се залаже за формирање континуираних едукација из ове области, као и јасних протокола самих ултразвучних прегледа чиме би се смањиле интерперсоналне разлике у примени ултразвука у гинекологији, а сигурно повећала детекција патолошких промена у примарној и секундарној здравственој заштити.

REF

1. Gynaecological Ultrasound in Clinical Practice. Ed Davor Jurkovic, University College Hospital, London, Lil Valentin, Malmö University Hospital, Sanjay Vyas, Southmead Hospital, Bristol
2. Gynecologic ultrasound: A problem based aproach. Authors: Beryl Benacerraf, Steven Goldstein, Yvette Groszmann
3. Vaginal ultrasound in acute gynaecological practice. E. Martindale and N.J. Davies Jouranl ,of Obstetrics and Gynaecology Vol.31, issue 6
4. 3D Ultrasounds Role in Pelvic Organ Prolaps Diagnosis. P. Chaney. Ultrasound technology and Innovation dec. 2021
5. Diagnostic Ultrasonography in Gynecology. Wade, R, Bliss, S, Glob. libr. women's med., (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10075

ORIGINALNI RADovi

Sesija/oblast: Javno zdravlje, Poster prezentacija

MEDICINA I JAVNO ZDRAVLJE U FILATELIJI SRBIJE I EX-YU

Dr Slobodan Milošević, specijalista ginekologije i akušerstva

Uvod: Filatelija je pojam koji označava sakupljanje poštanskih maraka. Zbog svoje lepote, tematske ranznolikosti i edukativnog karaktera, koji obuhvataju sva područja ljudske delatnosti i stvaralaštva, poštanske marke su izuzetno tražene i zanimljive širokom krugu ljudi. Filatelija je u mnogome posvetila pažnju medicini i javnom zdravlju, kako u svetu tako i na prostoru stare Srbije, Jugoslavije i današnje Srbije.

Cilj: Rad ima za cilj da predstavi aktivnosti i podršku srpske i exYU filatelije medicinskim događajima i akterima u njima - značajnim lekarima i društvenim radnicima u javnom zdravlju – preko mnogobrojnih izdanja poštanskih maraka koje su obeležavale i pratile takve događaje, od prvih izdanja, pa sve do danas.

Materijal i metodi rada: Sva izdanja maraka Pošte Srbije i Jugoslavije koje obrađuju i prikazuju tematiku iz medicine i javnog zdravlja, kao i dešavanja iz tih oblasti. Katalog poštanskih maraka u upotrebi na teritoriji Srbije 1840-2018. Z. Šafar, 2019.

Rezultati: Lična filatelistička zbirka autora.

Zaključak: Srpska filatelija a kasnije i filatelija exYU, svojim izdanjima poštanskih maraka, posvećenim medicini i javnom zdravlju kao i njihovim akterima – lekarima, naučnicima i ostalim zdravstvenim radnicima u ovim oblastima – dala je veliki doprinos u promociji i prezentovanju istih, tako doprinevši i edukaciji opšte populacije i upoznavanju sa međinskom strukom i nosiocima svih njenih aktivnosti i javnom zdravlju uopšte.

Ključne reči: medicina, javno zdravlje, filatelija, Srbija, Jugoslavija

Sesija/oblast: Javno zdravlje, Usmena prezentacija (online)

NAJČEŠĆI UZROČNICI INFEKCIJA URINARNOG TRAKTA KOD PACIJENATA STARIJE ŽIVOTNE DOBI LEČENIH U VOJNOJ BOLNICI U NOVOM SADU

Milan Božinović¹, Ivana Mihajlović¹, Zoran Ivković¹, Milena Božinović², Rajko Savković³, Aleksandar Jovanovski³, Vojna bolnica Novi Sad¹, Medicinski fakultet u Foči Univerziteta u Istočnom Sarajevu², Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu³

Uvod: U vanbolničkim uslovima infekcije urinarnog trakta predstavljaju jedne od najzastupljenijih. Ukoliko su neležene, u značajnoj meri narušavaju kvalitet života, a mogu biti uvod u neka ozbiljnija stanja, pa i dovesti do smrti.

Cilj rada bio je da se identifikuju bakterije koje dovode do infekcije urinarnog trakta, kao i njihova povezanost sa starošću i polom bolesnika.

Pacijenti i metode: retrospektivnom analizom zdravstvenih kartona pacijenata lečenih u Odeljenju primarne zdravstvene zaštite Vojne bolnice Novi Sad, u intervalu od 01.07.2021. do 30.04.2022. godine evidentirani su nalazi urinokultura pacijenata sa simptomatskom infekcijom urinarnog trakta.

Rezultati i diskusija: Ukupno je bilo analizirano 274 kultura od kojih je 97 (35,40%) bilo pozitivno na prisustvo bakterija. Najčešće izolovana bakterija bila je Escherichia coli (E. coli) (60,82%), potom vrste Enterococcus (13,40%), Klebsiella (10,31%), odnosno Proteus (9,28%). Najčešći izolovani uzročnik kod osoba muškog pola bili su pripadnici vrsta E. coli (55,17%) i Enterococcus (17,24%). Kod žena učestalost izolacije E. coli bila je 63,24%.

Zaključak: iskustveno poznavanje najčešćih uzročnika urinarnih infekcija u korelaciji sa polom i starosnom dobi, može olakšati izbor antibiotika, uz naravno precizni antibiogram, i u mnogome olakšati lekaru donošenje odluke kada i kako započeti lečenje.

Ključne reči: infekcija, urinarni trakt, bakterija, E. coli.

Sesija: javno zdravlje i preventivna medicina. Način prezentovanja: usmena prezentacija online

DAUNOV SINDROM (DOWN SYNDROME) – ZNAČAJ PRENATALNE DIJAGNOSTIKE, PRIKAZ SLUČAJA

Mitrović D.¹, Bogoslović M.², Ćirić D.³, Mladenović Petrović M.⁴, Jakovljević M.⁵, 1-Zdravstveni centar Knjaževac, 2-Dom zdravlja Doljevac, 3-Dom zdravlja Zajecar, 4-Dom zdravlja Bela Palanka, 5-Klinički centar Niš

Uvod: Prenatalna dijagnostika pruža informacije o postojanju genetskog oboljenja kod ploda i daje mogućnost izbora u vezi ishoda trudnoće, ili priprema roditelje za rođenje deteta sa genetskim poremećajem, ili anomalijom.

Cilj: Cilj rada je da prikaže dete sa Daunovim sindromom i ukaže na značaj prenatalne dijagnostike u cilju dobijanja zdravog potomstva.

Materijal i metodi rada: Korišćena je medicinska dokumentacija, a rad pisan deskriptivnom metodom. Rezultati: Novorođenče NN je zbog prisutnih stigmata i sumnje na Daunov sindrom kao i pogoršanja opšteg stanja upućeno iz knjaževačkog Porodilišta u Odeljenje Neonatologije Dečje interne klinike u Nišu (KDIB-Niš). Po rečima majke i vrlo oskudne medicinske dokumentacije iz prenatalnog perioda bebe saznajemo da je od prenatalnih dijagnostičkih procedura rađen Dabl test (1:250) i da je trudnoća ultrazvučno praćena (nuhalna translucencija-NT oko 1,5cm). Nakon ultrazvučne vizualizacije proširenja moždanih komora kod fetusa urađen pregled abdomena majke magnetnom rezonancom koji je potvrdio predhodni nalaz. Dalja prenatalna dijagnostika nije sprovedena. Heteroanamnestički dobijen podatak da je majka teško ostajala u drugom stanju i da je drugo dete prevremeno rođeno, umrlo nakon rođenja. U toku hospitalizacije u KDIB-Niš kariotipom je potvrđena dijagnoza trizomije 21.para hromozoma (Daunov sindrom) nakon čega se roditelji odriču deteta i odbijaju da ga nakon lečenja preuzmu. Brigu o detetu je preuzeo Centar za socijalni rad u Knjaževcu, a dete smešteno u referentnu zdravstvenu ustanovu gde je moguće pratiti zdravstveno stanje deteta.

Zaključak: Metode prenatalne dijagnostike mogu da budu invanzivne i neinvanzivne. Indikacija za dodatne prenatalne dijagnostičke procedure bio je podatak o ishodu predhodne trudnoće kao i fertilitet majke. Vrednost Dabl-testa je pokazivala visok rizik za Daunov sindrom. Da je u optimalnom periodu potvrđena dijagnoza, roditelji bi se odlučili ili za prekid trudnoće ili bi emocionalno bili spremni za dolazak takve bebe na svet. Dete sa Daunovim sindromom ne mora da bude neželjeno dete. U tome se ogleda i značaj Genetskog savetovališta koje roditelji nisu posetili. Rađanje zdravog potomstva jedan je od glavnih ciljeva humane genetike i savremene medicine u celini.

Ključne reči: Daunov sindrom, prenatalna dijagnostika, Genetsko savetovalište

Sesija: Dijagnostika i konzervativna medicina : poster prezentacija

ANEURIZMA POPLITEALNE ARTERIJE – NEUOBIČAJEN UZROK BOLA U KOLENU KOD SPORTISTA

*Prim. dr Ivan Lukić 1, Lukić I 2, 1-Specijalistička ordinacija medicine sporta Sportrehamedica, Zrenjanin
2- Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine, Novi Sad*

Uvod: Aneurizme predstavljaju ograničena proširenja krvnih sudova. Najčešće se javljaju naaorti ili arterijama na periferiji. Aneurizma poplitealne arterije predstavlja proširenje u predeluarterije koja snabdeva krvlju zglob kolena, natkolenicu i potkolenicu. Ruptura ove aneurizme predstavlja najozbiljniju komplikaciju ovog stanja, koja može dovesti do nekontrolisanog, životno ugrožavajućeg krvarenja, kao i do potencijane amputacije odgovarajućeg ekstremiteta.

Cilj: Prikaz slučaja sportistkinje sa aneurizmom poplitealne arterije dijagnostikovane prilikom evaluacije bola u kolenu. Rezultati: Pacijentkinja je odbojkašica uzrasta 17 godina koja se na pregled javlja prema savetutrenera zbog bola u desnom kolenu koji traje unazad par dana. Ne postoji pouzdan anamnestički podatak o povredi, ali pacijentkinja dolazi zajedno sa majkom iz sigurne kuće. Kliničkim pregledom desno koleno je bez otoka, patela je centralno pozicionirana, bez balotmana, koleno jeligamentarno stabilno. Načinjen je ultrasonografski pregled (LG Logistic F6 sa Doppler modom) kojim se uoči parcijalna lezija medijalnog kolateralnog ligamenta, entenzitis patele i semimembranoznog mišića. Ipak, nalazom dominira pulsirajuća formacija najvećeg dijametra oko 37mm koja se nalazi na dubini oko 40mm ispod mišića semimembranozusa. Pacijentkinja je upućena (dečjem) vaskularnom hirurgu u referentnoj ustanovi, gde je sprovedena dopunskadijagnostika te potom i definitivno operativno lečenje aneurizme poplitealne arterije. Zaključak: Bol u kolenu kod sportista najčešće je porekla muskuloskeletnog sistema, alimoramo imati na umu da on u pojedinim slučajevima može biti manifestacija drugih stanja od kojih su neka i životno ugrožavajuća.

Ključne reči: aneurizma poplitealne arterije; bol u kolenu; sportisti; deca.

Sesija: Preventivna medicina - savremeni aspekti: Usmena prezentacija

UNAPREĐENJE LOGOPEDSKE PRAKSE U ZDRAVSTVENOM CENTRU NEGOTIN KROZ PROJEKTNE AKTIVNOSTI

Mitrović - Stevanović Nensi, Zdravstveni centar Negotin, MSc logoped, dipl.defektolog, surdoaudiolog

Uvod: Savremeni pristup u radu i tretmanu dece sa govorno-jezičkim poremećajima i slušnim oštećenjima ranog i predškolskog uzrasta, preduslov je za kvalitetan govorno-jezički, kao i celokupan razvoj dece. Osnovna sredstva u logopedskom radu su logopedski instrumenti, koji omogućavaju adekvatnu dijagnostičku obradu i opremu u procesu logopedске terapije. Svaki logopedski kabinet trebalo bi da poseduje merne, mehaničke i elektroakustičke instrumente, kao i specifične logopedске praktikume i materijale. Sa ciljem poboljšanja kvaliteta logopedске prakse u Zdravstvenom centru Negotin realizovana su dva projekta i obezbeđena je adekvatna savremena oprema. Projekat „Budimo jači“, čiji je nosilac lokalna samouprava opštine Negotin u partnerstvu sa Udruženjem za pomoć osobama sa invaliditetom „Duga“, iz Negotina podržan je od Vlade Švajcarske kroz program SWISS PRO sa više od 1.400.000 dinara i realizovan je u periodu od 2019. do 2020. godine. Projektne aktivnosti su obuhvatale kupovinu najmodernijeg elektroakustičkog aparata - Digitalni logopedski set Behringer - klinički model sa fonometrom i USB priključkom, edukaciju stručnjaka, kao i pružanje logopedskih tretmana korisnicima Udruženja „Duga“. Po završetku projekta aparat je u Zdravstvenom centru Negotin u logopedskom kabinetu, te se koristi u logopedskim surdološkim tretmanima. Projekat „Dobro zdravlje i pravilan govor podiže samopouzdanje naše dece“, čiji je nosilac Dom zdravlja Zdravstvenog centra Negotin podržan je od strane Ministarstva zdravlja R. Srbije i Svetske banke sa više od 2.200.000 dinara u okviru Drugog projekta razvoja zdravstva Srbije i realizovan je u periodu od 2019. do 2021. godine. Projektom su obezbeđene logopedске sonde, specifični logopedski praktikumi i Slušni integracioni trening, kao i edukacija stručnjaka za primenu istih. Po završetku projekta oprema se koristi u svakodnevnoj logopedskoj terapiji. U radu će se detaljnije opisati tok realizacije projektnih aktivnosti, oprema i instrumenti, njihova primena i značaj za govorno - jezički razvoj dece. Zaključak: Upotreba savremene tehnologije u radu logopeda veoma je značajna, jer se odstupanja i poteškoće kod dece preciznije dijagnostikuju, a rehabilitacioni proces završava za kraće vreme. Ličnim zalaganjima učesnika u različitim projektima podržanih od nacionalnih institucija i međunarodnih organizacija može se unaprediti logopedska praksa.

Ključne reči: savremena oprema, logopedska praksa, projektne aktivnosti, unapređenje kvaliteta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Sesija: Dijagnostika i konzervativna medicina : Usmena prezentacija

ZNAČAJ ORALNE ANTIKOAGULANTNE TERAPIJE U PREVENCIJI TROMBOEMBOLIJSKIH KOMPLIKACIJA KOD PACIJENTA SA ATRIJALNOM FIBRILACIJOM PUTEM 14-TOGODIŠNJEG PRAĆENJA -PRIKAZ SLUČAJA

Dr Anastasija Raščanin (1), . Prim Dr Sc Dr med Dušan, FESC (1), Dr Mila Bastać (2),

(1) Internistička ordinacija Dr Bastać, Zaječar, (2) Medscan Tadić Dijagnostika, Zaječar

UVOD: Atrijalnu fibrilaciju (AF) karakteriše dezorganizovana, brza i nepravilna aktivacija pretkomora, uz nedostatak kontrakcije pretkomora i sa nepravilnom frekvencijom komora. AF je najčešća dugotrajna aritmija i predstavlja jedan od glavnih problema javnog zdravlja. Prevalencija raste sa starošću. Faktori rizika za razvoj AF, osim starosti, obuhvataju hipertenziju, dijabetes mellitus, oboljenje srca i apneju tokom spavanja. Elektrokardiografski se registruju apsolutno nepravilni RR intervali (zbog čega se naziva I apsolutna aritmija), nedostatak P talasa i pretkomorska frekvencija veća od 300/min. Atrijalna fibrilacija se na osnovu kliničke prezentacije deli na asimptomatsku (tiha) i simptomatsku AF. AF petostruko povećava rizik od moždanog udara. Kardioembolijski moždani udar udružen sa AF je obično težak, vrlo sklon recidivima i često fatalan ili sa trajnom nesposobnošću. Rizik za moždani udar udružen sa AF nije homogen, zavisi od prisustva specifičnih faktora rizika/modifikatora moždanog udara. Uobičajeni faktori

rizika sumirani su u kliničkom skorom baziranom na faktorima rizika – CHA2DS2-VASc. Atrijalna fibrilacija (AF), prema nivou rizika za tromboembolizam zahteva uvođenje dugotrajne oralne antikoagulantne terapije (OAKT). Više od 60 godina u prevenciji moždanog udara kod pacijenta sa AF koriste se Vitamin K antagonisti. Bezbedna i efikasna primena ovih lekova podrazumeva redovne kontrole pokazatelja intenziteta antikoagulantnog efekta antagonista vitamina K, INR-a (internacionalni normalizovani odnos protrombinskih vremena), koji treba da bude u opsegu od 2,0 do 3,0. Takođe, korišćenje direktnih, pravilnije ne-vitamin K oralnih antikoagulansa (NOAK, NOAC) sve više se uvećava, ali bez velikih studija praćenja dugotrajnog lečenja. Ipak približno 2% pacijenta dožive ishemijski moždani udar dok su na oralnoj antikoagulantnoj terapiji (prema regstrima grubo 2,0% na rivaroksabanu a 9,6% na varfarinu mada je razlika suštinski mnogo manja izračunata na 100 pacijent godina(PY) samo 19% moždanog udara manje za rivaroksaban (0.97/100 person-years [PY]) vs 1.32/100 PY). Razlog tome može biti loša adherenca, suboptimalna doza leka, interakcije lekova ili patogeneza moždanog udara koja nije povezana sa AF. Prikazujemo slučaj pacijentkinje kojim se potvrđuje značaj oralne antikoagulantne terapije u prevenciji ponovnih tromboembolijskih komplikacija.

PRIKAZ SLUČAJA: Prikazan je slučaj pacijentkinje M.D, starosti 60 godina koja prvi put dolazi na pregled u Internističku ordinaciju "Dr Bastać" 2008. godine zbog osećaja nestabilnosti i osećaja lupanja srca. Negira gubitke svesti. Pacijentkinja negira tegobe u vidu stezanja i nelagodnosti u grudima. Uzima antihipertenzivnu terapiju dve godine unazad, leči povišen holesterol statinima i navodi da je dve godine pre prvog pregleda u ordinaciji "Dr Bastać" imala dva manja moždana udara, verifikovana CT-om endokranijuma. Radi se o pacijentkinji koja je nepušač, predgojazna BMI 29.0 sa abdominalnom gojaznošću (obim struka 104 cm). Pri fizikalnom pregledu utvrđujemo da je pacijentkinja kardiopulmonalno kompenzovana. Srčani ritam je nepravilan, tonovi jasni, šumovi se ne registruju. Krvni pritisak na dolasku izmeren brahijalno obostrano 170/100 mmHg. Auskultacijom pluća nalazi se normalan disajni šum. Jetra nije uvećana i nema pretibijanih edema. Hematološke i biohemijske analize su u granicama normale. EKG na dolasku: atrijalna fibrilacija, fr 85/min, normogram, inkompletni blok leve grane, horizontalna depresija ST segmenta -0,5 mm u V5-V6. Ehokardiografski nalaz ukazuje da je leva komora normalnih dimenzija bez hipertrofije miokarda i sa očuvanom globalnom sistolnom funkcijom. Nema segmentnih ispada u kontraktibilnosti zidova leve komore. Mitralni kuspisi su lako voluminozniji sa minornom mitralnom regurgitacijom. Leva prekomora dilatirana, 39 mm merena u standardnom parasternalnom preseku. Desna komora normalnih dimenzija. Nakon završenog fizikalnog pregleda i dodatne dijagnostike izračunat je CHA2DS2-VASc Skor kao i HAS BLED Skor. U slučaju ove pacijentkinje CHA2DS2-VASc je 4 (hipertenzija, ženski pol, godine starosti i prethodni moždani udar). Izračunati HAS BLED Skor iznosi 2 (hipertenzija i CVI). Na osnovu CHA2DS2-VASc Skora rizik od neželjenih tromboembolijskih događaja je visok i zahteva uvođenje oralne antikoagulantne terapije. Pacijentkinja u terapiji dobija acenokumarol po šemi da vrednost PT/INR bude između 2.0 i 3.0 uz napomenu da ukoliko dodje do epizode ozbiljnog krvarenja obustavi uzimanje acenokumarola i da se javi lekaru. Nakon ovog prvog pregleda pacijentkinja je redovno dolazila na kontrole. PT/INR je rađen u početku na 2 nedelje a kasnije na mesec dana. Na osnovu podataka koje posedujemo iz medicinske dokumentacije od 2008. godine do poslednje kontrole u aprilu 2022. godine (ukupno 18 merenja) vrednost PT/INR-a se kretala između 1.81-3.9. Na skorašnjoj kontroli 29.04.2022. pacijentkinja se oseća dobro, bez novih tromboembolijskih komplikacija i bez epizoda krvarenja.

ZAKLJUČAK: Posle moždanog udara 2008. godine dobrom antikoagulacijom, regulacijom PT/INR-a tokom 14-to godišnjeg praćenja utvrđuje se sprečavanje ponovnih moždanih udara i odsustvo krvarenja. Osobe koje nemaju finansijsku mogućnost za uzimanje NOAK-a, mogu biti adekvatno lečene kvalitetnom antikoagulacijom dikumarolskim preparatima uz angažovanje ordinirajućeg lekara i motivisanost pacijenta. Indikacije za prelazak sa antagonista vitamina K na NOAK su: labilan INR, česta krvarenja, tromboembolijski ataci uprkos relativno dobrom TTR-u a sa druge strane kada je brzina glomerulane filtracije manja od 30 ml/min, mora se sa NOAK-a preći na dikumarolske preparate. Atrijalna fibrilacija je povezana sa povećanim rizikom za ishemijski moždani udar i prevencija moždanog udara je kamen temeljac u zbrinjavanju pacijenata sa atrijalnom fibrilacijom. Optimalna strategija prevencije moždanog udara treba da bude bazirana na dokazima i individualizovana.

Sesija: Hirurgija i srodne grane: Usmena prezentacija

INFEKCIJA RANE OTVORENOG PRELOMA POTKOLENICE KOD POLITRAUMATIZOVANOG BOLESNIKA

Dr. Ivan Golubović, prof. dr. Zoran Golubović, prof. dr. Dejan Tabaković, ass. dr. sci. med. Milan Lazarević, Doc. Dr. Predrag Stoilković, dr. Ivana Golubović, prof. dr. Nebojša Mitić. Klinički centar Niš, Klinički centar Kosovska Mitrovica

Politrauma predstavlja istovremeni nastanak dve ili više povrede u različitim regionima ljudskog tela, od kojih jedna ili njihova kombinacija ugrožava život povređenog. Radi se o teškim telesnim povredama, koje su veoma često praćene traumatskim šokom. Pacijenta starog 63 godine, udarila je dizalica balvana, pri čemu je pao sa visine od oko tri metara. Zadobio je prelom baze lobanje, prelom zigomatične kosti, prelom od II do VII rebra, prelom ključne kosti, prelom lopatice i otvoreni prelom IIIA stepena leve potkolenice. Odmah nakon prijema i reanimacije urađena je stabilizacija preloma spoljnim skeletnim fiksatorom. Rana otvorenog preloma je ušivena. U postoperativnom toku dolazi do skoka temperature od 39,5 stepeni. Kontrolom rane otvorenog preloma registrovana je gnojna sekrecija iz rane. Odmah su odstranjeni šavovi sa rane otvorenog preloma i rana je maksimalno isprana, a zatim je urađena obrada rane i sva nekrotična tkiva su odstranjena. Nakon debridmana i odstranjenja nekrotičnih tkiva rana je ponovo detaljno isprana. Rana nije zatvorena, već je ostavljena otvorena, za odloženo zatvaranje rane i svakodnevno je previjana. Pacijentu su ordinirana dva antibiotika (amp. Longacef a 2g/24h i amp. Amicacin a 1g/24h). Nakon smirivanja infekcije rana je zatvorena sekundarnim šavom nakon 12 dana. Pacijent je aktiviran sa potpazučnim štakama sa rasteretnim osloncem na povređenu nogu i postepenim povećanjem oslonca. Po zarastanju preloma odstranjen je spoljni skeletni fiksator, i pacijent se vratio svojim radnim i životnim aktivnostima.

LOGISTIČKA PODRŠKA ZA ODRŽAVANJE XLI TIMOČKIH MEDICINSKIH DANA ON LAJN u vidu vebinara korišćenjem platforme i PRENOS iz kongresne sale

Dr Aleksandar Jolić, specijalista interne medicine, kardiolog

Ivan Mladenović

Nemanja Vasić

Mihajlo Jelenković

Filip Jelenković

НАГРАДЕ И ПРИЗНАЊА СЛД ПОДРУЖНИЦИ ЗАЈЕЧАР

СЛД Подружница Зајечар 06. маја 2015. године на Ђурђевдан, славу СЛД добило је **НАГРАДУ ЗА НАЈАКТИВНИЈУ ПОДРУЖНИЦУ У 2014. ГОДИНУ**. Ова награда је установљена по први пут од постојања друштва 2015.године. Од укупно 80 Подружница из целе Србије СЛД подружница Зајечар (Братимирка Јеленковић) и СЛД Подружница Смедерево (прим. др Славица Мишић) су добитници ове престижне награде.

Српско лекарско друштво је дана 6. маја 2019. године обележило славу Друштва Свети Ђорђе-Ђурђевдан. Након обраћања председника Друштва проф. др Сњежана Чолић, заменик Председник Комисије за додељивање годишњих награда и признања уручила је годишње награде Српског лекарског друштва за 2018. годину.

Награда за најбољу Подружницу у 2018. години Подружници Зајечар

Награда за животно дело: 1. Проф. др Небојша Паунковић. 2. Проф. др Бранимир Гудурић

Годишње награде Српског лекарског друштва за 2019. и 2020. годину

НАГРАЂЕНИ ЗА 2020. ГОДИНУ

Награда за најбољу Подружницу

Подружници Зајечар

Подружници Смедерево

Годишње награде Српског лекарског друштва за 2022. годину

Крсна слава Српског лекарског друштва - Ђурђевдан

Дана 6. маја 2022. године са почетком у 12 часова Српско лекарско друштво је обредом сечења славског колача обележило крсну славу Друштва-Ђурђевдан. Обред сечења славског колача обавио је отац Трајан. Слави је присуствовало око 200 лекара и сарадника. Скуп је својим присуством удостојио председник САНУ академик Владимир Костић, вишедеценијски члан СЛД.

Након обреда славског колача уручене су годишње награде СЛД за 2021. годину и то:

Награда за најбољу Секцију

Секција за историју медицине

Награду је у име Секције примио др Зоран Вацић председник Секције

Награда за најбољу Подружницу

Подружница Зајечар

Награду је у име Подружнице примила докторка Братимирка Јеленковић председница Подружнице



AMICUS  **Serbia**
a Swixx BioPharma company

Bonifar d.o.o.

Bonifar

Milbourg doo


Milbourg doo