

kongres preventivne pedijatrije crne gore

Sa međunarodnim učešćem

02/04 novembar 2018.
Hotel Splendid, Bečići

NOVI PRAVCI **PREVENTIVNE PEDIJATRIJE**

Pokrovitelji:



Ministarstvo nauke
Crne Gore



Ministarstvo zdravstva
Crne Gore

ZBORNIK RADOVA



**DRUGI KONGRES
PREVENTIVNE PEDIJATRIJE
CRNE GORE**



**ASOCIJACIJA ZA PREVENTIVNU PEDIJATRIJU
CRNE GORE**

ISSN-0419 - 7747

POSEBNO IZDANJE ČASOPISA DRUŠTVA LJEKARA CRNE GORE

MEDICINSKI ZAPISI
2018, VOLUMEN 67, SUPPLEMENT I

POSEBNO IZDANJE
ČASOPISA DRUŠTVA LJEKARA CRNE GORE
MEDICINSKI ZAPISI

DRUGI KONGRES PREVENTIVNE PEDIJATRIJE CRNE GORE SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM

NOVI PRAVCI PREVENTIVNE PEDIJATRIJE

ZBORNIK RADOVA

Uređivački odbor Supplementa I:

Glavni urednici:

Prof. dr Olivera Miljanović (Crna Gora) i Doc. dr Nebojša Kavarić (Crna Gora)

Članovi:

Prof. dr Vesna Miranović (Crna Gora)

Prof. dr Zeljko Verzak (HRVATSKA)

Prof. dr Predrag Minić (SRBIJA)

Doc dr Aspazija Sofijanova (MAKEDONIJA)

Prim. dr sc. med. Elvir Zvrko (Crna Gora)

Mr sci med Tanja Filipović (Crna Gora)

ISSN-0419-7747

ČASOPIS DRUŠTVA LJEKARA CRNE GORE

MEDICINSKI

ZAPISI

Journal of Society of Medical Doctors of Montenegro

MEDICAL

ESSEYS



EBSCO
PUBLISHING

Medical Essays

President

Dr Slobodan Tomić

Editor

Doc. dr Olivera Miljanović

Editor board

Prim dr Nada Vučinić

Prof. dr Ljilja Gledović Musić

Prof. dr Ljubica Pejakov

Doc. dr Nebojša Kavarić

Prim. dr sci. med. Elvir Zvrko

Technical editor

Miško Škatarić

ISSN – 0419 – 7747

MEDICAL ESSAYS

The Journal of Medical Association of Montenegro

Medical Essays publish the results of the studies from all medical domains. In the form of reviews, scientific, professional and seminar articles, reports and comments. It also publishes papers work from the history of medicine, medical ethics and ethnomedicine, book reviews, and recently defended master's ad doctoral theses of the Association members. As the organ of the Association, it publishes the reports of its work and letters to the Editorial Council and Editorial Board. The Journal is issued annually. (October). Papers published in the Medicinski zapisi are indexed in EBSCO.

Address:

Društvo Ljekara Crne Gore,
J. Tomaševica 4, pob 52, Montenegro
81000 Podgorica

Phone: 020-243-145, E-mail: medzap@t-com.me

Pokrovitelji



*Ministarstvo zdravljja
Crne Gore*



*Ministarstvo nauke
Crne Gore*

POČASNI ODBOR:

Dr Kenan Hrapović – *Ministar zdravlja Crne Gore*
Dr Sanja Damjanović – *Ministrica nauke Crne Gore*
Prim. dr Slobodan Tomić – *Predsjednik Društva ljekara Crne Gore*
Dr Aleksandar Mugoša – *Predsjednik Ljekarske komore Crne Gore*
Mr Sead Čirgić – *Direktor Fonda za zdravstveno osiguranje Crne Gore*
Prof. dr Miodrag Radunović – *Dekan Medicinskog fakulteta Podgorica*
Dr Jevto Eraković – *Direktor Kliničkog Centra Crne Gore*
Doc. dr Boban Mugoša – *Direktor Instituta za javno zdravlje Crne Gore*
dr Milorad Drljević – *Direktor Crnogorske agencije za ljekove i medicinska sestra*
Prim. dr Gordana Rašović – *Direktor Zavoda za trnansfuziju krvi Crne Gore*
Dr Saša Stefanović – *Direktor Zavod za hitnu medicinsku pomoć Crne Gore*
Dr Gordana Rajović – *Direktor Instituta Igalo*
Dr Gordana Reljić – *Direktor Specijalne bolnice Brezovik*
Mr sci. dr Saša Radović – *Direktor Instituta za bolesti djece*
Dr Borislav Čalović – *Predsjednik Stomatološke komore Crne Gore*
Mr. ph Milanka Žugić – *Predsjednik Farmaceutske komore Crne Gore*
Radoman Dragaš – *Direktor Montefarma*
Boro Lalević – *Predsjednik Udruženja domova zdravlja Crne Gore*
Prof. dr Lukas Rasulić – *Predsjednik Udruženja neurohirurga Jugoistočne Evrope*
Dr Mira Jovanovski Dašić – *Zdravstvena mreža Jugoistočne Evrope*

ORGANIZACIONI ODBOR:

Doc. dr Nebojša Kavarić, *Predsjednik*
Dr Pavle Marniković
Prim. dr Paša Divanović
Prim. dr Vesna Mačić
Dr Đuro Latković
Prim. dr Marija Joksimović
Dr Siniša Vuleković
Mr Marko Đurđić

NAUČNI ODBOR:

Prof. dr Olivera Miljanović, *Predsjednica*
Prof. dr Milica Martinović
Prof. dr Mira Samardžić
Prof. dr Vesna Miranović
Prof. dr Vineta Vuksanović
Prof. dr Agima Ljaljević

MEĐUNARODNI NAUČNI ODBOR:

Prof. dr Julije Meštrović (Hrvatska)-*Potpredsjednik Evropskog udruženja pedijatara*
Nadine Burke Harris (USA) - *CEO, Medical Director, Bayview Child Health Center*
Prof. dr Aspazija Sofijanova (Makedonija)-*Predsjednica Udruženja pedijatara Makedonije*
Prof. dr Anila Godo (Albania)-*Predsjednica Udruženja pedijatara Albanije*
Prof. dr Bojko Bjelaković (Srbija)-*Predsjednik Udruženja za preventivnu pedijatriju Srbije*
Prof. dr Ramush Beqiqi (Kosovo)-*Predsjednik Udruženja pedijatara Kosova*
Prof. dr Jelica Predojević Samardžić (RS) - *Predsjednik Udruženja pedijatara Republike Srpske*
Prof. dr Predrag Minić (Srbija)
Prof. dr Gordana Buljan-Flander (Hrvatska)
Prof. dr Vladislav Vukomanović (Srbija)
Prof. dr Željko Verzak (Hrvatska)
Prof. dr Jelena Roganović (Hrvatska)
Prof. dr Dragica Odalović (Srbija)
Prof. dr Biljana Vuletić (Srbija)
Doc. dr Milica Pejović-Milovančević (Srbija)
Prof. dr Gordana Kocić (Srbija)
Doc. dr Marta Macedoni Lukšić (Slovenija)
Dr Ljubiša Dragović (USA)
Prof. dr Andy Shih (USA)
Prof. dr Borut Peterlin (Slovenija)
Prof. dr Georgina Kuli-Lito (Albanija)
Prof. dr Paola Miglioranzi (Italija)
Prof. dr Chen Dan (China)
Prof. dr Tudor L. Pop (Rumunija)

POČASNI GOSTI:

Prim. dr Borka Vuković
Prim. dr Omer Adžović

SEKRETARIJAT KONGRESA:

Mr sci. dr Tanja Filipović
Dr sci med Elvir Zvrko
Miško Škatarić, dipl. ing.
Sanja Lekić, dipl. ecc.



**DRUGI KONGRES
PREVENTIVNE PEDIJATRIJE
CRNE GORE**

Riječ dobrodošlice,

Uvažene kolege i prijatelji,

Čast mi je i zadovoljstvo da Vas ispred Asocijacije za preventivnu pedijatriju Crne Gore i organizacionog odbora pozovem da uzmete učešće na Drugom kongresu preventivne pedijatrije Crne Gore sa međunarodnim učešćem, koji će se održati u Bečićima, Budva, Crna Gora, od 02 - 04. novembra 2018. godine u Hotelu Splendid.

Drugi kongres preventivne pedijatrije Crne Gore sa međunarodnim učešćem će se održati pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja i Ministarstva nauke Vlade Crne Gore i akreditovan je od strane Ljekarske komore Crne Gore.

Predavanja će održati eminentni stručnjaci iz oblasti preventivne pedijatrije i srodnih disciplina, iz zemlje i inostranstva, koji će zanimljivim i nadasve korisnim temama dati izuzetan značaj ovom međunarodnom skupu i unapređenju nauke na polju pedijatrijske medicine.

Vjerujemo da ćete brojnim posterima i usmenim prezentacijama prikazati svoje zanimljive slučajeve iz svakodnevne prakse, kao i rezultate svojih istraživanja, te na taj način doprinijeti daljem razvoju preventivne pedijatrije, a takođe i kvalitetu kongresa.

Iskreno se nadamo skorašnjoj prilici da Vam poželimo toplu dobrodošlicu, kao i prilici da, razmjenom iskustava i stručnog znanja, pomognemo boljem razumijevanju značaja prevencije u pedijatriji.

Na kraju, ali ne i najmanje važno, nadamo se prijatnom druženju i vjerujemo da ćete uživati u ljepotama crnogorskog primorja.

S poštovanjem,

Doc. dr Nebojša Kavarić

Predsjednik Asocijacije za preventivnu pedijatriju Crne Gore
Predsjednik Organizacionog odbora Drugog kongresa preventivne pedijatrije Crne Gore

DRUGI KONGRES PREVENTIVNE PEDIJATRIJE
sa međunarodnim učešćem

TEME

1. Novi pravci razvoja vanbolničke pedijatrijske zdravstvene zaštite
2. Imunizacija
3. Pedijatrijska mikrobiologija
4. Prevencija u endokrinologiji i poremećaji rasta i razvoja
5. Prevencija gojaznosti kod djece i adolescenata
6. Prevencija u gastroenterologiji, dojenje i poremećaji ishrane
7. Dojenje
8. Prevencija u perinatologiji i neonatologiji
9. Prevencija nasljednih oboljenja i rijetke bolesti u pedijatriji
10. Prevencija u dječjoj psihijatriji i neurologiji
11. Poremećaji iz oblasti autističnog spektra
12. Prevencija u kardiologiji
13. Prevencija u reumatologiji i imunologiji
14. Prevencija u dermatovenerologiji
15. Prevencija u pulmologiji
16. Prevencija u nefrologiji
17. Prevencija hemato-onkoloških oboljenja
18. Transfuziologija kod djece
19. Prevencija u dječjoj hirurgiji, oftamologiji i ORL
20. Fizikalna terapija kod djece
21. Urgentna stanja u pedijatriji; prevencija i kontrola povreda kod djece
22. Novi pravci u laboratorijskoj, UZ i RTG dijagnostici u pedijatriji
23. Promocija zdravih stilova života u pedijatriji
24. Zaštita prava djeteta kao pacijenta
25. Vaspitni stilovi i psihosocijalni razvoj rjece i omladine
26. Izazovi primjene novih informaciono komunikacionih tehnologija u pedijatriji
27. Značaj optimalne organizacije pedijatrijske službe u vanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti djece
28. Prevencija u dječjoj stomatologiji
29. Značaj statusa sestrinstva u novom razvoju pedijatrijske zdravstvene zaštite
30. Endoskopska dijagnostika stridora kod djece
31. Značaj i uloga multidisciplinarnе analize smrti djeteta za preventivne mjere

SADRŽAJ

**PRAVCI NOVOG KONCEPTA INTEGRISANE PEDIJATRIJSKE
ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Doc. dr Nebojša Kavarić

Dom zdravlja Podgorica

31

**ZNAČAJ I ULOGA MULTIDISCIPLINARNE ANALIZE SMRTI DJETETA ZA
FORMULISANJE PREVENTIVE**

**SIGNIFICANCE & ROLE OF CHILD DEATH REVIEW TEAMS IN
PREVENTION**

L. J. Dragovic, MD, FCAP, FAAFS

*Chief Forensic Pathologist/Chief Medical Examiner Oakland County,
Michigan, USA,*

32

**NASLEDNE DISLIPIDEMIJE U DECE - DA LI JE VREME ZA UNIVERZALNI
SKRINING**

Prof. dr Bojko Bjelaković^{1,2}

*¹Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, ²Klinika za Dečiju Internu
Medicinu, Klinički centar Niš, Srbija*

34

VIZING U RAZLIČITIM UZRASTIMA

Predrag Minić

*Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „dr
Vukan Čupić“ Beograd*

35

ZNAČAJ ENDOSKOPIJE U EVALUACIJI STRIDORA KOD DJECE

Tanja Filipović¹, Predrag Minic²

*¹Klinički centar Crne Gore, Institut za bolesti djece Podgorica, ²Institut za
zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „dr Vukan Čupić“
Beograd*

37

KAŠALJ U DJEĆIJEM UZRASTU

dr Rade Kaluđerović

PZU "Milmedica" Podgorica

39

EVROPSKI EUCAST STANDARD U PRAKSI URINARNIH INFKECIJA

Prof. dr Vineta Vuksanović

*Institut za javno zdravlje Crne Gore, Medicinski fakultet - Podgorica,
Univerzitet Crne Gore*

40

**A QUICK ULTRASOUND METHOD FOR PRIMARY SCREENING OF INFANT
DEVELOPMENT DYSPLASIA OF THE HIP**

Chen Dan

Attending physician, Sonographer

*Ultrasound department of Guangdong Province women and children
hospital, Guangzhou, China*

42

NESPUŠTENI TESTISI

Mira Samardžić

*Institut za bolesti djece Podgorica/Medicinski fakultet Podgorica, Crna
Gora*

43

**ZNAČAJ BALANSA PURINA U PREVENICIJI HIPERURIKEMIJE I NASTANKU
HRONIČNIH OBOLJENJA U DEČJEM UZRASTU**

*Gordana Kocic¹, Bojko Bjelakovic², Andrija Smelcerovic³, Svetlana
Stojanović¹, Hristina Kocic⁴.*

¹*Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, ²Klinika za pedijatriju
Medicinskog fakulteta Univerziteta u Nišu, ³Farmaceutski fakultet
Univerziteta u Nišu, ⁴Klinika za dermatovenerologiju Klinički centar Niš,
Srbija*

46

**GENETSKA PREDISPONICIJA DIABETES MELLITUS-A TIP 1 U MLAĐEM
UZRASTU**

**GENETIC PREDISPOSITION OF DIABETES MELLITUS TYPE 1 IN
YOUNGERS**

Prof. Dr Tatjana Jevtović Stoimenov¹, dr Maja Jović², dr Nina Topić³

¹*Katedra za biohemiju, Medicinski fakulteta Univerziteta u Nišu,*

²*Naučnoistraživački centar za Biomedicinu, Medicinski fakulteta
Univerziteta u Nišu, ³student akademskih doktorskih studija, Medicinski
fakulteta Univerziteta u Nišu*

47

ODISEJA MEDICINE I DRUŠTVA U RIJETKIM BOLESTIMA

Olivera Miljanović

*Centar za Medicinsku Genetiku i Imunologiju, Klinički centar Crne Gore,
Medicinski fakultet, Univerzitet Crne Gore*

48

**CONGENITAL ANOMALIES IN THE REPUBLIC SRPSKA IN 2016 AND
2017**

*J. Predojevic-Samardžić, N. Marić, S. Petrović-Tepić, A. Serdar, Lj. Solomon,
D. Jojić*

*University Children's Hospital Banja Luka, Republic Srpska; Bosnia &
Hercegovina*

50

**EPIGENETIČKO NASLEĐE I FAKTORI RIZIKA U TRANSGENERACIJSKOJ
PREVENCIJI I REMISIJI DIJABETESA TIPO 2**

Dragan Likić

Institut za javno zdravље Crne Gore, Registar šećerne bolesti, Podgorica

51

**KCNQ2 ENCEFALOPATIJA, RANI KLINIČKI ZNACI, TOK I PROGNOZA –
PRIKAZ SLUČAJA**

*Kristina Jovanović¹, Dragana Bogićević^{1,2}, Vesna Mitić¹, Aleksandar
Dimitrijević¹, Dimitrije Nikolić^{1,2}*

*¹Univerzitetska dečja klinika, Beograd, Srbija, ²Medicinski fakultet
Univerziteta u Beogradu, Srbija*

53

**PUT OD PRENATALNOG CISTIČNOG HIGROMA DO RIJETKE
METABOLIČKE BOLESTI-PRIKAZ PACIJENTA SA SY ZELLWEGER**

J. Jovanovic, A. Maver, A. Hodžić, B. Peterlin, M. Andelić i O. Miljanovic

Centar za medicinsku genetiku i imunologiju – Klinički centar Crne Gore

54

IMMUNIZATION SYSTEM IN ALBANIA. SUCCESSES AND SHORTCOMINGS

Gjeorgjina Kuli-Lito,

*Department of Pediatrics, Service of Pediatric Infectious Diseases,
University Hospital Center "Mother Teresa", NITAG member Tirana,
Albania*

55

PAD OBUVATA MMR VAKCINOM U CRNOJ GORI I NJEGOVE POSLEDICE

Miro Knežević

Ministarstvo zdravlja Crne Gore

57

VAKCINE - ZAŠTITA ILI OPASNOST

Saida Zejnilović

PZU "Malbaški" Podgorica

58

GENOMIC TESTING FOR EARLY DIAGNOSIS AND PREVENTION

Prof. dr Borut Peterlin (SLOVENIJA)

Klinični inštitut za medicinsko genetiku / Clinical Institute of Medical Genetics / Klinični center Ljubljana / University Medical Center Ljubljana 59

IZAZOVI U UVODJENJU HPV VAKCINA U NACIONALNE PROGRAME IMUNIZACIJE

Doc. dr Nebojša Kavarić¹, Prof. dr Darija Kisić²

¹Dom zdravlja Podgorica, ²Medicinski fakultet Beograd, Institut za javno zdravlje Batut

60

AUTISM SPECTRUM DISORDERS: WHAT'S NEW?

Marta Macedoni Lukšić

Institute of ASD Ljubljana and Faculty of Medicine, University of Maribor, Slovenia 63

SMERNICE ZA SKRINING, DIJAGNOSTIKU I INTERVENCije DECE S POREMEĆAJIMA IZ SPEKTRA AUTIZMA

Milica Pejović Milovančević

Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Institut za mentalno zdravlje, Beograd 64

COMMUNITY ENGAGEMENT AND ADVANCES IN GLOBAL AUTISM PUBLIC HEALTH AGENDA

Prof. dr Andy Shih (USA)

Fondacija Autism Speaks

65

KAWASAKIJEVA BOLEST: PROTOKOL LIJEČENJA

KAWASAKI DISEASE: PROTOCOL FOR TREATMENT

Prof. dr Vesna Miranović

Ministarstvo zdravlja Crne Gore, Medicinski fakultet, Univerzitet Crne Gore 65

PREPORUKE ZA FIZIČKU AKTIVNOST POSLE MIOKARDITISA

Prof. dr Vladislav Vukomanović

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“, Novi Beograd, Republika Srbija 72

**PRENATAL DIAGNOSIS, TREATMENT AND OUTCOMES OF FETAL
ARRHYTHMIA**

Prof Dr Ramush Bejqi¹, Dr sci Ragip Retkoceri¹, Dr Sci Hana Bejqi², Dr sci Arbnore Batalli¹, Dr Shukrije Dedinka¹, Dr Arlinda Mustafa¹, Dr Aferdita Mustafa¹, Dr Rinor Bejqi²

¹Department of Cardiology, Pediatric Clinic, University Clinical Center of Kosovo, Prishtina, Kosovo, ²Main Center of Family Medicine, Prishtina, Kosovo

73

**HIPERTENZIJA (I GOJAZNOST) KOD ŠKOLSKE DJECE U CRNOJ GORI
HYPERTENSION (AND OBESITY) AMONG SCHOOL CHILDREN IN
MONTENEGRO**

Milica Martinović,

Medicinski fakultet Univerziteta Crne Gore

74

**DUŽINA TELOMERA KOD DECE I ADOLESCENATA-NASLEDNI FAKTORI I
UTICAJ NAČINA ŽIVOTA**

**TELOMERE LENGTH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS-INHERITANCE
AND LIFE CONDITIONS INFLUENCE**

Prof. dr Jelena Kotur-Stevuljević (SRBIJA)

University of Belgrade, Faculty of Pharmacy, Serbia

76

**MIELODISPLASTIC SYNDROMES IN CHILDREN; DO WE REALLY FACE
THEM SO RARELY?? (Review)**

Prof. As. Donjeta BALI (ALIA)

Onco/hematologic Service, Pediatric Department, UHCT- "Mother Theresa"

77

TROMBOZA I TROMBOFILIIA U DJECE

Prof. dr Jelena Roganović (HRVATSKA)

Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za pedijatriju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Braće Brachetta 20, 51000 Rijeka, Hrvatska

78

**SIGURNOST TRANSFUZIJSKOG LIJEČENJA U PEDIJATRIJI
SAFETY OF TRANSFUSION TREATMENTS IN PEDIATRICS**

Prim. dr Gordana Rašović

Zavod za transfuziju krvi Crne Gore, Podgorica, Crna Gora

79

PRISTUP DJETETU SA SUMNJOM NA POREMEĆAJ HEMOSTAZE

Maja Kavarić, Darija Ljubić

Klinički centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Podgorica

89

PREVENCIJA CITOMEGLOVIRUSNE INFEKCIJE U PERINATALNOM PERIODU

Lidija Banjac, Danojla Dakić, Mira Rudanović, Goran Banjac

Klinički centar Crne Gore, Centar za neonatologiju,

91

ULOGA MIKROBIOMA NOVOROĐENČETA U DUGOROČNOJ PREVENCICI BOLESTI

Prim. dr sci med Tatjana Nikolić

Ginekološko akušerska klinika Beograd

93

TERAPIJSKA HIPOTERMIJA U LEČENJU NOVOROĐENČADI SA NEONATALNOM ENCEFALOPATIJOM

Ivana Jovanović, Olgica Rakić, Vesna Hajdarpašić, Marija Milić

Institut za neonatologiju Beograd, Srbija

94

DELAYED PRESENTATION OF CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA - BOCHDALECK

Marija Dimitrovska-Ivanova^{1,2}, I. Nikolova^{1,2}

¹Clinical hospital Stip-Department of Pediatrics, ²Faculty of Medical Sciences-University "Goce Delcev" Stip Macedonia, Tematska oblast:
prevencija u perinatologiji i neonatologiji

96

"GDJE SE SUSRECU MEDICINA I PRAVO U ZAŠTITI TRAUMATIZIRANE DJECE?"

Prof. dr. sc. Gordana Buljan Flander, Mia Roje, Romana Galić

Poliklinike za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba

97

PROTOKOL ZA ZAŠTITU ZLOSTAVLJENE I ZANEMARENDE DECE - ZAŠTO JE VAŽAN

Milica Pejović -Milovančević

*Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Institut za mentalno zdravlje,
Beograd*

98

CHILD ABUSE AND VIOLENCE

Prof. dr Paola Miglioranzi (ITALIJA)

99

PREVENTION OF VIRAL HEPATITIS INFECTION IN CHILDREN

Prof. dr Tudor L. Pop (RUMUNIJA)

Assoc. Prof. Tudor L. Pop, MD, PhD

*2nd Pediatric Clinic, University of Medicine and Pharmacy "Iuliu Hatieganu"
Cluj-Napoca, Romania*

100

**DOBRA EVALUACIJA HOLESTAZNE ŽUTICE ODOJČETA – PREVENCIJA
KOMPLIKACIJA**

**GOOD EVALUATION OF CHOLESTATIC JAUNDICE – PREVENTION OF
COMPLICATIONS**

Biljana Vuletić

*Univerzitet u Kragujevcu, Fakultet medicinskih nauka, Pedijatrijska klinika
Kragujevac*

*University of Kragujevac, Serbia, Faculty of Medical Sciences, Department
of Pediatrics*

101

AKUTNI ABDOMINALNI BOL KOD DJECE

dr Veselinka Đurišić

Klinički centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Podgorica

104

JAVNO ZDRAVLJE U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Prof. dr Agima Ljaljević

Institut za javno zdravlje Crne Gore

104

PROMOCIJA ZDRAVIH STILOVA ŽIVOTA

Branislava Stanimirov

Dom zdravlja Novi Sad, Srbija

107

**PRENATALNI I POSTNATALNI RIZICNI CIMBENICI U RAZVOJU DJECE
S FETALnim ALKOHOlnIM I NEONATALnim APSTINENCIJSKIM
SINDROMOM**

Ella Selak Bagaric, magistra psihologije

*Odjel za dijagnostiku i tretman, Poliklinika za zastitu djece i mladih grada
Zagreba Hrvatska*

108

**DENTALNOMEDICINSKA SKRB DJECE S INVALIDITETOM I
TEŠKOĆAMA U RAZVOJU**

Prof. dr Zeljko Verzak (HRVATSKA)

Klinički bolnički centar Zagreb

109

HPV IMUNIZACIJA – BUDUĆNOST PREVENCije ORALNOG KARCINOMA?

**HPV IMMUNIZATION – THE FUTURE OF THE ORAL CANCER
PREVENTION?**

Marija Antunović¹, Miljan Puletić¹, Branka Popović²

¹Univerzitet Crne Gore, Medicinski fakultet, Podgorica, ²Univerzitet u Beogradu, Stomatološki fakultet, Beograd

113

**NEINVAZIVNE METODE MEHANICKE VENTILACIJE KOD KRITIČNIH
NOVOROĐENIH V.S. MEHANIČKO ODRŽAVANJE ŽIVOTA: STATE OF ART**

Doc dr Aspazija Sofijanova (MAKEDONIJA)

116

**ORALNI PROPRANOLOL U TRETMANU INFANTILNIH HEMANGIOMA
PROPRANOLOL THERAPY FOR INFANTILE HEMANGIOMA: OUR
EXPERIENCE**

Mr sci dr Saša V. Radović

*Klinički Centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Dječja hirurška klinika,
Podgorica*

117

GLAVOBOLJE U DJEČJEM UZRASTU

CEPHALEA IN CHILDREN

Prof. dr Dragica Odalović (SRBIJA)

*Medicinski fakultet, Univerzitet u Prištini, sa privremenim sedištem u
Kosovskoj Mitrovici*

118

TONZILOFARINGITIS- PREVencija, DIAGNOSTIKA, LIJEČENJE

Elvir Zvrko

*Klinički Centar Crne Gore, Klinika za ORL i MFH, Medicinski fakultet
Univerziteta Crne Gore*

125

**AKUTNI KONJUNKTIVITIS KOD DJECE
CONJUNCTIVITIS ACUTA IN PEDIATRIC PATIENTS**
dr Sanja Borović, Nataša Jovović

126

PSEUDOOSTRABIZAM I STRABIZAM -ZNAČAJ RANE DIJAGNOSTIKE

*Dr Nataša Jovović, Dr Sanja Borović
PJU Očna ordinacija "Borović"*

127

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PRACENJU RAZVOJA PRIJEVREMENO
RODENOG DJETETA I PREVENCICIJI MOGUCIH KOMPLIKACIJA
PRIJEVREMENOG RODENJA**

*VSS Dragana Marković
Klinički Centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Podgorica*

129

**ZNANJE, STAV I PONAŠANJE TRUDNICA KAO RIZIKO FAKTOR ZA
PRIJEVREMENI POROĐAJ**

*VSS Milica Dukić
Ministarstvo zdravlja Crne Gore*

130

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U SPROVOĐENJU ZDRAVSTVENO-
VASPITNOG RADA U OSNOVNIM ŠKOLAMA**

*VSS Tijana Dakić, VSS Dragana Marković, VSS Slavica Jelić,
Klinički Centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Podgorica*

132

PREVENTIVNI PREGLEDI PEDIJATRA U PZZ (2011-2017)

*Sanja Simović, Seniha Tombarević, Ivana Zejak
Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore*

134

**ULOGA PEDIJATARA U PREVENCICIJI RIZIČNIH PONAŠANJA (UPOTREBA
DUVANA I ALKOHOЛА) KOD DJECE I MLADIХ**

*Tatjana Đurišić, Ljiljana Golubović, Boban Mugoša
Institut za javno zdravljje Crne Gore*

136

PREVENTIVNI ASPEKTI NARKOMANije U CRNOGORSKIM PORODICAMA

*Kolinović Ida
Ministarstvo rada i socijalnog staranja*

137

ASTMA ŠKOLA ZA RODITELJE I DJECU

R. Pajović, N. Kavarić, Vesna Strainović Lalović, N. Jankovic, P. Divanović, S. Račić

Dom zdravlja Podgorica

139

ULTRAZVUČNI PREGLED KUKOVA ODOJČETA

P. Divanović, N. Kavarić

Dom zdravlja, Podgorica

140

IJDUSKI RESURSI - PEDIJATRI U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Sanja Simović, Sanja Bogdanović, Siniša Simović

Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore

142

**ULOGA IZABRANOG PEDIJATRA I PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE
SA ULTRAZVUČNOM DIJAGNOSTIKOM U PREVENCICI I REGRESIJI
RAZVOJNOG POREMEĆAJA KUKOVA**

B. Samardžija Jovanović, N. Kavarić

Dom zdravlja Podgorica

143

UZ PREGLED KUKOVA

Gordana Bijelić

Dom zdravlja Podgorica

145

**ACCURACY OF LUNG ULTRASOUND IN DIAGNOSIS OF LUNG DISEASE IN
CHILDREN**

Drita Telaku - Qosaj, Shendvere Hasani, Hajdin Ymeri, Avdi Murati, Ramush Bejqi,

Pediatric Clinic, Department of Respiratory Disease, University Clinical
Centre of Kosovo, Pristina, Kosovo

146

**PRIMENA QUANTIFERON-TB GOLD PLUS TESTA U DIJAGNOSTICI
LATENTNE TUBERKULOZE**

Dušanka Marković¹, Marko Jović²

¹Centar za medicinsku i kliničku biohemiju-Kabinet za imunologiju, Klinički
centar Niš, Srbija,

²Institut za histologiju i embriologiju Medicinskog fakulteta Univerziteta u
Nišu, Srbija

147

OD ALERGIJE NA PROTEINE KRAVLJEG MLJEKA DO ATOPIJSKOG MARŠA

¹B. Ivelja, ²V. Djurišić, ³T. Filipović, ⁴S. Zejnilović

¹Dom zdravlja Cetinje ²³⁴Klinički Centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Podgorica

149

PERTUSIS - DIJAGNOSTIČKI IZAZOV KOD DJECE, SA PROLONGIRANIM KAŠLJEM

¹B. Ivelja, ²Lj. Krstajić, ³T. Filipović

¹DZ Cetinje, ²PZU Milmedica, ³Klinički centar Crne Gore Institut za bolesti djece, Podgorica

150

DOSLEDNOST U SROVOĐENJU IMUNOTERAPIJE ZA AMBROZIJU KOD ALERGIJSKOG RINITISA KOD DECE

Vesna Veković¹, Zorica Živković^{1,2}, Jasmina Jocić-Stojanović¹, Olivera Ostojić, Tomašević Milena³

¹KBC "Dr Dragiša Mišović" Dečija bolnica za plućne bolesti i tuberkulozu, Beograd, Srbija, ²Farmaceutski fakultet, Novi Sad, Privredna akademija, Novi Sad, Srbija, ³Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata, Beograd, Srbija

152

PRUNE BELLY SYNDROME-PRIKAZ SLUČAJA

Bojana Cokić

Zdravstveni centar Zaječar, Dečije odeljenje

153

MOZAIČNA MONOZOMIJA X SA NISKOPROCENTNOM X RING ĆELIJSKOM LINIJOM KOD ŽENE SA TRI SPONTANO ZAĆETE TRUDNOĆE

S. Teofilov, T. Ostojić, M. Bulatović, J. Jovanović, O. Miljanović

Centar za medicinsku genetiku i imunologiju – Klinički centar Crne Gore

154

HEMIHIPERTROFIJA KOD DJECE IZ AMBULANTE PEDIJATRICA

Julija Bošković

Dom zdravlja Bijelo Polje

156

NIZAK RAST KOD DJEVOJČICA KAO INDIKATOR ZA OTKRIVANJE TARNEROVOG SINDROMA

M. Andelić, J. Jovanović, S. Teofilov, M. Bulatović, T. Ostojić, O. Miljanović

Klinički centar Crne Gore, Centar za medicinsku genetiku i imunologiju

157

KONGENITALNA RADIOULNARNA SINOSTOZA-PRIKAZ SLUČAJA

Valentina Marković, Jelena Jovanović, Natalija Pojatar, Svetlana Marković

Dom zdravlja Valjevo

158

ZNAČAJ HROMOZOMSKIH ABERACIJA U ETIOLOGIJI PONAVLJANIH SPONTANIH POBAČAJA

R. Rolović Nešković, M. Andelić, J. Jovanović, S. Teofilov, T. Ostojić, M. Bulatović, O. Miljanović

Klinički centar Crne Gore, Centar za medicinsku genetiku i imunologiju

159

MEGAENCEFALIČNA LEUKODISTROFIJA VAN DER KNAAP – PRIKAZ SLUČAJA

Tijana Jovanović¹, Olivera Miljanović², Ljiljana Globarević³, Milena Adžić³, Snežana Dašić¹, Marija Petranović¹

¹Dom zdravlja Nikšić, ²Klinički centar Crne Gore, Centar za medicinsku genetiku i imunologiju, ³Klinički centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Podgorica

161

USPJEŠNOST IMUNIZACIJE MMR VAKCINOM U PODGORICI

P. Divanović, N. Kavarić

Dom zdravlja, Podgorica

163

NEŽELJENE REAKCIJE NA VAKCINACIJU- PRIKAZ SLUČAJA

Valentina Marković, Jelena Jovanović, Snežana Mihailović, Svetlana Marković, Natalija Pojatar

Dom zdravlja Valjevo

164

VAKCINACIJA MMR VAKCINOM-IZAZOV U RADU PEDIAJTARA

PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Edita Bašović, Paša Divanović, Slađana Račić

Dom zdravlja Podgorica

165

VAKCINACIJA MMR VAKCINOM U KAMPУ “VRELA RIBNIČKA”

Paša Divanović, Nebojša Kavarić, Aida Piranić, Vesna Vukčević

Dom zdravlja, Podgorica

167

IMUNIZACIJA MMR VAKCINOM NA PUNKTU KONIK ZA 2016. GODINU

Slađana Mišković

Dom zdravlja, Podgorica

168

IMUNIZACIJA HEP B VAKCINOM NA PUNKTU KONIK DOMA ZDRAVLJA PODGORICA

Slađana Mišković

Dom zdravlja, Podgorica

169

VANREDNA VAKCINACIJA MMR VAKCINOM KOD DJECE ROMSKE POPULACIJE

Marija Joksimović¹, Vukosav Joksimović², Nervija Dedeić³, Marijana Marsenić¹, Saveta Stanišić⁴, Marija Mališić-Korać⁵, Zorica Babić¹

¹Dom zdravlja Berane, ²Opšta bolnica Berane, ³Dom zdravlja Rožaje,

⁴Klinički centar Crne Gore, ⁵ Dom zdravlja Budva

170

DJEČIJI EGOIZAM-IZAZOVI PREVENCije U DIGITALNOM DRUŠTVU

Jelena Mašnić¹, Marko Đurđić²

¹Univerzitet Crne Gore, Podgorica, ²Centar za mentalno zdravlje, Podgorica 171

ZAVISNOST OD INTERNETA I SAJBER NASILJE

Edita Bašović, Nebojiša Kavarić, Kristina Rakočević

Dom zdravljaPodgorica

173

PSYCHOACTIVE DRUGS ABUSE AND ADDICTIVE BEHAVIORS BETWEEN TEENAGERS AND ADOLESCENTS IN R.MACEDONIA

Lj. Zafirovski¹, L. Matevska², S. Oncheva³, D. Kostov⁴, H. Jankuloski⁵, M. Zafirovski⁶

¹Children's Hospital for Respiratory Diseases, Skopje, R.Macedonia,

¹University Medical Clinical Centre, Skopje, R.Macedonia, ³LFA Country

coordinator in RM UNOPS, Skopje, R.Macedonia, ⁴Centre for drug

addicts, Psychiatric Hospital-Skopje, RM., ⁵Healty Options Project, Skopje

R.Macedonia, ⁶Medical volunteer in NGO, Skopje, R. Macedonia

175

DRG I EFIKASNOST U PEDIJATRIJI

Sanja Simović, Ratka Knežević, Milica Bakrač

Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore

176

PERVAZIVNI RAZVOJNI POREMEĆAJI - PRIKAZ SLUČAJA

Tijana Jovanović, Snježana Dašić

Dom zdravlja Nikšić

178

NAJČEŠĆI NEUROLOŠKI KOMORBIDITETI KOD DJECE SA AUTIZMOM

Haki Mavrić, Paša Divanović

Dom zdravlja Podgorica

180

POREMEĆAJI IZ AUTISTIČNOG SPECTRA

S. Dašić, M. Šljivančanin, T. Jovanović

Dom zdravlja Nikšić

181

AUTIZAM I VAKCINACIJA MMR VAKCINOM KOD DJECE ROMSKE

POPULACIJE

Marija Joksimović¹, Vukosav Joksimović², Nervija Dedeić³, Zorica Babić¹

Marijana Marsenić¹, Saveta Stanišić⁴, Marija Mališić-Korać⁵

¹DZ Berane, ²Opšta bolnica Berane, ³DZ Rožaje, ⁴KCCG Podgorica, ⁵DZ Budva 183

**EDUKACIJA I REHABILITACIJA DJECE SA POSEBNIM OBRAZOVnim
POTREBAMA**

H. Bajrović¹, H. Metović², R. Metović²

¹Dom zdravlja Rožaje, ²Dom zdravlja Sjenica Srbija

184

BURKITTOV LIMFOM

Snezana Perazić

Dom zdravlja Cetinje

186

**NUTRITIVNE NAVIKE DJECE STAROSTI 7 GODINA U ODNOSU NA NJIHov
STATUS UHRANJENOSTI – KOMPARATIVNA STUDIJA IZMEĐU GRADOVA
PODGORICE I OSIJEKA**

Ines Banjari¹, Milica Martinović², Marina Jakšić-Kavarić³, Vesna Buljan⁴,
Vesna Bilić-Kirin⁴

¹Prehrambeno-tehnološki fakultet, Univerzitet u Osijeku, Hrvatska,

²Medicinski fakultet, Univerzitet Crne Gore, Katedra za patološku fiziologiju
i laboratorijsku medicinu, Podgorica, Crna Gora, ³ Klinički centar Crne
Gore, ⁴Zavod za javno zdravstvo Osijek

187

**GOJAZNOST KOD DJECE PREDŠKOLSKOG UZRASTA U AMBULANTI
IZABRANOG
DOKTORA ZA DJECU**

Vesna Djukić¹, Marija Joksimović¹, Saveta Stanišić², Suzana Savović¹, Zorica Babić¹

¹ DZ Berane, ² KCCG Podgorica

188

**POVEZANOST INDEKSA TJELESNE MASE I NAVIKE PUŠENJA DUVANA
RODITELJA SA NUTRITIVNIM STATUSOM ŠKOLSKE DJECE U PODGORICI**

Marina Jakšić-Kavarić¹, Milica Martinović²

¹Klinički centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Odjeljenje za laboratorijsku dijagnostiku, Podgorica, Crna Gora, ² Medicinski fakultet, Univerzitet Crne Gore, Katedra za patološku fiziologiju i laboratorijsku medicinu, Podgorica, Crna Gora

190

**KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICE OF YOUTH IN NIS (SERBIA)
REGARDING DIETARY SUPPLEMENTS USE**

Maja Nikolic, Aleksandra Blagojević, Katarina Nikolic

School of medicine University of Nis, Serbia

191

MIKRONUTRIJENTI - NEOPHODNI FAKTORI ZA PRAVILAN RAST DECE

Marko Jović¹, Bojko Bjelaković^{1,2}, Dušanka Marković³, Maja Jović¹, Julijana Jović⁴, David Ilić¹

¹Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, ²Klinika za Dečiju internu medicinu, Klinički centar Niš, Srbija, ³Centar za medicinsku biohemiju-Kabinet za imunologiju, Klinički centar Niš, Srbija, ⁴Opšta bolnica Leskovac

192

HENOCH-SCHÖNLEINOVA PURPURA - PRIKAZ SLUČAJA

B. Ivelja¹, V. Djurišić², S. Pavićević², I. Ivanović³, Đ. Latković³.

¹Dom zdravlja Cetinje, ²Klinički centar Crne Gore Institut za bolesti djece, Podgorica, ³Opšta bolnica Cetinje

193

RANO OTKRIVANJE UROĐENIH ANOMALIJA URINARNOG TRAKTA

Ljiljana Vuković, Nada Radović

Opšta bolnica Berane

195

CONGENITAL HEART DISEASES: IS THERE A REAL GROWTH OF THEIR INCIDENCE?

Numila Kuneshka-Maliqari¹, Loreta Teneqexhi², Albert Koja¹

¹Pediatric Cardiology Unit, Pediatric Service, CHU Mother Teresa Tirana,²

Public Health Department, Faculty of Medicine, UMT

196

ZNAČAJ EKG - A U SKRININGU SPORTISTA

Sanja Ninić i saradnici

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta dr „Vukan Čupić“ Beograd

197

PREVENTIVNI KARDIOLOŠKI PREGLEDI KOD DJECE AKTIVNIH UČESNIKA U SPORTU

Svetjelana Zeković

PZU "Sanicard" Podgorica

198

SIROLIMUS – ALTERNATIVA ILI TERAPIJA IZBORA U LEČENJU KARDIOLOŠKIH MANIFESTACIJA KOMPLEKSA TUBEROZNE SKLEROZE?

I. Cerović, V. Vukomanović, S. Ninić, J. Košutić, S. Prijović, S. Popović, S. Krasić, R. Kravljanac, B. Vučetić Tadić

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta dr „Vukan Čupić“ Beograd

199

ZNAČAJ NUKLEARNE MAGNETNE REZONANCIJE SRCA U PROCENI PLUĆNE REGURGITACIJE I POSTAVLJANJU INDIKACIJE ZA REOPERACIJU KOD PACIJENATA SA TETRALOGIJOM FALLOT

Staša Krasić, Jovan Košutić, Mila Stajević, Sanja Ninić, Sergej Prijović, Saša Popović, Ivana Cerović, Vladislav Vukomanović

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

201

PRIMENA PICC LINE U ODELJENJU NEONATALNE INTENZIVNE NEGE – NAŠA ISKUSTVA

Vesna Hajdarpašić, Ivana Jovanović, Olgica Rakić

Institut za neonatologiju Beograd

202

KADA I KAKO SMO OTKRILI DANDY-WALKER SINDROM?

M. Nešović¹, D. Nešović², S. Šofranac¹, S. Stanišić¹

¹Klinički centar Crne Gore, Podgorica, ²Klinički centar Crne Gore Institut za bolesti djece, Podgorica

203

ZNAČAJ POREĐAJNE TRAUME U NEONATALNOJ PRAKSI

S. Čizmović¹, S. Višnjić², S. Grubač¹

¹Opšta bolnica Nikšić, ²JZU DZ Nikšić

204

UČESTALOST ASFIKSije KOD NOVOROĐENČADI U PORODILIŠTU OPŠTE BOLNICE

S. Grubač, S. Čizmović

Opšta bolnica Nikšić

206

AVAILABILITY OF INFORMATION ON CELIAC DISEASE IN SERBIA AND THEIR IMPACT ON GLUTEN-FREE DIET SUCCESS IN CHILDREN

Biljana Stojanović Jovanović¹, Stevan Jovanović¹, Biljana Vuletić²

¹Higher Education School of Professional Health Studies, Belgrade, Serbia,

²Univerzitet of Kragujevac, Faculty of Medical Sciences, Pediatrics, Serbia

207

CLOSTRIDIUM DIFFICILE UZROČNIK DIJAREJE KOD DJECE ILI SLUČAJAN NALAZ?

Aida Ećo, Sead Ećo

Opšta bolnica Bijelo Polje

208

KETOFOl FOR SEDATION IN PEDIATRIC PATIENTS UNDERGOING COLONOSCOPY

Ivana Budić^{1,2}, Zlatko Đurić^{1,3}, Vesna Marjanović^{1,2}, Marija Stević^{4,5}, Bojko Bjelaković^{1,3}, Dušica Simić^{4,5}

¹Medical Faculty, University of Niš, Serbia, ²Clinic for Anesthesiology and Intensive Therapy, Clinical Centre Niš, Serbia, ³Children's Hospital, Clinical Centre Niš, Serbia, ⁴Medical Faculty, University of Belgrade, Serbia,

⁵University Children's Hospital, Belgrade, Serbia

210

UPOREĐIVANJE ORALNO – HIGIJENSkiH NAViKA STUDENATA VIŠE FAKULTETA UNIVERZiTETA CRNE GORE

Danijela Subotić

Klinički centar Crne Gore, Stomatološka poliklinika, Podgorica

211

**PROCJENA ZNANJA, STAVOVA I PRAKSE PEDIJATARA U PREVENCICI
KARIJESA KOD DJECE U**

CRNOJ GORI: STUDIJA PRESJEKA

Ljiljana Golubović¹, Mediha Selimović-Draga², Sedin Kobašlija², Amina Huseinbegović², Boban Mugoša¹

¹Institut za javno zdravlje Crne Gore, ²Stomatološki fakultet sa klinikama, Univerzitet u Sarajevu, Federacija BiH

213

DA LI SU „EPILEPTIČNI SPAZMI“ UVIJEK EPILEPTIČNI NAPADI?

Željka Rogač¹, Branko Lutovac¹, Ljiljana Globarević¹, Dimitrije Nikolić^{2,3}

¹Institut za bolesti djece, Klinički Centar Crne Gore, ²Univerzitetska Dečija Klinika Beograd, ³Medicinski Fakultet u Beogradu

214

**BRAIN ULTRASOUND AS A PREDICTING AND DIAGNOSTIC METHOD IN
LATERAL VENTRICULAR DILATATION – OUR EXPERIENCE**

Dr sci. Armend Vučiternja^{1,3} Dr sci R. Retkoceri², Dr sci N. Zeka¹, Dr sci A. Gerguri¹, Dr N. Budima¹, Dr A. Maloku², Dr A. Mustafa², Dr A. Retkoceri²

¹University Clinical Centre of Kosovo, Pediatric Clinic, Department of Pediatrics Neurology, Prishtina, Kosovo, ² University Clinical Centre of Kosovo, Pediatric Clinic, Department of Pediatrics Cardiology, Prishtina, Kosovo, ³College of Medical Sciences "FAMA", Prishtina, Kosovo

215

**PRACTICAL EXPERIENCES AND PERCEPTIONS OF THE EFFECTS OF
KANOBIL® EPI AS AN ADDITIONAL TREATMENT IN REFRACTORY
EPILEPSY IN CHILD**

F. Duma, A. Sofijanova, N. Angelkova, V. Sabolic

University Pediatric Clinic Skopje, R. Macedonia

216

**NAJČEŠĆI DEFORMATITETI KOŠTANO-ZGLOBNOG SISTEMA KOD DJECE
PREDŠKOLSKOG UZRASTA U AMBULANTI FIZIJATRA**

Vukosav Joksimović¹, Marija Joksimović², Nervija Dedeić³, Marijana Marsenić², Husko Bajrović³

¹Opšta bolnica Berane, ² Dom zdravlja Berane, ³ Dom zdravlja Rožaje

218

POSTURALNI STATUS KOD DJECE PREDŠKOLSKOG UZRASTA

Nada Tadić, Vesna Ivančević

Dom zdravlja Budva

219

**VAŽNOST SPONTANE MOTORIKE PREMA PRECHTLU U RANOJ
DIJAGNOZI CEREBRALNE PARALIZE –MOGUĆNOSTI PREVENCije**

Svetislav Polovina, Andrea Polovina

Poliklinika „Prof.dr sc Milena Stojčević Polovina“, Zagreb, Hrvatska

220

UPALA ŽDRIJELA IZAZVANA SA STREPTOCOCCUS PYOGENES

Olga Prentić, Nada Janković

Dom zdravlja Podgorica

221

**PEDICULOSIS CAPITIS: OD BEZAZLENOG STANJA DO PO ŽIVOT OPASNE
BOLESTI**

Goran Marković, Emira Markišić, Mina Rudanović Popović, Tamara Živković.

Klinički centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Podgorica

222

**BOLEST RUKU, STOPLA I USTA- PREVENCija HAND-FOOT AND MOUTH
DISEASE (HFMD)**

Nada Radević, Ljiljana Vuković

Opšta bolnica Berane

223

**ERYTHEMA INFECTIOSUM -PRIKAZ BROJA OBOLJELIH U PROLJEĆE
2018. GODINE NA TERITORIJI OPŠTINE CETINJE**

Ana Lopičić Kaščelan¹, Biljana Ivelja¹, Marina Vujović²

¹Dom zdravlja Cetinje, ²Opšta bolnica Cetinje

224

KOLIKO NAŠE MAJKE DOJE? UZROCI PRESTANKA DOJENJA

Nada Janković, Olga Prentić

Dom zdravlja Podgorica

226

PEDIJATAR U ULOZI PROMOTERA PRAVILNE ISHRANE ODOJCETA

Mirjana Šljivančanin, Snježana Dašić

Dom zdravlja Nikšić

227

**KAMPANJSKA VAKCINACIJA ROMA, AŠKALIJA I EGIPĆANA U KAMPU
"VRELA RIBNIČKA" U POSLJEDNJIH 3 GODINE**

Aida Piranić, Maja Vujačić

Dom Zdravlja Podgorica

228

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE ZBRINJAVANJU LUKSACIJA I POTPORNIH
STRUKTURA ZUBA**

Tatjana Polović

Klinički centar Crne Gore, Odjeljenje za oralnu hirurgiju

229

POSJETA PATRONAŽNE SESTRE

Sanela Rastoder, Vesna Vukčević, Jadranka Miljanić,

Dom zdravlja Podgorica

230

UTICAJ INTERFERENCI NA VRIJEDNOSTI LABORATORIJSKIH ANALIZA

Salija Fetic

Dom zdravlja Podgorica, Centar za laboratorijsku dijagnostiku

230

DOJENJE

Selveta Selmanović

JZU dr „Nika Labović“ Berane

232

**ARTERIJSKA HIPERTENZIJA KOD DECE ŠKOLSKOG UZRASTA-
HIPERTENZIJA BELOG MANTILA**

Ana Radomirović

Dom zdravlja Niš

233

HRONIČNA BUBREŽNA BOLEST KOD DJECE

dr Snežana Pavićević

Klinički centar Crne Gore, Institut za bolesti djece Podgorica

234

PRAVCI NOVOG KONCEPTA INTEGRISANE PEDIJATRIJSKE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Doc. dr Nebojša Kavarić

Dom Zdravlja Podgorica

Cilj: Doba konzumerizma u zdravstvu je nastupilo i potrebno je redefinisanje odnosa pacijent/provajder. Milenijumska generacija roditelja je postala nova ciljna grupa zdravstvenog sistema. Prema mnogim istraživanjima na globalnom nivou, demografski procesi će dovesti do toga da će ova populacija postati većinska u opštoj populaciji u 2019. godini.

Njihova očekivanja se razlikuju od očekivanja prethodnih generacija.

Žele da zdravstvena zaštita ima odlike personalizovane zdravstvene zaštite u skladu sa individualnim potrebama i sve manje žele da uskladiju svoje vrijeme raspored sa rasporedom i organizacijom rada u zdravstvenom sistemu.

Metode: Četrdeset procenata milenijumske generacije tvrdi da je telemedicina "izuzetno važna" ili "veoma važna" opcija prilikom odabira zdravstvenog osiguranja, prema rezultatima Istraživačkog instituta za zaposlene u 2017. godini / Greenwald & Associates Consumer Engagement in Survey of Health Care.

Napredak u telezdravstvu u protekloj deceniji povećao je uticaj na pacijente do tačke da uskoro može postati praksa.

Mnogi su prestali da koriste termin telemedicina i sada ga nazivaju "virtuelnom zdravstvenom zastitom".

Periodično istraživanje AAP-a objavljeno 2017. godine pokazuje da samo 15% pedijatara evidentira rad i usluge koristeći tehnologije telemedicine kako bi pružili zdravstvenu zastitu pacijentu.

Najčešće navedene barijere za primjenu telemedicine su finansijske prirode.

Potrebno je omogućiti da se telemedicinske usluge pružaju u okviru medicinskih ustanova.

Rezultati: Upravljanje kvalitetom u telemedicini podrazumijeva pružanje sigurne, odgovarajuće i efikasne zdravstvene zastite koja zadovoljava / prevazilazi očekivanja pacijenata.

Procjena zadovoljstva pacijenta je način da znamo da li ispunjavamo ili prevazilazimo očekivanja.

Zaključak: Zadovoljstvo pacijenata podrazumijeva definisanje i razumijevanje očekivanja.

Praksa treba da identificira standarde koje treba postaviti u pogledu telemedicine. Pedijatri moraju pronaći inovativne strategije za transformaciju života djece i njihovih porodica.

*

ZNAČAJ I ULOGA MULTIDISCIPLINARNE ANALIZE SMRTI DJETETA ZA FORMULISANJE PREVENTIVE

SIGNIFICANCE & ROLE OF CHILD DEATH REVIEW TEAMS IN PREVENTION

L. J. Dragovic, MD, FCAP, FAAFS

Chief Forensic Pathologist/Chief Medical Examiner Oakland County, Michigan, USA,

Mortalitet djece u bilo kojoj fazi razvoja do punoljetstva izaziva duboke, psihološke i društveno-ekonomske potrese u porodici, školi i šire, u zajednici u bilo kojem društvenom sistemu. Napori da se smanji (i idealno, eliminiše) dječiji mortalitet predstavljaju najvažniji cilj javnih zdravstvenih službi širom svijeta.

Očigledno je da je već u antičkom dobu uspostavljena maksima "felix est qui potuit rerum cognoscere causas", te nije iznenadjujuće što se sa dosta zakašnjenja, na sjeverno-američkom kontinentu, a posebno u SAD, pojavila ideja ranih devedesetih godina prošlog vijeka da bi formiranje multidisciplinarnih grupa (CHILD DEATH REVIEW TEAMS) moglo da olaksa preciznije utvrđivanje uzroka smrti kod osoba mlađih od

osamnaest godina. Ukupna naucna iskustva su kroz vijekove akumulirala mnostvo nacina za preventivnu intervenciju da se eliminisu mnogobrojni rizici iz sredine u kojoj se dijete razvija (od trudnoce do punoljetstva) koji predstavljaju moguci detrimentalni efekat na plod, novorodjence, odojce i dijete, u pre-adolescenciji, i adolescenciji.

Okrug Oakland u saveznoj drzavi Michigan, jedan od najbogatijih jurisdikcija svjeta (populacija 1,3 miliona) je, apriori, postavljen kao probni poligon za testiranje mogucnosti i implementacije multidisciplinane analize uzroka decije smrti (CDRT) sredinom devedesetih godina proslog veka, te je concept sistematski organizovan u citavoj drzavi Michigan, uporedo sa vecim brojem saveznih drzava.

Razumljivo je da svaka promena izaziva neminovne otpore političke, profesionalne i lične prirode, te je i ovaj poduhvat, iako formalno ozakonjen i specificiran, nazalost ne primenjuje svugdje doslovno i sa istim intenzitetom i efektom.

Iako je struktura ove multidisciplinarne komisije koncipirana sa relativnom fleksibilnošću, profesionalna srž uključuje predstavnike drzavnog i okruznog odseka javnoga zdravlja, ureda za deciju zastitu, forenzičkih patologa i njihovih istraznih organa, pedijatara, forenzičkog psihijatra, javnih tužioца, detektiva municipalne, okružne ili državne policije (u zavisnosti od slučaja na listi za analizu) i predstavnika savezne komisije za bezbednost produkata kupljenih od strane potrosaca (US Consumer Product Safety Commission).

Pažljive analize raznih medicinskih specijalnosti, objedinjene multidisciplinarno integrisanim prilazom, doduše polako, daju skromne odgovore za usmjeravanje preventivne aktivnosti ka otklanjanju prepoznatljivih uzroka letalnih pato-fizioloških mehanizama.

U ovom kratkom izlaganju su primjeri prepoznavanje štetnih faktora analizom konsekvenci, pa uključuju uzivanje alkoholnih napitaka, duvana, kanabinoida, opioida i drugih ilegalnih, ili legalnih preparata sa farmakoloskim dejstvom, tokom trudnoće, zatim funkcije prirodnog dojenja naspram zamjena životinjskog, ili biljnog porijekla, te rana identifikacija psihičke dispozicije prvorotke, ili babinjare, ilustrovani slučajevima kompleksne mediko-legalne prirode.

Primjeri problema omogućavanja fizičkih uslova bezbjednog boravka novorođenčeta, odojčeta, pre-adolescentnog i adolescentnog

djeteta, uz objašnjenje procesa interventnog riješavanja (Immunizations; "back to sleep campaign"; form #3200; krivično gonjenje, etc.)

Key words: Child Death Review Team; Prevention

*

NASLEDNE DISLIPIDEMIJE U DECE - DA LI JE VREME ZA UNIVERZALNI SKRINING

Prof. dr Bojko Bjelaković^{1,2}

¹Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, ²Klinika za Dečiju Internu Medicinu, Klinički centar Niš, Srbija

Nasledne dislipidemije predstavljaju najčešće genetske metaboličke bolesti u dece koje dovode do prerane ateroskleroze sa svim njenim negativnim zdravstvenim konsekvcencama. Iako se većina njih klinički manifestuje u ranom ili zrelog odraslog dobu, većina subkliničkih aterosklerotskih promena počinje u ranom detinjstvu što naslednjim dislipidemijama daje veliki socio-medicinski značaj.

Danas postoje brojne dileme vezane za opravdanost skrininga ovih bolesti u dečijem uzrastu i većina nacionalnih zdravstvenih sistema u svetu ne prepoznaje značaj ovakve preventivne strategije. Nove mogućnosti dijagnostike, terapije i rane detekcije surogat promena na kardiovaskularnom sistemu ovih pacijenata danas stavlju imperative pred većinu zdravstvenih sistema današnjice za uvođenje skrininga na nasledne dislipidemije i identifikaciju rizične grupe dece, kako bi se u najoptimalnije vreme započelo sa njihovim lečenjem.

*

VIZING U RAZLIČITIM UZRASTIMA*Predrag Minić**Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „dr Vukan Čupić“ Beograd*

Vizing je simptom koji se ispoljava kontinuiranim „zviždećim“ zvukom koji se čuje tokom disanja, uglavnom u ekspirijumu, a javlja se zbog suženja disajnih puteva distalno od glavne karine. Ovaj simptom se često javlja kod dece, pa jedna trećina dece uzrasta od jedne do šest godina ispoljava vizing u prethodnih šest meseci, a 50% dece ima bar jednu epizodu zviždanja u prvih šest godina života. U tabeli 1 su prikazani uzroci vizinga kod dece.

Tabela 1. Uzroci vizinga kod dece

Česti	Manje česti	Retki
Astma	BPD	Bronhiolitis obliterans
GERB	Aspiracija stranog tela	Kongestivna bolest srca
Infekcije		Cistična fibroza
Bronhiolitis		Imunodeficijencije
Bronhitis		Medijastinalne mase
Pneumonija (Mycoplasma)		Primarna cilijarna diskinezija Traheobronhalne anomalije
Infekcije GDP		Tumori
OSA		Disfunkcija glasnica

U pedijatriji bi nastanak bolesti i poremećaja uvek trebalo posmatrati u kontekstu razvoja i sazrevanja strukture i funkcije. Relativni

značaj specifičnih polimorfizama može da bude u zavisnosti od uzrasta i može da varira pod uticajem različitih činilaca iz spoljašnje sredine. Ekspresija gena i epigenetska regulacija menja se sa promenom uzrasta i nekad može da bude pokrenuta i tokom trudnoće. Značaj urođenog i adaptivnog imunskog odgovora menja se značajno u toku prve godine života u odgovoru na antigene iz spoljašnje sredine, a takođe i u kontekstu astme. Glavne promene u sazrevanju u svakom subsistemu u telu događaju se u različita vremena. Na primer, dimenzije disajnih puteva i plućni volumeni se povećavaju sve do adolescencije, dok je razvoj imunskog sistema i stabilizacija crevnog mikrobioma završena do pete godine. Sistem se adaptira kroz dinamički process koji obuhvata ekspoziciju, domaćinov odgovor na nju i adaptaciju na ekspoziciju. Adaptacija je uspešna kod individua kod kojih subsistemi funkcioniču optimalno i u novom kontekstu, i tako je kod većine zdravih. Evolucija astme može da bude povezana sa aberantnim odgovorom jednog ili više subsistema. U pojavi fenotipa tranzitornog vizinga uključeni su dimenzije disajnih puteva i aberantni urođeni odgovor na virusne infekcije. Za razliku od tranzitornog, u osnovi perzistentnog vizinga može biti rana stabilizacija aberantnog odgovora koja kasnije oštećuje zdravo sazrevanje. Intermittentni fenotipovi vizinga se mogu posmatrati ili kao promenjena stanja stabilnosti u odgovoru na izloženost spoljašnjim faktorima ili kao neprepoznata perzistentna bolest između napada. Postoje epidemiološki dokazi koji ukazuju da događaji u detinjstvu utiču na rast pluća i predstavljaju značajan rizik za razvoj hronične opstruktivne bolesti pluća (HOBP) kod odraslih. Kod dece sa teškom astmom postoji trideset puta veći rizik od razvoja HOBP kasnije u životu. Za decu sa intermittentnom i umereno teškom perzistentnom astmom ovaj rizik ne postoji.

*

ZNAČAJ ENDOSKOPIJE U EVALUACIJI STRIDORA KOD DJECE

Tanja Filipović¹, Predrag Minić²

¹Klinički centar Crne Gore, Institut za bolesti djece Podgorica, ²Institut za zdravstvenu za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „dr Vukan Čupić“ Beograd

Uvod Stridor je promjenjiv disajni zvuk koji je uzrokovani poremećajem prolaska vazduha kroz sužene disajne puteve i najpoznatiji je znak opstrukcije gornjih disajnih puteva. Obično se čuje u inspirijumu i tipičan je za supraglotičnu ili glotičnu opstrukciju. Javlja se zbog opstrukcije na ili ispod nivoa glotisa. Različite urođene ili stečene bolesti su uzroci stridora kod novorođenčeta, odojčeta, djece i adolescenata, a simptomi i znaci mogu da se javi na rođenju ili da se razviju u roku od nekoliko dana, nedjelja ili mjeseci. Anamneza, uzrast djeteta, fizikalni pregled ukazuju na vjerovatnu dijagnozu. Dopunska ispitivanja su potrebna da bi se pronašao razlog stridora. Fleksibilna endoskopija je dijagnostički postupak izbora u većini slučajeva.

Cilj rada je da se utvrde indikacije za endoskopski pregled djece sa stridorom, uzroci dugotrajnog stridora kod djece na osnovu rezultata fleksibilne bronhoskopije i da se utvrdi senzitivnost fleksibilne bronhoskopije kod djece sa stridorom.

Materijal i metode: U retrospektivnoj studiji su analizirani endoskopski nalazi. Uzorak je dobijen iz medicinske dokumentacije, bronhološkog protokola, za period od 2013-2016. godine. Analizirana su djeca oba pola, uzrasta od rođenja do 18 godina u Službi za ispitivanje i lečenje bolesti pluća, Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „dr Vukan Čupić“ u Beogradu, kod kojih je rađena fleksibilna bronhoskopija, u cilju razjašnjenja etiologije stridora. Analizirane su demografske karakteristike djece koja imaju stridor (uzrast, pol), indikacije za fleksibilnu bronhoskopiju, rezultati endoskopskih pregleda kod djece sa stridorom i senzitivnost endoskopske dijagnoze.

Rezultati: U trogodišnjem periodu (2013.-2016.god.) urađene su 762 fleksibilne endoskopije (97,4% su bila hospitalizovana djeca). Najmlađe dijete je imalo 3 dana, a najstarije 18 godina. Prosječan uzrast je bio 4 godine i 1 mjesec, medijana 1,9, sa SD 4 godine i 6 mjeseci.

Najviša distribucija djece sa stridorom je u uzrastu do šest mjeseci (58,3%), uz njen progresivni pad poslije druge godine života. Broj djece sa stridorom, starosti do 2 godine je statistički značajno veći ($\chi^2=85,008$; $p<0,001$, $C=0,644$). Odnos broja muške prema ženskoj djeci je bio 1,76:1. Najčešće indikacije za bronhoskopiju su bile perzistentni plućni infiltrat (24,3%) i stridor (15,7%). Najčešća endoskopska dijagnoza kod analize urođenih poremećaja gornjih disajnih puteva je laringomalacija (89,4%), a stečenih jatrogene granulacije na larinksu (22,2%). Najčešća endoskopska dijagnoza urođenih poremećaja traheje je traheomalacija (30,9%), a stečenih erozija traheje, jatrogene stenoze i granulacije. Najčešća endoskopska dijagnoza kod analize urođenih poremećaja bronhijalnog stabla je bronhomalacija (56,2%), a stečenih su endobronhijalne mase. Laringomalacija je bila prisutna kod 53,3% djece kojima je stridor bila indikacija za fleksibilnu endoskopiju. Različiti poremećaji bolesti disajnih puteva, bilo stečeni ili urođeni nađeni su kod 723 pacijenta (94,9%). Ispitivanjem je pokazano da je bronhoskopija je najkorisnija kod ispitanika koji su imali stridor (98,3%).

Zaključak: Najčešće indikacije za fleksibilnu bronhoskopiju su recidivantni ili perzistentni plućni infiltrat i stridor. Laringomalacija je najčešći poremećaj koji dovodi do stridora. Zbog postojanja udruženosti poremećaja u gornjim i donjim disajnim putevima, preporučuje se kod ispitivanja stridora, endoskopski pogledati obje regije. Ispitivanje dijagnostičke senzitivnosti fleksibilne bronhoskopije pokazalo je da je bronhoskopija je najkorisnija kod ispitanika koji su imali stridor.

Ključne riječi: stridor, fleksibilna endoskopija, djeca

*

KAŠALJ U DJEČIJEM UZRASTU

dr Rade Kaluđerović

PZU "Milmedica" Podgorica

Uvod: Kašalj je najčešći simptom respiratornih oboljenja. Takođe je jedan od najčešćih razloga obraćanja pedijatru. Ljekovi protiv kašlja spadaju u najčešće propisivane ljekove u pedijatriji, a najveći broj tih ljekova nema dokazan pozitivan uticaj na kašalj.

Cilj rada: Cilj rada je bio razmatranje savremenih preporuka i vodiča u dijagnostici i liječenju kašla kod djece. U radu su takođe prikazani osnovni mehanizmi i uzroci nastanka kašla kao i klinička podjela kašlja kod djece.

Materijal i metode: Za izradu rada kao izvori korišćeni su savremeni udžbenici iz oblasti pedijatrije i pulmologije, kao i vodiči dobre kliničke praksenamukašljanačasistematičnomanalizombrojnihkontrolisanih kliničkih studija i ekspertskega mišljenja iz oblasti dječje pulmologije. **Rezultati:** U radu je posebno istaknut racionalan pristup djetetu sa nespecifičnim hroničnim kašljem. Nespecifičan hroničan kašalj kod djece je kašalj koji traje duže od 4 nedjelje i koji se javlja kao izolovan simptom bez drugih kliničkih simtoma i znakova.

Zaključak: S obzirom da je kašalj važan odbrambeni mehanizam pogrešno je simptomatski ga liječiti, već se treba usmjeriti na otkrivanje i liječenje samog oboljenja koje je uzrok kašlja.

Ključne riječi: astma, djeca, liječenje, kašalj

*

EVROPSKI EUCAST STANDARD U PRAKSI URINARNIH INFKECIJA

Prof. dr Vineta Vuksanović

*Institut za javno zdravlje Crne Gore, Medicinski fakultet - Podgorica,
Univerzitet Crne Gore*

EUCAST komitet (*engl. The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing*) je Evropski komitet koji je formiran 1997. godine od strane ESCMID-a (*engl. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*), ECDC-a (*engl. European Centre for Disease Prevention and Control*) i Evropskog komiteta za nacionalne kliničke granične vrijednosti. Cilj formiranja EUCAST komiteta je bio da preko pripreme EUCAST standarda za zemlje Evrope uradi harmonizaciju kliničkih graničnih vrijednosti za sve antibiotike na različitim vrstama bakterija koje izazivaju zarazne bolesti. Do tog perioda kliničke granične vrijednosti u različitim zemljama Evrope su bile određivane od strane njihovih nacionalnih tijela (BSAC u Velikoj Britaniji, SRGA u Švedskoj, CRG u Holandiji...). Zemlje koje nisu imale svoja nacionalna tijela, kao što je primjer sa Crnom Gorom, koristile su Američki standard koji je bio pripreman od strane CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute) formiran davne 1968. Priprema upotrebe Evropskog standarda u Crnoj Gori traje par godina, ali od 2018. se očekuje da sve mikrobiološke laboratorije zadovolje potrebne uslove za njegovu primjenu.

Klinička granična vrijednost je vrlo značajna jer na osnovu tih vrijednosti se određuje klinički ishod terapije koji može biti da: a) izolat bakterije je klinički osjetljiv na predloženi antibiotik tj. povezan je sa velikim izgledom za terapijski uspjeh ili b) izolat bakterije je klinički neosjetljiv (rezistentan) na predloženi antibiotik. Od jula 2018. Evropski komitet za ispitivanje osjetljivosti na antibiotike (EUCAST) za intermedijernu "I" vrijednost u nalazu antibiograma usvaja novu definiciju gdje pod tim se podrazumjeva da: Mikroorganizam koji pokazuje intermedijernu vrijednost je onaj kod koga postoji velika vjerovatnoća za terapijski uspjeh na taj antibiotik zbog povišene izloženosti lijeku uslijed: a) izmijenjenog režima doziranja lijeka ili b) koncentrisanjem lijeka na mjestu infekcije. Intermedijerna vrijednost važi samo za antibiotike koji se zvanično doziraju u standardnim i visokim dozama ili za antibiotike koji se lokalno značajno koncentrišu, kao što je

slučaj s antibioticima koji se koriste za liječenje urinarnih infekcija. Na bazi preporuka Evropskog standarda na Odjeljenju za bakteriologiju, Centra za medicinsku mikrobiologiju, Instituta za javno zdravlje Crne Gore napisana je standardna operativna procedura (SOP) "Bakteriološko ispitivanje urina – Urinokultura". Ovaj SOP kod pozitivnih urinokultura upravo određuje upotrebu panela antibiotika koji je baziran na kliničkim graničnim vrijednostima koje su određene Evropskim standardom. Osim toga što je panel antibiotika izabran u odnosu na uzorak (urin), dobnu starost, svaki panel je postavljen i u odnosu na vrstu izolovane bakterije, pa nudi različite antibiotike za enterobakterije, nefermentativne bakterije, kao i za različite Gram pozitivne bakterije.

U osnovnom panelu antibiotika za urinarne infekcije gdje je uzročnik neka od enterobakterija (na primjer *Escherichia coli* kao najčešći uzročnik), nalaze se sljedeći antibiotici: ampicilin, amoxicilin-klavulanska kiselina, cefalexin, cefixim, cefuroxim, nitrofurantoin, nitroxolin, trimetoprim-sulfametojaxazol. Po preporuci Evropskog standarda amoxicilin-klavulanska kiselina, cefalexin i cefixim se koriste isključivo za terapiju nekomplikovanih urinarnih infekcija. Upotreba cefuroxima zavisi od njegove aplikacije: oralna aplikacija se koristi isključivo za terapiju nekomplikovanih urinarnih infekcija, dok parenteralna aplikacija može da se koristi u terapiji komplikovanih urinarnih infekcija. Uroantiseptici nitroxolin i nitrofurantoin se koriste u infekciji izazvanoj samo sa *Escherichia*-om *coli* i to isključivo kod nekomplikovanih urinarnih infekcija. Kod rezistentnih enterobakterija, uzročnika urinarnih infekcija, ordinirajućem ljekaru se dostavlja rezervni panel sa antibioticima koji sadrži različite antibiotike u zavisnosti od stepena rezistencije izolovane enterobakterije. Evropski standard interpretaciju daje za sve bakterije koje mogu biti uzročnici infekcija i dostupan je na www.eucast.org.

*

A QUICK ULTRASOUND METHOD FOR PRIMARY SCREENING OF INFANT DEVELOPMENT DYSPLASIA OF THE HIP

Chen Dan

Attending physician, Sonographer

Ultrasound department of Guangdong Province women and children hospital, Guangzhou, China

Development dysplasia of the hip (DDH) is a congenital or developmental deformation of hip joint, which the top of the thighbone does not fit securely into the socket, includes hips that are unstable, subluxated, dislocated (luxated), and/or have malformed acetabulum. It is a significant cause of disability in Children. Early detection allows for nonoperative treatment. Although various ultrasound techniques have been used for early diagnosis of DDH over the last few decades, they were not covered most part of china, especial in basic level hospitals, for (i) not aware of the gravity of DDH, (ii) not familiar with complicated method of DDH, (iii) no enough orthopaedists to follow up the abnormalities.

China has a vast territory and a large population, the more hip ultrasound screening is taken, the more infant benefit from. To meet with the concept of pediatricians working in primary and secondary care, it demands of a convenient and practical method for sonographers in basic level hospitals to detect infant DDH and transfer the abnormal cases to high level one to follow up and advanced diagnosis. Morin's method is modified as a quick way for sonographers to make a primary diagnosis in first impression (i) coronal view of the hip joint in the ultrasound standard plan according to the rules from American institute of ultrasound in medicine (AIUM), (ii) d/D ratio below 50% would be a sign of suspected abnormal hip joints, (iii) examination is performed both at rest and in stress to assess the stability, (iv) acetabular morphology should be observed.

In this lecture, as a percentage of expression, simple classification, equal reliability in sonographers with different experiences, comparing with Graf', the improvement Morin method can be adopted as an easier path to screen infant DDH in basic level hospital. For the data was collected in Guangdong Province, further study should be carry on with larger sample size.

NESPUŠTENI TESTISI

Mira Samardžić

Institut za bolesti djece Podgorica/Medicinski fakultet Podgorica,
Crna Gora

Definicija

Kriptorhizam je relativno česta kongenitalna anomalija muških polnih organa a podrazumijeva sve oblike patološke lokalizacije testisa. U slučaju retencije, testis je negdje zaostao u svom razvojnom putu od retroperitonealnog prostora do skrotuma a kod ektopije, testis se nalazi na pogrešnom mjestu. Porijeklo izraza je u grčkim riječima *kryptos* (skriven) i *orchis* testis).

Spuštanje testisa u skrotum odvija se u dvije faze. Početno transabdominalno spuštanje je u prvom trimestru a ingvinoskrotalna faza spuštanja testisa, androgen zavisna, dešava se između 25-35 nedjelje gestacije (1).

Kriptorhizam je prisutan kod 1.0-4.6% djece rođene u terminu i/ ili sa težinom na rođenju >2.5 kg. Kod prijevremeno rođene djece i/ili sa težinom na rođenju <2.5 kg učestalost je 1.1-45.3% (2).

Klasifikacija

Kriptorhizam se obično javlja unilateralno (90%), češće sa desne strane. Klasifikacija zavisi od toga da li su testisi palpabilni ili ne, od pozicije testisa duž fiziološke rute spuštanja u skrotum ili ektopije, te da li se radi o kongenitalnom ili stečenom kriptorhizmu.

Sa kliničkog aspekta važno je da li su testisi *palpabilni ili ne*. Nepalpabilni testisi se najčešće nalaze u abdomenu, atrofični su ili ne postoje.

Nespuštene testise treba razlikovati od retraktilnih testisa. To su normalni testisi koji se ne nalaze u skrotalnoj poziciji sekundarno zbog hiperaktivnog refleksa kremastera. Ne treba ih liječiti. Međutim, neki retraktilni testisi nijesu gotovo nikad u skrotumu do puberteta, i imaju oslabljen fertilni potencijal pa je kod njih prihvatljivo učiniti operativni zahvat (4).

Ascedentni ili stečeni nespušteni testis je onaj koji je bio normalno spušten u prvoj godini života. S rastom funikulus ostaje kratak te povlači testis prema gore. Češće se javlja kod muške djece koja su imala proksimalnu hipospadiju i retraktilne testise (3).

Etiologija

Kriptorhizam može biti izolovana anomalija ili u sklopu nekog genetskog poremećaja ili sindroma. Uzroci nastanka kriptorhizma nijesu potpuno objašnjeni. Nasljeđivanje je multifaktorijalno, veći je uticaj nasljeđa sa majčine strane a značajni su i faktori okoline. Faktori rizika za pojavu nespuštenog testisa su: prijevremeno rođenje, dijete iz blizanačke trudnoće, mala težina na rođenju, konzumiranje alkohola tokom trudnoće, pušenje trudnice, gojaznost majke, dijabetes majke i izloženost pesticidima (4). Rizik za anomaliju kod braće je 8.8 %, kod dizigotnih blizanaca je 24.1%, i kod monozigotnih 27.3% (5).

Evaluacija

Svakom muškom novorođenčetu moraju se pregledati testisi (veličina, konzistencija, pozicija u kojoj se nalaze i znakovi hernijacije) i mora se uzeti *anamneza trudnoće i porođaja*.

- Ukoliko do spuštanja testisa ne dođe do šestog mjeseca (korigovano za gestacijsku dob) dijete se upućuje k dječjem hirurgu ili dječjem urologu.
- Ako nedostaju oba testisa (sa ili bez hipospadije) dijete odmah uputiti na endokriniološko (AMH, 17OHP, HCG test i drugi hormoni) i genetsko ispitivanje.
- Laparoskopija se koristi u slučaju nepalpabilnih testis za procjenu da li se nalaze intraabdominalno ili nedostaju.

Način *pregleda testisa* zavisi od uzrasta djeteta. Manja djeca se pregledaju u ležećem položaju, ili sjedeći u krilu roditelja a starija u stojećem ili ležećem položaju. Kada se nađe testis, nježnom trakcijom se povlači do skrotuma, u toj poziciji zadržava se oko 30 sekundi, zatim se pusti i ako ostaje na mjestu radi se o retraktilnom testisu. Pregled ponoviti.

Ultrazvuk se koristi u dijagnostičke svrhe samo kod nepalpabilnih testis (30% slučajeva). Ostale vizualizacione dijagnostičke metode ne

treba rutinski koristiti zbog nepreciznosti, troškova, lažno pozitivnih rezultata i potrebe za anestezijom (4).

Posljedice kriptorhizma

Testisi koji se nalaze van skrotuma podložni su histopatološkim promjenama koje kao rezultat imaju neplodnost i povećan rizik za razvoj maligniteta.

Terapija

Hirurško liječenje –orhidopeksija je metoda izbora za testise koji se ne spuste spontano do 6 mjeseca života. Operaciju uraditi prije 18 mjeseca života a kontrolni pregled obaviti 12 mjeseci nakon operacije. Dječake sa retraktilnim i ascedentnim testisima treba takođe pregledati najmanje jednom godišnje do puberteta (4). Uloga hormonske terapije prije orhidopeksije u cilju poboljšanja fertiliteta nije do kraja razjašnjena (4,6).

Literatura

1. Hutson JM, Southwell BR, Li R et al. The regulation of testicular descent and the effects of cryptorchidism. Endocr Rev. 2013;34(5):725-52.
2. Sijstermans K, Hack WW, Meijer RW et al. The frequency of undescended testis from birth to adulthood: a review. Int J Androl. 2008;31(1):1-11.
3. Virtanen HE, Bjerknes R, Cortes D et al Cryptorchidism: classification, prevalence and long-term consequences. Acta Paediatr. 2007;96(5):611-6.
4. Kolon TF, Herndon CD, Baker LA et al. American Urological Association. Evaluation and treatment of cryptorchidism: AUA guideline. J Urol. 2014;192(2):337-45.
5. Jensen MS, Toft G, Thulstrup AM et al. Cryptorchidism concordance in monozygotic and dizygotic twin brothers, full brothers, and half-brothers. Fertil Steril. 2010;93(1):124-9.
6. Ludwikowski B¹, González R. The controversy regarding the need for hormonal treatment in boys with unilateral cryptorchidism goes on: a review of the literature. Eur J Pediatr. 2013;172(1):5-8.

ZNAČAJ BALANSA PURINA U PREVENCICI HIPERURIKEMIJE I NASTANKU HRONIČNIH OBOLJENJA U DEČJEM UZRASTU

Gordana Kocic¹, Bojko Bjelakovic², Andrija Smelcerovic³, Svetlana Stojanović¹, Hristina Kocic⁴.

¹*Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, ²Klinika za pedijatriju Medicinskog fakulteta Univerziteta u Nišu, ³Farmaceutski fakultet Univerziteta u Nišu, ⁴Klinika za dermatovenerologiju Klinički centar Niš, Srbija*

Hiperurikemija (nalaz povišene koncentracije mokraćne kiseline u krvi) je metabolički problem, jer je mokraćna kiselina veoma loše rastvorljivo jedinjenje, bilo kao kiselina ili u vidu svojih soli urata. Ona nastaje kao krajnji metabolit katabolizma purina. Podaci poslednjih godina sve više ukazuju da je mokraćna kiselina neželjeni pratioci gotovo svih hroničnih oboljenja. Hiperurikemija se sve više opisuje kao izolovani i nezavisni faktor rizika za pogoršanje osnovnog oboljenja ili stanja, pa je treba ozbiljno sagledati. Aktuelni podaci referentne literature naročito poslednjih godina, eksperimentalno i putem velikih meta analiza i studija potvrdili su uzročnu vezu između nivoa mokraćne kiseline i kardiovaskularnih bolesti (prevaleanca preko 20%), hipertenzije (prevaleanca preko 40%), šloga (prevaleanca oko 10%), psorijaze i eklampsije kod odraslih osoba. Mokraćna kiselina se taloži u krvnim sudovima i tako potencira aterogenezu. Ona stimuliše sintezu angiotenzinogena i stvaranje angiotenzina, koji ima vazokonstriktorne i hipertenzivne efekte. Hiperurikemija je jedan od najjačih stimulatora inflamacije. Ona povećava insulinsku rezistenciju i time doprinosi razvoju tipa 2 dijabetesa. Ne manje značajni problem je giht, koji nastaje taloženjem mokraćne kiseline i njenih soli u zglobovima i bubrežima. Prevalenca gihta je u porastu (trenutno preko 1%). Kod aktivnog bavljenja sportom, u fazi velikih fizičkih napora (treninga, takmičenja), stvara se simultano velika količina laktata (mlečne kiseline) i mokraćne kiseline (usled razgradnje glukoze i makroenergetskog jedinjenja ATP), tako da nastaje problem njihovog izlučivanja zbog istovetnog ekskrecionog nosača na nivou bubrega, dovodeći da obadva jedinjenja rastu u krvi. Manifestna hiperurikemija se često dijagnostikuje i ustanovljeni su terapijski algoritmi. U dečjem uzrastu je značajno prepoznati faktore egzogenog porekla (navike u ishrani bogatoj purinima) i endogenog porekla (interakcija sa metabolizmom lipida i ugljenih hidrata, uticaj na

lokalne medijatore hipertenzije i inflamacije) u sprečavanju nastanka i razvoja hroničnih oboljenja, koja su u direktnoj vezi sa metabolizmom purina i hiperurikemijom.

*

GENETSKA PREDISPOZICIJA DIABETES MELLITUS-A TIP 1 U MLAĐEM UZRASTU

GENETIC PREDISPOSITION OF DIABETES MELLITUS TYPE 1 IN YOUNGERS

Prof. Dr Tatjana Jevtović Stoimenov¹, dr Maja Jović², dr Nina Topic³

¹Katedra za biohemiju, Medicinski fakulteta Univerziteta u Nišu,

²Naučnoistraživački centar za Biomedicinu, Medicinski fakulteta Univerziteta u Nišu, ³student akademskih doktorskih studija, Medicinski fakulteta Univerziteta u Nišu

Genetska predispozicija udružena sa faktorima spoljašnje sredine ima značajno mesto u etiologiji Diabetes Melitusa tip 1 (DMT1). Od 1973 godine kada su identifikovani prvi predisponirajući geni HLA sistema (HLADR4) udruženi sa DMT1, do prve decenije XXI veka kada su GWA studije otkrile desetine novih gena udruženih sa DMT1 prošlo je više od 35 godina, a genetska ispitivanja se i dalje sprovode. Detekcija ovih gena regulatora imunskog i inflamatornog odgovora, nije od značaja u postavljanju dijagnoze već u razvoju preventivnih mera kod osoba koji su nosioci ovih genetskih varijacija, kao i u praćenju toka bolesti u zavisnosti od prisustva odgovarajućih haplotipova. Osim predisponirajućih od interesa je poznavati i protektivne haplotipove. Epidemija ove masovne nezarazne bolesti nije posledica promene u genetskoj predispoziciji već je problem porasta spoljašnjih faktora sredine. Diabetes Melitus tip 1 se najčešće javlja kod mlađih osoba (ispod 30 godina starosti) sa pikom u vreme puberteta. Autoimunim procesom izazvano oštećenje beta ćelija Langerhansovih ostrvaca ima za posledicu nedostatak insulina, poremećaj metabolizma ugljenih hidrata, masti i proteina. Varijacije gena koji su uključeni u genetsku predispoziciju DMT1 obuhvataju gene HLA

sistema, INS, CTLA-4, PTPN22, IL2RA, IFIH1, VDR, KIAA0350, PTPN2. Naša ispitivanja na 200 ispitanika (129 obolelih od DMT1 i 71 zdravo dete) su pokazala da je varijantni A alel u geni za TNF alfa -308 češći kod obolelih od DMT1, dok distribucija PTPN22 varijacije nije bila statistički značajno različita u odnosu na kontrolnu grupu.

Zaključak: Poznavanje genetske predispozicije kod dece obolele od DMT1 je od značaja za praćenje progresije bolesti, ali još uvek nismo sigurno sa kakvom sigurnošću možemo predvideti pojavu bolesti kod nosioca ovih predisponirajućih gena. Zahvaljujući poznavanju uloga ovih gena i njihovih signalnih puteva, poslednjih godina se sve više radi na razvoju nove terapije koja bi se primenjivala kod dece koja su na riziku od pojave DMT1.

Ključne reči: genetska predispozicija, diabetes mellitus, varijacije gena za PTPN22, TNF- α

*

ODISEJA MEDICINE I DRUŠTVA U RIJETKIM BOLESTIMA

Olivera Miljanović

*Centar za Medicinsku Genetiku i Imunologiju, Klinički centar Crne Gore,
Medicinski fakultet, Univerzitet Crne Gore*

Rijetkim bolestima (RB) se smatraju bolesti čija je prevalenca manja od 5 na 10000 pripadnika opšte populacije. Poseban značaj RB ogleda se u činjenici da one predstavljaju grupu od oko 7000 oboljenja. Oko 80% RB nastaje kao posljedica poremećaja u genomu, sa još uvijek nedovoljno razjašnjenom etiologijom. Dijagnostika još uvijek nije dostupna za značajan broj ovih bolesti, dok je neki oblik liječenja dostupan za samo nekoliko stotina ovih oboljenja.

RB predstavljaju veliki izazov u savremenoj pedijatrijskoj medicini i prepoznate su kao jedan od zdravstvenih prioriteta u Evropi, budući da se većina (75%) ispoljava u djetinjstvu, a da nepovoljan ishod odnosi do 15. godine života preko 40% djece sa RB. Studija EURORDIS-a ukazuje da

se u Evropskoj Uniji kod 40% osoba sa RB primarno postavi pogrešna dijagnoza, a prosječno vrijeme postavljanja definitivne dijagnoze RB iznosi 4,8 godina. Evropska Unija je RB prepoznala kao javno-zdravstveni prioritet, sa ustanovljenom potrebom djelovanja na pripremi regulativa na području zdravstvene politike za RB i potrebe donošenja nacionalnih strategija za RB. Crna Gora je 2013. godine donijela Nacionalnu strategiju za rijetke bolesti i ona obuhvata sve značajne teme koje se odnose na RB.

Budući da je oko 80% RB genomskega porijekla, naznačajnije djelatnosti Centra za medicinsku genetiku i imunologiju (CMGI) KC CG, usmjerene su na RB. Intenzivnom međunarodnom saradnjom, koju je CMGI razvio u posljednjih 5 godina, unaprijeđena je dostupnost dijagnostike RB, sa otkrivanjem začajanog broja RB za koje je formiran registar. U radu je prikazana lista RB u Crnoj Gori za koje je genetičkim analizama postavljena definivna dijagnoza RB genomskega porijekla. Raspoloživi podaci o RB, koje posjeduje CMGI predstavljaju neophodnu osnovu za formiranje Nacionalnog registra za RB, što je prioritetski cilj budućih aktivnosti CMGI i jedna od ključnih aktivnosti predviđenih Akcionim planom Nacionalne strategije za RB u Crnoj Gori. Navedenim aktivnostima Crna Gora je zauzela dobar kurs u odiseji kroz more rijetkih bolesti, uz imperativ dalje integracije i jačanja sopstvenih resursa, stručnih kapaciteta, razvijanja novih dijagnostičkih tehnologija i primjene savremene terapije RB.

Ključne riječi: Rijetke bolesti, genetičko testiranje, Nacionalna strategija za rijetke bolesti,

Key words: Rare Diseases, genetic testing, National Strategy for rare diseases in Montenegro,

*

CONGENITAL ANOMALIES IN THE REPUBLIC SRPSKA IN 2016 AND 2017

J. Predojevic-Samardžić, N. Marić, S. Petrović-Tepić, A. Serdar, Lj. Solomon, D. Jojić

University Children's Hospital Banja Luka, Republic Srpska; Bosnia & Herzegovina

Background: Congenital defects have become one of the last decades significant medical problems, because of its frequency, the consequence for patient, his family and society, as and often unclear etiopathogenesis.

Reliable assessment of their incidence and prevalence is the basis for planning health care and research of their etiology (1, 2).

Methods: By collecting data on congenital anomalies in the Republic Srpska during 2015 and 2016, we got an insight into their frequency and distribution in our country, which enabled us to perform a comparison with EUROCAT data.

Results: Our results show that in 2015 and 2016, the incidence of congenital anomalies among neonates in our country was 4% (3.97% and 4.07%). In 2015, 367 children were registered, and in 2016, 381 children with one or more congenital anomalies. Most registered patients with heart anomaly (35.6%), then anomaly extremities (25.8%), an anomaly of the urinary system (9.8%), anomaly of the genital system (7.7%) and chromosome aberrations (6%).

Compared with EUROCAT data, in our country is a congenital anomaly significantly more often than theirs average frequency in Europe.

Conclusion: Reasons for the difference in frequency the anomaly between the regions of our country would they could be as diverse as theirs detection and reporting as well as a different impact teratogenic and different implementation of measures prevention. The monitoring of the congenital anomalies has two main goals: to enable the identification of teratogenic and other factors that could lead to their occurrence, and determine the effectiveness of preventive procedures, including more efficient organization of prenatal protection.

Key words: congenital anomalies; incidence

EPIGENETIČKO NASLEĐE I FAKTORI RIZIKA U TRANSGENERACIJSKOJ PREVENCICI I REMISIJI DIJABETESA TIPO 2

Dragan Likić

Institut za javno zdravlje Crne Gore, Registar šećerne bolesti, Podgorica

Ljudska egzistencija je obeležena konstantnim prisustvom stresa u njegovom pozitivnom i negativnom aspektu. Prilagođavanje bioloških procesa na stres životne sredine regulišu epigenetički mehanizmi promenom ekspresije gena. Društvene sile potencirajući negativne efekte stresa precipitiraju bolesti u društvu. Prisustvo negativnih aspekata stresa je uzrok širenju hroničnih nezaraznih bolesti, putem favorizovanja faktora rizika (nezdrave ishrane, fizičke neaktivnosti, gojaznosti, zagađenja životne sredine, upotrebe duvana i alkohola). Ove bolesti danas predstavljaju nazastupljeniji uzrok ljudske patnje i prevremenog umiranja širom sveta. Dijabetes tip 2 kao globalna pretnja zdravlju značajno doprinosi štetnim posledicama epidemije hroničnih nezaraznih bolesti. Procenjuje se da u Crnoj Gori do 60000 osoba ima dijabetes. Oko 99% obolelih osoba su odrasle osobe. Između 90-95% obolelih odraslih osoba boluje od dijabetesa tipa 2. Faktori rizika za pojavu dijabetesa tipa 2 menjaju u ciljnim tkivima obrazac metilacije DNK za insulinsku rezistenciju. U poređenu sa zdravim osobama, obolele osobe od dijabetesa tipa 2 imaju promenjenu metilaciju DNK (gensku ekspresiju) ćelija: pankreasa, jetre, skeletnih mišića i masnog tkiva. Ove epigenetičke promene imaju i potencijalno reverzibilan karakter. Postizanje i održavanje idealne (normalne) telesne težine odralih osoba obolelih od dijabetesa tipa 2 nema samo uticaj na postizanje optimalne glikoregulacije, več i na remisiju dijabetesa tipa 2 kod određenog broja obolelih. Sa druge strane, postizanje idealne (normalne) telesne težine opšte populacije deluje na epigenetičko nasleđe u pravcu transgeneracijske prevencije dijabetesa tipa 2.

Ključne reči: epigenetika, faktori rizika, prevencija, remisija, dijabetes tip 2, registar, sindemija

EPIGENETIC HERITAGE AND RISK FACTORS IN TRANSGENERATIONAL PREVENTION AND REMISSION OF TYPE 2 DIABETES

Dragan Likić, MD,

Institute for Public Health of Montenegro, Diabetes Register, Podgorica

Human existence is constantly accompanied by stress in its positive and negative feature. Adaptation of biological processes to environmental stress is modulated by epigenetic mechanisms with altering genes expression. The negative effects of stress are amplified by social forces, precipitating diseases in society. The presence of negative aspects of stress causes the spread of chronic non-communicable diseases, by favoring risk factors (unhealthy nutrition, physical inactivity, obesity, environmental pollution, tobacco and alcohol use). Nowaday, these diseases are the most common cause of human suffering and premature death worldwide. Type 2 diabetes as a global threat to health significantly contributes to harmful effects of an epidemic of chronic non-communicable diseases. It is estimated that in Montenegro up to 60 000 people have diabetes. About 99% of the diseased are adults. Between 90-95% of diseased adults suffer from type 2 diabetes. Risk factors for type 2 diabetes change the DNA methylation pattern for insulin resistance in the target tissues. In comparison with healthy persons, people with type 2 diabetes have got changed methylation of DNA (gene expression) cells: pancreas, liver, skeletal muscle and adipose tissue.

These epigenetic changes have a potentially reversible character. Reaching and maintaining an ideal (normal) weight in adults suffering from type 2 diabetes does not have an effect only on achieving optimal glycoregulation, but also on the remission of type 2 diabetes in a certain number of patients. On the other hand, reaching an ideal (normal) bodyweight of the general population acts on epigenetic heritage in the direction of transgenerational prevention of type 2 diabetes.

Keywords: epigenetics, risk factors, prevention, remission, type 2 diabetes, registry, syndemics

*

KCNQ2 ENCEFALOPATIJA, RANI KLINIČKI ZNACI, TOK I PROGNOZA – PRIKAZ SLUČAJA

Kristina Jovanović¹, Dragana Bogićević^{1,2}, Vesna Mitić¹, Aleksandar Dimitrijević¹, Dimitrije Nikolić^{1,2}

¹Univerzitetska dečja klinika, Beograd, Srbija, ²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija

Uvod: Pojava konvulzija u prvim danima života često implicira lošu prognozu bolesti. Uzroci neonatalnih konvulzija mogu biti različiti, od hipoksičko-ishemijske encefalopatije, intrakranijalne hemoragije, kongenitalnih infekcija do različitih neurodegenerativnih, strukturnih, metaboličkih i/ili genetskih abnormalnosti.

Cilj: Prikaz pacijenta sa neonatalnim konvulzijama i kasnijom pojavom epilepsije i encefalopatije teškog stepena.

Materijal i metode: Podaci su prikupljeni iz medicinske dokumentacije UDK i iz neposrednog pregleda pacijenta.

Rezultati: Prikazana je devojčica uzrasta 2 godine, rođena kao prvodete od zdravih roditelja, porođaj SC u 36. gestacionoj nedelji, PTM 2400g, AS7/8. Konvulzije su se javile u 3. danu života u vidu prestanka disanja, fiksiranja pogleda, kočenjenja ruku u trjanju par sekundi I koje su se od tada javljale svakodnevno više puta. Sve laboratorijske analize (krvna slika, biohemski i metabolički analizi krvi, urina, likvora, TORCH) bile su uredne. CT glave je pokazao zone ishemije periventrikularno, a inicijalni MR endokranijuma u uzrastu od mesec dana je bio uredan. Kontrolni MR endokranijuma nakon godinu dana pokazao je difuznu atrofiju velikog mozga i hipotrofiju corpus callosum. Inicijalni EEG je pokazao "burst suppression" obrazac. Primenjena AET je dovela do kontrole napada, ali se i dalje uočavaju EEG abnormalnosti u vidu multifokusnih epileptiformnih promena sa čestom pojавom generalizovane epileptiformne aktivnosti. Primenom egzomskog sekvenciranja utvrđena je heterozigotna mutacija u KCNQ2 genu c.869G>T missense tipa, kojom je utvrđena etiologija bolesti. Devojčica trenutno nema evidentne napade, a u neurološkom nalazu postoji težak psihomotorni zastoj.

Zaključak: Pojava ranih neonatalnih konvulzija, refraktarnih na terapiju, uz patološki EEG obrazac po tipu "burst suppression" implicira

pojavu terapijski rezistentnih epileptičnih encefalopatija. Potrebna je pravovremena identifikacija rizika, imajući u vidu manju PTM, hipoalertnost novorođenčadi, u odsustvu ili uz pojavu minor znakova perinatalne asfiksije koji mogu ukazivati na postojanje sumnje da se radi o epileptičnoj encefalopatiji sa teškom/neizvesnom prognozom.

*

PUT OD PRENATALNOG CISTIČNOG HIGROMA DO RIJETKE METABOLIČKE BOLESTI-PRIKAZ PACIJENTA SA SY ZELLWEGER

J. Jovanovic, A. Maver, A. Hodžić, B. Peterlin, M. Andelić i O. Miljanovic

Centar za medicinsku genetiku i imunologiju – Klinički centar Crne Gore

Uvod Zellwegerov sindrom (ZS) je rijetka, fatalna, autozomno recesivna nasledna bolest koja nastaje kao posljedica mutacija u jednom od 14 gena PEX familje, od kojih su najčešće u PEX1 genu (59%), najređe u PEX 11 β genu (<0,1%), a mutacije u PEX6 genu javljaju se kod 16% oboljelih. ZS predstavlja odsutvo peroxisoma, što dovodi do oštećenja mnogih metaboličkih puteva, naročito beta oksidacije masnih kiselina vrlo dugih lanaca koja se klinički karakteriše kao asocijacija facialne dismorfije, neuroloških poremećaja i postepene insuficijencije svih vitalnih organa. Tok trudnoće fetusa sa ZS uglavnom protiče uredno, ali se u drugoj polovini trudnoće može uočiti ventrikulomegalija, pa se preporučuje MR endokranijuma u trećem trimestru, kojom se mogu otkriti promjene karakteristične za ZS (abnormalni giralni obrasci, poremećena mijelinizacija i cerebralne periventrikularne pseudociste).

Cilj rada je da se kroz prikaz pacijenta sa ZS pedijatrima ukaže na mogućnost prepoznavanja jedne rijetke nasljedne bolesti koja se u crnogorskoj populaciji očekuje sa učestalošću od jedan na 50000 živorodenih.

Rezultati Prikazuje se odojče sa dismorfijom, značajnom hipotonijom, žuticom, hiperbilirubinemijom i hepatomegalijom. U fetalnom periodu ultazvučno je opisan cistični higrom nuhalne regije i

granična ventikulomegalija. Prenatalnom dijagnostikom isključene su hromozomske aberacije, trudnoća je nastavljena i završena porođajem u 39 NG. Kod novorođenčeta je od samog rođenja utvrđena teška hipotonija i dismorphija, a u daljem toku dolazi do žutice, porasta jetrinih enzima i laktatdehidrogenaze sa razvojem hepatomegalije, insuficijencije jetre i postepenog popuštanja svih vitalnih funkcija sa letalnim ishodom u petom mjesecu. U saradnji sa Kliničkim institutom za medicinsku genetiku UKC Ljubljana sprovedena je molekularno-genetička dijagnostika (sekvenciranje kliničkog egzoma NGS metodom i utvrđena je homozigotna mutacija u PEX6 genu, koja je u literaturi opisana kao patogeno-uzročna za ZS.

Zaključak: Kako je ZS fatalna bolest sa letalnim ishodom u ranom životnom dobu, bez mogućnosti specifične terapije, a sa nedovoljno specifičnom simptomatologijom, poznavanje karakteristika i postavljanje sumnje na ovu rijetku bolest, a potom i genetičko savjetovanje i sprovođenje prenatalne dijagnostike su ključni u prevenciji rađanja djece sa ZS.

Ključne riječi: Fetalni cistični higrom i ventikulomegalija, insuficijencija jetre, Zellweger sindrom, dismorphija, mutacija u PEX6 genu, prenatalna dijagnostika

*

IMMUNIZATION SYSTEM IN ALBANIA. SUCCESSES AND SHORTCOMINGS

Gjeorgjina Kuli-Lito,

Department of Pediatrics, Service of Pediatric Infectious Diseases, University Hospital Center "Mother Teresa", NITAG member Tirana, Albania

Albania, involved in the program EPI of WHO since 1974, is among the countries with enriched immunization calendar, which is rigorously implemented in all health centers. Our national immunization program encompasses the vaccines of diphtheria, tetanus, pertussis, tuberculosis,

hepatitis B, measles, rubella, mumps, H. influenza, pneumococcus 10 valent, Soon, will be introduced the vaccine of Rotavirus, applied in two doses 2 and 4 months. So, a number of successes are achieved by widely implementation of the mandatory schedule of immunization, offered free of charge for every child from 0-15 years old:

Hundreds of thousands of vaccines administered each year, decreasing morbidity of vaccine preventable infectious, large involvement of pediatric population into immunization system, over 95 % of coverage for all vaccines, enlargement and completion of vaccination calendar with new vaccines, greater awareness of population regarding the effectivity of immunization, increasing of technique and professional skills of health personnel.

Despite the above mentioned success, problems or deficiencies regarding implementation of immunization calendar or eventually newly emerged epidemiological situations there are noticed in daily practice:

Emergence of sporadic cases or outbreaks of some vaccine preventable infections as measles or pertussis, particularly in certain contingents of population or in separated zones, impediments and technical difficulties interpreting complications and adverse effects, improper administration of booster doses, in several cases, due to objective and subjective reasons, demographic shifting, technical problems regarding implementation of procedures of cold chain, antivaccinal movement, not so spread in Albania, fake news MMR autism relations, etc.

Conclusion: Mandatory immunization schedule in Albania has a good coverage of vaccines and their implementation. Nevertheless, the shortcomings noticed in years, indicate a high awareness about its appliance. Health care workers have to face antivaccinal trends and to be consequent in fulfillment of immunization.

*

PAD OBUVHATA MMR VAKCINOM U CRNOJ GORI I NJEGOVE POSLEDICE

Miro Knežević

Ministarstvo zdravlja Crne Gore

Uvod: Imunizacija predstavlja najbržu, najdjelotvorniju i ekonomski najopravdaniju mjeru koja direktno utiče na smanjenje obolijevanja i umiranja od zaraznih bolesti. Značaj imunizacije za javno zdravlje je neprocijeniv i ogroman. Mnoge zarazne bolesti koje su nekada predstavljale prvorazredne zdravstvene probleme zbog obolijevanja, umiranja ili invaliditeta danas su eliminisane ili svedene na pojedinačnu pojavu.

Cilj rada: Prikaz pada obuhvata MMR vakcine u Crnoj Gori i njegove posljedice u vidu povećanja broja oboljelih od morbila. Postizanje obuhvata vakcinacije djece od minimum 95%.

Materijal i metode: Podaci o obuhvatu vakcinama su uzeti iz Instituta za javno zdravlje, elektronskog sistema prikupljanja podataka koji u realnom vremenu oslikava obuhvat. Broj oboljele djece takođe uzet i u Instituta za javno zdravlje.

Metoda: Retrospektivna studija.

Rezultati: Rezultati pokazuju da 2014.god. počinje pad obuhvata MMR vakcinom koji u 2016.godini iznosi 46% tj. najniži od početka imunizacija u CG, djelovanjem antivakcinalnog lobija kojeg smo bili pošteđeni do tada kao i zbog sve većeg straha roditelja. Kao posljedicu toga krajem 2017.godine imamo povećani broj oboljelih od morbila. Prvi slučaj obolijavanja je importovani slučaj iz Srbije RE populacije. Ministarstvo zdravlja je zdravstvenim ustanovama dalo smjernice za pregled i prijem oboljelih od morbila i sa Institutom za javno zdravlje i Domom zdravlja Podgorica kao i sa ostalim Domovima zdravlja u Crnoj Gori kampanjim o imunizacijama uspjeli da podignemo obuhvat.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MMR1	90%	90.70%	90.30%	88%	76.10%	64%	46%

Podaci kraj oktobra 2017. godine po godinama praćenja.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
MMR1	95.65%	95.71%	95.43%	93.24%	89.10%	82.34%	74.96%	49.39%

Podaci od 22.02.2018. godine po godinama praćenja.

	2014:	2015:	2016:	2017:
MMR1	91,05%	88%	82%	65%

Podaci od kraja septembra 2018. godine po godinama praćanja.

Zaključak: Pad obuhvata vakcinama dovodi do evidentnog porasta oboljelih od zaraznih bolesti. Obuhvat od 95% i veći je potreban zbog stvaranja kolektivnog imuniteta koji štiti i djecu koja zbog kontraindikacija nisu u mogućnosti da prime vakcinu. Broj oboljelih u Crnoj Gori od morbila trenutno iznosi 201.

Ključne riječi: Imunizacija, MMR vakcina, Kolektivni imunitet, porast oboljelih.

*

VAKCINE - ZAŠTITA ILI OPASNOST

Saida Zejnilović

PZU "Malbaški" Podgorica

Vakcinama se na najbrzi i najjeftiniji način suzbijaju (kontrolišu), odstranjuju (eliminišu) i iskorenjuju (eradiciraju) zarazne bolesti.

Globalno se vakcinama svake godine prevenira više od 2,5 miliona smrti djece. Jos dva miliona djecišnjih života bi se moglo spasiti adekvatnom primjenom postojećih vakcina, prije svega u zemljama u razvoju. Vakcine su jedan od najisplativijih vidova ulaganja u zdravlje, jer donose direktnе i indirektnе uštede materijalnih sredstava, koje se mogu upotrebiti za rešavanje drugih zdravstvenih prioriteta. Za razliku od drugih zdravstvenih intervencija, imunizacija je jedina specificka mјera, koja je ciljano usmjerena ka sprečavanju oboljevanja od zaraznih bolesti a samim tim i ka sprečavanju komplikacija i smrtnih ishoda.

Vakcine su sigurne i efikasne, ali ne u potpunosti. Nezeljene reakcije na vakcine, mogu nastati zbog neadekvatne upotrebe vakcine, bioloskih svojstava same vakcine, reakcija idiosinkrazije i reakcija preosjetljivosti. Prema težini tegoba postvakcinalne reakcije mogu biti blage i teške, a prema mjestu dešavanja lokalne i sistemske. Prema vremenu desavanja, postvakcinalne reakcije mogu biti rane (sat vremena od primjene vakcine), ubrzane (1 do 72 sata od primjene vakcine) i kasne (nakon 72 sata od primjene vakcine). Sve nezeljene reakcije nakon imunizacije su jako rijetke. Uvijek treba imati na umu da je korist od imunizacija daleko veća od eventualnih nezeljenih efekata koje vakcina može izazvati. Preventiva čini razliku!

Ključne riječi: imunizacija, preventiva, alergije, postvakcinalne reakcije

*

GENOMIC TESTING FOR EARLY DIAGNOSIS AND PREVENTION

Prof. dr Borut Peterlin

Klinični inštitut za medicinsko genetiko / Clinical Institute of Medical Genetics / Klinični center Ljubljana / University Medical Center Ljubljana

*

IZAZOVI U UVODJENJU HPV VAKCINA U NACIONALNE PROGRAME IMUNIZACIJE

Doc. dr Nebojša Kavarić¹, Prof. dr Darija Kisić²

¹Dom zdravlja Podgorica, ²Medicinski fakultet Beograd, Institut za javno zdravlje Batut

Oboljenja koja se dovode u vezu sa infekcijom humanim papiloma virusima (HPV) predstavljaju značajano javno-zdravstveno pitanje, koja se po svojim epidemiološkim karakteristikama (učestalost, rasprostranjenost, ubikvitarnost prouzrokovaca, način prenošenja, posledice po zdravlje, mogućnost prevencije...) mogu svrstati u grupu prioritetsnih zdravstvenih problema na populacionom nivou. Rezultati velikog broja istraživanja koja su se bavila ovom problematikom, pokazala su da HPV infekcija predstavlja snažan faktor rizika za nastanak genitalnih kondiloma i malignih neoplazmi različitih lokalizacija (grlić materice, vulva, vagina, anus, penis, korena jezika, krajnika i usno-ždrelnog dela usta). Imajući u vidu izuzetno visoku učestalost ove infekcije (procenjuje se da je oko 80% seksualno aktivne populacije makar jednom tokom života zaraženo nekom vrstom HPV), kao i visoku verovatnoću nastanka teških posledica po zdravlje, pitanje mogućnosti sprečavanja HPV infekcije čini osnov programa primarne prevencije ovih oboljenja.

Prema smernicama Svetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 2014. godine, imunizacija protiv HPV se preporučuje u cilju prevencije raka grlića materice kao i smanjenja incidencije i mortaliteta od ove bolesti. Evropski centar za kontrolu bolesti (ECDC) je u oktobru 2012. godine objavio preporuke za sprovođenje imunizacije protiv HPV-a kojima se pozivaju zemlje članice Evropske unije da omoguće imunizaciju devojčica pre stupanja u seksualne odnose, a prema novim smernicama iste institucije preproučuje se imunizacija i dečaka istog dobnog uzrasta u cilju prevencije prenošenja virusa u populaciji, kao i u cilju prevencije drugih oboljenja izazvanih HPV infekcijom. Od 2008. godine program vakcinacije protiv HPV-a je implementiran u većini zemalja Evropske unije (EU), dok je u malom broju preostalih zemalja ovaj postupak u toku. Ukupno 19 od 28 zemalja EU, kao i Norveška i Island uvelo je rutinske programe imunizacije protiv HPV-a. Obuhvat ciljne populacije imunizacijom protiv HPV-a je različit u različitim zemljama, i generalno je niži od očekivanog

obuhvata ciljne populacije. Finansiranje programa imunizacije je uglavnom sredstvima zdravstvenog osiguranja. U najvećem broju zemalja ciljnu populaciju za imunizaciju u okviru HPV programa predstavljaju devojčice uzrasta 12 i 13 godina, dok su neke od zemalja uvele i tzv. dodatnu (eng. catch up) imunizaciju dece različitog uzrasta a najčešće od 14 do 17 godina. Među zemljama iz okruženja, Republike Slovenija i Makedonija, uvele su HPV vakcincu u nacionalni program imunizacije 2009. godine, a program imunizacije za HPV infekciju uvele su i Republika Hrvatska i Mađarska. Počevši od 2017. godine 11 zemalja EU je uvelo i imunizaciju dečaka u svoje nacionalne kalendare imunizacije.

Jedanestogodišnje iskustvo u primeni HPV vakcina je nedvosmisleno pokazalo da su ove vakcine visoko efikasne, efektivne i bezbedne. Retultati meta analiza i sistematskih pregleda koje su obuhvatile visoko sofisticirane randomizovane studije su pokazale da se efektivnost ovih vakcina u sprečavanju nastanka genitalnih kondiloma kreće u rasponu od 40% do 100%. Takođe, rezultati istraživanja su pokazala da je učestalost prekanceroznih lezija grlića materice je u grupi vakcinisanih višestruka niža nego u kontrolnoj grupi. Imajući u vidu navedene činjenice koje nesumnjivo idu u prilog visoke efektivnosti ovih vakcina, postavlja se pitanje koje su osnovne prepreke i izazovi za uvođenje ove vakcine u nacionalne programe imunizacije u onim zemalja koje još to nisu uradile. Svo do sada identifikovani faktori koji su u vezi sa nedoumicama i izazovima u vezi uvođenja ove vakcine se mogu kategorisati u nekoliko grupa:

a. Faktori koji su u vezi sa načinom prenošenja HPV virusa.

Seksualni način prenošenja HPV infekcije je u nekim zemljama prepoznat kao faktor koji je povezan sa kontroverzama u stavovima oko uvođenja ove vakcine u nacionalni kalendar imunizacije. Uzrast kada treba dati ovu vakcincu (a koji se odnosi na prosečan procenjeni uzrast pre stupanja u seksualne odnose), polno-specifične procene rizika i potreba, problem samoprocenjivane „seksualne slobode“ adolescenata nakon dobijanja vaccine su neke od tema u ovoj oblasti o kojima se intenzivno diskutovalo. Osim toga kulturološka i verska pitanja su često bila deo ovih debata.

b. Faktori koji su u vezi sa prirodnim tokom karcinoma grlića materice

Iako je ciljno polje dejstva sprečavanje HPV infekcije široko, imajući u vidu učestalost i ukupno globalno opetrećenje karcinomom grlića

materice, trend učestalosti oboljevanja i umiranja od ovog malignoma je u mnogim zemljama prepoznat kao primarni indikator uspešnosti ove vakcine. U većini slučajave prirodni tok ovog oboljenja je spor i često prođu godine (a nekada i decenije) da bi infekcija progredirila u oblik koji će dovesti do malignih promena koje su probile bazalnu membranu. Ovakva zapažanja su istakla da je za procenjivanje efektivnosti ovih vakcina u sprečavanju nastanka karcinoma grlića materice potreban duži vremenski period (po nekim procenama ne manje od 20 godina) pa se zaključci o ovom indikatoru još uvek ne mogu donositi. Jedanestogodišnje iskustvo u primeni HPV vakcina je pokazalo da su ove vakcine visoko efektivne u smanjenju učestalosti svih prekanceroznih lezija grlića materice pa se u narednom periodu može očekivati i pad učestalosti malignog oboljenja ove lokalizacije. Sa druge strane neki stručni krugovi ističu i na mogućnost da se u ovom momentu precenjuje doprinos ovih vakcina na pad učestalosti karcinoma grlića materice jer je značajna proporcija prekanceroznih lezija autoregresivna.

c. Nedostatak podataka o prevalenciji genitalnih kondiloma i/ili incidenciji SIL lezija

Rani marker efektivnost HPV vakcina predstavlja trend kretanja prevalencije genitalnih kondiloma i stope incidencije SIL lezija koji mogu biti detektabilni već par meseci nakon uvođenja vakcina. Međutim, mnoge zemlje nemaju ove podatke pa ovakva vrsta analiza nije moguća.

d. Faktori koji su u vezi sa raspoloživim materijalnim resursima

Pitanje vakcina je uvek u jakoj vezi sa raspoloživim materijalnim resursima. U većini zemalja finansiranje programa imunizacije je uglavnom sredstvima zdravstvenog osiguranja. HPV vakcine su vakcine novije generacije čija je proizvodnja zahtevnija i skuplja. Stoga je pitanje cena vakcina bilo značajno u doноšenju odluka u mnogim zemljama.

e. Faktori koji su u vezi sa procenjenim potrebama HPV vakcina

Imajući u vidu da je obuhvat ovom vakcinom u svim zemljama manji od očekivanog, značajno pitanje koje se nameće zemljama koje tek planiraju da je uvedu u svoje programe jeste u vezi sa procenom potrebnih količina a u saglasnosti sa troškovo-korisnost analizom.

f. Dostupnost potrebnih količina višeivalentnih HPV vakcina

AUTISM SPECTRUM DISORDERS: WHAT'S NEW?

Marta Macedoni Lukšič

*Institute of ASD Ljubljana and Faculty of Medicine, University of Maribor,
Slovenia*

Autism spectrum disorders (ASD) are developmental disorders that affect essential human behaviours such as social interaction, the ability to communicate ideas and feelings and imagination. Autism was once considered as a rare disorder; however, the reported incidence and prevalence have drastically increased during last decades. Today 1 in 59 children in the US are diagnosed with ASD. It is not known to what extent the exceptional growth in the prevalence of ASD is real or not, but there can be no doubt that it must have been affected by the change of the concept in term of dimensional perspective, by substitution and "addition" of diagnoses, as well as greater awareness, new therapeutic options and specific approaches to the education of these children. The understanding of autism has been changed profoundly since it was discovered. The diagnostic criteria were changed many times, the last time in 2013 when the newest edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- 5) was published. Since then the subgroups replaced with one broad diagnosis of ASD. Autistic individuals are now placed on a continuum depending on the severity of the symptoms. The etiopathogenesis remains unexplained in the majority of cases. It still holds true that genetic influences are the most important in ASD, although in recent studies researchers have found less concordance for monozygotic (0.58) and dizygotic (0.21) twins in comparison with older studies, which indirectly points to the greater importance of environmental factors. In the last 10 years there has been a marked increase in studies on possible environmental risk factors. Also, the progress has been made in knowledge about early signs of ASD. There are changes in therapeutic approaches in direction of more eclectic paradigm. Recently much work has been done to discover the power of education of professionals, as well as parents, to work with children with ASD more efficiently

*

SMERNICE ZA SKRINING, DIJAGNOSTIKU I INTERVENCIJE DECE S POREMEĆAJIMA IZ SPEKTRA AUTIZMA

Milica Pejović Milovančević

*Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Institut za mentalno zdravlje,
Beograd*

Prema najnovijim procenama poremećaji iz spektra autizma (PSA) predstravljuju jedan od najčešćih razvojnih poremećaja; procenjuje se da jedno u 59 dece ima ovaj poremećaj (1 u 37 dečaka i 1 u 157 devojčica). S obzirom na to ukazala se potreba da se objedine informacije o definiciji, etiologiji, klasifikaciji i na dokazima zasnovanim metodama skrininga, procene, dijagnostike i intervencije s decom i mladima sa PSA u Srbiji su izrađene Smernice. Prepoznajući potrebu za unapređenjem usluga, prava i položaja dece sa PSA, koja predstavljaju jednu od najosetljivijih grupa dece sa invaliditetom i smetnjama u razvoju, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije obrazovalo je aprila 2017. godine Radnu grupu za unapređenje rada sa decom i porodicama dece sa PSA. Informacije u Smernicama prikazuju trenutno najbolje primere iz prakse, prilagođene lokalnim mogućnostima. Smernice pre svega treba da pomognu praktičarima koji se bave decom sa PSA i njihovim porodicama, a zasnivaju se na najboljim dokazima koji su bili dostupni u vreme kada su pisane. U oblasti proučavanja PSA se sreću brojne kontroverze – kod stručnjaka i dalje globalno ne postoji konsenzus oko skrininga dece na rane znake ovog poremećaja, etiologija još nije jasno utvrđena, a kada su u pitanju intervencije, ne postoje precizno određeni koraci u postupanju. Otuda porodice lutaju između stručnjaka i nude im se različite intervencije, od kojih neke nisu naučno dokazane, a ponekad mogu biti i štetne. Zbog toga je namera ovih smernica bila da na jednom mestu objedini sve dostupne i aktuelne informacije i tako porodicama i svim stručnjacima koji se bave PSA olakša pružanje najbolje moguće podrške deci i mladima. Smernice prilično jasno upućuju na metode skrininga i dijagnostike, ali ne određuju standard u intervencijama i terapiji pridruženih poremećaja, već se on mora prilagođavati svakom pojedinačnom detetu i porodici. Smernice pozivaju na prepoznavanje i udruživanje svih raspoloživih stručnih kapaciteta i daju okvire za delovanje zasnovano na dokazima i na najboljoj, a primenljivoj međunarodnoj praksi u ovoj oblasti.

**COMMUNITY ENGAGEMENT AND ADVANCES IN GLOBAL AUTISM
PUBLIC HEALTH AGENDA**

Prof. dr Andy Shih (USA)

Fondacija Autism Speaks

Increase in autism awareness in recent years has led many governments around the world to develop programs and policies aimed to enhance the well being and outcomes of affected individuals and families. Since most of our knowledge about how best to support our community are based on experiences in high income countries like those in North America and Western Europe, professionals and policymakers in low and middle income countries have little evidence or data to guide their efforts. A few case studies, including the development of the WHO Caregiver Skills Training program, will be explored to highlight the importance of community engagement and data collection to inform the development of feasible, effective and sustainable programs and policies for affected individuals and families worldwide.

*

KAWASAKIJEVA BOLEST: PROTOKOL LIJEČENJA

KAWASAKI DISEASE: PROTOCOL FOR TREATMENT

Prof. dr Vesna Miranović

Ministarstvo zdravlja Crne Gore, Medicinski fakultet Univerziteta Crne Gore

Kawasakijeva bolest (KB) je akutna bolest nepoznatog porijekla koja se dominantno javlja u djece mlađe od 5 godina. Po svojoj prirodi predstavlja sistemsku inflamaciju arterijskih krvnih sudova srednje veličine, što za posljedicu ima disfunkciju tkiva i organa. KB je najčešći razlog za stečene srčane mane u razvijenim zemljama svijeta. U odsustvu patognomoničnog testa, ostaje na ljekaru da identificuje glavna klinička obilježja i isključi druge slične kliničke entitete poznatog uzročnika.

Cilj terapije u akutnoj fazi je da se smanje efekti inflamacije i arterijska oštećenja i prevenira tromboza izmijenjenih koronarnih arterija. Pravovremeno otpočinjanje liječenja intravenskim imunoglobulinom (IVIG) smanjilo je pojavu aneurizmi koronarne arterije od 25% na ≈4% (1). Bazična osnova početnog tretmana i potpune i nepotpune forme KB je jedna velika doza IVIG zajedno sa acetilsalicilnom kiselinom (ASA), čija je efikasnost dokazana većim brojem kliničkih istraživanja (2,3). Liječenje obuhvata period od pojave simptoma akutne bolesti do smanjivanja akutne sistemske inflamacije, odnosno do stabilizacije dimenzija lumena koronarnih arterija. Svi pacijenti koji ispunjavaju dijagnostičke kriterijume za postavljanje dijagnoze KB treba da otpočnu sa liječenjem čim se dijagnoza postavi. Takođe, slijedeći algoritme za postavljanje dijagnoze nepotpuno KB, treba otpočeti i u ovoj kliničkoj formi KB što prije terapiju s obzirom na niske rizike u vezi sa IVIG administracijom nasuprot visokim rizicima od nastanka koronarnih aneurizmi ukoliko se terapija ne primjeni pravovremeno (4,5).

IVIG bi trebalo biti uveden što prije u okviruprvih 10 dana od početka visoke temperature. Pacijenti kod kojih se dijagnoza postavi nakon deset dana od otpočinjanja bolesti, mogu i dalje biti kandidati za liječenje IVIG. IVIG takođe trebadati djeci koja nakon deset dana od pojave visoke temperature imaju ubrzenu SE i $CRP > 3,0 \text{ mg / dL}$ bez drugog objašnjenjaili aneurizmu koronarnih arterija (luminalna dimenzija Z skor > 2.5). Standardnu terapiju IVIG i ASA treba da prime i pacijenti sa ponovljenom KB, definisanu kao ponavljanje epizode potpune ili nepotpune KB nakon potpune rezolucije prethodne epizode.

Mehanizam djelovanja IVIG u liječenju KB nije poznat. Smatra se da IVIG ima generalizovani antiinflamatorni efekat. Mogući mehanizmi djelovanja su: modulacija proizvodnje citokina, neutralizacija toksina ili drugih patogenih agensa, povećanje regulatorne T-ćelijske aktivnosti, supresija sinteze antitijela i obezbjeđivanje antiidiotipa antitijela (6). Preporučena doza IVIG je 2g/kg kao pojedinačna doza tokom 10-12h, u kombinaciji sa ASA. Čak i kada se liječe režimom visokih doza IVIG u prvih 10 dana bolesti, 20% djece će razviti tranzitornu dilataciju koronarne arterije u proksimalnom dijelu LAD ili u proksimalnoj RCA, 5% će razviti aneurizmi koronarne arterije ($Z > 2.5$), i 1% će razviti gigantske aneurizme (7,1).

ASA se koristi u liječenju KB dugi niz godina. I pored toga što ASA ima važnu antiinflamatornu aktivnost u visokim dozama i antiagregacionu

aktivnost u malim dozama, čini se da ne utiče na snižavanje učestalosti razvoja koronarnih abnormalnosti (8). Tokom akutne faze bolesti, ASA se primenjuje svakih 6 sati, sa ukupnom dnevnom dozom 30 do 50 mg/kg TM. Pojedine klinike smanjuju dozu ASA 48-72 h nakon pada temperature, dok ostali kliničari nastavljaju sa visokim dozama ASA do 14. dana bolesti i bar 48 do 72 sata nakon prestanka groznice. Nakon prekida davanja visokih doza, nastavlja se sa davanjem malih doza (3-5mg/kg TM /dan) u trajanju od 6-8 nedjelja ukoliko pacijent nema patoloških promjena na koronarnim arterijama. Za djecu koja razviju promjene na koronarnim arterijama, male doze ASA se primjenjuju trajno.

Jedan metaanaliza je bila posvećena upotrebi kortikosteroida u kombinaciji sa standardnom dozom IVIG kao inicijalnim tretmanom kod visokorizičnih pacijenata. Rezultati istraživanja su ukazali na smanjenu stopu abnormalnosti koronarnih arterija primjenom ove terapijske kombinacije (9). Treba imati u vidu da se sprovedena metaanaliza odnosi japanski sistem bodovanja i da nije primjenjiv u drugim populacijama. U svakom slučaju, jednokratna pulsna doza metilprednizolona se ne preporučuje kao rutinska primarna terapija u kombinaciji sa IVIG. Treba razmotriti korištenje kortikosteroida (npr., preko 2-3 nedjelje), zajedno sa IVIG 2 g/kg i ASA, za tretman pacijenata sa akutnom KB visokog rizika kada se on prepozna prije iniciranja liječenja.

Rane studije posvećene KBu Japanu ukazuju na visoke nivoeproinflamatornih citokina TNF- α u plazmi pacijenata sa akutnom KB (10). Nivoi su bili najviši kod pacijenata koji su kontinuirano razvijali abnormalnosti koronarne arterije. Infliximab, himerno monoklonsko antitijelo koje se vezuje TNF- α sa visokim afinitetom, bio je prvaterapija anti-TNF- α monoklonalnim antitijelima koja je odobrena za pedijatrijske pacijente. Opisani su brojni izveštaji o pojedinačnim slučajevima i malim serijama uspješnog korištenja infliximaba za zaustavljanje procesa inflamacije u visoko otpornim KB (11, 12).

Približno 10% do 20% pacijenata sa KB se država u visoku temperaturu najmanje 36 sati poslije administracije IVIG infuzije i spadaju u grupu KB otporne na IVIG (13). Takođe, 10-20% pacijenata sa KB doživi recidiv bolesti nakon primarne terapije sa IVIG i ASA (14). Mnoge studije su pokazale da su pacijentkoji su otporni na početnu terapiju IVIG, imaju povećan rizik od razvoja abnormalnosti koronarnih arterija (15). Retrospektivnom analizom rezultata liječenja pacijenata sa recidivom koji su liječeni drugom dozom IVIG u jednoj grupi ili Infliximabom u drugoj

grupi, dokazano je da je tretman Infliximabom za rezultat imao kraću hospitalizaciju i manji broj dana visoke temperature, ali slične ishode u odnosu na patološke promjene na koronarnim arterijama i sličan broj neželjenih događaja, tako da se Infliximab može smatrati alternativom ponovljenoj infuziji IVIG za rezistentne pacijente (16).

Pacijenti sa visokim stepenom inflamacije koji ne reaguju ni na drugu infuziju IVIG, steroide ili Infliximab, zahtjevaju dodatnu terapiju u cilju kontrole inflamacije. Činjenica da CD8 + T ćelije doprinose upalnom procesu u zidu arterija, aktivacija NFAT-kalcinevrin kalcijuma kao signal za formiranje aneurizme kao posljedice inflamacije, potpješili su interesovanje za korištenje ciklosporina u terapiji KB (17, 18). Ciklosporin je specifičan inhibitor kalcinurina i protokol za njegovu administraciju i monitoring uspješno se koristi u malom broju visoko otpornih pacijenata. Pilot ispitivanje sprovedeno u Japanu je pokazalo da su djeca koja su primila dvije doze IVIG i ostala nakon toga febrilna, u 64% slučajeva su postala afebrilna nakon primjene oralne doze ciklosporina u trajanju od tri dana, dok je ukupno 78% pacijenata pozitivno odgovorilo na terapiju (19). Međutim, u toku primjene ciklosporina postoji opasnost od ozbiljnih neželjenih efekata, te je njegova primjena ograničena samo na visoko-rezistentne pacijente.

Objavljena su dva slučaja uspješne primjene rekombinantne neglikozirane forme humanog IL-1 receptorskog antagonista u liječenju visoko-refraktorne forme KB (20). U toku su klinička istraživanja efikasnosti blokade IL-1 u djece sa akutnom formom KB.

Druge vrste liječenja su namijenjena ekstremno refrakternim oblicima KB koji nisu dali pozitivan odgovor na standardne načine liječenja u koje spada izmjena plazme, terapija ciklofosfamidom u kombinaciji sa oralnim steroidima.

Tokom akutne faze bolesti, u cilju prevencije tromboza, niske doze ASA (3-5mg/kg TM) treba davati pacijentima koji su bez znakova promjena na koronarnim arterijama 4-6 nedjelja nakon početka bolesti. Za pacijente sa rapidnim rastom koornarnih aneurizmi, preporučuje se sistemska antikoagulantna terapija u kombinaciji sa malim dozama ASA. Pacijenti sa povиenim rizikom za razvoj tromboza (sa velikim ili gigantskim aneurizmama) i podatkom o skoroj koronarnoj trombozi, podvrgavaju se liječenju trostrukom terapijom: ASA, drugi antiagregacioni lijek i antikoagulantna terapija. Pri izboru drugog antiagregacionog lijeka

treba izbjegavati ibuprofen i druge nesteriodne antiinflamatorne ljekove zbog mogućih negativnih dejstava u kombinaciji sa ASA.

Trombozu koronarnih krvnih sudova sa aktuelnom ili prijetećom okluzijom arterijskog lumena, treba liječiti trombolitičkom terapijom, ili, ako je pacijent dovoljno veliki, mehaničkim uspostavljanjem protoka kroz koronarne arterije tokom kateterizacije.

Reference:

1. McCrindle et al, 2017 *Circulation*.2017;135:00–00. DOI:10.1161/CIR.0000000000000484
2. Newburger JW, Takahashi M, Beiser AS, Burns JC, Bastian J, Chung KJ, Colan SD, Duffy CE, Fulton DR, Glode MP. A single intravenous infusion of gamma globulin as compared with four infusions in the treatment of acute Kawasaki syndrome. *N Engl J Med*. 1991;324:1633–1639. doi: 10.1056/NEJM199106063242305.
3. Mori M, Miyamae T, Imagawa T, Katakura S, Kimura K, Yokota S. Meta-analysis of the results of intravenous gamma globulin treatment of coronary artery lesions in Kawasaki disease. *Mod Rheumatol*. 2004;14:361–366. doi: 10.1007/s10165-004-0324-3.
4. Yellen ES, Gauvreau K, Takahashi M, Burns JC, Shulman S, Baker AL, Innocentini N, Zambetti C, Pancheri JM, Ostrow A, Frazer JR, Sundel RP, Fulton DR, Newburger JW. Performance of 2004 American Heart Association recommendations for treatment of Kawasaki disease. *Pediatrics*. 2010;125:e234–e241. doi: 10.1542/peds.2009-0606.
5. Heuclin T, Dubos F, Hue V, Godart F, Francart C, Vincent P, Martinot A; Hospital Network for Evaluating the Management of Common Childhood Diseases. Increased detection rate of Kawasaki disease using new diagnostic algorithm, including early use of echocardiography. *J Pediatr*. 2009;155:695–699.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2009.04.058.
6. Burns JC, Franco A. The immunomodulatory effects of intravenous immunoglobulin therapy in Kawasaki disease. *Expert Rev Clin Immunol*. 2015;11:819–825. doi: 10.1586/1744666X.2015.1044980.

7. Oates-Whitehead RM, Baumer JH, Haines L, Love S, Maconochie IK, Gupta A, Roman K, Dua JS, Flynn I. Intravenous immunoglobulin for the treatment of Kawasaki disease in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(4):CD004000.
8. Baumer JH, Love SJ, Gupta A, Haines LC, Maconochie I, Dua JS. Salicylate for the treatment of Kawasaki disease in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4):CD004175.
9. Chen S, Dong Y, Yin Y, Krucoff MW. Intravenous immunoglobulin plus corticosteroid to prevent coronary artery abnormalities in Kawasaki disease: a meta-analysis. *Heart.* 2013;99:76–82. doi:10.1136/heartjnl-2012-302126
10. Matsubara T, Furukawa S, Yabuta K. Serum levels of tumor necrosis factor, interleukin 2 receptor, and interferon-gamma in Kawasaki disease involved coronary-artery lesions. *Clin Immunol Immunopathol.* 1990;56:29–36.
11. Weiss JE, Eberhard BA, Chowdhury D, Gottlieb BS. Infliximab as a novel therapy for refractory Kawasaki disease. *J Rheumatol.* 2004;31:808–810.
12. Burns JC, Best BM, Mejias A, Mahony L, Fixler DE, Jafri HS, Melish ME, Jackson MA, Asmar BI, Lang DJ, Connor JD, Capparelli EV, Keen ML, Mamun K, Keenan GF, Ramilo O. Infliximab treatment of intravenous immunoglobulin-resistant Kawasaki disease. *J Pediatr.* 2008;153:833–838. doi: 10.1016/j.jpeds.2008.06.011.
13. Newburger JW, Sleeper LA, McCrindle BW, Minich LL, Gershony W, Vetter VL, Atz AM, Li JS, Takahashi M, Baker AL, Colan SD, Mitchell PD, Klein GL, Sundel RP; Pediatric Heart Network Investigators. Randomized trial of pulsed corticosteroid therapy for primary treatment of Kawasaki disease. *N Engl J Med.* 2007;356:663–675. doi: 10.1056/NEJMoa061235
14. Nakamura Y, Yashiro M, Uehara R, Oki I, Watanabe M, Yanagawa H. Epidemiologic features of Kawasaki disease in Japan: results from the nationwide survey in 2005–2006. *J Epidemiol.* 2008;18:167–172.
15. Durongpisitkul K, Soongswang J, Laothaprasitiporn D, Nana A, Prachuabmoh C, Kangkagate C. Immunoglobulin failure and retreatment in Kawasaki disease. *Pediatr Cardiol.* 2003;24:145–148. doi: 10.1007/s00246-002-0216-2

16. Son MB, Gauvreau K, Burns JC, Corinaldesi E, Tremoulet AH, Watson VE, Baker A, Fulton DR, Sundel RP, Newburger JW. Infliximab for intravenous immunoglobulin resistance in Kawasaki disease: a retrospective study. *J Pediatr.* 2011;158:644–649.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2010.10.012.
17. Brown TJ, Crawford SE, Cornwall ML, Garcia F, Shulman ST, Rowley AH. CD8 T lymphocytes and macrophages infiltrate coronary artery aneurysms in acute Kawasaki disease. *J Infect Dis.* 2001;184:940–943. doi: 10.1086/323155.
18. Khor CC, Davila S, Breunis WB, Lee YC, Shimizu C, Wright VJ, Yeung RS, Tan DE, Sim KS, Wang JJ, Wong TY, Pang J, Mitchell P, Cimaz R, Dahdah N, Cheung YF, Huang GY, Yang W, Park IS, Lee JK, Wu JY, Levin M, Burns JC, Burgner D, Kuijpers TW, Hibberd ML; Hong Kong–Shanghai Kawasaki Disease Genetics Consortium; Korean Kawasaki Disease Genetics Consortium; Taiwan Kawasaki Disease Genetics Consortium; International Kawasaki Disease Genetics Consortium; US Kawasaki Disease Genetics Consortium; Blue Mountains Eye Study. Genome-wide association study identifies FCGR2A as a susceptibility locus for Kawasaki disease. *Nat Genet.* 2011;43:1241–1246. doi:10.1038/ng.981.
19. Suzuki H, Terai M, Hamada H, Honda T, Suenaga T, Takeuchi T, Yoshikawa N, Shibuta S, Miyawaki M, Oishi K, Yamaga H, Aoyagi N, Iwahashi S, Miyashita R, Onouchi Y, Sasago K, Suzuki Y, Hata A. Cyclosporin A treatment for Kawasaki disease refractory to initial and additional intravenous immunoglobulin. *Pediatr Infect Dis J.* 2011;30:871–876. doi: 10.1097/INF.0b013e318220c3cf.
20. Shafferman A, Birmingham JD, Cron RQ. High dose Anakinra for treatment of severe neonatal Kawasaki disease: a case report. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2014;12:26. doi: 10.1186/1546-0096-12-26.

*

PREPORUKE ZA FIZIČKU AKTIVNOST POSLE MIOKARDITISA

Prof. dr Vladislav Vukomanović

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“, Novi Beograd, Republika Srbija

Miomarditis je uzrok iznenadne smrti kod 20% mlađih osoba i nastaje najčešće u toku vežbanja. Vežbanje povećava rizik za iznenadnu smrt za 45% kod miokarditisa izazvanog Coxsacki virusom. Takmičarska aktivnost mlađih sportista sa samo blagom formom miokarditisa može da dovede do iznenadne smrti.

Akutni miokarditis je kategorisan u miokarditis uobičajenog toka i fulminantni. Hronični miokarditis je podjeljen u hronični aktivni i hronični perzistentni. Coxsackievirus B3 (CBV3) se smatra dominantnim etiološkim faktorom, a zatim slede enterovirusi, adenovirusi, parvovirus B19, humani herpes virus 6 i Epstein-Barrov virus (EBV).

Akutni miokarditis može biti asimptomski ili se prezentovati kliničkom slikom srčane slabosti, praćene aritmijama. Najčešći ishod je spontani oporavak koji nastaje za nekoliko nedelja do nekoliko meseci - 50% slučajeva.

Rana dijagnoza i utvrđivanje specifične etiologije direktno utiče na morbiditet i mortalitet bolesnika sa akutnim i hroničnim miokarditisom. Nova otkrića o ulozi inflamatornih promena u miokardu povećavaju interes za neinvazivnim dijagnostičkim metodama, naročito nuklearnom magnetskom rezonancijom. MRI omogućava uvid u morfologiju i sigurnu procenu funkcijskih parametara i najznačajnije - karakterizaciju tkiva. Dijagnostička vrednost ehokardiografije je ograničena činjenicom da mnogi bolesnici sa blagom formom miokarditisa imaju normalan nalaz (mala specifičnost).

Ispitivanja su pokazala da postoji nedvosmislen uticaj fizičkog opterećenja na imunski sistem. Potvrđeno je na animalnom modelu da mehanizam iznenadne smrti tokom napora u ranoj fazi bolesti može biti rezultat ubrzanog i progresivnog inflamatornog odgovora koji vodi ka nestabilnom aritmogenom miokardnom supstratu.

Miomarditis često u početku može da postoji bez simptoma i mlađi

sportisti se tada osećaju dovoljno dobro da mogu da treniraju i da se takmiče, ne znajući da su bolesni. Važeći vodiči u SAD preporučuju da sportisti sa mogućim ili dokazanim miokarditisom ne treba da učestvuju u takmičarskim sportovima dok su prisutni znaci inflamacije nezavisno od godina, pola ili funkcije leve komore. Takmičarsku aktivnost ne treba započinjati najmanje 6 meseci posle akutnog miokarditisa (ECS), ili 3-6 meseci (AHA). Takmičarska aktivnost se može ponovo započeti kada se nomalizuje funkcija leve komore i biohemski markeri inflamacije i nema elemenata za klinički značajne aritmije.

*

PRENATAL DIAGNOSIS, TREATMENT AND OUTCOMES OF FETAL ARRHYTHMIA

Prof Dr Ramush Bejqi¹, Dr sci Ragip Retkoceri¹, Dr Sci Hana Bejqi², Dr sci Arbnore Batalli¹, Dr Shukrije Dedinca¹, Dr Arlinda Mustafa¹, Dr Aferdita Mustafa¹, Dr Rinor Bejqi²

¹*Department of Cardiology, Pediatric Clinic, University Clinical Center of Kosovo, Prishtina, Kosovo, ²Main Center of Family Medicine, Prishtina, Kosovo*

Most fetal arrhythmias are benign, some types cause fetal hydrops and can lead to fetal death. Fetal arrhythmia is often found during fetal heart monitoring or routine prenatal ultrasound examination. Although most fetal arrhythmias are benign, some cause fetal hydrops and can lead to fetal death. In this article, the mechanisms of arrhythmias are presented in light of recent progress in the new field of fetal electrophysiology.

Common causes of fetal tachycardia are paroxysmal supraventricular tachycardia (SVT) with and atrial flutter. Of fetal SVT, short ventriculo-atrial (VA) interval tachycardia due to atrioventricular reentrant tachycardia is more common than long VA interval. Fetal bradycardia is diagnosed when the fetal ventricular heart rate is slower than 100 bpm, mainly due to AV block. Approximately half of all cases are caused by associated congenital heart disease, and the remaining cases that have normal cardiac structure are often caused by maternal SS-A antibody. Detailed analysis of the type of arrhythmia in utero is possible

using M-mode and Doppler echocardiography. Simultaneous record of Doppler waveform at the superior venous cava and the ascending aorta has become an important and useful method of assessing the interval between atrial and ventricular contractions.

There are three types of fetal arrhythmias. The most common form is irregular heartbeat, mainly caused by ectopic beats. When the ventricular rate is faster than 180 bpm or slower than 100 bpm, such fetal arrhythmia is classified as fetal tachycardia or fetal bradycardia, respectively.

Most fetuses with tachycardia are successfully treated in utero by transplacental administration of antiarrhythmic drugs. Digoxin is widely accepted as a first-line antiarrhythmic drug. Sotalol, flecainide and amiodarone are used as second-line drugs when digoxin fails to achieve conversion to sinus rhythm. The efficacy of prenatal treatment for fetal AV block is limited compared with treatment for fetal tachycardia. Beta stimulants and steroids have been reported as effective transplacental treatments for fetal AV block.

Key words: prenatal diagnosis, fetal arrhythmia, fetal bradycardia, fetal tachycardia

*

HIPERTENZIJA (I GOJAZNOST) KOD ŠKOLSKE DJECE U CRNOJ GORI

HYPERTENSION (AND OBESITY) AMONG SCHOOL CHILDREN IN MONTENEGRO

Milica Martinović,

Medicinski fakultet Univerziteta Crne Gore

Hipertenzija u djetinjstvu postaje sve rasprostranjeniji zdravstveni problem, u velikoj mjeri povezan sa gojaznošću. Smatra se da ni roditelji ni ljekari nijesu u dovoljnoj mjeri svjesni ovog problema. Povišen krvni pritisak kod djece ostaje često neuočen ili nedovoljno ozbiljno shvaćen (liječen). Hipertenzija se definiše kao srednja vrijednost sistolnog i/ili dijastolnog pritiska preko 95-og percentila u barem tri odvojena mjerena

(stadijumi I i II) za odgovarajući pol, uzrast i visinu. Prehipertenzija se definiše kao srednja vrijednost sistolnog i/ili dijastolnog pritiska između 90-og i 95-og percentila u barem tri odvojena mjerena za odgovarajući pol, uzrast i visinu. Evropsko društvo za hipertenziju (European Society of Hypertension) 2016. godine donijelo je nove smjernice za prevenciju, dijagnostiku i liječenje hipertenzije kod djece i adolescenata.

Procjenjuje se da kod djece uzrasta 3-18 godina prevalencija prehipertenzije iznosi oko 3.4%, a hipertenzije 3.8%. Smatra se da kod gojaznih adolescenata prevalencija hipertenzije iznosi (prema različitim istraživanjima) do 30% kod dječaka i 24-30% kod djevojčica. Učestalost primarne hipertenzije raste sa uzrastom, gojaznošću i fizički neaktivnim načinom života. Kod gojazne djece je tri puta veći rizik od razvoja hipertenzije nego kod normalno uhranjene ili mršave djece. Prema podacima Svjetske Zdravstvene Organizacije iz 2010. godine 43 miliona djece uzrasta do pet godina bilo je overweight ili gojazno. Do 2020. godine, očekuje se da ovaj broj poraste na 60 miliona.

Rezultati nacionalnog naučno-istraživačkog projekta „Istraživanje gojaznosti i siromaštva kod djece Crne Gore - klinički, patofiziološki, biohemski i preventivni aspekti“ – sprovedenog od strane Medicinskog fakulteta u Podgorici, kojim je obuhvaćen nacionalni reprezentativni uzorak školske djece uzrasta od 7-12 godina ukazuju na postojanje ovog problema i u Crnoj Gori. Prema ovom istraživanju, prekomjerno uhranjenih ispitanika je bilo 22.9%, od kojih 5.3% gojaznih (7.0% dječaka, 3.5% djevojčica) (IOTF). Ispitivanje na poduzorku od 446 seoske djece iz okoline Podgorice pokazalo je da je siromaštvo povezano sa povišenim vrijednostima krvnog pritiska kod djevojčica, i da je taj efekat statistički značajan za dijastolni krvni pritisak. Prevalencija hipertenzije na nacionalnom uzorku (3254 ispitanika) iznosila je 10.4%, bez razlike između dječaka i djevojčica. Izgledi da djetete ima hipertenziju se za 10% smanjivali sa svakom godinom uzrasta, dok su seosko okruženje i gojaznost povećavali rizik za 40% (oba faktora)

Na osnovu činjenice da je prevalenca hipertenzije u populaciji školske djece u Crnoj Gori relativno visoka nameće se zaključak da je potrebno formulisati Nacionalni program za borbu protiv hipertenzije kod djece i adolescenata. On treba da bude fokusiran na borbu protiv dječije gojaznosti i na djecu iz ruralnih područja. Borba protiv gojaznosti je i borba protiv hipertenzije i bolesti udruženih sa hipertenzijom i gojaznošću.

DUŽINA TELOMERA KOD DECE I ADOLESCENATA-NASLEDNI FAKTORII I UTICAJ NAČINA ŽIVOTA

TELOMERE LENGTH IN CHILDREN AND ADOLESCENTS-INHERITANCE AND LIFE CONDITIONS INFLUENCE

Prof. dr Jelena Kotur-Stevuljević (SRBIJA)

University of Belgrade, Faculty of Pharmacy, Serbia

Telomere su ponavljajuće sekvence nukleotida na krajevima hromozoma koje štite hromozom od degradacije, rekombinacije i fuzije. Rađamo se sa nekom prosečnom dužinom telomera od 15000 bp (baznih parova) i njihova dužina se progresivno smanjuje tokom života. Zato se telomere smatraju biomarkerima starenja, ali je njihova dužina marker različitih bolesti, jer se skraćivanje telomera ubzava patološkim procesom. Enzim telomeraza katalizuje reakciju produžavanja telomera, međutim ona je aktivna samo u polnim ćelijama, odnosno ćelijama koje se intenzivno dele i u ćelijama većine kancera. U normalnim somatskim ćelijama koje se ne dele intenzivno aktivnost ovog enzima je mala ili nemerljiva. Kritično skraćivanje telomera ćeliju vodi u ćelijki senesens, apoptozu ili onkogenezu. Kod dece uzrasta 3 godine prosečno godišnje smanjivanje dužine telomera je 270 bp, što je oko 4 puta više nego kod odraslih osoba i nije u korelaciji sa aktivnošću enzima telomeraze. Ovakav trend ukazuje da period intenzivnog rasta i deobe ćelija prati i smanjenje dužine telomera. Poznato je da gojaznost, psihosocijalni stres (zanemarivanje, život u nasilnom okruženju, gubitak roditelja) čak i depresija majke utiču na skraćivanje telomera. Pušenje (čak i pasivno), alkohol, fizička neaktivnost, nepravilna ishrana (posebno visok udeo pržene hrane) takođe ubrzavaju skraćivanje telomera. Utvrđeno je da dugovečne osobe i njihovi potomci imaju prosečno duže telomere od opšte populacije. Rezultati naše pilot studije u kojoj su učestvovali adolescenti, studenti fakulteta biomedicinske grupacije uzrasta od 19-25 godina, pokazuju da adolescenti imaju duže telomere u poređenju sa telomerama osoba srednjih godina. Ispitivali smo uticaj pola, broja godina, odnosa struk/kuk, konzumiranja alkohola, cigareta, bavljenja sportom, načina ishrane i postojanja nekih oboljenja. Utvrđeno je da adolescentkinje imaju značajno više telomere u odnose na mladiće, da osobe sa nekim organskim oboljenjem imaju kraće telomere od potpuno zdravih osoba. Osobe koje

unose više povrća takođe imaju duže telomere. Druge studije su pokazale pozitivnu vezu između dužine i težine na rođenju sa dužinom leukocitnih telomera. Ovaj podatak je od značaja jer mala težina na rođenju i ubrzani rast u kasnijem periodu su poznati faktori rizika za kardiovaskularne bolesti kasnije u životu, pa se merenjem dužine telomera od rođenja i u različitim periodima u životu može proceniti opšti zdravstveni status organizma, sklonost ka određenim bolestima i sposobnost organizma da se bori u različitim kliničkim situacijama kasnije u životu.

*

MIELODISPLASTIC SYNDROMES IN CHILDREN; DO WE REALLY FACE THEM SO RARELY?? (Review)

Prof. As. Donjeta BALI (ALIA)

Onco/hematologic Service, Pediatric Department, UHCT- "Mother Theresa"

Background: Myelodysplastic syndrome (MDS) are relatively unusual in childhood, encompasses a diverse group of bone marrow disorders that share a common clonal defect of stem cells and that result in ineffective hematopoiesis with dysplastic changes in the marrow, representing only 3% of pediatric hematological malignancies These disorders were earlier variously described as preleukemia or pre-acute lymphoblastic leukemia, that it has been reported that up to 17% of pAML cases may have a previous myelodysplastic phase.

The incidence of p-MDS is 1-4 cases/1 million population year. The median age at presentation in children is 6.8 years, but a greater incidence occurred in children younger than 1 year of age.

Although several series of MDS in childhood have been reported, epidemiological data are very limited, because are so rare and due to the difficulties in diagnosis and classification.

Over two thirds of p-MDS patients will become long-term survivors, although significantly inferior outcome is seen in t-MDS.

Aim: Making a review of contemporary literature on causes, classification,

diagnose and differences with adults MDS.

Conclusion: Diagnosis of pediatric MDS often requires analysis by a team of experienced pediatric hematologists and hematopathologists, but not only. Understanding better the disease and the recommendations for management, in conjunction with multiple molecular studies and with the rapid advancement of the technologies, we hope to diagnose, characterize and treat these disorders more effectively in the future. With the number of children being cured of cancer constantly rising, a significant increase in secondary or chemotherapy-related myelodysplasia is being observed, and these disorders represent a formidable challenge for pediatric hematologists.

Key words: MDS, children, rare, diagnose, differences.

*

TROMBOZA I TROMBOFILIIA U DJECE

Prof. dr Jelena Roganović

Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za pedijatriju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Hrvatska

Tromboze u djece su rijetke zbog specifičnih protektivnih osobitosti hemostatskog sistema i manje izloženosti vanjskim protrombotičkim faktorima od odraslih. Posljednjeg desetljeća sve se češće dijagnosticiraju u pedijatrijskoj populaciji, osobito u hospitalizirane djece, zahvaljujući većem znanju i napretku medicine, s boljim dijagnostičkim tehnikama i većem preživljavanju djece s potencijalno fatalnim i kroničnim bolestima koje mogu predisponirati trombozu.

Tromboza je u djece gotovo uvijek udružena s podležećom bolesti i/ili faktorima rizika. Postoji niz prirođenih i stečenih patoloških stanja organizma koja uvjetuju sklonost trombozi. U većine djece su prisutni multipli faktori rizika. Stanja povećanog rizika za nastanak tromboze nazivaju se trombofilije, a mogu biti nasljedne i stečene. Najčešći genetski faktori rizika su faktor V Leiden, mutacija gena za protrombin

(protrombin 20210A), deficit proteina C, S i antitrombina III, povišen lipoprotein (a) i hiperhomocisteinemija. Najčešći stečeni faktori rizika u djece su centralni venski kateteri, antifosfolipidni sindrom, maligne bolesti i teške infekcije. Prepoznavanje bolesnika s rizikom za trombozu je prvi korak prema uspješnoj prevenciji.

Optimalni terapijski pristup u djece nije usuglašen ni u pogledu izbora antikoagulantnog lijeka (niskomolekularni heparin, standardni heparin, antagonisti vitamina K) niti duljine terapije i većina preporuka se bazira na preporukama za odrasle. Dijete sa sumnjom na trombozu je potrebno uputiti u medicinski centar s iskustvom u dijagnozi i liječenju ovih poremećaja.

Kompletna dijagnoza i pravodobna adekvatna terapija značajno poboljšavanju ishod liječenja.

*

SIGURNOST TRANSFUZIJSKOG LIJEČENJA U PEDIJATRIJI

Prim. dr Gordana Rašović

Zavod za transfuziju krvi Crne Gore, Podgorica, Crna Gora

Primjena krvi u liječenju, predstavlja svakodnevni tretman u zdravstvenim ustanovama širom svijeta. Transfuziološka terapija predstavlja lijek izbora u borbi za spašavanje i očuvanje života a primjenjena na pravi način, u teškim stanjima kao suportivna terapija, značajno unaprijeđuje kvalitet života.

Međutim, pored velikog značaja i nezamjenljivog učinka, složenost structure ovog lijeka, čija primjena imunološki gledano, predstavlja transplantaciju živog tkiva, na žalost, nosi sa sobom i niz rizika.

Upravo to saznanje, obavezuje zdravstvene ustanove i kompetentne autoritete zdravstvenog sistema svake zemlje da obezbijede uslove i omoguće standardizaciju ovog lijeka humanog porijekla, usvajanjem preporuka i uspostavljanjem usvojenih standarda u ovoj oblasti.

Danas na žalost, ni najmlađa populacija nije pošteđena teških oboljenja u kojima je primjena krvi/komponenata krvi lijek koji se ne može izbeći.

Djeca kao izuzetno vulnerabilna starosna grupa, imaju posebne zahtjeve u različitim periodima njihovog razvoja koji se moraju uzeti u obzir. Mora se voditi računa o izuzetno izraženoj osjetljivosti na moguće infektivne i toksične efekte transfuzije zbog nezrelosti imunog i metaboličkog sistema u toku njihovog naglog razvoja neurovegetativnog sistema u periodu neonatusa, ali i o mogućim odloženim sporednim efektima transfuzije koji mogu izazvati posledice u budućem životu koji je tek pred njima.

Specifičnosti odnosno posebni zahtjevi o kojima govorimo, odnose se na:

1. Ukupan volumen krvi
2. Hematološke vrijednosti
3. Građu i sastav krvnih ćelija
4. Rezistenciju eritrocita
5. Sazrevanje imunog sistema
6. Tolerancija na hipovolemiju i hipoksiju

Normalne hematološke vrijednosti u pedijatriji

Hemoglobin (Hb)		g/dl
	Neonatus (2-6 mjeseci)	10-15
	Dijete (1-12 godina)	11-16
	Adolescenti – muški pol	13-16
	Adolescenti – ženski pol	12-16
	Kritične vrijednosti	< 5 ili >20
Broj trombocita		X 10 ⁹ /l
	Neonatus/dijete/adolescent	150 - 450
	Kritične vrijednosti	< 30 ili > 710

Normalne vrijednosti Skrininga koagulacije – INR

INR (International Normalized Ratio)		
	Neonatus (2-6 mjeseci)	0.9 – 1.2
	Dijete (1-12 godina)	0.9 – 1.2
	Adolescenti – muški pol	0.9 – 1.2
	Adolescenti – ženski pol	0.9 – 1.2
	Kritične vrijednosti	> 5

Prema svjetskoj literaturi, kao najčešći uzroci transfuzije krvi/komponenata krvi u dječjem uzrastu navode se stanja uzrokovana deficitom krvnih ćelija i/ili plazmatskih komponenata – faktora koagulacije, nastala smanjenom produkcijom ili povećanom potrošnjom kao što su:

1. Anemije različitog porijekla – poseban akcenat na anemije jatrogenog porijekla
2. Respiratori distres sindrom (RDS)
3. Intraventrikularna hemoragija
4. Sepsa, često udružena sa diseminovanom intravaskularnom koagulacijom (DIK)
5. Hiperbilirubinemija kod hemolizne bolesti novorođenčadi (HBN)
6. Krvarenja i infekcije kao poslijedica nerazvijenih kompenzatornih mehanizama

Takođe, prema podacima iz svjetske literature, što potvrđuju i naši podaci, najčešće transfundovana komponenta krvi u pedijatrijskoj populaciji su eritrociti.

Prema podacima Zavoda za transfuziju krvi Crne Gore u periodu od 01.06.2015. do 01.06.2018., zastupljenost transfuzija eritrocita bila je 16%, transfuzija ZSP 11% dok je zastupljenost transfuzija trombocita bila 8%.

Imajući u vidu navedene brojne specifičnosti u dječjem uzrastu, primjeni krvi u terapiji ovih pacijenata, mora se pristupati veoma restriktivno i sa posebnim oprezom.

To znači, da pedijatrijski pacijenti ne treba da budu izloženi nepotrebnim transfuzijama krvi gdje se potencijalni rizik transmisije uzročnika krvlju prenosivih bolesti, kao i onih do sada još ne otkrivenih, ne može u potpunosti isključiti. Takođe, ne manji rizik koji se potencira zbog svoje prisutnosti, predstavlja i ljudska greška.

Sigurnost transfuzijskog liječenja u pedijatriji postiže se zajedničkim djelovanjem pedijatrijskih ustanova koje primjenjuju krv i krvne komponente u liječenju i transfuzioloških službi.

ZADACI PEDIJATRIJSKE USTANOVE

Izuzetno važnu ulogu u prevenciji mogućih rizika transfuzije krvi ima ordinirajući ljekar odnosno pedijatar. Njegova odgovornost ogleda se u:

1. poštovanju pristupa restriktivne primjene krvi
2. sagledavanju raspoloživih alternativa liječenja,
3. postavljanju strogih indikacija za transfuziju krvi/komponenata krvi,
4. izbor prave komponente krvi,
5. obezbijeđenju poštovanja propisanih koraka u prijetransfuzijskom, transfuzijskom i post-transfuzijskom postupku,
6. praćenju terapijskih efekata,
7. prepoznavanju, evidentiranju i prijavi neželjenih događaja i neželjenih reakcija vezanih za transfuziju krvi,
8. sprovođenju kontinuirane edukacije kadra.

ZADACI TRANSFUZILOŠKE SLUŽBE

Uporedno sa tim, zadatak transfuziološke službe je da preduzme sve mjere u cilju standardizacije krajnjeg proizvoda i obezbijedi maksimalnu sigurnost lijeka.

Pored značajnog unaprijedjenja transfuziološke djelatnosti u svim segmentima njenog rada, prvenstveno u dijagnostici i terapijskom

pristupu, i dalje se razmišlja o brojnim rizicima koje sa sobom nosi.

U skladu sa svojom osnovnom djelatnošću a to je obezbijedenje dovoljnih količina sigurne krvi za potrebe liječenja građana Crne Gore, Zavod za transfuziju krvi Crne Gore u cilju zaštite najmlađe populacije, preduzima brojne mjere u skladu sa preporukama i usvojenim smjernicama u pedijatrijskoj praksi.

U tom smislu sprovedene su sledeće mjere bezbjednosti:

1. Uvođenje izuzetno osjetljive gel tehnike u dijagnostiku, za određivanje KG ABO i Rh sistema, DAT-a, odnosno prvih testova koji se zahtjevaju odmah po rođenju i koje je moguće uraditi samo iz jedne kapi krvi, čime je značajno smanjena mogućnost uvođenja neonata u jatrogenu anemiju;
2. Priprema pedijatrijskih doza krvi od redovnih, višestrukih davaoca krvi koji su retestirani na krvlju prenosive bolesti u kratkim intervalima, u cilju prevencije transmisije krvlju-prenosivih bolesti tokom "window perioda", značajno smanjuje mogućnost transmisije ovih uzročnika;
3. Poštovanje principa pripreme jedinica malog volumena od jednog davaoca po principu jedan davaoc - jedno dijete izbjegava se izlaganje primaoca polimorfnim antigenima više osoba;
4. Poštovanje principa usmjerene hemoterapije koja podrazumjeva primjenu ciljane komponente krvi u skladu sa utvrđenim deficitom, ostvaruje se očekivani učinak i smanjuje opterećenje nepotrebnim sastojcima;
5. Priprema jedinica krvi/komponenata krvi sa redukovanim brojem leukocita centrifugiranjem i otklanjanjem buffy-coata - smanjuje mogućnost pojave mogućih neželjenih efekata;
6. Poštovanje principa sterilnosti u kontrolisanim uslovima primjenom savremenih metoda sterilne konekcije u pripremi komponenata krvi - smanjuje mogućnost sekundarne infekcije;
7. Obezbijedenje uslova za pravilno skladištenje komponenata krvi u skladu sa propisanim standardima obezbijeđuje maksimalno očuvanje aktivnih sastojaka u jedinicama krvi i postizanje boljeg terapijskog efekta,
8. Sprovođenje kontinuirane edukacije kadra.

Dodatne planirane mjere koje je neophodno preuzeti u cilju

daljeg smanjenja rizika liječenja transfuzijom krvi a koje su u nadležnosti Zavoda za transfuziju krvi, odnose se na uvođenje novih metoda kao što su: univerzalno filtriranje komponenata krvi namjenjenih pedijatrijskoj populaciji, inaktivacija patogena u plazmatskim komponentama i ozračivanje komponenata krvi.

Postizanje krajnjeg cilja kome svi težimo a to je bezbjednost transfuziološkog liječenja u pedijatrijskom uzrastu, može se postići samo timskim radom svih učesnika - ginekologa, pedijatra i transfuziologa i strogim poštovanjem preporuka i usvojenih standarda. U tom smislu neophodna je izrada protokola liječenja u skladu sa preporukama i nacionalnih vodiča transfuziološkog liječenja u pedijatrijskoj populaciji na osnovu sopstvenog iskustva kao i kontinuirano unaprijeđivanje znanja na svim nivoima.

SAFETY OF TRANSFUSION TREATMENTS IN PEDIATRICS

Prim. dr Gordana Rašović

Blood Transfusion Institute of Montenegro, Podgorica, Montenegro

Use of blood in curing is a daily treatment in health care institutions around the world. Transfusion therapy is a medication of choice in a life-saving fight and if applied in the right way, as a supportive therapy in difficult conditions, it can significantly improve the quality of life.

However, in addition to the great significance and indispensable effect, the complexity of the structure of this medicine, considering that its application immunologically represents the transplantation of living tissue, unfortunately, carries with it a series of risks.

It is precisely this knowledge that obliges health institutions and competent authorities of the health system of each country to provide conditions and enable the standardization of this medicine of human origin, adoption of recommendations and the establishment of adopted standards in this field.

Today, unfortunately, not even the youngest population is spared severe illnesses in which blood / blood components represent a medicine that cannot be avoided.

Children, as an extremely vulnerable age group, have special requirements in different periods of their development that must be considered. Care must be taken of the extreme sensitivity to the possible infectious and toxic effects of transfusion due to the immaturity of their immune and metabolic system while they are still going under rapid neurodevelopment in the neonates period, but also about the possible delayed side effects of transfusion that can cause consequences in the future life ahead of them.

The specificities or specific requirements we are talking about refer to:

1. Total blood volume
2. Hematological values
3. The structure and composition of blood cells
4. Erythrocyte resistance
5. Immune system maturation
6. Tolerance to hypovolemia and hypoxia

Normal hematological values in pediatrics

Hemoglobin (Hb)		g/dl
	Neonatus (2-6 months)	10-15
	Child (1-12 years)	11-16
	Adolescents – males	13-16
	Adolescents – females	12-16
	Critical values	< 5 ili >20
Platelet count		X 10 ⁹ /l
	Neonatus/child/adolescent	150 - 450
	Critical values	< 30 ili > 710

Normal values of coagulation screening - INR

INR (International Normalized Ratio)

INR (International Normalized Ratio)		
	Neonatus (2-6 months)	0.9 – 1.2
	Child (1-12 years)	0.9 – 1.2
	Adolescents – male	0.9 – 1.2
	Adolescents – female	0.9 – 1.2
	Critical values	> 5

According to the world literature, the most common causes for blood transfusions / blood components among children are conditions caused by the deficiency of blood cells and / or plasma components - coagulation factors, caused by reduced production or increased consumption, such as:

1. Anemia of different origins - a special emphasis at the anemia of iatrogenic origin
2. Respiratory Distress Syndrome (RDS)
3. Intraventricular hemorrhage
4. Sepsis, often associated with disseminated intravascular coagulation (DIK)
5. Hyperbilirubinemia in neonatal hemolysis (HBN)
6. Bleeding and infection as a result of immature compensatory mechanisms

Also, according to data from world literature, and confirmed by our data, the most frequently transfused component of blood in the pediatric population is Red cells.

According to the data of the Blood Transfusion Institute of Montenegro in the period from 01.06.2015. to June 1, 2018, the prevalence of Red cells transfusions was 16%, transfusion of ZSP 11%, and platelet transfusion was 8%.

Bearing in mind the numerous specifics in childhood, the use of blood in the treatment of these patients must be approached very restrictively and with special caution.

This means that pediatric patients should not be exposed to unnecessary blood transfusions in which the potential risks of transmission of the causes of the blood transmissible diseases, as well as those that have not yet been detected, cannot be completely excluded. Also, another risk that is emphasized because of its common presence, is human error.

The safety of transfusion treatment in pediatrics is achieved by the joint action of pediatric institutions that use blood and blood components in treatment and transfusion services.

TASKS OF PEDIATRIC INSTITUTIONS

An extremely important role in preventing possible blood transfusion risks is given by a doctor or pediatrician. His responsibility is reflected in:

1. Respecting the approach to restrictive blood use
2. Consider the available alternatives to treatment,
3. Setting strict indications for transfusion of blood / blood components,
4. Choosing the right blood component,
5. Ensuring compliance with the prescribed steps in pre-transfusion, transfusion and post-transfusion procedures,
6. Monitoring of therapeutic effects,
7. Identifying, recording and reporting adverse events and undesirable blood transfusion reactions,
8. Conducting continuous training of personnel.

TASKS OF THE TRANSFUSIOLOGICAL SERVICE

At the same time, the task of the transfusion service is to take all measures in order to standardize the final product and ensure the maximum safety of this medicine.

In addition to the significant improvement in transfusiological activity

in all segments of its work, primarily in the diagnosis and therapeutic approach, numerous risks are being considered.

In accordance with its basic activity, which is providing sufficient amounts of safe blood for the needs of citizens of Montenegro and in order to protect its youngest population, Montenegrin Blood Transfusion Institute takes a number of measures in line with recommendations and adopted guidelines in pediatric practice.

In this regard, the following security measures have been implemented:

1. Introduction of extremely sensitive gel technique in diagnostics, for determination of Blood group of ABO and Rh system, DAT, as first tests that are required immediately after birth and which can only be done from one drop of blood, which significantly reduced the possibility of introducing neonates into iatrogenic anemia;
2. Preparation of pediatric doses of blood from regular, multiple blood donors that have been retested at the blood of transmissible diseases at short intervals in order to prevent the transmission of blood-transmissible diseases during the "window period" significantly reduces the possibility of transmission of these agents;
3. Respecting the principle of the preparation of small volume units by one donor on the basis of one donor - one child is avoided exposure of the recipient to several polymorphic antigens;
4. Respecting the principles of targeted chemotherapy, which implies the application of the target blood component in accordance with the defined deficit, the expected effect is achieved and the burden of unnecessary ingredients is reduced;
5. Preparation of blood units / blood components with reduced number of leukocytes by centrifugation and removal of buffy coat - reduces the possibility of possible adverse effects;
6. Respecting the principles of sterility in controlled conditions using modern methods of sterile connection in the preparation of blood components - reduces the possibility of secondary infection;
7. Provision of conditions for the proper storage of blood components in accordance with the prescribed standards provides maximum preservation of the active ingredients in the blood units and achievement of a better therapeutic effect;

8. Conducting continuous training of personnel.

Additional planned measures that need to be taken in order to further reduce the risk of blood transfusion under the responsibility of the Blood Transfusion Institute are related to the introduction of new methods such as: Universal filtering of blood components for pediatric population, inactivation of pathogens in plasma components and irradiation blood components.

The achievement of the ultimate goal to which we all strive, and that is the safety of transfusiological treatments in pediatric age, can be achieved only by the team work of all participants - gynecologists, pediatricians and transfusologists, and strict adherence to recommendations and adopted standards.

In that sense, it is necessary to develop treatment protocols in accordance with the recommendations and national guidelines for transfusiological treatment in the pediatric population based on our own experience, as well as continuous improvement of knowledge at all levels.

*

PRISTUP DJETETU SA SUMNJOM NA POREMEĆAJ HEMOSTAZE

Maja Kavarić, Darija Ljubić

Klinički centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Podgorica

Uvod. Prije započinjanja laboratorijske obrade bilo kog pacijenta sa sumnjom na poremećaj hemostaze, dužnost hematologa je prije svega da potvrdi da pacijent ima kliničku istoriju, znakove i simptome koji ukazuju na poremećaj krvarenja. Ovo nije lak zadatak jer blago krvarenje imodrice su uobičajene u opštoj populaciji. Dodatno, kod djece je otežavajuća okolnost činjenica da mnogi od njih nisu imali specifične hemostatske izazove kao što su operacije ili menarha koji bi mogli ukazati na poremećaj krvarenja. Svi ovi faktori otežavaju postavljanje dijagnoze poremećaja krvarenja u pedijatrijskom uzrastu. Stoga nas do tačne dijagnoze vodi prvenstveno detaljna lična i porodična anamneza, te kompletan fizikalni

pregled i skup adekvatnih laboratorijskih ispitivanja. Djeca sa sumnjom na poremećaj krvarenja mogu se prezentovati na različite načine: sa znakovima i simptomima krvarenja, abnormalnim rezultatima skrining testova u toku preoperativne pripreme ili sa pozitivnom porodičnom anamnezom krvarenja.

Klinička slika i evaluacija: Inicijalni skup pitanja treba da utvrdi sledeće: najčešće mjesto i vrstu krvarenja, da li postoji krvarenje na hemostatski izazov, kao što su operacije ili traume, i porodičnu istoriju krvarenja.

Značajno hirurško ili postoperativno krvarenje, rektalno ili genitourinarno krvarenje kao i krvarenje u velike mišiće ili zglobove se lako identificuje kao abnormalno, ali oni predstavljaju manjinu novih slučajeva. Najčešći izazov za ljekara se sastoji u razlikovanju blagih ali čestih simptoma poremećaja krvarenja, kao što je lako izbijanje modrica i mukozno krvarenje (npr. epistaksa, menoragija, krvarenje iz orofaringsa), od onih sa kojima se susreću zdrava djeca, a zatim određivanje kada je dodatna laboratorijska evaluacija potrebna. Velike modrice bez prethodne značajne traume, diseminovane petehije, intramuskularni hemATOMI, hemarthroze obično ukazuju na poremećaj krvarenja. Menoragija koja se definise kao prekomjerno ciklično krvarenje iz uterusa koje se javlja u redovnim intervalima tokom nekoliko ciklusa, ili produženo krvarenje koje traje više od 7 dana, takođe je česti znak za blagili umereni poremećaj krvarenja (uključujući VWD, poremećaj fincije trombocita i druge koagulopatije) i može brzo dovesti do teške anemije i smanjenog kvaliteta života. Sve adolescentkinje sa menoragijom treba ginekološki pregledati, testiranje na poremećaj krvarenja nije uvek neophodno, posebno u odsustvu lične i porodične istorije krvarenja ili drugih manifestacija krvarenja. Krvarenje nakon hirurške procedure (npr. cirkumcisija, tonzilektomija) ili npr. ekstrakcije zuba takođe može biti povezano sa poremećajima hemostaze. Ovaj tip obično se manifestuje kaone kontrolisano krvarenje tokom ili posle procedure, krvarenje koje se proteže izvan hirurškog mesta, neočekivana potreba za transfuzijom krvi ili odloženo krvarenje poslije procedure. Moguće je i da se nasledna hemoragijska telangiaktazija manifestuje kao mukozno krvarenje, naročito kao epistaksa. Profuzno krvarenje u meka tkivaili zglobove ukazuje na nedostatak koagulacionog faktora (kao što su faktori VIII ili IX). Umbilikalno krvarenje je obično udruženo sa nedostatkom faktora XIII, ali takođe i sa nedostatkom protrombina, faktora X i fibrinogena.

Ukratko, treba razmotriti anatomske abnormalnosti, poremećaj broja i funkcije trombocita (primarna hemostaza), i kvantitativne i kvalitativne defekte stvaranja i održavanja koagulum (sekundarna hemostaza). Potrebno je napraviti razliku između naslednih i stečenih poremećaja krvarenja. Razmotriti česte bolesti prije rijetkih, stanja životno ugrožavajuća od onih koja se lako zbrinjavaju.

Skrining testovi: Svaki od koagulacionih faktora unutrašnjeg puta (prekalikrein, kininogen velike molekulske mase, i FVIII, FIX, FX i FXI) se može provjeriti putem aPTT testa. Svaki od koagulacionih faktora spoljašnjeg i zajedničkog puta (FV, FVII i FX) se može izraziti putem PT testa.

Cilj rada. Svrha hematološkog ispitivanja je da se kod djeteta sa velikim brojem diferencijalnih dijagnoza u opticaju, suzi izbor na one koje su najvjerovatnije, a sve na osnovu pažljivo pregledane medicinske dokumentacije, porodične istorije, detaljnog fizikalnog pregleda i učinjenih laboratorijskih testova koji će na kraju i inicirati definitivnu dijagnozu i započinjanje terapije, ako je neophodno.

*

PREVENCIJA CITOMEGALOVIRUSNE INFEKCIJE U PERINATALNOM PERIODU

Lidija Banjac, Danojla Dakić, Mira Rudanović, Goran Banjac

Klinički centar Crne Gore, Centar za neonatologiju, Podgorica

Citomegalovirus (CMV) je DNK virus iz grupe herpesvirusa. Virus je ubikvitan, nalazi se u sekretima (pljuvaka, suze, semena tečnost, urin, cervikalna sekrecija), krvi (bela krvna zrnca) i majčinom mleku (90% seropozitivnih žena ima CMV u mleku). CMV je najčešći uzočnik kongenitalnih infekcija (incidenca ~ 0,2-2,2% živorodenе dece).

Kongenitalna CMV (cCMV) infekcija je značajan uzrok oštećenja sluha, oštećenja vida, mentalne retardacije i cerebralne paralize. U Americi svake godine 400 dece umire zbog cCMV infekcije, a 8.000 razvije trajna oštećenja.

Primarna infekcija (serokonverzija) se dešava u periodu puberteta. Obično je asimptomatska, a u oko 10% slučajeva se ispoljava kao mononukleozni sindrom (groznica, zamor i limfadenopatija). Povećanje titara IgG četiri puta je najverovatniji dokaz za primarnu infekciju. "Neprimarne" infekcije su reaktivacija latentne infekcije i reinfekcija novim tipom CMV. Virus se može preneti na fetus nakon primarne ili rekurentne infekcije. Približno 10% inficirane novorođenčadi su simptomatska na rođenju, a mnoga razvijaju sekvele tokom prvih 5 godina života.

Prevencija cCMV infekcije podrazumeva:

1. Prevencija infekcije/izloženosti majki - promene u higijenskim navikama kod seronegativnih trudnica i izbegavanje kontakta sa CMV pozitivnim osobama. Higijenske, preventivne mere uključuju često pranje ruku, nošenje rukavica u radu sa decom, izbegavanje ljubljenja dece, razmjenjivanja hrane, pića ili pribora za jelo sa malom decom i izbegavanje čišćenja igračaka, pulta i drugih površine, koje dolaze u dodir sa urinom ili pljuvačkom dece.
2. CMV vakcina - U toku su klinička ispitivanja (III faza kliničkih ispitivanja) za primenu vakcine, koja će biti efikasna za sprečavanje kongenitalne infekcije.
3. Prevencija transmisije CMV od majke na dete - Kod trudnica sa primarnom infekcijom primena CMV hiperimunog globulina (HIG) u dozi od 100 U/kg, jedan put mesečno do porođaja.
4. Antiviralni tretman infekcije fetusa - Trenutno ne postoji efikasan tretman za CMV infekciju fetusa. Ganciklovir se koristi samo za lečenje teških infekcija kod novorođenčadi ili imuno-kompromitovanih majki.

Preporuke za prevenciju cCMV:

1. Rutinski serološki skrining trudnica na CMV infekciju.
2. Ukoliko nema mogućnosti da se svaka trudnica obuhvati skriningom, serološke testove treba raditi kod trudnica koje su imale "gripu-sličnu bolest" ili ultrazvučni nalaz koji ukazuje na CMV infekciju (npr. intrakranijalne kalcifikacije kod fetusa).
3. Trudnice koje imaju malu decu ili rade sa malom decom, treba da koriste rukavice i primenjuju rigorozno pranje ruku, pri promeni

pelena i nakon izloženosti respiratornim sekretima.

4. Serološki monitoring seronegativnih trudnica, koje rade u zdravstveno-vaspitnim ustanovama ili imaju malu decu.
5. Edukacija roditelja o izvoru infekcije i preventivnim, higijenskim merama za sprečavanje infekcije.

Cilj prevencije je smanjenje incidence cCMV infekcije, a samim tim i kasnih posledica, koje su u značajnoj meri uzroci invalidnosti (gluvoča, oštećenje vida, mentalna retardacija). U cilju prevencije treba da posluži i podizanje svesti o cCMV infekciji u opštoj populaciji, ali i među zdravstvenim radnicima.

*

ULOGA MIKROBIOMA NOVOROĐENČETA U DUGOROČNOJ PREVENCIJI BOLESTI

Prim. dr sci med Tatjana Nikolić

Ginekološko akušerska klinika Beograd

Mikroorganizmi, prevashodno bakterije, naseljavaju ceo naš organizam, pa i organe koje smo do nedavno smatrali sterilnim, kao što su pluća, mlečne žlezde i placenta. Crevna mikroflora ima brojne i veoma važne funkcije uključujući nutricione, fiziološke, metaboličke i imunološke, i sve je više dokaza da je mikrobiom jedan od najznačajnijih faktora koji određuju naše zdravstveno stanje. Tako se dizbioza smatra faktorom rizika za razvoj širokog spektra različitih patoloških stanja uključujući alergije, autoimune, kardiovaskularne i metaboličke bolesti, digestivne poremećaje, pa čak i psiholške probleme kao što su autizam, anksioznost i depresija. Najmlađi uzrost predstavlja značajan vremenski prozor za uspostavljanje interakcije domaćin- mikrobiom. Više veoma značajnih faktora određuju mikrobiotski sastav u ranom detinjstvu, ali se uz genetsku predispoziciju, vertikalna transmisija sa majke na dete tokom trudnoće, način završetka porođaja, gestacijska starost, tretman i ishrana u prvim danima života uzdvajaju kao posebno značajni za razvoj

mikrobioma. Činjenica da sastav mikrobioma može uticati na dugoročno zdravlje treba da podstakne dalja istraživanja rane kolonizacije i svih faktora koji je određuju.

*

TERAPIJSKA HIPOTERMIJA U LEČENJU NOVOROĐENČADI SA NEONATALNOM ENCEFALOPATIJOM

Ivana Jovanović, Olgica Rakić, Vesna Hajdarpašić, Marija Milić

Institut za neonatologiju Beograd, Srbija

Uvod: Hipotermija je trenutno standard u lečenju terminske novorođenčadi i novorodjenčadi granične zrelosti (≥ 36 gn) sa umereno teškim ili teškim oblikom hipoksično-ishemične encefalopatije (HIE). Rezultati velikih randomizovanih kontrolisanih studija i nekoliko publikovanih meta-analiza pokazali su da terapijska hipotermija kod novorodjenčadi sa umereno teškim ili teškim oblikom HIE značajno smanjuje kombinovani ishod- smrtnost i teške neurorazvojne poremećaje u uzrastu od 18 do 22 meseca, te poboljšava neurokognitivni ishod dece u predškolskom uzrastu. Od 2014. godine u Institutu za neonatologiju u Beogradu primenjuje se terapijska hipotermija u lečenju novorodjenčadi sa hipoksično-ishemičnom encefalopatijom prema protokolu i priručniku TOBY studije.

Cilj rada: Prikazati ulazne kriterijume za započinjanje terapijske hipotermije, neurološko praćenje novorodjenčadi encefalopatskim skorom i amplitudno integrisanom elektroencefalografijom (aEEG), incidencu neželjenih efekata i ishod dece pri otpustu iz bolnice.

Materijal i metode: Retrospektivna analiza podataka iz medicinske dokumentacije novorodjenčadi koja su lečena terapijskom hipotermijom u Odeljenju intenzivne nege Instituta za neonatolgiyu u periodu od marta 2014. do augusta 2018. godine. Podaci se odnose na perinatalne-neonatalne karakteristike, stepen encefalopatije, kliničke komplikacije i ishod pri otpustu iz bolnice.

Rezultati: Tokom četvorogodišnjeg perioda četrdeset i pet

novorođenčadi gestacijske zrelosti $38,86 \pm 1,47$ gestacijskih nedelja i PTM $3156,33 \pm 632,2$ g, ispunilo je kriterijume protokola za primenu terapijske hipotermije. Terapija je započeta $5,08 \pm 2,3$ sati po rođenju. Sva novorođenčad imala su znake perinatalne asfiksije: medijan Apgar skora $2(0-6)$ i $3(0-7)$ u 1. i 5. minutu, pH $6,93 \pm 0,17$, BE $-14,76 \pm 7,9$, laktati $13,92 \pm 4,3$. Dnevni encefalopatski skor bio je: medijan $12(3-18)$, $13(3-19)$, $11(4-18)$, $12(5-20)$ u periodu od 1-4 dana života. Po prijemu zapis aEEG-a: normalan zapis i konvulzije n=3, umereno abnormalan zapis n=21 (7 i konvulzije), burst suppression n=14, flat line n=7. Po završetku terapije: normalan zapis n=23, umereno abnormalan n=12, burst suppression n=5, flat line n=4. Intubacija i mehaničke ventilacije je primenjena kod 32 (69,6%) novorođenčadi. Medijan dužine primene mehaničke ventilacije bio je 5 dana (1-45). Analizirani su neželjeni efekti hipotermije tokom lečenja: sinusna bradikardija je registrovana kod 8-oro (17,7%) dece, hipotenzija kod 10 (22,2%), inotropni potporuje zahtevalo 34-oro (73,9%) novorođenčadi, akutna bubrežna insuficijencija je dijagnostikovana kod 5-oro (10,9%) dece. Konvulzije je imalo 38 dece (82,6%), i kupirane su phenobarbitonom. Hemoragijski sindrom je registrovan kod 7-oro (15,2%) dece. Trombocitopenija je registrovana kod 9 (20%), 19 (42,2%), 22 (48,8%) deteta u periodu od 1-3 dana. U grupi lečene novorođenčadi 39-oro (86,6%) je preživelo, a 6-oro (13,3%) dece sa teškom neonatalnom encefalopatijom je umrlo.

Zaključak: Analizom naših podataka zaključujemo da je terapijska hipotermija sigurna terapijska procedura sa značajnim pozitivnim efektom na ishod novorođenčadi sa hipoksično-ishemičnom encefalopatijom

Ključne riječi: Perinatalna asfiksija, hipoksično-ishemična encefalopatija, terapijska hipotermija.

*

**DELAYED PRESENTATION OF CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA
- BOCHDALECK**

Marija Dimitrovska-Ivanova¹², I. Nikolova¹²

¹Clinical hospital Stip-Department of Pediatrics, ²Faculty of Medical Sciences-University "Goce Delcev" Stip Macedonia

Background: Congenital diaphragmatic hernia – Bochdaleck (CDH) is embryological defect of diaphragm, allowing abdominal contents to enter the thorax and is associated with pulmonary hypoplasia, pulmonary hypertension, dextrocardia, malrotation and ductus arteriosus persistens. The incidence of CDH is 1,7-5,7 on 10000 life born infants. 90% of CDH-Bochdaleck is at left side. Although improvements in medical and surgical management have improved the outlook, survival remains at 60–70%.

Objective: To present a case of delayed clinical presentation of CDH-Bochdaleck and the outcome of urgent surgical intervention.

Material and methods: male newborn six days old delivered spontaneously from uncontrolled pregnancy with BW= 3700 g, APGAR 9/10. Four days after birth with tachypnea, weaker breastfeed and cyanosis in crying. On examination with sick crying, perioral cyanosis, palor skin, tachydispnoid and abdominal breathing. Auscultation – bilateral lower vesicular breathing in medial and basal parts. Heart rate tachycardic with tones more pronounced on the right. CBC with normal values. On chest X ray - intestinal loops in the region of the left lung, heart and mediastinum moved to the right. Child was put on mask oxygen therapy with 85-95% saturation. Nasogastric tube was placed and intravenously administrated Ceftriaxon, Prednisolon and 5% Dextrose. Patient was transferred to Pediatric Surgery department and was immediately operated.

Results: surgery was successful, with complete recovery and without complication. Child is followed outpatient by pediatrician and pediatric surgeon. Postoperative with one episode of obstructive bronchitis.

Conclusion: Regular ultrasound checks during pregnancy are especially important for detecting major congenital anomalies. Prenatal diagnosis improves prognosis and survival. This case has shown that CDH can manifest a few days later after birth which requires regular weekly checks of the newborn during the first month of life by the family pediatrician and early recognition of the clinical picture of CDH.

"GDJE SE SUSRECU MEDICINA I PRAVO U ZAŠTITI TRAUMATIZIRANE DJECE?"

Prof. dr. sc. Gordana Buljan Flander, Mia Roje, Romana Galić

Poliklinike za zaštitu djece i mladih Grada Zagreba

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije zdravljem, osim odsustva bolesti, smatra se i osjećaj osobne dobrobiti. Traumatiziranost djece u psihološkom smislu zbog zlostavljanja, zanemarivanja, svjedočenja nasilju ili nekih drugih traumatskih iskustava, sve više se prepoznaće kao javnozdravstveni problem, bilo da traumatizacija odgovara nekom dijagnostičkom etnitetu, bilo da narušava dobrobit i funkcioniranje djeteta, stavljući ga u rizik od razvoja somatskog ili psihološkog poremećaja. Zbog toga je traumatiziranu djecu važno promptno uključiti u tretman i spriječiti retraumatizaciju. S druge strane, pravosudni sustav ima zadatku utvrđivanja svih okolnosti nekog djela počinjenog na štetu djeteta, kada je dijete žrtva, ili djela počinjenog na štetu nekoga drugog, čemu je dijete svjedočilo pa se poziva u svojstvu svjedoka. Višekratna ispitivanja djeteta od strane osoba nedovoljno educiranih i senzibiliziranih za ovu problematiku, mogu dovesti do dvostrukog problema – slaba kvaliteta iskaza i dodatna traumatizacija djeteta. Također se postavlja problem vjerodostojnosti iskaza djeteta koje je u trenutku svjedočenja već uključeno u određene vrste psihoterapije. Ipak, vrlo važan dio oporavka djeteta od traumatskog iskustva upravo je jasan stav bližnjih, ali i društva u cijelini, da mu se vjeruje, da ono nije krivo i da će počinitelj biti prepoznat i kažnjen. Čini se da, ako stručnjaci u zdravstvu i stručnjaci u pravosuđu rade odvojeno slijedeći pravila samo svoje struke, postupat će kontradiktorno, a paradoksalno s istom svrhom zaštite djeteta; holistička dobrobit djeteta teško će se ostvariti. Svjetski i europski trendovi temeljeni na praksi i znanosti unazad nekoliko desetljeća sustavno naglašavaju važnost multidisciplinarnog i intersektorskog pristupa i suradnje jer traumatiziranom djetetu treba dobro organizirana i kontinuirana podrška u svim instancama sustava. Cilj ovog predavanja je direktno i konkretno pronaći točke preklapanja zdravstva i pravosuđa, točke razdvajanja ove dvije oblasti uz granice dužnosti i odgovornosti svake od njih, prikazati primjere dobre prakse suradnje te živim primjerima pokazati da zajedničkim snagama možemo učiniti najviše za one kojima je to najpotrebnije.

PROTOKOL ZA ZAŠITU ZLOSTAVLJENE I ZANEMARENDE DECE – ZAŠTO JE VAŽAN

Milica Pejović -Milovančević

*Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Institut za mentalno zdravlje,
Beograd*

Zlostavljana deca pate od velikog broja fizičkih, emocionalnih i razvojnih problema, koji ugrožavaju njihovo zdravlje, njihovu sposobnost da uče i produktivnost u kasnijem životu. Posledice koje zlostavljanje ostavlja u duši deteta nisu vidljive, ali nažalost traju čitav život. Prema procenama UNICEF-a, u svetu danas oko 40 miliona dece mlađe od 14 godina zahteva medicinsku i društvenu negu zbog zlostavljanja i zanemarivanja. Konvencija o pravima deteta zahteva zaštitu dece od „svih oblika fizičkog i mentalnog nasilja“ i zahteva od država da preduzmu sve zakonske, administrativne i druge mere u cilju zaštite deteta od svih oblika nasilja, zlostavljanja, zanemarivanja ili nemarnog postupanja.

Zaštita dece je integralni deo podrške dečjem razvoju, zdravlju i blagostanju. Uloga zdravstvenog sistema u zaštiti dece je jasna – stvaranje okruženja u kome svako, od roditelja do zdravstvenog radnika i ministra, preuzima svoj deo odgovornosti kako bi se obezbedila sredina u kojoj je svako dete zaštićeno od zlostavljanja i zanemarivanja.

Ministarstvo zdravlja Crne Gore u saradnji s kancelarijom UNICEFa za Crnu Goru formiralo je Radnu grupu koja u saradnji s inostranim konsultantima (Prof. Kevin Brown I Doc. M. Pejović Milovančević) izrađuje Posebni protokol sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja, u kojem se jasno definišu uloge i odgovornosti zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, kao i mehanizmi saradnje ustanova i institucija iz različitih sektora u prevenciji i zaštiti dece od zlostavljanja i zanemarivanja. Ono što izdvaja sistem zdravstvene zaštite od drugih sistema jeste prevencija. Stvorimo u svojoj sredini, u svom okruženju uslove da svako dete raste bezbedno i srećno. Prihvatimo sopstvenu društvenu odgovornost i pružimo svakom detetu priliku da u potpunosti razvije svoje potencijale u svim domenima razvoja.

Stvorimo okruženje u kojem prioritete predstavljaju bezbednost

i sreća svakog deteta. Multisektorska saradnja je ključna u zaštiti dece od svih oblika nasilja. Vlada Crne Gore izradom Protokola za zdravstvo iskazuje snažnu spremnost da svakodnevno jača ovaj vid saradnje u cilju realizacije željenih rezultata. Odgovornost svakog od sektora i svakog od profesionalaca uključenih u lanac prevencije i zaštite je jednako važna.

*

CHILD ABUSE AND VIOLENCE

Prof. dr Paola Miglioranzi (ITALIJA)

Data from the WHO report that worldwide, 1 in 4 adults were physically abused as children.

Child maltreatment is widespread: 23% of all children suffered in 2016 child abuse, 36% emotional abuse, 16% physical neglect, 18% girls and 9% boys sexual abuse.

Child maltreatment has serious consequences: the effects can be immediate. Victims of child maltreatment can suffer serious injuries — or die. Every year, about 41,000 children under 15 years are victims of homicide. More deaths from child maltreatment go unreported — since they're incorrectly documented as due to other causes. The consequences of child abuse can also last a lifetime. Adults who were abused or neglected as children have a higher risk of: perpetrating or being a victim of violence, depression, obesity, high-risk sexual behaviours and unintended pregnancies, harmful use of tobacco, drugs and alcohol.

One of the less known forms of abuse is domestic violence. Even if the child only witnesses the violence between his parents or hears the screams from a different room, this may have many devastating consequences.

A key strategy in preventing domestic violence is the promotion of respectful, nonviolent relationships through individual, community, and societal level change.

*

PREVENTION OF VIRAL HEPATITIS INFECTION IN CHILDREN

Prof. dr Tudor L. Pop (RUMUNIJA)

Assoc. Prof. Tudor L. Pop, MD, PhD

*2nd Pediatric Clinic, University of Medicine and Pharmacy "Iuliu Hatieganu"
Cluj-Napoca, Romania*

Viral hepatitis still remains a public health problem all over the World. Liver infection can be caused by one of the hepatitis A (HAV), B (HBV), C (HDV), D (HDV), or E (HEV) viruses. Even though the prevalence of HBV infection is decreasing over the last 20 years due to vaccination, it remains an important issue. Prevention is the main option to reduce viral hepatitis. During childhood, viral hepatitis may evolve without significant clinical manifestations. At adulthood, hepatitis can be accompanied by severe complications of cirrhosis and hepatocellular carcinoma, which shows the importance of preventive measures for HBV, HCV, and HDV.

HAV infection is transmitted fecal-orally, being frequent in high endemic areas. Transmission is by person-to-person or by contact with contaminated food. Generally it has an evolution without clinical severity, but it can also have fulminant evolution. Prevention can be done with the aid of the anti-HAV vaccine or appropriate hygiene measures.

HBV transmission may be from mother to child or by contact with infected blood or blood products. HBV infection can be prevented by immediate post-natal administration of the anti-HBV vaccine according to national vaccination programs. Natural birth and breastfeeding should not be avoided in a mother with chronic hepatitis B. HDV can only be present with HBV infection, so prevention of HBV infection is of particular importance in preventing HDV infection.

Chronic Hepatitis C is transmitted mainly via the vertical route, with other modalities of transmission being less important in the Balkan countries compared to the Western Europe countries. There is no anti-HCV vaccine, so measures to prevent blood transmission will reduce the risk of infection.

HEV infection is an important source of hepatitis in countries from Asia, Africa and the Middle East, and is rarely described in the countries of

our region. Preventive measures are hygienic-dietary measures: avoiding uncooked meat, strict hygienic measures, and ribavirin treatment of pregnant infected females.

Through a better knowledge of preventive measures, through the education of the population about viral hepatitis, we can hope for a decrease in the prevalence of infections and complications in the future.

*

DOBRA EVALUACIJA HOLESTAZNE ŽUTICE ODOJČETA – PREVENCIJA KOMPLIKACIJA

GOOD EVALUATION OF CHOLESTASIC JAUNDICE – PREVENTION OF COMPLICATIONS

Biljana Vuletić

Univerzitet u Kragujevcu, Fakultet medicinskih nauka, Pedijatrijska klinika Kragujevac, University of Kragujevac, Serbia, Faculty of Medical Sciences, Department of Pediatrics

Holestazna žutica odojčeta nije tako česta u odojačkom periodu (1 na 2500 terminske novorodjenčadi) ali je potencijalno ozbiljan problem koji uzrokuje hepatobilijarnu disfunkciju. Rana detekcija holestazne žutice od strane pedijatra neonatologa ili pedijatra primarne zdravstvene zaštite i pravovremena tačna dijagnoza gastroenterologa je najvažnija za njen uspešan tretman i optimalnu prognozu.

Holestaza se definiše kao poremečaj sastava žuči i redukovani protok, što ima za posledicu retenciju frakcije žuči koju jetra inače normalno ekskretuje u intestinalni lumen. Prepoznaje se pregledom seruma sa povišenim vrednostima konjugovanog (ili direktnog) bilirubina i žučnih kiselina koji imaju glavnu ulogu u razvoju hepatobilijarne disfunkcije. Iako holestaza i hiperbilirubinemija nisu sinonimi, za vreme holestaze normalan protok žučnih kiselina i ekskrecija konjugovanog bilirubina u žuč su poremećeni. Stoga je konjugovana hiperbilirubinemija (ili direktna) praktično glavni klinički marker i suština holestaze.

Iako je 30 - 50% terminske novorođenčadi „žuto“ posle rođenja, i najčešći uzrok je fiziološka žutica, holestaza skoro uvek reflektuje hepatično oštećenje izazvano različitim bolestima. Prirodu tih bolesti je neophodno što pre razjasniti u cilju adekvatnog tretmana i sprečavanja dugoročnih posledica. Holestaza može biti bilijarnog porekla (opstrukcija velikih ili malih žučnih kanala) ili hepatocelularna (defekt membranskog transporta, embriogeneze ili metaboličke disfunkcije).

Najčešći uzrok holestazne žutice u prvim mesecima života je bilijarna atrezija (25-40%) i retka genetska oštećenja (25%) mada često u visokom procentu etiologija ostaje nepoznata što može biti u korelaciji sa prematuritetom ili dugotrajnom upotreboom parenteralne ishrane. Često upotrebljavan descriptivni termin „idiopatski neonatalni hepatitis“ kao uzrok neonatalne holestaze, počinje da se menja sa otkrićem novih metoda u dijagnostičkoj evaluaciji - DNK skvencijalne tehnologije. Drugi razlozi holestaze novorodjenčeta su ekstrahepatične opstrukcije zbog kamena u *ductus communis*-u, cista *duktus choledohus*-a, bolesti metabolizma kao tirozinemija tip 1, galaktozemija, urođene greške metabolizma žučnih kiselina, panhipopituitarizam, Sy Alagille, infekcije, parenteralna ishrana i širok spektar veoma retkih bolesti jetre.

Konjugovana hiperbilirubinemija podrazumeva porast konjugovane frakcije bilirubina $> 20\%$ u odnosu na totalni bilirubin ili serumsku vrednost $\geq 1\text{mg/dl}$ ($17 \mu\text{mol/l}$). Ako je detektovana u prva 24 sata života uglavnom je izazvana infekcijom ali bez obzira na uzrok i uzrast, klinička prezentacija je veoma slična i podrazumeva: žuticu, pojавu tamnog urina i stolice bledo sive prebojenosti, slabije napredovanje u telesnoj masi, novorođenčad su mala za gestacionu starost, prisutna je dizmorfija, hepatosplenomegalija, retko ascites, šum na srcu i sklonost krvarenju (Tabela br 1.)

Tabela br.1. Najčešći uzroci konjugovane hiperbilirubinemije

Kongenitalna infekcija (*TORCH*)

Genetska oboljenja (trizomija 18, 21)

Endokrine bolesti (hipopituitarizam, hipotireoidizam)

Strukturna oštećenja (bilijarna atrezija, cista holedoha, Karolojeva bolest)

Metaboličke bolesti jetre (deficit alfa 1 antitripsina, cistična fibroza, galaktozemija, fruktozemija)

Imunološke bolesti (neonatalni *lupus erythematosus*, neonatalna holestaza sa autoimunom hemolitičkom anemijom)

Pojavu žutice u svakog novorođenčeta, bez obzira na gestacionu starost koja traje 14 dana, treba ispitati radi diferencijalne dijagnostike. Ispitivanje podrazumeva inicijalne, bazalne laboratorijske analize (bilirubin konjugovani $>20 \mu\text{mol/l}$, aminotransferaze, alkalna fosfataza, GGT, glukoza, albumini, protrombin, tromboplastin, urin) a zatim dopunsku dijagnostiku, ultrazvuk, hepatobilijarnu scintigrafiju, *MRCP*, intraoperativnu holangiografiju i biopsiju jetre kao „zlatni standard“.

Tretman ovih bolesti podrazumeva suportivnu terapiju i kada je to moguće definitivnu, medikamentoznu ili hiruršku.

Ključne reči: žutica odojčeta, hiperbilirubinemija, holestaza

Key words: infants jaundice, hyperbilirubinemia, cholestasis

LITERATURA:

1. Kelly A. Deirdre. *The approach to the child with liver disease:differential diagnoses and useful investigations*. In: Deirdre A. Kelly,ed: *Diseases of the liver and biliary system in children*, 3 rd ed. Chichester: Wiley-Black Well; 2008;21-34.
2. Roberts Eva. *Neonatal liver disease*. In: In: Deirdre A. Kelly,ed: *Diseases of the liver and biliary system in children*, 3 rd ed. Chichester: Wiley-Black Well; 2008;57-92.
3. Hassan H.A Kader and William F Balistreri. *Neonatal cholestasis*. In: Kliegman RM, Stanton BF, Schol NF, St Geme III JW, Behrman RE, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 19 th ed. Philadelphia: Elsevier; 2011;1314-19.
4. Fawaz Rima, Baumann, Ulrich, Ekong Udeme et al. *Guideline for the Evaluation of Cholestatic Jaundice in Infants: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017, 64(1):154-68.

*

AKUTNI ABDOMINALNI BOL KOD DJECE

dr Veselinka Đurišić

Klinički centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Podgorica

Akutni abdominalni bol je cest uzrok posjete izabranom doktoru, a nekad i nekritично dugih observacija i hospitalizacije djeteta. Najčešći uzroci bola su konstipacija, akutni gastroenterokolitisi i virusne infekcije. Najvažnije je poznavajuci patogenezu bolesti diferencijalno dijagnosticki iskljuciti hitna stanja posebno hirurska kao sto su akutni apendicitis, volvulus, invaginacija. Međutim samo mali procenat oko 1% pacijenata zahtijeva hitnu hirursku intervenciju.

Dobra anamneza i klinicki nalaz uz osnovni laboratorijski pregled su dovoljni za postavljanje dijagnoze i utvrđivanje nacina lijecenja.

*

JAVNO ZDRAVLJE U SISTEMU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Prof. dr Agima Ljaljević

Institut za javno zdravlje Crne Gore

Prema definiciji SZO iz 1999. godine Javno zdravlje se definiše kao: nauka i vještina sprečavanja bolesti, unapređenja zdravlja i produženja života putem organizovanih mjera društva. Iako je starija IOM – ova definicija iz 1988. godine je još konkretnija, jer ukazuje da je Javno zdravlje ono što mi, kao društvo, zajedno činimo da bismo obezbijedili uslove da ljudi budu zdravi. U svojoj osnovi Javno zdravlje predstavlja nauku koja doprinosi jačanju kapaciteta za unapređenje zdravlja, jer pruža uvid i objašnjenja odnosa između zdravlja i društva, istražuje uzroke, pojавu, incidenciju, prevalenciju i posljedice bolesti u populaciji, kao i organizaciju i funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite, a posebno značajan predmet interesovanja ove nauke je promocija zdravlja i prevencija oboljenja. U poslednje vrijeme, izražene

demografske promjene u pravcu sve intezivnijeg starenja populacije, izražene nejednakosti u zdravlju stanovništva i sve veći troškovi za obezbjeđivanje adekvatne zdravstvene zaštite uslovili su potrebe za promjenama u pristupima očuvanja i unaprijeđenja zdravlja. U takvom kontekstu evidentno je da pozicija Javnog zdravlja u sistemu zdravstvene zaštite, treba da dobija sve značajnije mjesto. Realno, zbog preventivno usmjerениh usluga ovog koncepta, koje su značajno prihvatljivije i za korisnika i za davoca zdravstvenih usluga i mnogo jeftinije za sistem, nego kurativne, kao i pristupom koji je široko orijentisan ka populaciji, Javno zdravlje je, u velikom broju zemalja, postao bazični metod oko kojeg se formira sistem zdravstvene zaštite stanovništva. Međutim, u zemljama u razvoju Javno zdravlje je samo teorijski osnova razvoja sistema, ali u praksi, još uvijek, nije dostigao željene nivo primjene, te je na pružaocima zdravstvenih usluga da ovaj koncept predstave u jasnoj i realnoj slici, kako bi se populacija, ali prije svega, donosioci odluka, upoznali sa njime i zastupali njegovu punu afirmaciju u praksi.

Vodeći principi Javnog zdravlja: Osnovni principi kojima se rukovodi unutar Javnog zdravlja su: Jednakost i solidarnost, što znači da je neophodno obezbijediti zdravstvenu zaštitu cjelokupnoj populaciji pod istim uslovima, kako bi se eliminisale nejednakosti u zdravlju. Održivost, je vrlo značajan princip, jer sistem mora biti uređen na način koji mu omogućava da bude održiv bez obzira na nepredviđene pojave u društvu. Efikasnost, podrazumijeva da sistem zdravstvene zaštite treba da omogući brzo i jednostavno zadovoljenje zdravstvenih potreba stanovništva i da te usluge budu djelotvorne i prihvatljive vezano za sve karakteristike korisnika. Pri tome, odnos uloženog u realizaciju usluga u dobijenog, sa aspekta unaprijeđenja zdravlja treba da bude na zadovoljsvajućem nivou. Učestvovanje je princip koji podrazumijeva da korisnici treba da učestvuju u kreiranju, njima namijenjenih, zdravstvenih usluga. Princip koji se odnosi na pravdu i mir, podrazumijeva da, u cilju dostizanja najvećeg mogućeg nivoa zdravlja, stanovništvu treba obezbijediti navedene principe i oni će usloviti efikasan razvoj Javnog zdravlja.

Uloga Javnog zdravlja u sistemu zdravstvene zaštite: Žiža javno-zdravstvene intervencije je prevencija, a ne liječenje, zbog čega je neophodno obezbijediti adekvatne mehanizme za njihovu realizaciju, što se ostvaruje kroz nadzor nad oboljelima i primjenu efikasnih preventivnih mjera, kao i kroz promociju zdravog životnog ponašanja. Zbog činjenice da se mnoge bolesti mogu prevenirati jednostavnim, vrlo često i

nemedicinskim aktivnostima, značajno je usmjeraviti zdravstvenu zaštitu ka javno-zdravstvenim mjerama koje su jednostavnije, djelotvornije, a pri tome, značajno jeftinije. Osim toga, u zemljama u razvoju i nerazvijenim, koje su najčešće i siromašnije, zdravstvena infrastruktura nije razvijena u dovoljnoj mjeri. Obično nedostaju dobro obrazovani zdravstveni radnici ili pak mala novčana sredstva ne omogućuju čak ni osnovnu medicinsku njegu i prevenciju bolesti. Kao rezultat takvog stanja, razumljivo je zbog čega se većina oboljenja i smrtnosti, u tim zemljama povezuju sa siromaštvom.

Zbog navedenih činjenica, neophodno je kreirati politiku zdravstvene zaštite stanovništva zasnovanu na mjerama Javnog zdravlja, koje se odnose na: Kontinuirano praćenje zdravstvenog stanja, radi identifikovanja zdravstvenih problema zajednice. Zatim dijagnostikovanja bolesti, kroz istraživanja najznačajnijih zdravstvenih problema, u vezi sa čime populaciju treba biti informisana i edukovana, kao i u vezi sa mehanizmima eliminisanja faktora rizika za pojavu bolesti. Takođe je značajno pokrenuti partnerstva u zajednici za identifikaciju i rješavanje zdravstvenih problema i osmisliti politiku i planove za podršku pojedinačnim i zajedničkim zdravstvenim problemima. U cilju realizacije navedenih aktivnosti, važno je primjenjivati zakone i regulative za zaštitu zdravlja i garantovanje bezbjednosti. Da bi se politika Javnog zdravlja sprovodila na efikasan način, važno je da se korisnici zdravstvene zaštite povežu sa potrebnim zdravstvenim službama, kako bi im se obezbijedila potrebna zdravstvena zaštita, zbog čega je neophodno obezbijediti sposobne profesionalce za zdravstvenu zaštitu populacije i pojedinaca.

Zaključak: Zbog svog pozitivnog i vrlo širokog usmjerenja, kao i mogućnosti ukazivanja na spremnost društva da obezbijedi sve neophodne mehanizme za očuvanje i unaprijeđenje zdravlja stanovništva, kao i očuvanje zdrave životne sredine, Javno zdravlje predstavlja vrlo značajnu oblast u sistemu zdravstvene zaštite. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Javno zdravlje podrazumijeva ostvarivanje javnog interesa u oblasti očuvanja i unaprijeđenje zdravlja stanovništva, kroz organizovane, sveobuhvatne, društvene aktivnosti uz primjenu zdravstvenih tehnologija, mjera promocije zdravlja i prevencije bolesti, kao i mjera za poboljšanje kvaliteta života.

*

PROMOCIJA ZDRAVIH STILOVA ŽIVOTA

Branislava Stanimirov

Dom zdravlja Novi Sad, Srbija

Uvod: „Zdravlje je stanje potpunog, psihičkog, fizičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti“. Savremena nauka kvanitativno definiše zdravlje kao sumu “rezervnih kapaciteta” osnovnih funkcionalnih sistema.U tom smislu treba da razmislimo da li svojim načinom života samo trošimo i smanjujemo rezerve zdravlja i da li dovoljno činimo da očuvamo i unapredimo svoje zdravlje. (Svetska zdravstvena organizacija SZO)

Prema izveštaju Svetske zdravstvene organizacije, gojaznost dece u Evropi je sve većem parastu, uprkos naporima da se ona obuzda. Gajaznost dece predstavlja ozbiljan globalni zdravstveni problem i smatra se jednim od najozbiljnijih zdravstvenih izazova 21. veka. povezani sa načinom života, gde se kao najvažniji faktori rizika navode: fizička neaktivnost, neuravnotežena i nepravilna ishrana (prekomerna težina, gojaznost). Faktori rizika na koje nije moguće uticati su: genetski uzroci, uzrast i pol, a faktori koje možemo aktivno kontrolisati i usmeravati u pozitivnom pravcu su: način ishrane, fizička aktivnost, navike i mentalni stav. Uticaj adekvatne fizičke aktivnosti, na razvoj deteta je blagotvoran. Neposredni fiziološki efekti fizičkog vežbanja su poboljšanje cirkulacije, ubrzavanje razmene materija u organizmu, efikasnija eliminacija nepotrebnih supstanci iz организма, što sve zajedno dovodi do značajnog poboljšanja funkcionisanja организма u celini.Najveći broj dece zadovoljava svoje potrebe za fizičkom aktivnošću kroz igru i rekreativne aktivnosti.Dete ne raste istom brzinom tokom čitavog detinjstva. Najbrže raste od prve do treće godine, i na početku puberteta.Jedni organski sistemi rastu brže, a drugi sporije.Fizička aktivnost je važna pošto neposredno povećava utrošak energije, a posredno i u mirovanju, zvog povećanja mišićne mase koja je metabolički aktivnija.Kod sve dece treba da se ograniči vreme sedentarnih aktivnosti (gledanje televizije, sedenje za računaram) na najviše dva sata dnevno, a da se uvede redovna fizička aktivnost.Dete nije mali čovek, ima svoje, dečje, potrebe, a jedna od najvažnijih je i potreba za kretanjem ili fizičkom aktivnošću.Primarna (nutritivna) gojaznost je najčešći uzrok gojaznosti dece, nastaje udruženim delovanjem genske

predispozicije, psiholoških faktora, nepravilne ishrane i nedovoljne fizičke aktivnosti, što ranije i češće ima za posledicu hronične nezarazne bolesti. Sekundarna gojaznost je ređa pojava i posledica je genetskih poremećaja, endokrinih bolesti, povreda centralnog nervnog sistema ili je izazvana korišćenjem nekih lekova. Porodica ima izuzetno veliki uticaj na usvajanje pravilnih navika u vezi sa ishranom, modela ponašanja i stavova vezanih za način ishrane i fizičku aktivnost.

Zaključak: Fizička aktivnost je jedan od najbitnijih faktora zdravlja kod dece, jer kroz fizičku aktivnost deca razvijaju niz telesnih i psihičkih veština. Delimičan uticaj može se ostvariti i na modele ponašanja i stavova vezanih za način ishrane i fizičku aktivnost usvajanjem pravilnih navika od detinjstva.

Ključne reči: deca gojaznost, fizička aktivnost, sedentarne aktivnosti

*

PRENATALNI I POSTNATALNI RIZICNI CIMBENICI U RAZVOJU DJECE S FETALNIM ALKOHOLNIM I NEONATALNIM APSTINENCIJSKIM SINDROMOM

Ella Selak Bagaric, magistra psihologije

Odjel za dijagnostiku i tretman, Poliklinika za zastitu djece i mladih grada Zagreba Hrvatska

Brojne svjetske studije pokazale su povezanost negativnih razvojnih ishoda djece s majčinom konzumacijom alkohola i narkotika u trudnoci, kao sto se pokazala i povezanost iskustva zlostavljanja i zanemarivanja u djetinjstvu i nekih razvojnih odstupanja. Kombinacija dijagnostickih postupaka kod obrade djece s dijagnozom fetalnog alkoholnog sindroma i/ili neonatalnog apstinencijskog sindroma i iskustva zlostavljanosti obuhvaca i ispitivanje specificnih neurorazvojnih posljedica koje proizlaze iz prenatalnih rizičnih cimbenika, ali i onih nastalih iz dozivljenih traumatskih iskustava u djetinjstvu. Cilj ove studije bio je

utvrditi neke od teskoca s kojima se suocavaju djeca kod koje je utvrden FAS i NAS a koja su dozivjela traumatska iskustva, kroz multidisciplinarnu evaluaciju u Poliklinici za zastitu djece i mlađih grada Zagreba. Ispitano je koji od tri moguca razvojna ishoda karakterizira ovu djecu: sustignu li vrsnjake s drugim primarnim dijagnozama, ostaju li u zaostatku, ili postizu još losije razvojne rezultate? Sva djeca u uzorku ($N=46$) u dobi 2-17 godina upucena su zbog sumnje na zlostavljanje i zanemarivanje u periodu 2016. i 2017. godine, a kod 22 djece utvrden je FAS i/ili NAS. Ispitano je postoje li statisticki znacajne razlike dviju skupina u skolskom uspjehu, nastavnom programu koji pohadaju, vizuospacialnom razvoju, kognitivnom funkciranju, EEG nalazu, razvoju fine motorike, stupnju paznje, impulzivnosti, motorickom nemiru i razvoju govora. Rezultati će biti interpretirani kroz sferu vaznosti holistickog pristupa u dijagnostici, opseznu evaluaciju "cijelog djeteta", a kako bi se mogle donijeti preporuke u najboljem interesu razvoja djeteta te odrediti individualizirana i sveobuhvatna daljnja podrška.

Ključne riječi: FAS, NAS, neuropsiholoski razvoj djece

*

DENTALNOMEDICINSKA SKRB DJECE S INVALIDITETOM I TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

CONTEMPORARY DENTAL CARIES PREVENTION IN CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES

Prof. dr Zeljko Verzak (HRVATSKA)

Klinički bolnički centar Zagreb, Voditelj Referentnog centra za preventivnu dentalnu medicinu

Usprkos znanstvenim i stručnim naporima u praćenju, proučavanju i unapređenju prevencije, dijagnostike, terapije i rehabilitacije u području dentalne medicine ne samo u Hrvatskoj, već u čitavom svijetu, bolesti usne šupljine su u porastu. Kako bi se osigurala kvalitetna prevencija nužno je uskladiti postojeće razine pružanja dentalnomedicinske zaštite i edukacijske protokole.

Postupci i mjere za postizanje dobrog oralnog zdravlja djece u posljednjih nekoliko desetljeća uznapredovale su u svijetu, dok je u populaciji Republike Hrvatske vidljiv izostanak pružanja adekvatne dentalnomedicinske skrbi u razdoblju predškolske i školske dobi te u djece sa teškoćama u razvoju.

Najosjetljiviji dio populacije čine djeca koja zahtjevaju posebnu socijalnu i zdravstvenu skrb. Zbog specifičnosti pristupa, ograničenih mogućnosti i uvjeta rada te povećanog rizika za karijes i druge bolesti usne šupljine dentalnomedicinska skrb djece s poteškoćama u razvoju zahtjeva dostupnije informacije roditeljima/skrbnicima i primjerene zbrinjavanje djece s invaliditetom te djece sa teškoćama u razvoju.

Uobičajenu provedbu dijagnostičko-terapijskih postupaka otežavaju mentalne, fizičke i socijalne karakteristike djece te je u kliničkom radu nužna provedba modifikacije postupaka zbrinjavanja takvih pacijenata.

Nacionalni program za preventivu i zaštitu oralnog zdravlja strategijom razvoja zdravstva 2012-2020. definirano je prioritete razvoja preventivnih aktivnosti i programa koji se provode među zdravom djecom i djecom sa teškoćama u razvoju.

Vlada Republike Hrvatske je početkom 2015. usvojila dokument „Strateški plan promicanja i zaštite oralnog zdravlja“, u kojem je detaljno prikazano stanje oralnog zdravlja u Republici Hrvatskoj kao i program za prevenciju i zaštitu oralnog zdravlja. Izostanak sustavnih preventivnih programa na nacionalnoj razini rezultirao je lošim stanjem oralnog zdravlja djece i odraslih što se vidi iz usporedbe KEP indeksa (karijes – ekstrakcija – plomba) dvanaestogodišnjaka u Republici Hrvatskoj s vrijednostima KEP-a u drugim europskim zemljama. Provedbom ranije navedenih aktivnosti i programa potiče se informiranje i edukacija djece i roditelja o važnosti čimbenika koji utječu na oralno zdravlje. Održavanje oralne higijene, kvalitetne prehrambene navike, redovite kontrole doktora dentalne medicine i mogućnosti provedbe preventivnih postupaka elementarne su mjere nužne za zaštitu oralnog zdravlja. Nacionalno povjerenstvo dentalne medicine provodi programe kojima se nastoji unaprijediti preventiva dentalnih bolesti. Od 2015. godine u provedbi je Strateški plan promicanja i zaštite oralnog zdravlja kao integralni dio Nacionalne strategije razvoja zdravstva za razdoblje od 2012-2020. godine i krovni je dokument dentalnomedicinske zdravstvene zaštite

RH koji određuje razvojne prioritete, ciljeve, aktivnosti i odgovornosti relevantnih partnera.

Uz osnovne mjere implementiraju se i programi trajne edukacije doktora dentalne medicine prevencija dentalne anksioznosti, smanjivanje propisivanja antibiotika, potrebe za skupim ortodontskim liječenjem te kontrola straha djeteta prilikom posjete doktoru dentalne medicine. Osim preventivnih programa, standardizirani su dijagnostičko-terapijski postupci, no još uvijek je upitna njihova implementacija i provedba u ordinacijama dentalne medicine na državnoj razini. Nacionalno povjerenstvo za djelatnost dentalne medicine Ministarstva zdravstva RH u suradnji sa Stomatološkim fakultetom Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo i Hrvatskom komorom dentalne medicine donijela je smjernice za individualnu procjenu karijes rizika prema dobi djeteta. Smjernice sadrže indikator rizika, protokol preventivnih mjer i plan terapije te plan RTG dijagnostike sukladno dobi djeteta. Nastavno na provedbu ranije spomenutih protokola intenzivirane su mjere unapređenja oralnog zdravlja trudnica i dojilja obzirom da se pravilnom oralnom higijenom, načinom prehrane i redovitim posjetima doktoru dentalne medicine trudnica i dojilja uvelike utječe na pojavnost ranog dječjeg karijesa.

Djeca s invaliditetom i teškoćama u razvoju koja čine značajan dio opće populacije, usprkos suvremenim trendovima razvoja društva i unapređenju preventivnih mjera zaštite oralnog zdravlja još uvijek iziskuju dodatne napore nadležnih stručnjaka i institucija kako bi im se multidisciplinarnim pristupom i osvremenjivanjem ordinacija i timova dentalne medicine omogućila adekvatna skrb.

Manualna nespretnost i mentalna nezrelost djece s invaliditetom i teškoćama u razvoju te nedovoljna briga roditelja o oralnom zdravlju obzirom na primarnu bolest, najčešći su uzroci otežanog održavanja oralnog zdravlja. Imperativ za smanjenje karijesa i bolesti cijelog stomatognatog sustava je pravovremena dijagnostika i sanacija te češće kontrolne posjete doktoru dentalne medicine (svaka 3 do 4 mjeseca). Primjena farmakoterapijskih postupaka i „reci-pokaži-napravi“ (*tell-show-do*) postupka omogućuju desenzibilizaciju nekooperabilne djece. Sanacija djece sa teškoćama u razvoju iziskuje dodatne konzultacije i multidisciplinarnu suradnju sa liječnikom primarne zdravstvene zaštite, pedijatrom te doktorima dentalne medicine različitih specijalnosti. U iznimnim situacijama kada ambulantno zbrinjavanje ovakve djece

nije moguće, provodi se sanacija u općoj anesteziji. U Dnevnoj bolnici s jednodnevnom oralnom kirurgijom Klinike za stomatologiju KBC-a Zagreb provode se dijagnostičko-terapijski postupci te sanacija djece u općoj anesteziji, u suradnji specijalista dentalne medicine i anesteziologa.

Insuficijentna kooperabilnost djece s invaliditetom i teškoćama u razvoju, loša ranija iskustva u ordinaciji dentalne medicine, veća anksioznost te socio-ekonomski status obitelji ograničavajući su faktori za preventivno i kurativno djelovanje doktora dentalne medicine.

Primarna prevencija takve djece podrazumijeva edukaciju i angažman roditelja, ali i stručnost doktora dentalne medicine obzirom da njihova sinergija ima dominantan učinak na preventivno djelovanje i provedbu terapije. Također je nužno istaknuti važnost edukacije studenata dentalne medicine o liječenju i postupanju sa djecom ograničenih fizičkih i mentalnih sposobnosti. Rad u kliničkim uvjetima tijekom dodiplomskog studija te multidisciplinarni pristup zbrinjavanja složenih medicinskih i stomatoloških kazuistika neopravdano je zanemaren na državnoj razini te je jedan od ciljeva rada Referentnog centra za preventivnu dentalnu medicinu RH primjena novih standarda u svrhu unapređenja prevencije, terapije i rehabilitacije ovakvih pacijenata. Otegotna okolnost provedbe adekvatne zdravstvene zaštite oralnog zdravlja djece s invaliditetom i teškoćama u razvoju jest višegodišnji trend koncentracije specijalista dentalne medicine u velikim gradovima. Nedostatak specijalista dječje i preventivne dentalne medicine, kojih danas nema dovoljno niti u većim središtima rezultira radom polivalentnih doktora dentalne medicine u uvjetima koji nisu dostatni za zbrinjavanje ovakvih pacijenata. Nužnost je današnjeg zdravstvenog sustava omogućiti i rad patronažnih službi kako bi provedba dijagnostičko-terapijskih postupaka dentalne medicine bila dostupna djeci koja nisu transportabilna.

Veća učestalost karijesa, veća incidencija gingivitisa i parodontnih bolesti, otežana provedba oralne higijene, češće traume zuba te učestalost različitih anomalija stomatognatog sustava najčešći su razlozi za zbrinjavanje djece sa invaliditetom i teškoćama u razvoju. Uz osnovne teškoće primarnih bolesti te insuficijentnu suradljivost ovakve djece dentalni timovi imaju ograničene mogućnosti provedbe preventivnih i kurativnih mjera te je za smanjenje prevalencije karijesa i drugih poremećaja stomatognatog sustava nužno provođenje zdravstvene strategije Svjetske zdravstvene organizacije koja nudi rješenja za jednaku dostupnost kvalitetne zdravstvene zaštite svim pacijentima. Važne

odrednice ovog pristupa su: čovjek u centru, *whole-of-government* pristup (suradnja svih vladinih sektora) i *whole-of-society* pristup (suradnja svih dijelova društva).

Osnovne strategije razvoja zaštite i promicanja oralnog zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije, Ministarstvo zdravstva RH provodi na tri razine prevencije. Primarna razina podrazumijeva bolju informiranost i edukaciju stanovništva. Na sekundarnoj razini nužno je rano otkrivanje bolesti i intervencija te koordinacija i promocija nacionalnih programa s naglaskom na prevenciju među posebno osjetljivim skupinama stanovništva. Na tercijarnoj razini nužno je provoditi mjere očuvanja i unaprjeđenja zdravlja bolesnih i starijih osoba osiguravajući na taj način njihovu funkcionalnu sposobnost.

Jedan od najvažnijih razvojnih prioriteta u zaštiti i promicanju oralnog zdravlja Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012-2020. godine je poticanje i jačanje preventivnih aktivnosti u svim područjima zdravstvene zaštite.

*

HPV IMUNIZACIJA – BUDUĆNOST PREVENCije ORALNOG KARCINOMA?

HPV IMMUNIZATION – THE FUTURE OF THE ORAL CANCER PREVENTION?

Marija Antunović¹, Miljan Puletić¹, Branka Popović²

¹*Univerzitet Crne Gore, Medicinski fakultet, Podgorica,* ²*Univerzitet u Beogradu, Stomatološki fakultet, Beograd*

Uvod. Danas je prevencija HPV infekcije usmjerena ka primarnoj prevenciji tj. HPV vakcinaciji, prevashodno u prevenciji karcinoma grlića materice. Vakcina protiv HPV-a je dostupna u 130 zemalja svijeta, u primjeni je već 12 godina, a imunizacija je polno neutralna – obuhvata djevojčice i dječake od 12 godina, dok je u nekim zemljama ta granica 9 godina.

Novije studije ukazuju da je HPV infekcija nezavisan faktor rizika za nastanak skvamocelularnih kacinoma glave i vrata. Učestalost HPV infekcije kod oralnih karcinoma varira od 10-100%. Međutim, učestalost oralne infekcije kancerogenim tipovima HPV-a (najčešći je tip HPV16) kod zdravih ljudi sa nepromijenjenom sluzokožom veoma je niska (1,3%). Pošto je HPV infekcija jedna od najčešćih seksualno prenosivih infekcija detektovanih u anogenitalnoj regiji, postavlja se pitanje zašto je oralna HPV infekcija rijetkost, uzimajući u obzir sličnosti epitela sluzokože oralne i anogenitalne regije? Pored različitih tehničkih uslova uzimanja uzorka za analizu, autori navode da je oralna sluzokoža možda otpornija na ovu infekciju.

Poslednjih decenija evidentan je porast incidence HPV+ oralnih karcinoma. Studije u Evropi i Americi pokazuju porast seksualno rizičnog ponašanja, što uzrokuje i porast izloženosti usne duplje HPV infekciji. Međutim, ostaje dilema ko su „vektori” transmisije HPV infekcije u usnu duplju/orofarinks i da li se ova infekcija može prenositi i na neki drugi način? S tim u vezi, interesantna je činjenica da je oralna HPV infekcija majki povezana sa povećanim rizikom za oralnu HPV infekciju njihove djece, što govori u prilog drugih načina transmisije HPV infekcije.

U cilju prevencije oralnog karcinoma, danas su istraživanja usmjereni na detekciju prisustva kancerogenih tipova HPV virusa u pljuvački zdravih ljudi i onih kod kojih postoji visok rizik za oboljevanje od oralnog karcinoma (pušači, alkoholičari) i u ranim fazama premalignih lezija usne duplje (skrining studije). Kod osoba kod kojih se identificuje neki od kancerogenih tipova HPV-a u pljuvački, istraživanja se dalje usmjeravaju na analizu prisustva autoantitijela na p53 u krvi i pljuvački ovih pojedinaca, sve u cilju rane detekcije malignih lezija usne duplje. Pored toga, u toku je intenzivna klinička evaluacija efekata HPV vakcina, sa ciljem da se u budućnosti uspješno primijene u prevenciji ostalih, pa i oralnih karcinoma.

Cilj rada. Utvrditi učestalost HPV16 infekcije u uzorcima tumorskog tkiva oralnog skvamocelularnog karcinoma u populaciji Crne Gore i utvrditi značaj prisutne HPV16 infekcije u složenom procesu oralne kancerogeneze.

Materijal i metod. U istraživanju su analizirani uzorci 60 bolesnika sa oralnim karcinomom, operisanih u Kliničkom Centru Crne Gore u periodu od 2003. do 2009. godine. Tkivni isječci su rezani iz parafinskih

kalupa i bojeni hematoksilin-eozin metodom, a zatim je odabran po jedan reprezentativan uzorak tkiva za imunohistohemijska ispitivanja p53 i survivina. Detekcija HPV16 infekcije u tkivu tumora, u uzorcima DNK iz parafinskih kalupa, vršena je primjenom metode PCR (polymerase chain reaction).

Rezultati. Analiza učestalosti HPV16 infekcije u tkivu oralnog karcinoma pokazala je da je HPV16 infekcija prisutna kod skoro svakog četvrtog pacijenta sa oralnim karcinomom (23,3%). Rezultati korelaceione analize su pokazali statistički značajnu razliku između HPV16+ i HPV16-pacijenata samo u slučajevima odsustva ekspresije p53 proteina (p53, survivin +, $p=0.0433$; p53 -, survivin -, $p=0.0162$).

Zaključak. U analiziranom uzorku dominiraju HPV16 nezavisni mehanizmi onkogeneze. Dokazano je prisustvo HPV16 zavisnog mehanizma onkogeneze, u manjem procentu analiziranih uzoraka. Da li je HPV vakcina budućnost prevencije oralnog karcinoma pokazaće dalja istraživanja patogeneze ove bolesti na većem uzorku ispitanika različitih populacionih grupa, kao i intenzivna klinička evaluacija efekata istih.

Ključne riječi: HPV, imunizacija, oralni karcinom

*

NEINVAZIVNE METODE MEHANICKE VENTILACIJE KOD KRITIČNIH NOVOROĐENIH V.S. MEHANIČKO ODRŽAVANJE ŽIVOTA: STATE OF ART

COOLING THE NEW METHOD FOR BRAIN INJURY

Aspazija Sofijanova MD PhD¹, Filip Duma², Sonja Bojagjieva³, Olivera Jordanova⁴, Aleksandra Janchevska⁵,

¹*University Children Hospital-Skopje, Macedonia,* ²*University Children Hospital-Skopje,* ³*University Children Hospital-Skopje,* ⁴*University Children Hospital-Skopje,* ⁵*University Children Hospital-Skopje*

Aim of study: The aim of this study was to evaluate the effect of selective head cooling (introduced 3 months ago in the Intensive Care Unit at the University Children's Hospital in Macedonia) on S100 B protein levels, previously measured only in normothermic infants after perinatal asphyxia and the preliminary neurodevelopment outcome at the age of 3 months. Serum S100B levels are lowering in the HT (selective head cooling group) and strongly correlate with the early neurodevelopment outcome.

Patients and Methods: In this study we included all risk neonates with severe asphyxia admitted at the Intensive Care Unit at the University Children's Hospital in Skopje, Macedonia within 24h of injury. S100B levels were measured using ECLIA method (Electro-Chemil-Luminiscence Immuno Assay-Elecsys 2010-Roche Diagnostic) at the University Clinic of Biochemistry, Medical university, Skopje. Serum S100B levels were measured at fixed time points in asphyxiated infants treated with standard intensive care and selective head cooling-hypothermia (HT N = 15) or standard intensive care only – normothermia (NT N = 29). Three months follow-up was undertaken, with outcome assessed using the Infant corrected Glasgow outcome score.

Results: S100B protein in term neonates is significantly higher during the first 24h after birth, compared to all of the other groups, and consequently is elevated in HIE gradus 2-3 neonates which will distinguish very early the group of infants with possible neurological deficit. S100B protein is a good indicator of brain damage in term neonates, especially in the first 24h after birth. Serum S100B values were lower in HT (selective head cooling infants) compared to NT infants. Neurodevelopmental

outcome showed that in the early phase of growing and development 2 infants had lethal outcome from the normothermic group and none died in the hypothermic, as well as the percentage of neurodevelopmental expected impairment was lower in the selective coolcap group.

Conclusion: S100B protein is a good indicator of brain damage in term neonates, especially in the first 24h after birth.

Keywords: S100B protein, Cooling method, Hypoxic ischemic encephalopathy (HIE), central nervous system (CNS), high risk infants

*

***ORALNI PROPRANOLOL U TRETMANU INFANTILNIH HEMANGIOMA
PROPRANOLOL THERAPY FOR INFANTILE HEMANGIOMA: OUR
EXPERIENCE***

Mr sci. med. dr Saša V. Radović

*Klinički Centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Dječja hirurška klinika,
Podgorica*

Uvod: Kutani infantilni hemangiomi (IH) se javljaju sa učestalošću 1:10 novorodjenje djece. Predstavljaju benigne tumore sa mogućim komplikacijama u slučaju okularne lokacije, kompresije na respiratorne puteve ili ulceracija. Oralni propranolol je neselektivni b blokator koji se koristi u terapiji IH inhibirajući njihovu proliferaciju i ubrazavajući regresiju.

Cilj: Ispitati efikasnost rastvora orolanog propranolola u tretmanu IH.

Metod: Retrospektivna studija je obuhvatila pacijente sa IH tretirane oralnim propranololom u Institutu za bolesti djece, Odjeljenje dječje hirurgije u Podgorici u periodu jun 2010-jun 2018 godine. Pacijenti su po prijemu klinički i laboratorijski obradjeni uz konsultativni pregled kardiologa. Početna doza propranolola je 0.5 ml/kg a doza održavanja 2 mg/kg. Kontrolni pregledi krvnog pritiska, srčane frkvence i glukemije

su radjeni na 7 dana u prvom mjesecu potom na 14 dana tokom trajanja terapije.

Rezultati: U navedenom periodu tretirano je 64 pacijenata. 45 (70. 5%) pacijenata je muškog pola, 19 (29. 5%) pacijenata ženskog pola. Prosječna starost pri započinjanju terapije 6. 5 mjeseci (3.5 mjeseca-4 godine). Dužina trajanja terapije je 5. 7 mjeseci (3 -16 mjeseci). Kod 58 pacijenata (90%) postignut je odličan estetski rezultat, kod 4 (6. 25%) pacijenta zadovoljavajući a kod 2 (3%) bez efekta. Kod 1 pacijenta (2%) terapija je prekinuta zbog bradikardije.

Zaključak: Oralni propranolol je efektivan u tretmanu IH. Mali procenat neželjenih efekata i jednostavno ordniranje terapije čine ga prvom linijom u tretmanu uz adekvatno doziranje i kontrolne pregledе krvnog pritiska, srčane frkvence i glikemije.

Ključne riječi: hemangio

*

GLAVOBOLJE U DJEČJEM UZRASTU

CEPHALEA IN CHILDREN

Prof. dr Dragica Odalović (SRBIJA)

Medicinski fakultet, Univerzitet u Prištini, sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici

Glavobolja je čest neurološki poremećaj sa kojim se srećemo u svakodnevnom radu, i kod dece i kod odraslih. Ona je uzgredan simptom kod sistemskih oboljenja sa povišenom temperaturom, važan simptom u teškim, akutnim oboljenjima centralnog nervnog sistema (meningitis i encefalitis) ili se, u slučaju migrene, ispoljava kao posebno oboljenje. Definicija glavobolje je veliki problem obzirom da ne postoji objektivni definicijski marker.

Najstariji zapisi o glavoboljama datiraju iz starog Egipta, pre 5000 godina, Galen je prvi opisao simptome migrene i na grčkom je nazvao "heterocrania", a Hipokrat je 400 godina pre nove ere opisao simptome migrene s aurom. Prvi podaci o glavoboljama u dečjem uzrastu potiču

iz 1873. godine kad je William Henry Day, britanski pedijatar, posvetio članak dečjim glavoboljama. Prve epidemiološke studije o glavoboljama u dečjem uzrastu dao je "otac dečje glavobolje", švedski pedijatar Bo Bille [1].

Učestalost glavobolja zavisi od uzrasta deteta, pola i tipa ili vrste glavobolje. Prevalenca glavobolje različitih tipova u uzrastu od 7 godina iznosi 31-51%, a povećava se na 57-82% u uzrastu od 15 godina. Ukupna učestalost migrene u dečjem uzrastu iznosi 4-10%, i do puberteta je podjednaka i kod devojčica i dečaka, a u kasnijem uzrastu tri puta je češća kod devojčica. Glavobolja tenzionog tipa u dečjem uzrastu je češća od migrene. Učestalost ove vrste glavobolje iznosi 0,9-72% [2].

Glavobolju karakteriše bol i nelagodnost koja proizilazi iz bolno osjetljivih struktura u glavi. To uključuje ekstrakranijalne strukture kao što su koža, mišići i krvni sudovi u glavi i vratu, sluznice sinusa i dentalnih struktura, a od intrakranijalnih struktura uključuju velike intrakranijalne venske sinuse, delove dure i duralnih arterija, kranijalne nerve i velike arterije u blizini Willisovog kruga. Kosti lobanje, moždani parenhim, meningealne ovojnice i horioidni pleksus su neosjetljivi na bol.

Glavobolja je bol lokalizovan u području neurokranijuma, iako u širem smislu glavobolja može da obuhvati sve bolove koji se javljaju u predelu glave. Lokalizacija glavobolje povezana je s lokalizacijom uzroka. Glavobolja lokalizovana u frontalnom predelu povezana je sa sinuzitom, glaukomom i povišenim intrakranijalnim pritiskom. Bol u uhu, osim upale uha, može biti uzrokovani poremećajem u temporomandibularnom zglobu, disfunkcijom Eustahijeve tube, infekcijom ili tumorom grla ili bolestima vratne kičme [3]. Refrakcijske greške mogu biti uzrok glavobolje. Premda postoji malo uverljivih dokaza, kod hipermetropije, miopije i astigmatizma stalni napor akomodacije mogao bi kod deteta da izazove glavobolju.

Obzirom na heterogenu etiologiju i patofiziologiju glavobolje su se do danas više puta klasifikovale. Prvu klasifikaciju je uradio Valquist 1955. godine, a 1988. godine osnovano je Međunarodno društvo za glavobolju (International Headache Society-HIS) prema čijim kriterijumima je urađena klasifikacija glavobolja. Prema najnovijoj Međunarodnoj klasifikaciji glavobolja iz 2013. godine (International Classification of Headache Disorders, ICHD-3) razlikuju se: primarne i sekundarne glavobolje [4].

Primarne glavobolje predstavljaju poseban klinički entitet i njihova učestalost se povećava sa uzrastom. U primarne glavobolje bi spadale migrena, glavobolja tenzionog tipa, klaster glavobolje i ostale trigeminalno-autonomne cefalgeje.

Sekundarne glavobolje su simptom drugih bolesti, pa je njihova etiopatogeneza veoma različita. Najčešći uzrok ovih glavobolja su febrilna stanja i zapaljenja gornjih respiratornih puteva.

Međunarodno društvo za glavobolju 2013. godine predložilo je nove kriterijume za klasifikaciju migrene (ICHD-III), koji su prilagođeni razvojnom dobu i koji se mogu primeniti kod dece. Migrenu karakterišu ponavlajući napadi glavobolje sa širokim varijacijama u intenzitetu, frekfenci i trajanju. Napadi migrene su kraći nego kod odraslih (traju 1-48 sati), dok je glavobolja većinom bilateralna. Učestalost i težina migrenskih napada je individualna. U nekim slučajevima napadima prethodi ili su s njima povezani neurološki poremećaji ponašanja. Opisuju se deca s migrenom pre pete godine života, neke migrene ili migrenozne varijante javljaju se i u prvoj godini života. U ovom uzrastu migrena se manifestuje bolovima u stomaku, dugotrajnim plačem, povraćanjem, dete je jako bledo i malaksalo. Tek u uzrastu od pete godine dete počinje da se žali na glavobolju kao vodeći simptom koji se javlja uz bolove u stomaku i povraćanje. Adolescenti s migrenom opisuju vizuelne aure ili ispade u vidnom polju. Provokativni faktori su: hipoglikemija, izvesne namirnice i pića, nedovoljno ili prekomerno spavanje, loš kvalitet sna, fizički i psihički umor, emocionalni i psihosocijalni stres, jaka svetlost i mirisi, buka, duvanski dim, meteorološke promene, febrilno stanje, neki lekovi. Učestalost i težina migrenskih napada je individualna [5].

Kod 2/3 pacijenata postoji pozitivna porodična anamneza pa se prepostavlja da u nastanku glavobolje postoji i genetička predispozicija. Nasleđivanje migrene je verovatno multifaktorsko i obuhvata više gena. Familijska hemiplegična migrena je autozomno-dominantno oboljenje sa nekompletnom penetracijom i ekspresijom, a mutacije gena su otkrivene na hromozomima 1,2 I 19. Migrena nije primarno vaskularni poremećaj kako se to ranije smatralo. Glavobolja je posledica aktivacije trigeminovaskularnog sistema i periferne centralne senzitacije, dok je migrenska aura posledica intenzivne depolarizacije i kortikalne depresije koja se širi od potilačnog režnja kroz različite moždane zone. Mutacije gena mogu da dovedu do disfunkcije jonskih kanala i jonskih transportnih sistema [6].

Najčešći klinički oblik migrene je migrena bez aure i javlja se u 70-85% svih migrenskih napada. Bol je pulsirajući, unilateralni ili lokalizovan u predelu čela, obe slepoočnice i iza očiju, umeren je do jak, pogoršava se rutinskom fizičkom aktivnošću a ublažava ili otklanja mirovanjem i spavanjem. Propratne tegobe su mučnina, fono i/ili fotofobija, a trećina dece povraća [7].

Migrena sa aurom je znatno ređi oblik. Auru čine reverzibilni fokalni neurološki simptomi i znaci. Aura traje najviše sat vremena i udružena je sa glavoboljom ili prethodi pulsirajućoj i jakoj glavobolji sa propratnim tegobama, kao kod migrene bez aure. Tipična aura je najčešća vizuelna, ređe je senzorno-senzitivna, a retko je jezičko-govorna. Migrenu sa aurom čine: migrena sa tipičnom aurom, migrena sa aurom moždanog stabla, hemiplegična i retinalna migrena [7].

Epizodični sindromi koji mogu biti u vezi sa migrenom (raniji nazivi: migrenski ekvivalenti, periodični sindromi detinjstva koji su često prekursori migrene) su sindromi koji se ispoljavaju napadima čija težina, izgled, trajanje i učestalost različita kod različitih bolesnika, ali su individualno ove karakteristike stereotipne. Između napada dete je bez tegoba, urednog fizikalnog nalaza, bez EEG poremećaja i neuroradioloških promena. Tu spadaju ciklično povraćanje, abdominalna migrena, benigni paroksizmalni vertigo i benigni paroksizmalni tortikolis. Ovi sindromi predstavljaju ili prekursore kasnije migrenske glavobolje ili ekvivalent migrene u male dece, mada se mogu javiti i u bolesnika koji već imaju migrenu bez aure ili sa aurom.

Glavobolja tenzionog tipa posledica je spazma skeletnih mišića poglavine i vrata najčešće kao reakcija na psihosocijalni, emocionalni i mišićni stres ili na nedostatak sna. Bol je bilateralni, a traje od 30 minuta do sedam dana. Karakteriše se trajnim, blagim nepulzirajućim bolom tipa pritiska ili stezanja obruča. Glavobolja nije praćena mučninom i povraćanjem, ne pojačavaju se pri naporu, a ponekad je udružena s foto i fonofobijom. Moguća je palpatorna osetljivost mišića vrata i gornjeg dela leđa proporcionalno intenzitetu glavobolje. Glavobolja tenzionog tipa se, kao i migrena, deli prema broju dana u mesecu sa glavoboljom na epizodičnu (do 14 dana mesečno) i hroničnu. Hroničnu glavobolju tenzionog tipa ima 0,9% školske dece. Ona se razvija iz epizodične ukoliko postoji pozitivna porodična anamneza, hronični psihosocijalni stres i preterana upotreba analgetika i sedative [8].

Klaster glavobolja je najbolnija od svih primarnih glavobolja i spada u najteže glavobolje. Ona pripada trigeminalnim autonomnim cefalalgijama. Iznenadni unilateralni periorbitalni, supraorbitalni ili temporalni bol obično probudi bolesnika iz noćnog sna. Neizdržljiv je, gorući ili poput uboda nožem, a prate ga ipsilateralni vegetativni fenomeni. Bol je udružen s konjuktivalnom injekcijom, suzenjem, nosnom kongestijom, curenjem nosa, miozom, edemom kapka i/ili nemirom ili agitacijom. Bol prestaje posle 15-180 minuta, ali ima tendenciju ponavljanja i može se ponavljati svaki drugi dan ili osam puta dnevno. Klaster period prosečno traje 6-12 nedelja, a zatim nastupa faza remisije.

Sekundarne glavobolje su organske glavobolje koje se karakterišu simptomima povećanog intrakranijalnog pritiska i progresivnom neurološkom disfunkcijom. Glavobolja se najčešće javlja ujutru, praćena je povraćanjem i ima tendenciju sve intenzivnijeg i učestalijeg javljanja. Sekundarne glavobolje mogu biti akutne, subakutne ili hronične progresivne. Uzroci ovih glavobolja su mnogobrojni: trauma, tumori, vaskularne bolesti, hidrocefalus, moždani edem, epilepsije, naprezanje, i dr.

Međunaradno društvo za glavobolje (International Headache Society, IHS) precizno je definisalo dijagnostičke kriterijume za različite vrste glavobolja. Osnov za postavljanje dijagnoze predstavlja detaljna anamneza, a od koristi je vođenje dnevnika glavobolje. Evaluacija deteta sa glavoboljom podrazumeva kompletan pedijatrijski i neurološki pregled, uključujući merenje krvnog pritiska i pregled očnog dna. Ostala ispitivanja se obavljaju selektivno. Elektroencefalografski pregled (EEG) ima ograničeni značaj te se ne preporučuje kao rutinska metoda u evaluaciji dece sa glavobljom. Indikovan je ukoliko pre ili posle glavobolje dete izgubi svest, ili ako se sumnja na difuzno moždano oboljenje. Neuroradiološka evaluacija podrazumeva CT/MR pregled endokranijuma što omogućava detektovanje strukturnih poremećaja. Ostala ispitivanja se obavljaju selektivno [9].

Lečenje glavobolje je etiološko, simtomatsko i specifično. Cilj lečenja glavobolje podrazumeva smanjenje učestalosti, jačine i trajanja bola, smanjenje neefektivne farmakoterapije i sprečavanje nastanka analgetičke povratne glavobolje.

Analgetici prvog izbora za sve vrste glavobolja dece mlađe od 12 godina su acetaminophen (paracetamol) i ibuprofen. Adolescentima

se mogu dati naproksen i diklofenak. Aspirin je kontarindikovan do 13. godine života, dok se opioidni analgetici ne preporučuju zbog rizika od razvoja zavisnosti.

Nefarmakološka terapija migrenskog napada podrazumeva mirovanje i san u zamračenoj i provetrenoj prostoriji bez buke. Indikovana je kod svih bolesnika. Specifični antimigrenski lekovi su ergotaminski derivati i triptani. Oni imaju značajno vazokonstriktorno dejstvo, pa se ne smeju kombinovati, niti davati uslučaju migrene sa aurom moždanog stable i hemiplegične migrene. Zbog poznatih neželjenih dejstava u uzrastu mlađem od 12 godina, potrebno je ograničiti primenu ergot alkaloida, izuzev u slučaju migrenskog statusa i teških migrenskih napada koji ne reaguju na analgetike može se dati dihidroergotamin. Triptani još uvek nisu registrovani lekovi za dečju populaciju. Adolescentima sa refraktornim migrenskim napadima može se dati sumatriptan. Kortikosterodi su indikovani kod migrenskog statusa i hemiplegične migrene u ranoj fazi. Od antiemetika preporučuje se domperidon, jer retko izaziva diskinezije [6,10].

U slučaju epizodične glavobolje tenzionog tipa dovoljne su nefarmakološke mere: odmaranje, opuštanje, masaže poglavine i vrata, lagana šetnja ili spavanje. Retko su potrebni lekovi kao što su paracetamol ili nesteroidni antiinflamatorni lekovi. Sedativi se ne preporučuju zbog neželjenih dejstava, razvoja zavisnosti i tolerancije na lek. Za hroničnu glavobolju tenzionog tipa lekovi prvog reda su antidepresivi.

Metoda izbora za lečenje klaster napada je inhalacija kiseonika preko maske ($7-10 \text{ l/min}$) tokom 10-20 minuta u sedećem položaju. Ukoliko efekat nije zadovoljavajući parenteralno se daju triptani, dihidroergotamin ili kortikosteroidi [11].

Česta upotreba analgetika zbog primarne ili sekundarne glavobolje može da dovede do posebnog entiteta hronične glavobolje. Prekomerna upotreba analgetika za prekid napada može da ubrza evoluciju epizodične u hroničnu primarnu glavobolju.

Raniji početak migrene u detinjstvu povećava verovatnoću da će se migrenske glavobolje nastaviti ili ponovo javiti u odrasлом dobu. Migrena sa početkom u adolescenciji ima nešto povoljniju dugoročnu prognozu. Učestalost glavobolje tenzionog tipa znatno se povećava u odrasлом dobu, a onda obično opada sa starenjem. Klaster glavobolja

traje čitavog života s tim da može preći iz epizodičnog u hronični oblik i obrnuto.

Nefarmakološka profilaksa migrene i glavobolje tenzionog tipa podrazumeva usvajanje zdravog načina života, izbegavanje provokacionih faktora, fizičkog i psihičkog opterećenja, smanjenje emocionalnog stresa i tenzije. Deci treba skrenuti pažnju da izbegavaju uzimanje hrane koja može da izazove migrenski napad. Ukoliko se ovim nefarmakološkim merama ne postigne odgovarajući efekat, a napadi postanu česti ili teški treba uključiti u terapiju lekove. U profilaksi migrene preporučuju se beta adrenergički blokatori (propranolol), antiepileptici (valproati, topiramati, lamotrigin), blokatori kalcijumskih kanala (verapamil, fluranizine), triciklični antidepresivi (amitriptilin) i preparati magnezijuma. Lek se daje u monoterapiji u najmanjoj efikasnoj dozi, a uzima se svakodnevno do godinu dana. U prevenciji glavobolje tenzionog tipa lek prvog izbora je amitriptilin. Za profilaksu klaster glavobolje lek izbora je verapamil [6,12].

Kako za akutnu tako, i za profilaktičku terapiju uzima se u obzir uzrast bolesnika, neželjena dejstva leka i komorbiditet. Sa migrenom mogu biti udruženi epilepsija, poremećaji spavanja, depresija, bronhijalna astma, ulkusna bolest, kongenitalne srčane mane, diabetes mellitus. Smanjenjem učestalosti, jačine i trajanja napada glavobolje značajno se popravlja kvalitet života bolesnika njegove porodice.

LITERATURA:

1. Winner PDD, Rothner DA.: Headache in children and adolescents. Hamilton, London; BC Decker INC, 2001; 1-18. 8.
2. Odalović D., Čukalović M., Perić M., Odalović A.: Učestalost i kliničke manifestacije migrene u dečjem uzrastu. Pedijatrijski dani Srbije sa međunarodnim učešćem, Niš, septembar, 2012.
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (HIS). The international Classification of Headache Disorders, 3rd edition Cephalgia 2013: 33: 629-808.
4. Barišić N. i sar. Glavobolje, u: Pedijatrijska neurologija. 1izd. Zagreb. Medicinska naklada. 2009.
5. Chang C.: Causes of the Mystery Ear Pain, <http://www.fauquierent.net/otalgia.htm>. Accessed 26 June 2015.

6. Bogićević D.: Glavobolje migrena U: Pedijatrija, Beograd, Akademска misao. 2016: 1379-1383.
7. Zidverc-Trajković J.: Klasifikacija glavobolja, Acta clinicca, 2004; Vol 4(3): 7-26.
8. Odalović D., Čukalović M., Perić M., Odalović A.: Glavobolje u dečjem uzrastu. Prvi kongres pedijatar Srbije sa međunarodnim učešćem, Beograd, 17-20 oktobar 2010.
9. Bogićević D., Dimitrijević N., Nikolić D. i sar. Dečja glavobolja-indikacija za CT/MR pregled? Acta Medica Semendrica 2011: 24: 49-51.
10. Bendtsen L., Evers S., Linde M., et al. EFNS guidline on the tension-type headache-report of an EFNS task force. Eur J Neurol 2010. 17: 1318-25.
11. Evers A., Afra J., Frese A., et al. EFNS guidline on the drug of treatment migraine-revised report of an EFENS task force. Eur J Neurol 2009; 16: 968-81.
12. Guidetti V., Russel G., Sillanpa M., Winner P.: Headache and Migraine in Childood and Adolescence. London. Martin Dumitz, 2002.

*

TONZILOFARINGITIS- PREVENCJA, DIJAGNOSTIKA, LIJEČENJE

Elvir Zvrko

*Klinički Centar Crne Gore, Klinika za ORL i MFH, Medicinski fakultet
Univerziteta Crne Gore*

Nepčane tonzile su dio ždrijelnog limfatičnog prstena, zajedno s tubarnim tonsilama, faringealnom i lingvalnom tonsilom. Zbog svog smještaja na ulazu u aerodigestivni trakt, stalno su izložene štetnim uticajima iz okoline pa su podložne infekcijama. Tonzilitis se često javlja u kombinaciji s faringitisom, pa se ta dva termina ponekad koriste kao sinonimi, iako bi najtačniji termin tada bio tonsilofaringitis. Tonzilitis se najčešće javlja u djece, prema trajanju može biti akutni i hronični, a prema etiologiji virusni ili bakterijski. Većinom se radi o virusnoj infekciji

koja zahtijeva samo simptomatsko liječenje. U 15-30% slučajeva infekcija je bakterijska i liječi se antibioticima. Najčešći bakterijski uzročnik je beta hemolitički streptokok grupe A. Dijagnoza streptokoknog tonsilitisa se postavlja pomoću Centorovih kriterijuma i brisa ždrijela. Centorovi kriteriji uključuju tjelesnu temperaturu iznad 38°C, eksudat na tonsilama, povećane i bolne prednje vratne limfne čvorove te odsutnost kataralnih simptoma i kašla. Penicilin je lijek izbora u liječenju streptokoknog tonsilofaringitisa. U slučaju preosjetljivosti na penicilin, lijek izbora je azitromicin. Moguća komplikacija tonsilofaringitisa je nastank apscessa u peritonzilarnom, parafaringealnom ili retrofaringealnom prostoru. U slučaju neuspješnog konzervativnog liječenja, opcija je tonsilektomija. Tonsilektomija je relativno siguran zahvat, ali se njome uklanja važan dio imunološkog sustava, stoga je važno pravilno postaviti indikaciju.

Ključne riječi: tonsilitis, tonsilofaringitis, Centorovi kriterijumi, tonsilektomija

*

AKUTNI KONJUNKTIVITIS KOD DJECE

CONJUNCTIVITIS ACUTA IN PEDIATRIC PATIENTS

Sanja Borović, Nataša Jovović

PJU Očna ordinacija "Borović"

Uvod: Konjunktivitisi predstavljaju najčešće oboljenje oka u dječjem uzrastu. Mogu biti izazvani alergenima, toksinima, gljivicama, virusima i bakterijama.

Najčešći uzrok akutnih konjunktivitisa u ovom uzrastu, posebno u predškolskom periodu, su bakterfije - 65% a potom virusi 20% Poseban značaj imaju konjunktivitisi koji nasatju ubrzo po rođenju zbog, nekada veoma agresivnih vrsta bakterijskih infekcija koje mogu trajno da oštete vid, ili pak izazovu i sistemska oboljenja.

Cilj rada: Cilj ovog rada je da pomogne pedijatrima, da u svojoj svakodnevnoj praksi prepoznaju kliničke karakteristike, prije svega

bakterijskih konjunktivitisa, kao i smjernice u terapiji. Ukoliko se propisuju antibiotici, neophodno je da se bilo na osnovu kliničkih znakova ili mikrobiološke analize bude sigurno da se radi o bakterijskoj, a ne virusnoj ili alergijskoj reakciji s jedne strane, a s druge da se propisuju antibiotici na koje su te bakterije osjetljive

Materijal i metode: U izradi ovog rada korišteni su klinički i mikrobiološki podaci djece sa konjunktivitisom u dobi od rođenja, a koji su pregledani i liječeni u vanbolničkim uslovima.

Rezultati: Na osnovu mikrobiološke analize, utvrđeno je da su najčešći uzročnici akutnog bakterijskog konjunktivitisa *Staphylococcus aureus*, potom *haemophilus influenzae* i *Streptococcus pneumoniae*

Zaključak: Konjunktivitisu se veoma česti u dječjem uzrastu. Radi se najčešće o benignom oboljenju koje često prolazi i bez liječenja. Ako se već propisuje terapija, važno je razlikovati vrste konjunktivitisa, što se najčešće postiže kliničkim pregledom, bez drugih pregleda. Ako se propisuju antibiotici, mora se voditi računa o najčešćim uzročnicima i njihovoosjetljivosti na određene antibiotike kako se ne bi bespotrebno, dugotrajno i neuspješno sprovodilo liječenje.

Ključne riječi: konjunktivitis, djeca, terapija

*

PSEUDOSTRABIZAM I STRABIZAM -ZNAČAJ RANE DIJAGNOSTIKE

Dr Nataša Jovović, Dr Sanja Borović

PJU Očna ordinacija "Borović"

Uvod: Strabismus predstavlja pogrešan položaj očiju, odnosno vidnih osovina u odnosu na posmatrani predmet. Pseudostrabizam je pravilan položaj očiju, koji zbog specifičnog položaja očnih jabučica, kapaka ili promjena u orbitama može da stvori lažni utisak o pogrešnom položaju očiju. I jedno i drugo su među najčešćim razlozima upućivanja pedijatrickih pacijenata kod oftalmologa naročito u uzrastu do 2. godine života. Učestalost strabizma je u zavisnosti od studija je 2-5%.

Cilj rada: Utvrditi najčešće razloge za psudostrabizam u našoj oftalmološkoj praksi. Utvrditi kog su uzrasta najčešće djeca sa psudostrabizmom. Kolika je učestalost strabizma i koji je značaj rane dijagnostike.

Materijal i metode: Retrospektivna studija obavljena u PJU Očna ordinacija "Borović" za period od 9 godina. Ispitivana djeca, podjeljena su u 2 starosne grupe (od 0 do 2.g. i od 2 do 4.g.). Urađeno je ispitivanje vidne oštchine, strabološki pregled sa akcentom na cover test, skijaspopija, biomikroskopski pregled i pregled očnog dna indirektnom oftalmoskopijom.

Rezultati: Najčešći razlog za pseudostrabizam je epikanthus u obje uzrastne grupe (95%), naročito u madjoj grupi (97%). Mala pupilarna disistanca daje utisak ezotropije, dok velika pupilarna distance daje utisak egzotropije u starijoj starosnoj grupi (1-2%). Pozitivan i negativan ugao kappa (1/2%) daju sliku psudostrabizma, ali za postojanje ugla kappa razlozi mogu biti i veoma teška oboljenja na očnom dnu: spontana regresija retinopatije prematuriteta, ožiljne promjene nakon infektivnih oboljenja oka i urodjenih anomalija oka. Sliku vertikalnog pseudostrabizma(1-2%) daje i ptoza kapaka, asimetrija lica i tumori očne duplje. Diferencijalnodijagnostički test u odnosu na pravi strabizam je cover test.

Zaključak: Najčešći razlog za pseudostrabizam je epikanthus u obje uzrasne grupe, ali zbog pojave rijetkih formi strabizma (sa rijetkim formama ekscentričnih fiksacija), ali i oftalmoloških oboljenja koje prate ove entitete, potrebno je uraditi kompletan strabološki i oftalmološki pregled i redovne kontrole po preporuci oftalmologa, Ne treba zaboraviti da je u 20% slučajeva strabizam prvi znak postojanja retinoblastoma, najčešćeg malignog intraokularnog tumora u dječjem uzrastu.

Ključne riječi: Psudostrabismus, cover test, epikanthus, strabismus.

*

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PRAĆENJU RAZVOJA PRIJEVREMENO ROĐENOG DJETETA I PREVENCICI MOGUĆIH KOMPLIKACIJA PRIJEVREMENOG ROĐENJA

VSS Dragana Marković

Klinički Centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Podgorica

Incidenca prijevremenog rođenja u svijetu se procjenjuje na oko 11% i znači da se godišnje rodi oko 15 miliona djece prije termina.

Prema definiciji SZO prijevremeno rođenim djetetom se smatra ono koje je rođeno prije 37. nedelje trudnoće.

Aktivnosti usmjerene na prevenciju poremećaja kod prijevremeno rodene djece nijesu strogo podijeljene na primarni, sekundarni i tercijalni nivo zdravstvene zastite već se prepliću i usmjerene su sve ka istom cilju. U svijetu i kod nas postoji priličan broj studija u okviru kojih su prijevremeno rođenu djecu pratili stručnjaci različitih specijalnosti, između ostalog psiholozi, fizioterapeuti, logopedi, defektolozi, pedagozi. Inače, praćenje se nije odvijalo samo po rođenju i u prvim godinama života, već i kasnije. Pošto je utvrđeno da kod te djece mogu da se razviju određeni deficiti u školskom uzrastu, potrebno je preventivno djelovanje.

Zbog svega navedenog u ovom mom izlaganju jasno je koliki je znacaj preventivnog djelovanja na svim nivoima zdravstvene zastite, a sve sa idejom da se poveća preziviljavanje prijevremeno rodene djece a istovremeno broj komplikacija prijevremenog rođenja svede na minimum gdje se vidi vrlo jasna uloga medicinske sestre.

*

ZNANJE, STAV I PONAŠANJE TRUDNICA KAO RIZIKO FAKTOR ZA PRIJEVREMENI PORODAJ

VSS Milica Dukić

Ministarstvo zdravlja Crne Gore

Uvod: Svake godine se širom svijeta prijevremeno rodi 15 miliona beba. Više od milion djece svake godine umre od komplikacija prijevremenog rođenja. Prijevremeno rađanje je glavni vodeći uzrok novorođenačke smrtnosti (bebe u prve 4 nedjelje života), i drugi vodeći uzrok smrti kod djece ispod 5 godina. Prosjek prijevremenog rađanja djece je 5-18% u 184 zemlje širom svijeta, a 75% smrtih slučajeva prijevremeno rođene djece može biti prevenirano bez intezivne njegi. Incidenca prijevremenog rađanja u razvijenim zemljama Evrope iznosi 12-13%. Učestalost prijevremenog porođaja se može spriječiti odgovarajućom primarnom zdravstvenom zaštitom trudnica. Neadekvatano znanje i informiranost o riziku faktorima prijevremenog porođaja, pristup zdravstvenoj zaštiti i socioekonomske poteškoće mogu se odraziti na zdravlje majke i biti udruženi sa povećanim rizikom od neželjenih ishoda trudnoće. Procjena faktora rizika i pomoći ženama da prevaziđu psihosocijalne stresore zagovara se kao dio ukupne brige o ženama, pogotovo trudnicama, bez obzira na njihov socijalni status, nivo obrazovanja, etničku i rasnu pripadnost.

Cilj rada:

- Utvrditi znanje, stav i ponašanje trudnica kao riziko faktor za rađanje nedonoščadi u Crnoj Gori.
- Komparirati znanje trudnica koje su imale prijevremeni porod i trudnica koje su u toku prve svoje trudnoće.
- Prikazati značaj edukacije trudnica o posljedicama prijevremenog poroda na razvoj nedonoščeta.

Materijal i metode: Urađena je studija znanja, stavova i prakse (KAP studija), trudnica sa područja Crne Gore u odnosu na rizike za prijevremeni porođaj. Istraživanje je sprovedeno među 60 ispitanica u Crnoj Gori, koje su u prvom trimestru svoje prve trudnoće i ispitanice koje su prethodno imale prijevremeni porođaj. Instrument za sprovođenje

istraživanja je bio anonimni anketni upitnik, dizajniran za potrebe ovog istraživanja. Baza podataka je sastavljena u programu Microsoft Office Excel 2013 i u nju su unešeni podaci dobijeni tokom anketiranja. Nakon provjere integriteta podataka, obavila se statistička analiza u programu IBM SPSS Statistics v.20.0 for Windows.

Rezultati: U skupini I najveći procenat ispitanica su bile starosne skupine 25-29 godina i taj procenat je iznosio 33.3%, a zatim starosne skupine 35-39 godina, 20%. U skupini II najveći procenat ispitanica su bili starosneskupine 30-34 godina, 33.3%, a zatim starosne skupine 35-39 godina, 26.7%. Na redovne ginekološke preglede ide 17 ispitanica skupine I i 18 ispitanica skupine II ($\chi^2=1.285$; $p=0.453$). Kao najučestaliji izvor informacija za trudnoću u obje ispitivane skupine navode se zdravstveni radnici/stručna lica i to kod 17 ispitanica skupine I i 14 ispitanica skupine II. Nije ustanovljena statistički značajna razlika u učestalosti pobačaja u odnosu na ispitivanu skupinu, $\chi^2=0.430$; $p=0.806$. Najveći broj ispitanica obje ispitivane skupine uopšte se ne slaže da se tokom trudnoće osjeća relaksirano, te primjenom hi kvadrat testa nije ustanovljena statistički značajna razlika, $\chi^2=0.200$; $p=0.655$. Najveći broj ispitanica obje ispitivane skupine su odgovorile da je ishrana u trudnoći veoma značajna, te nije ustanovljena statistički značajna razlika u dobijenim odgovorima, $\chi^2=4.176$; $p=0.124$.

Zaključak: 1. Znanja, stavovi i ponašanja trudnica u Crnoj Gori su nepotpuna i različita u odnosu na starosnu dob, obrazovanje, istoriju prijevremenog porođaja i stepen informiranosti.

2. Na osnovu rezultata ovog istraživanja zaključujemo da je znanje trudnica koje su imale prijevremeni porođaj o riziku faktorima za prijevremenih porođaja, kao što je stres, ishrana, upotreba duvana, fizička aktivnost, redovni pregled, veće u odnosu na trudnice kojima je ovo prva trudnoća.

3. Naglašava se potreba stvaranja novih preventivnih intervencija koje će imati veći uticaj na prijevremeni porođaj, bolju informisanost trudnica (knjige tv emisije, radionice, brošure na vidnim mjestima), sprovođenje programa edukacije o faktorima rizika prijevremenog porođaja kako trudnica tako i tima zdravstvenih profesionalaca.

Ključne riječi: faktori rizika, prijevremeni porođaj, prevencija.

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U SPROVOĐENJU ZDRAVSTVENO-VASPITNOG RADA U OSNOVNIM ŠKOLAMA

VSS Tijana Dakić, VSS Dragana Marković, VSS Slavica Jelić,

Klinički Centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Podgorica

UVOD. Školska populacija, prije svega populacija djece osnovno školskog uzrasta od 7 do 14 godina jedna je od najvulnerabilnijih populacija današnjeg drustva. To je period najdinamičnijeg tjelesnog i mentalnog razvoja kada mlade osobe stasavaju u odrasle ljude.

CILJ. Ovim istraživanjem treba se procijeniti u kojoj mjeri zdravi stilovi života utiču na zdravlje školske djece, i koliki je doprinos medicinske sestre u sprovođenju zdravstveno-vaspitnog rada u školama.

METOD. Ovaj istraživački projekat obuhvatio je 100 učenika dvije osnovne škole u Podgorici. Kao tehnika istraživanja korištena je metoda anketiranja i analiza dokumentacije.

REZULTATI. Analizom odgovora vezanog za ishranu podatak je zabrinjavajući jer 68% svakidnevno konzumira brzu hranu. O zdravim stilovima života 92% djece zeli da nauči i jako su motivisani. 56% djece odgovara da je školska torba svaki dan teška.

ZAKLJUČAK. Na osnovu rezultata dobijenih anketiranjem 100 učenika osnovno školskog uzrasta došlo se do zaključka da su nepravilna ishrana, smanjen unos vode, teška školska torba, dugotrajno koriscenje kompjutera, i loš uticaj pirodice po pitanju bolesti zavisnosti, mnogobrojni faktori koji dovode do oštećenja fizičkog i psihičkog zdravlja, kao i stvaranje loših navika u velikom procentu kod djece školskog uzrasta.

Ključne riječi: zdravstveno vaspitni rad, zdravi stilovi života, osnovno - školska populacija, zdravstveni radnici.

*



DRUGI KONGRES
PREVENTIVNE PEDIJATRIJE
CRNE GORE

PREVENTIVNI PREGLEDI PEDIJATRA U PZZ (2011-2017)

Sanja Simović, Senija Tombarević, Ivana Zejak

Tematska oblast: Značaj optimalne organizacije pedijatrijske službe u vanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti djece

Uvod: Pružanje preventivnih usluga izabranih doktora za djecu-pedijatara u definisanom obimu je od nacionalnog interesa. Obim preventivnih usluga pedijatra je zakonski definisan u okviru prava osiguranih lica iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Izabrani doktor je motivisan za pružanje preventivnih usluga kroz vremenski normativ koji daje visoku cijenu za svaku pruženu preventivnu uslugu. Takođe, značaj pružanja preventivnih usluga je Fond za zdravstveno osiguranje naglasio u metodologiji plaćanja, i u ugovorima sa domovima zdravlja.

Cilj rada: Analizom preventivnih usluga koje je pružio izabrani doktor za djecu-pedijatar u sedmogodišnjem periodu želi se sagledati efikasnost u dijelu preventive.

Materijal i metode: Analizirane su pružene preventivne usluga izabranog doktora za djecu (preventivni pregled: sedam u 1-oj godini; jedan u 2-oj, 4-oj, 6-oj godini; jedan u 2, 4, 6 i posljednjem razredu osnovne škole) na nivou primarne zdravstvene zaštite, u odnosu na planirano, u periodu 2011-2015. godine u 18 domova zdravlja u Crnoj Gori. Rezultati su obrađeni standardnim statističkim testovima.

Rezultati: U periodu 2011-2017 na nivou Crne Gore usluge je efektivno pružalo 2011-e 99 ID za djecu-pedijatara za 146 hiljada registrovane djece, 2012-e 87 ID je pružalo usluge za 149 hiljada djece, 2013-e 96 ID pedijatara za 152 hiljade djece, 2014-e 91 ID za 152 hiljade, 2015-e 89 ID za 148 hiljada registrovanih, 2016-e 90 ID za 148 hiljada djece i 2017-e 92 ID za 144 hiljade djece. Preventivni pregledi: 2011-e je pruženo 87 hiljada usluga sa 80%, 2012-e 82 hiljade sa 83% ostvarenja plana. 2013-e pruženo je 81 hiljada usluga sa 77% ostvarenja. 2014-e pruženo je 78 hiljada usluga sa 71% ostvarenja. 2015-e pruženo je 75 hiljada usluga sa 69% ostvarenja. 2016-e sa 75 hiljada i 2017-e sa 76 hiljada sa istim ostvarenjem od 71% planiranog broja preventivnih usluga. Najniže ostvarenje plana je kod Preventivnog pregleda djece u 4. godini života (A01004) i kretalo se od najvišeg 65% 2012-e do najnižeg 53%

2015-e godine. Smanjenje ostvarenja plana je najveće kod Preventivnog pregleda u osnovnoj školi (2, 4, 6 i posljednji razred osnovne škole) i kretalo se od 69% u 2011-oj, 84% u 2012-oj, 62% u 2013-oj, 46% 2014-oj, 47% u 2015-oj godini, 59% u 2016-oj i 62% u 2017-oj godini, čak se u nekim domovima zdravlja navedena usluga nije pružala. Preventivni pregledi djece u 1. godini života su realizovani 2011-e sa 85%, 2012-e sa 81%, 2013-e sa 82%, 2014-e sa 80%, 2015-e i 2016-e sa 75%, kao i 2017-e sa 74%, a što predstavlja kontinuirano smanjenje ostvarenja plana.

Zaključak: Rezultati sedmogodišnje analize su pokazali da je pružanje preventivnih usluga populaciji 0-15 godina 2011 i 2012 godine ili = 80% i time je ispunjen kriterijum kvaliteta (indikator kvaliteta PZZ), dok u periodu 2013-2017 taj postotak nije postignut. U cilju unapređenja neophodno je da izabrani doktori-pedijatri, uz podršku menadžmenta doma zdravlja, usmjere aktivnosti na podizanju kvaliteta rada putem edukacije šire javnosti, a ponajviše roditelja, na informisanosti o pravu djece na «paket» preventivnih usluga, kao i o značaju preventive u ranom djetinjstvu. Obaveza komisija za kvalitet PZZ je monitoring i evaluacija kvaliteta u skladu sa Pravilnikom o bližim uputstvima za obavljanje monitoring i uspostavljanje procesa evaluacije kvaliteta zdravstevne zaštite (2015). Naime, preventivni pregledi djece su jedan od indikatora kvaliteta rada doma zdravlja, a menadžment ustanove je dužan da na osnovu istih preduzima aktivnosti u cilju kontinuiranog unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: preventiva, pedijatar, dom zdravlja

*

ULOGA PEDIJATARA U PREVENCICI RIZIČNIH PONAŠANJA (UPOTREBA DUVANA I ALKOHOLA) KOD DJECE I MLADIH

Tatijana Đurišić, Ljiljana Golubović, Boban Mugoša

Institut za javno zdravlje Crne Gore

Uvod: Rizična ponašanja mladih su globalni problem. Pušenje i upotreba alkohola tokom adolescencije imaju direktnе zdravstvene posljedice povećavajući rizik razvoja hroničnih bolesti i zavisnosti u odrasloj dobi. Redukcija rizičnih ponašanja ima potencijal za smanjenje preventibilnog morbititeta i mortaliteta mladih i pedijatri imaju ključnu ulogu u preveniraju štetnih ishoda i promovisanju zdravih stilova života.

Cilj rada: Analizirati trend rizičnih ponašanja mladih i upoznati pedijatre sa preventivnim aktivnostima koje mogu poduzeti u rutinskom radu.

Materijal i metode: Studija presjeka, Evropsko školsko istraživanje o upotretbi alkohola i drugih droga-ESPAD, anketiranje učenika uzrasta 16 godina u svim srednjim školama. Nacionalno reprezentativni uzorci: 7557 učenika prvog razreda 2008., 8276 učenika prvog i drugog razreda 2011. i 7636 učenika prvog i drugog razreda 2015.godine. ESPAD se sprovodi putem jedinstvenog instrumenta - ESPAD Student Master Questionnaire.

Rezultati: Rezultati tri ESPAD istraživanja za životnu prevalenciju pušenja pokazali su smanjenje od 2% u 2011., u odnosu na 2008. i 2015. kada je bila 34%. Pušenje u prethodnih 30 dana pokazalo je 2015. porast od 3% - sa 12% 2008. i 2011. godine, na 15%. Prevalencija svakodnevног pušenja pokazuje rast - od 7% 2008. 8% 2011. do 10% 2015.godine. Životna prevalencija upotrebe alkohola rasla je sa 74% 2008. na 77% 2011. odnosno 78% 2015. godine. Konzumiranje alkohola tokom 12 mjeseci pokazuje porast, sa 56% 2008. na 61% 2011. i 2015. Alkohol tokom 30 dana 2008. godine koristilo je 32%, 38% 2011. i 40% 2015. Ekscesivno pijenje tokom 30 dana raste sa 26% 2008. i 27% 2011. na 30% 2015. Dječaci više od djevojčica upražnjavaju ova rizična ponašanja.

Zaključak: Za smanjenje rizičnih oblika ponašanja kod djece i mladih nužno je poticati i razvijati njihove socijalne i komunikacijske vještine, samopouzdanje i samopoštovanje, osigurati toplo i poticajno

okruženje za rast i razvoj. Za zdrav razvoj djeteta ključni su porodica, pedijatar, obrazovne ustanove te zajednica kojoj dijete pripada.

Ključne riječi: Rizična ponašanja, djeca, duvan, alkohol, pedijatri, prevencija

*

PREVENTIVNI ASPEKT INARKOMANIIJE U CRNOGORSKIM PORODICAMA

Ida Kolinović

Ministarstvo rada i socijalnog staranja

Uvod: U periodu od januara 2013. do oktobra 2014. godine, za potrebe Master rada autorke, pod nazivom "Socijalni rad sa porodicom u prevenciji narkomanije u Crnoj Gori" (odbranjenog na Fakultetu političkih nauka u Beogradu 2014. godine), realizovano je istraživanje o uticaju porodičnih faktora na prevenciju narkomanije u Crnoj Gori. Uzorkom je obuhvaćeno 168 zavisnika i zavisnica (158 muškog i 10 ženskog pola) i 188 građana/ki koji/e nikada nisu probali drogu (161 ispitanik muškog pola i 27 ženskog pola).

Cilj rada: Cilj ovog istraživanja je da se aktualizira nedovoljno istražen problem narkomanije u Crnoj Gori i ukaže na to da porodica predstavlja veoma važan faktor u prevenciji narkomanije kod svog člana.

Materijal i metode: Kako bismo došli do relevantnih podataka, u radu su korišćene dvije vrste standardizovanih upitnika: jedan za fokus grupu -zavisnike/ce i jedan za kontrolnu grupu – građane/ke koji/e nisu probali drogu.

Rezultati: Dobijeni rezultati pokazuju da postoji čvrsta povezanost između nedostatka akademskog interesovanja, odnosno niskog školskog uspjeha i bježanja iz škole sa konzumiranjem droga. U prosjeku, najveći broj zavisnika ima završenu srednju školu (56,5%) sa dobrim uspjehom, dok je petina (20%) ukupnog broja ispitanih zavisnika napustila srednju školu ili je izbačena iz nje. Istraživanje dalje otkriva značajan podatak

kada je u pitanju roditeljski nadzor u kontekstu primarne prevencije od zloupotrebe droga. Roditelji osoba koje nikada nisu konzumirale drogu u značajno su većem procentu u odnosu na roditelje zavisnika, bili informisani o tome sa kim njihova djeca provode slobodno vrijeme (80,9% vs. 39,3%). Roditelji učesnika kontrolne grupe u odnosu na roditelje zavisnika od droga, bili su u većoj mjeri upoznati sa društвom svoje djece tokom odrastanja (80,9% vs. 66,1%). Dobijeni rezultati dalje pokazuju da su roditelji učesnika kontrolne grupe bili više angažovani i posvećeni preventivnim razgovorima o posljedicama korišćenja i zloupotrebe droga, nego roditelji zavisnika od droga. Među zavisnicima od droga, samo je 26% onih sa kojima su roditelji tokom odrastanja razgovarali o negativnim posljedicama korišćenja droga, dok je taj procenat nešto veći kada je riječ o kontrolnoj grupi 31,7%. Roditelji zavisnika najviše su razgovarali sa svojom djecom o negativnim posledicama korišćenja cigareta, dok su roditelji učesnika kontrolne grupe, dominantno sa svojom djecom tokom odrastanja, razgovarali o negativnim posledicama korišćenja i zloupotrebe droga. Više od trećine zavisnika (35,2 %) smatra da im otac nije posvećivao dovoljno pažnje tokom odrastanja, dok je taj procenat u kontrolnoj grupi 14,3%, što ukazuje na korelaciju između zavisnosti i odsustva oca ili njegove neadekvatne uloge u porodici. Više od trećine zavisnika (36,1%) izgubilo je oca, a u 82,2% slučajeva gubitak se dogodio do 25 godine života. Očevi zavisnika su u 32,8% slučajeva prekomjerno konzumirali alkohol, dok je taj procenat u kontrolnoj grupi 5,8%. Mnogi autori ističu važnu ulogu očeva u odrastanju djeteta jer oni najčešće predstavljaju autoritet, te na uspješniji način od majke postižu da postave djeci granice i kanališu načine ponašanja karakteristične za adolescente, što se uglavnom odnosi na poštovanje pravila, socijalno ponašanje, korišćenje droga, organizovanje slobodnog vremena i školskih obaveza i aktivnosti. Dječacima je tokom odrastanja naročito važno da imaju mušku figuru koja će im pomoći u traženju sopstvenog identiteta, i formiranju sigurne, stabilne i samostalne osobe. Skoro polovina crnogorskih zavisnika dolazi iz porodica u kojima su ih majke prezaštićivale (48,8%), dok je taj procenat znatno niži u kontrolnoj grupi (21,9%). Naše istraživanje je pokazalo da je najveći broj zavisnika droge probalo do 25 godine života, njih 92,9%.

Zaključak: Rezulati istraživanja pokazuju da su uključenost oca u odrastanje djeteta, adekvatan roditeljski nadzor, veća informisanost roditelja o društву djeteta, akademsko interesovanje i bolji školskih uspjeh djeteta (što upućuje i na veću uključenost roditelja u njegove

školske aktivnosti), kao i preventivni razgovori sa djetetom o drogama, veoma važni faktori u prevenciji narkomanije u Crnoj Gori.

Ključne riječi: narkomanija, roditeljski nadzor, preventivni razgovori, školskih uspjeh, uloga oca

*

ASTMA ŠKOLA ZA RODITELJE I DJECU

R. Pajović, N. Kavarić, Vesna Strainović Lalović, N. Jankovic, P. Divanović, S. Račić

Dom zdravlja Podgorica

Uvod: Osnovni zadatak Doma zdravlja je očuvanje i poboljšanje zdravlja ljudi i djece, sprovođenjem preventivnih mjera za sprečavanje nastanka masovnih zaraznih i nezaraznih bolesti. Astma je hronicni inflamatorični proces disajnih organa, koji je najčešće reverzibilan, ali koji može da bude veoma težak a nekada fatalan. Obzirom na porast oboljelih sa astmom 27.02.2013. godine otvoreno je Savjetovaliste za djecu i roditelje sa weesing bronhitisom i astmom.

Cilj rada je sagledavanje broja polaznika, njihov uzrast i zadovoljstvo roditelja polaznika Astma škole.

Metod rada: Izabrani pedijatari: dr Rajka Pajović, dr Nada Janković, dr Sladana Račić i dr Paša Divanović svake srijede organizuju školu za roditelje i djecu koja imaju wheezing bronhitis i astmu. Roditelji se upoznaju sa time što izaziva napade astme, kako spriječiti da do napada bronhopstrukcije dođe i kako treba pomoći djetetu koje je dobio napad astme.

Rezultati: Od početka škole, 651 učesnika je pohađalo predavanje i edukaciju u okviru škole. Zastupljenost prema uzrastu je sljedeća: od 0-4 godine 53,8% (351); od 5 do 11 godina 36,5% (238) i starija od 11 godina 9,6% (62). Treba naglasiti važnost ove škole jer su ovdje većinom zastupljena djeca kod kojih se objektivnim mjerjenjem zbog uzrasta ne može postaviti dijagnoza astme. Dijagnozu smo postavili pozitivnom

reakcijom na ljekove kojima se liječi astma. Time smo lišili djecu zloupotrebe ljekova (antibiotika) i omogućili im miran san i normalan život. U anketi koju smo sprovedli 96,1% (626) roditelja je odgovorilo da su zadovoljni i zahvalni što su bili učesnici astma škole.

Zaključak: Važno je misliti na astmu ako imamo pozitivnu porodičnu anamnezu. Ne smijemo dozvoliti da se djeca liječe antibioticima ili ljekovima za suzbijanje kašlja pod dijagnozom bronhitisa ili pneumonije. Treba imati otvoren i iskren pristup sa djetetom koje boluje od astme, tretirati ih kao i njihove vršnjake i uključiti ih i proces liječenje i kontrole astme. Astma ne smije biti razlog za sram. Olimpijski pobjednici, državnici, poznate ličnosti iz javnog i kulturnog života, te obični ljudi žive uspješan život uz astmu.

Ključne riječi: astma škola, broj posjeta, djeca

*

ULTRAZVUČNI PREGLED KUKOVA ODOJČETA

P. Divanović, N. Kavarić

Dom zdravlja, Podgorica

Uvod: Razvojni poremećaj kuka (RPK) je najčešće oboljenje tog zgloba. Postoje različiti stepeni promjena na kuku, počev od nestabilnog, luksabilnog kuka, subluksiranog pa do kompletno isčašenog kuka. Veoma je neravnomjerno raspoređen rasno, geografski i etički. Njegova učestalost zavisi i od načina ispitivanja. Kliničkim pregledom je učestalost najmanja, radiografski veća, a ultrasonografski najveća. Učestalost u svijetu 1-3 promila, a u Crnoj Gori 6-8 promila. Ukoliko postoje znaci rizika potrebno je detaljno kliničko i ultrasonografsko ispitivanje na rođenju, zatim sa 6 nedelja, 3 i 6 mjeseci. Ultrazvučni pregled kukova-EHO je moćno sredstvo za dijagnozu RPK. Ova metoda je nejojonizujuća, atraumatična i neškodljiva. Pregled se vrši sa djetetom postavljenim na bok, sa kukovima blago savijenim i rotiranim unutra linearnom sondom. Standarde je postavio Graf 1980 godine. Sonografski tip i nije patološki nalaz. Sonografski nalaz IIa do tri mjeseca je normalni

nalaz. Ehosonografski nalaz IIb i nadalje zahtjeva praćenje i liječenje. Decentrirane i luksirane (tip IIIa, IIIb i tip IV) treba poslati radiologu i ortopedu na dalje liječenje i praćenje. U Crnoj Gori je u oktobru mjesecu 2017. godine obavljena edukacija za ultrazvučni pregled kukova beba na Medicinskom fakultetu pod vodstvom prof.dr Dragoslava Nenezića i obučeno je 11 pedijatara, jedan dječji ortoped i 5 radiologa. U aprilu mjesecu edukaciju za ultrazvučni pregled kukova beba je završilo 12 pedijatara i 6 radiologa. U Podgorici ultrazvučna dijagnostika je počela sa radom 23.01.2018. godine. Četiri pedijatra: Dušica Gojković, Milutinka Grgur, Biljana Raičević Fuštar i Paša Divanović su do 11.06.2018. godine pregledali 509 djece. Od 11.06.2018. godine ultrazvučni pregled obavlja 9 pedijatara Doma zdravlja Podgorica. Poslije prvog pregleda i urednog nalaza djeca se pozivaju na kontrolni pregled poslije 5,5 mjeseci života. Uslučaju postojanja RPK ili nejasnoća konsultuje se radiolog prvo u Domu zdravlja zatim u KCCG. Kod potrebe za liječenjem upućuje se dječjem ortopedu.

Cilj rada: Upoznavanje sa ultrazvučnim radom kukova kod beba, sagledavanje u kom mjesecu se kod nas rade prvi i ponovni EHO pregledi, utvrđivanje stepena po Graffu i šta preduzeti da se stanje poboljša.

Materijal i metode: retrospektivna analiza ultrazvučnih izvještaja djece pregledanih od 23.01.2018. godine do 11.06.2018. godine u Domu zdravlja Podgorica.

Rezultati: Pregledano je 509 (97,5%) djece, od pozvanih 522, pregledano je 54,4% dječaka i 45,6% djevojčica. Prvi pregled: u I mjesecu je pregledano ultrazvukom 2%, u II mjesecu 8,6%, u III mjesecu 30%, u IV mjesecu 34,4%, u petom mjesecu i kasnije 25% djece. Kontrolni pregled: do punih pet mjeseci 30% djece je pregledano, poslije 70%. Broj prvih pregleda po Graffu je bio I- 94%, II a 5%. Kontrolnih pregleda po Graffu I 98%, II a -2 %. Jedan pacijent je liječen na ortopedskoj klinici Podgorica pod dijagnozom RPK konzervativnim putem (Pavlikovi kaiševi, terapijske gaćice i široko povijanje).

Zaključak: Mjere za poboljšanje rada: nastaviti edukaciju pedijatara za EHO kukova, nabaviti savremene ultrazvučne aparate sa sondom od 5 i 7,5 MHz na punktovima Doma zdravlja Podgorica. Insistirati na timskom radu u rješavanju RPK (ginekolog, neonatolog, pedijatar, dječiji ortoped).

Ključne riječi: Skrining razvojnog poremećaja kuka, bebe, ultrazvučni pregled

LJUDSKI RESURSI - PEDIJATRI U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Sanja Simović, Sanja Bogdanović, Siniša Simović

Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore

Uvod: Zdravstvene usluge izabranog doktora za djecu-pedijatra, koje pruža u skladu sa Programom zdravstvene zaštite i definisanim obimom prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, predstavljaju veoma značajan dio sveobuhvatne zdravstvene zaštite za najmlađu populaciju, kao najznačajnijeg resursa društva i države Crne Gore. U dijelu pružanja preventivnih usluga izabrani doktor je motivisan kroz vremenski normativ i dobru cijenu preventivne usluge. Cilj rada: Analizom preventivnih i kurativnih usluga koje su pružili izabrani doktori za djecu-pedijatri u petogodišnjem periodu želi se sagledati njihova efikasnost.

Materijal i metode: Analizirane su pružene preventivne i kurativne usluge izabranog doktora za djecu na nivou primarne zdravstvene zaštite, u odnosu na planirano, u periodu 2013-2017 godina u 18 domova zdravlja u Crnoj Gori. Rezultati su obrađeni standardnim statističkim testovima.

Rezultati: U periodu 2013-2017 na nivou Crne Gore usluge je pružalo 2013-e 96 ID pedijatara za 152 hiljade djece, 2014-e 91 ID za 152 hiljade, 2015-e 89 ID za 148 hiljada registrovane djece, 2016-e 90 ID za 148 hiljada djece i 2017-e 92 ID za 144 hiljade djece. U posmatranom petogodišnjem periodu su radila u prosjeku 92 izabrana doktora za djecu, a jedan izabrani pedijatar u Crnoj Gori je u prosjeku imao 1.623 registrovana osiguranika (djece). Godišnji prosječan broj posjeta ordinacijama pedijatra na nivou Crne Gore je iznosio 798 hiljada posjeta, dok je po izabranom doktoru godišnje prosječno bilo 8.710 posjeta. U posmatranom periodu dnevno ordinaciju pedijatra u prosjeku posjetilo 38 djece. Normativ za dnevni broj posjeta nije definisan u Crnoj Gori, dok u zemljama okruženja iznosi 30 posjeta dnevno. Navedeni indicator je pokazatelj dnevne opterećenosti, prosječnog vremena za prijem i pregled pacijenta tj. vremena za pružanje usluge, i time pokazatelj uticaja na kvalitet pruženih usluga. Prosječno trajanje posjete pedijatru, na osnovu navedenih proračuna, je ispod 11 minuta. Dnevnu opterećenost objašnjava i broj pruženih kurativnih usluga pedijatra i izvršenje plana koje je 145% ili 45% iznad ugovorenog, kao i broj pruženih preventivnih usluga pedijatra i izvršenje plana od 72% ili 28% ispod ugovorenog.

Zaključak: Ljudske resurse u zdravstvu je neophodno pažljivo i dugoročno planirati. Rezultati petogodišnje analize su pokazali da je neophodno da se obezbijedi broj izabranih doktora-pedijatra u skladu sa potrebama najmlađe populacije, prvo kako bi kvalitet pruženih a naročito preventivnih usluga bio zadovoljavajući, i drugo kako bi se zadovoljile potrebe djece na nivou Crne Gore za zdravstvenim uslugama. Navedeno bi omogućilo proaktivn odnos u pružanju preventivnih usluga koje su osnova za jednake mogućnosti za zdravlje, za zdrav rast i razvoj ove najosjetljivije populacije, za pravovremeno otkrivanje razvojnih anomalija a kako bi se otpočelo sa ranom rehabilitacijom ili liječenjem. Unapređenje kvaliteta rada pedijatra je moguće kontinuiranim monitoringom i evaluacijom indikatora kvaliteta i bezbjednosti na nivou doma zdravlja, a za šta su zadužene komisije za kvalitet i menadžment zdravstvenih ustanova.

Ključne riječi: ljudski resursi, pedijatar, efikasnost

*

***ULOGA IZABRANOG PEDIJATRA I PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE
SA ULTRAZVUČNOM DIJAGNOSTIKOM U PREVENCIJI I REGRESIJI
RAZVOJNOG POREMEĆAJA KUKOVA***

B. Samardžija Jovanović, N. Kavarić

Dom zdravlja Podgorica

Uvod: U okviru obavezne primarne zdravstvene zaštite (PZZ) izabrani pedijatar (IP) ustanavljava i prati razvojni poremećaj kuka (RPK) koji obuhvata niz abnormalnosti počev od razvojne nestabilnosti kuka novorođenčeta koja uključuje: dislokabilne kukove, acetabularnu displaziju, subluksaciju glave femura, dislokaciju glave femura do dislokacije ili nepokrivenosti acetabuluma ili sekundarne promjene glave femura i acetabuluma. Poremećaj nije isključivo kongenitalni, uključuje i neizmjenjene kukove po rođenju koji se kasnije promjene. Prosječna učestalost je do 3%.

Cilj: Prikazom slučaja pacijenta sa rijetkim poremećajem ukazati na važnost njegovog ranog otkrivanje na nivou PZZ.

Materijal i metod rada: Retrospektivnom analizom iz evidencije 422 elektronska kartona odojčadi od 1-6 mjeseci za period od 2016.-2018.godine (201 djevojčica, 221 dječaka) u ambulanti IP sa jednim slučajem RPK (0,24%) na čitavom uzorku.

Rezultati: U okviru redovnog sistematskog pregleda kod ženskog odojčeta urađen detaljan fizikalni pregled po sistemima i klinički pregled kukova (Ortolani i Barlow) koji je bio uredan za dob. Odojče upućeno na redovni UZ pregled kukova. Nalaz na kukovima obostrano Ib, sa formiranim zrnom okoštavanja, predložena kontrola kod ortopeda sa 5,5 mjeseci. Na kontrolnom UZ pregledu nalaz identičan, dat predlog za kontrolni pregled za mjesec dana uz nošenje širokog povoja. Na trećem UZ pregledu radiologa IBD, desno IIc sa zrnom okoštavanja, a lijevo Ib sa zrnom okoštavanja. Dat predlog za RTG karlice sa kukovima i kontrola za 7 dana kod dječjeg ortopeda. U uzrastu od 6,5 mjeseci postavljena Dg: Dysplasio coxae bill. pp dex. Sprovedena terapija: stavljanje Pavlikovih remena zbog RPK desnog kuka. Redovne UZ kontrole su uslijedile na sedam dana, potom na mjesec i od tada slijedi redovno praćenje pedijatra, radiologa i dječjeg ortopeda. Dijete je aparat nosilo 6 mjeseci, nalaz bilježi regresivne promjene: desno IIb, lijevo Ia po Graffu sa formiranim zrnom okoštavanja. Klinički hod na širokoj osnovi uredan, abdukcije simetrične oko 60°. Terapija: praćenje i redovne kontrole na 6 mjeseci sa RTG nalazom kukova -AP.

Zaključak: Iz izloženog se vidi da nakon kliničkog pregleda kukova, koji nije pouzdan zapostavljane RPK, zlatni standard je UZ pregled kukova koji obavezno radi IP u DZ-Graf metoda. Jako je bitno da se UZ pregled uradi do trećeg mjeseca, a kontrolni pregled do 5,5 mjeseci. Iako je UZ pregled uredan, uvijek je neophodno uraditi i kontrolni pregled kao u prikazu slučaja. U slučaju izmjenjenog nalaza, neohodan je dopunski pregled radiologa DZ, a po potrebi i finalni pregled radiologa IBD uz konsultaciju dječjeg ortopeda. Bez obzira na brojne dileme oko širokog povoja, neophodno je da bebine nožice uvijek budu raširene u zglobu i savijene u koljenima što se uveliko postiže i sa širokim povojem. Stoga je edukacija pedijatara u okviru PZZ iz oblasti UZ dječjih kukova neophodna u cilju prevencije i ranog otkrivanja RPK, koji zahtjeva timski rad pedijatra, radiologa, ortopeda i fizijatra. Kroz ranu primjenu UZ dijagnostike kod IP u okviru PZZ smanjuje se vjerovatnoća zakašnjene dijagnoze što smanjuje

i broj kasnijih hirurških intervencija, komplikacija i dodatne troškove liječenja.

Ključne riječi: Izabrani pedijatar, primarna zdravstvena zaštita, razvojni poremećaj kuka, UZ kukova

*

UZ PREGLED KUKOVA

Gordana Bijelić

Dom zdravlja Podgorica

Uvod: U ambulanti UZ dijagnostike u DZ u Bloku 5 u Podgorici, pedijatri rade UZ pregled kukova kod beba. U toku prve godine obavezna su dva UZ pregleda, a po potrebi i više. Prvi takav pregled bi najbolje bilo da se uradi do trećeg, a drugi do šestog mjeseca života.

Cilj: Pošto je DDH (razvojni poremećaj kuka) jedan od najčescih muskuloskeletnih problema kod beba, vrlo je važno rano otkrivanje nepravilnosti i blagovremeno liječenje. Tretman je jednostavniji i komplikacije su manje ako se problem rano dijagnostikuje.

Metod: Klasifikacija UZ nalaza kukova po Grafu, gdje su bebe sa nalazom Graf II b ponovo radile UZ za mjesec dana, dok su bebe sa urednim Graf I nalazom radille redovni kontrolni pregled.

Rezultati: Od ukupno pregledanih 51 beba, 33 su dječaci, a 18 djevojčice. Najviše beba je bilo sa urednim Graf I nalazom - 47 i to 31 dječak i 16 djevojčica. Od 31 dječaka obostrano formirana jezgra je imalo 15 beba na prvom i 9 beba na dugom UZ pregledu, dok je Graf I i nalaz bez formiranih jezgara imalo 5 dječaka na prvom i 2 na drugom UZ pregledu kukova. Od 16 ženskih beba sa Graf I nalazom, 8 je bilo sa obostrano formiranim jezgrima na prvom i 7 djevojčica na drugom UZ pregledu, dok je jedna beba bila bez formiranih jezgara na prvom pregledu. Po Graf klasifikaciji 4 bebe su imale Graf 2b i to jedan dječak i dvije djevojčice na prvom i jedna muška beba na drugom UZ pregledu. Ove 4 bebe su

ponovile UZ za mjesec dana. Jedna beba od 7 mjeseci sa Uz nalazom Graf I bez zrna okoštavanja je upućena radiologu, radi daljeg pracenja.

Zaključak: Na osnovu urađenih UZ nalaza kukova najveći broj beba je imao uredan Graf I nalaz, dok su 4 bebe morale uraditi ponovni pregled za jedan mjesec (Graf IIb), dok je jedna beba je upućena radiologu. Rano otkrivanje problema je veoma važno jer nepravilnosti u razvoju kukova mogu da se isprave ukoliko se otkriju na vrijeme. Kao najbolji metod prevencije koristi se UZ, kao i široki povojski i redovne kontrole.

*

ACCURACY OF LUNG ULTRASOUND IN DIAGNOSIS OF LUNG DISEASE IN CHILDREN

*Drita Telaku - Qosaj, Shendvere Hasani, Hajdin Ymeri, Avdi Murati,
Ramush Bejqi,*

Pediatric Clinic, Department of Respiratory Disease, University Clinical Centre of Kosovo, Pristina, Kosovo

Introduction: Lung diseases are the most common cause of neonatal respiratory distress in neonatal and childhood morbidity which can result in respiratory failure, long term treatment and death in severe cases. In recent years lung ultrasound as a new imaging application has been introduced in clinical practice. Advantages of lung ultrasound include: it is a non-ionizing method, easy to operate, and the imaging is performed in real-time, thus making it as a potential tool to be used in neonatal intensive care units.

Objective is to present the current state of knowledge about the lung ultrasound, showing the priority of the imaging of typical cases as a starting point for residents or novices to get a better understanding of lung ultrasound.

Explanation: All diagnostic ultrasound methods are based on the principle that ultrasound is reflected by an interface between media with different acoustic impedance. Ultrasound is limited in normal

aerated lungs because no acoustic mismatch occurs in the ultrasound beam when it encounters air. The pleural line and repetitive hyperechoic horizontal lines (A-lines) can be visualized by ultrasound. When the air content decreases, i.e., subpleural interstitial edema, the ultrasound beam generates an acoustic mismatch between the fluid interfaces surrounded by air and reflects repeatedly at the deeper zones. This phenomenon creates vertical reverberation artifacts called B-lines. B-lines are hyperechoic, laser-like images that originate from the pleural line and reach the edge of the screen, moving with respiration. B-lines are correlated with lung interstitial fluid content, and their number increases with decreasing air content. When the air content further decreases, i.e., lung consolidation, lung parenchyma is directly visualized by opening an acoustic window on the lung. Lung consolidation is described as a region of hypoechoic, poorly defined or wedge-shaped borders. The presence of air bronchogram or vascular pattern may help to identify the etiology of the consolidation. We can perform focused or diagnostic lung ultrasound or both called point of care ultrasound.

Conclusion: Several studies have demonstrated that lung ultrasound is an accurate and reliable technique for the diagnosis of neonatal lung and children's lung diseases.

Key words: lung ultrasound, respiratory disease, intensive care unit

*

PRIMENA QUANTIFERON-TB GOLD PLUS TESTA U DIJAGNOSTICI LATENTNE TUBERKULOZE

Dušanka Marković¹, Marko Jović²

¹*Centar za medicinsku i kliničku biohemiju-Kabinet za imunologiju,
Klinički centar Niš, Srbija, ²Institut za histologiju i embriologiju
Medicinskog fakulteta Univerziteta u Nišu, Srbija*

Uvod: Tuberkuloza je zarazna bolest uzrokovana bakterijom *Mycobacterium Tuberculosis* i danas je jedan od glavnih uzroka morbiditeta i mortaliteta u svetu. Pod tuberkulozom se podrazumeva svaka klinički, radiološki i histološki potvrđena aktivna bolest. Latentna tuberkuloza

(LTB) predstavlja prisustvo uzročnika tuberkuloze u organizmu, ali uz imunski sistem koji sprečava nastajanje bolesti. Osobe sa LTB nemaju izražene simptome i bolest se ne može preneti na druge osobe. LTB u svakom trenutku može preći u aktivnu bolest. Oko 1/3 svetske populacije inficirana je sa M. tuberculosis u formi LTB. Za dijagnostiku LTB danas se koriste tzv. IGRA testovi (Interferon Gamma Release Assays- testovi oslobođanja interferona gama), kao što je QUANTIFERON TB Gold Plus test.

QuantiFERON-TB Gold Plus je in vitro dijagnostički test u kojem se ćelije u hepariziranoj punoj krvi stimulišu antigenima specifičnim za M. Tuberculosis (ESAT-6 i CFP-10). Ovi peptidni antigeni stimulišu T limfocite da produkuju INF- γ kod osoba zaraženih sa M. tuberculosis (ali ne i kod osoba koje nisu zaražene ili su primile BCG vakcinu). Otkrivanje i naknadna kvantifikacija IFN- γ čine osnovu ovog testa.

Indikacije za primenu QUANTIFERON TB Gold Plus testa: osobe koje treba da započnu tretman anti TNF lekovima, osobe obolele od HIV-a, osobe koje su bile u kontaktu sa slučajevima plućne TB, pacijenti na dijalizi, osobe u pripremi za organsku ili hematološku transplantaciju.

Cilj rada: upoznavanje sa osnovnim karakteristikama i indikacijama za primenu QUANTIFERON TB Gold Plus testa u kliničkoj praksi.

Materijal i metode: istraživanje je sprovedeno retrogradno, pregledavanjem medicinske dokumentacije Kabineta za imunologiju Centra za medicinsku i kliničku biohemiju Kliničkog centra Niš. Istraživanjem su obuhvaćeni ambulantni i stacionarni pacijenti (odrasli i deca) u periodu od 15.08.2017. godine do 10.09.2018. godine.

Rezultati: U ovom periodu analizirani su uzorci ukupno 127 (100%) pacijenata, muškaraca je bilo 48 (37,8%), žena 36 (28,3%) i dece 43 (33,9%). Negativan rezultat je imalo 95 pacijenata (74,8%), pozitivan rezultat 27 pacijenata (21,3%) i Ideterminant-an-nejasan rezultat 5 pacijenata (3,9%).

Zaključak: Pravovremeno dijagnostikovanje LTB je od izuzetne važnosti kako bi se započelo lečenje kojim se sprečava oboljevanje od tuberkuloze, što se odražava i na smanjenje stope morbiditeta i mortaliteta.

Ključne reči: Latentna tuberkuloza, QUANTIFERON TB Gold Plus test, biološka terapija

OD ALERGIJE NA PROTEINE KRAVLJEG MLJEKA DO ATOPIJSKOG MARŠA

¹B. Ivelja, ²V. Djurišić, ³T. Filipović, ⁴S. Zejnilović

¹Dom zdravlja Cetinje ²³⁴Klinički Centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Podgorica

Uvod: Alergija na proteine kravljeg mlijeka najčešća je nutritivna alergija u prvoj godini života i često predstavlja početak atopijskog marša (atopijski dermatitis (AD), alergijski rinitis (AR) i astma).

Atopijski marš predstavlja progresiju kliničkih manifestacija atopije od ekcema i alergije na hranu u najranijem uzrastu, preko pojave senzibilizacije na inhalatorne alergene do nastanaka alergijskog rinitisa i astme. Osnove za pojavu atopijskog marša čine genetski faktori i faktori okoline.

Cilj rada: je procjena rizika kod djeca sa alergijom na proteine kravljeg mlijeka za progresiju alergije u atopijski marš

Materijal i metode rada: Praćena je učestalost AD, astme i AR kod 23 djece sa APKM starosti od 0-4 god. Kriterijumi korišćeni za dijagnozu atopijskog marša: anamneza (lična i porodična), klinička slika, ukupni IGE u krvi, pric testovi na nutritivne i inhalatorne alergene, spirometrija.

Rezultati: Kod 23 djece u periodu od 2013 god – 2017 god dijagnostikovana je alergija na proteine kravljeg mlijeka, od kojih je 39% (M/Ž-67%/33%) ispoljilo simptome atopijskog marša najkasnije do kraja treće godine života. Povišene vrijednosti ukupnog IGE-a u krvi imalo je 95 % ispitanika. Pric testiranjem 60 % djece sa atopijskim maršom senzibilisano je na nutritivne (najčešće bjelance, mlijeko, riba, kivi) i inhalatorne alegene (kućna prašina, grinje, polen trava i korova), 40% samo na inhalatorne a nalaz spirometrije kod svih ukazivao je na opstrukciju malih i srednjih disajnih puteva (FEV <80). Ishrana bez PKM (dojenje i/ ili mliječna formula na bazi ekstenzivnih hidrolizata) u prvoj godini života pravilno je sprovedena kod 55 % ispitanika. Svi ispitanici imaju podatke o postojanju alergije u porodici (kod jednog/ ili oba roditelja). U 40 % djece APKM održavala se do 2 godine i uz prisustvo atopije u porodici ispoljila su težu kliničku sliku atopijskog marša.

Zaključak: 39 % djece sa APKM u našem uzorku imalo je progresiju alergije u atopjski marš što navodi na neophodnost rane dijagnostike. Pravovremeno dijagnosticiranje APKM, eliminaciona dijeta i pravilna ishrana kao i edukacija roditelja osnov su za prevenciju i liječenje atopijskog marša.

Ključne riječi alergija, proteini kravljeg mlijeka, atopijski marš

*

PERTUSIS - DIJAGNOSTIČKI IZAZOV KOD DJECE, SA PROLONGIRANIM KAŠLJEM

¹B. Ivelja, ²Lj. Krstajić, ³T. Filipović

¹DZ Cetinje, ²PZU Milmedica, ³Klinički centar Crne Gore Institut za bolesti djece, Podgorica

Uvod Pertusis je vakcinopreventabilna bolest na koju kliničar nedovoljno pomišlja u svom radu iako se zapaža statistički značajno povećanje broja oboljelih u svijetu u svim dobnim grupama Ova bolest je i dalje jedan od velikih zdravstvenih problema u svijetu zbog trenda porasta broja oboljelih. Kao mogući razlozi ove pojave navode se: smanjen kolektivni imunitet zbog pada imunizacije, ograničeno trajanje imuniteta nakon vakcinacije(6-8 godina), antigene promjene uzročnika. Iz tih razloga mnoge zemlje razvijaju i primjenjuju nove strategije imunizacije protiv pertusisa, ponovnu vakcinaciju predškolske, školske djece,adolescenata,trudnica u poslednjem trimestru trudnoće i odraslih do 65 godina Tdap vakcinom tzv strategija uklanjanja (*cocooning strategy*)

Cilj rada je procjena učestalosti pertusisa kod djece s dugotrajnim kašljem i njihov vakcinalni status

Metod u periodu od 2013-avgusta 2018 god praćena je klinička, dijagnostička obrada 150 djece sa kašljem dužim od 14 dana. Kod svih ispitanika uradjena: je anamneza i klinički pregled, upalni parametri u 85%, mikrobiološki brisevi nasofarinksa i sputuma u 45%, spirometrija, RTG pluća u 35%, u 27% ELISA (*anti-PT IgG*) serološki test

Za utvrđivanje sumnje i/ili dijagnoze pertusisa korištene su definicije Inicijative Global Pertussis, ELISA test (anti-PT IgG, IGA), procjena vakcinalnog statusa.

Rezultati: U 49% akutna respiratorna bolest uzrokuje dugotrajni kašalj, pneumonia, bronhitis 20%, astma 18 %, pertusis 12 %, 1% gastroezofagealni refluks.

Dijagnoza potvrđenog slučaja u 83 % oboljelih od pertusisa postavljena je prema: kriterijumima definicije slučaja i ELISA serološkim testom vrijednostima titra ≥ 100 IU/mL *antiPTIgG* i/ili kontaktom sa potvrđenim slučajem, sumnja u 17% -prema kliničkim kriterijumima, neizvršenoj imunizaciji.

63% oboljelih su školarci, 6 % dojenčad, 25% predškolska djeca, 6 % adolescenti

Uredno imunizovano 74%, nevakcinisano 26%. Izvor infekcije je član porodice u 56%, kolektiv 31%, nepoznat 13%. Najveći broj oboljelih od pertusisa (40 %) zabilježen je 2017 godine

Zaključak: U našem uzorku 12% oboljelih je od pertusisa ali realno je očekivati veći broj jer je kod tek 27 % ispitanika postavljena sumnja na pertusis kao mogući uzročnik prolongiranog kašlja.

Najveći broj oboljelih od pertusisa je u skupini školske djece i nevakcinisanih što navodi na potrebu bolje informisanosti i kontinuirane edukacije ljekara i roditelja o prisustvo bolesti u populaciji, dobrobitima vakcinacije kao i razmatranje uvođenja nove strategije vakcinacije predškolske i školske djece.

Klučne riječi pertusis, kašalj, vakcinacija

*

DOSLEDNOST U SROVOĐENJU IMUNOTERAPIJE ZA AMBROZIJU KOD ALERGIJSKOG RINITISA KOD DECE

Vesna Veković¹, Zorica Živković^{1,2}, Jasmina Jocić-Stojanović¹, Olivera Ostojić, Tomašević Milena³

¹KBC "Dr Dragiša Mišović" Dečija bolnica za plućne bolesti i tuberkulozu, Beograd, Srbija, ²Farmaceutski fakultet, Novi Sad, Privredna akademija, Novi Sad, Srbija, ³Zavod za zdravstvenu zaštitu studenata, Beograd, Srbija

Uvod: Doslednost u sprovođenju terapije kada je u pitanju imunoterapija je jedan od uzroka za loš uspeh ove izuzetne terapije. Imunoterapija je jedina etiološka terapija koja ima uticaj na sam tok alergijskih bolesti respiratornog sistema. Višegodišnje trajanje terapije i subkutani put davanja imunoterapije je glavni razlog za odustajanje od terapije kod dece. Sublingvalni put davanja leka je poboljšao prijemčivost za terapiju kod dece ali je ostalo višegodišnje trajanje terapije.

Cilj: Pokazati izuzetno poboljšanje adherencije pacijenata i saradljivosti pri sprovođenju ubrzane "RUSH" metode sublingvalne alergen-specifične imunoterapije.

Metod: Ovo istraživanje je deo faze III ispitivanja sigurnosti i efikasnosti ubrzane, RUSH metode, sublingvalna imunoterapija, SLIT terapija, ambrozijom uzrokovanim rinokonjuktivitisom sa ili bez alergijske astme kod dece. Studija je randomizovana, duplo slepo kontrolisana, odobrena od strane etičkog komiteta KBC "Dr Dragiša Mišović" Beograd. Sa „RUSH“ metodom se počelo 16 nedelja pre početka sezone polinacije i u nastavku još 12 nedelja. Pacijenti su uzimanje leka, tegobe i korišćenu terapiju beležili svakodnevno u elektronski dnevnik. Studijski lek, sublingvalnu tabletu, uzimali su svakodnevno kod kuće.

Rezultati: Učestvovalo je 22 dece uzrasta od 7 do 18 godina, sa dijagnozom rinokonjuktivitsa, od toga 16 sa dijagnozom alergijska astma. Lokalna neželjena dejstva bila su blaga i kratkotrajna, svrab, peckanje usana, jezika, poda usne duplje, nepca i ušiju. Nije bilo težih neželjenih reakcija niti anafilaktičkih reakcija. Nije bilo nijednog pogoršanja astme u toku tri sezone. Nijedan od randomizovanih pacijenata nije odustao od terapije do kraja zadatog perioda.

Zaključak: SLIT RUSH metoda je pogodna za pedijatrijsku

populaciju. Komforna i laka za sprovođenje, sa minimalnim i retkim neželjenjim efektima, prijemčiva je za decu. Kratko trajanje terapije, uzimanje leka kod kuće uz korišćenje savremenih komunikacionih tehnologija i mobilnih aplikacija dovodi do izuzetne saradljivosti pacijenata i time do toga da se terapija sprovodi dosledno i u potpunosti.

Ključne reči: alergen specifična imunoterapija, sublingvalna imunoterapija, rinitis, astma, deca

*

PRUNE BELLY SYNDROME-PRIKAZ SLUČAJA

Bojana Cokić

Zdravstveni centar Zaječar, Dečije odeljenje

Uvod: Prune Belly sindrom (Trijas sindrom, Eagle Barret syndrome) je retka kongenitalna anomalija. Glavne karakteristike Prune Belly syndroma su nerazvijenost abdominalnih mišića pa je koža tog dela naborana (stomak "suvih šljiva"), anomalije urinarnog trakta i kriptorhizam. Prvi opis Prune Belly synroma daje Frölich 1839.godine, a 1901. godine Osler daje ime sindromu. Incidencu je 1:35 000 do 1:50 000 živorođenih. Preko 95% obolelih su dečaci, a samo 3-5% devojčice. 75% obolelih imaju i plućne, skeletne, srčane i digestivne malformacije. Međutim anomalije urinarnog trakta su glavni prognostički faktor. Uzrok bolesti nije dovoljno poznat. Nekoliko aspekata uključuju porodične slučajeve, veću učestalost u muške dece što ukazuje na genetski faktor vezan za pol. Pominje se i autosomno-recesivno nasleđivanje. Homozigotna mutacija na muskarinskom holinergičkom receptoru 3 gena (CHRM3) na hromozomu 1q43 otkrivena je u jednoj porodici. Prenatalno se ultrazvukom mogu utvrditi postojeće anomalije urinarnog trakta. Po rođenju se dijagnoza postavlja na osnovu kliničkog pregleda, analiza krvi, rendgenskog i ultrazvučnog pregleda urinarnog trakta. Kada se postavi dijagnoza lečenje je simptomatsko. Hirurškim putem se koriguju abnormalnosti urinarnog trakta i testisa. Napredovanjem nauke, ugrađuju se silikonski implanti koji zamenjuju nedostatak

mišića trbušnog zida. Mogu se ordinirati antibiotici u cilju prevencije infekcija urinarnog trakta. I pored svega, prognoza je loša. Neke bebe su mrtvorodene, neke umiru na rođenju i u prvih nekoliko nedelja života usled teških poremećaja pluća i bubrega.

Cilj rada: Cilj rada je prikazati dečaka koji je rođen sa Prune Belly syndromom.

Prikaz slučaja: U dečije odeljenje naše bolnice sa Regiona se upućuje mlado odojče u odeljenje Dečije hirurgije zbog »neobičnog« izgleda trbušne muskulature. Kliničkim pregledom dežurnog pedijatra se postavlja dijagnoza. Daljim laboratorijskim ispitivanjima u našoj bolnici i u tercijarnoj ustanovi potvrđena je dijagnoza Prune Belly syndroma. Pacijent je imao tipičan trijas sindrom. Lečen simptomatski i hirurški, ali zbog bubrežne insuficijencije dolazi do letalnog ishoda u uzrastu školskog deteta.

Zaključak: U Opštini Zaječar za poslednjih 30 godina to je jedini pacijent sa Prune Belly syndromom, na žalost sa letalnim ishodom. Ovaj sindrom budi mnoga medicinska i etička pitanja. Prevencija ne postoji. Skriningom za fetalne anomalije se postavlja dijagnoza. Da li je moguća fetalna terapija, fetalna hirurgija bubrežnih anomalija...

*

MOZAIČNA MONOZOMIJA X SA NISKOPROCENTNOM X RING ĆELIJSKOM LINIJOM KOD ŽENE SA TRI SPONTANO ZAČETE TRUDNOĆE

S. Teofilov, T. Ostojić, M. Bulatović, J. Jovanović, O. Miljanović

Centar za medicinsku genetiku i imunologiju – Klinički centar Crne Gore

Uvod: Turnerov sindrom (TS) je hromozomopatija koja utiče na fenotipski razvoj kod žena, a zbog gonadne disfunkcije najčešće za posljedicu ima amenoreju i sterilitet. Javlja se sa učestalošću 1/2500 ženske novorođenčadi. Uzrok ovog poremećaja, u najvećem broju slučajeva (oko 70%) je monozomija X hromozoma ili mozaične forme sa monozomijom X I normalnom ćelijskom linijom. Strukturne aberacije

(delecije, izohromozom q kraka, ring hromozom i markeri) zastupljene su u 30% slučajeva. Veoma mali procenat pacijentkinja je sa mozaičnim kariotipom, 45,X/ 46,X, r(X).

Cilj rada: prikaz rijetkog slučaja.

Materijal i metode: Prikazujemo slučaj 37-godišnje žene sa TS koja je imala tri dokumentovane trudnoće, sa spontanim začećem. Definitivna citogenetička dijagnostika bazirana je na analizi od 200 metafaza. Metafazni hromozomi dobijeni su kultivacijom limfocita periferne krvi stimulisanih fitohaemaglutininom, prema standardnoj proceduri, a analizirani pomoću G pruga. Rezultati: Pacijentkinja sa fenotipom TS je nakon izgubljene dvije trudnoće upućena upućena u Kabinet za kliničku genetiku. Rezultat citogenetičke analize na 30 metafaza: 45, X [30], dok je ektenzivnom citogenetičkom dijagnostikom na 200 metafaza utvrđena mozaična forma kariotipa sa dvije čelijske linije: 45,X[188]/46,X,r(X) (p22.1q28)[12]. Nekoliko mjeseci kasnije, pacijentkinja je ponovo spontano zatrudnjela i sprovedena je prenatalna dijagnostika fetusa iz čelija amniona. Rezultat kariotipa 46,XY. Treća trudnoća uspješno je završena rođenjem zdravog dječaka.

Zaključak: Žene sa TS obično imaju gonadnu disfunkciju koja dovodi do amenoreje i steriliteta. TS koji imaju mozaičan kariotip: 45,X/46,X,r(X) su veoma rijetki, a mali je broj opisanih slučajeva sa uspješnim trudnoćama. Ovo je, u Crnoj Gori, prvi prikaz pacijentkinje sa mozaičnim kariotipom 45,X/46,X,r(X)(p22.1q28) i normalnim fertilitetom.

Ključne riječi: Tarnerov sindrom, mozacizam, ring X hromozom.

*

HEMIHIPERTROFIJA KOD DJECE IZ AMBULANTE PEDIJATRA

Julija Bošković

Dom zdravlja Bijelo Polje

Uvod: Hemihipertrofija ili hemihiperplazija je povećanje jednog dijela tijela (organa) ili može biti zahvaćeno više djelova tijela (organa) na jednoj strani tijela. Nije utvrđen uzrok hemihipertrofije. Manifestuje se od blagih jedva primjetnih do promjena kada treba medicinski intervenisati (asimetrija-poremećaj u razvoju). Takva djeca su podložnija obolijevanju od tumora (postoji rizik od tumora bubrega) u dječjoj dobi, te je važno je da dijete do sedme godine ide svaka tri mjeseca na UZ bubrega, potom svakih 6 mjeseci do godinu dana.

Cilj rada: Da se ukaže na rijetko oboljenje, pravovremenu dijagnozu, praćenje izabranog pedijatra, genetičara, radiologa, ortopeda i adekvatno lijeчењe.

Materijal i metode: Deskriptivan, korišten zdravstveni karton djeteta iz ambulante.

Rezultati: Na osnovu anamneze, pregleda dokumentacije dijagnostičkih procedura, konsultacija sekundarnog i tercijernog nivoa određenih specijalnosti i pregleda djeteta ukazano je da se radi o djetetu sa hemihipertrofijom. Dijete iz treće uredne trudnoće, rođeno u 31/32 GN, PTM 1690 gr. Sa glavom uočajene konfiguracije, širim korijenom nosa, hipertelorizmom i epikantusom oba oka. Česta protruzija jezika sa umjerenom hemihipertrofijom lijeve strane jezika. Na oba koljena oba laka kožna jamica, plitko udubljenje koje je simetrično, lijevo stopalo i lijeva noga djeluje nešto duža ali sa inegalitetom ispod 1 cm. Blaga hemihipertrofija lijeve ruke i noge. Ostali klinički i neurološki nalaz odgovara uzrastu.

Zaključak: Hemihiperplazija može biti genetički uslovljena, zato je potrebno je pravovremeno praćenje od strane genetičara, pedijatra, a pri prohodavanju i ortopeda, sprovodenje skrininga za embrionalne tumore (na tri mjeseca raditi UZ abdomena i alfa feto protein). Ako je jedna nogu duža, nose se korektivni ortopedski ulošci ili se završava operativno. Potrebno je stalno praćenje (skrining na tumore) i sprovodenje fizikalnog tretmana (vježbe za jačanje mišića, nadzor nad kičmenim stubom).

Ključne riječi: hemihipertrofija, alfa feto protein, pravovremenost

NIZAK RAST KOD DJEVOJČICA KAO INDIKATOR ZA OTKRIVANJE TARNEROVOG SINDROMA

M. Andelić, J. Jovanović, S. Teofilov, M. Bulatović, T. Ostojić, O. Miljanović.

Klinički centar Crne Gore, Centar za medicinsku genetiku i imunologiju

Uvod Tarnerov sindrom (TS) je jedna od najčešćih hromozomskeh aberacija, koja nastaje kao posljedica kompletne ili parcijalne monozomije hromozoma X, a javlja se sa učestalošću 1/2500 živorodenih djevojčica. Tipične kliničke karakteristike, koje se ispoljavaju u preko 90% osoba sa TS su nizak rast i gonadna disgeneza sa primarnom ovarijalnom insuficijencijom, dok ostale kliničke karakteristike pokazuju značajnu heterogenost u fenotipskoj ekspresiji (kraniofacijalna dismorfija, urođene srčane i bubrežne anomalije, skeletna displazija, oštećenje sluha).

Cilj ovog rada bio je da se ispita značaj niskog rasta i dismorfije kao indikatora za otkrivanje TS kod djevojčica.

Metod rada Retrospektivna analiza rezultata citogenetičkog ispitivanja sprovedenog u Centru za medicinsku genetiku i imunologiju KC CG, kod djevojčica sa niskim rastom koje su upućene u Kabinet za kliničku genetiku u periodu od januara 2015. do avgusta 2018. godine.

Rezultati U ispitivanom periodu u Kabinet za kliničku genetiku KC CG upućeno je 37 djevojčica sa niskim rastom. Prosječni uzrast ispitivanih djevojčica bio je 11,4 godine. Od 37 djevojčica, 18 (48,6%) je imalo tjelesnu visinu (TV) $< P3$; 13 (35,1%) visinu između P3-P15; tri djevojčice (8,1%) visinu između P15-25 i tri djevojčice čija je visina bila između P25-50. Od ukupnog broja ispitivanih djevojčica, 14 je bilo sa dismorfijom (37,8%) i sve su imale visinu $< P15$ (11 $< P3$). Djevojčice bez dismorfije (23) bile su približno jednakoraspoređene u svim ispitivanim intervalima TV. Kod svih ispitivanih djevojčica sprovedena je citogenetička dijagnostika, kojom je kod 4 djevojčice (10,8%) utvrđeno postojanje kompletne monozomije hromozoma X, od kojih kod jedne monozomija X u mozaičnoj formi. Tri djevojčice sa monozomijom X, uključujući i mozaik monozomiju, imale su tipičnu dismorfiju za TS i TV ispod P3, dok je jedna djevojčica sa kompletom monozomijom X bila bez dismorfije i sa TV na P25 (bila na terapiji hormonom rasta). Prosječni uzrast djevojčica kod kojih je utvrđen TS bio je 9,5 godina.

Zaključak Nizak rast udružen sa dismorphijom, predstavlja ključni klinički indikator za otkrivanje TS, mada u postavljanju indikacija za ispitivanje treba imati u vidu i značajnu kliničku heterogenost TS, što potvrđuju rezultati našeg ispitivanja u kome je kompletna monozomija X utvrđena kod djevojčice bez dismorphije i sa TV u nižem opsegu normalnih vrijednosti (P25).

Ključne riječi: nizak rast, dismorphija, Tarnerov sindrom

*

KONGENITALNA RADIOULNARNA SINOSTOZA-PRIKAZ SLUČAJA

*Valentina Marković, Jelena Jovanović, Natalija Pojatar, Svetlana Marković
Dom zdravlja Valjevo*

Uvod: Kongenitalna radiournalna sinostoza je redak poremećaj koji se karakteriše abnormalnom vezom između radiusa i ulne na rođenju. Poremećaj se može javiti na obe ruke u oko 60% slučajeva. Ankiloza može da se desi na nivou humeroradijalnog, humeroradioularnog humeroularnog zglobova. Može biti izolovan poremećaj, ali i udružen sa nekim drugim skeletnim anomalijama kao i u okviru genetskih sindroma. Pacijent ima onemogućen pokret rotacije u lakatnom zglobu. Bol se ne javlja pri pokretu. Vrlo retko bol se može očekivati u periodu puberteta. Stepen funkcionalnog poremećaja zavisi od pozicije u kojoj je fiksirana podlaktica. Glavne teškoće su u držanju pribora za jelo, umivanja, zakopčavanja dugmadi i slično. Ako je sinostoza u funkcionalnom položaju, terapija nije potrebna. U slučaju supionacionog položaja u obzir dolazi derotaciona osteotomija u predelu gde su kosti spojene. U tretmanu se svaki bolesnik mora posebno obraditi i lečiti. Hiruršaka korekcija (iako jedina ima smisla) nije preporučljiva zbog loših rezultata.

Cilj rada: Prikaz kliničke prezentacije, dijagnostičkih procedura i toka bolesti.

Metode i rezultati: Za prikaz su korišćeni podaci dobijeni anamnezom, fizikalnim pregledom, konsultativnim specijalističkim pregledima

i uvidom u medicinsku dokumentaciju pacijenta. Devojčica uzrasta šest godina pregledana u okviru redovnog sistematskog pregleda pred upis u školu. U toku merenja krvnog pritiska na desnoj ruci, devojčica nije mogla da postavi podlakticu u supinaciju. Fleksija i ekstenzija u laktu se obavlja normalno. Majka daje podatak da je primetila da devojčica povremeno ispusti pribor za jelo ili nešto prospere kad nosi. Nakon pregleda upućena na dalju dijagnostiku kod dečjeg hirurga. Urađena rentgenografija desne podlaktice sa lakatnim zglobom i postavljena dijagnoza radioulnarne sinostoze. Pošto devojčica može da izvrši delimičnu rotaciju u lakatnom zglobu i da je postavi u nepotpunu supinaciju, nije preporučen hirurški tretman.

Zaključak: Ovo je jedno vrlo retko oboljenja sa publikovanih oko 350 slučajeva. Kod devojčice je postavljena dijagnoza lakšeg oblika radioulnarne sinostoze. Zbog adekvatne dijagnostike i terapije veoma je važno misliti i na ova oboljenja.

*

ZNAČAJ HROMOZOMSKIH ABERACIJA U ETIOLOGIJI PONAVLJANIH SPONTANIH POBAČAJA

R. Rolović Nešković, M. Andelić, J. Jovanović, S. Teofilov, T. Ostojić, M. Bulatović, O. Miljanović

Klinički centar Crne Gore, Centar za medicinsku genetiku i imunologiju

Uvod: Ponavljni spontani pobačaji (PSP) definišu se kao nenamjerni gubici dvije ili tri i više klinički i ultrazvučno potvrđenih trudnoća, zavisno od autora, i dešavaju se kod 1% parova u prokreaciji. Etiologija PSP je multifaktorska i u preko 50% slučajeva ostaje nerazjašnjena, a najčešćoj poznati razlozi PSP su antifosfolipidni sindrom, anomalije uterusa i hromozomske aberacije (HA). HA se javljaju kod 2-5% parova sa PSP.

Cilj rada: Cilj istraživanja bio je da se ispita udio i značaj HA u etiologiji PSP kod parova upućenih na ispitivanje u Kabinet za kliničku

genetiku Centra za medicinsku genetiku i imunologiju KC CG, zbog problema u prokreaciji.

Materijal i metode: Retrospektivna analiza rezultata citogenetičkog ispitivanja sprovedenog u Centru za medicinsku genetiku i imunologiju KC CG, kod parova sa PSP, koji su upućeni u Kabinet za kliničku genetiku u period od januara 2015. do avgusta 2018. godine. Kriterijumi za indikovanje citogenetičke dijagnostike bio je ≥ 3 PSP ili ≥ 2 PSP sa pridruženim drugim faktorima rizika (životno doba žene, spontani pobačaji u porodici, infertilitet, prethodne trudnoće sa mrtvorodenjem ili kongenitalnim anomalijama fetusa).

Rezultati: U ispitivanom periodu u Kabinetu za kliničku genetiku KC CG, prema navedenim kriterijumima, indikovano je i sprovedeno citogenetičko ispitivanje kod 90 parova sa PSP. Prosječna starost ispitivanih žena je bila 34 godine. Od ukupnog broja ispitivanih, 56 žena imalo je ≥ 3 PSP (62,2 %), dok su 34 imale dva spontana pobačaja udružena sa drugim faktorima rizika. HA su utvrđene kod 5,5% parova sa PSP, a kod svih ispitivanih parova HA su utvrđene kod žena. Kod tri žene utvrđene su mozaične aneuploidije hromozoma X: kod jedne mozaična trizomija X, kod druge mozaična monozomija X, kod obije sa drugom normalnom čelijskom linijom (46, XX), dok je kod treće žene utvrđena mozaična monozomija X udružena sa strukturnom anomalijom X hromozma (rX(p22.1;q228)). Kod dvije žene utvrđeno je postojanje balansiranih translokacija, od kojih je jedna bila Robertsonova translokacija: t(13;14), a druga balansirana recipročna translokacija: t(4;15)(p15,2;q15). Od ukupno 5 parova sa HA njih 60% je imalo tri i više spontanih pobačaja i 40% dva spontana pobačaja. Prosječna starost žena kod kojih je otkrivena HA je 39,4 godine.

Zaključak: Iako etiologija PSP ostaje nepoznata u više od 50%, predstavljajući i dalje veliki medicinski izazov, utvrđivanje HA kod parova sa PSP omogućava precizno planiranje prenatalnih dijagnostičkih protokola koji sa visokom vjerovatnoćom omogućavaju parovima sa HA da dobiju zdravo potomstvo.

Ključne riječi: ponavljeni spontani pobačaji, hromozomske aberacije.

*

MEGAENCEFALIČNA LEUKODISTROFIJA VAN DER KNAAP – PRIKAZ SLUČAJA

Tijana Jovanović¹, Olivera Miljanović², Ljiljana Globarević³, Milena Adžić³, Snježana Dašić¹, Marija Petranić¹

¹Dom zdravlja Nikšić, ²Klinički centar Crne Gore, Centar za medicinsku genetiku i imunologiju, ³Klinički centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Podgorica

Uvod: leukodistrofije su nasljedne, progresivne bolesti bijele moždane mase gdje postoji defekt mijelinskog omotača što rezultira destrukcijom bijele moždane mase. Van der Knaap leukodistrofija je nasljedno oboljenje, autozomno recesivni tip nasljedjivanja, mutacija je utvrđenana MLC1 genu. Rijetko se manifestuje u ranom odojačkom periodu, pacijenti imaju inicijalno uredne motoričke miljokaze. Bolest se manifestuje tokom prvih godina života sporoprogresivnim spasticitetom i ataksijom, atetozom i dizartrijom, dok su intelektualne sposobnosti i senzorne funkcije očuvane. Ubrzan rast glave, iznad 90. percentila je evidentan tokom prve godine života, da bi se nakon toga stabilizovalo. Vremenom mogu razviti epilepsiju, a mentalno propadanje se javlja u kasnijem toku bolesti.

Cilj rada: prikaz pacijenta sa Van der Knaap distrofijom.

Materijal i metode: podaci su prikupljeni iz medicinske dokumentacije i iz neposrednog pregleda i praćenja pacijenta Dječak HD 10 godina, TM 27 kg (p15-50), TV 137cm (p50-75), OG 63cm (veće od 2SD). Rast proporcionalan, dominira neurokraniјum bez dizmorfije. Neurološki: vidan diskretan intencioni tremor na gornjim ekstremitetima, fina motorika insuficijentna, hod nesiguran na široj osnovi. Uklapa se uobrazovni program uz znake motorne sporosti u odnosu na vršnjake. Lična anamneza: I dijete iz I održavane trudnoće, porođaj u terminu, prirodnim putem, PTM 3250gr, TD 52cm, AS 9/10. Rani PMR protekao uredno. Zbog većeg obima glave u uzrastu 9 mjeseci, upućen na dalju dijagnostiku u KCCG.

Odrađen EEG i FOU su bili uredni. CT i MR endokranujuma ukazuju na postojanje demijeliniziranih promjena u moždanom parenhimu supratentorijalno bilateralno u bijeloj moždanoj masi. Konačna dijagnoza

je postavljena nakon genetske analize, u organizaciji Centra za medicinsku genetiku i imunologiju KCCG, sprovedena je sekvencijska analiza DNK – Dječja klinika u Amsterdamu, na osnovu čega je utvrđena mutacija oba genska alela MLC1 gena (homozigotnamutacija). Kod oba roditelja, fenotipski zdrava, utvrđena je istovjetna mutacija u heterozigotnom obliku („mirni nosioci“) sa rizikom za ispoljavanje bolesti kod potomstva od 25%. Kod sljedećeg djeteta u porodici spovedena je prenatalna dijagnostika i utvrđeno je da je „mirni nosilac“ mutacije, što je kasnijim praćenjem djeteta potvrđeno prisutvom normalnog razvoja i fenotipa djeteta. Na redovnim je kontrolama od strane kliničkog genetičara i dječijeg neurologa (sada EEG pokazuje bilateralne epi promjene obostrano bez kliničkih kolerata, bez epi napada za sada bez antiepileptične terapije), dječjeg fizijatra (sprovodi se kinezi terapija, vježbe balansa i koordinacije), a psihološka procjena ukazuje da dječak funkcioniše na nivou niskog prosjeka sa slabije razvijenom grafomotorikom u odnosu na uzrast.

Zaključak: prikazom ovog slučaja želimo ukazati na važnost multidisciplinarnog pristupa i praćenja ovih pacijenata kao i na značaj postojanja Centara za djecu sa posebnim potrebama u okviru kojih se ovoj djeci obezbjeđuje psihološka procjena, praćenje i fizička rehabilitacija sa ciljem ostvarivanja veće samostalnosti i savladavanja vještina iz domena svakodnevice.

Ključne riječi: leukodistrofija, rijetke bolesti, obim glave, Centar za djecu sa posebnim potrebama

*

USPJEŠNOST IMUNIZACIJE MMR VAKCINOM U PODGORICI

P. Divanović, N. Kavarić

Dom zdravlja, Podgorica

Uvod: Imunizacija je specifična mjera u sprečavanju, suzbijanju i eliminaciji pojedinih zaraznih bolesti. Program obaveznih imunizacija stanovništva protiv određenih zaraznih bolesti na teritoriji Crne Gore za 2017.godinu objavljen je u "Služben-om listu Crne Gore", br. 004/17 od 20.01. 2017. godine. Na teritoriji Podgorice se rađa godišnje oko 2800 djece. Vakcinaciju obavljaju ljekari primarne zdravstvene zaštite (pedijatri), koji poznaju dijete od prvih dana života i imunizaciju obavljaju u uzrastu i uslovima koji su optimalni za dijete. MMR vakcina sadrži žive oslabljene viruse morbila, parotitisa i rubeole. Aplikuje se 0,5 ml supkutano u gornju trećinu deltoidnog mišića. Prva doza se daje sa navršenih godinu dana (od 12 do 18 mjeseci), druga doza pred upis u školu. Razlozi na neodazivanje za primanje vaccine su bolestdjeteta, neažurnost roditelja, promjena mjesta boravka, epidemiološka situacija, antivakcinalni lobi.

Cilj rada: Sagledavanje uspješnosti vakcinacije MMR u Domu zdravlja Podgorica. Prikaz mjera koje smo preduzimali da bi procenat vakcinacije bio uspješniji.

Materijal i metode: Uvidom elektronske evidencije analiziran je broj i procenat vakcinisanih MMR vakcinom.

Rezultati: U Domu zdravlja u Podgorici radi 26 pedijatara. Zbrinjavaju oko 50000 djece. Analizom elektronske evidencije vakcinacije za MMR (obrada rađena u oktobru 2017) procenat po godištima je sljedeći: za djecu rođenu 2011. godine 97,5%, za djecu rođenu 2012. godine 94,8%, za djecu rođenu 2013. godine 89,9%, za djecu rođenu 2014. godine 80,6%, za djecu rođenu 2015.godine 56,7%, za djecu rođenu 2016. godine 15,31%. Ponovnom obradom istih godišta 13.08.2018. godine dobili smo sljedeće rezultate: za djecu rođenu 2011. godine procenat je 98%, za djecu rođenu 2012. godine 96,6%, za djecu rođenu 2013. godine 93,3%; 2014. godina 89,3%; 2015. godina 80,7%; 2016. godina 61,35%, 2017. godina 13,9%. Od kraja avgusta 2017. godine do 13.08.2018.godine dali smo 6050 doza MMR vakcina.

Zaključak: Da bi populacija bila zaštićena odoboljevanja od morbila neophodno je da procenat vakcinacije bude preko 95%. Kako rezultati pokazuju još smo daleko od željenih vrijednosti u Podgorici. Za djecu rođenih 2014. godine procenat je povećan za 24,2%, za djecu rođenu 2016. godine procenat je povećan za 54,05%. Zahvaljujući podržci svih relevantnih subjekata prije svega menadžmenta Doma zdravlja intenzivno je počelo da se radi na poboljšanju procenta vakcinisanih. Pored redovne vakcinacije organizovane su kampanjske vakcinacije, pedijatri su dali podršku vakcinišući svojudjelu i svoju unučad. Oni su davali odgovore na sve nedumice i nepoznanice pacijenata. Učestovanjem u medijima javno su podržali vakcinaciju i borili se za istinu da je vakcinacija najbolji put u borbi za sprečavanje nastanka bolesti. Snimljen je promotivni video „Ne damo djecu bolestima“. I pored svih mjera od januara tekuće godine do 10. jula u Podgorici je oboljelo 192 osoba od morbila, 170 je laboratorijski dokazanih. Među oboljelim od morbila, djeca uzrasta mlađe od godinu i do pet godina, njih 90,6% je bilo nevakcinisano ili nije postojao podatak o vakcinaciji.

Ključne riječi: Vakcinacija, djeca, uspješnost imunizacije MMR vakcinom

*

NEŽELJENE REAKCIJE NA VAKCINACIJU- PRIKAZ SLUČAJA

Valentina Marković, Jelena Jovanović, Snežana Mihailović, Svetlana Marković, Natalija Pojatar

Dom zdravlja Valjevo

Uvod: Vakcinacija je jedna od najvažnijih preventivnih mera. Na ovaj način se postiže ne samo individualni već i kolektivni imunitet. Kao i primenom bilo kog leka, tako i u toku imunizacije može doći do određenog broja neželjenih reakcija, ali su one uglavnom očekivane i ne ostavljaju trajne posledice po zdravlje. Neželjene reakcije posle imunizacije se obavezno prijavljuju nadležnom stručnom timu za trajne kontraindikacije

pri Zavodu za javno zdravlje i Agenciji za lekove i medicinska sredstva, što je regulisano zakonom. Stručni tim donosi zaključak o privremenoj ili trajnoj kontraindikaciji za vakcinaciju. Na ovaj način se vrši kontinuirana kontrola vakcina.

Cilj rada: Prikaz neželjenih reakcija na MMR vakcincu i procena učestalosti.

Metode i rezultati: Za prikaz su korišćeni podaci dobijeni anamnezom, fizikalnim pregledom i medicinsku dokumentaciju pacijenta.

Prikaz slučaja: devojčica uzrasta 14 meseci je primila MMR vakcincu. Na pregledu nije bilo kontraindikacija za primenu vakcine. Nakon pola sata, devojčica se javila u pravnji majke zbog pojave urtika po čitavom telu. Imala je otok kapaka i usana. Urtike su se intenzivirale u toku pregleda zbog čega je upućena na bolnički lečenje. Dijagnoza na otpustu: Urticaria allergica, st. post vakcinalis MMR. Nakon deset dana stručni tim za utvrđivanje trajne kontraindikacije za imunizaciju određenom vakcinom donosi zaključak: postoji trajna kontraindikacija za davanje MMR vakcine.

Zaključak: Veoma važana je saradnja lekara i multidisciplinarni pristup u doноšenju adekvatne odluke, a u culju zaštite i unapređenja zdravlja. U periodu od 20 godina dvoje dece je imalo neželjenu reakciju na MMR vakcincu koje su proglašene za trajnu kontraindikaciju što govori o velikoj bezbednosti vakcina.

*

VAKCINACIJA MMR VAKCINOM-IZAZOV U RADU PEDIAJTARA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Edita Bašović, Paša Divanović, Slađana Račić

Dom zdravlja Podgorica

Uvod: Morbili (lat. morbilli - „mala bolest“), male boginje, ospice, je virusno, veoma zarazno oboljenje izgrupe osipnih groznica, koje uglavnom pogađa djecu. Bolest se klinički manifestuje opštom slabošću, malaksalošću, groznicom, zapaljenjskim promenama na

vežnjači, sluzokoži disajnih organa i pojavom ospe koja se postepeno širipokoži od lica i vrata, prema trupu i udovima. Inkubacija kodmorbila je ustaljena i iznosi 10-11 dana i bez ikakvih je simptoma, a u poslednjoj trećini inkubacionog perioda bolesnik je infektivan. Klinička slika: bolest protiče kroz tri stadijuma a u nekim slučajevima može se okončati i komplikacijama kao što su zapaljenje pluća i mozga. Dijagnoza morbila se postavljana osnovu kliničke slike i otkrivanjem antitjela u krvi. Specifična terapija morbila ne postoji. Njenapojava i komplikacije mogu se spriječiti, vakcinacijom djece od dvanaestog mjeseca starosti, zahvaljujući kojoj je veliki broj slučajeva u prošlosti značajno smanjen. U većini zemalja bolest podleže obaveznom prijavljivanju. Virus malih beginja je veoma zarazan i širi se direktnim kontaktom i kroz vazduh. Prema podacima SZO, morbili su vodeći uzrok smrtnosti na globalnom svjetskom nivou koji je u prvoj deceniji 21. vijeka, većim dijelom spriječen vakcinacijom djece u djetinjstvu. Globalno, broj smrtnih slučajeva je pao za 60% od procenjenih 873.000 u 1999 na 345.000 u 2005. god. Podaci za 2008. pokazuju da je smrtnost od morbila na globalnom nivo opala na 164.000. Od ukupnog broja smrtnih slučajeva u 2008. 77% se javilo u region jugoistočne Azije. Komplikacije morbila su najčešći uzrok smrtnosti i u najvećem broju nastaju uslijed imunosupresije izazvane virusom morbila koja slabi imuni odgovor domaćina i rezultuje reaktivacijom latentne infekcije ili bakterijske superinfekcije patogenim, a prisutnim u organizmu oboljele osobe. Upala pluća, bilo da je izazvana virusom morbila, tuberkulozom, ili nekim drugim bakterijskim uzročnikom je najčešća komplikacija morbila. Krup, encefalitis, i upale pluća su najčešći uzroci smrti kod obolelih sa morbilima. Virus morbila obično direktno napada CNS, međutim, kliničke manifestacije encefalomijelitisa se javljaju kod 1/1000-2000 pacijenata sa morbilima. Ova komplikacija je fatalna za oko 10% bolesnika. Neprihvatljivo je slušati činjenicu da djeca i odrasli umiru od bolesti protiv kojih postoje bezbjedne i pristupačne vakcine. Zaštita se može dobiti sigurnom i efikasnom vakcinom, ali zbog „rupe” u imunizaciji beba, ovaj virus je i dalje jedan od najčešćih uzroka smrti među djecom širom svijeta. Odbijanjem vakcinacije djece narušava se kolektivni imunitet, koji se postiže kada je najmanje 95% stanovništva vakcinisano.

Cilj rada: Prikaz uspješnosti vakcinacije za djecu predškolskog uzrasta od 1.1.2013. do 1.9.2017. Stanje je ažurirano na dan 1.10.2018.

Rezultati rada: Ukupno je 589 djece. 544 (92.36%) djece je uredno

vakcinisano. 45 (7.6%) djece nije dobilo MMR vakcinu. Troje djece (0.5%) je opravdano nevakcinisano, zbog absolutne kontraindikacije, troje djece se privremeno odselilo i troje djece su novi pacijenti sa kojima trebamo uspostaviti kontakt i zakazati vakcinu. Protiv roditelja 36-oro djece (6,11%) je napisana prijava o neizvršenoj imunizaciji. Posle napisane prijave o neizvršenoj vakcinaciji 14-oro djece je vakcinisano. Oni su dobili potvrdu da su dobili vakcinu MMR I da to prikažu na sudu.

Zaključak: Od juna 2017. godine sprovodimo povećane aktivnosti po pitanju imunizacije-razgovaramo sa roditeljima i dajemo prave informacije o značaju vakcinisanja djece. Objasnjenja smo dali i u pisanim obliku. Poštujemo pravo izbora, a na Sudu je da preduzme mјere protiv roditelja koji odbijaju vakcinaciju jer na kraju i vakcinacija je zakonska obaveza.

*

VAKCINACIJA MMR VAKCINOM U KAMPU “VRELA RIBNIČKA”

Paša Divanović, Nebojša Kavarić, Aida Piranić, Vesna Vukčević

Dom zdravlja, Podgorica

Uvod: Za izbjegle Rome, Aškalije i Egipćane, sa područja Kosova, prije 20 godina je osnovan kamp na Vrelima Ribničkim. Kurativni i preventivni pregledi se obavljaju kod izabralih pedijatara u Domu zdravlja Konik od novembram jeseca 2013 godine. Za djecu koja nisu izabrali pedijatra i nemaju riješeni status osiguranja, pedijatrijska ekipa izlazi 6-9 puta na teren i izvodi kampanjsku vakcinaciju. Vakcinaciju vrši pedijatrijski tim.

Cilj rada: Sagledavanje uspješnosti vakcinacije MMR vakcinom u posljednjih 5 godina izbjegličkom naselju “Vrela Ribnička”

Metod rada: Retrospektivna analiza 181 vakcinalnih kartona djece rođenih 2012, 2013, 2014, 2015 i 2016 godine i utvrđivanje broja primljenih MMR vakcina. Analize su vršene po pojedinim dozama, te po uzrastu i polu djece.

Rezultati: Pregledano je 181 dijete. Prvi dozu MMR vakcine je primilo 170 djece 93.9% kao i drugu dozu vakcine 170 djece 93.9%.

Zaključak: Procenat vakcinisanih je manji od potrebnih 95% i više. Ova populacija mijenja mjesto boravka bez prethodne najave, žive u lošim socio ekonomskim uslovima i često iako dobijaju poziv ne odazivaju se na njega.

Ključne riječi: djeca, vakcinacija, uspješnost MMR vaccine, Vrela Ribnička

*

IMUNIZACIJA MMR VAKCINOM NA PUNKTU KONIK ZA 2016. GODINU

Sladana Mišković

Dom zdravlja, Podgorica

Uvod: Imunizacija se sprovodi prema programu objavljenom u "Službeni list Crne Gore", br. 004/17 od 20.01.2017.godine. Na Koniku pored domicilnog stanovništva živi veliki broj Roma, Aškalija i Egipćana.

Cilj rada: Sagledavanje uspješnosti vakcinacije MMR na punktu Konik, Doma zdravlja Podgorica.

Materijal i metode: Analizom iz elektronske evidencije broj i procenat vakcinisanih MMR vakcinom za djecu rođenu 2016. godine.

Rezultati: Analizom broja djece rođeno 2016.godine utvrđeno je da je vakcinisano 87,4% (104 djece). Znači 12,6% djece (15) nije vakcinisano. Od toga je kod jednog djeteta trajna kontraindikacija-Sy di Giorgio. Broj vakcinisane djece rođene 2016.godine za osiguranike Podgorice iznosi 61,35%.

Zaključak: Da bi populacija bila zaštićena od oboljevanja od morbila neophodno je da procenat vakcinacije bude preko 95%. Populacija koja gravitira ovom punktu je specifična.Ona ne pravi probleme za prirodu vaccine ali rijetko dolaze. Iz tih razloga mi na punktu kada dijete nije bolesno bez obzira na zakazivanje vakcinišemo djecu. Zbog toga nam je procenat u odnosu na drugu populaciju u Podgorici veći za 26%.

Ključne riječi: Vakcinacija, Konik, MMR, djeca

IMUNIZACIJA HEP B VAKCINOM NA PUNKTU KONIK DOMA ZDRAVLJA PODGORICA

Slađana Mišković

Dom zdravlja, Podgorica

Uvod: Vakcincija se sprovodi prema Programu obaveznih imunizacija lica određenog uzrasta-Sl.list CG br 004/17.od 20.1.2017. sa 3 doze pojedinačne genetskim inžinjeringom proizvedene vakcine. Kalendar vakcinacije nudi dve opcije vakcinacije. Vakcina se može aplikovati istovremeno ili u bilo kom razmaku sa svim ostalim vakcina iz Programa obaveznih imunizacija ili sa imunoglobulinima.

Cilj rada: Prikazati uspješnost vakcinacije Hep B vakcinom na punktu Konik.

Materijal i metode: Analiza podataka iz vakcinalnih kartona i elektronske evidencije za djecu rođenu 2017. godine.

Rezultati: Analizom podataka 130 djece rođene 2017.godine registrovane kod ID, našli smo da je prvu dozu primilo 130 djece (100%), drugu dozu je primilo 126 djece (97%), a trecu dozu je primilo 102 djece (78,5%). Treću dozu 6 djece (4,6%) nije primilo neopravdano, 12 djece (9,2%) kasni jer u jednom period nismo imali vakcinu. Preostalo 10 djece (7,7%) će biti ponovo pozvani na vakcinaciju.

Zaključak: Razmak između 1. i 3.doze mora biti najmanje 6 mjeseci pa roditelji često zaborave vakcinaciju. Osim toga i snabdevanje vakcinama mora biti redovno jer se remeti kalendar vakcinacije. Zahvaljujući mogućnosti aplikovanja ove vakcine i DTaP-IPV-Hib procenti vakcinisane djece se mogu popraviti.

Ključne riječi: Vakcinacija, Konik, Hep B.

*

VANREDNA VAKCINACIJA MMR VAKCINOM KOD DJECE ROMSKE POPULACIJE

Marija Joksimović¹, Vukosav Joksimović², Nervija Dedeić³, Marijana Marsenić¹, Saveta Stanišić⁴, Marija Mališić-Korać⁵, Zorica Babić¹

*¹Dom zdravlja Berane, ²Opšta bolnica Berane, ³Dom zdravlja Rožaje,
⁴Klinički centar Crne Gore, ⁵ Dom zdravlja Budva*

Uvod: Vakcinacija je najefikasnija, najbrža i najekonomičnija mjeru prevencije obolijevanja i umiranja od teških zaraznih bolesti. Zahvaljujući vakcinama postignuta je eliminacija nekoliko vrlo opasnih zaraznih bolesti sa teškim posljedicama. Kod vakcinisane djece nema obolijevanja od ovih bolesti, ako obole simptomi su blagi, bez komplikacija, dok su kod nevakcinisane djece iste bolesti sa komplikacijama i smrtnim ishodom. Morbili ili male boginje su akutna infektivna, visoko kontagiozna bolest virusne etiologije iz grupe osipnih groznica. Virus se prenosi kapljicama prilikom kašljanja i kijanja, bliskim kontaktom sa zaraženom osobom ili direktnim kontaktom sa sekretom iz nosa ili ždela inficirane osobe. Zaražena osoba može prenijeti infekciju na druge osobe 2-4 dana prije i 4 dana poslije izbijanja ospe (najzaraznija je dva dana prije i dva dana poslije izbijanja ospe). U Srbiji je do sada registrovano 5707 oboljelih od morbila sa 15 smrtnih ishoda, u Ruminji 4300 sa 22 smrtna ishoda u Crnoj Gori 200 oboljelih. Postoje podaci o obolijevanju iz Italije, Češke, Hrvatske, Francuske, Kosova, Makedonije, Austrije, Bugarske. U epidemiji morbila uglavnom obolevaju nevakcinisane ili nepotpuno vakcinisane osobe. Vakcinacija protiv morbila u našoj zemlji započeta je 1971. godine, a danas se sprovodi kombinovanom vakcinom protiv morbila, zauški i rubele (MMR) prema kalendaru obavezne imunizacije. Vakcina se daje djeci u drugoj godini i vrši se revakcinacija djece u šestoj godini.

Cilj rada: je da prikažemo rezultate vanredne vakcinacije nakon kontakta kod djece romske populacije u naselju Talam u martu 2018. godine.

Materijal i metode: Retrospektivnom metodom analizirani su podaci iz medicinske dokumentacije-protokola.

Rezultati: Vakcinisano je 14 djece, po dvoje rođeno 2000-te, 2005-te, 2012-te i 2017-te godine, po jedno u 2001-oj, 2002-oj i 2006-oj godini

i troje 2015-te godine. Dvoje djece nije vakcinisano zbog kontraindikacija (hidrocefalus i hočkin limfom). Dvoje djece vakcinisano je sa 7 mjeseci tj u periodu odojčeta. Jedno je 10 dana nakon vakcinacije dobilo morbile zbog kontakta, ali je prošlo kao laka infekcija. Ostali nijesu oboljeli od morbila.

Zaključak: Zahvaljujući visokom obuhvatu vakcinacije MMR vakcinom preko 95% kod djece romske populacije nije došlo do daljeg širenje bolesti.

Ključne riječi: vakcinacija, morbili, Romi, obuhvat, odojče, djeca

*

DJEČJI EGOIZAM-IZAZOVI PREVENCije U DIGITALNOM DRUŠTVU

Jelena Mašnić¹, Marko Đurđić²

¹*Univerzitet Crne Gore, Podgorica, ²Centar za mentalno zdravlje, Podgorica*

Uvod: Ubrzan tehnološki razvoj i potrebe digitalizacije društva podstakli su promjene na planu vaspitanja i razvoja ličnosti. Sve prisutnije angažovanje tehnologije u svakodnevnom životu češće drži pojedinca u zoni pasivnosti i oslanjanja na spoljašnje resurse. Omladina sve učestalije svoju ličnost promoviše na raznovrsnim socijalnim mrežama koje obično ne nude sadržajnu komunikaciju sem one koja se odnosi na veličanje („lajkovanje“) pojedinca i njegovanje kulta ličnosti. Psihološka javnost je prilično saglasna da tzv. „selfi“ kultura angažuje dominantnije negativne psihološke recidive ovakvog ponašanja u virtuelnom prostoru. Jedna od osobina koja se tako naročito pospješuje naziva se egoizmom. Ova crta ličnosti se ogleda kroz konstantnu fokusiranost na sopstvene interese, nepresušnu potrebu samoljublja, sebičnosti i samoživosti. Cilj rada: kako se tragovi egoizma, najprije, prirodno pojavljuju u ranom razvojnem periodu (već od treće godine života), te kako je njegovo podsticanje ozbiljna prijetnja zdravom razvoju ličnosti i društva, u ovom radu ćemo se pozabaviti vaspitnim stilovima koji determinišu

razvoj egostične ličnosti. Tako ćemo uputiti na psihološke mjere da se u preventivnoj praksi na ranom uzrastu zaustave negativna dejstva i jačanje ove osobine ličnosti.

Materijal i metode: podaci su dobijeni analizom sekundarnih izvora (naučnih članaka) i studija slučaja. Analizom dostupnog materijala identifikovane su vaspitne prakse, a takođe i implicitne/ eksplisitne roditeljske poruke koje pospješuju negativne obrasce odnosa prema sebi i drugima. Tih postupaka odrasli obično nisu svjesni, a u uvjerenju da čine dobro djetu i da štite njegove interese obično kasno bivaju suočeni da su odgojili egoističnost. Stoga ćemo prikazati najučestalije greške i psihološke mjere prevazilaženja prirodnih potreba za egoističnim ponašanjem.

Zaključak: pojava egoizma je nerijetko izvor za ozbiljne psihološke i društvene probleme. Posebno se ogleda u nerealnim očekivanjima, narušenom osjećaju bezbjednosti, dramatičnom doživljavanju neuspjeha, zaokupljenosti ličnosti nebitnim stvarima na uštrb složenosti ljudske prirode. Zbog svega je neophodno u praksi vaspitanja sprovoditi direktne psihološke intervencije za suzbijanje ove pojave.

Ključne riječi: egoizam, djeca, vaspitni stilovi

*

ZAVISNOST OD INTERNETA I SAJBER NASILJE

Edita Bašović, Nebojiša Kavarić, Kristina Rakočević

Dom zdravlja Podgorica

Uvod: Zavisnost od interneta je psihički poremećaj, koji se manifestuje kao opsesivna želja da se provodi vrijeme na internetu. Osoba provodi mnogo vremena u aktivnostima vezanim za sadržaje na internetu, zanemaruje uobičajene aktivnosti poput druženja, poslovnih obaveza, učenja, kućnih poslova i ima poteškoća da prekine internet aktivnosti, čak i kad sama prepozna da je vrijeme za to. Zavisnost od interneta je tema o kojoj se dosta raspravlja u naučnim krugovima i medijima, ali je njen status i daljene zvaničan: nije obuhvaćena zvaničnom klasifikacijom psihičkih poremećaja, tj. dijagnostičkim i statističkim priručnikom za mentalne poremećaje. Mnogi roditelji su danas zabrinuti zbog toga što njihova djeca provode previše vremena na internetu. Međutim, Nacionalni institute za zdravstvenu zaštitu Nacionalne biblioteke medicine (NIH) izveštava da je „vrijeme ekrana“ u cijelini problem. Šta je vrijeme ekrana? To je bilo koje vrijeme provedeno ispred digitalnog ekrana bilo koje vrste. Ovo uključuje televizore, video igre, ručne digitalne uređaje i računare. Kao i zavisnost od droge i alkohola, internet nudi djeci i adolescentima način da izbjegnu bolna osećanja ili problem sa kojima se sureću. Oni žrtvuju potrebne sate za spavanje i provode vrijeme online, povuku se od porodice i prijatelja kako bi pobjegli u udoban online svijet koji su stvorili i oblikovali. Negativni efekti zavisnosti od internet su anksioznost, tuga i depresija. Tinejdžeri koji većinu svog vremena provode u virtuelnom svijetu, postepeno se sklanaju od stvarnog svijeta i počinju da žive u svijetu fantazije. Nakon određenog perioda oni postaju zavisni od interneta da bi se osećali optimističniji. I kada nijesu u mogućnosti da pristupe internetu, doživljavaju anksioznost, tugu i depresiju. Odsustvo sna: većina tinejdžera danas poseduje pametne telefone i/ili tablete, koje nosi sa sobom čak i do kreveta. Oni takođe, koriste ove uređaje da se priključe na internetu pre nego što odu na spavanje. Dok se normalni tinejdžeri mogu odjaviti poslenekog vremena, oni koji su zavisni od internet održavaju pregledе tokom celog dana. Kao rezultat toga, oni imaju problema sa spavanjem kao što su kasno vreme spavanja, nedovoljan ili nemiran san, i kasnije vreme buđenja. Ovo lišavanje poremećaj sna takođe može pogoršati ili povećati simptome anksioznosti i depresije. Promjene

raspoloženja: internet zavisnici koriste internet kako bi smanjili stres i povećali raspoloženje. Osećaju se srećni ili euforični kada su povezani na internet. Međutim, ako moraju da prestane da koriste internet ili nisu u mogućnosti da mu pristupe, oni postaju mračni ili iritirani i ljuti.

Cilj rada: Savjetovalište za mlade Doma Zdravlja Podgorica je preopznao značajovog problema i krenulo sa edukacijom mlađih u vezi ovog problema.

Metodi i rezultati rada: U septembru mjesecu 2018. godine održali smo radionice na temu "Zavisnost od interneta i sajber nasilje" u Osnovnoj školi "Božidar Vuković Podgoričanin". Obuhvaćeni su učenici sedmog, osmog i devetog razreda-ukupno 17 odeljenja. Osim predavanja prezentovali smo dva videa i jedan kraći film sa primjerima zloupotrbe mlađih od strane predatora koji vrebaju na internet kao i od strane vršnjaka, gdje zamišljena zabava iz makne kontroli i završisa teškim posledicama po učesnike. Dobili smo poziv odu prave škole pri Islamskoj zajednici, Medresa "Mehmed Fatih" iz Podgorice da Savjetovalište za mlađe održi predavanje, što je i prihvaćeno. Predavanju su prisustvovali učenici I I II razreda.

Zaključak: Internet je donio mnogo benefita. Netrebamo kao roditelji da uskratimo djeci korišćenje internet, ali moramo da ograničimo upotrebu istog. Postoje softveri za kontrolu vremena i stranica na internet koje djeca mogu posjećivati. Pojedini zli ljudi za ista svoje frustracije iskazuju na društvenim mrežama! Od govora mržnje, prijetnji, uvreda. Slično kao u stvarnom životu. Treba naučiti dijete da prepozna kvoponašanje, a roditelj, kao podrška djetetu da prijavi.

*

PSYCHOACTIVE DRUGS ABUSE AND ADDICTIVE BEHAVIORS BETWEEN TEENAGERS AND ADOLESCENTS IN R.MACEDONIA

Lj. Zafirovski¹, L. Matevska², S. Oncheva³, D. Kostov⁴, H. Jankuloski⁵, M. Zafirovski⁶

¹Children's Hospital for Respiratory Diseases, Skopje, R.Macedonia,

¹University Medical Clinical Centre, Skopje, R.Macedonia, ³LFA Country coordinator in RM UNOPS, Skopje, R.Macedonia, ⁴Centre for drug addicts, Psychiatric Hospital-Skopje, RM., ⁵Healty Options Project, Skopje R.Macedonia, ⁶Medical volunteer in NGO, Skopje, R.Macedonia

Introduction: Drug use-(IDUs), and addiction-(DA) is still spreading rapidly despite measures taken, insufficient to stop today's evil. Teenagers and adolescents are high-vulnerable to catastrophic consequences for their emotional and psycho-physical health, the professional, social etc. not only the addicts, but destructive to their families, neighborhood, school, wider community and society. IDUs are prone to car crashes, violence, crime, even murder or suicide, risky for HIV transmission and hepatitis etc. The number of DUs. is increasing all over the world, especially in transitional countries, who become transit route, but users and manufacturing also!

Aim: The incidence and prevalence of registered drug addicts (DUs) in the RM, to show some reasons for drug use, protective measures taken by Ministry of Health in RM to combat harmful and destructive-DA.

Matherial and methods: According to evidence of Ministry of Health in RM, MIA, "Project ESPAD"(for RM), "Healthy Option Project"-Skopje etc.

Results: According to ESPAD(1999yr,2008yr,2011yr) about 10%-of students aged-16yr.have ever tried illicit drugs=(12%-males, 7%-females).First experience with drugs use was at 12-to-15yr.age. Canabis=(10,4-8,7%) is the most commonly used drug for our pupils, drug-Ecstasy=(3,75%). The majority of the students confirmed that illicit drugs, especially marijuana could easily be obtained in-disco or bar-(12,2%), on the-street or-park-(11,2%), at dealer's-house-(10,7%). The desire to feel-"high"-(10,3%), curiosity-(5,7%), daren't allowed to be excluded from the group-(3%), to forget their problems-(2,9%), were the main reasons to try illicit drugs. According to MIA: over 10 000-DUs are

registered, but assumed approximately 50 000-DUs are undocumented!!!

Conclusion: RM is trying to decelerate this dangerous increasing trend, by introducing:-National Drug Strategy(2007-2012yr), Action plan, Law for control of narcotics and psychotropic substances. Imperative is undertake urgent strategic measure in multidisciplinary approach by including more: health-workers, school-education, police, ministries, government, churches, media, NGOs, businesses, wider support for various group of citizens,etc.

Key words: Drug-use, Drug-addiction, teenagers, adolescents

*

DRG I EFIKASNOST U PEDIJATRIJI

Sanja Simović, Ratka Knežević, Milica Bakrač

Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore

Uvod: Aktivnosti na uvođenju DRG kao modela plaćanja akutnog bolničkog liječenja su otpočele kroz Projekat unapređenja sistema zdravstva, koji je finansirala Svjetska banka, u sklopu komponente Dizajn i implementacija modela plaćanja za sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite. Radi se u uvođenju DRG modela plaćanja na osnovu rezultata-outputu, a ne kao do sad na inputu. Novi model je baziran na dijagnostički srodnim grupama - Diagnosis Related Groups (DRG). Dijagnostički srodne grupe su metoda klasifikacije bolnički liječenih pacijenata u grupe koje imaju slične kliničke specifičnosti i zahtijevaju sličnu potrošnju bolničkih resursa.

Cilj rada: Upoznavanje pedijatrijskog sektora opštih bolnica i IBD-a Kliničkog centra Crne Gore sa prednostima DRG modela plaćanja i značaja pravilnog šifriranja dijagnoza i procedura. Materijal i metode: Korišteni su podaci Fonda za zdravstveno osiguranje iz dosadašnje implementacije DRG modela u 7 opštih bolnica, jednoj specijalnoj bolnici i KCCG-u, ako i podaci konsultanata angažovanih tokom projekta.

Rezultati: Uvođenje Australijske verzije - DRG sistema klasifikacije verzija 6.0 je otpočelo 2012.godine, kada je Ministarstvo zdravlja u ime Vlade Crne Gore, zaključilo ugovor o kupovini licence sa Vladom Australije čime smo stekli neograničeno pravo korišćenja iste. Odluka Vlade CG o uvođenju novog modela plaćanja, zasnovanog na Australijskoj verziji DRG sistema klasifikacije, realizovana je kroz projekat podrške angažovanjem konsultantske kuće sa iskustvom. Fond je nakon prevoda klasifikacije dijagnoza bolesti ICD-10-AM, procedura liječenja ACHI i pravila šifriranja, dobijenih od Vlade Australije, izrade softvera za grupisanje po DRG modelu (gruper), kao i njihove implementacije u IS, izvršio obuku o pravilima šifriranja u opštim bolnicama, specijalnoj bolnici u Risanu i KCCG-u. Praćenje uvođenja DRG-a u nekim zemljama EU (Engleska, Francuska, Irska, Njemačka) pokazalo je unapređenje efikasnosti, transparentnosti u finansiranju u skladu sa stvarnim rezultatima rada bolnica, pravedniju lokaciju sredstava između davaoca zdravstvenih usluga, unapređenje kvaliteta zdravstvenih usluga u okviru raspoloživih sredstava (implementacija e-kliničkih puteva), kao i mogućnosti planiranja budžeta u skladu sa aktivnostima. DRG omogućava mjerjenje izlaznih podataka (output) i mjerjenje kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga, za što je neophodna dobra klinička dokumentacija i tačnost šifriranih podataka. Kliničari su ključni za dobro šifriranje, jer samo pravovremeno šifriranje svih postavljenih dijagnoza, kao i obavljenih procedura, u skladu sa pravilima šifriranja će donijeti više novca njihovoj ustanovi. U Pravilima šifriranja, Poglavlje Pedijatrijske procedure, sadrži pravila za šifriranje procedura koje se razlikuju za odrasle i djecu, i u njihovim nazivima koristi se termin "kod djece". Generalno, definicija pedijatrije može se primijeniti kod hospitalizovanih pacijenata mlađih od 16 godina, osim ako je drugačije navedeno.

Zaključak: U susret plaćanju po DRG modelu neophodno da i pedijatrijski sektor opštih bolnica, SB Risan i KCCG sagleda značaj dobrog, i prije svega pravovremenog vođenja medicinske dokumentacije, što je preduslov pravovremenog i uspješnog DRG šifriranja, kao i značaj potpunog šifriranja svih dijagnoza i procedura i na taj način dobijanja više sredstava za svoju ustanovu.

Ključne riječi: DRG, pedijatrija, efikasnost

*

PERVAZIVNI RAZVOJNI POREMEĆAJI - PRIKAZ SLUČAJA

Tijana Jovanović, Snježana Dašić

Dom zdravlja Nikšić

Uvod: pervazivni razvojni poremećaji predstavljaju grupu poremećaja koju karakterišu tri kliničke osobine: kvalitativni poremećaji socijalne interakcije, kvalitativno oštećena komunikacija (verbalna i neverbalna komunikacija) i restriktivni, repetitivni i stereotipni obrasci ponašanja, interesovanja i aktivnosti. Etiologija je multifaktorijalna i nije u potpunosti poznata. Genetski činioci i faktori sredine imaju značajan uticaj na razvoj pervazivnih razvojnih poremećaja. Istraživanja su pokazala da ne postoji samo jedan uzrok autizma, kao što ne postoji samo jedna vrsta autizma. Postoji povezanost pervazivnih poremećaja sa polom, IQ i drugim oboljenjima. Osobe muškog pola češće oboljevaju od poremećaja iz autističkog spektra 3 do 4 puta. Poremećaji IQ: oko 40% osoba sa ovim poremećajem ima teško intelektualno oštećenje, 30% umjereno do lako intelektualno oštećenje, dok 30% ima normalno intelektualno funkcionisanje. Komorbiditet: epilepsija, tuberozna sklerozna, neurofibromatoza, fragilni X sindrom, fenilketonurija, Downov sindrom. Rana dijagnoza i rana intervencija su ključni kod djece sa autizmom. Znaci autizma se mogu prepoznati u uzrastu od 12 do 14 mjeseci. Rana intervencija je udružena sa značajnim napretkom u socijalnom, jezičkom, kognitivnom i ponašajnom funkcionisanju. Skrining djece sa spektrom autističnih poremećaja - M-CHAT za djecu uzrasta od 16 do 30 mjeseci. Indikacije za skrining od strane pedijatra: odojče se ne oglašava, ne guguče do 12 mjeseca, nema gestova do 12 mjeseca, nijedna riječ do 16 mjeseca, ne postoji spontana ili eholalična rečenica do 24 mjeseca, gubitak jezičke ili socijalne vještine u bilo kojoj dobi.

Cilj rada: da na prikažu slučaja dječaka sa smetnjama iz autističkog spectra ukažemo na važnost postojanja razvojnih savjetovališta koja se bave evidentiranjem i praćenjem djece sa rizikom što omogućava ranu dijagnostiku i ranu intervenciju kod djece sa smetnjama u razvoju.

Prikaz slučaja: dječak HD 7,5 godina. Lična anamneza: dijete iz II održavane, kontrolisane blizanačke trudnoće, gemellus II, porođaj prije termina GN 34, prirodnim putem, PTM 2240 gr, odmah po rođenju hospitalizovano u Centru za neonatologiju KCCG. Otpusne dijagnoze:

N. praetemporarius, Asphyxio perinatalis, ROP III/IV, ASD typ FOA, Anemia. U odojačkom uzrastu na adaptiranoj mliječnoj formuli. Uredno imunizovan za dob. Zbog hipotonije osovine i kašnjena u motornom razvoju na fizičkom tretmanu u odojačkom uzrastu. Rani psihomotorni razvoj: počeo samostalno da sjedi sa 9 mjeseci, prohodao sa 18 mjeseci, značajno kašnjenje u razvoju govora: prve riječi od 4 glasa (mama, tata, baba) oko druge godine. Počeo da sklapa fraze i proste rečenice poslije šeste godine. Prisutne stereotipije: lupkanje, tapšanje, roking, zagledanje. Higijenske navike uspostavljene u uzrastu 3,5 godine. Samostalan u hranjenju. Nesamostalan u oblačenju. San dobar. Apetit uredan, ishrana raznovrsna. Zbog kašnjena u razvoju govora održena BERA- služba u granicama socijalnog kontakta. Urađen MR endokarnijuma je bio uredan. Prati se od strane dječjeg neurologa: EEG (aprila 2017. godine) bez specifičnih grafoelemenata. U martu 2018. god. imao krizu svijesti po tipu GTK napada u trajanju od par minuta u sklopu febrilnosti. Ponovljeni EEG (maj 2018. godine) paroksizmalno promjene, uvedena terapija valproatima- Eftil i nakon uvodenja terapije bez napada.

Porodična anamneza stariji brat i sestra bliznakinja imaju smetnje u izgovoru pojedinih glasova, na logopedsko-defektološkom tremanu. Sestra bliznakinja pripada kategoriji graničnog intelektualnog funkcionsanja.

Dječak na logopedsko defektološkom tretmanu i praćenju od strane psihologa u okviru CDPP – Nikšić od sredine 2016. godine (uzrast 5,5 godina). Na osnovu psihološke procjene i testiranja zaključeno je da dječak pripada kategoriji umjerene mentalne retardacije- usporen psihomotorni razvoj sa zaostajanjem na planu komunikacije, socijalizacije i samopomoći u oblačenju. Prati se od strane dječjeg psihijatra koji je postavio Dg: Smetnje iz autističnog spektra. Na redovnim kontrolama od strane dječjeg neurologa Dg: Epilepsia.

Od septembra 2016. godine pohađao je vrtić uz podršku asistenta, odložen upis u I razred OŠ.(Komisija za usmjeravanje). Od septembra 2017. pohađao predškolski program u „1.junu“. Ove godine, odlikom Komisije za usmjeravanje, dječak upisan u I razred, prilagođeni program uz podršku asistenta. Kod dječaka postignut napredak u smislu bogatijeg fonda riječi i znanja, razlikuje boje, imenuje predmete, prepoznaće slova, razlikuje pojma veće – manje, gore – dolje. Ima veći broj riječi ali veliki broj riječi ne koristi u svrhu komunikacije. Pažnja loša, rasuta, sve vrijeme se mora podsticati i usmjeravati.

Zaključak: ovim prikazom slučaja smo htjeli da ukažemo na multifaktorijalnu i nedovoljno ispitanoj etiologiju pervazivnih razvojnih poremećaja, na veću učestalost kod dječaka, na postojanje komorbiditeta, važnost postojanja razvojnih savjetovališta zbog evidencije i praćenja rizika beba zbog rane dijagnostike i rane intervencije kod djece sa smetnjama u razvoju, a u cilju što većeg napretka ove djece u jezičkom, socijalnim, kognitivnom i ponašajnom funkcionisanju, kao i na nephodnost multidisciplinarnog pristupa i saradnje sa obrazovnim i socijalnim ustanovama.

*

NAJČEŠĆI NEUROLOŠKI KOMORBIDITETI KOD DJECE SA AUTIZMOM

Haki Mavrić, Paša Divanović

Dom zdravlja Podgorica

Uvod: Poremećaji iz autističnog spektra predstavljaju heterogenu grupu teškog doživotnog neurorazvojnog poremećaja nepoznatog porijekla. Autizam kao najčešći poremećaj iz ove grupe javlja se najkasnije do treće godine i karakteriše se otežanim socijalnim interakcijama, teškoćama verbalne i neverbalne komunikacije i stereotipnim repetetivnim obrascima ponašanja.

Cilj rada: Prikazivanje najčešćih neuroloških komorbiditeta kod djece sa autizmom.

Materijal i metode: Tokom jula i avgusta 2018. godine u Dnevnoj bolnici neurološkog odjeljenja Univerzitetske dečje klinike u Beogradu, pregledani su i analizirani pacijenti koji u Dnevnu bolnicu dolaze radi dijagnostičkih pretraga. Prilikom analize korišćene su kliničke metode ispitivanja, istorije bolesti i elektronski kartoni pacijenata.

Rezultati: Ukupno je pregledano 95 pacijenata. Znakove iz autističnog spektra poremećaja pokazalo je sedmoro djece i to šest dječaka od kojih dvoje blizanaca i jedna djevojčica, koji imaju postavljenu dijagnozu. Analizirana djeca su uzrasta od 3 do 12 godina. Dobijeni

su anamnestički podaci da petoro djece imaju epilepsiju, dok su dvoje blizanaca imali febrilne krize svijesti sa urednim EEG nalazom. Motorni deficiti kao što su dispraksija, problemi sa hodom i stereotipne radnje javljaju se kod svih ispitanika. Kod najstarijeg djeteta motorni deficit je blažeg stepena, zbog dužeg fizičkog tretmana. Petoro djece je nešto kasnije prohodalo i progovorilo. Kod dvoje djece rani psihomotorni razvoj je bio uredan do godinu dana, zatim je došlo do regresije. Svi ispitanici idu na fizičku rehabilitaciju i redovne kontrole logopeda, defektologa i neurologa. Problemi sa spavanjem se javlja kod troje djece, a manifestuju se najčešće kao otežano uspavljivanje.

Zaključak: Najčešći neurološki komorbiditeti kod djece sa poremećajima iz autističnog spektra su motorni deficiti, epilepsija i problemi sa spavanjem. Komorbiditeti su prisutni i kod naših ispitanika. Rano prepoznavanje neuroloških poremećaja tokom sistematskih pregleda je od velikog značaja pošto se manifestuju u ranom djetinjstvu često predstavljajući prve simptome bolesti.

Ključne riječi: Autizam, neurološki komorbiditeti.

*

POREMEĆAJI IZ AUTISTIČNOG SPECTRA

S. Dašić, M. Šljivančanin, T. Jovanović

Dom zdravlja Nikšić

Uvod: Poremećaji autističnog spektra (PAS) su teški neurorazvojni i neuropsihijatrijski poremećaji koji se karakterišu smetnjama socijalne interakcije, verbalne i neverbalne komunikacije, ograničenih interesa i ponavljanju ponašanja. Intelektualno funkcionisanje nije dijagnostički kriterijum, ali je kriterijum očitosti simptoma u ranom djetinjstvu, obično nakon kraćeg razdoblja naizgled normalnog razvoja. U posljednjih 20 godina autizam je postao najčešći neurorazvojni poremećaj u djetinjstvu i jedan od glavnih dječjih problema. Poremećaj je češći 4-5 puta kod dječaka nego kod djevojčica. I nakon više od sedam desetljeća istraživanja tačna

etiologija je nepoznanica što ostavlja prostora za razne vrste špekulacija i kontroverze.

Cilj rada: Prati se učestalost PAS u opštini Nikšić, ima li značajnijeg porasta posljednjih godina-epidemije, uzrast ne/obraćanja pedijatru, prosječna dob uključivanja u ranu dijagnostiku/intervenciju, uzrast postavljanja konačne dijagnoze, ima li povezanosti sa vakcinama.

Materijal i metode: Retrospektivnom analizom obuhvaćena su djeca uzrasta 2-15 god koja su uključena u proces rane dijagnostike i intervencije u Centru za djecu sa posebnim potrebama pri DZ. Uzeti su u obzir svi raspoloživi podaci CDPP.

Rezultati: U periodu od 2016-2018 god. od 660 djece sa različitim razvojnim smetnjama praćeno je 49 djece sa smetnjama iz AS, što predstavlja učestalost od 7,5% djece sa različitim razvojnim smetnjama, odnosno, 4 djece na 1.000 u opštoj populaciji. U toj skupini od 49 djece 37 je dječak (75%) i 12 djevojčica (25%). Kod većine roditelja prve sumnje javljaju se do kraja 2. godine, velik broj, 30%, obraća se prvu godinu logopedu i tek kroz godinu uđe u proces dijagnostike. Postavljeni dijagnozi sa 6 godina 40% djece ima, ostala se djeca i dalje godinama liječe pod različitim radnim dijagozama: Dysphasio evolutiva, Disord. evol.spec.mixti, i sl. Sa različitim pridruženim smetnjama -30 % djece; najčešće epilepsija, od 19-oro djece predškolskog uzrasta njih 12 je nepotpuno vakcinisano, odnosno 63% nije primilo MMR vakcinu. 95% školske djece je uredno vakcinisano.

Zaključak: Bilježi se stanoviti porast u broju oboljele djece ali učestalost od 1 na 250 djece negira tezu o epidemiji. Zbog pada u obuhvatu MMR vakcinom posljednjih godina sada već (nažalost) možemo pratiti pojavu PAS-a kod nevakcinisane djece. Bilježi se značajan broja djece koja ispoljavaju simptome iz spektra a da nisu primila MMR vakcinvu. Praćena su djeca predškolskog uzrasta čiji su roditelji samoinicijativno izbjegli vakcine čekajući da dijete progovori. Zbog izbjegavanja vakcinacije i pedijatra često zakasni rana dijagnostika. Budućnost Autistične djece zavisi o ranom otkrivanju i ranoj, intenzivnoj intervenciji i uključivanju u kolektiv.

Ključne riječi: rana intervencija, kontroverze, MMR vakcina

*

AUTIZAM I VAKCINACIJA MMR VAKCINOM KOD DJECE ROMSKE POPULACIJE

*Marija Joksimović¹, Vukosav Joksimović², Nervija Dedeić³, Zorica Babić¹
Marijana Marsenić¹, Saveta Stanišić⁴, Marija Mališić-Korač⁵*

¹DZ Berane, ²Opšta bolnica Berane, ³DZ Rožaje, ⁴KCCG Podgorica,

⁵DZ Budva

Uvod: Morbili ili male boginje su akutna infektivna, visoko zarazna bolest virusne etiologije, koja po kliničkim manifestacijama spada u grupu osipnih groznica. Komplikacije malih boginja su češće kod djece do 5 godina ili odraslih osoba preko dvadeset. Najozbiljnije komplikacije su zapaljenje srednjeg uha, pneumonija i encefalitis. U epidemiji morbila uglavnom obolijevaju nevakcinisane ili nepotpuno vakcinisane osobe

Vakcinacija protiv morbila u našoj zemlji započeta je 1971. godine, a danas se sprovodi kombinovanom vakcinom protiv morbila, zauški i rubele (MMR) prema kalendaru obavezne imunizacije. Vakcina se daje djeci u drugoj godini i vrši se revakcinacija djece u šestoj godini. Autizam tj spektar autističnih poremećaja je složeni poremećaj koji počinje u ranom djetinjstvu obično u prve tri godine života i remeti mnoge aspekte razvoja, čineći dijete nesposobnom da uspostavi socijalne odnose i komunikaciju na uobičajeni način. Savremena medicinska istraživanja ukazuju na jasne biološke uzroke autizma: genetske faktore, virusne infekcije, teške metale, izduvne gasove dizela polihlorirani bifenil, fenole korištene u proizvodnji plastike, pesticide, alkohol, pušenje i zabranjene droge, mobilni telefoni, komplikacije tokom trudnoće i porodjaja koje mogu izazvati suptilna moždana oštećenja. Često je udružen sa znacima neurološkog oštećenja, mentalnom retardacijom i određenim patološkim stanjima (npr. Epilepsija). Činjenica da se autizam podjednako često otkriva u različitim kulturama ukazuje da su socijalni faktori malo vjerovatni kao uzročnici poremećaja. Postoje vrlo snažni naučni dokazi koji pokazuju da nema uzročno posljedične veze između MMR vakcine i autizma.

Cilj rada: je da pokažemo da ne postoji povezanost pojave autizma i MMR vakcine kod djece romske populacije u beranskim naseljima Talum i Riversajd.

Materijal i metode: Retrospektivnom metodom analizirana je medicinska dokumentacija 118 djece romske populacije rođene od

2013. do 2016. godine u beranskim naseljima Talam i Riversajd.

Rezultati: Uspješnost vakcinacije rođenih 2013. godine iznosi 96,8%, rođenih 2014.godine 96,7%,2015.godine 95,8% i 2016.godine 95,9%. Zbog kontakta sa oboljelim 10 /118(8,4%) primilo je dvije doze MMR vakcine. Od ukupnog broja djece 118,64 (54,2%) je muškog pola a, 44 (45,8%) ženskog pola. Kod ove djece nema pojave autizma.

Zaključak: Zaključujemo da ne postoji povezanost izmedju MMR vakcine i pojave autizma kod djece romske populacije u Beranama.

Ključne riječi: Romi, vakcina, autizam, alkohol, djeca, kalendar vakcinacije

*

EDUKACIJA I REHABILITACIJA DJECE SA POSEBNIM OBRAZOVNIM POTREBAMA

H. Bajrović¹, H. Metović², R. Metović²

¹Dom zdravlja Rožaje, ²Dom zdravlja Sjenica Srbija

Uvod: Inkluzivni pristup školovanju učenika sa teškoćama u razvoju. Inovacije u Crnoj Gori u reformi obrazovanja donijele su mnogo pozitivnih promjena u nastavi. Činjenica je da broj djece sa teškoćama u razvoju u crnogorskim školama neprestano raste. Primjena inkluzivnog obrazovnog programa u predškolskim ustanovama u Crnoj Gori počela je 1998. god. a 2000.-te godine i u Osnovnim školama. U okviru primjene inkluzivnog modela počela su se otvarati razvojna savjetovališta pri Domovima zdravlja. Godine 2006. počinju sa radom opštinske Komisije za usmjeravanje djece sa posebnim potrebama, što je znatno pomoglo proces Inkluzije. Danas u Crnoj Gori djeca sa teškoćama u razvoju se sve više uključuju u redovne škole. U radu je prikazan veoma zavidan uspjeh učenika devetog razreda sa posebnim potrebama, koji je u svom životu imao više medicinskih zahvata. Ucenik danas se bavi košarkom (u invalidskim kolicima), pokazuje takmičarski duh i želju za uključivanjem u normalne tokove života.

Cilj rada: Učenik sa posebnim obrazovnim potrebama je u uzrastu do šeste godine života, više puta operisan na UDK - Tiršova 10. u Beogradu, i u Kliničkom centru Srbije na Neurohirurgiji. Fizikalni tretman i rehabilitaciju je sprovedeno je u Institutu dr. Simo Milošević u Igalu. Cilj ovog rada je da prikažemo kako pomenuti učenik uspijeva da savlada sve poteškoće na koje nailazi. On se danas bavi košarkom (u invalidskim kolicima je), pokazuje takmičarski duh i sve više se uklapa u normalne tokove života.

Materijal i metode: U ovom radu je korištena metoda dijaloga, mišljenja predmetnih nastavnika, logopeda, pedagoga i vaspitača.

Rezultati: Učenik pohađa deveti razred osnovne škole i uspješno savladava predviđeni plan i program koji je njemu prilagođen. Omiljen je među drugovima i drugaricama zbog svog takmičarskog duha i izraženog smisla za humor.

Zaključak: Da bi inkluzija bila potpuna i uspješna neophodno je pripremiti učenika (koji može imati teškoće u prilagođavanju novoj sredini), porodicu, nastavnike i drugo osoblje, kao i učenike u razredu. Učenici iz razreda su izgradili, uz pomoć nastavnika, atmosferu prihvatanja i uvažavanja druga sa posebnim potrebama koji je stekao samopouzdanje i osjećaj pripadnosti kolektivu. Potrebno je sistematski riješiti školovanje djece sa teškoćama u razvoju. Regulisati arhitektonske barijere (pristupne rampe, lift...) omogućiti, zapošljenje nastavnika podrške-asistenta u nastavi kadra o inkluziji.

Ključne riječi: Inkluzija, nastavnik, logoped, asistent u nastavi.

*

BURKITTOV LIMFOM

Snezana Perazić

Dom zdravlja Cetinje

Uvod: Limfom je kancer koji nastaje u ćelijama limfnog sistema tj. limfocita. Difuzni limfom velikih velikih B ćelija je najšći tip. Brzo raste u limfnim čvorovima često u slezeni, jetri, koštanoj srži i drugim organima.

Cilj rada: Tok bolesti koji je nespecifican po svojim simptomima a dugo traje, kao što je u ovom slučaju zahtjeva kompletnu i dodatnu dijagnostiku, radi uspostavljanja pravovremene i tačne dijagnoza što u mnogome utiče da dalji tok i uspjeh liječenja.

Materijal i metode: Prikaz slučaja pacijenta uzrasta 18 godina, koji je praćen zbog povremenih bolova u trbuhi i uočenih cističnih promjena omentuma do 3 cm, koje tokom praćenja nisu mijenjale svoje karakteristike i dimenzije. Dopunska dijagnostika je prolongirana zbog anamnestičkih podataka da od djetinjstava ima ceste alergijske reakcije. Pogoršanje tegoba nastupa u toku naredna dva mjeseca u vidu mučnine, povraćanja nakon uzimanja hrane, znojenja i subfebrilnosti. Tad je uočen porast navedenih promjena u trbuhi do 9 cm. U KCCG urađena je biopsija promjene ileocekuma i postavljena dijagnoza Burkitovog limfoma. Sprovedena je terapija po protokolu i preventivna IT terapija. Lijecenje se nastavlja na klinici za hematologiju VMA Beograd sprovоđenjem autologe transplantacije.

Rezultati: Učestalost ne-Hodgkinovog limfoma je 1:100 000 i uglavnom obolijevaju djeca školske dobi i to češće djecaci nego djevojcice. Veća učestalost je zabilježena kod djece sa oslabljenom funkcijom imunog sistema. Laboratorijske pretrage periferne krvi uglavnom su u normalnim granicama. Limfni cvor koji perzistira duže uprkos terapiji treba punktirati, ali I citoloski nalaz može biti lazno negativan. Tačna dijagnoza postavlja se na osnovu biopsije tumorskog čvora. Važan podatak je punktat koštane srži, koji daje uvid u proširenost bolesti I omogućava razgraničenje prema leukemiji. Trajno izlečenje se postize u 90% bolesnika u I i II stadijumu bolesti, a 50% u bolesnika sa uznapredovalom bolesti. Prognoza T ćelijskih limfoma povoljnija je nego prognoza B ćelijskih limfoma. Ohrabrujući rezultat se postiže presađivanjem autologe koštane srđi koja se uzima u fazi remisije.

Zaključak: Vrlo teške maligne bolesti se mogu izljećiti kad se sprovodi adekvatna i pravovremena terapija u saradnji sa specijalizovanim ustanovama u inostranstvu i okruženju.

Ključne riječi: Burkittov limfom, pravovremena terapija

*

**NUTRITIVNE NAVIKE DJECE STAROSTI 7 GODINA U ODNOSU NA
NJIHOV STATUS UHRANJENOSTI – KOMPARATIVNA STUDIJA IZMEĐU
GRADOVA PODGORICE I OSIJEKA**

*Ines Banjari¹, Milica Martinović², Marina Jakšić-Kavarić³, Vesna Buljan⁴,
Vesna Bilić-Kirin⁴*

¹ Univerzitet u Osijeku, Hrvatska, ²Medicinski fakultet, Univerzitet Crne Gore, Katedra za patološku fiziologiju i laboratorijsku medicinu, Podgorica, Crna Gora, ³Klinički centar Crne Gore, ⁴Zavod za javno zdravstvo Osijek

Uvod: Dječija gojaznost predstavlja jedan od aktuelnih svjetskih javno-zdravstvenih problema. Kao rezultat viška tjelesne mase, kod djece sejavljaju brojni metabolički, endokrini, kardiovaskularni i drugi komorbiditeti. Nepravilna ishrana predstavlja jedan od najvažnijih činilaca koji doprinose nastanku gojaznosti.

Cilj rada: Komparacija nutritivnih navika djece Podgorice i Osijeka uzrasta 7 godina u odnosu na njihov nutritivni status

Materijal i metode: Studija predstavlja dio bilateralnog naučno-istraživačkog projekta između Crne Gore i Hrvatske „Komparativna studija o uticaju siromaštva na pothranjenost, prehrambene i životne navike školske djece gradova Podgorice i Osijeka“, za period 2015-2016. Uzorak se sastojao od 637 djece, uzrasta 7 godina (165 iz Podgorice i 472 iz Osijeka), sa homogenom raspodjelom između polova. Instrument istraživanja bio je upitnik zatvorenog tipa, sa pitanjima u vezi sa nutritivnim navikama djece, kojeg su popunjavali roditelji. Analizirano je konzumiranje ukupno 20 skupina hrane. Na osnovu antropometrijskih

mjerenja djece (tjelesna masa i tjelesna visina) izračunat je indeks tjelesne mase (BMI) koji je korišten za klasifikaciju djece prema stepenu uhranjenosti prema kriterijumu International Obesity Task Force (IOTF).

Rezultati: Ukupno gledano, djeca iz Podgorice češće su konzumirala grickalice ($p=0,001$), 100% sok ($p<0,001$), i hljeb ($p<0,001$), a rijedje povrće ($p=0,006$), gazirana nezaslađena i sportska pića, ($p<0,001$), obrano ($p=0,020$) i neobrano mlijeko ($p<0,001$), slatke i nezaslađene pahuljice ($p<0,001$), maslac i margarin ($p<0,001$), u odnosu na ispitanike iz Osijeka. Kada su izdvojena samo predgojazna/gojazna djeca, utvrđeno je da su podgorička djeca češće konzumirala 100% sokove ($p=0,020$), obrano mlijeko ($p=0,018$), i hljeb ($p<0,001$) dok su predgojazna/gojazna djeca iz Osijeka češće konzumirala gazirane zaslađene sokove ($p=0,048$), slatke ($p<0,001$) i nezaslađene pahuljice ($p=0,003$).

Zaključak: Utvrđene su značajne razlike u pogledu konzumiranja pojedinih vrsta namirnica između sedmogodišnje djece iz Podgorice i Osijeka. Izbor nezdravih namirnica ustanovljen je sa različitom učestalošću između predgojazne/gojazne djece u ovim gradovima.

Ključne riječi: dječja gojaznost, nutritivni status, namirnice

*

GOJAZNOST KOD DJECE PREDŠKOLSKOG UZRASTA U AMBULANTI IZABRANOG DOKTORA ZA DJECU

*Vesna Djukić¹, Marija Joksimović¹, Saveta Stanišić², Suzana Savović¹,
Zorica Babić¹*

¹DZ Berane, ²KCCG Podgorica

Uvod: Gojaznost (obesitas) je sve češći problem u dječjem uzrastu, a iz godine u godinu povećava se broj gojazne djece. Gojazno dijete je ono čija ukupna težina ima više od 25% masti kod dječaka i više od 32% masti kod djevojčica, ili 120% od idealnog odnosa težine za visinu. Po mnogim studijama gojaznost u dječjem uzrastu, u velikom broju slučajeva znači i gojaznost u kasnijem životu, a svakako znači faktor rizika za pojavu

kardiovaskularnih obolenja. Smatra se da 40% gojaznih sedmogodišnjaka i čak 80% gojaznih adolescenata postaju gojazni odrasli. Najvažniji faktor u nastanku dječje gojaznosti je nasleđe tj. gojaznost roditelja i to prije svega majki. Otkriveno je pet različitih gena povezanih sa gojaznošću.

Ako je gojazan jedan roditelj rizik za pojavu gojaznosti kod djece je 40%, a ako su oba roditelja gojazna rizik raste čak do 80%. U etiologiji često se pominje i rezistencija tkiva na leptin „protein sitosti“ produkt Ob gena, hormon koji se proizvodi u adipocitima, ali postoje i novije teorije. Terapija gojaznosti uključuje: dugotrajan podesan režim ishrane (ne dijete), fizičku aktivnost, promjenu ponašanja u ishrani i uključivanje čita

Cilj rada: Utvrđivanje incidence gojaznosti kod djece predškolskog uzrasta u ambulanti izabranog doktora za djecu Materijal i metode: Analizirani su antropometrijski parametri: tm (tjelesna masa) i tv (tjelesna visina), određivan BMI (indeks tjelesne mase) kod 252 djece predškolskog uzrasta sa područja Berana u toku preventivnih pregleda pri upisu u prvi razred osnovne škole, školske 2017/2018. godine.

Rezultati: 22/252 (ili 8,7%) dece bilo je gojazno, 10 ili 45,45% dece je bilo ženskog pola, 12 ili 54,55% dece je bilo muškog pola, prosečni indeks telesne mase bio je $31,91 \text{ kg/m}^2$ (raspon od $23,92 - 38,02 \text{ kg/m}^2$).

Zaključak: Kako je etiologija gojaznosti multifaktorijalna, liječenje vrlo kompleksno, neophodno je sa prevencijom početi još od najranijeg uzrasta. Najveći uticaj na pojavu gojaznosti imaju genetski faktori, ali i fizička neaktivnost.

Ključne riječi: gojaznost, djeca, genetski faktori, ishrana, fizička aktivnost.

*

POVEZANOST INDEKSA TJELESNE MASE I NAVIKE PUŠENJA DUVANA RODITELJA SA NUTRITIVNIM STATUSOM ŠKOLSKE DJECE U PODGORICI

Marina Jakšić-Kavarić¹, Milica Martinović²

¹Klinički centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Odjeljenje za laboratorijsku dijagnostiku, Podgorica, Crna Gora, ² Medicinski fakultet, Univerzitet Crne Gore, Katedra za patološku fiziologiju i laboratorijsku medicinu, Podgorica, Crna Gora

Uvod: dječja gojaznost predstavlja jedan od vodećih svjetskih zdravstvenih problema. Kao rezultat viška tjelesne mase, kod djece se javljaju brojni psiho-somatski komorbiditeti. Povišen indeks tjelesne mase (BMI) jednog ili oba roditelja, kao i pasivna izloženost djece duvanskom dimu prepoznati su kao faktori koji mogu da utiču na nastanak gojaznosti kod djece.

Cilj: Utvrđivanje povezanosti BMI kao i navike pušenja duvana roditelja sa suficitom u tjelesnoj masi školske djece u Podgorici, uzrasta 7-12 godina.

Materijal i metode: uzorak obuhvata 1133 školska djeteta (50,1%) djevojčica i 49,9% dječaka) iz deset podgoričkih osnovnih škola, uzrasta 7-12 godina. Instrument istraživanja bio je upitnik zatvorenog tipa, sa pitanjima u vezi sa tjelesnom visinom (TV), tjelesnom masom (TM) i navikom pušenja duvana kod roditelja. BMI roditelja dobijen je računskim putem (kg/m²). Antropometrijska mjerenja djece (TV i TM) vršena su u školama. TM mjerena je u lakoj odjeći, bez obuće, digitalnom vagom preciznošću od 0.1 kg. TV mjerena je visinometrom preciznošću od 0.5 cm. Percentilni BMI kao i stepen uhranjenosti (pothranjen \leq 5, normalno uhranjen 5-85, predgojazan 85-95, gojazan \geq 95 BMI percentil) određivani su na osnovu CDC (Centers for Disease and Control Prevention) kriterijuma. Za statističku obradu podataka korišten je program SPSS 20.

Rezultati: u ispitivanom uzorku postojala je statistički značajna pozitivna korelacija između povišenog maternalnog BMI i percentilnog BMI gojazne djece ($\rho=0,247$; $p=0,010$). U ukupnoj strukturi ispitanika, statistički značajan broj djece posjeduje oba roditelja kojipuše duvan, dok su najmanje bila zastupljena djeca čija su oba roditelja

nepušači ($\chi^2=27,324$; $p<0,001$), međutim nije utvrđena statistički značajna povezanost između pušenja duvana majke ($\rho=0,055$; $p=0,327$), kao ni oca ($\rho=0,052$; $p=0,362$) sa stepenom uhranjenosti predgojazan/gojazan kod djece.

Zaključak: među ispitanicima je utvrđena povezanosti zmeđu povišenog maternalnog BMI sa percentilnim BMI gojazne djece. U ispitivanom uzorku nije utvrđena povezanost između navike pušenja duvana roditelja sa suficitom u tjelesnoj masi kod djece.

Ključne riječi: dječija gojaznost, BMI roditelja, pušenje duvana

*

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICE OF YOUTH IN NIS (SERBIA) REGARDING DIETARY SUPPLEMENTS USE

Maja Nikolic, Aleksandra Blagojević, Katarina Nikolic

School of medicine University of Nis, Serbia

Uvod: A dietary supplement (DS) is a manufactured product intended to supplement the diet when taken by mouth as a pill, capsule, tablet, or liquid. In the Republic of Serbia, education related to use of DS among young people is important because of the growing interest of this items and additional efforts for their safe, controlled and rational use are necessary.

Cilj rada: The aim was to investigate knowledge, attitudes and practice of young people in the city of Nis (Serbia) regarding the dietary supplement use.

Materijal i metode: A descriptive epidemiological study involved 100 students in the first year of the Medical Faculty of medicine University of Nis, randomly selected. The original epidemiological questionnaire was used.

Rezultati: The results showed that half of the respondents occasionally used dietary supplements in the past year, with pharmacy

students, nearly double the use of these products, in comparison, the medical students. Less than half of respondents (39%) read the declaration, which is located on the product and the largest number, almost half of the dietary supplements was bought in supermarkets (44%). The polling data were obtained for students to recommendations onthe use of these products usually obtained from friends (17%) andleast from the doctor and pharmacist.

Zaključak: Although the students are important consumers of dietary supplements, many of them are not informed on these products, which is reflected in their attitudes, knowledge and use. Students should provide further information regarding these important products.

Ključne riječi: dietary supplements, students, questionnaire.

*

MIKRONUTRIJENTI - NEOPHODNI FAKTORI ZA PRAVILAN RAST DECE

Marko Jović¹, Bojko Bjelaković^{1,2}, Dušanka Marković³, Maja Jović¹, Julijana Jović⁴, David Ilić¹

¹Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, ²Klinika za Dečiju internu medicinu, Klinički centar Niš, Srbija, ³Centar za medicinsku biohemiju-Kabinet za imunologiju, Klinički centar Niš, Srbija, ⁴Opšta bolnica Leskovac

Za sazrevanje, rast i intelektualni razvoj dece, značajno je da hrana, koju ona konzumiraju, sadrži adekvatno balansirane količine nutritijenata tj. hranljivih materija. Makronutrijenti (proteini, ugljenihidrati i masti) i mikronutrijenti (vitamini i minerali) obezbeđuju pravilno funkcionisanje organizma. Trinaest do sada poznatih vitamina (vitamin A, D, E, K, C, B6, B12, tiamin (B1), riboflavin (B2 ili vitamin G), niacin (B3), pantotenska kiselina (B5), biotin (B7 ili vitamin H), folat (B9)), pokazuju mnogobrojne zajedničke funkcije (oni su koenzimi, antioksidansi, utiču na imunološku i hormonsku aktivnost). Vitamini su esencijalni mikronutrijenti koje ljudski organizam ne može sintetisati, pa se moraju unositi putem hrane. Na pravilan razvoj dece, kao i na funkciju imunog sistema i metabolizma, utiče i unos minerala (cink, gvižđe,

bakar, selen). Neadekvatan unos minkronutrijenata doprinosi pojavi raznih oboljena kod dece (npr. anemije, skorbut, dermatitis i mnoge druge), ali i utiče na zdravlje u odrasлом dobu. Kako su deca posebno osjetljiva populacija, veliku pažnju se posvećuje kvalitetu i kvantitetu njihove ishrane. Međutim, hranljive materije se ne mogu posmatrati posebno, jer u pogledu bioloških vrednosti, one se uzajamno dopunjaju. Samo pravilnim odabirom i kombinacijom različitih namirnica može se ostvariti suštinski pravilna ishrana, odnosno unos svih nutrijenata u preporučenim vrednostima i optimalnom međusobnom odnosu. Pojava ortomolekularne medicine je danas umnogome olakšala optimizaciju dnevnog unosa mikronutrijenata. Svakako da, u određenim okolnostima (učestale i rekurentne infekcije), potrebe za mikronutrijentima ne mogu se postići redovnom ishranom. Zbog toga je potrebno uzimati preparate sa posebnom medicinskom namenom, koji su namenjeni deci, a koji sadrže tačno balansiran odnos prirodnih mikronutrijenata, u skladu sa principima ortomolekularne medicine.

Ključne reči: deca, mikronutrijenti, ortomolekularna medicina

*

HENOCH-SCHÖNLEINOVA PURPURA - PRIKAZ SLUČAJA

B. Ivelja¹, V. Djurišić², S. Pavićević², I. Ivanović³, Đ. Latković³.

¹*Dom zdravlja Cetinje, ²Klinički centar Crne Gore Institut za bolesti djece, Podgorica, ³Opšta bolnica Cetinje*

Uvod: Henoch Sholain purpura (HSP) najčešći je vaskulitis u dječjem uzrastu koji pripada grupi IGA vaskulitisa izazvanih taloženjem imunokompleksa u malim krvnim sudovima kože, gastrointestinalnog trakta, bubrega, pluća i mozga. Bolest je povoljnog toka sa rijetkim akutnim komplikacijama najčešće od strane gastrointestinalnog trakta ili hroničnih bubrežnih - IGA nefropatije.

Cilj rada je prikaz slučaja Henoch-Schönleinov-e purpure.

Materijal i metode: Dječak HD 13 god hospitalizovan je na Dječjem

odeljenju OB Cetinje zbog intezivnih bolova u stomaku, povraćanja, lividne makulopapulozne ospe na ekstremitetima. Lična i porodična anamneza bez osobitosti. Iz statusa naprijemu urednih vitalnih parameta TM 50 kg TV 174cm, ITM 17,6. Kliničkim pregledom sem palpatorne osjetljivosti u epigastrijumu makulopapulozne ospe na koži ekstremiteta ostali nalaz po sistemima uredan. Rezultati: U laboratorijskim nalazima,lako povišeni zapaljenski marker, leu 16,3 crp 18, se 30, fibrinogen 4,9, ostali biohemski nalazi, parametric koagulacije i urina uredni. UZ abdomena ileocekalno uočena aperistaltična vijuga, slobodna tečnost uz crijevne vijuge i u maloj karlici. Na osnovu kliničke slike, laboratorijskih nalaza postavljena dg HSP i zbog pogoršanja opšteg stanja upućuje na IBD u Podgorici. U laboratorijskim nalazima lako povišeni zapaljenski markeri, biohemski, parametri koagulacije, imunoglobulini IGA IGG IGM, C3 komplement, ANCA, RF, ASTO uredni, ANA fino mrljasti tip 2+, u urinu mikrohematurija, mikroalbumini lako povišeni 30 mg/l. UZ abdomena ukazuje na povlačenje slobodne tečnosti, urednu veličinu i ehogenost bubrega. U toku hospitalizacije prisutni otoci i bolovi u zglobovima šaka, koljena i stopala, relapsi bolova u stomaku i ospe,otok skrotuma. Liječenje sprovedeno od strane multidisciplinarnog tima gastroenterologa, dječjeg hirurga, nefrologa. Ezofagoduodenoskopijom na duodenumu dijagnostikovan ulcer. Liječen analgetcima, antibioticima, kortikosteroidima kratkotrajno, inhibitorima protonske pupme.Tri mjeseca nakon početka bolesti novi relaps bolesti, u 24h urinu proteinurija 720 gr, makroskopska hematurija. UZ bubrega ukazuje na hiperehogenost oba bubrega. Biopsijom bubrega PH verifikovan mezangioproliferativni IGA glomerulonefritis lakog do srednjeg stepena-Henoch Schonlein. Dječak se liječi kortikosteroidima, ACE inhibitorima, bez novih ralapsa bolesti, uredne proteinurije sa povremeno mikroskopskom hematurijom.

Zaključak: Naš pacijent pripada rijetkoj grupi oboljelih koji je razvio je težu formu HSP sa akutnim gastrointestinalim i hroničnim bubrežnim komplikacijama. Teže forme HSP zahtijevaju dugotrajno liječenje i praćenje multidisciplinarnog tima u cilju ranog zbrinjavanja akutnih i hroničnih komplikacija Do sada nisu validirani pouzdani biomarkeri za rano otkrivanje te podgrupe bolesnika.K

Ključne riječi: Henoch- Schonlein purpura, glomerulonefritis, ospa

*

RANO OTKRIVANJE UROĐENIH ANOMALIJA URINARNOG TRAKTA

Ljiljana Vuković, Nada Radević

Opšta bolnica Berane

Uvod: Razvoj urinarnog trakta (UT) od samog začeća je kompleksan process koji zahtijeva preciznu kako vremensku tako i prostornu interakciju različitih embrionalnih tkiva. Činjenica je da su anomalije ovog sistema česte i pogađaju oko 10 % populacije, a čine oko 30 % svih kongenitalnih malformacija i u 40 % slučajeva su odgovorne za razvoj svih bubrežnih bolesti. Takođe su uzrok oko polovine svih slučajeva hronične bubrežne insuficijencije (HBI) u dječjem dobu. Češće su sporadičnog karaktera, ali mogu biti i nasledne. Klinički se ispoljavaju na različite načine. Već u toku trudnoće, od 15-te nedjelje gestacije, neke se mogu otkriti fetalnom ultrasonografijom, zatim na rođenju, u neonatalnom razdoblju, u odojačkom periodu kao i kasnijem djetinjstvu. Ispoljavaju se ponavljanim urinarnim infekcijama po tipu pijelonefritisa, urosepsom, hematurijom, hiperetenzijom i razvojem HBI.

Cilj rada: da se ukaže na značaj ranog otkrivanja anomalija urinarnog trakta radi prevencije razvoja hronične bubrežne bolesti.

Materijal i metode: Retrospektivna analiza bolesničkih kartona dječije nefrološke ambulante u periodu od 2013.-2017. godine.

Rezultati: U ispitivanom petogodišnjem periodu u nefrološkoj ambulanti bilo je 1905 pregleda, od toga broja potvrđene anomalije urinarnog trakta ima 2,04 % (39 pacijenata). U najvećem procentu su zastupljene opstruktivne anomalije (stenоза ureteropijeličnog spoja, stenoza ureterovezikalnog ušća, megaureter, valvula zadnje uretre) 61,5 %, zatim veziko-ureteralni refluks (VUR) 28,2 %, hypoplasio renis 7,6 %, agenesio renis 2,5 %. Od tog broja je 21 djevojčica (53,8 %) i 18 dječaka, odnosno 46,1 %. Od navedenog broja petoro ili 12,8 % pacijenata nije imalo simptome od strane UT, kod dvoje novorođenčadi je prenatalno ultrasonografijom postavljena dijagnoza opstruktivne anomalije, dok su svi ostali imali gore navedene simptome ili ponavljane epizode febrilnosti.

Zaključak: U cilju ranog otkrivanja anomalija UT, svaka sumnja na to oboljenje zahtijeva detaljan pedijatrijski pregled uz detaljnu anamnezu, pregled urina, urinokulture, biohemijskih analiza za procjenu funkcije

bubrega, ultrazvučni pregled abdomena i urotrakta. Po mogućnosti i pregled dječjeg nefrologa, kako bi se blagovremeno potvrdile sumnje na oboljenje UT, i sprovela daljandijagnostika i liječenje i spriječilo napredovanje bubrežnih oboljenja i razvoj HBI ili otklonile sumnje na oboljenje UT kako ne bi došlo do nepotrebnih, dodatnih ispitivanja djece.

Ključne riječi: Anomalije urinarnog trakta, dijagnostika, liječenje, hronična bubrežna insuficijencija

*

CONGENITAL HEART DISEASES: IS THERE A REAL GROWTH OF THEIR INCIDENCE?

Numila Kuneshka-Maliqari¹, Loreta Teneqexhi², Albert Koja¹

¹*Pediatric Cardiology Unit, Pediatric Service, CHU Mother Teresa Tirana, ²Public Health Department, Faculty of Medicine, UMT*

Cardiac abnormalities account for about 1 / 3-1 / 2 of all birth anomalies. The incidence ranges from 4 to 12 per 1000 live births. (with admissible 8 per 1000). Every year, 1.35 million CHD children are born from 150 million births a year worldwide referring to WHO data.

Is there a real increase in the incidence of cardiopathic births?

Factors that have influenced the growth of incidence:

- Changing diagnostic methods and screening modalities instead of representing a real increase
- Continuous Perfection of all staff: cardiac surgeons, anesthetists, pediatric cardiologists, making successful interventions even in complex and in utero cardiopathy.
- In the 70s, ecocardiography also revealed asymptomatic or moderate defects
- Premature survival

- Increasing maternity age in many Western countries
- The population of patients with GUCH is constantly increasing and their offspring are at increased risk of having an abnormal birth
- The role of urbanization and industrialization

The effect of increasing the use of fetal echocardiography and termination of pregnancy in reducing prevalence of CHD is expected in the upcoming periods (last 15 years).

In the coming decades we will probably see the effect of improving figures on baby survival and socio-economic circumstances in developing countries in the prevalence of birth of CHD

Geography

Significant geophysical difference

Asia > 9 per 1000 births versus Africa 1.9 per 1000 births Europe 8.2 vs North America 6.9 (ethnic, social, economic, environmental)

It is imperative to have a CHD Registry covering the world population and not just the developed countries to have an exact figure of the incidence of cardiopathic births.

*

ZNAČAJ EKG - A U SKRININGU SPORTISTA

Sanja Ninić i saradnici

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta dr „Vukan Čupić“ Beograd

Iznenadni smrtni ishod kod mladog sportiste izaiziva veliku zabrinutost kako među stručnjacima koji se bave pregledima sportista tako i u široj populaciji, podstičući stalno debate kako je najbolje prevenirati smrtni ishod. Nažalost, najefikasniji model skrininga kod sportista još uvek nije ustanovljen. Najveće kontraverze oko modaliteta skrininga se odnose na potrebu snimanja 12-kanalnog EKG prilikom

pregleda sportista. Uprkos tome što EKG povećava senzitivnost u otkrivanju određenih bolesti koja mogu dovesti do iznendnog smrtnog ishoda, nedoumice postoje oko velikog procenta lažno pozitivnih nalaza, ekonomske isplativosti i lekarske infrasturkture i opremljenosti. Najbolji način da se stremi poboljšanju specifičnosti ovog dijagnostičkog sredstva je putem boljeg razlikovanja benignih od patoloških nalaza, što mora biti praćeno i odgovarajućom edukacijom lekara sa ciljem ispravne interpretacije EKG nalaza. Savremene preporuke za interpretaciju EKG nalaza kod sportista, poput Siettle i Refined kriterijuma, u značajnom procentu povećavaju njegovu specifičnost i smanjuju potrebu za dopunskim ispitvanjem. Uprkos dilemama oko kojih se još uvek vode debate među sručnjacima koji se bave sportskom kardiologijom, danas je dodavanje EKG-a u skrining program praksa implementovana i preporučena od strane brojnih internacionih organizacija uključujući i Internacionalni olimpijski komitet, Evropsko udruženje kardiologa i Internacionalnu federaciju fudbalskih udruženja.

*

PREVENTIVNI KARDIOLOŠKI PREGLEDI KOD DJECE AKTIVNIH UČESNIKA U SPORTU

Svetlana Zeković

PZU "Sanicard" Podgorica

Uvod: U medicinskim ordinacijama, posebno kardiološkim, govoreći o preventivi kardiovaskularnih bolesti, uz ishranu preferira se i fizička aktivnost. Mladi ljudi se potiču na sport. Međutim, prije početka bavljenja sportom, moraju se podvrgnuti adekvatnom pregledu. Srce je, ipak, organ koji se mora najviše prilagoditi i adaptirati kod neuobičajnih npora.

Cilj rada: Događaji na sportskim terenima, nenadana smrt mladih sportista, još je veći motiv, da pokušamo da predupredimo eventualne probleme. Ovdje uzrečica "biti korak ispred događaja", dobija na značenju.

Materijal i metode: Kod djece, sportista i rekreativaca, mora

postojati studiozan pristup, koji sačinjavaju: detaljna anamneza (lična i porodična), fizikalni pregled, laborijatorijska analiza krvi, urina i po potrebi briseva u suspektnim regijama, elektrokardiografija (adekvatno urađena), Holter monitoring EKG-a i pritiska (po potrebi), ehokardiografija (danas nezaobilazna metoda na startu, a kasnije za praćenje remodelinga srca), ergometrija (procijena srca pri opterećenju) i spriometrija.

Rezultati: U našoj zdravstvenoj ustanovi, svaki dan vršimo detaljne preglede mlađih sportista i rekreativaca. Do sada je pregledano preko 600 pacijenata. Kod 46 slučajeva je otkriven poremećaj sprovodnog sistema. Kod više slučajeva se prati dismorphija mitralne valvule, kod 5-toro je konstatovana miksomatozna degeneracija. Prati se remodeling lijeve komore, koji se može uočiti vrlo brzo nakon započinjanja opterećenja.

Zaključak: Često se postavlja pitanje: može li sport oštetiti srce? Hipretrofija srčanog mišića kod sportista je korisna prilagodba na napor, a ne bolest. Međutim, sport može biti opasan za osobe sa bolesnim srcem. Ponekad, granica između zdravlja i bolesti nije uvijek jasna i teže je prepoznati.

Ključne riječi: sport, preventivni kardiološki pregledi, prepoznati granicu između zdravlja i bolesti.

*

SIROLIMUS – ALTERNATIVA ILI TERAPIJA IZBORA U LEČENJU KARDIOLOŠKIH MANIFESTACIJA KOMPLEKSA TUBEROZNE SKLEROZE?

*I. Cerović, V. Vukomanović, S. Ninić, J. Košutić, S. Prijić, S. Popović, S. Krasić,
R. Kravljanc, B. Vučetić Tadić*

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta dr „Vukan Čupić“ Beograd

Uvod: Rabdomiomi srca predstavljaju jednu od osnovnih odlika kompleksa tuberozne skleroze (TSK). U zavisnosti od položaja i veličine, mogu da dovedu do hemodinamskih poremećaja ili aritmija. mTOR je

protein-kinaza koja ima ključnu ulogu u regulaciji čelijskog rasta i deobe, a čija je inhibicija narušena kod bolesnika sa TSK. Sirolimus pripada grupi mTOR inhibitora koji svojim antiproliferativnim i imunosupresivnim dejstvima imaju značajnu primenu u lečenju tumora, neuroloških oboljenja i prevenciji posttransplantacionih komplikacija, ali još uvek nisu deo zvaničnih protokola za lečenje rabdomioma.

Cilj rada: Prikaz efekata primene sirolimusa kod dva bolesnika sa klinički manifestnim rabdomiomima srca u okviru TSK.

Materijal i metode: Kliničkim, ehokardiografskim i elektrokardiografskim pregledima praćeni su promena veličine tumora, srčana funkcija i srčani ritam. Dozni režim sirolimusa određivan je prema koncentraciji leka u krvi, u skladu sa ciljanim terapijskim opsegom. Radene su analize parametara krvne slike, koncentracije elektrolita, transaminaza i kardiospecifičnih enzima u serumu, kao i lipidni status.

Rezultati: Kod deteta uzrasta tri godine sa TSK i rabdomiomima srca došlo je do razvoja atrijalne ektopične tahikardije refraktarne na antiaritmijsku terapiju, koja se usled dužine trajanja ispoljila srčanom insuficijencijom. Posle dve nedelje primene sirolimusa registrovana je konverzija u sinusni ritam, koji se održava tokom dvogodišnjeg praćenja.

Drugi bolesnik je novorođenče kod koga je dijagnoza TSK postavljena u prvom danu života. Bolest se manifestovala cijanozom, desaturacijom i znacima početne srčane insuficijencije, usled opstrukcije tumorom anterogradnog protoka na trikuspidnoj valvuli. Posle tri nedelje primene sirolimusa registruje se kliničko poboljšanje sa ehokardiografskim nalazom neopstruktivnog protoka na trikuspidnoj valvuli. Tokom devetonedeljne terapije sirolimusom došlo je do regresije tumorske mase za više od 50%.

Zaključak: Kod dva bolesnika sa TSK primenom sirolimusa postignuta je brza i značajna regresija rabdomioma srca, praćena zaustavljanjem atrijalne ektopične tahikardije, odnosno uspostavljanjem neopstruktivnog protoka na trikuspidnoj valvuli. Sirolimus može imati značajnu ulogu kao prva terapijska mera u lečenju kardioloških manifestacija pacijenata sa TSK.

Ključne riječi: sirolimus, mTOR inhibitor, kompleks tuberozne skleroze, atrijalna ektopična tahikardija, rabdomomi.

ZNAČAJ NUKLEARNE MAGNETNE REZONANCIJE SRCA U PROCENI PLUĆNE REGURGITACIJE I POSTAVLJANJU INDIKACIJE ZA REOPERACIJU KOD PACIJENATA SA TETRALOGIJOM FALLOT

Staša Krasić, Jovan Košutić, Mila Stajević, Sanja Ninić, Sergej Prijić, Saša Popović, Ivana Cerović, Vladislav Vukomanović

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“

Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Uvod: Tetralogija Fallot (TOF) je najčešća cijanogena urođena srčana mana. TOF se kompletno hirurški koriguje u uzrastu 6-12 meseci. Rezidulane lezije kao što su plućna regurgitacija, defekt komorske pregrade i opstrukcija izlaznog trakta desne komore najčešće su indikacije za reoperaciju (6 – 8%).

Cilj: Analiza doprinosećih faktora za nastajanje plućne insuficijencije kod operisanih bolesnika i definisanje indikacija za reintervenciju.

Materijali i metode: Podaci su prikupljeni iz medicinske dokumentacije pacijenata koji su operisani ili reoperisani u našoj ustanovi 2004 - 2018. godine.

Rezultati: U studiju je uključeno 112 pacijenata sa TOF bez pridruženih mana. Palijativna hirurška procedura, modifikovani Blalock Taussing šant (MBTS), izvršena je kod 23,2% pacijenata ($2,24 \pm 9,17$ meseci). Mana je kompletno korigovana u uzrastu od $19,49 \pm 29,84$ meseci. Vremenski period između kompletne korekcije i reopracije iznosio je $183,0 \pm 62,70$ meseci. Reoperacija je urađena kod 29 dece. Reoperisani pacijenti imali su veći stepen plućne regurgitacije utvrđene magnetnom rezonacijom srca (CMR) ($p = 0,05$), te je to bio najčešći uzrok reoperacije (14/29). Pacijenti reoperisani zbog PI značajno su češće imali MBTS ($p = 0,009$). Takođe, imali su veću PI utvrđenu ehokardiografijom ($p = 0,02$) i CMR-om (retrogradni volumen: $44,00 \pm 25,92$ vs. $13,82 \pm 12,73$ ml; $p = 0,005$). Nalazom CMR pre reoperacije PI registrovan je veći normalizovani EDV ($190,50 \pm 50,80$ vs. $114,55 \pm 17,28$ ml/m²; $p < 0,001$) i ESV ($132,50 \pm 36,53$ vs. $64,27 \pm 13,01$ ml/m²; $p < 0,001$) desne komore, kao i normalizovani EDV ($94,50 \pm 18,59$ vs. $72,78 \pm 15,41$ ml/m²; $p = 0,04$) i ESV ($41,45 \pm 10,72$ vs. $29,50 \pm 5,62$ ml/m²; $p = 0,014$) leve komore kod reoperisane dece.

Zaključak: Najčešća indikacija za reintervenciju je PI. Rana kompletna korekcija mane bez prethodnog palijativnog lečenja pacijenata smanjuje rizik od reoperacije. Evaluacija pacijenata CMR-om omogućava utvrđivanje indikacija za ponovnu operaciju, a najznačajniji faktori su porast volumena PI, kao i normalizovanih volumena leve i desne komore.

Ključne reči: Tetralogija Fallot, reoperacija, CMR, insuficijencija plućne valvule

*

PRIMENA PICC LINE U ODELJENJU NEONATALNE INTENZIVNE NEGE – NAŠA ISKUSTVA

Vesna Hajdarpašić, Ivana Jovanović, Olgica Rakic

Institut za neonatologiju Beograd

Uvod: Primena periferno plasiranih centralnih katetera (peripherally inserted central catheter - PICC) u odeljenjima neonatalne intenzivne nege značajno doprinosi smanjenju broja potrebnih venepunkcija, smanjujući broj bolnih procedura kod prevremeno rođene novorođenčadi i doprinoseći smanjenju broja bolničkih infekcija.

Cilj rada: Cilj ovog rada je da se proceni uspešnost plasiranja PICC intravenskih linija, dužina primene kao i pojava eventualnih komplikacija. Takođe su obrađene i indikacije za plasiranje PICC linija, kao i razlozi za ekstrakciju katetera.

Materijal i metode: Retrospektivnom studijom obuhvaćena su novorođenčad lečena u odeljenju neonatalne intenzivne nege u periodu od januara 2015. Do jula 2018. godine kod kojih je plasirana PICC linija. Analizirani su uspešnost plasiranja, dužina primene, pojava komplikacija, kao i inidikacije za plasiranje i ekstrakciju PICC linije.

Rezultati: PICC linija je plasirana kod 41 pacijenta. Prosečna gestaciona starost pacijenata kod kojih je plasirana PICC linija je 26.74GN (23-33.5, SD 2.34), a telesna masa u vreme plasiranja je bila 795.15g (540-1250, SD 164.96). Od 41 pokušaja plasiranja PICC linije, samo 1 plasiranje je bilo neuspešno, u 8 slučajeva je bilo potrebno više od jednog pokušaja.

Prosečna dužina primene PICC linije je bila 12.60 dana (1-41 dan, Med 13.00, SD 8.41). Najučestalija indikacija za plasiranje PICC linije je bila intolerancija ishrane (n=24), a najučestaliji razlog ekstrakcije katetera postizanje punog enteralnog unosa (n=20). Komplikacije PICC linije su registrovane u 8 slučajeva, i to u vidu otoka ekstremiteta gde je plasiran kateter. U 3 slučaja PICC linija je izvađena zbog sumnje na generalizovanu infekciju, sepsa je dokazana samo u jednom slučaju.

Zaključak: Rezultati upućuju na zaključak da je plasiranje PICC linije jednostavna procedura, koja se najčešće izvodi iz prvog pokušaja, da je prosečna primena katetera relativno duga, a pojava komplikacija retka.

Ključne riječi: pretermisko dete, intenzivna nega, PICC

*

KADA I KAKO SMO OTKRILI DANDY-WALKER SINDROM?

M. Nešović¹, D. Nešović², S. Šofranac¹, S. Stanišić²

¹Klinički centar Crne Gore, Podgorica, ²Klinički centar Crne Gore Institut za bolesti djece, Podgorica

Uvod: Sindrom Dandy-Walker se manifestuje disgenezijom vermis-a i dilatacijom IV moždane komore i cisterne magne. Čine ga malformacija, varijanta ove mane i cista cisterne magne. Etiologija je multifaktorska. Na 3.hromozomu (3p24) lociran je gen koji izaziva ovu manu. Sindrom se često kombinuje sa drugim anomalijama centralnog nervnog sistema, srčanim manama, policističnim bubrežima itd. Pojavljuje se 1: 25 000 – 35 000 živorođenih, češće u ženske dece (1:1,5 = m:ž). Simptomi su povećanje obima glave, konvulzije, cerebelarna ataksija, usporen motorni i kognitivni razvoj. U 4-12% ove dece razvija se hidrocefalus. Dijagnoza se postavlja na osnovu fetalnog kariotipa i neuroradiološki. Terapija je simptomatska i hiriška- rešavanje hidrocefala.

Cilj rada: prikaz novorođenčeta kod koga ispitivanje prisutne kongenitalne anomalije dovodi do dijagnoze Dandy-Walkera.

Materijal i metode: medicinska dokumentacija pacijenta.

Rezultati: Prikaz pacijenta: novorođenče iz druge uredne trudnoće i porođaja prirodnim putem, uredne prenatalne anamneze. PM 2460 g, PD 48 cm, OG 32 cm, rođeno u 37 GN, AS 9/9, ambivalentnih genitalija. Hipotrično, PM/GS na 20 percentilu, bez kraniofacijalne dismorfije. Period posnatalne adaptacije usporen. Zbog ambivalentnih genitalija sprovedena dalja obrada. Laboratorijska ispitivanja nivoa hormona i elektrolita za kongenitalni adrenalnu hiperplaziju uredna. Indikovana citogenetička dijagnostika, dobijen muški kariotip 46, XY. Nalaz dj.hirurga urologa: penoskrotalna hipospadija sa penoskrotalnom transpozicijom. Auskultatorno nad srcem čujan sistolni šum, kardiološki nalaz: VSD. ASD. EHO abdomena bubrega uredan. U sklopu ispitivanja a bez neuroloških ispada, u 5.danu života odrađen i EHO CNS-a: cisterna magna 12,4 mm, komunicira sa IV moždana komorom koja je proširena, prisutna hipoplazija vermisa. Definitivna dijagnoza Dandy-Walker varijante postavljenaje magnetnom rezonancijom. Novorođenče otpušteno kući, nastavljeno dalje multidisciplinarno praćenje.

Zaključak: dijagnoza Dandy-Walker sindroma kod našeg novorođenčeta postavljena je u 5. danu života. Ukoliko nije prenatalno otkriven sindrom, uobičajeno postavljanje dijagnoze varira od 9 meseci do 12 godina. Rana dijagnoza znači rano praćenje i započinjanje terapije.

Ključne riječi: Dandy-Walker sindrom, dijagnoza

*

ZNAČAJ POROĐAJNE TRAUME U NEONATALNOJ PRAKSI

S. Čizmović¹, S. Višnjić², S. Grubač¹

¹Opšta bolnica Nikšić, ²JZU DZ Nikšić

Idealna zdravstvena zaštita novorođenčeta podrazumijevala bi da se pedijatar ili neonatolog koji radi u porodilištu upozna sa budućom majkom prije porođaja što bi nam omogućilo da saznamo postojanje majčinskih i djetetovih faktora rizika za rađanje djeteta sa traumom. Tu spadaju obmotan pupčanik, anomalije pupčanika, položaj ploda, makrosomija, višeplodna trudnoća, prematuritet, prolongiran porođaj, kefalopelvična disproporcija, distocija i akuserške intervencije.

Porodajna trauma novorođenčeta nastaje u toku samog porođaja uključujući akt rađanja i rođenje. Porodajna trauma je čest problem neonatološke prakse, koji na žalost nije moguće uvijek izbjegći. Traume su različitog stepena od bezazlenih do vrlo ozbiljnih i opasnih po život. Trauma novorođenčadi u toku porođaja je uzrokovana sa mehaničkom silom (traktacija, kompresija) i/ili hipoksijom. Veoma je teško odvojiti udio hipoksije od mehaničke povrede sistema i organa. Hipoksija se može ispoljiti tokom trudnoće, a postoje i situacije kada hipoksija nastaje u toku samog porođaja. Osnovni uzroci hipoksije ploda u trudnoći su EPH gestoze ili izolovane hipertenzije, kratak pupčanik, obmotan pupčanik, izražena anemija trudnice i teška respiratorna i kardiovaskularna oboljenja trudnice. Ukoliko porođaju prethodi intrauterina patnja ploda i hipoksija CNS-a, njegove rezerve će biti smanjene da izdrži normalan porođaj što može da vodi u porodajnu traumu. Ako je porođaj produžen iz obstretičkih razloga ili neadekvatnog odgovora trudnice na primjenjenu indukciju porođaja, novorođenče doživljava tešku hipoksiju koju često prati i fizička trauma. Najčešće su to traumatska cijanoza lica, hematomi po tijelu, hemoragija u oku, kefalhematom, prelom klavikule, a kod teških porođaja prelomi i drugih kostiju, rupture parenhimskih organa, a u vrlo rijetkim slučajevima krvarenja u CNS-u. Najčešći klinički ispadi kod novorođenčeta sa porodajnom traumom su asimetrični ili nepotpuni Moro refleks, ukštanje nogama poput makaza kod automatskog hoda, oslabljen refleks sisana. Dijagnoza se postavlja kliničkim pregledom, kao i na osnovu UZ, CT i MR. Većina porodajnih trauma ima dobru prognozu. Drugi, manji dio porodajne traume novorođenčeta u okviru neonataloske i medicinske prakse je itekako značajan, kako po učestalosti tako i po mogućim posljedicama koje mogu da se završe ometanim psihomotornim razvojem djeteta (cerebralna paraliza, psihomotorna retardacija) a u najtežim slučajevima i letalnim ishodom. Vještina akušera i pravilno sagledavanje činjenica i njihova valjana interpretacija osnova su za smanjenje incidence porodajne traume.

*

UČESTALOST ASFIKSije KOD NOVOROĐENČADI U PORODILIŠTU OPŠTE BOLNICE

S. Grubač, S. Čizmović

Opšta bolnica Nikšić

Uvod: Asfiksija (pravo značenje „bez pulsa) je stanje poremećene izmjene gasova prije, za vrijeme ili neposredno poslije rođenja, koje ako potraje izaziva progresivan pad pO₂, porast pCO₂, praćen acidozom. To je progresivan i potencijalno ireverzibilan proces, čiji stepen i trajanje određuje ishod. Asfiksija može nastati prenatalno 51%, peripartalno 40% i postnatalno 9%. Prema APGAR-u (zbirna ocjena kardiorespiratorne i nervne funkcije) asfiksija može biti: laka (Apgar 5-7), srednje teška (3-4) i teška (Apgar do 2). U daljem toku se ispoljavaju znaci oštećenja CNS-a, miokarda, pluća, bubrega, GiT-a, metabolički poremećaji. Dijagnoza se postavlja na osnovu anamneze, eventualno utvrđenih znakova fetalnog distresa, kliničke slike i laboratorijskih rezultata. Terapija je skup postupaka koji omogućavaju oporavak prekinutih ili oslabljenih vitalnih funkcija. Reanimacija zahtijeva adekvatnu opremu i uvježban tim: sušenje, održavanje termoneutralnosti, taktilna stimulacija, aspiracija, ventilacija, oksigenacija, masaža srca i primjena ljekova.

Cilj rada: da se utvrdi učestalost asfiksije kod novorođenčadi u porodilištu OB Nikšić, opistati neke karakteristike ove novorođenčadi i prikazati učestalost transporta novorođenčadi sa porođajnom asfiksijom na viši nivo zdravstvene zaštite.

Metod rada: u periodu od 01.01.2017. g. do 01.01.2018. godine pratili smo novorođenčad kod kojih je došlo do porođajne asfiksije.

Rezultati rada: u navedenom periodu u porodilištu OB Nikšić rođeno je 738 beba, a njih 36 (4.8%) imalo je porođajnu asfiksiju. Od toga AS u prvom min 0-3 imalo je 4, AS 3 – 4 jedno, a 5-7 imalo je 31 novorođenče. Muškog pola bilo je 20, ženskog 16 beba. Prirodnim putem završeno je 16 (od toga 1 vakuum ekstraktorom), a carskim rezom 20 porođaja. Iz prve trudnoća bilo je 19, a iz druge i narednih trudnoća 17 beba. Terminske novorođenčadi bilo je 29, iz kasne predteminske gestacije (35-37 ng.) 4 i 3 od 32 ng. Na tercijerni nivo zdravstvene zaštite transportovano je 17 (47 %) ispitivane novorođenčadi.

Diskusija: veća učestalost javljanja asfiksije kod teminske i novorođenčadi porodene carskim rezom mišljenja smo da je posledica hitnih carskih rezova, usled nastanka urgentnih akušerskih stanja (abrupcija placente, prolaps pupčanika, bradikardija ploda i dr.).

Zaključak: učestalost asfiksije kod novorođenčadi u porodilištu OB Nikšić nije velika – znatno je veći broj novorođenčadi sa lakom asfiksijom (AS 5-7) nego novorođenčadi sa srednje teškom i teškom asfisijom (AS 0-4). Može se reći da je asfiksija najčešća indikacija za transport novorođenčadi na viši nivo zdravstvene zaštite.

*

AVAILABILITY OF INFORMATION ON CELIAC DISEASE IN SERBIA AND THEIR IMPACT ON GLUTEN-FREE DIET SUCCESS IN CHILDREN

Biljana Stojanović Jovanović¹, Stevan Jovanović¹, Biljana Vuletić²

¹*Higher Education School of Professional Health Studies, Belgrade, Serbia,*

²*Univerzitet of Kragujevac, Faculty of Medical Sciences, Pediatrics, Serbia*

Background: Celiac disease is a lifelong intolerance on gluten, a protein that is present in some grain. The primary therapy for celiac disease consists of implementation of a strict life-long gluten-free diet. The success of the treatment is evaluated and based on the results of serological tests.

Aim: To identify the opinion of parents who have children with celiac disease, on the availability of information on disease in Serbia and their influence on the result of the success of therapy by gluten-free diet, which is measured by serological tests.

Materials and Methods: The study included a sample of 116 parents and the same number of children diagnosed with celiac disease who are on a gluten free diet. The place of survey was the Institute for Mother and Child Healthcare of Serbia "Dr Vukan Čupić" New Belgrade and University Childrens Hospital in Belgrade. The tools used in the research are questionnaire about awareness of parents of children with celiac disease about celiac disease and the Documentation list. Both instruments are designed to meet the needs of this research.

Results: The results of the study show that 47,14% of parents, are getting the specific information about celiac disease, proper nutrition for their child and gluten free diet from a doctor from a institution where the disease of their child was diagnosed. In order to better understand the problem of celiac disease of their child, the 53,01% of parents usually chose a conversation with the doctor who treats a child. The results of serological blood tests in children with celiac disease controls were positive at 25,86% of the children that is a negative. normal at 74,14% of the children.

Conclusion: Education and support for patients and their families about the disease and dietary restrictions is of great importance. Parents of children with celiac disease would prefer a broader community engagement in promoting diagnosis, awareness and support about celiac disease.

Key words: celiac disease, children, gluten-free diet, information on gluten.

*

CLOSTRIDIUM DIFFICILE UZROČNIK DIJAREJE KOD DJECE ILI SLUČAJAN NALAZ?

Aida Ećo, Sead Ećo

Opšta bolnica Bijelo Polje

Uvod: Clostridium difficile bolest može nastati kao posljedica prekomjernog razmnožavanja klostridijskih crijevima ili zbog vanjskog izvora. Na dijagnozu treba posumnjati kod svakog bolesnika s prolivom koji je nastao unutar dva mjeseca nakon primjene antibiotika ili 72 h nakon prijema u bolnicu. Dijagoza se potvrđuje nalazom C. difficile toksina u uzorku stolice. Enzimski imunoesej (EIA), najčešće je korišćen, detektuje A i B toksin. Među faktore rizika kod djece ubraja se i upotreba inhibitora protonskih pumpa. Klinička bolest se javlja rijetko prije 12-24 mjeseca života. Klinička slika: 1. asimptomatska kolonizacija, 2. blagi oblik

bolesti (vodene stolice 3-4 x dnevno, abdominalni bol ili nelagodnost), 3. teži oblik bolesti (vodenaste stolice do 13 x dnevno, jak abdominalni bol, febrilnost, krv u stolici, gubitak u tezini). Kada testirati na CDI? Djeca 1-3 godine sa kliničkom slikom dijareje, predhodno testirane na druge uzročnike, a posebno viruse. Djeca starija od 3 godine, u slučaju prolongirane dijareje, sagledani svi drugi uzroci uz prisutne riziko faktore. Tretman CDI u pedijatriji: Ukinuti antibiotsku terapiju, Metronidazol 30 mg / kg na dan per os ili i.v. i Vankomicin oralno ili rektalno 40 mg/kg dnevno Alternativna terapija: Probiotici, fekalna transplatacija, IV imunoglobulini. Mjere prevencije: Pranje ruku vodom i sapunom.

Cilj rada: Prepoznati rizičnu kategoriju djece sa dijarejom i selektivno testirati na CDI.

Materijal i metode: Prikaz slučaja: O.R. muško dijete, HD 5 5/12, hospitalizovano zbog abdominalnog bola i prolivastih stolica. Liječen probiotiskim preparatom. U anamnezi 3 mjeseca unazad koristio antibiotsku terapiju zbog respiratorne infekcije. Sada su tegobe počele 5 dana prije prijema tečnim, obilnim stolicama, bez primjesa, 10 x na dan. Povraćao.

Rezultati: Na prijemu: svjesno, afebrilno, dehidrirano, palaptorna bolna osjetljivost epigastrično. Laboratorijski: mirni zapaljenjski parametri, blaga acidozna, elektroliti uredni. Stolica na virusne negativna. Koprokultura: uredna. Ordinirana i.v. rehidracija, pantoprazol, probiotik, higijensko-dijetetski režim. Dolazi do prekida tegoba, dijete se oporavlja. Trećeg dana hospitalizacije recidiviraju tegobe: obilne, tečne stolice karakterističnog izgleda, abdominalni bol. Nasatvljena i.v. rehidracija. Učinjen test na prisutvo Cl. difficile toksina u stolici, A toksin pozitivan, B negativan. Ordiniran metronidazol, zatim premješteno na Infektivnu kliniku KCCG.

Zaključak: Testiranje kolonizacije C. difficile treba vršiti samo kada kod djece sa dijarejom imamo kliničke i starosne kriterijume. Pozitivan test na Cl. difficile ukazuje na moguću CDI ali uvijek treba razmišljati o alternativnoj etiologiji.

Ključne riječi: clostridium difficile, dijareja, djeca

*

KETOFOOL FOR SEDATION IN PEDIATRIC PATIENTS UNDERGOING COLONOSCOPY

Ivana Budic^{1,2}, Zlatko Đurić^{1,3}, Vesna Marjanović^{1,2}, Marija Stević^{4,5}, Bojko Bjelaković^{1,3}, Dušica Simić^{4,5}

¹Medical Faculty, University of Niš, Serbia, ²Clinic for Anesthesiology and Intensive Therapy, Clinical Centre Niš, Serbia, ³Children's Hospital, Clinical Centre Niš, Serbia, ⁴Medical Faculty, University of Belgrade, Serbia,

⁵University Children's Hospital, Belgrade, Serbia

Introduction: The most recent procedural sedation and analgesia (PSA) combination to be described in the literature is that of low-dose ketamine and propofol ("ketofol").

Aim: We would like to stress the importance of propofol and ketamine combination for a comfortable and safe performance of colonoscopy and to give our own contribution regarding its use in pediatric patients.

Patients and methods: In our prospective study, after obtaining the ethics committee approval and written informed consent from the parents, 40 ASA I-II patients, 3 to 17 years of age, were randomly divided into two groups of 20 patients each. After premedication with atropine and midazolam, sedation was induced with 1 mg/kg propofol + 1 mcg/kg fentanyl in Group PF, and 1 mg/kg propofol + 1 mg/kg ketamine (≤ 20 kg BW) or 0.5 mg/kg ketamine (>20 kg BW), in Group PK. Both groups were divided into two subgroups. In PF1 Group, deep sedation was maintained with boluses of propofol and fentanyl, whereas in Group PF2 sedation was maintained with continuous infusion of propofol (3 mg/kg) with intermittent boluses of fentanyl and propofol. In PK1 Group deep sedation was maintained with intermittent boluses of propofol, ketamine, and fentanyl, while in Group PK2 sedation was maintained using continuous infusion of propofol (3 mg/kg) with intermittent boluses of ketamine and fentanyl. Heart rate (HR), peripheral oxygen saturation (SpO_2), Ramsey sedation scores (RSS) and bispectral index (BIS) values of all patients were recorded throughout the colonoscopy procedures. In all subgroups, doses of drugs were titrated to achieve RSS of 3 to 5, and BIS between 61 and 71 (applies to Group PF).

Results: The mean total propofol dose (mg/kg) was significantly lower

($p>0.001$) in PK1 Group (1.86) than in PF1, PF2 and PK2 Groups (4.06, 4.99 and 3.95, respectively). The mean fentanyl dose (mcg/kg) was the highest ($p>0.01$) in PF2 Group (2.06) in comparison to PF1, PK1 and PK2 Groups (1.60, 1.46 and 1.39, respectively). No significant difference was noted in mean ketamine dosage (mg/kg) between PK1 and PK2 Groups (1.24 and 1.33, respectively). Recovery time (min) was significantly shorter ($p>0.01$) in PF1 Group (14.20) and in PF2 Group (14.40) in comparison with PK1 and PK2 Groups (17.30 and 16.50, respectively). Discharge time (min) was significantly longer ($p>0.001$) in PK1 and PK2 Groups (49.10 and 50.00) in comparison to PF1 and PF2 Groups (34.30 and 36.80). Only in the PK1 Group we did not note transitory respiratory depression. No other adverse events were noted in any of the investigated groups. Higher doses of propofol and fentanyl in Group PF2 confirm why most gastroenterologists prefer the flexibility of the bolus approach.

Conclusion: The combination of ketamine and propofol for use in procedural sedation has received significant attention during the last few years. Based upon the results of our study, we may conclude that a combination consisted of appropriate bolus doses of propofol, ketamine and fentanyl can be safely used for colonoscopy sedation in children.

Key words: ketofol, procedural sedation, colonoscopy, children

*

UPOREĐIVANJE ORALNO – HIGIJENSKIH NAVIKA STUDENATA VIŠE FAKULTETA UNIVERZITETA CRNE GORE

Danijela Subotić

Klinički centar Crne Gore, Stomatološka poliklinika, Podgorica

Uvod: Stomatolozi imaju važan zadatak u podizanju nivoa zdravstvene edukacije i zato su tokom studiranja poboljšali znanje i podigli svijest o oralnom zdravlju što je jako bitno za prevenciju, kontrolu i liječenje oralnih bolesti.

Cilj istraživanja je da se uporede oralno-zdravstvene i oralno-

higijenske navike studenata druge godine stomatologije i njihovih kolega sa iste godine ostalih fakulteta UCG.

Metodologija: U istraživanju je učestvovalo 42 studenta od kojih je 20 studenata druge godine Stomatološkog fakulteta, a 22 studenta druge godine ostalih fakulteta UCG, oba pola. Upitnik je sadržao 12 pitanja o oralnoj higijeni, posjetama stomatologu, konzumaciji slatkiša, alkohola i cigareta te stavovima o oralnom zdravlju. Anketirani studenti sa ostalih fakulteta su bili oni studenti koji su dolazili kao pacijenti na redovne studentske vježbe studenata Stomatološkog fakulteta. Jedini uslov da ispune anketu je bio da nisu studenti Stomatološkog fakulteta.

Dobijeni podaci statistički su obrađeni metodom ne-parametrijske statistike tj. Pearsonovim Hi – kvadrat testom sa p- vrijednošću manjom od 0,05.

Rezultati: Rezultati su pokazali da postoji razlika između dvije grupe ispitaniaka te da studenti stomatologije imaju bolje oralno-higijenske navike od kolega sa ostalih fakulteta. Bili su bolje obučeni u tehnički pranja zuba, zube češće Peru, koriste pomoćna sredstva za održavanje higijene, rjeđe imaju probleme sa krvarenjem desni te posjećuju stomatologa češće nego njihove kolege sa drugih fakulteta.

Zaključak: Zbog svijesti o problemima oralnoga zdravlja i većeg znanja o preventivnim mjerama, studenti stomatologije mogli bi pozitivno uticati i poboljšati oralno zdravlje svojih pacijenata i kolega i to ne samo edukujući ih nego i vlastitim primjerom.

Ključne riječi: studenti, oralno – higijenske navike, oralno zdravlje

*

PROCJENA ZNANJA, STAVOVA I PRAKSE PEDIJATARA U PREVENCICI KARIJESA KOD DJECE U

CRNOJ GORI: STUDIJA PRESJEKA

Ljiljana Golubović¹, Mediha Selimović-Dragaš², Sedin Kobašlija², Amina Huseinbegović², Boban Mugoša¹

¹Institut za javno zdravlje Crne Gore, ²Stomatološki fakultet sa klinikama, Univerzitet u Sarajevu, Federacija BiH

Uvod: Karijes je najčešće hronično oboljenje djece u svijetu i predstavlja značajan javno zdravstveni problem. Pored oštećenja zuba, odgovoran je za različita oboljenja usne duplje i drugih organskih sistema. Rana procjena stanja oralnog zdravlja djece ima potencijal redukcije ili čak eliminacije oralnih oboljenja. Pedijatri imaju ključnu ulogu u primarnoj zaštiti zdravlja djece i smatraju se pouzdanim izvorom informacija i dobro su pozicionirani da prepoznaju potencijalne probleme, podstiču preventivnu zaštitu i upute djecu na odgovarajući način. U stomatologiji je klinička praksa usmjerena prema stavovima koji promovišu oralno zdravlje i pedijatri zauzimaju povlašćeni položaj u tom procesu.

Cilj: Ispitati mjesto prevencije karijesa kod djece u Crnoj Gori procjenom znanja, stavova i praktične primjene profesionalnih preventivnih metoda među pedijatrima.

Metodologija: Istraživanje metodom studije presjeka provedeno je među pedijatrima svih domova zdravlja u Crnoj Gori. Od 84 pedijatra 3 nijesu učestvovala zbog greške okvira uzorka. Instrument istraživanja bio je upitnik od 60 pitanja podijeljenih u pet modula. Kovertiran upitnik za samopotpunjavanje dostavljen je svim pedijatrima i nakon popunjavanja враћен je u istraživačku instituciju, Institut za javno zdravlje Crne Gore.

Rezultati: Stopa odgovora bila je 86% (70 od 81). Pedijatri imaju određen nivo znanja o faktorima rizika za nastanak karijesa i pozitivne stavove o njegovoj prevenciji. Čak 68,30% smatralo je da je pol faktor rizika za razvoj oralnih oboljenja. Bakterije, uzročnici karijesa, mogu se prenijeti sa majke na dijete potvrdilo je 69% ispitanika. Da su fluoridi najdjelotvorniji u prevenciji karijesa izjavilo je njih 75%. Svega 45% praktikuje savremene smjernice o preporuci prvog stomatološkog pregleda do navršenih 12 mjeseci života.

Zaključak: Generalno, pedijatri imaju pozitivne stavove o prevenciji i smatraju da imaju odgovornost u prevenciji karijesa, ali su pokazali nedovoljno znanja o karijesu i faktorima rizika za nastanak oralnih oboljenja. Od suštinskog je značaja razviti programe edukacije o oralnom zdravlju za pedijatre.

Ključne riječi: Pedijatri, karijes, prevencija, znanje, stavovi, praksa.

*

DA LI SU „EPILEPTIČNI SPAZMI“ UVIJEK EPILEPTIČNI NAPADI?

Željka Rogač¹, Branko Lutovac¹, Ljiljana Globarević¹, Dimitrije Nikolić^{2,3}

¹Instutut za bolesti djece, Klinički Centar Crne Gore, ²Univerzitetska Dečja Klinika Beograd, ³Medicinski Fakultet u Beogradu

Uvod: konvulzije u prvoj godini života predstavljaju urgentno medicinsko stanje, kako zbog neposredne životne ugroženosti, tako i zbog neizvjesne prognoze. Diferencijalno dijagnostički u obzir dolaze različite vrste epilepsija odojačkog uzrasta, kao i drugi etiološki uzroci.

Cilj rada je bilo utvrđivanje kliničkih karakteristika epileptičnih u odnosu na neepileptične napade, kao i definisanje odgovarajućih standarda i preporuka u dijagnostičkom algoritmu.

Materijal i metode: Nasumično su odabrana dva pacijenta koja su liječena na neurološkom odeljenju Univerzitetske Dečije Klinike tokom 2017. godine, koja su se prvo javila pedijatru sa anamnističkim podacima o krizama svijesti.

Rezultati: Prvi pacijent je muško odojče uzrasta 3 mjeseca, kod koga su se javljali fleksioni spazmi, veoma kratkog trajanja, uz pogled fiksiran pravo. Napadi su bili u serijama, neposredno nakon buđenja. Kod drugog pacijenta, muškog odojčeta uzrasta takođe 3 mjeseca, anamnistički podaci bili su slični, s tim što su se krize dovodile u vezu sa uzimanjem obroka, odnosno, javljale su se poslije obroka. Oba pacijenta su bila urednog psihomotornog razvoja u trenutku pregleda. Neurološki

nalaz kod oba pacijenta je bio uredan. EEG kod prvog pacijenta je pokazao obrazac po tipu hipsaritmije, dok je kod drugog pacijenta bio uredan.

Zaključak: Na osnovu anamnestičkih podataka, nekada je teško razlikovati epileptične spazme od neepileptičkih događaja, što može rezultirati nepotrebnim neurološkim ispitivanjima ili kasno otkrivenim epileptičnim encefalopatijama. Stoga, treba insistirati na detaljnoj anamnezi, opisu kliničke slike prije, za vrijeme i poslije napada. Ukoliko je moguće, korisno je snimiti događaj. Ako na osnovu svega pomenutog postoje indikacije za daljim ispitivanjem, potrebno je uputiti pacijenta na detaljniju neurološku evaluaciju.

Ključne riječi: epileptični spazmi, neepileptični napadi, EEG

*

BRAIN ULTRASOUND AS A PREDICTING AND DIAGNOSTIC METHOD IN LATERAL VENTRICULAR DILATATION – OUR EXPERIENCE

Dr sci. Armend Vučiterna^{1,3} Dr sci R. Retkoceri², Dr sci N. Zeka¹, Dr sci A. Gerguri¹, Dr N. Budima¹, Dr A. Maloku², Dr A. Mustafa², Dr A. Retkoceri²

¹University Clinical Centre of Kosovo, Pediatric Clinic, Department of Pediatrics Neurology, Prishtina, Kosovo, ² University Clinical Centre of Kosovo, Pediatric Clinic, Department of Pediatrics Cardiology, Prishtina, Kosovo, ³College of Medical Sciences "FAMA", Prishtina, Kosovo

Introduction: Overall child development is closely connected to the maturity of the central nervous system; therefore all kinds of central nervous system diseases are fairly common. Knowing in detail the normal child development, a pediatrics neurologist is responsible for detecting neurological deviation from delivery to adult age, using all methods of diagnostic procedures. Therefore, transfontanellar ultrasonography is the method of choice for diagnosis and follows up of these anomalies.

Purpose of study: is to present the frequency of lateral ventricle dilatation anomalies, early brain damage and assessment of these disorders, using ultrasonography.

Methods and materials: The study group includes all children hospitalized at the Department of Pediatrics Neurology in Prishtina, during the period 01. February 2017 – 01. April 2018. A total number of 410 children were examined (230 female and 180 male). Ultrasound examination was done using ultrasound GE machine, with high frequency probes, ranging 8-10 MHz. In all children standard examinations, with 5 coronal and 5 sagittal planes were done.

Results: The children ranged from delivery to 12 months of age. Of them, in 26 cases ventriculomegaly was diagnosed. Only one of them hydrocephalus developed. Also, diagnosis of hydrocephalus by MRI was confirmed and a ventriculo-peritoneal shunt was applied.

From the deriving results at these children, we have managed to make an early diagnosis and multidisciplinary treatment, therefore the survival rate of children with central nervous system diseases has significantly improved.

Conclusion: Brain ultrasonography is a noninvasive method with high priority in diagnosis of central nervous system diseases, dynamic changes of brain structure can be followed.

Key words: brain ultrasonography, ventriculomegaly, hydrocephalus, ventriculo peritoneal shunt.

*

PRACTICAL EXPERIENCES AND PERCEPTIONS OF THE EFFECTS OF KANOBIL® EPI AS AN ADDITIONAL TREATMENT IN REFRACTORY EPILEPSY IN CHILD

F. Duma, A. Sofijanova, N. Angelkova, V. Sabolic

University Pediatric Clinic Skopje, R. Macedonia

Epilepsy, defined as recurrent unprovoked seizures, occurs in 1–2% of the pediatric population. Up to 40% of children with epilepsy will not achieve seizure freedom with antiepileptic drugs (AEDs). Cannabis-based treatments for epilepsy have generated much interest, and use of cannabis based products in the treatment of epilepsy is widely

scientifically researched.

To describe the experiences and perceptions of the effects of KANOBIL® EPI as additional treatment in refractory epilepsy in 20 children.

Materijal i metode: A prospective observation describing the effect of KANOBIL® EPI as additional treatment in 20 outpatient children (age range 3 – 15 years) with intractable epilepsy resistant to >2 antiepileptic drugs and signed informed consent from the parent/responsible person in period July 2017- May 2018. KANOBIL® EPI, oil solution for oral use (oil extract from cannabis for medical use), containing 15 mg CBD and 1 mg THC/ 1 ml was used as additional treatment for period of six weeks with titration scheme of gradually dosing in accordance with Patient information leaflet. Observation was conducted by following efficacy of the treatment as measured by number and frequency of seizures and tolerability as measured by frequency of appearance and strength of undesirable effects. Efficacy and tolerability were assessed by parental diary report.

Effects of treatment with KANOBIL® EPI were assessed in 17 children, due to lack of feedback information from parental diary. Treatment with KANOBIL® EPI, generally, yielded positive effect on seizure load. One patient was seizure free. Reduction in seizure frequency ranging (50-80%) was reported for five (~29%) patients, intermittent reduction of seizure frequency was reported for three children (~18%) and for three children (~18%) insignificant change in seizure frequency was reported. Five (~29%) patients withdraw the treatment: two due to no adherence to treatment, one due to operation procedure and in two patient aggravations of seizures were reported. For 12 patients with different range of seizure reduction, all parents reported improvement in behavior and alertness, communication and mood, appetite and sleep. No adverse reactions were reported.

The results of this observation on KANOBIL EPI® treatment for intractable epilepsy in children are promising and further prospective trials with larger group of patients can lead to more conclusions. Limitation to the observation: length and adherence to treatment, heterogeneous symptoms, results reported as perceived by parents, unknown history of concomitant use of other cannabis products.

Refractory epilepsy, observation, KANOBIL® EPI

NAJČEŠĆI DEFORMITETI KOŠTANO-ZGLOBNOG SISTEMA KOD DJECE PREDŠKOLSKOG UZRASTA U AMBULANTI FIZIJATRA

Vukosav Joksimović¹, Marija Joksimović², Nervija Dedeić³, Marijana Marsenić², Husko Bajrović³

¹Opšta bolnica Berane, ² Dom zdravlja Berane, ³ Dom zdravlja Rožaje

Uvod: Deformati koštano-zglobnog sistema su česti u dečjem uzrastu. U kasnijem uzrastu mogu dovesti do ozbiljnih posledica, zato je neophodno njihovo pravovremeno otkrivanje, liječenje i praćenje. Deformati se najčešće otkrivaju tokom preventivnih pregleda. Najbitnije je njihovo pravovremeno otkrivanje i uključivanje na fizikalni tretman.

Cilj rada: Dijagnostika i liječenje najčešćih koštano-zglobnih deformiteta kod djece predškolskog uzrasta u ambulanti fizijatra.

Materijal i metode: Retrospektivnom metodom analizirani su podaci dobijeni u toku preventivnih pregleda 245 djece predškolskog uzrasta sa područja Berana, pri upisu u prvi razred osnovne škole, školske 2017/2018. godine.

Rezultati: Od 245 djece deformiteti koštano-zglobnog sistema su nađeni kod 98 (40,86 %) dece. 63 (64,53%) imalo je ravne tabane (pedes plana), 20 (21,27%) deformitete grudnog koša (pectus carinatum, pectus excavatum), 5 (3,54%) kifoze, a deformitete donjih ekstremiteta (X-noge, O-noge) 5 (3,54%). Defomatiteti su se nešto češće javljali kod dječaka 57 (58,15%) u odnosu na djevojčice, 41 (48,85%). Nakon postavljanja dijagnoze djeca sa deformitetima uključena su na fizikalni tretman.

Zaključak: Povećana incidenca deformiteta koštano-zglobnog sistema iz godine u godinu ukazuje na važnost ranog otkrivanja i liječenja pri čemu je veliki značaj preventivnih pregleda.

Ključne riječi: deformiteti, fizikalna terapija, djeca, ravnii tabani, kifoze, prevencija.

*

POSTURALNI STATUS KOD DJECE PREDŠKOLSKOG UZRASTA

Nada Tadić, Vesna Ivančević

Dom zdravlja Budva

Uvod: Posturalni poremećaji (loše držanje) kod djece su u stalnom porastu. To su poremećaji stava ili držanja tijela. Za razliku od deformiteta, koji predstavljaju promene na koštanom sistemu, kod posturalnih poremećaja postoje promene na mišićnom aparatu, koje su u početku samo funkcionalne, kasnije one mogu preći u strukturalne promjene, ako se ne isprave na vrijeme. Posledica stalnog sjedenja, pred televizorom i za kompjuterom, u kombinaciji s lošom ishranom i izbjegavanjem fizičke aktivnosti, jeste nedovoljna razvijenost mišića i tetiva, kosti trpe nefiziološke sile koje dovode do deformiteta kičmenog stuba i stopala

Cilj rada: Utvrđivanje učestalosti poremećaja posturalnog statusa djece predškolskog uzrasta.

Materijal i metode: Koristili smo zdravstvene kartone djece rođene na teritoriji opštine Budva, 2012 godine, kod kojih je urađen sistematski pregled pred upis u prvi razred osnovne škole.

Rezultati: Ukupan broj sistematski pregledane dece iznosio je 271 od kojih je 124 (45%) dječaka i 147 (55%) djevojčica. U toku pregleda pratili smo položaj kičmenog stuba, lopatica i karlice, položaj ramena, simetriju tela, oblik stopala i potkoljenica i pravilnost hoda. Sa lošim tjelesnim držanjem bilo je 98 (36%) i to 42 (15%) dječaka i 56 (21%) djevojčica, a sa ravnim tabanima bilo je 123 (45%) dece i to 58 (21%) dječaka i 65 (24%) djevojčica. Nije bila statistički značajna razlika između dječaka i djevojčica.

Zaključak: Strategiju borbe protiv poremećaja posturalnog statusa treba usmjeriti na prevenciju, od kojih je najvažnija fizička aktivnost i redovni sistematski pregledi.

Ključne riječi: djeca, postura, stopala

*

VAŽNOST SPONTANE MOTORIKE PREMA PRECHTLU U RANOJ DIJAGNOZI CEREBRALNE PARALIZE – MOGUĆNOSTI PREVENCije

Svetislav Polovina, Andrea Polovina

Poliklinika „Prof.dr sc Milena Stojčević Polovina“, Zagreb, Hrvatska

Rano prepoznavanje djece sa odstupanjima od normalnog razvoja osnova su ranog započinjanja razvojne rehabilitacije kao najvažnijeg postupka u pokušaju normalizacije razvoja djeteta. Grupa djece koja odstupaju u razvoju je velika i iako bilo koje dijete čiji razvoj nije idealan treba barem pratiti, a idealno i uključiti u rehabilitaciju, naročito je važno prepoznati djecu kod koje će se vrlo vjerojatno razviti cerebralna paraliza. Najznačajnija metoda kojom se mogu izdvojiti djeca s visokim rizikom nastanka cerebralne paralize je analiza spontane motorike prema Prechtlu koja može sa osjetljivosti od 94% postaviti ranu dijagnozu cerebralne paralize. Postoji niz studija koje povezuju određene tipove abnormalnosti spontano generisane pokretljivosti i cerebralne paralize, te se smatra da se primjenom Precethlove metode ocjenjivanja spontano generisane pokretljivosti u novorođenčadi mogu s visokim stepenom sigurnosti utvrditi djeca kod kojih će se razviti cerebralna paraliza. Spontano generisana pokretljivost, kao najčešći i najkompleksniji uzorak pokreta spontane motorike, prisutna je već od 9. nedjelje intrauterinog života i može se ocjenjivati i kod prijevremeno rođene i kod donošene djece, već od trenutka rođenja. Usprkos malim razlikama, zavisnim od starosti, spontano generisani pokreti su vrlo slični od ranog fetalnog doba do kraja drugog mjeseca poslije termina. Prema vremenu nastajanja ih dijelimo na fetalne ili prijevremene (prije termina rođenja), pokrete uvijanja (od termina do 6-9 nedjelje života) te pokrete vrpčenja (od 6-9 nedjelje do 6. mjeseca života). Poslije šestog mjeseca pokreti vrpčenja se zamjenjuju sve više sa voljnim i antigravitacijskim pokretima.

Važnost spontano generisane pokretljivosti je i u jednostavnosti njihove analize i lakoj primjenjivosti, čime se omogućava izdvajanje visoko rizične djece od samog njihovog rođenja, isključivo pomoću kliničkog pregleda.

Ključne riječi: cerebralna paraliza, spontano generisana pokretljivost prema Prechtlu, rana dijagnoza i rana rehabilitacija, prevencija

UPALA ŽDRIJELA IZAZVANA SA STREPTOCOCCUS PYOGENES

Olga Prentić, Nada Janković

Dom zdravlja Podgorica

Uvod: Oboljenja izazvana sa Streptococcus pyogenes (Beta hamolitički streptokokus grupe A) su streptokokni faringitis, tonzilofaringitis i scarlatina. Infekcija najčešće napada respiratorni trakt, naročito u zatvorenim prostorima i kolektivima (vrtići, škole). Može se prenijeti i alimentarnim putem. Dijagnoza se postavlja na osnovu kliničke slike i izolovanja bakterija iz brisa ždrijela. Najčešće je zastupljena u uzrastu od 5-8 godina života. Bolest prolazi za deset dana ali su opisane i komplikacije. Kliconoštvo se javlja od 5-30%, u kolektivima i više. Lijek izbora je penicilin. Kod alergije na penicillin savjetuje se eritromicin.

Cilj rada nam je da prikažemo učestalost streptokokne angine i scarlatine, terapijski pristup i moguće komplikacije.

Materijal i metod rada: retrospektivnom analizom elektronskih zdravstvenih kartona izdvojili smo djecu koja su liječena pod dijagnozom J02.0; J03.0; A38.

Rezultati: Ukupan broj djece je 162. Broj djece sa streptokoknom upalom ždrijela i tonsila je 75% (121). Broj djece sa scarlatinom je 25% (40). Kod 80% (130) djece je rađen bris. Dijagnoza je postavljena i na osnovu kliničke slike (tonzilarni eksudat, osjetljive cervikalne prednje limfne žlijezde, odsutan kašalj, povišena temperatura, petehije na mekom nepcu, malinasti jezik, raš po koži i javljanje u uzrastu iznad 3 godine). 95% (154) je liječeno pencilinskim preparatom, a djecu alergičnuna penicillin, 5% (8) eritromicinom i cefaleksinom.

Zaključak: Važno je napomenuti da je veliki broj kliconoša u zatvorenim kolektivima, naročito vrtićima te je potrebno obezbjediti da broj djece u vrtićima i školi bude kako je propisano. Streptococcus pyogenes je agresivni uzročnik te je važno postaviti na vrijeme dijagnozu početi liječenje da ne bi došlo do komplikacija (glomerulonephritis, atritis, febris reumatica). Penicilin je lijek izbora.

Ključne riječi: streptococcus pyogenes, djeca, prevencija

***PEDICULOSIS CAPITIS: OD BEZAZLENOG STANJA DO PO ŽIVOT
OPASNE BOLESTI***

Goran Marković, Emira Markišić, Mina Rudanović Popović, Tamara Živković.

Klinički centar Crne Gore, Institut za bolesti djece, Podgorica

Uvod: Vašljivost glave (Pediculosis capitis) je parazitarna bolest za koju roditelji ne žele da se sazna, pa ne traže pomoći ljekara već pribjegavaju neodgovarajućim metodima liječenja. Jedan od njih je upotreba malathiona, inhibitora holinesteraze, koji se u poljoprivredi koristi kao insekticid i akaricid.

Cilj rada: Ukažati na značaj medija u zdravstvenom vaspitanju stanovništva.

Materijal i metode: Prikazujemo 11 pacijenata koji su u periodu od 16 mjeseci (septembar 2015.-decembar 2016.) liječeni u Institutu za bolesti djece (IBD) u Podgorici zbog trovanja organofosfatima, kao posljedice liječenja vašljivosti glave neadekvatnim preparatom (nerazblaženi malathion).

Rezultati: Svi 11 pacijenata (10 djevojčica, jedan dječak) potiču iz tri porodice sa sjeveroistoka Crne Gore. Uzrast pacijenata je 5-14 godina. Prva dva bolesnika su brat i sestra. Primljeni su na Odjeljenje intenzivne njege (OINj). Djevojčica je nakon četiri dana otpuštena, a brat je liječen 41 dan na OINj i 20 dana na odjeljenju neurologije. Njegov Glasgow Coma Score (GCS) na prijemu je bio 7. Bio je na mehaničkoj ventilaciji (MV) 27 dana, imao je akutni respiratorični distres sindrom (ARDS), sepsu, krvarenje u mozgu. Otpušten je usporene motorike i govora. Iz druge porodice primljeno je osam sestara od kojih su dvije zbog ozbiljnosti kliničke slike hospitalizovane na OINj u trajanju od jedan dan. Svi osam je otpušteno kompletno oporavljeno. Iz treće porodice malathionom su tretirane majka i čerka. Majka je liječena u regionalnoj bolnici i otpuštena je bez posljedica. Djevojčica uzrasta 5,5 godina je reanimirana i intubirana, stavljena na MV pa upućena u OINj IBD bez svijesti, tahikardična, hipertenzivna. GCS je bio 3. Egzitirala je 10. dana liječenja. Vijest o smrti djevojčice potakla je crnogorske i medije u regionu da prave televizijske priloge i pišu novinske tekstove o ovom problemu. U posljednje dvije godine (decembar 2016.-septembar 2018.) u Crnoj Gori nije bilo slučajeva trovanja organofosfatima.

Zaključak: Ovaj prikaz pokazuje da rad na zdravstvenom vaspitanju stanovništva ima važnu ulogu u prevenciji neželjenih ishoda.

Ključne riječi: pediculosis capitis, trovanje organofosfatima, zdravstveno vaspitanje

*

BOLEST RUKU, STOPLA I USTA- PREVENCIJA HAND-FOOT AND MOUTH DISEASE (HFMD)

Nada Radević, Ljiljana Vuković

Opšta bolnica Berane

Uvod: Bolest ruku, stopala i usta (HFMD), je infektivno oboljenje koje izaziva enterovirus, Coxsie virus, grupe A 16, (ređe A4, A5, A9, A10). Obično se javlja kod djece predškolskog i školskog uzrasta, u kolektivima, vrtićima i školama. Sezonskog je karaktera. Inkubacija traje od 2-4 dana. Kliničku sliku uglavnom karakterišu simptomi od strane gornjeg respiratornog trakta: kašalj, sekrecija iz nosa, a zatim se javlja patognomičan makulo-vezikulozni osip šaka, stopala i usne šupljine, sa tendencijom ulceracija. Pomenuti simptomi i tegobe su prisutni oko sedam dana. Prognoza je dobra, komplikacije su vrlo rijetke. Dijagnoza se postavlja na osnovu kliničke slike. Najčešći uzrok hospitalizacije je dehidracija, zbog nedovoljnog unosa hrane i tečnosti, a rijetko se mogu javiti teže komplikacije u vidu meningitisa ili miokarditisa. Liječenje je simptomatsko. Prenosi se direktnim kontaktom sa oboljelim: prljavim rukama, fekoralnim putem, kao i respiratornim aerosolima. Pacijent može biti infektivan u periodu od 3-6 nedelja.

Cilj rada: Ukazati na značaj prevencije ove bolesti u dječijim kolektivima, podizanjem i sprovođenjem higijenskih mjera, kako bi se spriječilo širenje ove bolesti među djecom, jer je populacija odočadi i male djece najugroženija i često zahtijeva hospitalizaciju.

Materijal i metode: Retrospektivna analiza istorija bolesti u periodu 2013.- 2017. godine.

Rezultati: U ispitivanom periodu na dječijem odjeljenju je bilo 6075 pacijenata. Zbog HFMD je upućeno u našu ustanovu radi liječenja, 0,92%-56 djece. Od ovog broja djece, koja su hospitalizovana zbog visoke tjelesne temperature, znakova dehidracije, odbijanja unosa hrane i tečnosti, zbog ulceracija u usnoj duplji, jako izražene ospe, sa tendencijom generalizacije, bilo je: odojčadi 64,2%, djece uzrasta od 1-3 godine 23,2% i djece od 3-5 godina 12,5 %. Predominiraju pacijenti ženskog pola 60%, uglavnom su iz urbane sredine 77%, ostali su sa ruralnog područja. Najveći broj hospitalizovanih je bio krajem ljeta početkom jeseni 82%, a 18% u zimskim mjesecima. Teških komplikacija nije bilo. Prosječno bolničko liječenje je 3,8 dana.

Zaključak: Obzirom da se bolest HFMD najčešće javlja u kolektivima gdje boravi najosjetljivija populacija kao i na visok stepen kontagioznosti, smatramo da je prevencija ove bolesti značajna. To prevashodno podrazumijeva, izbjegavanje direktnog kontakta djece sa oboljelim osobama, temeljno pranje ruku i čišćenje predmeta koja djeca koriste, odnosno sveukupno podizanje nivoa svijesti o higijenskim mjerama u dječijim kolektivima, kao i u porodici.

*

ERYTHEMA INFECTIOSUM -PRIKAZ BROJA OBOLJELIH U PROLJEĆE 2018. GODINE NA TERITORIJI OPŠTINE CETINJE

Ana Lopičić Kašćelan¹, Biljana Ivelja¹, Marina Vujović²

¹*Dom zdravlja Cetinje, ²Opšta bolnica Cetinje*

Uvod: Erythema infectiosum (peta bolest) je blago virusno oboljenje koje izaziva parvo virus B19. Javlja se sporadično, veće epidemije se pojave na svake 3-4 godine. Uglavnom obolijevaju djeca 3-15 godina. Bolest se manifestuje karakterističom ospom u vidu crvenila na licu, potom se erupcija širi na trup, i ekstremitete- podjseća na mrežaste čarape. Od ostalih simptoma se mogu javiti bol u grlu, febrilnost, artralgija, glavobolja, curenje iz nosa, anemija. Dijagnoza se postavlja na osinovu kliničke slike, u nejasnim slučajevima se može uraditi serologija. Terapija

je simptomatska, bolest uglavnom protiče bez komplikacija i imunitet je trajan.

Cilj rada: Prikaz broja oboljelih od Erythema infectiosum u proljeće 2018. Na teritoriji opštine Cetinje.

Materijal i metode: Metod je deskriptivan. Korišćeni su podaci iz elektronske baze podataka dječjeg dispanzera u Domu zdravlja- Cetinje za period od 01.03.2018.- 01.07.2018. godine sa Dg- Erythema infectiosum B08.3

Rezultati: Uvidom u elektronsku bazu podataka oboljelih od osipnih bolesti u periodu od 01.03- 01.07.2018 - 25oro djece je dijagnostikovano kao Erythema infectiosum. Najveći broj oboljelih je 2012.-2013. godište- predškolsko dijete -12, zatim 2015. godište- 7 djece, najstarije dijete je bilo 2005. godište, a najmlađe 2017. Godište. U našem uzorku djeca su uglavnom bila afebrilna ili subfebrilna, sa pojavom karakteristične ospe –eritem obraza, sa daljim širenjem na ekstremitete- ospa „mrežaste čarape“. Kod izvjesnog broja oboljelih, sa febrilnošću, rađeni su laboratorijski nalazi koji su pokazali blagu leukopeniju sa urednim ostalim zapaljenjskim faktorima. Kod jednog broja je urađena serologija na IgG i IGM antitijela, zbog prisustva morbila u Crnoj Gori u tom periodu.

Zaključak: U našoj populaciji zadnjih 10 godina je prvi put uočen značajniji broj oboljelih od ove infektivne bolesti, što može biti i rezultat bolje informisanosti i percepcije kliničara.

Kod dugotrajne i nekarakteristične ospe, uvijek se mora pomisliti na Erythema infectiosum, koja se često dijagnostikuje kao alergijski dermatit, naročito ukoliko nema febrilnog stanja.

Kao jedina mjeru prevencije- poboljšanje higijene u kolektivima i bolja informisanost.

Ključne riječi: Erythema infectiosum, ospa, broj oboljelih.

*

KOLIKO NAŠE MAJKE DOJE? UZROCI PRESTANKA DOJENJA

Nada Janković, Olga Prentić

Dom zdravlja Podgorica

Uvod: Majčino mlijeko je idealna hrana. Dojenje obezbjeđuje pravilan tjelesni i psihički razvoj djeteta. To je optimalna hrana, koja štiti od brojnih infekcija i pomaže sazrijevanju gastrointestinalih funkcija, prevenira senzibilizaciju na strane bjelančevine i smanjuje mortalitet dojenčadi.

Cilj: Osnovni zadatak da se utvrdi dužina dojenja naše djece, vrsta dohrane i da se utvrde razlozi ablaktacije.

Metod: Retrospektivna analiza zdrastvenih i elektronskih kartona.

Rezultati: Obradeno je 118 kartona. Djeca doje u 64,3% (76) slučaja, ne doje u 35,2% (42) slučaja. Prema polu 58% (68) ženske djece doji, 42% (54) muške djece. Do 3 mjeseca doji 62,9% (74), do 6 mjeseci 42,25% (50), do 9 mjeseci 18,8% (22), do 12 mjeseci 11,4% (13). Kao razloge prestanka dojenja majke navode u 74% (87) slučajeva nedovoljnu količinu mlijeka, nekvalitetno mlijeko u 6% (7) slučajeva, bolest majke je zastupljena 8% (9) slučajeva, bolest djeteta u 12% (14) slučajeva. Po prestanku dojenja majke uvode adaptirano mlijeko u 98% (115) djece, a kravlje mlijeko u 2% (3) djece.

Zaključak: Broj djece koja doje do 6 mjeseci je 42,25%. Prema podacima Unicefa do 6 mjeseci doji 17% djece. Neophodno je i dalje nastaviti rad na zdrastvenom prosjećivanju i ukazivati na prednosti dojenja za majku i dijete. U našim savjetovalištima kroz redovan rad, preko škole za trudnice i škole roditeljstva treba promovisati dojenje najmanje do 6 mjeseci a poželjno je i do godinu dana.

Ključne riječi: dojenje, djeca, prestnak dojenja

*

PEDIJATAR U ULOZI PROMOTERA PRAVILNE ISHRANE ODOJCETA

Mirjana Šljivančanin, Snježana Dašić

Dom zdravlja Nikšić

Uvod: Dojenje i majčino mlijeko su jedan od uslova za pravilan fizički i psihički razvoj djeteta. U promovisanju istog, uloga pedijatra je vrlo značajna.

Cilj rada: Ukazati na to u kojoj mjeri se u našoj sredini sprovodi ekskluzivno dojenje, kakva je informisanost majki o značaju dojenja i koji razlozi utiču na majku da prekine dojenje.

Materijal i metode: Uzorak je činilo sto tridesetoro odojcadi uzrasta do dvanaest mjeseci, njihove majke koje su bile zdrave. Djeca su praćena kroz savjetovalište, a majke su anketirane.

Rezultati: Od sto trideset beba, njih 83 su dojile. Od dojenih beba dvanaest mjeseci je dojilo 48 beba, ili 58%. Prije dvanaestog mjeseca dojenje je prekinuto kod 35 beba, ili 42%. Odluku o prekidanju dojenja majke su donijele samoinicijativno u 97,2 % slučajeva.

Zaključak: U našoj sredini odluku o prekidanju dojenja, u najvećem broju slučajeva majke donose samoinicijativno. Majke su nedovoljno informisane o značaju dojenja. U narednom periodu je neophodno pojačati rad sa majkama u svakodnevnom radu i kroz savjetovališta.

Ključne riječi: dojenje, majka, informisanost, pedijatar, edukacija, savjetovališta.

*

**KAMPANJSKA VAKCINACIJA ROMA, AŠKALIJA I EGIPĆANA U KAMPU
"VRELA RIBNIČKA" U POSLJEDNJIH 3 GODINE**

Aida Piranić, Maja Vujačić

Dom Zdravlja Podgorica

Uvod: Već 20 godina na periferiji Podgorice postoji Izbjegličko naselje "Vrela Ribnička", formirano 1998. godine za izbjegla lica, romu, aškaliju i egipćanu, sa područja Kosova. Zadjecu koja nisu izabrali pedijatra, pedijatrijska ekipa ljekara i sestara izlazi na teren i izvodi kampanjsku vakcinaciju. Vakcine se donose iz Centralne apoteke za imunizaciju Doma zdravlja u Podgorici, poštujući sve principe "hladnog lanca". Vakcinacija se vrši vakcinama po "aktuuelnom kalendaru vakcinacije" Crne Gore. Svakog mjeseca se vrši revizija vakcinalnih kartona ove djece, pišu se pozivi za vakcinaciju, koji se uz pomoć dva dugogodišnja saradnika dijele po samom naselju i po poznatim adresama van naselja.

Cilj rada: Sagledavanje potrošnje vakcine u posljednje tri godine u izbjegličkom naselju "Vrela Ribnička"

Metod rada: Retrospektivna analiza izvještaja o broju i vrsti vakcina datih 2016- 2018. godine na Vrelima Ribničkim.

Rezultati: pentaxim ukupno dato 276 doza: 2016.godine dato 79 vakcina; 2017. godine dato 102 vakcine, 2018. godine dato 95 vakcina.

HepB dato 282 doza: u 2016-oj godini dato 77 vakcina, 2017-oj dato 114 vakcina, 2018-oj dato 91 vakcina.

DT –al dato 107 doza: u 2016-oj godini dato 30 vakcina, 2017-oj 27 vakcina, a 2018-oj dato 50 vakcina.

MMR dato 220 doza: u 2016-oj godini dato 44 vakcina, 2017-oj dato 86 vakcina, a u 2018-oj dato 90 vakcina.

IPV dato ukupno 7: u 2016-oj godini date 2 vakcine, 2017-oj 5 vakcina, a 2018-te nije data ni jedna vakcina.

Hib dato ukupno 40 doza: u 2016-oj dato 21 vakcina, 2017-oj 19 vakcina, 2018-te nije data ni jedna vakcina.

Tetrahem dato ukupno 54 doze: 2016. godine dato 32 vakcine,

2017. godine 22 vakcine, 2018 nije data ni jedna vakcina.

Avaxim dato ukupno 20 doza: u 2016.-oj godini dato 9 vakcina, 2017.-oj 10 vakcina, 2018 nije data ni jedna vakcina.

DT pro adultis dato ukupno 41 doza: 2016-te godine dato 4 vakcine, 2017-te 6 vakcina, a 2018-te data 31 vakcina.

Zaključak: Ukupno smo dali 1047 vakcina za posljednje tri godine u kampu Vrela Ribnička. Problemi nastaju zbog sklonosti ka migratornom načinu života, neodazivanju na pozive i čestom oboljevanju djece zbog loših socijalnih uslova života.

Ključne riječi: djeca, vakcinacija, broj datihvakcina

*

ULOGA MEDICINSKE SESTRE ZBRINJAVANJU LUKSACIJA I POTPORNIH STRUKTURA ZUBA

Tatjana Polović

Klinički centar Crne Gore, Odjeljenje za oralnu hirurgiju

Traume zuba su često prisutne u dječjem uzrastu. U mlječnoj denticiji se javljaju između druge i treće godine, a u trajnoj denticiji između osme i 11 godine života. Povredama su najzloženiji gornji srednji sekutići, gornji lateralni sekutići i na kraju donji sekutići koji su zaštićeni gornjim Zubima zahvaljujući vertikalnom preklopu. Uzroci trauma su najčešće padovi u igri, udarci, tuče, saobraćajne nezgode a mogu biti i uzrokovane nasiljem u porodici. Nekomplikovana fraktura krunice najčešća je poveda zuba. Traumatke povrede zahtijevaju hitan terapijski tretman. Cilj rada je da se pokaže važnost medicinske sestre u prijemu povrijedjenog djeteta i uznemirenih i najčešće paničnih roditelja. Potrebno je što prije reagovati terapijski, kako bi se spriječile dalje komplikacije. Terapijski postupak zahtijeva hitno liječenje i dugotrajno praćenje povrijedjenog zuba koji se sastoji od timskog rada stomatologa i medicinske sestre.

POSJETA PATRONAŽNE SESTRE

Sanela Rastoder, Vesna Vukčević, Jadranka Miljanić,

Dom zdravlja Podgorica

Patronažna zaštita je poseban oblik zdravstvene zaštite i izvodi aktivno zdravstveno staranje pojedinca, porodice i zajednice, koji su zbog bioloških značajnosti ili zbog specifičnih bolesti posebno osjetljivi za štetne uticaje iz okoline. Svrha djelovanja patronažne zaštite je unaprijediti zdravstveni razvoj čitavog stanovništva sa ciljem zadržati zdravlje i spriječiti bolest, te briga za bolesne i povrijeđene. Patronažna sestra evidentira svoje patronažne posjete kroz propisan obrazac o radu. U Jedinici za patronažu rade patronažne sestre sa visokom, višom i srednjom stručnom spremom. One obavljaju usluge koje su definisane Uredbom o obimu prava i standardima zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osuguranja. Patronažna sestra će vas posjetiti kada se vratite iz porodilišta i posavjetovati kako da sačuvate i unaprijedite svoje zdravlje i zdravlje svoga djeteta, dprovesti nove stavove WHO o njezi pupka novorođenčeta I ishrani odojčeta na majčinom mlijeku koja je najidealnija i neophodna do 6 mjeseci. U Domu zdravlja Podgorica se u 2017. god u okviru Jedinice za patronažu pružilo 10 258 preventivnih usluga.

*

UTICAJ INTERFERENCI NA VRIJEDNOSTI LABORATORIJSKIH ANALIZA

Salija Fetic

Dom zdravlja Podgorica, Centar za laboratorijsku dijagnostiku

Interference. Neke supstance u uzorku mogu promijeniti rezultat analize tako da ga povećavaju ili snižavaju. Ukoliko ostanu neprepoznate mogu dovesti do nepotrebnog daljeg testiranja, netačne dijagnoze i/ ili daljeg toka lijecenja sa potencijalno lošim ishodom za bolesnika.

Interference se sa obzirom na porijeklo mogu podijeliti na dvije osnovne grupe: endogene (unutrašnje) egzogene (spoljašnje). U praksi je korisnija podjela interferenci na one na koje možemo ili ne možemo uticati. Primjer za to je hemoliza koja u slučaju intravaskularne hemolize je interference na koju se ne može uticati. Međutim hemoliza je najčeće posljedica greške nastale u predanalitičkoj fazi (nepravilnim postupkom uzorkovanja, čuvanja i transporta uzorka). Hemoliza, hiperbilirubinemija (ikterija) i lipemija su najučestalije i jasno prepoznatljive interference koje su danas dobro opisane u uzorcima krvi. Na laboratorijskom nalazu ove interference nalaze se opisane u "napomenama" i upućuju ljekare na oprez pri interpretaciji nalaza.

Hemoliza nastaje razaranjem eritrocita pri čemu se osim oslobođenog hemoglobina (crvena boja uzorka) oslobađaju i ostali analiti koji su fiziološki prisutni u njima. Hemoliza može biti: "in vivo" i "in vitro". In vivo hemolizu najčešće izazivaju: virusi, pojedini paraziti, ljekovi, toksične supstance, a može nastati i uslijed genetskih poremećaja ili autoimnih procesa. In vitro hemoliza najčešće nastaje nestručnim uzorkovanjem krvi, uslijed produžene staze krvog suda, produženog vremena uzimanja uzorka, kontaminacijom uzorka, snažnog miješanja epruveta, nestručnog transporta, neodgovarajuća temperatura itd.

Hiperbilirubinemija (ikterija). Visoke koncentracije bilirubina u uzorku serum-a/plazme mogu interferirati na osnovu dva mehanizma: 1. uticaj bilirubina na spektrofotometrijska mjerena čiji maksimum apsorpcije se nalazi na talasnoj duzini 456 nm te ometa one parametre koji se očitavaju na tom talasnem području, 2. bilirubin reaguje sa peroksidazom u enzimskim metodama odredjivanja. Prema mehanizmu interferencije a zavisno od njenog stepena ikterija utiče na rezultate sledećih parametara u smislu povećanja vrijednosti (kreatinin, alkalne fosfataza, amilaza) i snižavanja vrijednosti (holesterol, laktati, lipaza, trigliceridi, ukupni proteini, urea i urati)

Lipemija. Lipemični uzorci su uobičajena i relativno česta pojava koja može prouzrokovati statistički značajne interference u laboratorijskim rezultatima. Najčešće je prisutna nakon uzimanja hrane i pića prije uzorkovanja ali i u nekim bolesnim stanjima: hiper i hipotireoidizmu, unosu alkohola, dijabetesu, hipertrigliceridemiji, hroničnim bolestima bubrega, pankreatitisu, multiplom mijelomu, primarnoj bilijarnoj cirozi, lupusu. Mehanizam lipemije kao interference temelji se na tri osnove: 1) povećava apsorpciju, 2) umanjuje udio vodene

faze u uzorku a time i supstance rastvorene u njoj i 3) ucinak podjele na polarnu i nepolarну fazu.

Ključne riječi: interferenca, hemoliza, hiperbilirubinemija, lipemija

*

DOJENJE

Selveta Selmanović

JZU dr „Nika Labović“ Berane

Uvod: dojenje predstavlja najčvršću vezu između majke i bebe. Mogućnost da dojite svoju bebu je veliki dar, jer se u majčinom mlijeku nalazi sve što bebi treba za razvoj i to: bjelančevine, ugljeni hidrati, masti, voda, vitamini i minerali. Kolostrum je prvo mlijeko i ujedno i najbitnija prva hrana za bebu, jer je najvažniji sastojak kolostruma antitijela koja štite bebu od infekcije. Brojne su prijednosti dojenja kako za bebu tako i za majku. Prijednosti dojenja za bebu su: zaštita od infekcija, zaštita od alergija, niža stopa sindroma iznenadne smrti, bebe koje doje imaju bolji emocionalni, psihomotorni i socijalni razvoj. Prijednosti dojenja za majku su: kontakt „koža na kožu“ dovodi do podsticanja, lučenja oksitocina koji otpušta mlijeko iz grudi, sisanjem dolazi do kontarakcija materice, što će dovesti do bržeg vraćanja u normalu, dojenje smanjuje rizik od karcinoma jajnika, materice, dojke i smanjuje se šansa da majka dodje u postporođajnu depresiju.

Cilj rada je prikazati zastupljenost dojenja, dužinu dojenja, koliko su majke edukovane o dojenju, koliko su posjećivale savjetovalište za trudnice, razlozi za prekidanje dojenje.

Materijal i metoda: anketa u kojoj je učestvovalo 80 majki izabranih metodom slučajnog uzorka u Dom Zdravlja Berane (izabrani doktor za djecu).

Rezultati: 41% majki je posjećivalo savjetovalište za trudnice,

76% majki je dojilo svoje dijete, 24% majki nije dojilo i to zbog pojave mastitisa 11% je prekinulo dojenje, 4% majki nije uopšte imalo mlijeka, 6% majki je dobilo regade i 3% majki je prekinulo dojenje zbog bolesti. Na pitanje dali se dovoljno radi na edukaciji majki u porodilište 53% je odgovorilo sa da, a 47% sa ne.

Zaključak: Dojenje predstavlja veliki komfor kako za majku tako i za bebu, a obaveza svakog zdravstvenog radnika je da savjetuje majku da doji dijete posebno do druge godine života, jer nema prave zamjene za majčino mlijeko i zato dojenje treba promovisati, podržavati i njegovati.

*

ARTERIJSKA HIPERTENZIJA KOD DECE ŠKOLSKOG UZRASTA- HIPERTENZIJA BELOG MANTILA

Ana Radomirović

Dom zdravlja Niš

Uvod: Arterijska hipertenzija, kao dokazan riziko factor za prevremenu pojavu kardiovaskularnih oboljenja, predstavlja sve češći klinički nalaz u dece. Jedan od problema sa kojima se sreću medicinski radnici pri merenju pritiska dece jesu lažno pozitivni nalazi ili hipertenzija belog mantila koja podrazumeva lažno visoke vrednosti krvnog pritiska u čijoj osnovi obično leži napetost ili strah dece od ove vrste ispitivanja. Prevalencija arterijske hipertenzije i njenih sekvela kod odraslih mogu biti u daljem porastu ako se ne preduzmu aktivnije mere u skriningu, dijagnozi i lečenju povišenog krvnog pritiska kod dece.

Cilj rada: Utvrditi učestalost arterijske hipertenzije i hipertenzije belog mantila kod dece školskog uzrasta od 7 do 18 godina sa teritorije grada Niša.

Materijal i metode: Arterijska tenzija merena je auskultacionom metodom imanžetnom živinog manometra u okviru sistematskih pregledaškolske dece sa teritorije opštine Niš, u periodu od januara do decembra 2016. godine, a podaci su dobijeni uvidom u dostupnu

medicinsku dokumentaciju (zdravstveni kartoni dece i elektronski karton).

Rezultati: Od ukupnog broja pregledane dece tokom sistematskih pregleda, 12878 kod 6% (785 ispitanika) identifikovana je arterijska hipertenzija. Da bi utvrdili značaj psihičke pripreme kod merenja arterijskog pritiska ispitali smo 176 dece koja su bila podeljena u dve grupe. U prvoj grupi dece koja su bila pripremljena za merenje pritiska bilo je 87 dece, a drugoj grupi dece gde im je pritisak odmah meren bilo je 89 dece. Prevelenca hipertenzije u grupi dece kojoj je objašnjena procedura merenja je bila značajno manja (7,6%) u odnosu na prevalence hipertenzije dece sa kojima nije vođen prijemni razgovor (9,6%).

Zaključak: Prevalenca arterijske hipertenzije je bila značajno manja nakon pripremnog razgovora i adekvatne psihičke pripreme ispitanika. Značajnu ulogu u tome ima medicinska sestra u toku obavljanja sistematskih pregleda dece.

Ključne reči: arterijska hipertenzija, hipertenzija belog mantila, prevalenca, značaj medicinske sestre

*

HRONIČNA BUBREZNA BOLEST DJECE

S. Pavićević

Klinički Centar Crne Gore, Institut za bolesti djece

Uvod: Hronična bubrežna bolest predstavlja strukturno ili funkcionalno oštećenje bubrega koje traje 3 ili više mjeseci sa ili bez smanjenja jačine glomerulske filtracije, a manifestuje se patološkim nalazima krv i urina, drugim markerima lezije bubrega, ili abnormalnostima u morfološkim ispitivanjima bubrega. Hronična bubrežna bolest progredira bez obzira na uzrok koji je do nje doveo. Medju faktorima progresije HBB kod djece, najvažniji su proteinurija i hipertenzija.

Cilj : Prikazati osnovne uzroke HBB , učestalost, dijagnostičke me-

tode, mjere prevencije napredovanja HBB, specifičnosti terapije u dječjem uzrastu, kao i podatke o zameni bubrežne funkcije kod djece u Crnoj Gori.

Materijal i metod: Analizirani su podaci Nefrološke ambulante Instituta za bolesti djece za period od početka 2003. do kraja 2017. godine. Tokom 15 godina praćeno je 43- oje djece u različitim stadijumima hronične bubrežne bolesti.

Rezultati rada: Najčešći uzroci HBB kod dece u Crnoj Gori su opstrukcija/ vesikoureteralni refluks/neurogena bešika (48,8%), slede hipoplazija/displazija bubrega (16,2%), hereditarne bolesti (16,2 %), glomerulonefritisi (FSGS) 9,3%, vaskularne bolesti(4,6%), ostalo (4,6%). Učestalost HBB kod djece u Crnoj Gori (150 000 djece uzrasta do 16 godina) se ne razlikuje bitno od evropskih podataka o incidenci i prevalenciji HBB (od 3. do 5. stadijuma). Tokom 15 godina, transplantacija bubrega je učinjena kod petoro djece (kod dvoje djece- kadaverična, kod troje transplantacija sa živog donora). Transplantacije bubrega su obavljene u Beogradu (3), Lionu (1) i Torinu (1). U planu je preemptivna transplantacija bubrega (prije započinjanja bilo koje vrste dijalize) kod jednog petogodišnjeg dječaka, drugo djete se, trenutno, nalazi na programu peritoneumske dijalize.

Zaključak: Najčešći uzroci HBB kod djece u Crnoj Gori su kon genitalne anomalije urotrakta, zbog čega je neophodna rana nefrološko-urološka dijagnostika. Mjere renoprotekcije, prije svega smanjenje proteinurije i kontrola hipertenzije, usporavaju progresiju bubrežne bolesti i odlažu njen terminalni stadijum. Broj djece, koja zahtijevaju zamjenu bubrežne funkcije, nije veliki u odnosu na adultnu populaciju, ali specifičnosti ovog uzrasta, nalažu da se problemu pristupi sa punom ozbiljnošću i odgovornošću.

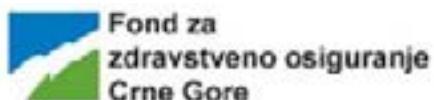
ZLATNI SPONZOR



NUTRICIA



SPONZORI



Pantone 187C
AMICUS 
Modern Medicines for All

C0M100Y79K18

AMICUS 
Modern Medicines for All



PHILIPS
AVENT

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

HiPP





kongres preventivne pedijatrije crne gore

02/04 novembar 2018.
Hotel Splendid, Bečići

NOVI PRAVCI **PREVENTIVNE PEDIJATRIJE**

Novi pravci razvoja vanbočnike pedijatrijske zdravstvene zaštite

Imunizacija

Pedijatrijska mikrobiologija

Prevencija u endokrinologiji i poremećaji rasta i razvoja

Prevencija gojaznosti kod djece i adolescenata

Prevencija u gastroenterologiji i poremećaji ishrane

Dojenje

Prevencija u perinatologiji i neonatologiji

Prevencija naslijednih oboljenja i rijetke bolesti u pedijatriji

Prevencija u dječjoj psihijatriji i neurologiji

Poremećaji iz oblasti autističnog spektra

Prevencija u kardiologiji

Prevencija u reumatologiji i imunologiji

Prevencija u dermatovenerologiji

Prevencija u pulmologiji

Prevencija u nefrologiji

Prevencija hemato-onkoloških oboljenja

Transfuziologija kod djece

Prevencija u dječjoj hirurgiji, oftamologiji i ORL

Fizička terapija kod djece

Urgentna stanja u pedijatriji; prevencija i kontrola povreda kod djece

Novi pravci u laboratorijskoj, UZ i RTG dijagnostici u pedijatriji

Promocija zdravih stilova života u pedijatriji

Zaštita prava djeteta kao pacijenta

Vaspitni stilovi i psihosocijalni razvoj rjeće i omladine

Izazovi primjene novih informaciono komunikacionih tehnologija u pedijatriji

Značaj optimalne organizacije pedijatrijske službe u vanbočnoj zdravstvenoj zaštiti djece

Prevencija u dječjoj stomatologiji

Značaj statusa sestrinstva u novom razvoju pedijatrijske zdravstvene zaštite

Endoskopska dijagnostika stridora kod djece

Značaj i uloga multidisciplinarnarne analize smrti djeteta za preventivne mjere



DRUGI KONGRES
PREVENTIVNE PEDIJATRIJE
CRNE GORE



ASOCIJACIJA ZA PREVENTIVNU PEDIJATRIJU
CRNE GORE