

**IX конгрес лекара опште медицине Србије  
са међународним учешћем  
IX kongres lekara opšte medicine Srbije  
sa međunarodnim učešćem**

Златибор, хотел Мона, 27-30.09.2018.  
Zlatibor, hotel Mona, 27-30.09.2018.

**Зборник сажетака  
Zbornik sažetaka**

**ISBN**

**978-86-6061-098-2**

**Издавач****Izdavač****Секција опште медицине  
Српског лекарског друштва****Sekcija opšte medicine****Srpskog lekarskog društva****Цорџа Вашингтона 19, 11000 Београд, Србија****Džordža Vašingtona 19, 11000 Beograd, Srbija****011/3234 261/111****ompm@sld.org.rs****sld@bvcom.net****За издавача****Прим. др Невенка Динмитријевић**  
председница Секције опште медицине**Za izdavača****Prim. dr Nevenka Dimitrijević**  
**predsednica Sekcije opšte medicine****Главни и одговорни уредник**  
**Прим. др Славољуб Живановић****Glavni i odgovorni urednik****Prim. dr Slavoljub Živanović****Лектор за српски језик**  
**Живка-Жижа Станојевић****Lektor za srpski jezik****Živka-Žiža Stanojević****Лектор за енглески језик****Др Даринка Пуношевац****Lektor za engleski jezik****Dr Darinka Punoševac****Штампа****Copy Planet, Carice Milice br. 7, Beograd****www.copyplanet.rs****Тираж****50 комада****септембар 2018. године**

### **ПОЧАСНИ ОДБОР**

Проф. др Дмитра Калимановска Оштрић  
 Доц. др Ксенија Тушек Бунц  
 Прим. др Љубин Шукријев  
 др сц мед. прим. др Горан Читлучанин  
 Прим. др Весна Марић

### **ПРЕДСЕДНИК КОНГРЕСА**

Прим. др Невенка Димитријевић

### **НАУЧНИ ОДБОР**

Прим. мр сц. Милоранка Петров Киурски  
 председница Научног одбора Секције опште медицине  
 Српског лекарског друштва

Проф. др сц. Љубица Ћукановић  
 Академија медицинских наука  
 Српског лекарског друштва

Проф. др сц. Бисерка Бергман Марковић  
 Медицински факултет Свеучилишта у Загреб  
 Катедра за обитељску медицину, Хрватска

Прим. др сц. Сузана Станковић  
 Дом здравља Пирот, Србија

Прим. др Љубин Шукријев, ментор и едукатор  
 Центар за породичну медицину, Македонија

## ОРГАНИЗАЦИОНИ ОДБОР

Прим. др Невенка Димитријевић  
 Прим. др Славољуб Живановић  
 Прим. мр сц. Милоранка Петров Киурски  
 Др сц. Сузана Станковић  
 Прим. др Весна Јањушевић  
 Прим. др Мирјана Лапчевић  
 Прим. мр сц. Златка Марков  
 Прим. др Мира Киш Вељковић  
 Прим. др Драгана Трифуновић Балановић  
 Прим. др Даринка Пуношевац  
 Прим. др Милица Илић  
 Прим. др Мастер сц. Љиљана Миљачки  
 Прим. др Петар Станојевић  
 Прим. др Верица Пертот  
 Прим. др Зорица Милосављевић  
 Прим. др Светлана Данков  
 Др Бранка Парлић  
 Др Милена Костић  
 Др Маја Вучковић  
 Прим. др сц. Снежана Стојановић Ристић  
 Сенка Миљеновић  
 Наталија Кркобабић

## **Теме Конгреса**

**1. Фактори ризика за когнитивне поремећаје**

**2. Терапија бола у општој медицини**

**3. Рационално прописивање антибиотика**

**4. Разно**

## ПРЕДАВАЊА ПО ПОЗИВУ

### ПРЕДСТАВЉАЊЕ НАЦИОНАЛНОГ ВОДИЧА ДОБРЕ КЛИНИЧКЕ ПРАКСЕ ЗА РАЦИОНАЛНУ УПОТРЕБУ АНТИБИОТИКА

**Мијомир Пелемиш**

Клиника за инфективне и тропске болести, Клинички центар Србије,  
Медицински факултет Универзитета у Београду, Србија

Употреба антибиотика не представља само пуко уклапање налаза антибиограма (тј. профила бактерије) са применом лека на који је бактерија осетљива, већ подразумева много сложенији приступ избора најбољег лека у одговарајућој дози, дужини трајања терапије и пута примене, а на основу свих релевантних података. Ради помоћи лекарима практичарима да изаберу најбољи терапијски протокол за своје болеснике, раде се водичи за примену антибиотика. У свету постоји велики број таквих водича од којих су неки компанијски, неки локални, неки национални, а неки интернационални, као што је, на пример, *Sanford guide for antimicrobial therapy*.

Ипак, због епидемиолошких, клиничких и тржишних специфичности појединачних земаља, препорука је СЗО да свака земља, сходно својим условима, изради одговарајуће водиче антибиотске терапије.

У оквиру пројекта Министарства здравља формирана је посебна радна група која је израдила Водич за рационалну примену антибиотика. Овај водич ће бити доступан како у штампаној форми, тако и електронски на сајту Министарства здравља.

Циљ водича је да се осим реалних препорука за лечење појединих стања, обраде и појасне неки општи аспекти примене антибиотика, њихових интеракција и дозирања у посебно осетљивим популацијама.

## **МЕСТО РАЗЛИЧИТИХ АНТИБИОТИКА У ЛЕЧЕЊУ ОСОБА ОДМАКЛОГ ЖИВОТНОГ ДОБА**

**Милорад Павловић**

Медицински факултет Универзитета у Београду, Србија

У условима савремене медицине и са даљим развојем и унапређењем животног стандарда продужава се и животни век популације. У таквим условима, а и захваљујући све успешнијем лечењу и преживљавању болесника са доскора брзо прогресивним и фаталним болестима, јасно је да број старијих који болују од инфекција постаје све већи. Такође, током њихових боравака у здравственим установама повећава се и вероватноћа појаве инфекција узрокованих мултирезистентним бактеријама. Ради лечења ових инфекција, од којих су неке акутне и из ванболничке средине а неке последица болничких инфекција и контаминација, намеће се као ултимативна потреба примена антибиотика у старијем животном добу.

Сем стандардних проблема примене антибиотика, код старије популације се јављају и многи други проблеми који су везани за године и метаболички статус, као што је успорена елиминација и метаболисање свих лекова укључујући антибиотике. Такође, бројне хроничне болести захтевају прилагођавање приступа лечења и избора антибиотика, док примена других лекова отвара питање бројних и, понекад, опасних интеракција антибиотика с другим лековима; спектар изазивача појединих болести се разликује код старије популације и захтева прилагођавање терапије. Сви ови изазиви ће се с продужетком животног века само погоршавати и већ сада су проблем не само специјалистичких служби већ, пре свега, примарне здравствене заштите.

## РЕЗИСТЕНЦИЈА БАКТЕРИЈСКИХ ПАТОГЕНА ОД ЗНАЧАЈА ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ НА АНТИБИОТИКЕ

**Ивана Ћирковић**

Институт за микробиологију и имунологију,  
Медицински факултет Универзитета у Београду, Србија

Већ више од 70 година антимикуробни лекови се успешно користе у лечењу бактеријских инфекција. Међутим, као последица селективног притиска континуиране примене антимикуробних лекова, дошло је до селекције и ширења резистентних сојева бактерија. Проблем антимикуробне резистенције (АМР) је одавно уочен и већ деценијама се у економски развијеним земљама спроводе прецизно дизајниране студије надзора над резистентним патогенима. Свуда у свету, надзором над АМР су најчешће обухваћени следећи бактеријски патогени: *Staphylococcus aureus* и метицилин-резистентни *S. aureus* (MRSA), *Enterococcus spp.* и ванкомицин-резистентни *Enterococcus spp.* (VRE), ентеробактерије (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* и др.) и Грам-негативни неферментујући бацили (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp.* и др.). Улога микробиолошке лабораторије у надзору над АМР је поуздана и тачна идентификација бактеријских патогена, испитивање осетљивости изолата на антибактеријске лекове и континуирано пријављивање резистенције бактерија надлежним лабораторијама укљученим у надзор над АМР.

## **РАЦИОНАЛНА УПОТРЕБА АНТИБИОТИКА И НЕЖЕЉЕНА ДЕЈСТВА**

**Весела Радоњић**

Агенција за лекове и медицинска средства Србије  
Одсек за фармацију Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу,  
Србија

Основни предуслов за спровођење рационалне терапије антибиотика је да пацијент прими лек у складу с његовим клиничким потребама, у дози и формулацији које су прилагођене његовим индивидуалним потребама, да лек користи у оптималном временском интервалу и на правилан начин. У оквиру предавања акценат ће бити на значају правилне примене антибиотика како би се задовољили принципи ефикасне и безбедне терапије, са освртом на нежељена дејства антибиотика и могуће интеракције антибиотика с другим лековима и са храном и потенцијалне последице на начин употребе антибиотика. Такође, биће истакнут значај адхеренце, узимајући у обзир могућа одступања у режиму дозирања које пацијент примењује у односу на прописани.

## АНТИБИОТИЦИ У ХРАНИ ЗА ЖИВОТИЊЕ

**Татјана Лабус**

Министарство пољопривреде, шумарства и водопривреде  
Управа за ветерину, Београд, Србија

Додаци храни за животиње, у ужем смислу, обухватају разноврсне материје које не смеју да буду штетне, а морају да испоље ефикасност у смислу намене. Пажњу научне и стручне јавности, а свакако и потрошача, изазивају стимулатори раста. Међу бројним једињењима, антибиотици су најдуже познати и најчешће коришћени стимулатори раста. Међутим, поред антибиотика, све већу пажњу привлаче и алтернативна решења, као што су пробиотици а у новије време и пребиотици.

Коришћењем антибиотика као стимулатора раста постиже се већи прираст, боља конверзија хране и нижи трошкови лечења. Поред позитивних, наводе се и могући негативни па и штетни ефекти, као што су стварање резистентних сојева ентеробактерија које даље представљају озбиљан проблем при терапији оболелих животиња, али и људи. Проблем резистентних сојева се погоршава и појавом унакрсне резистенције, која је последица адаптивне способности микроорганизама и мутагених ефеката антибиотика. Други чест а можда и значајнији проблем јесу резидуе антибиотика у намирницама анималног порекла и могуће генотоксично деловање антибиотика и њихових резидуа.

Коришћење антибиотика као стимулатора раста у храни за животиње у Републици Србији је забрањено.

**СУДСКОМЕДИЦИНСКИ АСПЕКТИ РЕСТРИКТИВНЕ  
ПРИМЕНЕ АНТИБИОТИКА -  
ПРАВНА И ПРОФЕСИОНАЛНА ЗАШТИТА ЛЕКАРА**

**Слободан Савић**

Институт за судску медицину, Медицински факултет Универзитета у Београду,  
Србија

Проналажење и увођење антибиотика у лечење оболелих и повређених особа представља једно од највећих научних достигнућа у историји медицине. Међутим, као и код већине других лекова, у практичној примени антибиотика могу се појавити озбиљни судскомедицински проблеми, који у одређеним случајевима отварају озбиљна питања о постојању кривичноправне, грађанскоправне и професионалне одговорности лекара. Проблеми који су се до сада појављивали и који се актуелно појављују у савременој медицини односе се на следеће: употреба недовољно испитаних антибиотика; нежељена дејства антибиотика; прописивање и давање антибиотика особама које нису смеле да их приме због преосетљивости; неадекватна употреба антибиотика у случајевима када за то није било индикација, што је значајно допринело појави резистенције бактерија на антибиотике; неупотреба антибиотика у случајевима у којима је то било индиковано; неадекватна комбинација лекова (нежељене интеракције). Наведени проблеми биће анализирани на основу практичних примера из обдукционе и експертизне судскомедицинске праксе, а у односу на законске одредбе и прописе Лекарске коморе Србије.

## РЕЗИСТЕНЦИЈА НА АНТИБИОТИКЕ – ЧИЊЕНИЦЕ И МОГУЋНОСТИ

**Љиљана Гојковић Букарица, Владимир Живановић,  
Теодора Виторовић, Радисав Шћепановић**  
Медицински факултет Универзитета у Београду, Србија

Бактеријске инфекције су врло чест узрок оболевања и значајан проценат пацијената са тежим обликом инфекција мора бити лечен у болницама. Осим ових споља стечених инфекција које се лече у болницама, скоро 10% болесника се инфицира у болницама. Болничке инфекције (БИ) обухватају инфекције које су настале у току боравка у болницама или су подспешене болничким окружењем и могу да се јаве и по напуштању болничке средине. По правилу, изазване су мултирезистентним микроорганизмима, међу којима посебан значај имају *Staphylococcus spp*, *Enterococcus spp*, *Pseudomonas spp* и различите цревне Грам-негативне бактерије. Мере за спречавање ових инфекција су бројне, али једна од најважнијих је, свакако, контролисана примена антибиотика ради сузбијања инфекције, али и спречавања развоја бактеријске резистенције. Нерационална примена антибиотика код нас и у свету довела је до пораста инфекција изазваних мултирезистентним бактеријама, на пример, *E. coli ESBL*, *Klebsiella spp. ESBL*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, ванкомицин-резистентни ентерокок и *S. aureus* резистентан на метицилин и ванкомицин. Терапијски водичи за примену антибиотика у болничким условима су бројни, али је неопходно истаћи да лекари у болницама треба да прилагоде избор антибиотика према локалној осетљивости изолованих бактерија у различитим узорцима. Некритична примена светских водича се не препоручује. У лечењу доказаних инфекција треба тежити циљаној терапији, која се у иницијалној фази мора ослањати на локалну осетљивост микроорганизама. "Деескалациона терапија" антибиотикима најширег спектра треба да буде примењена само код витално угрожених болесника, са циљем да се што пре преведе на терапију на коју су узрочници инфекције осетљиви. У клиничкој пракси код нас, употреба антибиотика је много одговорнија и ризичнија него у примарној здравственој заштити, болесници су у тешком стању, неодговарајуће су смештени, антибиотици се дају парентерално, претежно интравенски, често се непотребно примењује комбинација антибиотика, нису нам доступни сви антибиотици, постоји велики ризик од појаве нежељених дејстава и БИ, нарочито код болесника са интравенским линијама и сталним катетерима. Ради избегавања нежељених дејстава која су чешћа код специјалних популација (деца, стари, имунокомпромитовани и болесници са оштећеном функцијом јетре и бубрега), неопходан је и терапијски мониторинг примењених антибиотика, на пример, аминогликозида. Потребно је да се лекари упознају и с правом мером профилактичке примене антибиотика, која ће спречити појаву инфекције а неће повећати учесталост БИ изазваних мултирезистентним бактеријама. Антибиотици омогућавају успешну терапију великог броја инфекција, али је потребан рационалан приступ да се та ефикасност постигне а да се болесник не угрози. С

прецизним знањима о фармакодинамици, фармакокинетици и клиничкој фармакологији антибиотика, садашњи потенцијал антибиотика још увек може бити потпуно искоришћен.

## ANTI-INFLAMMATORY PLANT INGREDIENTS THAT ARE USED AS MEDICINE

**M. Mümtaz Mazıcıoğlu**

Erciyes University, Faculty of Medicine  
Department of Family Medicine, Kayseri, Turkey

Antibacterial or antiseptic activity of herbal ingredients represents a wide spectrum among other medical purpose uses. Either person's choice or recommendations of non-medical professional's can be considered as the greatest motivation for use of herbal remedies. In the vicinity of modern medical therapies; shortage of probable therapeutic interventions environment were directing ordinary people or medical professionals to use herbs, minerals and etc. Primarily in the last two centuries fast and widespread scientific development made the drug as a mainstay of medical interventions. In average half of drugs can be considered as plant based and some of them are natural extracts from plants. Development in Pharmacognosy still did not described ingredients about half of the known plants. We know that certain plants have anti-bacterial, anti-viral, anti-fungal, anthelmintic and antiseptic properties attributed to certain plant chemicals. Polysaccharides, tannins, Phenolic compounds, glycosides, triterpenoid and oleanolic acid are phytotherapeutics commonly used as topical remedies. Polysaccharides, glycoproteins, and alkyl amides and gingerols are used as anti-viral compounds for common-cold and flu. Tannin, catechin, polyphenol can be considered for hemorrhoid, varicose veins, inflammatory bowel disease.

Plants like garlic (*allium sativum*), Papaya (*carica papaya*), turmeric (*curcuma longa*), wild sage (*lantana camara*) can be listed as plants that has anti bacterial effect. Among these garlic has anti-bacterial, anti-viral and anti-fungal activities. There are several studies about certain plants describing their anti-microbial ingredients and minimum inhibitory doses.

Ethnographic, anthropologic, ethnobotanical, and chemical studies should all be considered in conventional medical approach not because to use these informations to prepare plant based drugs but to be aware of confounding factors in our therapeutic process.

## РАНА ДИЈАГНОЗА ДЕМЕНЦИЈЕ И ПРИМАРНА НЕГА

**Катарина Ставриќ, М. Тунцева, Љубин Шукриев, К. Ковачевиќ,  
Б. Таневска, Н. Ризанкоска**

Универзитетска Клиника за детски болести, Центар за породичну медицину,  
Медицински Факултет, Универзитет "Кирил и Методиј",  
Скопје, Р. Македонија, ЗЛОМ – СМ

**Увод.** Постоји довољно доказа за третман менталних нарушења у примарну здравствену заштиту (ПЗЗ) има пуно предности за пацијенте, укључујући лакочу на доступност до медицинске неге и избегавање стигматизације.

**Циљ рада.** Упознавање бенефита и припреме на рано дијагностицирање деменције још у претклиничку фазу, као приказ за најодговарајући и најприжељкивани тест за скрининг у ПЗЗ.

**Метод.** Поремечаји у централном нервном систему, нарочито деменција, су главне препреке за хроничне дисфункције и потреба од гриже код старих лица. Доктори опште медицине имају идеалну позицију за препознавање и третман деменције. У прилогу клиничке процене, предлаже се да лекари опште медицине употребљавају *Когнитивни тест*, ради раног откривања или искључења симптома и дијагнозе за ову болест. Постоји велики број тестова за рано откривање деменције, но нису сви одговарајући за употребу од стране лекара опште медицине. Идеалан тест или алатка требало би да буде кратак, једноставан, сензитиван и прихватљив за стара лица без оглед на њихов степен образовања и да не прави баријеру у резултатима због језичког изражавања. Мини-ког (*Mini-Cog*) тест испуњава скоро све ове услове. Употребљава најсилније компоненте *MMSE (Mini mental state examination)* са сечање на три речи после приближно једне минуте. Мини-ментал тест је још увек најпрефериранији инструмент за скрининг у свету. Употреба Мини-ког направљен од стране лекара опште медицине, са Мини-ментал, направљен од неуролога, показују блиску сагласност у односу на резултате добијене од оба теста, посебно у односу на сензитивност и специфичност, као и негативна предикативна вредност, што чини да Мини-ког буде валидна дијагностичка алатка за употребу на нивоу ПЗЗ. Лекари опште медицине могу да не препознају когнитивну поремеченост, све до умерене или напредне фазе. Код многих пацијената са деменцијом или са предементним симптомима широм света, превенција је јединствен проблем третиран од стране лекара опште медицине, који немају приступ до специфичних биомаркера. Да би се стигло до ових пацијената за програм превенције, потребне су појачане мере за превенцију у примарном здравственом сектору. Додатно томе, проблем је и то што су лекари опште медицине ограничени и у погледу на време и финансије. Рано откривање деменције је у сагласности са циљем за висококвалитетну здравствену заштиту. Можда је најважније од свега да рана дијагноза обезбеђује време за пацијенте и породицу, да се припреме за будућу негу и да максимизирају могућности пацијената за допринос у процесу планиране бриге. Тако, проактивни приступ до дијагнозе и интервенције може да побољша благостање обе стране – лица са деменцијом и чланова

породице, који су укључени у негу пацијената. Рани симптоми деменције, као што је оштећење меморије, можда нису приметни за време рутинске посете, осим ако нису директно оцењени. Отуда не изненађује чињеница да многе студије откривају закаснелу или недокументовану дијагнозу деменције између даваоца ПЗЗ. Пропуштене и одложене дијагнозе у медицини су пре неко време добиле повећану пажњу у односу на безбедност пацијената због њихове опасности и трошкова. То се односи када је постављање дијагнозе ненамерно одложено, грешно или пак пропуштено, због немања довољног времена при свакодневним посетама. Пропуштена и одложена дијагноза деменције води до изгубљена могућност за лечење, повећање терета пацијенту и старатељу, рано јављање бихејвиорално психосоцијално нарушење и рана институционализација, што је у контрадикторности са протоколима. **Закључак.** Породични доктори могу да врше испитивања за рану дијагнозу код пацијената са најмање једним фактором ризика. Потребно је да се прихвати најодговарајући тест, који ће се спроводити над лицима код којих постоји сумња на когнитивни дефицит и да се на време упуту специјалисти. Специфични модел бриге о лицима са деменцијом не олакшава холистичко управљање нити координираност бриге **за** и са слоченим мултиморбидитетима. Ово су основне функције ПЗЗ.

**Кључне речи:** деменција, рана дијагноза, скрининг

## LIJEČENJE BOLI U OBITELJSKOJ MEDICINI

**Milica Katić<sup>2</sup>, Mirjana Resanović<sup>1</sup>, Biserka Bergman Marković<sup>2,3</sup>**

<sup>1</sup>Dom zdravlja Sisak

<sup>2</sup>Dom zdravlja Zagreb – Centar, Hrvatska

<sup>3</sup>Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Prof. prim dr sc. Biserka Bergman Marković

Bol je jedan od najčešćih simptoma i razlog za posjetu liječniku obiteljske medicine. Više od dvije trećine bolova nastaje zbog bolesti i problema u mišićno koštanoj sustavu. U bolesnika s rakom bol je često prisutna, neadekvatno liječena i simptom koji ih najviše plaši. Zdravstveni profesionalci ne posvećuju dovoljno pažnje boli i ne raspolažu dostatnim znanjem o liječenju boli, pa se bol ne liječi u skladu sa preporukama. Za procjenu težine boli najvažnije je uvažiti što sam bolesnik iskazuje i koristiti ljestvice za procjenu boli. Suvremena farmakoterapija boli temelji se na konceptu "tri stepenice liječenja boli" Svjetske zdravstvene organizacije, koji je univerzalno primjenjiv i omogućava fleksibilnost u izboru i primjeni analgetika. Liječenje boli se započinje neopioidnim lijekovima, potom se prema potrebi dodaju slabi i jaki opiodi. U svakoj stepenici moguće je primjenjivati adjuvantne lijekove sukladno specifičnim potrebama bolesnika. Uz lijekove se mogu primjenjivati i drugi postupci za liječenje boli.

**Ključne riječi:** bol, stepenice liječenja boli, opiodi, obiteljski liječnik

## УЛОГА ЛЕКАРА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ У МУЛТИМОДАЛНОМ ЛЕЧЕЊУ БОЛА

**Златка Марков**

Дом здравља Нови Сад, Србија

Лечење бола или аналгезија подразумева примену једног или више лекова уз примену и нефармаколошких средстава, ради постизања максималне ефикасности (купирања бола) уз минималне нежељене ефекте за пацијенте. Основни циљ успешног лечења бола јесте ублажавање бола или потпуно купирање бола, затим побољшање квалитета живота и радне способности пацијента. Лечење бола спада у основно људско право, које подразумева да свако има право на ублажавање, лечење бола и ублажавање патње. У терапији бола треба бирати најефикаснији и најбезбеднији лек, у најмањој ефикасној дози, уз истовремено избегавање значајних интеракција с другим лековима. Важно је знати како успешно подједнако лечити и акутни и хронични бол. Ако се акутни бол не лечи благовремено и адекватно, може настати хронични бол, чије лечење је често веома захтевно и често подразумева мултимодални и мултидисциплинарни приступ. Лечење бола компликује и присутан коморбидитет код пацијената. Успешно лечење бола најчешће захтева мултимодални и мултидисциплинарни приступ. Мултимодални приступ подразумева фармакотерапију, физикалну терапију, инвазивне и минимално инвазивне методе као и примену комплементарних метода лечења, когнитивно-бихејвиоралну терапију и друге методе лечења. Мултидисциплинарни приступ подразумева да је у терапију бола укључено више стручњака различитих специјалности од изабраног/породичног лекара, лекара других специјалности, до медицинских сестара, физиотерапеута, радних терапеута, психолога и социјалних радника. Изабрани/породични лекар има обавезу да пацијента обавести о узроку бола, о његовом целокупном здравственом стању, нарочито како постојање и других болести утиче на успешност лечења бола, о начину лечења, о ризицима лечења и могућим нежељеним дејствима и могућим компликацијама. Важно је пацијенту предочити да успех лечења бола зависи и од њега самог, тј. од поштовања препоручених процедура у лечењу. Ову обавезу имају и лекари других специјалности. Самопроцена бола је златни стандард за фармакотерапијски приступ у лечењу бола, тако да је неопходно да изабрани/породични лекар добро познаје методе и има инструменте за самопроцену бола код пацијента: Скала вербалне процене (*Verbal rating scale – VRS*), Нумеричка аналогна скала (*Numeric rating scale*), Визуелна аналогна скала (*VAS*). Мултидимензионална процена бола се изводи употребом низа различитих инструмената. Најбољи је индивидуалан приступ болеснику, када се лечење прилагођава његовим потребама и специфичним околностима. По потреби се користе и комплементарни методи у лечењу, као што су акупунктура, јога, разне технике опуштања, ароматерапија, фитотерапија и друге. Поред стручних лица, у лечењу бола значајну улогу има, пре свега, сам пацијент и чланови његове породице У случајевима када се бол не може отклонити у потпуности већ само ублажити, пацијенту треба објаснити да је

смањење бола за више од 30% или побољшање радне способности за 30% успешно лечење. Када изабрани/породични лекар не може успешно да лечи бол, у обавези је да пацијента упути у специјализоване амбуланте или друге установе које се баве дијагностиковањем и лечењем бола.

За што успешније лечење бола веома је важна сарадња лекара на свим нивоима, пре свега да би се скратило време постављања тачне дијагнозе, да би се избегле непотребне претраге и њихово понављање у различитим установама и на различитим нивоима, а самим тим што пре започело лечење и смањили трошкови лечења. Веома је важна и сарадња лекара свих профила са осталим члановима тима за лечење бола

## / СПЕЦИЈАЛИСТЕ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ У ТЕРАПИЈИ И КОНТРОЛИ ХРОНИЧНОГ КАНЦЕРСКОГ БОЛА

**Недељка Бошков**

Општа болница, Зрењанин, Србија

**Увод.** Малигне болести у свету и код нас бележе стални пораст у оболевању и смртности. Бол је најчешћи и најтежи симптом малигне болести који највише плаши и болесника и његову породицу, јавља се у око 50%-70% болесника у свим фазама болести. Истраживања показују да око 90% оболелих у узнапредовалом стадијуму болести пати од умерено јаког и јаког канцерског бола. Према подацима Светске здравствене организације (СЗО), канцерски бол је могуће отклонити код 70%-90% болесника. Метод СЗО се заснива на фармакотерапији лековима који примењују на најмање инвазиван начин (првенствено орално), по сатници, у складу са јачином бола и индивидуалним карактеристикама болесника и болног синдрома. Опиоидни аналгетици су кључни лекови, без којих успешна терапија умерено јаког и јаког канцерског бола није могућа. У току лечења пацијент, породица, тим примарне заштите (изабрани лекар), онколошки тим (укључујући и психолога и друге сараднике), чине један **тим**. Посебно је важна улога изабраног лекара у току целолупног лечења а нарочито у отклањању / ублажавању хроничног канцерског бола. Читав је низ препрека успешном лечењу канцерског бола. Једна од озбиљних препрека је опиофобија, као и доступност лекова. Лекар примарне здравствене заштите (изабрани лекар) има најзначајнију улогу у отклањању канцерског бола, али и пуно баријера и заблуда које га спречавају да успешно отклања бол својим болесницима.

**Циљ овог рада** је да укаже на могуће препреке као и начине њихових превазилажења кроз освежење постојећег знања, праћење препорука, Правилника о лековима, адекватним превенирањем нуспојава и нежељених дејстава лекова који се примењују.

## ЛЕЧЕЊЕ ХРОНИЧНОГ НЕКАНЦЕРОГЕНОГ БОЛА ФИЗИКАЛНОМ ТЕРАПИЈОМ

**Марија Гарић**

Специјална болница за рехабилитацију „Русанда“, Меленци

"Бол је непријатно сензорно емоционално искуство са актуелним и потенцијалним ткивним оштећењем или описом таквог оштећења" (дефиниција *IASP* - Међународна асоцијација за проучавање бола). Праг сензибилности је наследан, везан је за *GCH-1* хромозома 7. Декларацијом *IASP* и *EFIC*-а из 2004. године, хронични бол је дефинисан као болест сама по себи. Хронични бол представља болест нервног система. Траје месецима или годинама, нема одбрамбену улогу, али ремети животне и радне активности. Сензитизација нервног система у хроничном болу клинички се испољава хипералгезијом, алодонијом, перзистентним пролонгираним и пренесеним болом. Компоненте бола примарно су директна последица сензације перцепције, дискриминације и препознавање ноксичног стимуланса. Секундарна компонента укључује патњу и реактивне аспекте - анксиозност, депресију и други емоционални одговор на бол - поспаност, инсомнија, смањен либидо, поремећај персоналних односа, тахипнеја, пораст мишићног тонуса. Нема једне ефикасне терапије која би била добра за лечење свих проблема везаних за бол. Лечење бола захтева мултидисциплинарни тим који ће укључити физичку, психолошку, окупациону и друштвену димензију у третман хроничног бола. Основно начело терапије хроничног бола је утицај на периферне и централне делове болног пута. Једна од најстаријих терапија чија је ефикасност јасна и потврђена у мултицентричном приступу лечења бола јесте физикална терапија, кинезитерапија, термотерапија, пелоидотерапија, криотерапија, хидротерапија које су једна од најстаријих примењених терапија за лечење бола. Електротерапија, магнетотерапија, ласеротерапија, ултразвучна терапија радио таласима све више су у примени при чему се комбинују различити интензитети, фреквенције, температуре и модалитети ради постизања оптималног ефекта лечења. Хроничан бол је човеков највећи непријатељ. У Србији се од хроничног бола лечи око милион људи, најчешћи је бол у леђима. У СБ Русанда током 2017. године лечено је 4.949 болесника амбулантно и 3.163 стационарно; 1.359 су лечени због бола у леђима, 725 због болова у зглобовима, 136 због болова у зглобовима услед запаљењског реуматизма, 310 због хроничних болова након оперативног лечења дегенеративних промена зглобова.

## KOGNITIVNI POREMEĆAJI U PRAKSI LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE

**Tea Omanovic Kolaric<sup>1</sup>, Rudika Gmajnić<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Medicinski fakultet Sveučilišta J. J. Strossmayer u Osijeku,

Katedra za internu medicinu, obiteljsku medicinu i povijest medicine,

<sup>2</sup>Privatna specijalistička ordinacija obiteljske medicine prof.dr.sc. Rudika Gmajnić,  
Hrvatska

Kognitivne funkcije se odnose na različite procese vezane uz percepciju, pamćenje, pažnju, jezik, govor, prosuđivanje i zaključivanje, te se stoga i kognitivni poremećaji vežu uz različita oštećenja navedenih funkcija. Suprotno dosadašnjim uvjerenjima, novija istraživanja ukazuju da popuštanje kognitivnih funkcija nije normalan dio starenja. Stoga se uvodi termin *blagog kognitivnog poremećaja* kojeg definira blagi kognitivni pad veći od očekivanog za dob i obrazovanje pojedinca, koji ne utječe na njegov svakodnevni život. Njegova prevalencija u populaciji je između 3% do 19% u osoba starijih od 65 godina. Ovo je osobito važno u praksi liječnika obiteljske medicine, jer kod polovice ovih pacijenata unutar 5 godina stanje napreduje do demencije. No, pravodobnom i pravilnom identifikacijom blagog kognitivnog poremećaja, te sekundarnom prevencijom čimbenika rizika, možemo zaustaviti razvoj demencije. U praksi nam mogu pomoći različiti testovi za procjenu kognitivnih funkcija čija je primjena jednostavna, kao što je *MMSE (Mini-Mental State Examination)*.

**Ključne riječi:** kognitivni poremećaj, liječnik obiteljske medicine, demencija, sekundarna prevencija

## УПОТРЕБА КРАТКОДЕЛУЈУЋЕГ ОРАЛНОГ МОРФИНА У ПРАКСИ ЛЕКАРА У ОДСЕКУ КУЋНОГ ЛЕЧЕЊА - Приказ случаја

**Марија Гарић, Лепа Јовановић**

Специјална болница за рехабилитацију „Русанда“, Меленци  
Градски завод за палијативно збрињавање, Београд, Србија

**Увод.** Морфин-сулфат је опиоидни аналгетик, а његова форма за оралну примену (ОМ) то је ораморф је најчешће примењиван лек у палијативној медицини. Индикација за примену ОМ је снажан канцерски бол који се не може купирати другим аналгетикима; има бројне нежељене ефекте: респираторна депресија, психомоторни поремећаји, мука, повраћање, опстипација миоза централног порекла. Достиже максималну концентрацију у крви за 15 min, а аналгетски ефекат траје до 4 сата. Дозира се према сатници, са индивидуланим прилагођавањем дозе према карактеристикама бола и општем стању пацијента. Врло је важно пратити његове потенцијалне интерреакције с депресорима ЦНСа, што може довести до депресије респираторног центра. Наше искуство с применом ораморфа у кућном лечењу указује на три индикације: аналгезија канцерског бола, напади гушења, напади наддражајног кашља и стоматитиси.

**Приказ случаја 1.** Мушкарац старости 56 година, примљен на кућно лечење након болничког лечења. Верификован сквамозелуларни карцином једњака (2012. година), карцином орофаринкса и карцином левог главног бронха и трахеје (мај 2017. година). У току кућног лечења два пута је хоспитализован због хемиотерапије, сваки пут је прописана дезопструктивна инфузиона терапија по седам дана. При првом прегледу у кућном лечењу, пацијент доброг општег стања, жали се на промуклост, повремено гушење у ноћним сатима (*ECOG 1 - Electrocochleography*). Током лечења и поред хемиотерапије напади гушења све чешћи преко дана. Пацијенту је уведен ОМ 5 mg по потреби. Због "неефикасности" пацијент одбија даље узимање лека. Од техничара за палијацију добијамо податак да је пацијент по цео дан сам и да напади гушења престају када дође техничар. Уводи се бромазепам од 1,5 mg. Боље спава, напади ређи. У октобру нагло погоршање стања *ECOG 3*, напади гушења учесталији, уводи се ОМ три пута по 5 mg на 24h уз бромазепам. Напади се смањују у току дана због напретка болести. Пацијент умире у децембру.

**Приказ случаја 2.** Пацијенткиња старости 63 године, примљена на кућно лечење у јуну 2013. године због скокова температуре као последице радијационе пнеумоније. Третирана пронизоном 20 mg и ОМ два пута по 5 mg. Аденокарцином плућа дијагностикован јануара 2012. године, лечен хемиотерапијом и радиотерапијом. Децембра 2015. године пацијенткиња оперише леви кук (ендопротеза), примарна болест у релапсу. Пацијенткиња на терапији ОМ од јануара 2016. године. Од октобра 2016. јављају се болови у лумбалном пределу, даља дијагностика показује метапромене у ребрима и леђном пршљену и пацијенткиња поново узима ОМ док се не обави једнострука антидolorозна радиотерапија. У марту 2017. године болови се појачавају; ОМ узима редовно и

уводи се *fentanyl* фластер у дози 25 mcg/h. После пар месеци спроводи се *TENS*, уводи *pregabalyn* и постепено се повећавају дозе *fentanyl* фластера уз повећање ОМ код пробоја бола. Данас је пацијенткиња на 150 mcg/h *fentanyl* фластера и 30 mg ОМ код пробоја бола, а због ателектазе десног плућног крила с масивним изливом и мултипле метастатске промене на торакалним пршљеновима и ребрима - уводи се хемиотерапија.

**Закључак.** Наши случајеви указују да је ОМ ефикасан у третману напада гушења и пробоја бола код пацијената на дуготрајној терапији опиоидима. Ови случајеви указују на значај медицинских техничара у палијативној медицини ради мониторинга ефикасности примењене терапије. Психотерапеут је значајан члан у мултидисциплинарном палијативном тиму.

## MOGUĆNOST BRZOG OTKRIVANJA KOGNITIVNIH POREMEĆAJA U PORODIČNOJ MEDICINI

Zaim Jatić<sup>1,2</sup>, Asmir Lepuzanović<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Javna ustanova Dom zdravlja Kantona Sarajevo

<sup>2</sup>Medicinski fakultet, Univerzitet u Sarajevu

<sup>3</sup>Javna ustanova Dom zdravlja Cazin, Bosna i Hercegovina

**Uvod.** Porodični ljekari su svakodnevno suočeni s brojnim pacijentima i veoma različitim problemima. Zbog toga su im potrebni brzi i pouzdani testovi za brzo otkrivanje kognitivnih promjena kod pacijenata.

**Cilj rada.** Ispitati vanjsku validnost testa *sposobnosti nabiranja lijekova* (SNL) u odnosu na *MiniCog* i *MMSE* (*Mini-Mental State Examination*).

**Metod.** Presječno-opservacijska studija sprovedena u tri ambulate porodične medicine u periodu mart - april 2016. godine. Test SNL je rađen tako što bismo zamolili ispitanike da nabroje lijekove koje koriste. Broj nabrojanih lijekova je dijeljen sa brojem stvarnih lijekova zapisanih u zdravstvenom kartonu.

**Rezultati.** Ukupno je uključeno u istraživanje 250 ispitanika od 65 do 90 godina ( $M 72,3 \pm 6,76$ ), žene 58%. Test *NSVL* je bio pozitivan u 43,6%, *MiniCog* u 50,4% i *MMSE* u 48,8% slučajeva. Postoji statistički signifikantna pozitivna korelacija između *NSVL* i *MiniCog* ( $rs(250) = 0.64, p < 0,001$ ) i *MMSE* ( $rs(250) = 0.67, p < 0,001$ ). Po već predefiniranom pozitivnom skoru (*cutoff*)  $SNL < 0,8$ , površina ispod krive ( $AUC \pm SE$ ) je imala dijagnostičku preciznost ( $0,787 \pm 0,30$ ) uz senzitivnost 0,73 i 1- specifičnost 0,156. U odnosu na rezultate *MMSE*, test *NSL* je imao pozitivnu prediktivnu vrijednost (PPV) 82%, negativnu prediktivnu vrijednost (NPV) 76% i *Odds ratio* 14,4. Rezultati multiple regresije indiciraju da postoji zajednički kolektivni signifikantni efekat dobi, broja drugih oboljenja, broja lijekova i stručne sprema i rezultata testa SNL ( $F(4, 245) = 24,52, p < 0,001, R^2 = 0,274$ ). Pojedinačni rezultati individualnih prediktora ukazuju da su doba ( $t = 5,50, p < 0,001$ ), broj lijekova koje koriste ispitanici ( $t = 2,88, p = 0,004$ ) i stručna sprema ( $t = -4,66, p < 0,001$ ) bili signifikantni prediktori u ovom modelu.

**Zaključak.** Porodični ljekari mogu koristiti test sposobnost nabiranja lijekova kao brzi skrining za prepoznavanje kognitivnih poremećaja kod pacijenata i, nakon pozitivnih rezultata, potrbno je da pacijente uključe u punu dijagnostiku demencije.

**Ključne riječi:** rana detekcija, kognitivni poremećaji, demencija, porodična medicina

## KAKO POMOĆI NJEGOVATELJIMA OSOBA S DEMENCIJOM? ULOGA PORODIČNOG LJEKARA

Džanana Jatić<sup>1</sup>, Zaim Jatić<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Javna ustanova Dom zdravlja Kantona Sarajevo

<sup>2</sup>Medicinski fakultet, Univerzitet u Sarajevu, Bosna i Hercegovina

**Uvod.** Više od 8% osoba starijih od 65 i više od 33% osoba starijih od 80 godina imaju demenciju. Tradicionalno na našim prostorima glavni negovatelji ovih osoba su članovi porodice. Porodični ljekari treba da znaju koje su uloge i koje su pozitivne i negativne posljedice negovanja osoba s demencijom na negovatelje.

**Cilj rada.** Utvrditi posljedice negovanja osoba s demencijom na negovatelje i ulogu tima porodične medicine.

**Metod.** Pregled dostupne literatue u sljedećim bazama podataka: *PubMed/Medline, EMBASE, Cochrane Library i SCOPUS* sa sljedećim terminima pretraživanja: *dementia AND informal AND caregivers AND burden*. Autori su neovisno procijenili prihvatljivost članaka. Jedan autor je izvršio ekstarkciju podataka, a drugi je neovisno potvrdio te podatke. Rezultati su sintetizirani narativno sljedeći *Whittemore* i *Knaf* metod u pet faza.

**Rezultati.** Ukupno je pregledano 318, a u rad su uvršteni podaci iz 41 rada. Negovatelji osoba s demencijom obično nisu profesionalci i nemaju formalnu obuku i trening, a pružaju dugovremenu negu u kući, bez ideje kada bi ona mogla biti okončana. Negovatelji su najčešće žene (supruga ili kćerke) koje su vulnerabilnije u pogledu zdravlja, koriste više psihotropnih lijekova i imaju tendenciju da ne traže i odbijaju zdravstvenu pomoć. Često negovatelji imaju veću prevalenciju anksioznosti, depresije, disfunkcionalnih misli, suicida, fizičkih oboljenja (hipertenzija, dijabetes). Nivo stresa kod negovatelja je znatno veći i često nemaju dovoljno vremena za sebe. Posebne zahtjevne situacije su kada je u pitanju odnos djeteta-roditelj, agresivni pacijenti, nedostatak ili nemogućnost komunikacije i zamjena ritma spavanja. Negovatelji često imaju i finansijske probleme. Pozitivni uticaji negovanja su duhovna ispunjenost, podizanje samosvijesti, spoznaja što je bitno u životu i da ste nekome potrebni.

**Zaključak.** Porodični ljekari prilikom svoje redovne brige za osobe s demencijom, treba da obrate pažnju i na negovatelje. Potrebno je procijentiti: znanje i vještine potrebne za negovanje, mentalni i fizički status, finansijske troškove. Negovateljima treba ponuditi informacije o svim mogućim resursima pomoći u lokalnoj zajednici. U brigu o pacijentu je potrebno uključiti sve relevantne zravstvene profesionalce, socijalne radnike, vladine i nevladine organizacije.

**Ključne riječi:** demencija, neformalni negovatelji, opterećenje, porodična medicina

## БОЛ И ПОРОДИЧНА МЕДИЦИНА

**33. Катерина Ковачевиќ<sup>1,2</sup> Љубин Шукриев<sup>2</sup>, К. Ставриќ<sup>2</sup>, М. Тунцева<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Приватна здравствена установа “Вита Катерина”, Скопље,

<sup>2</sup>Центар за породичну медицину, Медицински факултет Универзитета у Скопљу, ЗЛОМ-СМ

Бол је један од најстаријих здравствених проблема и присутан је у свим гранама медицине. И поред тога, његова елиминација није на најбољи начин и адекватна, а његова неадекватна контрола значајно утиче на функционисање болесника. По дефиницији, бол је непријатни сензитивни осечај и емотивни доживљај, везан за постојечу или претечу повреду ткива. У ширем смислу, бол је све оно што каже болесник да га боли. Карактеристике бола су да воља може да утиче на бол и да се, када бол не изазива уобичајене реакције као што су страх, узнемиреност, паника и патња, значајно повећава толеранција иако перцепција болних стимулација релативно није значајно промењена.

Бол се класификује према трајању (акутан и хроничан), јачини (благ, умерен, јак и неиздржлив), локализацији (глава, врат, грудни кош, трбух, карлица, горњи и доњи екстремитети), патофизиолошким механизмима (ноцицептивни, неуропатски и мешовит) и етиологији (траума, опекотине, упала, малигна обољења, психички бол).

Са болесником кога нешто боли први се сусречу лекари опште-породичне медицине. За лекаре бол је путоказ, али је његова јачина различита. Бол може врло брзо довести до тачне дијагнозе, успешног лечења и благодети болесника, али и до погрешне дијагнозе и неповољног исхода. Када причамо о болу често мислимо на канцерски бол, заборављајући на друге видове бола с којима се у свом раду сусрече породични и лекар опште медицине. Улога лекара је да путем лекова утиче на ублажавање бола. Но, при томе треба мислити и на њихове недостатке. Лекар опште-породичне медицине треба да мисли о узроку бола и његовом отклањању ако је могуће, односно лечити болесника а не болест.

**Кључне речи:** бол, породична медицина, породични доктор, третман

## ФАКТОРИ РИЗИКА ЗА НАСТАНАК ДЕМЕНЦИЈА: МОГУЋНОСТИ И СТРАТЕГИЈЕ ПРЕВЕНЦИЈЕ

**Александра М. Павловић**

Клиника за неурологију Клиничког центра Србије, Београд  
Медицински факултет Универзитета у Београду, Србија

Процена је да бар 6%-10% популације старије од 65 година развија деменцију, при чему су најчешће форме дегенеративна деменција Алцхајмеровог типа (*AD*) и васкуларна деменција (*VaD*). Процењује се да ће се број дементних утростручити у свету у наредне три деценије. Старост је најзначајнији фактор ризика за настанак когнитивног пада у популацији уопште, док наследне форме чине веома мали проценат оболелих. Како се ради о обољењу које носи велики мордибитет не само погођених особа, већ и старатеља са великим трошковима за друштво, а актуелне прихваћене терапијске стратегије имају само умерен ефекат на симптоме не мењајући ток болести, не изненађује да је данас акценат на превенцији ових болести. Постоје фактори на које не можемо да утичемо, као што су старење, пол и наследност. Преминација женског пола код старијих оболелих се најпре може објаснити просечно дужим животним веком жена. Постоје докази да се ризик и *AD* и *VaD* може смањити деловањем на променљиве факторе ризика, са најјачим доказима за хипертензију, дијабетес, пушење и гојазност. Депресија двоструко повећава ризик од когнитивног пада, са бидирекционом повезаношћу с васкуларним факторима ризика, као што су хипертензија и коронарна болест. Постоје докази да редовна физичка активност, здрава исхрана и целоживотна когнитивна активност смањују ризик за когнитивни пад. Веома је интригантна веза дисфункције штитасте жлезде, дефицита неких витамина (превасходно витамина *B<sub>12</sub>*, *D* и фолата) и повишеног нивоа хомоцистеина с настанком и превенцијом деменција. Занимљива је и повезаност фактора ризика средине, као што су загађење ваздуха, присуство алуминијума, пестицида и др. на настанак деменција. У популацији која стари и суочава се с повећаним ризиком за когнитивни пад који доводи до функционалне зависности и губитка самосталности, сазнања о сваком фактору ризика на који се може деловати су од изузетног значаја.

## МАНДИБУЛАРНЕ ДИСФУНКЦИЈЕ И ЧЕСТИ КОМОРБИДИТЕТИ

**Ведрана Јовановић<sup>1</sup>, Сања Чолић<sup>2</sup>, Маја Рачић<sup>3</sup>,  
Сребренка Кусмук<sup>4</sup>, Недељка Ивковић<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>ЈЗУ Дом здравља Бјелјина, Република Српска, БиХ

<sup>2</sup>ЈЗУ Дом здравља Рудо, Република Српска, БиХ

<sup>3</sup>Медицински факултет Фоча, Универзитет у Источном Сарајеву,  
Република Српска, БиХ

<sup>4</sup>ЈЗУ Дом здравља Соколац, Република Српска, Босна и Херцеговина

**Увод.** Темпоромандибуларне дисфункције (*TMD*) је заједнички назив за неколико клиничких проблема који укључују мастикаторне мишиће, темпоромандибуларни зглоб и њихове повезане структуре.

**Циљ рада.** Испитати учесталост *TMD* као и присуство честих коморбидитета.

**Метод.** У студију пресјека је укључено 170 пацијената, старости од 18 до 65 година, тимова породичне медицине ЈЗУ Дома здравља Бијелина и ЈЗУ Дома здравља Рудо, Република Српска, БиХ. Инструменти истраживања који су се користили су: *TMD Pain Screener*; *DC/TMD Symptom questionnaire*; *GCPS - Graded Chronic Pain Scale Version 2.0*; *PHQ-15: Physical Symptoms (The Patient Health Questionnaire Physical Symptoms)*; *GAD-7: Anxiety (General anxiety disorder questionnaire)*; *PHQ - 9: Depression (Patient Health Questionnaire)*; *Insomnia screening questionnaire*; *MS-QID - Migraine screen questionnaire*; *SF-LDQ (The Short-Form Leeds Dyspepsia Questionnaire)*; *PSS-10 (Perceived Stress Scale)*. Статистичка анализа података је урађена помоћу *SPSS 20.0* софтверског статистичког пакета.

**Резултати.** Од укупног броја испитаника, скринингом је утврђено постојање *TMD* код 11,2%, чешће су присутне код старијих пацијената (78,9%), није уочена статистички значајна разлика међу половима. Несаница ( $p=0,044$ ) и доживљени стрес ( $p=0,023$ ) су статистички значајно чешће присутни код пацијената са *TMD*, док су хронични бол ( $p=0,001$ ), соматизација ( $p=0,002$ ), анксиозност ( $p=0,001$ ), депресија ( $p=0,005$ ), мигрена ( $p=0,002$ ) и диспепсија ( $p=0,005$ ) високо статистички значајно чешће присутни код пацијената са *TMD*. Као ниво статистичке значајности узета је вриједност  $p<0,05$ .

**Закључак.** Темпоромандибуларне дисфункције, хронично болно стање и присутни коморбидитети указују на потребу мултидисциплинарног приступа у дијагностици и терапији. Питања које се намећу - да ли ови поремећаји често остају непрепознати у амбулантама породичне медицине.

**Кључне речи:** темпоромандибуларне дисфункције, коморбидитети

### Литература

1. Ивковић Н, Божовић Ђ, Поповић Грубач Д, Ристић С, Давидовић Б. *Утицај естрогена на појаву темпоромандибуларних дисфункција*. Биомедицинска истраживања, 2012;3(1):52-59.

## РАДИОНИЦЕ

### НАЈЧЕШЋЕ ДИЛЕМЕ У ПРОПИСИВАЊУ АНТИБИОТСКЕ ТЕРАПИЈЕ У ОПШТОЈ МЕДИЦИНИ

**Весна Јањушевић, Невенка Димитријевић**

Дом здравља “Стари град”, Београд  
Дом здравља “Вождовац”, Београд, Србија

Србија спада у земље с високом стопом прописивања антибиотика, при чему се на нивоу примарне здравствене заштите (ПЗЗ) пропише око 80% свих антибиотика, што овом сегменту здравствене службе даје посебан значај у активној борби с проблемом бактеријске резистенције.

Методологија рада у ПЗЗ често налаже прописивање антибиотске терапије емпиријски, ослањајући се на могући бактеријски узрок болести и прописивање антибиотика који би најефикасније деловао на ту бактерију. У кратком периоду у коме лекар ПЗЗ доноси одлуку о прописивању терапије, поред симптома и знакова болести узима у обзир и друге елементе, као што су животно доба пацијента, ризик од развоја компликација, немогућност праћења пацијента до контролног прегледа, што све заједно, уз недостатак брзих дијагностичких тестова, има одлучујућу улогу у често неоправданом прописивању антибиотика. Најчешће грешке при прописивању антибиотске терапије везане су управо за прописивање антибиотика у случајевима када за то нема индикација (акутне респираторне инфекције), за прописивање антибиотика широког спектра као првог избора, за неадекватан избор, дозирање и дужину примене антибиотика, као и за непридржавање стратегије одложене примене антибиотика која не угрожава лечење пацијента, али често омогућава спонтану регресију симптома, посебно код вирусних инфекција. Прописивање антибиотске терапије зависи од континуиране едукације самих лекара, али и од утицаја фармацеутске индустрије, утицаја консултаната, као и притиска самих пацијената да по сваку цену добију очекивану терапију.

Не постоји једноставан начин за решавање проблема прекомерног прописивања антибиотика. Поред континуиране медицинске едукације лекара и инсистирања на поштовању клиничких смерница и водича добре клиничке праксе, неопходно је и активно укључивање свих структура здравственог система, струковних организација, удружења пацијената, који заједничким снагама треба да подигну на највиши ниво проблем прекомерне употребе антибиотика и убрзаног развоја бактеријске резистенције, која може да угрози не само лекаре и пацијент, већ и здравствени систем у целини.

## ЕТИКА И ПАЛИЈАТИВНА МЕДИЦИНА

**Љубин Шукриев, К. Ставриќ, М. Тунцева, К. Ковачевиќ**  
 Центар за породичну медицину, Медицински факултет Скопље,  
 Р. Македонија, ЗЛОМ– СМ

**Увод.** Лекари и остали медицински персонал сусречу се са тешкоћама у свакодневном раду при пружању палијативне гриже. Зато, при палијативно збрињавање потребно је добро познавање етичких начела. Постоји широки распон медицинских проблема и етичких дилема који настају при пружању палијативне гриже. Добро познавање медицинске етике доприноси за доношење одговарајуче одлуке здравственог радника у његовој свакодневној медицинској пракси са болесницима који су са терминалном болешћу.

**Циљ рада.** Да упознамо моралне и етичке дилеме који се јављају у палијативној грижи, као и коришћење медицинских начела у разрешавању етичких дилема у палијативној грижи.

**Материјал.** Користиче се видеобим, пројектор, платно, евалуационе листе и сценарија.

**Метод.** Планира се презентација теоретског дела у ПП и практичног дела са интерактивним учешћем, обрада сценарија и видео консултације. По потреби, биће припремљена и тест питања.

**Закључак.** Медицинска етика је подручје на примену етике и проучавању моралне вредности. Желимо дати смернице за лекаре као и за њихову дужност, одговорност и понашање. Добра комуникација и објашњење за процес саме болести, кључни су за етичко палијативно лечење. Корисна и са осећајем, комуникација је саставни део етике у палијативној бризи.

## ВОЌЕЊЕ БОЛЕСНИКА СА ДЕМЕНЦИЈОМ – ДОЖИВОТНИ ЦИКЛУС

**Марта Тунцева, К Ставриќ, Љубин Шукриев, К. Ковачевиќ,  
Г. Зафировска Пировска, Љ. Захариев, Б. Таневска, Н. Ризанкоска,  
ПЗУ "Др. Кирил Атанасов" Скопје, Центар за породичну медицину,  
Медицински факултет, Скопје, Р. Македонија, ЗЛОМ-СМ**

**Увод.** Воцење деменције је хронични доживотни процес, који је оријентиран ка болеснику. Усваја се лични, културни и духовни осетљив приступ од самог почетка саопштавања дијагнозе, у зависности од променљивог стања и поштујући потребе до краја живота. Исто тражи познавање и усовршавање нових знања оријентирани ка личностима, стицање нових вештина и мењање ставова оријентисани ка болеснику са деменцијом.

**Циљ рада.** Упознати се са основом за негу болесника са деменцијом, сагледати потребе и течкоче са лицима са деменцијом, као и палијативни приступ са дементним болесником и његовим потребама до краја живота.

**Материјал.** Презентиране се упутства за воцење болесника са деменцијом, грижа и палијативни приступ.

**Метод.** Планира се презентација теоретског дела у ПП и практични део са питањима и дискусијом, тест и видеоконсултација.

**Закључак.** Лица са деменцијом имају потребу за индивидуалним приступом у свим стадијумима болести. Здравствени радници, његоватељи и они који воде бригу о лицима са деменцијом, имају потребу за перманентним обучавањем. Здравственим радницима и његоватељима, због емотивне заложбе у раду са дементним лицима и пад енергије, потребна је стална подршка за решавање проблема и признање за рад са болесницима с Алцхајмеровом болешћу.

## ЛЕЧЕЊЕ БОЛА КОД ОБОЛЕЛИХ ОД РЕУМАТСКИХ И КОШТАНО-МИШИЋНИХ БОЛЕСТИ

Милица Лазовић<sup>1</sup>, Предраг Остојић<sup>2</sup>, Мирјана Лапчевић<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Медицински факултет Универзитета у Београду, Институт за рехабилитацију,

<sup>2</sup>Медицински факултет Универзитета у Београду, Институт за реуматологију,

<sup>3</sup>Дом здравља "Вождовац", Београд, Србија

Према истраживањима Института "Милан Јовановић Батут", реуматске болести и болести коштаног-мишићног система (РББКМС) су на првом месту оболевања међу масовним незаразним болестима у Србији, чак три четвртине становника болује од неког облика реуматизма. У РББКМС се убрајају дегенеративне болести, хронични запаљењски артритис, ванзглобни реуматизам, метаболичке болести. Најчешће су дегенеративне, у 70% случајева. Велики проценат оболелих неоправдано пати од хроничног бола упркос нивоу на коме се налази медицинска наука и струка. Поред соматског бола у костима, зглобовима, мишићима, присутан је и неуропатски бол. Бол угрожава квалитет живота и доводи до депресије оболелих од РББКМС. У терапији била користе се: аналгетици (*Paracetamol*), нестероидни антиинфламаторни лекови (*NSAIL*) *per os* или локално апликацијом на кожу, хемијски лекови који мењају ток хроничних запаљењских артритиса (*LKMT*), златни стандард је *Metotrexat*. Савремена *биолошка терапија* је најефикаснија, али је због цене резервисана само за најтеже облике хроничних запаљењских артритиса (ХЗА) у које спадају реуматоидни артритис, спондилоартритиси. Важно је све наведене лекове благовремено, сукцесивно уводити и правилно дозирати. Изабрани лекар на основу анамнезе, прегледа, доступне лабораторије и *RTG*, при сумњи на ХЗА пацијента приоритетним упутом шаље реуматологу који поставља дијагнозу и отпочиње терапију *LKMTB*.

У акутној фази (прва три до шест месеци) користе се кортикостероиди у најмањој ефикасној дози и најкраће потребно *per os* или локално у зглоб, *Alpha D3*, *NSAIL*. Уколико болест не уђе у ремисију (*DAS* < 5,1), реуматолог, уз наведену терапију, предлаже *биолошку терапију*. Изабрани лекар води континуирану бригу о болеснику, уводи у терапију аналгетике и *NSAIL* и титрира аналгетску и антиинфламаторну дозу до смиривања бола и запаљења, редовно контролише крвну слику и биохемију у договору са реуматологом. У лечењу бола користе се процедуре физикалне медицине и рехабилитације, природни фактори - балнеоклиматологија, акупунктура, вежбање (функционални тренинзи на сувом и у води). Правилна исхрана смањује бол (избегавање црног меса, слаткиша, коришћење маслиновог уља, црног лука, љуте паприке), антидепресивна и психотерапија (аутогени тренинг), ресоцијализација. Такође, важно је заштитити дигестивни тракт од нежељених дејстава наведених лекова, нарочито од крварења, које може довести до смртог исхода. Квалитетнијим лечењем, што подразумева: рану дијагнозу, енергично лечење са зналачки одабраним лековима, правилним титрирањем дозе, утицајем на болеснике да промене стил живота и активно учествују у свом лечењу, а уз подршку релевантних здравствених институција и

друштва у целини, сигурно бисмо ми, здравствени професионалци, допринели побољшању квалитета живота оболелих од РББКМС.

## БЛАГА КОГНИТИВНА ОШТЕЋЕЊА И ФАКТОРИ РИЗИКА

Мира Киш-Вељковић<sup>1</sup>, Марина Фишековић Кремић<sup>1</sup>, Милена Костић<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Дом здравља Нови Београд, Београд

<sup>2</sup>Дом Здравља "Др Ђорђе Ковачевић", Лазаревац, Србија

Благо когнитивно оштећење (engl. *mild cognitive impairment – MCI*) је синдром који покрива подручје између нормалног старења и деменције. Очувано је свакодневно функционисање, а променом су захваћени: памћење, извршне функције, говор, визуелно просторна оријентација и пажња, честа је депресија, апатија или психомоторна агитација. Чињеница је да се између 50. и 80. године старости запремина мозга смањује за око 10% и он постаје лакши, и да истовремено опадају и брзина процесуирања информација, моћ концентрације и когнитивна флексибилност. Овај процес почиње у двадесетој години и постепен је, а нарочито се односи на способност задржавања нових информација која највише опада док старимо. Нормално старење је повезано са оштећењем когнитивне функције укључујући и меморију. Најчешћи проблеми су: заборављање имена 83%, заборављање где је нешто остављено 60%, шта је коме речено 49%, заборављање зашто је нека радња започета 41%, губитак нити разговора 40%. На убрзано пропадање можданих функција утичу фактори ризика на које се може утицати: хипертензија, дијабетес, хиперхолестеролемија, висок ниво хомоцистеина, пушење, гојазност, прекомерна употреба алкохола. Хипертензија ремети церебралну васкуларну структуру доводећи до исхемијских промена, нарочито у белој маси, убрзавајући процес атеросклерозе заједно са осталим факторима ризика. Упркос релативне безбедности и доступности антихипертензивне терапије и поред бројних спроведених студ, још увек нема уверљивих доказа да снижавање притиска доприноси побољшању когнитивних функција. Свеобухватнији приступ подразумева превенцију мултиплих фактора ризика и здрав стил живота, пре свега редовну физичку активност. Умерено физичко вежбање смањује морбидитет за 30%-50%, а као додатни аспект физичких вежби постоје снажни докази да је физичко вежбање корисно за менталне способности. Остали фактори који доприносе менталној виталности су: одговарајући начин исхране (богата цереалијама, воћем, поврћем и незасићеним масним киселинама), активан социјални живот, ментална активност (читање, писање, учење, сликање, стицање нових вештина ...).

Од велике је важности рана детекција појаве првих оштећења когнитивних функција и шта од оштећења постоји: оштећење извршних функција, оштећење пажње, меморије, просторно-визуелне перцепције, оштећење говора. Коришћењем једноставних тестова процене менталне функције у амбуланти лекара опште медицине (*MMSE*, *MoCA*, *SIS*, цртање сата...), нарочито ако се ради о пацијентима с мултиплим факторима ризика, већ после 40. године могу се открити први симптоми оштећења менталних функција. Правовременом превенцијом може се допринети дужем очувању менталне виталности.

## Прикази радова по темама

### Прва тема Фактори ризика за когнитивне поремећаје

Постер презентација

#### 1. КОРЕЛАЦИЈА ПРОЦЕСА СТАРЕЊА И НИВОА КОГНИЦИЈЕ У ГЕРИЈАТРИЈСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ

Сунчица Станков

Дом здравља Нови Сад, Општа медицина, Србија

**Увод.** Савремена медицина кроз актуелна истраживања објашњава на који начин мозак кроз структурне и неуролошке везе продукује и контролише понашање и менталне процесе обухватајући емоције и когницију. Такође, истражују се разлике и измене извршних и функција меморије и њихове разлике међу половима.

**Циљ рада и хипотеза.** Наше истраживање произилази из претпоставке да се током процеса старења мењају неки неурофизиолошки параметри, као што је ниво когниције.

**Метод.** Истраживањем је обухваћено 30 мушкараца и 30 жена, старости од 65 до 95 година, који живе у Геронтолошком центру Нови Сад. Употребљен је Стандардни геронтолошко-когнитивни упитник (SAGE) за утврђивање нивоа когниције – нормалног статуса когниције или благог когнитивног дефицита.

**Резултати.** Нормалан статус когниције и благи когнитивни дефицит су били подједнако заступљени код анкетираних испитаника, процес старења није утицао на ниво когниције.

**Закључак.** Имајући у виду чињеницу да током процеса *активног старења* може доћи до повишења нивоа когнитивних способности и побољшања здравственог стања, веома су важни геронтолошко–психолошки модели и истраживање разлика међу половима ради унапређења здравља особа старијег животног доба.

**Кључне речи:** неурофизиологија, когниција, геријатријска популација

#### Литература

1. Станков С. *Испитивање неурофизиолошких параметара који утичу на регулисаност артеријске хипертензије код особа старијег животног доба.* Докторска дисертација. Медицински факултет Универзитета у Новом Саду, 2013.
2. Scharre DW, Chang S-I, Murden RA, Lamb J, Beversdorf DQ, Katakaki M, Nagaraja HN, Bornstein RA. *Self-administered Gerocognitive Examination (SAGE). A Brief Cognitive Assessment Instrument for Mild Cognitive Impairment (MCI) and Early Dementia.* Alzheimer Dis Assoc Disord, 2010;24:64-71.

3. Gibas KJ. *The starving brain: Overfed meets indernourished in the pathology of mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer's disease (AD)*. Neurochemistry International, 2017;110:57-68.
4. Petersen RC, Roberts RO, Knopman DS, Geda YE, Cha RH, Pankratz NS, Boeve BF, Tangalos EG, Ivnik RJ, Rocca WA. *Prevalence of mild cognitive impairment is higher in men*. Neurology. 2010;10(75):889-97.
5. Malhotra R, Chan A, Malhotra C, Øsbye T. *Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the elderly population of Singapore*. Hypertension Research 2010;33:1223-31.

## Усмена презентација

# 11. ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУС И МЕНТАЛНИ ПОРЕМЕЋАЈИ – МНОШТВО ПИТАЊА, НЕКОЛИКО ОДГОВОРА

**Марина Фишековић Кремић, Горан Трајковић\*, Александра Јешић,  
Александра Косојевић, Селена Николић, Мирјана Стевић,  
Мирјана Милијановић**

Дом здравља Нови Београд, Општа медицина, Београд, Србија

\*Медицински факултет Универзитета у Београду, Катедра за медицинску статистику и информатику, Београд, Србија

**Увод.** Дијабетес мелитус (ДМ) је један од мноштва фактора ризика за појаву когнитивних поремећаја. Број оболелих пацијената од ДМ је у порасту.

**Циљ рада.** Одредити преваленцију емоционалних стања - депресије, анксиозности и стреса (DAS) радно способних пацијената са дијабетес мелитусом у примарној здравственој заштити.

**Метод.** Истраживање је спроведено као студија пресека на случајном узорку од 102 пацијента са ДМ. Подаци су прикупљани од децембра 2017. до фебруара 2018. године. Инструмент истраживања је упитник DASS-21 (Скала депресивности, анксиозности и стреса-21).

**Резултати.** Упитник DASS-21 су попуњавали радно способни пацијенти са ДМ, који су посетили свог изабраног лекара у Дому здравља Нови Београд. Погодан је за употребу у процени непријатних емоционалних стања депресије, анксиозности и стреса. Израчунате су фреквенције и проценти за категоријске варијабли. Пирсонов (Pearson)  $\chi^2$ -тест је коришћен за мерење разлике између варијабли коришћених у студији и за идентификацију предиктора као исходних варијабли. Сви подаци су обрађени статистичким пакетом SPSS 20.

**Резултати.** Од укупно 102 радно способна испитаника са ДМ, 29 (28,4%) је имало неки облик поремећаја менталног здравља. Укупна преваленција непријатних емоционалних стања DAS је 16,7%, 16,7%, 23,5% респективно. Испитаници су претежно биле особе женског пола (52%), у брачној заједници (76,5%), средњег образовања. Просечна старост је  $50 \pm 7,86$  година. Највећи број испитаника чинили су запослени - 77,5%. Више од половине испитаника је имало позитивну породичну анамнезу за ДМ (55,9%), а 67,6% се изјаснило да има придружене болести. Просечна вредност шећера у крви била је 7,2% а гликозилираног хемоглобина (HbA1c) 6,4%. Највећи број испитаника (72,5%) користио је оралну терапију и болест им је трајала од једне до 5 година. Појава поремећаја емоционалног стања депресије значајно је повезана са годинама старости и вредностима HbA1c, стање анксиозности са годинама старости, позитивном породичном анамнезом и запослењем. Стање стреса је повезано са појавом виших вредности шећера и HbA1c.

**Закључак.** Заступљеност непријатних емоционалних стања DAS радно способних пацијената са ДМ је веома присутна. Неопходно је да здравствени радници спроведу рану процену, идентификују непријатна емоционална стања код пацијената са ДМ и предузму правовремене интервенције.

**Кључне речи:** дијабетес мелитус, фактори ризика, когнитивни поремећаји

### **Литература**

1. Andreoulakis E, Hyphantis T, Kandylis D, Iacovides A. *Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review*. Hippokratia 2012;16(3):205-214.
2. Tan KC, Chan GC, Eric H, Maria AI, Norliza MJ, Oun BH, Sheerine MT, Wong SJ, Liew SM. *Depression, anxiety and stress among patients with diabetes in primary care: A cross-sectional study*. Malays Fam Physician 2015;10(2):9-21.
3. Koekkoek PS, Janssen J, Kooistra M, et al. *Cognitive Impairment in Diabetes: Rationale and Design Protocol of the Cog-ID Study*. Eysenbach G, ed. JMIR Research Protocols 2015;4(2):e69.

## Усмена презентација

**16. АТРИЈАЛНА ФИБРИЛАЦИЈА КАО ФАКТОР РИЗИКА  
ЗА КОГНИТИВНО ОШТЕЋЕЊЕ****Ана Лончар, Ана Прица**

Дом здравља Нови Београд, Општа медицина, Београд, Србија

**Увод.** Атријална фибрилација (АФ) представља фактор ризика за развој когнитивног оштећења не само због повећаног ризика од можданог удара, већ и присуства “немих” микроинфаркта мозга, хипоперфузије услед смањења ударног волумена срца, протромбогеног и проинфламаторног стања које доводи до ендотелне дисфункције и микрохеморагија као последица антикоагулантне терапије.

**Циљ рада.** Установити да ли се у одсуству можданог удара когнитивно оштећење јавља чешће у старијих пацијената са атријалном фибрилацијом.

**Метод.** У Дому здравља Нови Београд спроведено је опсервационо истраживање по типу случај-контрола током 2017. године. Укључени су испитаници старији од 65 година, који претходно нису имали клинички потврђен мождани удар нити су имали историјат депресивних поремећаја и когнитивне дисфункције. Прву групу чинило је 35 испитаника са дијагнозом атријалне фибрилације потврђеном од стране интернисте, просечног животног доба  $76,77 \pm 6,48$  година, од којих 21 мушкарац. Просечна дужина трајања атријалне фибрилације била је 6,34 године (у распону од 1 до 30 година). Другу, контролну групу, бирану методом случајног избора, чинило је 35 испитаника просечног животног доба  $77,18 \pm 5,74$  година, од којих 16 мушкараца који претходно нису имали дијагностиковану АФ. За процену варијабилности демографских и клиничких карактеристика испитаника међу групама, коришћени су  $\chi^2$ -тест и Ман Витнијев (*Mann Whitney*) тест. Испитаници се нису значајно разликовали по годинама, полу, образовном нивоу и присуству других фактора ризика за настанак деменције (пушење, гојазност, хипертензија, дијабетес мелитус и хиперлипотеинемична). За процену когнитивне функције испитаника коришћена је Мала скала за процену менталног статуса (*Mini Mental State Examination - MMSE*).

**Резултати.** Присуство когнитивног оштећења, дефинисано као укупан *MMSE* скор  $<24$ , регистровано је у 8 (22,86%) испитаника са атријалном фибрилацијом и у два (5,71%) испитаника контролне групе;  $\chi^2$ -тестом установљена је значајна разлика између учесталости когнитивног оштећења међу групама ( $\chi^2=4,2$ ; *SS1*;  $p=0,04$ ).

**Закључак.** У одсуству претходног можданог удара, когнитивно оштећење се знатно чешће јавља у старијих испитаника са атријалном фибрилацијом у односу на њихове вршњаке у синусном ритму ( $p<0,05$ ), те се атријална фибрилација може сматрати фактором ризика за развој когнитивног дефицита.

**Кључне речи:** когнитивни дефицит, деменција, атријална фибрилација, Мала скала за процену менталног статуса

**Литература**

1. Kalantarian S, Ruskin JN. *Atrial fibrillation and cognitive decline: phenomenon or epiphenomenon?* Cardiol Clin. 2016;34:279–285.
2. Alewijn Ott, Breteler MMB, Martine C. *Atrial Fibrillation and Dementia in a Population - Based Study - The Rotterdam study.* Stroke. 1997;28:316-321.

Постер презентација

## 21. МОГУЋИ ФАКТОРИ РИЗИКА ЗА ДЕМЕНЦИЈУ АЛЦХАЈМЕР

Јелена Драгићевић<sup>1</sup>, Лела Михајловић Јовановић<sup>1</sup>, Владана Антонијевић<sup>2</sup>,  
Марија Ђорђевић<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Здравствени центар Књажевац, Служба хитне медицинске помоћи

<sup>2</sup>Геронтолошки центар, Књажевац

<sup>3</sup>Дом старих "Вила Катарина", Књажевац, Србија

**Увод.** Деменција је стечени губитак когнитивних способности у две или више области виших кортикалних функција, праћен поремећајима понашања, емоција и нарушеним активностима свакодневног живота (*Cummings, Benson, 1992*). Критеријуми за Алцхајмерову (*Alzheimer*) деменцију су: а) деменција установљена клиничким прегледом, документована тестом Мала скала процене менталног стања - *MMSE (Mini-Mental State Examination)* или сличним тестовима и потврђена неуропсихијатријским тестовима; б) дефицит у два или више когнитивних подручја, в) дефицит у две или више области когниције; г) прогресивно погоршање памћења и осталих когнитивних функција; д) одсуство поремећаја свести; ђ) почетак изнад 40 година, најчешће после 65 година; е) одсуство системских поремећаја или других обољења који би могли бити узрок прогресивном недостатку когниције и памћења (*National Institut of Neurological – NINDS-ADRD 1984*, Критеријуми за дијагнозу Алцхајмерове деменције).

**Циљ рада.** Заступљеност фактора ризика Алцхајмерове деменције у домовима старих у Књажевцу.

**Метод.** Дескриптивна анализа здравствених картона, лабораторија, индекс телесне масе - *BMI, MMSE*.

**Резултати.** Испитана су 43 корисника Дома старих "Вила Катарина" и Геронтолошког центра у Књажевцу, који су примљени са већ дијагностикованом Алцхајмеровом деменцијом (према извештају неуролога и неуропсихијатра) и који у терапији имају инхибитор *Acetylcholinesterase* и антагонист *N* метал *D* аспартатних рецептора. Тест *MMSE* показао је 34,88% са умереном деменцијом, 23,26% тешком деменцијом и 20,93% лаком деменцијом. Од непроменљивих фактора: старост је на првом месту - 27,91% од 71 до 80 година, женски пол 69,77%, мушки пол 30,23%; по образовању, највише их је са основном школом 53,49%, са средњом 39,53%. Од променљивих фактора ризика: хипертензија на првом месту 18,85%, повишене вредности холестерола и триглицерида 9,84%, пушење 7,37%, дијабетес 6,56%, депресија 6,56%, повишена телесна тежина *BMI* >25 у 6,6%, цереброваскуларни инсулт - *CVI* 6,56%, поремећај ритма срца 4,92%.

**Закључак.** Фактори ризика за Алцхајмерову деменцију: стросно доба 6. и 7. деценија, женски пол, нижи ниво образовања, а променљиви: хипертензија, повишене вредности холестерола и триглицерида, пушење и дијабетес.

**Кључне речи:** деменција, старост, женски пол, хипертензија

## Литература

1. Павловић Д, Павловић А. *Деменција: неуропсихијатријски симптоми*. Београд, *Orion Art* 2014.
2. Павловић Д, Павловић А. *Деменција*. *Engrami* 24, Београд, 2002;3-4,
3. Роксандић Томек С, Мимица Н, Јукић М. *Алцхајмерова болест и друге деменције*. Загреб, *Aging* 2014.
4. Perlmutter D. *How to Boost performance and prevent dementia using no or low cost strategies*. 2017.
5. Национални водич добре клиничке праксе за Алцхајмерову болест. Министарство здравља 18/13, Београд, 2013.

Постер презентација

## 22. МАЛА СКАЛА ПРОЦЕНЕ МЕНТАЛНОГ СТАЊА - *MMSE* КАО ОБАВЕЗНИ ДЕО ПРЕГЛЕДА: ДА ИЛИ НЕ?

Јелена Драгићевић<sup>1</sup>, Лела Михајловић Јовановић<sup>1</sup>, Владана Антонијевић<sup>2</sup>,  
Марија Ђорђевић<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Здравствени центар Књажевац, Служба хитне медицинске помоћи

<sup>2</sup>Геронтолошки центар, Књажевац

<sup>3</sup>Дом старих "Вила Катарина", Књажевац, Србија

**Увод.** Деменција је стечени губитак когнитивних способности у две или више области виших кортикалних функција, праћен поремећајима понашања, емоција и нарушеним активностима свакодневног живота (*Cummings, Benson, 1992*). Према Међународној класификацији болести - МКБ 10, критеријуми за Алцхајмерову деменцију јесу: морају постојати вишеструки когнитивни недостаци, од којих један мора бити поремећај памћења; осим поремећаја памћења, мора постојати једно или више од следећих стања: афазија - погоршање језичких способности, апраксија - потешкоће у вршењу моторних активности, агнозија - поремећена способност препознавања, и проблем са извршним функционисањем. Препоруке Европске федерације удружења неуролога (*EFNS, Waldemer G et al 2007*) јесу да терапију инхибиторима *Acetylcholinesterase* треба започети код дијагностиковања деменције. Препорука Националног водича добре клиничке праксе је да треба увести терапију код дијагностиковања умерене и благе деменције.

**Циљ рада.** Заступљеност когнитивних поремећаја - деменције код корисника домова старих у Књажевцу, који до сада нису дијагностиковани ни лечени од деменције.

**Метод.** Дескриптивна анализа здравствених картона, тест *MMSE (Mini-Mental State Examination)*.

**Резултати.** Испитано је 100 корисника Дома старих "Вила Катарина" и Геронтолошког центра у Књажевцу, који нису имали дијагностиковану Алцхајмер деменцију и који у терапији нису имали инхибитор *Acetylcholinesterase* ни антагонист *N* метал *D* аспартатних рецептора. Процена когнитивног статуса *MMSE* је приказала 45% без деменције, 8% са тешком деменцијом, 28% са умереном деменцијом и 23% са благом деменцијом. Анализирани су разлози недијагностиковања и непрепознавања деменције: сви корисници са тешком, умереном и благом деменцијом нису имали бихејвиоралне сметње, 5% је имало анксиолитик у терапији, 80% више од 4 обољења у коморбидитету, 74% више од 6 лекова у терапији.

**Закључак.** У домовима старих се не дијагностикује увек когнитивни поремећај, могући разлози су: коморбидитет, више од 4 обољења, медикаментна терапија више од 6 лекова и одсуство бихејвиоралних сметњи. Стога је увођење *MMSE* као обавезни део прегледа важно за рано препознавање когнитивних поремећаја и увођење терапије по препоруци *EFNS* и Националног водича.

**Кључне речи:** Алцхајмерова деменција, *MMSE*, умерена, тешка деменција

## Литература

1. Национални водич добре клиничке праксе за дијагностиковање и лечење Алцхајмерове болести. Београд, 2013.
2. Павловић Д, Павловић А. *Деменије - неуропсихијатријски симптоми*. Orion Art, Београд, 2014.
3. Павловић Д, Павловић А. *Неуропсихолошка дијагностика*. Orion Art, Београд, 2013.
4. Keller A, Sherman E, Strauss E *Blessed Dementia Scallae*. In: Encyclopedia of Clinical Neuropsychology. Kreutzer J, Deluca J, Caplan B. Springer, New York, 2011.
5. Brodaty H, Low LF, Gibson L, Burns K. *What Is the Best Dementia Screening Instrument for General Practitioners to Use*. Am J Geriatr Psychiatry 2006.

Постер презентација

## 26. КАРДИОВАСКУЛАРНА ОБОЉЕЊА КАО ФАКТОРИ РИЗИКА ЗА ДЕМЕНЦИЈУ

Лела Михајловић Јовановић<sup>1</sup>, Јелена Драгићевић<sup>2</sup>, Владана Антонијевић<sup>3</sup>,  
Марија Ђорђевић<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Поликлиника "Здравље и здрав живот", Психијатрија, Књажевац

<sup>2</sup>Здравствени центар, Књажевац

<sup>3</sup>Геронтолошки центар, Књажевац

<sup>4</sup>Дом старих "Вила Катарина", Књажевац, Србија

**Увод.** Деменција је синдром обољења мозга, обично хроничне и прогресивне природе, у коме постоји вишеструко оштећење виших кортикалних функција, укључујући памћење, мишљење, оријентацију, схватање, рачунање, способност учења, говор и расуђивање; свест није измењена, док су когнитивна оштећења обично праћена детериорацијом контроле емоција, социјалног понашања и мотивације, по Међународној класификацији болести – МКБ 10.

**Циљ рада.** Заступљеност кардиоваскуларних обољења као фактора ризика у односу на присутна друга соматска обољења код дијагностикованих деменција у домовима старих у Књажевцу.

**Метод.** Дескриптивна анализа здравствених картона, тест Мала скала процене менталног стања – *MMSE*.

**Резултати.** Укупно је испитан 51 корисник Дома старих "Вила Катарина" и Геронтолошког центра у Књажевцу, од којих је 43 са дијагностикованом Алцхајмер деменцијом, са терапијом инхибитор *Acetylcholinesterase* – *donepezil* и антагонист *N* метал *D* аспартатних – *NMDA* рецептора - мемантин, пет корисника са васкуларном деменцијом, три са деменцијом у Паркинсоновој болести. Спроведена процена когнитивног статуса *MMSE* је: 34,88% са умереном деменцијом, 23,26% с тешком деменцијом и 20,93% с лаком деменцијом. Анализирани су најстарији испитаници - 27,91% (од 71 до 80 година), женски пол је два пута више имао деменцију - 69,77%, мушки пол 30,23%. Од кардиоваскуларних обољења, хипертензија је на првом месту - 18,85%, прележан цереброваскуларни инсулт - *CVI* 6,56%, поремећај ритма срца 4,92%, лечени инфаркт срца 4,10%, у односу на друга обољења: депресију, анемију, остеопорозу. Сви испитаници са хипертензијом и осталим кардиоваскуларним обољењима имали су прописану терапију кардиолога: петоро са васкуларном деменцијом имали су прележан *CVI*, троје са деменцијом у Паркинсоновој болести имају паркинсонизам.

**Закључак.** Кардиоваскуларна обољења су значајно присутна као фактори ризика за деменцију: хипертензија, прележани инфаркт срца и мозга, поремећаји ритма срца. Могућа превенција је рано откривање хипертензије и лечење. Предлози мера превенције код пацијената са кардиоваскуларним обољењима шесте и седме деценије: спроводити тестирање *MMSE* ради раног откривања и дијагностиковања когнитивних поремећаја.

**Кључне речи:** Алцхајмер деменција, старост, хипертензија

## Литература

1. Национални водич добре клиничке праксе за дијагностиковање и лечење Алцхајмерове болести. Београд, 2013.
2. Čengić L, Vuletić V, Karlić M, Dikanović M, Demarin V. *Motor and cognitive impairment after stroke*. Acta Clin Croat. 2011;50(4):463-7.
3. Martinić-Popović I, Lovrenčić-Huzjan A, Demarin V. *Advanced asymptomatic carotid disease and cognitive impairment: an understated link?* 2012.
4. Ивковић Стојковић М. *Благи когнитивни поремећај – значај раног откривања*. Београд, 2014.
5. Демарин В, Тркањец Ж. *Васкуларни когнитивни поремећај*. Medex, 2012;18 No 101/102 листопад.

Постер презентација

## 28. КОГНИТИВНИ ПОРЕМЕЋАЈИ

### Приказ случаја

Љиљана Ђуровић, Данијела Ђоковић, Снежана Кнежевић

Дом здравља Краљево, Србија

**Увод.** Са годинама живота долази до дегенеративних, инволутивних промена мозга а самим тим и пада когнитивних функција (памћења, пажње, способности логичног расуђивања и закључивања, обраде видних и слухних информација, говора). Благо когнитивни поремећаји могу бити дуго присутни а да немамо довољно доказа за постављање тежих дијагноза, деменције или Алцхајмерове болести. Етиологија когнитивних поремећаја је мултикаузална, више фактора је одговорно за њихов настанак, почев од оних на које не можемо утицати као што су пол и године живота, па до атеросклерозе, урођених аномалија мозга, хипертензије и хипотензије, хиперлипидемије, пушења, физичке неактивности, дијабетеса, стресних ситуација.

**Циљ рада.** Благовремено препознавање и постављање дијагнозе блажих когнитивних поремећаја у ординацији изабраног лекара, јер су они увод у теже поремећаје, деменцију и Алцхајмерову болест.

**Метод.** Коришћена је анамнеза, клинички преглед, неуропсихолошко тестирање, лабораторија, консултације психијатра и неуролога, компјутеризована томографија (СТ) и магнетна резонанција главе.

**Резултати.** Пацијеткиња М.Р. стара 70 година, домаћица, долази у пратњи сина због заборавности, лошијег спавања, узнемирености, због чега јој је потребан надзор друге особе. Лечи се од *НТА* и имала блажи *ICV*. Наводи да је имала две теже стресне ситуације (земљотрес и поплаву), после чега су почеле њене тегобе. Урађена лабораторија показује блажу анемију. Послата неурологу на консултацију. У терапији добила седатив, антидепресив и сермион. Урађени СТ и магнетна резонанција главе показују изражене редуktivне промене у белој и сивој маси мозга, као и исхемичне лезије. Након месец дана долази на контролу - стање је боље. Након 6 месеци долази у лошијем стању - до погоршања је дошло након смрти мужа, када је постала безвољна, незаинтересована, одлази од куће, бесциљно лута, а повремено има и видне халуцинације, због чега је консултован психијатар и у терапију је уведен и антипсихотик. На контролном прегледу, нешто боља у психичкој сфери, али отежано хода, не контролише сфинктере, отежано говори.

**Закључак.** Изабраном лекару је циљ и императив да препозна когнитивне поремећаје у блажој форми и да уз помоћ адекватне терапије и промене стила живота настоји да што дуже пролонгира настанак тежих поремећаја, деменције и Алцхајмерове болести.

**Кључне речи:** благи когнитивни поремећаји, изабрани лекар, деменција, Алцхајмерова болест

### Литература

1. Жигић Д и сар. *Опита медицина*. Секција опште медицине СЛД и Катедра опште медицине. Медицински факултет Универзитета у Београду. Београд, 2000.

## Друга тема

### Терапија бола у општој медицини

Усмена презентација

#### 14. ТЕРАПИЈА БОЛА КОД ОСОБА СА ЛУМБАЛНИМ БОЛНИМ СИНДРОМОМ И МЕДИЈАЛНОМ ХЕРНИЈАЦИЈОМ

Звездана Антић<sup>1</sup>, Јелена Терзић<sup>1</sup>, Татијана Богдановић<sup>1</sup>, Марија Орловић<sup>1</sup>,  
Зоран Антић<sup>2</sup>, Горан Видић<sup>2</sup>, Марија Миљковић<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Дом здравља Алексинац, Хитна медицинска помоћ

<sup>2</sup>Општа болница Алексинац, Ортопедија

<sup>3</sup>Општа болница Алексинац, Интерно одељење, Србија

**Увод.** Акутни лумбални синдром је значајан због своје учесталости и особине да рецидивира. С обзиром на то да у клиничкој слици ових болесника преобладава бол током ноћи, они се најчешће за помоћ обраћају лекарима Хитне медицинске помоћи, па је неминовно добро познавање клиничке симптоматологије овог обољења ради правовремене дијагнозе и адекватне терапије.

**Циљ рада.** Утврдити учесталост и ефикасност примењене терапије бола у болесника са акутним лумбалним синдромом и медијалном хернијацијом дискуса *L5-S1* сегмента кичменог стуба у Служби ХМП Алексинац.

**Метод.** У служби ХМП Алексинац 2017. год. је испитано 616 болесника који болују од акутног лумбалног синдрома. Болесници су приликом истраживања у односу на пол подељени у две групе, при чему је испитивана заступљеност акутног лумбалног синдрома и медијалне хернијације дискуса *L5-S1* сегмента кичменог стуба, као и ефикасност примењене терапије бола. Истраживање је обављено на основу анамнезе, клиничког прегледа и постојеће медицинске документације, а ефикасност примењене ургентне терапије је одређена на основу визуелне аналогне скале (VAS) бола пре и 60 min. после медикаментне ампулиране терапије. Од лекова су примењивани *NSAIL*, кортико препарати, витамини *B* групе и седативи.

**Резултати.** Просечна старост жена је била  $45,82 \pm 8,96$  год, а мушкараца  $44,79 \pm 8,88$  год. Резултати анализе показују да међу половима није било значајне разлике у заступљености акутног лумбалног синдрома (50,5% особа женског пола, 49,5% особа мушког пола). Међутим, истражујући учесталост медијалне хернијације *L5-S1* сегмента кичменог стуба, констатовано је да је медијална хернијација била учесталија у испитаница А групе ( $p < 0,01$ ). Такође, констатовано је да је постојала значајна разлика у смањењу интензитета бола у испитаника оба пола након примењене ампулиране терапије ( $p < 0,001$ ), али код болесника са медијалном хернијацијом дискуса интензитет бола није био значајно смањен ( $p < 0,5$ ).

**Закључак.** Уколико акутни лумбални бол траје дуже од шест недеља и постоји слаб терапијски одговор након примене ургентне медикаментне терапије,

неопходна је мултидисциплинарна консултација специјалиста различитог профила ради прецизне дијагностике и адекватног терапијског третмана ових болесника.

**Кључне речи:** лумбални синдром, терапија, дископатија.

### Литература

1. Andrei F Joaquim et al. *Man-in-the-Barrel Syndrome After Thoracoilium Fusion. A Case Report.* In: Journal of Neurosurgery: Spine. December 2008;9(6):566-569.
2. Priebe MM, Chiodo AE, Scelza WM, Kirshblum SC, Wuermser LA, Ho CH. *Spinal cord injury medicine. Economic and societal issues in spinal cord injury.* Arch Phys Med Rehabil 2007;88(3 Suppl 1):S84-8.
3. Раичевић Р, Петковић С, Лепић Т. *Основи војне неурологије. Болести интервертебралног диска.* ВМА Београд, 2004;стр. 260-266.
4. Gregory DS, Seto CK, Wortley GC, Shugart CM. *Acute lumbar disk pain: navigating evaluation and treatment choices.* Am Fam Physician. 2008 Oct 1; 78(7):835-42.
5. Samini F, Gharedaghi M, Khajavi M, Samini M. *The etiologies of low back pain in patients with lumbar disk herniation.* Iran Red Crescent Med J. 2014 Oct 5;16(10).

Постер презентација

### 37. ЛУМБАЛНИ СИНДРОМ У ОРДИНАЦИЈИ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА Приказ случаја

**Љиљана Ђуровић, Стојанка Ратковић**  
Дом здравља Краљево, Општа медицина, Србија

**Увод.** Лумбални бол доживи 80% људи током живота. Подједнако је чест код особа оба пола, има особину да рецидивира. У 85% случајева узрок бола је непознат и након комплетне дијагностике. Неспецифични лумбални синдром по дужини трајања симптома дели се на: акутни лумбални бол - симптоми трају мање од 6 недеља, субакутни лумбални бол од 6 до 12 недеља и хронични лумбални бол више од 12 недеља. По тежини болести, лумбални синдром се дели на: неспецифични лумбални бол - више од 95%, синдром ишијаса испод 5% и озбиљна спинална патологија мање од 2%.

**Циљ рада.** Указати да се већина болесника са акутним лумбалним болом може лечити код лекара примарне здравствене заштите због њене бенигне природе и добре прогнозе.

**Метод.** Коришћена је анамнеза, физикални преглед, лабораторија, и *RTG* снимци кичме.

**Приказ случаја.** Пацијент Р.М. стар 56 година, административни службеник, долази на преглед због укочености и бола у лумбалном пределу који се шири дуж леве ноге. Бол је настао нагло "као да га је нешто пресекло" после подизања терета у незгодном положају. Наводи да је и раније имао овакве епизоде бола, обично после незгодног покрета или подизања терета. Радио је *RTG L-S* кичме, који је показао да има спондилозу, спондилоартрозу и дископатију *L5-S1*. Физикалним прегледом уочен је спазам паравертебралне мускулатуре, позитиван Лазаревићев знак на 70 степени, мишићна снага и тетивни рефлекс нормални, ход на петама и прстима остварује. Урађена лабораторија у границама нормале. У терапији дати *NSAID* антиреуматик и миорелаксанс, саветоване свакодневне шетње. Након недељу дана, на контролном прегледу, стање знатно боље тако да нису предузете даље дијагностичке процедуре у смилу *CT* и *MR*. У даљем току саветована физикална терапија.

**Закључак.** Неспецифичан лумбални синдром је једна од најчешћих дијагноза и патологија у ординацији изабраног лекара. Већина пацијената на дату терапију има повољан терапијски одговор и брзо се опорави. Код исхиалгија треба бити обазрив. јер узрок може бити и хернијација дискуса, па њихово лечење може бити конзервативно и оперативно. Апсолутне индикације за оперативно лечење су: синдром *cauda equina*, поремећај сфинктера, перианална анестезија и парапареза.

**Кључне речи:** лумбални синдром, ишијас, изабрани лекар, добра прогноза

### Литература

1. Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити. *Лумбални синдром*. Медицински факултет Универзитета у Београду, новембар 2004.
2. Жигић Д и сар. *Општа медицина*. Београд, Секција опште медицине СЛД и Катедра опште медицине Медицинског факултета Универзитета у Београду, 2000.

3.

Постер презентација

**44. ТЕРАПИЈА БОЛА У ОПШТОЈ МЕДИЦИНИ****Приказ случаја****Драгана Валент, Јасмина Сладић**

Дом здравља Шид, Медицина рада

Дом здравља Бечеј, Србија

**Увод.** Бол је непријатно сензорно искуство удружено с постојећим или потенцијалним оштећењем ткива, или искуство описано у контексту таквог оштећења.

**Циљ рада.** Указати на значај прекомерног, неконтролисаног и самоиницијативног узимања аналгетика.

**Метод.** Електронски здравствени картон пацијенткиње, као и извештаји надлежних специјалиста и додатна дијагностика. Урађена је ретроспективна анализа медицинске документације.

**Приказ случаја.** Пацијенткиња стара 60 година, гојазна ТТ=93 kg, ТВ=150 cm, жали се на бол у кичми; RTG лумбосакралне кичме: наглашена је лордоза LS кичме са умереним спондилотичним и спондилоартротичним променама са мањим предњим и задњим остеофитима. Ординиран NSAIL 2x1 до прегледа физијатра, заказано за 5 дана. Након физикалне терапије не осећа се боље. Прегледана од стране ортопеда, ординиран ибупрофен по потреби. Након пет месеци јавља се у амбуланту са присутним тегобама у виду слабости и малаксалости, са бледом кожом. Хитне лабораторијске анализе показују следеће вредности: леукоцити=6,5, хемоглобин=76 и еритроцити=2,54; FOB тест (*Faecal Occult Blood Test*) позитиван, налаз на плућима дискретни нискотонски звиждуци. Пацијенткиња наводи да је бол био свакодневан и да је у последњих 6 месеци свакодневно узимала NSAIL. Наводи и црну пребојеност столице око месец дана, али је то приписивала соку од ароније. Хоспитализована на интерном одељењу. Контрола након месец дана: хемоглобин=95, еритроцити=3,61. Тек након 8 месеци лабораторијске вредности су нормализоване.

**Закључак.** Циљ нам је максимална ефикасност аналгетика уз најмање нежељених ефеката за сваког појединог пацијента.

**Кључне речи:** бол, аналгетици

**Литература**

1. *International association of study of pain*
2. Левић З. *Основ савремене неурологије*. Завод за уџбенике и наставна средства. Београд 2009.
3. Манојловић Д. *Интерна медицина*. Завод за уџбенике и наставна средства. Београд 2003.

## Трећа тема

### Рационално прописивање антибиотика

Усмена презентација

#### 17. *GUILLAIN-BARRE* СИНДРОМ У ОКВИРУ ЛАЈМСКЕ БОЛЕСТИ Приказ случаја

Снежана Кнежевић, Наташа Петровић  
Дом здравља Краљево, Амбуланта "Центар", Србија

**Увод.** *Guillain-Barré syndrome* је ретка болест са инциденцијом 1,2-3/100.000. Већа је учесталост код мушког пола и расте с годинама старости. Манифестује се прогресивном, симетричном мишићном слабошћу са ослабљеним дубоким тетивним рефлексима. Парестезије екстремитета са слабошћу мишића видимо код 80% болесника. Регресија бола наступа током 8 недеља, док парестезије трају дуже.

**Приказ случаја.** Пацијент долази с болом у леђима и потколеницама, трњењем и мравињањем од натколеница наниже, у пратњи родбине. Интензитет бола се појачава из дана у дан. Убрзо, ход не остварује, без нивоа сензибилитета, плантарни рефлексии уз потенцијацију угашени, мишићна снага ослабљена. Врат слободан, менингеални знаци негативни, кранијални нерви, горњи екстремитети тонус, трофика и мишићна снага очувани. На доњим екстремитетима тонус, трофика и мишићна снага очувани. Ноге фиксира при извођењу Мингазинијеве пробе (*Mingazzini test*). Мишићни рефлексии угашени. Лазаревићев знак позитиван обострано на 45 степени. Без слабости дорсалне и плантарне флексије прстију стопала. Примао хемотерапију због лечења *non Hodgkin* лимфома. Тегобе у почетку окарактерисане као паранеопластични синдром. Лечен на клиници, урађене вирусолошке анализе и *HBsAg*, *HIV*, *HCVAt*, *HSV2 IgG*, сифилис, *Rubella IgM*, *CMV IgM*, *Toxo IgM*, *EBV IgM* је негативан. Позитиван титар антитела за *HSV<sub>1</sub>* и 2 *IgG* (57,3), *IgM* (1,1), *Rubella IgG* (72,5), *CMV IgG* (44,8), *Toxo IgG* (4,9), *EBV IgG* (600), *Borelija Burgdorferi (Bb) IgM* (190), *IgG* (148,5), у ликвору *IgG* (184,3) и *IgM* (190). Консултован инфектолог који укључује антибиотску терапију, доксициклин, 100 *mg* два пута дневно, четири недеље уз пулсеве кортикостероидне терапије (1.000 *mg*, пет дана). Редукују се симптоми, започиње физикална терапија. Контрола инфектолога и серологија на *Bb Western blot*-ом потврђују позитивност *ELISA* теста, и даље позитивна *IgM* и *IgG* антитела. Лечен поново три недеље азитромицином. Након годину дана серологија *Line-blot* методом позитивна *IgM* 9,

*IgG* 20 бодова, добија трећи циклус доксициклина, три недеље. Временом се потпуно опоравља.

**Закључак.** *Guillain-Barré syndrome* се ретко јавља као последица Лајмске болести и у другој или трећој фази презентује се као акутни менингоенцефалитис, кранијална неуропатија и радикулопатија. Неопходно је титрирање серума на антитела и антибиотска терапија. Постоји ризик од настанка хроничног *Lyme sindroma*. За пацијенте са хроничном симптомима подељена су мишљења о понављаном и дуготрајном прописивању антибиотске терапије.

**Кључне речи:** *Guillain-Barré syndrome*, Лајмска болест

## Литература

1. Hernandez-Torruco J, Canul-Reich J, Frausto-Solis J, Mendez-Castillo JJ. *Towards a predictive model for Guillain-Barré syndrome*. Conf Proc . Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc IEEE Eng Med Biol Soc Annu Conf . 2015;2015:7234–37.
2. Zautner AE, Johann C, Strubel A, Busse C, Tareen AM, Masanta WO et al. Seroprevalence of campylobacteriosis and relevant post-infectious sequelae. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2014;33:1019-27.
3. Ogrinc K, Lotrič-Furlan S, Maraspin V et al. Suspected early Lyme neuroborreliosis in patients with erythema migrans. *Clin Infect Dis*. 2013;57:501-09.
4. Leeflang MM, Ang CW, Berkhout J, Bijlmer HA, Van Bortel W, Brandenburg AH et al. The diagnostic accuracy of serological tests for Lyme borreliosis in Europe: a systematic review and meta-analysis. *BMC infectious diseases*. 2016;16(1),140. doi: 10.1186/s12879-016-1468-64.
5. Cameron DJ, Johnson LB, Maloney EL. Evidence assessments and guideline recommendations in Lyme disease: the clinical management of known tick bites, erythema migrans rashes and persistent disease. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2014;12(9):1103-35.

## Четврта тема Разно

Постер презентација

### 4. ЗНАЧАЈ УРГЕНТНЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ У СЛУЧАЈУ ДИСКЕЦИЈЕ АОРТЕ Приказ случаја

**Марија Лазаревић**

Дом здравља "Др Миленко Марин", Општа медицина,  
Лозница, Србија

**Увод.** Дисекција аорте представља раслојавање унутрашњег и средишњег слоја зида аорте услед пуцања унутрашњег зида аорте. Дисекција аорте је смртоносна уколико се овај процес прошири и на њен спољашњи зид.

**Циљ рада.** Указати на значај раног препознавања анеуризматских промена на зиду аорте, ради спречавања ургентних стања која се завршавају лошим исходом по пацијента.

**Приказ случаја.** У раду је приказан пацијент стар 52 године, који се јавио на преглед због бола у левој лумбалној ложи, услед чега се посумњало да се ради о реналној колики. Аускултаторни налаз на срцу и плућима био је уредан, укључујући и електрокардиографски снимак срца. При палпацији абдомена пацијент се жалио на бол у левом ингвиналном и супрапубичном пределу. Урађени су лабораторијски налази који су показали високу вредност леукоцита  $17,9 \times 10^9/l$ , глукозе  $19,5 \text{ mmol/l}$  и креатинина  $235 \text{ mmol/l}$ . Урађен је RTG снимак уротракта, након чега је искључено да је ово стање узроковано патолошким процесом на левом бубрегу. Услед хипотензије која је све време била присутна у вредности од око  $90/60 \text{ mmHg}$ , посумњано је да се ради о интраабдоминалној хеморагији. Ово је потврђено ултразвучним прегледом абдомена, где је нађена анеуризматски дилатирана абдоминална аорта целом дужином, највећег дијаметра  $75 \text{ mm}$  са дисекцијом зида у дужини од  $70 \text{ mm}$ . Пацијент је упућен на васкуларну хирургију, где је оперисан: *Resectio aneurysmatis partialis aortae abdominalis et interpositio 16 mm Dacron grafti*.

**Закључак.** Дисекција аорте је једно од ургентних стања која се завршавају фатално уколико се не дијагностикују на време. Самим тим значај примарне здравствене заштите је веома велики због првог контакта пацијента са лекаром који може бити пресудан за његов исход.

**Кључне речи:** анеуризма, дисекција аорте, хеморагија, хипотензија

### Литература

1. Боровић СД. *Одређивање преоперативних ултразвучних параметара као предиктора за истовремену операцију дегенеративне стенозе аортног*

- залиска и дилатиране асцендентне аорте. Докторска дисертација. Медицински факултет Универзитета у Београду, 2017.*
2. Štalc M, Blinc A, Kozak M, Kuhelj D, Ključevšek T, Štajer D, Lakić N. *Recommendations for the diagnosis and treatment of thoracic aorta diseases.* Slovenian Medical Journal, 2016;85(10).
  3. Шушак С, Реџек А, Торбица В, Рајић Ј, Тодић М. *Хируршко збрињавање интрамуралног хематома асцендентне аорте.* Српски архив за целокупно лекарство, 2016;144(3-4):196-199.
  4. Pavić V. *Specifics of anaesthesia at reconstructive surgery of thoracic aorta.* Inspirium, 2015;13:22-25.
  5. Toncev S, Aleksic D, Toncev G. *Prevalence of Asymptomatic Abdominal Aortic Aneurysm in Patients with Carotid Stenosis.* Serbian Journal of Experimental and Clinical Research, 2016;17(4):315-320.

Постер презентација

## 5. ЛАЈМСКА БОЛЕСТ - ВЕЛИКИ ИМИТАТОР

### Приказ случаја

**Младена Калајџић, Биљана Марјановић**

Дом здравља Краљево, Општа медицина, Србија

**Увод.** Лајмска болест је мултисистемско обољење субакутног и хроничног тока, припада групи зооноза, изазива је бактерија борелија бургдорфери (*Borrelia Burgdorferi*), спирално увијени микроорганизам, припада роду борелија, породици спирохета. Болест захвата кожу, срце, зглобове, централни нервни систем - ЦНС. Резервоар су крпељи, глодари, јелени, комарци. Вектори инфекције су најчешће крпељи, који преносе болест на човека и животиње. Болест је, обично, сезонска (рано пролеће до касне јесени), најчешће код особа које бораве у природи. Може се јавити као рани стадијум, манифестује се на кожи као локално црвенило (*Erythema migrans*) лаганом индурацијом локалног ткива 3-32 дана након уједа зараженог крпеља. Црвенило није болно, може бити присутно и на другим деловима тела или пак промене на кожи могу и да изостану. Болест може бити праћена симптомима сличним грипу, увећањем регионалних лимфних жлезда, слезине. Ако се не лечи, други стадијум болести се јавља после неколико недеља или месеци праћен симптомима ЦНС, боловима у зглобовима, кардиолошким симптомима. Трећи стадијум болести јавља се после неколико месеци, чак и година и манифестује се тешким неуролошким испадима, променама на кожи, зглобовима, психичким поремећајима, болестима кардиоваскуларног система, јетре.

**Циљ рада.** Указати на значај превенције болести редовном контролом пацијента након уједа крпеља, ефикасна дијагностика (имитира симптоме многих болести), адекватна и благовремена профилакса.

**Метод.** Увид у медицинску документацију пацијента, анамнеза.

**Приказ случаја.** Пацијент Н.М. стар 60 година, први контакт: јавља се због екстракције крпеља у пределу потколенице; крпељ одстрањен у целини, место уједа дезинфиковано. Други контакт: заказан контролни преглед за три дана, без симптома. Пацијент након месец дана долази због промена на кожи, концентричних црвених кругова (*Erythema migrans*), увећане регионалне лимфне жлезде, боловима у зглобовима и стенокардичних тегоба. Пацијент прегледан од стране дерматолога, инфектолога, неуролога, кардиолога, лабораторијски налази. Дијагноза на основу клиничке слике, анамнезе о уједу крпеља, тест индиректне имунофлуоросценције или применом *ELISA* техника, откривање *IgM* антитела ( $>0,39$ ) у серуму, а могу и у ликвору, синовијалној течности зглобова. Након 1-3 месеца јављају се *IgG* антитела ( $>0,21$ ) која се дуго одржавају а дијагноза је потврђена *Western Blot* тестом. Терапија зависи од клиничког стадијума болести, у овом случају пацијент је лечен три недеље тетрациклинима, одговор је био задовољавајући. У терапији се могу користити пеницилини, кортикостероиди а у трећем стадијуму лечење је индивидуално, зависно од симптома и захваћених система.

**Закључак.** Контролни превентивни прегледи након екстракције крпеља, благовремена дијагностика пре појаве компликација, адекватно лечење, едукација пацијента о самопрегледу. Како може имитирати око 200 болести (Паркинсонову болест, Алцхајмерову деменцију, *Sclerosis Multiplex*, мононуклеозу), сваки случај је јединствен и тако га и третирати.

**Кључне речи:** самопреглед, стручна екстракција крпеља, превентивни контролни преглед

### Литература

1. Ристић М. *Интерна медицина I*. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1996.
2. Жигић Д. и сар. *Општа медицина*, Друго измењено и допуњено издање

Постер презентација

## 7. АКУТНИ ЕПИГЛОТИТИС КОД ОДРАСЛИХ

### Приказ случаја

**Наташа Лазих**

Дом здравља Бајина Башта, Србија

**Увод.** Акутни епиглотитис представља запаљење епиглотиса и околног меког ткива изазвано бактеријском инфекцијом *Haemophilus influenzae* тип В, ретко настаје код одраслих. У клиничкој слици се јавља висока температура, малаксалост, дисфагија, хиперсаливација, инспираторни стридор, диспнеја са претњом асфиксије. Дијагноза се поставља индиректном ларингоскопијом, латералном радиографијом врата и директним прегледом ларинкса. Терапија: хоспитализација, високе дозе антибиотика и кортикостероида, оксигенотерапија, надокнада течности.

**Метод.** Приказ случаја на основу доступне медицинске документације.

**Приказ случаја.** Пацијент М.Ј., 47 година, јавља се на преглед у преподневним сатима због болова у грлу, повишене телесне температуре, малаксалости. Тегобе трају пар дана и на своју руку почео је да пије азитромицин капс. 500 mg 1x1. При прегледу, сем хиперемичног ждрела и ТА 150/90 mmHg, остали физикални налази уредан. Ординирана ампула кеторолак трометамин  $\dot{a}$  30 mg i.m. и каптоприл 25 mg сублингвално. Након девет сати од првог прегледа, јавља се због истих тегоба и гушења. У објективном налазу ТТ 38,8, ждрело хиперемично, налаз на срцу и плућима уредан. Дежурни лекар ординирао Metamizol amp. po и аскорбинску киселину amp. po и у 500 ml физиолошког раствора i.v., Dexametason amp 4 mg i.m., инхалацију са 1 ml Fenoterol bromid+Ipratropiumbromid и 3 ml физиолошког раствора, и инхалацију адреналином разблаженог 1:9-5 ml раствора. Будући да не долази до побољшања, пацијент се уз медицинску пратњу упућује на болничко лечење. Објективни налаз пре транспорта: пацијент заузима принудан положај тела, узнемирен, диспноичан, чујан инспираторни стридор, ТА 140/90 mmHg, cor-b.o, на плућима бронховезикуларно дисање уз масу раноинспиријумских пукота (пушач), spO<sub>2</sub> 95%. Ординирана терапија пре транспорта - Aminophylin amp po и и.в., Methilprednizolon 120 mg i.v. Током транспорта долази до напада кашља и погоршања диспнеје, инспираторног стридора и цијанозе. Примео пола ампуле адреналина i.m. и Methilprednizolon-a 40 mg i.v. Стање пацијента се стабилизује, све време током транспорта пацијент је био на оксигенотерапији 4/min. Након двонедељног лечења на ОРЛ одељењу Опште болнице Ужице, пацијент је отпуштен са Dg. Epiglottitis acuta. Применом високих доза кортикопрепарата дошло је до компликација, односно до појаве дијабетес мелитуса, те је сада на терапији Metformin-ом 2x1.000 mg.

**Дискусија и закључак.** Будући да се ради о врло ретком и тешком обољењу које је тешко дијагностиковати у амбулантним условима опште медицине, на основу клиничке слике ординирана је адекватна терапија. Током транспорта, посебно ако су отежани услови транспорта због дужине пута или због неповољних временских

прилика, лекар мора да буде спреман на очекиване компликације и да већ има припремљену терапију како би указао одговарајућу медицинску помоћ.

**Кључне речи:** акутни епиглотитис, примарна здравствена заштита

### **Литература**

1. Стефановић и сар. *Оториноларингологија*
2. Вучовић и сар. *Ургентна медицина*

Постер презентација

## 9. АКУТНА КОРОНАРНА БОЛЕСТ И СТРАХ ОД ИНФАРКТА МИОКАРДА

**Марија Лазаревић**

Дом здравља "Др Миленко Марин", Општа медицина,  
Лозница, Србија

**Увод.** У тријажи пацијената у амбулантама опште медицине и службе хитне помоћи, пацијенти који се јављају на преглед због бола у грудима третирају се као хитни случајеви и представљају приоритет у односу на остале пацијенте.

**Циљ рада.** Указати на значај приоритетног збрињавања пацијената са болом у грудима и на благовремене селекције ових пацијента у односу на оштећење миокарда и страх од инфаркта.

**Метод.** У периоду од 01.03.2017. до 01.03.2018. године Служби опште медицине јавио се на преглед 121 пацијент због бола у грудима. Пацијенти су третирани као хитни случајеви, укључујући њихов приоритет у збрињавању, аускултаторни и електрокардиографски преглед, након чега су ради даљег утврђивања коронарног стања рађене лабораторијске анализе биохемијских маркера оштећења миокарда у оквиру Службе ургентног пријема.

**Резултати.** Од укупно 121 пацијента који су се јавили због бола у грудима и који су третирани као хитни случајеви, код 42 пацијента је утврђен акутни коронарни синдром. У наведеном периоду код 6 пацијената болест се завршила леталним исходом, док се 6 пацијената након упућивања на секундарни ниво здравствене заштите, нису јавили поново на преглед.

**Закључак.** Анксиозност је стање напетости, беспомоћности и неодређеног страха, чији је извор у спољашњој средини. Када је овај осећај екстремне угрожености најјачи, пацијент га описује као гушење, страх од инфаркта, од губитка свести и губитка разума, а у Службу хитне медицинске помоћи и опште медицине најчешће се јављају пацијенти који имају страх од инфаркта, те се и третирају због бола у грудима као хитни случајеви.

**Кључне речи:** акутна коронарна болест, анксиозност, пекторалан бол, инфаркт миокарда

### Литература

1. Fisher AJ, Woodward SH. *Cardiac stability at differing levels of temporal analysis in panic disorder, posttraumatic stress disorder, and healthy controls.* Psychophysiology, 2014;51(1):80-87.
2. Esler M. *Mental stress and human cardiovascular disease.* Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2017;74:269-276.
3. Attard R, Dingli P, Doggen C, Cassar K, Farrugia R, Wettinger SB. *Socioeconomic and psychosocial risk factors of myocardial infarction.* Atherosclerosis, 2015;241(1):e58-e59.
4. Soh KC, Lee C. *Panic attack and its correlation with acute coronary syndrome- more than just a diagnosis of exclusion,* 2017.

5. Tully PJ, Turnbull DA, Beltrame J, Horowitz J, Cosh S, Baumeister H, Wittert GA. Panic disorder and incident coronary heart disease: a systematic review and meta-regression in 1.131.612 persons and 58.111 cardiac events. *Psychological medicine*, 2015;45(14):2909-2920.

Постер презентација

### 13. СКРИНИНГ НА ОСТЕОПОРОЗУ УЛТРАЗВУЧНОМ ОСТЕОДЕНЗИТОМЕТРИЈОМ У ДОМУ ЗДРАВЉА РУМА

Драгана Босић Живановић, Александра Пауновић

Дом здравља Рума, Служба здравствене заштите одраслих, Србија

**Увод.** Остеопороза је системска скелетна болест која се карактерише ниском коштаном масом и погоршањем коштане микороархитектуре, што доводи до повећане коштане фрагилности и могућности настанка прелома.

**Циљ рада.** Идентификација ризичне групе болесника у Дому здравља Рума, рана детекција остеопорозе, идентификација најчешћих фактора ризика за смањење минералне густине кости.

**Метод.** У ретроспективну студију је укључено 711 особа. Свим испитаницима је попуњаван модификовани упитник за остеопорозу, који је обухватао следеће факторе ризика: године живота, физичку активност, менопаузу, преломе после 40. године живота, остеопоротичне преломе у породици, коморбидитете – запаљењске реуматске болести, хипертиреоза, коришћење гликокортикоидне терапије, пушење, алкохол. Вредност коштане масе је мерена УЗ остеодензитометријом на пети, "Osteosys" директним методом на стандардан начин. У статистичкој анализи употребљаван је  $\chi^2$ -тест.

**Резултати.** Прегледано је 711 пацијената, 69 мушкараца и 642 жене (471 из Руме и 171 из сеоске средине). Већина испитаница је старија од 40 год. - 579 (90,2%); 158 жена (25%) је одговорило да је у менопаузи пре 45. год; позитивну породичну анамнезу на остеопорозу је имала 81 особа (12,6 %); 103 (16%) је имало преломе у одраслом добу; честе падове је имало 86 (12%); висина се смањила за више од 3 *cm* после 40. године код 182 (28,3%); 51 испитаница (7,9%) се налазила у категорији мршавих. Кортикостероиде су употребљавале три и више месеци 42 пацијенткиње (6,5%), реуматоидни артритис је имала 61 особа (9,5%); појачан рад тиреоидне или паратиреоидне жлезде 76 (10,4%); више од два пића дневно користило је 9 (1,4%), а 228 (35,5%) испитаника су пушачи; већина испитаника - 521 (81,2%) није физички активна; млеко и млечне прерађевине избегава 117 (18,2%); мање од 10 минута је изложено сунцу 66 (10,3%); већина не узима препарате за превенцију остеопорозе - 610 (95,1%). У групи жена, нормална густина кости је била код 47 (7,3%), остеопенија код 319 (49,7%), остеопороза 276 (43%). Истраживањем је потврђено да су фактори ризика за остеопорозу: старије животно доба, рани улазак у менопаузу, недовољна изложеност сунцу, неадекватна исхрана ( $p < 0,00$ ).

**Закључак.** Ултразвучна остеодензитометрија је једноставан, јефтин и користан скрининг метод, који омогућава да се у кратком периоду прегледа велики број болесника и да се добије ризична група за дефинитивну дијагностику DEXA прегледом као златним стандардом.

**Кључне речи:** остеопороза, фактори ризика, дијагноза

### Литература

1. Karjalainen JP, Riekkinen O, Kröger H. *Pulse-echo ultrasound method for detection of post-menopausal women with osteoporotic BMD*. Osteoporos Int. 2018 Feb 19. doi: 10.1007/s00198-018-4408-x. [Epub ahead of print]
2. Chawla J, Sharma N, Arora D, Arora M, Shukla L. *Bone densitometry status and its associated factors in peri and post menopausal females: A cross sectional study from a tertiary care centre in India*. Taiwan J Obstet Gynecol. 2018 Feb;57(1):100-105.
3. Вујасиновић-Ступар Н, Радојчић Л, Тадић И, Павлов-Долијановић С. *Знање о остеопорози код жена у постменопаузи у Србији*. Војносанитетски преглед 2017;74(5):445-449.
4. Хациавдић А, Вајић Н, Гаврић Н. *Компарација вредности t-скора добијених ултразвучном остеоденситометријом петне кости и методом двоструке апсорпциометрије X-зрака*. Медицински преглед 2015;68(9-10):341-346.
5. Карацов-Николић А, Вујасиновић-Ступар Н, Милићевић С, Букумирић З. *Анализа фактора који утичу на учесталост патолошких прелома код постменопаузних жена са остеопорозом*. Praxis medica 2015;44(3):33-38.

## Усмена презентација

**18. РЕЛАПС ХОДГКИНОВОГ ЛИМФОМА СА ЕКСТРАНОДАЛНОМ  
ЛОКАЛИЗАЦИЈОМ (ПОТКОЖНА ИНФИЛТРАЦИЈА)****Приказ случаја****Снежана Кнежевић**

Дом здравља Краљево, Амбуланта "Центар", Србија

**Увод.** Ходгкин лимфом (ХЛ) је малигна неоплазма лимфатичног ткива и један од малигнитета који се у већини случајева успешно лечи. Представља 15%-30% малигних лимфома. Обично се локализује у лимфним чворовима, слезини, јетри и коштаном сржи, са инциденцијом 2-4/100.000. Ходгкин лимфом првенствено захвата лимфне чворове; у 5% случајева може се појавити екстранодално, за разлику од нон Ходгкин лимфома (НХЛ) који се у 30% случајева ту локализују. Инфилтрација коже је изузетно ретка и представља лош прогностички знак. Учесталост ове локализације је 3,4% а уобичајена клиничка презентација су појединачни или мултипли кожни или поткожни нодуси.

**Приказ случаја.** Пацијент старости 38 година, 2010. године оболео од Ходгкиновог лимфома, *CS IIIB*. Након спроведене хемотерапије био у комплетној ремисији. Почетком 2017. године опипава се оток под кожом на предњем зиду грудног коша, парастернално. Објективним прегледом то је туморска маса димензија 20 cm x 10 cm x 15 cm, чврста и инфилтрира предњи зид. Палпаторно лимфаденопатија, евалуирана визуализационим методима, без органомегалије, губитка телесне тежине, знојења и малаксалости. Лабораторија: *SE 23 mm/h, Le 8,5x10<sup>9</sup>/l, Ly 17%, Hb 145 g/l, Tr 258x10<sup>9</sup>/l, CRP 4*, остало у референтним границама. Вирусолошке анализе негативне. Поновљене су основне дијагностичке претраге и пацијент је представљен радиологу, хирургу и хематологу. Ехосонографски и компјутеризованом томографијом дијагностиковани пакети патолошко измењених лимфонодуса у медијастинуму, аксилама, супраклавикуларно и парајугуларно. Промена на зиду грудног коша је патохистолошки анализирана и налаз одговара инфилтрацији у оквиру основне болести (Ходгкин лимфом). Туморско ткиво се састоји од појединачних крупних ћелија *Hodgkin Reed Sternberg like* морфологије који је *INN Pax 5-, Bob 1, CD20-, CD3-, CD23-, CD30+, CD15-, MUM1+, EBV-, LMP-*. Између туморских ћелија налазе се бројни еозинофилни гранулоцити, ретки периваскуларно распоређени мали *B* лимфоцити (*PAX5+, Bob 1, CD20+*), умерено бројни мали *T* лимфоцити (*CD3+*) и појединачни хистиоцити. Започета терапија *salvage* протоколом *DHAP* (дексаметазон, цисплатин, цитарабин), уз супортивну терапију. Лечење настављено циклусима хемотерапије.

**Закључак.** Детаљан физикални преглед је неопходан када имамо пацијента са увећаним, безболним лимфним жлездама на врату или је претходно лечио ХЛ. Потребно је обратити пажњу на случајеве који наликују фиброаденому или липому, јер диференцијално-дијагностички можемо узети у обзир случај који приказујемо.

**Кључне речи:** терапија, Ходгкин лимфом, релапс, *DHAP* протокол.

## Литература

1. Tamaru J. *Pathological diagnosis of Hodgkin lymphoma*. Nihon Rinsho. 2014;72(3):450-55.
2. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, Harris NL, Stein H, Siebert R et al. *The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms*. Blood. 2016;127(20):2375–90.
3. Talpur R, Venkatarajan S, Duvic M. *Mechlorethamine gel for the topical treatment of stage IA and IB mycosis fungoides-type cutaneous T-cell lymphoma*. Expert Rev Clin Pharmacol. 2014;7:591-97.
4. Master S, Koshy N, Wilkinson B, Rosen L, Mills G, Mansour R et al. *Effect of Radiation Therapy on Survival in Hodgkin's Lymphoma: A SEER Data Analysis*. Anticancer Res. 2017;37(6):3035-43.
5. Gobbi PG, Ferreri AJ, Ponzoni M, Levis A. *Hodgkin lymphoma*. Crit Rev Oncol Hematol. 2013;85:216-37.

Постер презентација

## 19. СПОНТАНА ИНТРАКРАНИЈАЛНА ХИПОТЕНЗИЈА

### Приказ случаја

**Јована Вуковић, Милица Љубисављевић, Јелена Морић,  
Александра Војновић**

Дом здравља "Др Симо Милошевић", Општа медицина, Београд, Србија

**Увод.** Спонтана интракранијална хипотензија (СИХ) је ретко стање, које настаје услед цурења цереброспиналне течности (ЦСТ), а није повезано са претходним медицинским интервенцијама нити повредама. У позадини често лежи слабост можданих овојница у комбинацији са тривијалном траумом. Карактеристичан симптом је ортостатска главобоља, која се јавља само у усправном положају, а може бити праћена мучнином, повраћањем, вртоглавицом, боловима у врату, поремећајем слуха. У зависности од тежине клиничке слике терапија може подразумевати само одмор, еластични појас на абдомену, епидуралну "крвну закрпу" (ЕКЗ), хируршко затварање.

**Приказ случаја.** Пацијенткиња старости 42 године, претходно здрава, јавила се због нагло настале јаке главобоље, која је почела седам дана пре прегледа. Болови су се јављали само у усправном положају праћени мучнином и повраћањем. У неуролошком налазу затеже врат при антефлексiji, присутна је блага атаксија. Остали физиклани налаз уредан. Магнетна резонанција је показала смањен волумен латералних можданих комора и гранични положај церебеларних тонзила, што је потврђено и на компјутеризованој томографији ендокранијума. Лумбалном пункцијом утврђен је нормалан цитобиохемијски састав ликвора, уз снижен притисак ЦСТ (50 mm H<sub>2</sub>O). После урађене ЕКЗ процедуре тегобе су биле знатно ублажене, а иста процедура је поновљена након 7 дана због главобоље мањег интензитета и сметњи слуха, које су затим у потпуности престале.

**Закључак.** Иако су главобоље честа патологија у ординацији лекара опште медицине и углавном бенигне етиологије, веома је важно не пропустити дискретне неуролошке испаде, који могу указати на озбиљније узроке. Спонтана интракранијална хипотензија је стање које има добру прогнозу уколико је дијагноза постављена на време. У супротном, може довести до хернијације мозга праћене смањењем мождане циркулације, што доводи до измењеног стања свести, до ступора и коме.

**Кључне речи:** спонтана интракранијална хипотензија

### Литература

1. Renowden SA, Gregory R, Hyman N et al. *Spontaneous intracranial hypotension*. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry 1995;59:511-515.
2. Mokri, B. Curr Neurol Neurosci Rep 2001;1:109-17.
3. Couch JR. *Current Treatment Options in Neurology*. January 2008;10(1):3-11.

4. Ferrante E, Savino A, Sances G, Nappi G. *Spontaneous Intracranial Hypotension Syndrome: Report of Twelve Cases*. Headache: The Journal of Head and Face Pain, 2004;44:615-622.
5. Schievink WI. *Spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks*. Review Neurosurg Focus. 2000 July 15;9(1):e8.

Постер презентација

## 20. УЧЕСТАЛОСТ СТИГМЕ О РАКУ КОД АДОЛЕСЦЕНАТА У КРАЉЕВУ

**Марица Башић\*, Гордана Стојковић, Мирослав Радуловић,  
Мирјана Крчевинац**

\*Друштво против рака “Краљица Јелена Анжујска”, Краљево, Србија  
Дом здравља Краљево, Општа медицина, Србија

**Увод.** Стигма узрокована раком доприноси негативном утицају на здравствено стање и позитивна осећања људи који живе са раком. Упитник *Опита свест о раку* је кратак и користан упитник за самопопуњавање, којим се мери одговор здравих адолесцената о раку.

**Циљ рада.** Испитати српску верзију овог упитника код адолесцената.

**Метод.** Студија је изведена 2016-2017. године као пилот истраживање. Укупно 109 адолесцената је укључено у проспективно опсервационо истраживање. Критеријум искључења је животно доба преко 19 година. Статистичка анализа је урађена у MS EXCEL програму.

**Резултати.** Коришћен је упитник са дихотомном скалом од 9 питања, који су адолесценти испуњавали на хуманитарним приредбама и обукама о раку, с временом попуњавања од 10 min. Узајамни однос Српске и Глобалне верзије тестираног упитника није чврст. Само 12% наших испитаника брине да је рак преносив, 28% извештава да зна како да спречи рак, 48% свих испитиваних осећа да се код нас о раку говори слободно и отворено и 52% наводи да зна службе за помоћ преживелима.

**Закључак.** Иако је популација адолесцената показала углавном позитивно гледиште према раку, стиче се утисак да главни стереотипи, који доприносе стигматизацији рака, постоје. Конкретна мера је потреба да се изведе методолошки чврсто истраживање, које ће обезбедити снажне доказе и одиграти улогу у предузимању корака да се системски смањи стигма у Србији.

**Кључне речи:** рак, скале, предрасуде, однос, мерење

### Литература

1. Pescosolido BA, Martin JK. *The Sigma Complex*. Annu Rev. Sociol. 2015;41:87–116. PMID: 26855471.
2. Hatzenbuehler LM, Phelan CJ, Link GB. *Stigma as fundamental cause of population health inequalities*. Am J Public Health. 2013;103(5):813-821. PMID:23488505.
3. Daher M. *Cultural beliefs and values in cancer patients*. Ann Oncol. 2012 Apr;23 Suppl 3:66-9. PMID:22628419.
4. Machado GOC, Biancovilli P, Jurberg C. *Voices About a Stigma: Cancer in the Opinion of Three Different Segments in Brazilian Society*. J Cancer Educ. 2017; 32(2):413-416. PMID:26676405.
5. LIVESTRONG Foundation. *Cancer stigma and silence around the world*. (2010). To read or download the full Cancer stigma and silence around the world Final Report, visit [livestrong.org/stigma](http://livestrong.org/stigma). or request a copy by emailing [RESEARCH@LIVESTRONG.ORG](mailto:RESEARCH@LIVESTRONG.ORG)

Постер презентација

### 23. ПОВЕЗАНОСТ КОМПЛИКАЦИЈА ШЕЋЕРНЕ БОЛЕСТИ НА ОЧИМА И БУБРЕЗИМА

**Катарина Анишић, Софија Давидовић**

Дом здравља Нови Сад, Општа медицина

Клиника за очне болести, Клинички центар Војводине, Нови Сад, Србија

**Увод.** Компликације шећерне болести могу захватити практично сва ткива и органе, узрокујући велики морбидитет, инвалидност и морталитет.

**Циљ рада.** Испитати промене на очима и бубрезима код пацијената оболелих од шећерне болести и да ли постоји међусобна повезаност. Утврдити да ли је степен оштећења на оку сразмеран степену оштећења бубрежне функције.

**Метод.** Ретроспективна анализа података 45 пацијената који су имали дијабетес мелитус тип 2 дуже од десет година. Сви пацијенти су подељени у три групе од по 15 испитаника: пацијенти без дијабетичке ретинопатије, са непролиферативном и са пролиферативном дијабетичком ретинопатијом. Евидентирано: шећер у крви - наташте, гликозилирани хемоглобин, степен дијабетичке ретинопатије, присуство или одсуство макулопатије, најбоље коригована видна оштрина, уреа и креатинин у серуму, клиренс креатинина и 24h албуминурија.

**Резултати.** Просечне вредности јутарњег (наташте) шећера у крви као и гликозилираног хемоглобина биле су највише код пацијената са пролиферативном дијабетичком ретинопатијом (11,27 mmol/l и 8,48%). Од 30 пацијената који су имали промене на очима узроковане шећерном болешћу, дијабетесна макулопатија нађена је код 60% пацијената. Од тога, 20% у групи са непролиферативном, а 40% у групи пацијената са пролиферативном дијабетичком ретинопатијом. Средње вредности најбоље кориговане видне оштрине, просек за оба ока, износиле су 0,45 код пацијената са пролиферативном дијабетичком ретинопатијом, док су средње вредности урее и креатинина у серуму, клиренса креатинина и 24h албуминурије у овој групи износиле 7,37 mmol/l, 106,13 μmol/l, 72,80 ml/min. и 346,31 mg/24h респективно.

**Закључак.** Тежи облици дијабетичке ретинопатије налазе се код метаболички најлошије регулисаних болесника. Пацијенти са пролиферативном дијабетичком ретинопатијом имали су већи проценат јављања макуларног едема, знатно снижену најбоље кориговану видну оштрину на оба ока заједно, повишене вредности урее и креатинина у серуму, као и 24h албуминурију, док је клиренс креатинина у овој групи био најнижи. Утврђено је да постоји међусобна повезаност промена од шећерне болести на очима и бубрезима, као и да је степен оштећења на оку сразмеран степену оштећења бубрежне функције.

**Кључне речи:** дијабетес мелитус, компликације дијабетеса, дијабетичка ретинопатија, дијабетичка нефропатија

#### Литература

1. Moreno A, Lozano M, Salinas P. *Diabetic retinopathy*. Nutr Hosp. 2013; 28(2):53-6.

2. Tolonen N, Hietala K, Forsblom C, Harjutsalo V, Makinen VP, Kytö J et al. *Associations and interactions between lipid profiles, retinopathy and nephropathy in patients with type 1 diabetes: the FinnDiane Study*. J Intern Med. 2013; 274: 469-79.
3. Klein R, Klein BEK, Moss SE, Davis MD, DeMets DL. *The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy, IV. Diabetic macular edema*. Ophthalmology. 1984;91:1464-74.
4. Venkatesh P, Tibrewal S, Bhowmik D, Tripathi M, Ramakrishnan S, Vashist N et al. *Prevalence of systemic co-morbidities in patients with various grades of diabetic retinopathy*. Indian J Med Res. 2014 Jul; 140(1):77-83.
5. Grunwald JE, Alexander J, Ying GS, Maguire M, Daniel E, Whittock-Martin R et al. *Retinopathy and Chronic Kidney Disease in the Chronic Renal Insufficiency Cohort Study (CRIC)*. Arch Ophthalmol. 2012 Sept; 130(9):1136-44.

Постер презентација

## 24. УТИЦАЈ БУКЕ НА ЗДРАВЉЕ ЉУДИ

**Сунчица Станков, Богдан Степанчев**

Дом здравља Нови Сад, Општа медицина, Србија

**Увод.** Као један од савремених загађивача, бука се дефинише као нежељени звук за који се може измерити или израчунати ниво изложености током времена. Прожимајући свакодневни живот човека, бука може узроковати аудитивне и неаудитивне ефекте на здравље људи. Загађење буком праћено је бројним здравственим тегобама, као што су оштећење слуха, отежана комуникација, поремећаји сна, психолошки ефекти, кардиоваскуларне и бројне друге тегобе.

**Циљ рада.** На основу анализе резултата публикованих релевантних научних радова, утврдити да бука има значајан утицај на различите аспекте здравља људи.

**Метод.** У нашем раду извршили смо анализу више од 300 радова објављених у последњих 20 година, публикованих у међународним часописима, доступним у *PubMed* бази података.

**Резултати.** Ефекти буке на здравље људи су бројни, а могу бити привремени и трајни. Губитак слуха и зујање у ушима узроковани буком, најчешће су заступљени у професионалним околностима. Све је више доказа о неаудитивним ефектима буке животне средине на здравље људи. Бројне студије указују да бука доводи до психолошког дистреса, поремећаја сна и спавања, узрокује дневну поспаност, утиче на исход болести, ефикасност здравствених радника, изазива пораст заступљености артеријске хипертензије и кардиоваскуларних болести, појаву дијабетес мелитуса, главобоље и болести плућа. Такође, узрокује сметње узроковане буком и погоршава когнитивне перформансе код деце школског узраста.

**Закључак.** Поред запослених у радној средини изложених буци, бука има све већи утицај на здравље опште популације. Начини смањења загађења буком су могући очувањем и формирањем зелених површина адекватне густине, имплементацијом општих и специфичних препорука Светске здравствене организације, као и стратегија и едукационих програма ради превенције губитка слуха и очувања целокупног здравља људи различитих годишта и карактеристика. У циљу имплементације контроле буке, спречавања негативних здравствених последица по здравље људи и спровођења адекватних мерења, потребно је да се проблемом загађења буком подједнако баве законодавац и регулаторна тела, послодавци, запослени на радним местима на којима су изложени буци, као и инспекторска служба, а такође је потребно и развијање јавне свести и обавештености о ефектима буке, што се може спровести кроз медијске кампање.

**Кључне речи:** бука, здравље популације, фактори ризика

### Литература

1. Reedijk M, Lenters V, Slottje P et al. *Cohort profile: LIFEWORK, a prospective cohort study on occupational and environmental risk factors and health in the Netherlands*. *BMJ Open* 2018;8:e018504. doi:10.1136/bmjopen-2017-018504.

2. Degeest S et al. *Epidemiology and Risk Factors for Leisure Noise-Induced Hearing Damage in Flemish Young Adults*. Noise Health. 2017;19(86):10–19.
3. Panulinová E, Harabinová S, Argalášová L. *Tram Squealing Noise and Its Impact on Human Health*. Noise Health. 2016;18(85):329–337.
4. Basner M, Babisch W, Davis A, Brink M, Clark C, Janssen S, Stansfeld S. *Auditory and non-auditory effects of noise on health*. Lancet 2014;383:1325–32.
5. Babisch W, Wolf K, Petz M, Heinrich J, Cyrus J, Peters A. *Associations between traffic noise, particulate air pollution, hypertension, and isolated systolic hypertension in adults: the KORA Study*. Environ Health Perspect 2014;122:492–498.

## Усмена презентација

## 25. ФАЦИЈАЛНА ХЕМИПАРЕЗА КАО СИМПТОМ НАЗОФАРИНГЕАЛНОГ ТУМОРА Приказ случаја

**Јелена Спасић, Милица Јанковић, Александра Војновић, Дорис Драгутиновић**  
Дом здравља "Др Симо Милошевић", Београд, Србија

**Увод.** Карцином ждрела је у нашој популацији све заступљенији последњих година. Постоји његова повезаност са штетним факторима, као што су пушење дувана и конзумирање алкохола. Јавља се у два облика – планоцелуларни и *UNCT* (недиферентовани карцином назофаринкса). Овај карцином ретко даје ране симптоме, па се најчешће препозна када је болест већ унапредовала и довела до метастазе.

**Циљ рада.** Рано препознавање симптома назофарингеалног карцинома као услов за благовремено и адекватно лечење.

**Приказ случаја.** Пацијенткиња стара 63 године, бивши пушач, јавља се изабраном лекару због осећаја утрнулости у левој половини лица и зујања у левом уху. Пацијенткиња наводи и честе главобоље као и повремене појаве дуплих слика. У објективном налазу дискретна левострана хемипареза са спуштеним рубом усне као и семиптозом. У лабораторијском налазу постоји повећана *SE 32 mm/h*, остали параметри у оквиру референтних граница. Пацијенткиња упућена неурологу и отоларингологу по приоритету. На предлог оториноларинголога (ОРЛ) урађена хитна мултислајсна компјутеризована томографија – *MSCT* где је виђена експанзивна епифарингеална и парафарингеална инфилтративна тумефакција са интракранијалним ширењем. Са сумњом на постојање туморске промене послата на нуклеарну магнетну резонанцију ендокранијума и врата, која указује на инфилтративне промене у орофарингеалном и епифарингеалном делу са пропагацијом у горњу орбиталну фисуру. Виђени и патолошки измењени лимфни нодуси на врату у горњој југуларној групи. Уследила је биопсија којом је потврђено да се ради о недиферентованом карциному назофаринкса - *UNCT*. Пацијенткињи је након тога започето онколошко лечење. Укључена у програм хемиотерапије са *5 FU CDDP-cisplatin*.

**Закључак.** Сваког пацијента са неспецифичним симптомима у орофарингеалној регији као и фацијалном парезом треба увек упутити на даљу дијагностику. Неретко су узрок томе управо тумори ове регије и треба размишљати о њима, а прогноза умногоме зависи од стадијума у коме се карцином налази.

**Кључне речи:** назофарингеални карцином, фацијална хемипареза, диплопије, главобоља

### Литература

1. Cawthorne T. *Peripheral phacial paralysis*. Some aspects of its pathology, 1956;56:653.
2. Buraian K, Fanta H, Reisner H. *Neurootologie*. Thieme, Stuttgart 1980.

3. Радуловић Р. *Отоларингологија и максилофацијална хирургија*, за студенте и лекаре, Београд, 2004.

## Усмена презентација

**31. КОМПАРАЦИЈА T-СКОРА УЛТРАЗВУЧНОМ  
ОСТЕОДЕНЗИТОМЕТРИЈОМ И DEXA МЕТОДОМ**

**Александра Пауновић, Драгана Босић-Живановић, Војислав Савић,  
Борис Бранковић, Милка Маринковић**  
Дом здравља Рума, Служба здравствене заштите  
одраслог становништва, Србија

**Увод.** Остеопороза је коштано обољење које карактерише смањена јачина кости, што је предиспозиција за повећан ризик од настанка фрактуре. Рана идентификација високоризичних пацијената од стране лекара опште медицине има кључну улогу у управљању остеопорозом.

**Циљ рада.** Утврђивање корелације вредности *T*-скора добијених ултразвучном остеодензитометријом петне кости и методом двоструке апсорпциометрије *X*-зрака.

**Метод.** Спроведена је ретроспективна студија у периоду од 1.01.2017. до 31.12.2017. у ДЗ Рума, где су коришћени подаци из медицинске документације пацијената код којих је урађена ултразвучна остеодензитометрија на пети на апарату *Osteosys*. Коришћени су упитници о постојању фактора ризика за остеопорозу.

**Резултати.** Просечно животно доба испитаница је било 67,2 године. Од 471 испитане пацијенткиње, издвојен је узорак од 206 (43,7%) које су биле у категорији остеопорозе, *T*-скор  $\leq -2,5$  *SD*, просечна вредност *T*-скора  $-3,08$  *SD*. Упућене су на допунско мерење методом двоструке апсорпциометрије *X*-зрака. Даљем тестирању приступило је 105 (51%). Испитивања су показала да не постоји статистички значајна разлика између вредности *T*-скора мереним са оба метода. Код 61,9% је потврђена дијагноза остеопорозе, код 26,7% остеопенија, а код 11,4% уредан налаз.

**Закључак.** На основу добијених резултата, сматрамо да је потребно обезбедити већи број апарата за ултразвучну остеодензитометрију петне кости. Тако се омогућава превенција и правовремено упућивање пацијенткиња на даљу дијагностику уколико је то потребно. Тестирање ултразвучним методом препоручује се на примарном нивоу здравствене заштите, јер има следеће предности: не примењује се јонизујуће зрачење, ниска је цена прегледа, ултразвучни уређај је подесан за рад на терену, што омогућава рано откривање остеопорозе.

**Кључне речи:** УЗ остеодензитометрија, *DEXA*, остеопороза

**Литература**

1. Хаџиавдић А, Вајић Н, Гаврић Н. *Компарација вредности T-скора добијених ултразвучном остеодензитометријом петне кости и методом двоструке апсорпциометрије X-зрака*. Медицински преглед, 2015;68(9-10):341-346.
2. Лазић М, Спасојевић Г. *Значај квантитативне ултразвучне остеодензитометрије у раном откривању остеопорозе*. Биомедицинска истраживања 2012;3(2):18-25.

3. Chawla J, Sharma N, Arora D, Arora M, Shukla L. *Bone densitometry status and its associated factors in peri and post menopausal females: A cross sectional study from a tertiary care centre in India.* Taiwan J Obstet Gynecol. 2018 Feb;57(1):100-105.
4. Караџов-Николић А, Вујасиновић-Ступар Н, Милићевић С, Букумирић З. *Анализа фактора који утичу на учесталост патолошких прелома код постменопаузних жена са остеопорозом.* Praxis medica 2015;44(3):33-38.
5. Patel D, Worley JR, Volgas DA, Crist BD. *The Effectiveness of Osteoporosis Screening and Treatment in the Midwest Geriatr Orthop Surg Rehabil.* 2018 Mar;29:95.

## Усмена презентација

## 32. РАНА ДИЈАГНОСТИКА АКУТНЕ МИЈЕЛОИДНЕ ЛЕУКЕМИЈЕ КОД ПАЦИЈЕНАТА МЛАЂИХ ОД 65 ГОДИНА Приказ случаја

**Александра Војновић, Јелена Морић, Јована Вуковић, Јелена Спасић,  
Јелена Драгић**

Дом здравља "Др Симо Милошевић", Општа медицина, Београд, Србија

**Увод.** Акутна мијелоидна леукемија (АМЛ) је малигна болест коштане сржи у којој су хематопоетски прекурсори заустављени у раној фази сазревања, те долази до њихове експанзије у периферној крви, коштаној сржи и другим ткивима. Карактерише се присуством више од 20% бласта у коштаној сржи.

**Циљ рада.** Указивање на различитост почетне манифестације леукемијских обољења, како би се лекарима побудила сумња на ову дијагнозу као могућу диференцијалну дијагнозу код пацијентата са повишеним трансаминазама.

**Метод.** Подаци добијени из медицинске документације и здравственог картона, уз пристанак пацијента.

**Приказ случаја.** Пацијент стар 34 године, јавља се изабраном лекару због повишених трансаминаза, благе тромбоцитопеније и хиперхолестеролемије (Тромбоцити 122, *AST* 46, *ALT* 105, холестерол 5,8, *LDL* 4,32) у склопу редовног систематског прегледа. Од тегоба наводи повремени бол у мишићима и малаксалост, последњих дана користио аспирин. У физикалном налазу без периферне лимфаденопатије, хеморагијског синдрома нити органомегалије. Саветован је хигијенско-дијететски режим исхране, редукција телесне тежине, издат је упут за вирусолошке анализе. На контролном прегледу након две недеље, вирусолошки маркери негативни (*HbsAg*, *HIV* ½), за *HCV* није било реагенса. У лабораторијским анализама уочена еритроцитопенија (*Er* 3,6), озбиљна тромбоцитопенија (*Tr* 41), одржавање повишених трансаминаза (*AST* 54, *ALT* 95). Сутрадан је урађена контролна крвна слика где се тромбоцитопенија одржавала, и ултразвук абдомена на коме је сем микролитијазе бубрега и хемангиома јетре налаз неупадљив, те је пацијент хитно упућен инфектологу и хематологу. Искључен је инфективни узрочник обољења, пацијент хоспитализован на Клиници за хематологију КЦС. Након испитивања, дијагностикована акутна мијеломоноцитна леукемија са нормалним кариотипом, *FLT3-ITD* мутацијом и неуролеукемијом. Након примене хемиотерапије дијагностикована резидуална болест од 8% бласта, даље је индикована зрачна терапија ендокранијума, након чега се планира припрема пацијента за спровођење алогене трансплантације матичних ћелија хематопоезе.

**Дискусија.** Акутна мијелоидна леукемија представља најчешћи облик леукемије код старијих пацијента са највећим бројем смртних случајева годишње у Сједињеним Америчким Државама. Рано откривање ове болести и правовремено примењена терапија доводе до боље прогнозе и бољег одговора на терапију.

**Закључак.** Код младих особа са поремећајем трансаминаза и крвне слике, неопходно је активно праћење динамике патолошких резултата, као и правовремена диференцијална дијагностика поремећаја трансаминаза како се не би закаснило са правом дијагнозом болести.

**Кључне речи:** рано откривање, акутна мијеломоноцитна леукемија, биопсија коштане сржи

## Литература

1. O'Donnell MR, Tallman MS, Abboud CN, Altman JK, Appelbaum FR, Arber DA et al. *Acute Myeloid Leukemia*. Version 3.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2017 Jul;15(7):926-957.
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. *Cancer statistics*. CA Cancer J Clin 2017;67:7–30.
3. Brandwein JM, Ashkenas J, Geddes MN, Kew AK, Leber B, Nevill T, Sabloff M, Sandhu I, Schuh A, Storrington J. *Treatment of older patients with acute myeloid leukemia (AML): a Canadian consensus*. Am J Blood Res. 2013;3:141–164.

## Усмена презентација

**33. КОМОРБИДИТЕТИ И ФУНКЦИОНАЛНА ОНЕСПОСОБЉЕНОСТ  
ХРОНИЧНОГ БОЛА У ДОЊЕМ ДИЈЕЛУ ЛЕЂА****Маријана Јандрић-Кочић**ЈЗУ Дом здравља Крупа на Уни, Служба породичне медицине, Република Српска,  
Босна и Херцеговина

**Увод.** Хронични бол у доњем дијелу леђа је синдром узрокован различитим анатомским и функционалним поремећајима лумбалне кичме и њене околине, који траје дуже од три мјесеца. Коморбидитети су једна или више болести или стања који постоје заједно са основном болешћу или поремећајем.

**Циљ рада.** Испитати утицај присуства психопатолошких елемената и хроничних соматских болести на степен функционалне онепоспособљености код хроничног бола у доњем дијелу леђа.

**Метод.** Истраживање је спроведено у Дому здравља Крупа на Уни од 01.11.2016. до 31.10.2017. Узорак је чинило 115 случајно изабраних пацијената. Инструменти истраживања су били упитници *Roland Morris Disability Questionnaire*, *Generalized Anxiety Disorder*, *Beck's Depression Inventory*, *Patient Health Questionnaire* и посебно креиран *Општи упитник за потребе истраживања*. Обрада података је вршена стандардним статистичким методама.

**Резултати.** Анксиозност и депресија у значајној мјери повећавају функционалну онепоспособљеност, док интензитет соматоформних поремећаја није у сагласности са степеном функционалне онепоспособљености ( $p=0,889$ ). Присуство ангине пекторис повећавало је функционалну онепоспособљеност, док артеријска хипертензија ( $p=0,89735$ ), дијабетес мелитус и респираторне болести нису значајније нарушавале функционалну способност. Хипотиреоидизам повећава функционалну онепоспособљеност ( $p=0,89735$ ) као и хронични гастритис  $p=0,0067333$ ). Гојазност и пушење значајно повећавају степен функционалне онепоспособљености.

**Закључак.** Функционална онепоспособљеност код хроничног бола у доњем дијелу леђа повећава се присуством анксиозности и депресије. Ангина пекторис, хипотиреоидизам и хронични гастритис значајно нарушавају степен функционалне онепоспособљености. Гојазност и пушење нарушавају функционалну способност пацијената. Адекватан менаџмент коморбидитета уз квалитетну комуникацију усмјерену ка раној детекцији и терапији психопатолошких елемената, значајно ће смањити функционалну онепоспособљеност, трошкове здравствене заштите и губитке продуктивности изазване одсуством с радног места.

**Кључне ријечи:** коморбидитети, хроничан бол, доњи дио леђа

**Литература**

1. Sagheer MA, Khan MF, Sharif S. Association between chronic low back pain, anxiety and depression in patients at a tertiary care centre. Pub Med 2013; 63(6):688-90.

2. Heuch I, Heuch I, Hagen K, Zwart J-A. *Association between body height and chronic low back pain: a follow-up in the Nord-Trøndelag Health Study*. BMJ Open 2015;5:1-7.
3. Young-Hyeon Bee, Joon-Shik S, Jinho L, Me-Riong K, Ki Byung P, Jae-Heung Ch, In-Hyuk H. *Association between Hypertension and the Prevalence of Low Back Pain and Osteoarthritis in Koreans: A Cross-Sectional Study*. PLOS one 2015;10(9):e0138790.
4. Kumar Sharma M, Petrukhina E. *Strong Association of Smoking with Lumbar Degenerative Spine Disease*. The Open Neurosurgery Journal 2013;6:6-12.
5. Amabile D, Ferrira M, Refshauge K, Hermer A, Sanchez-Romera J, Perez-Riquelme F, Cisneros L, Ordonana J, Ferreira P. *Mapping the association between back pain and type 2 diabetes: A cross-sectional and longitudinal study of adult Spanish twins with diabetes*. Plos One 2017;12(4):e0174757.

Постер презентација

### **34. КАВЕРНОМ КАО УЗРОК ЕПИЛЕПТИЧНОГ НАПАДА Приказ случаја**

**Јелица Јанковић, Тамара Стануловић**

Дом здравља Ниш, Општа медицина

Дом здравља Петровац на Млави, Општа медицина, Србија

**Циљ рада.** Приказати настанак епилепсије на бази кавернома и ефекат терапије гама ножем.

**Метод.** Увид у медицинску документацију.

**Приказ случаја.** Пацијент А.К. мушког пола, старости 46 година. Први епилептични напад добија у сну пре две године, са изненадним губитком свести, одликама конвулзивне кризе и посткомицијалним повраћањем и главобољом у трајању од око пола сата. Урађен *СТ* ендокранијума – фронтално десно пунктиформни калцификат; *EEG* – патолошке специфичне промене; магнетна резонанција - *MRI* ендокранијума – кортикално фронтално десно овална јасно ограничена промена хипосигналног руха дијаметра 11 mm x 14 mm. Уведена антиепилептоидна терапија. Шест месеци од почетка болести урађена радионеурохируршка интервенција – мултипла фокусирана зрачења; *MRI* након осам месеци од третмана – десно фронтално кортикално овална промена 3 mm x 6 mm x 4 mm. Актуелна терапија: *Luvam* 2 x 1.000 mg, *Tegretol* 600 mg дневно. Пацијент без напада.

**Закључак.** Након откривеног узрока епилепсије – кавернома, он је третиран гама ножем што редукује његове димензије. Уз одговарајућу антиепилептичну - *АЕ* терапију пацијент је стабилизован, без напада.

**Кључне речи:** каверном, епилепсија, гама нож.

#### **Литература**

1. Самарџић М. *Савремена неурохирургија*
2. Ивановић ПС. *Цереброваскуларне болести*

## Усмена презентација

**35. ПРОБЛЕМИ У ДИФЕРЕНЦИЈАЛНОЈ ДИЈАГНОЗИ СКАБИЈЕСА****Приказ случаја**

**Маја Гак, Дубравка Топаловић, Данка Ђоровић, Ивана Јелесић Петровић,  
Маријана Марковић**

Дом здравља "Др Симо Милошевић", Чукарица, Општа медицина, Београд, Србија

**Увод.** Скабијес или шуга је инфестација коже паразитом *Sarcoptes scabiei*. Врло је заразна и преноси се физичким контактом са оболелим (најчешће сексуалним путем). Иако ретко, могуће је и преношење руковањем, контактом са гардеробом или постељином оболелог, а у случајевима *Норвешке шуге* и у базенима. Због тога су најчешће епидемије у породици или условима колективног смештаја. Клиничка презентација шуге наступа после 4-6 недеља од инфестације. Примарни симптом је свраб, посебно ноћу, а патогномоничан знак су каналићи између прстију шаке у облику латиничног слова S, који се завршавају везикулом или пустулом у којој је смештен паразит. Предилекциона места су интердигитални простори, аксиле, перимамиларни део, пенис, ручје и лактови. Тежина болести је повезана са имунолошким стањем организма.

**Циљ рада.** Указати на неспецифичне симптоме шуге која често имитира друга стања коже, најчешће алергијски/контактни дерматитис.

**Метод.** Дескриптивни метод. Анализа медицинске документације.

**Приказ случаја.** Пацијенткиња М.М. стара 43 године, запослена у Хемијској индустрији, јавља се изабраном лекару због промена на рукама праћених сврабом последњих месец дана. У физикалном налазу се уочавају дифузне еритематозне папуле, трагови екскоријације са везикулозним ерупцијама на шакама и подлактицама. На другим предилекционим местима за шугу без промена на кожи. Упућена дерматологу где се поставља дијагноза контактнoг, алергијског дерматитиса. Препоручене антибиотске и кортикостероидне масти, уз савет о посебним мерама заштите на радном месту и контакту са хемикалијама. Како после више контрола и пролонгиране локалне терапије није уочено побољшање, пацијенткиња хоспитализована на Клиници за дерматологију КЦС ради даље дијагностике. Повишене вредности *IgG* и *IgM* као и позитивна микроскопска идентификација паразита, доводе до дијагнозе шуге. Након увођења локалних скабицида, долази до регресије промена.

**Закључак.** Код свих стања на кожи, посебно на предилекционим местима за шугу, а која су третирана као резистентни дерматитис без објективног побољшања, размишљати и о дијагнози скабијеса.

**Кључне речи:** скабијес, диференцијална дијагноза

**Литература**

1. Jacobson CC, Abel EA. *Parasitic infestations*. J Am Acad Dermatol 2007;56: 1026-43.

2. Chosidow O. *Clinical practices. Scabies*. N Engl J Med 2006;354:1718-27.
3. Лалевић-Васић МБ, Меденица МЉ, Николић ММ. *Дерматовенерологија са пропедевтиком*. Савремена администрација. IV измењено издање.

Постер презентација

## 36. МАСКИРАЊЕ МЕТАСТАТСКИХ ПРОМЕНА У АБДОМЕНУ БОЛОВИМА У ЛЕЋИМА

### Приказ случаја

**Маја Гак, Дубравка Топаловић, Данка Ђоровић, Ивана Јелесић Петровић,  
Маријана Марковић**

Дом здравља "Др Симо Милошевић", Чукарица, Општа медицина, Београд, Србија

**Увод.** Карцином панкреаса је агресиван тип карцинома који се врло брзо шири на околне органе, а почетни симптоми су неспецифични или их нема док болест не узнапредује. Пацијент често као први симптом пријави бол у леђима са ширењем у појасу.

**Циљ рада.** Указати на значај преклапања и маскирања клиничке слике код пацијената са боловима у лумбосакралном делу леђа и метастатским променама у абдомену.

**Метод.** Дескриптивни метод. Анализа медицинске документације.

**Приказ случаја.** Пацијенткиња М.П. стара 62 године, јавља се изабраном лекару због вишемесечних спорадичних болова у лумбалном делу кичме који се повремено појасно шире, а с погоршањем и укоченошћу резистентним на оралну аналгетску терапију последњих 5 дана. Пацијенткиња се иначе лечи само од хипертензије. Последње јављање лекару је било пре четири године. У физикалном налазу се региструје анталгичан положај и спазам ПВМ (паравертебралне мускулатуре) лумбосакралног дела кичме. Ход пета-прсти изводи. Лазаревићев тест позитиван деснострано, на 40 степени. Абдомен мек, палпаторно болно неосетљив. Срце и плућа уредног аускултаторног налаза: *ТА 120/75 mmHg*. Дат упут за лабораторијске анализе и УЗ абдомена. Ординирана комбинована терапија: *Dexametason*, *Diklofenak*, *Diazepam* амп. Како се пацијенткињи и поред парентералне терапије стање није побољшавало, упућена физијатру гдје је саветована физикална терапија. На контролу свом лекару долази са резултатима крвне слике и биохемије, гдје се региструју значајна одступања.

**Резултати.** *Le* 25.4↑, *Er* 3.12↓, *Hg* 95↓, *Hct* 0.3↓, уреа 11.4↑, ук. протеини 56↓, ук. билирубин 44.1↑, дир. билирубин 24.7↑, *AST* 228↑, *ALT* 49↑, *ALP* 307↑. Пацијенткиња упућена у Ургентни центар Београд, гдје је на УЗ абдомена откривен карцином панкреаса са бројним метастатским променама. Пацијенткиња је задржана на Одељењу гастроентерохепатологије КЦС Београд, где је након 7 дана преминула.

**Закључак.** Карцином панкреаса је „тихи убица“ јер се болови у стомаку јављају у већ узнапредовалој фази болести и зраче према леђима, па пацијенти некад не могу дати прецизан податак да ли основни бол креће из стомака или леђа. Зато је значајно урадити дијагностику болова и лумбалног и абдоминалног порекла.

**Кључне речи:** метастазе, болови, маскирање.

### Литература

Зборник сажетак IX конгрес лекара опште медицине Србије са међународним учешћем Златибор, хотел Мона, 27-30.09.2018.  
Zbornik sažetaka IX kongres lekara opšte medicine Srbije sa međunarodnim učešćem Zlatibor, hotel Mona, 27-30.09.2018.

1. Врдољак Е, Шамија М, Кусић З, Гугић Д, Петковић М, Крајина З. *Клиничка онкологија*. Медицинска наклада, Загреб, 2013.
2. Манојловић Д. *Интерна медицина*. Завод за уџбенике, Београд, IV издање.

## Усмена презентација

## 39. MEDICAL WASTE MANAGEMENT – HOW MUCH DO WE KNOW?

## Case report

Svetlana Karić<sup>1</sup>, Jelena Ilić Živojinović<sup>2</sup>, Branislav Ilić<sup>3</sup>,  
Ljiljana Bogdanović<sup>4</sup>, Dijana Nikolić<sup>5</sup>

<sup>1</sup>College of pre-school teacher training, Šabac

<sup>2</sup>Institute of hygiene with medical ecology, Medical school, University of Belgrade

<sup>3</sup>Oral surgery clinic, Faculty of dentistry, University of Belgrade

<sup>4</sup>Pathology institute, Medical school, University of Belgrade

<sup>5</sup>Department of occupational health, Medical school, University of Belgrade, Serbia

**Introduction:** From 10% to 25% of all medical waste (MW) generated within health-care facilities, research centers and laboratories is hazardous and may cause a variety of environmental and health risks. Due to the adequate process of separation of medical waste, the amount of hazardous waste in Serbia, decreased by 50%. By increasing the importance of this problem, the topic of MW has been recently recognized and introduced into the curriculum of the final year of future doctors.

**Objective.** To examine the knowledge and attitudes of medical students toward medical waste management.

**Method:** A cross-sectional study included 430 medical students of the sixth year of the medical studies who completed an anonymous semi-structured questionnaire to determine attitudes and knowledge on MW management.

**Results:** Most of the students are aware that the basic principle of medical waste management is to protect the health of people and the environment (92.5% males and 98.5% females). Only 9% (both males and females) know that once closed bags with infectious waste are no longer allowed reopen. However, even 51.3% of males and 58.0% of females believe that used needles or scalpels should be carefully removed from the spit or holder ( $\chi^2=1.767$ ;  $p=0.184$ ) before storing it in a sharps container. There is no statistically significant gender difference either in terms of students' knowledge in relation to the method of final disposal of medical waste ( $\chi^2=1.551$ ;  $p=0.213$ ), since as many as 83.2% of males and 87.6% of females are not familiar with the methods of final disposal of medical waste, or knowledge what incinerator is (78.3% vs. 88.0%, respectively).

**Conclusion:** Future doctors' lack of knowledge about the problems of medical waste management, that they will encounter in their practice, point to the need of more training at their final year of the studies.

**Key words:** waste, students, environment, health

## Literature

1. World Health Organization (WHO) Policy Paper: Safe Health Care Waste Management. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO); 2014.
2. Knezevic S, Matic B. *A report on the follow-up process on infectious medical waste management within the network of state health facilities in the Republic of Serbia in 2013*. Regulated waste flows. Centre for Hygiene and Human Ecology.

Republic Institute of Public Health of Serbia. In Serbia)  
<http://www.batut.org.rs/download/izvestaji/higijena/2013MedOtpad.pdf> ).

Постер презентација

#### 40. ПРИКАЗ СЛУЧАЈА ПАЦИЈЕНТА СА ВЕГЕНЕРОВОМ ГРАНУЛОМАТОЗОМ

Ивана Топаловић<sup>1</sup>, Мели Хелета<sup>2</sup>, Алекса Савић<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Дом здравља Доња Гуштерица, Општа медицина

<sup>2</sup>Дом здравља Прокупље, Србија

**Увод.** Вегенерова (*Wegener*) грануломатоза је мултисистемско обољење непознатог узрока, у чијој основи је некротизирајућа грануломатозна инфламација слузокоже горњег и доњег респираторног тракта, некротизирајући фокални васкулитис малих крвних судова различитих органа и фокални некротизирајући гломерулонефритис (тзв. Вегенерова тријада). Присутна је подједнако код оба пола, почиње обично у петој деценији, али се може јавити у било ком узрасту.

**Циљ рада.** Приказати обољење које се ретко среће у раду лекара опште медицине и указати на значај благовремене дијагностике као предуслова за правилно и успешно лечење.

**Метод.** Подаци из медицинске документације.

**Приказ случаја.** Пацијент старости 52 године, јавља се изабраном лекару због тегоба у виду замарања, малаксалости, кашља, повишене температуре и ноћног знојења. На основу анализе крви (*SE 68, CRP 18, KS bo*) дата антибиотска - *AB* терапија *Osramox 1.000 mg 2x1*, али и поред терапије пацијенту није било боље (*SE 81*). Упућен је радиологу где је урађена *CT* грудног коша и *RTG* плућа на коме су описане промене лево у апикопостериорном сегменту; у контакту са великом инцизуrom је присна велика спикулирана промена величине *23 mm x 20 mm*, као и две промене сличних карактеристика, те је индикована хоспитализација у Сремској Каменици, где су урађене четири бронхоскопије и две биопсије које су биле негативне. Лечење је спроведено антибиотицима, кортикостероидима, те је отпуштен под сумњом на хроничну пнеумонију. Месец дана по отпусту, јавља се изабраном лекару због отока и црвенила леве потколенице, који га упућује инфектологу са сумњом на еризипел. Урађен је *Doppler* крвних судова *DE*, са налазом површне венске тромбозе и ординирана је *AB* терапија десет дана, након чега долази до побољшања. Патохистолошки (ПХ) налаз последње бронхоскопије је потврдио грануломатозне некротичне упале, а у лабораторијским налазима добијена су *cANCA+*, *anti PR3+*, у налазу урина интермитетна микрохематурија, а УЗ бубрега уредан. На основу налаза и клиничке слике закључено је да се ради о грануломатози са полиангитисом. Ординиране три пулсне терапије од *1.000 mg* метилпреднизона, и први пулс од *1.000 mg* циклофосфамида, урађено је пет циклуса плазмаферезе након чега је дошло до побољшања.

**Закључак.** Правовремена дијагностика и администрација цитотоксичне терапије снажно утичу на ток и прогнозу болести.

**Кључне речи:** *Wegener*-ова грануломатоза, нодуларне промене, пулсна терапија

#### Литература

##### 1. Харисон. *Интерна медицина*

Зборник сажетакa IX конгрес лекара опште медицине Србије са међународним учешћем Златибор, хотел Мона, 27-30.09.2018.  
Zbornik sažetaka IX kongres lekara opšte medicine Srbije sa međunarodnim učešćem Zlatibor, hotel Mona, 27-30.09.2018.

2. Манојловић Д. *Интерна медицина*. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 2003.

Постер презентација

# **41. ЗНАЧАЈ УЛТРАЗВУКА У ПОРОДИЧНОЈ МЕДИЦИНИ - ПАПИЛАРНИ КАРЦИНОМ ШТИТАСТЕ ЖЛИЈЕЗДЕ Приказ случаја**

**Маријана Јандрић Кочић**

ЈЗУ Дом здравља Крупа на Уни, Служба породичне медицине,  
Република Српска, Босна и Херцеговина

**Увод.** Папиларни карцином је најучесталији карцином штитасте жлијезде. Најчешће се јавља код особа млађег животног доба. Најважнији фактор ризика је дуготрајно и/или често излагање јонизујућем зрачењу у предјелу врата. Око 5% пацијената има позитивну породичну анамнезу. Може бити *TSH* овисан и развити се код Хашимотовог тиреоидитиса. Дијагноза се поставља хистолошким прегледом материјала добијеног пункцијом. Терапија подразумјева оперативни захват, радиоактивни јод, те супституциону терапију *L*-тироксином.

**Циљ рада.** Доказати значај ултразвука као метода избора када је у питању лако, прелиминарно, неинвазивно и финансијски економично дијагностиковање папиларног карцинома.

**Метод.** Ултразвучни преглед и подаци добијени из медицинске документације уз пристанак пацијента.

**Приказ случаја.** У амбуланту се јавља пацијент Ш.Д. рођен 1965. са налазима консултантских прегледа, по препоруци кардиолога због депресије и повремених вртоглавица унутар три године. Налази *СТ* (други у последње двије године) приказују деснострану венстрикуломегалију. Налаз хормона штитасте жлијезде је уредан, као и консултативни преглед офталмолога, неуролога и кардиолога. Прегледом нађена увећана чворновата штитаста жлијезда. Ултразвук у амбуланти породичне медицине детектује малигно суспектан нодус. Пацијент се упућује ендокринологу који потврђује дијагнозу папиларног карцинома. Изврши се тиреоидектомија и терапија радиоактивним јодом.

**Резултати.** У раној фази карцином се приказује као чвор мањи од 2 *cm* који споро напредује код асимптоматског пацијента. У раној фази дијагностиковања 20-годишње преживљавање је 99%. Симптоми хипотиреозе или хипертиреозе, компресије околних структура често су знакови одмакле фазе болести када је 5-годишње преживљавање око 50%. Из наведених података јасно је колики је значај породичног љекара у раној детекцији. Познавањем болести штитасте жлијезде, квалитетно узетом анамнезом и пажљивом палпацијом, лако се селекује циљна група пацијента која захтијева ултразвучни преглед штитасте жлијезде и, по потреби, ултразвучно вођену пункцију штитасте жлијезде.

**Закључак.** Едукација љекара у примарној здравственој заштити из области ултразвучне дијагностике и увођење ултразвука у свакодневни рад, значајно би повећали ефикасност када је у питању правовремена дијагностика папиларног, али и других карцинома штитасте жлијезде и спријечиле у пракси честе дијагностичке погрешке када се са уредним налазима хормона, антитијела или тумор маркера дијагностичка сумња на болест штитасте жлијезде сматра отклоњеном.

**Кључне ријечи:** ултразвук, папиларни карцином, штитаста жлијезда

### Литература

1. Shin JH. *Ultrasonography. Ultrasonographic imaging of papillary thyroid carcinoma variants*. Ultrasonography. 2017 Apr;36(2):103-110.
2. Nilubol N, Kebebew E. *Should small papillary thyroid cancer be observed? A population-based study*. Cancer. 2015 Apr 1;121(7):1017-24.
3. Hahn SY, Shin JH, Oh YL, Son YI. *Discrepancies between the ultrasonographi and gross pathological size of papillary thyroid carcinomas*. Ultrasonography. 2016 Jul;35(3):220-5.
4. Wong KT, Ahuja AT. *Ultrasound of thyroid cancer*. Cancer Imaging. 2005;5:157-66.

## Усмена презентација

## 42. СИНДРОМ ИРИТАБИЛНОГ КОЛОНА - ТРАУМА ЗА ЛЕКАРА ИЛИ ПАЦИЈЕНТА?

### Приказ случаја

**Маријана Јандрић Кочић**

ЈЗУ Дом здравља Крупа на Уни, Служба породичне медицине,  
Република Српска, Босна и Херцеговина

**Увод.** Синдром иритабилног колона (СИК) је функционални поремећај пријева без присуства органске болести. То је рекурентан абдоминални бол који траје барем три дана/мјесец током протекла три мјесеца удружен са два или више симптома: појава болова повезана је с промјенама у учесталости пражњења столице, затим са промјенама у облику столице, попуштање болова након дефекације. Синдром иритабилног колона искључује постојање крви у столици, губитка тјелесне тежине, болова или прољева који болесника буде ноћу. Терапија подразумјева хигијенско-дијететски режим, супортивну терапију и медикаментну терапију (спазмолитици, антидепресиви, антидијареици).

**Циљ рада.** Указати на потешкоће у раду са пацијентима обољелим од СИК.

**Метод.** Подаци из медицинске документације уз сагласност пацијента.

**Приказ случаја.** Пацијенткиња, 35 година, долази у амбуланту због учесталих столица које се јављају у току дана унутар три мјесеца, које престају када узме *Loperamid hidrohlorid*. Након анамнезе и физикалног прегледа, поставља се радна дијагноза СИК и уз постојећу терапију уводи дијетални режим и препоручују технике за смањење стреса. У поновљеној посјети тегобе перзистирају, те се укључују *Sertalin tbl. 50 mg 1x1* и *Bromasepat, bl 1,5 mg 2x1*. Уз коментар да не болује од депресије већ од озбиљне болести, пацијенткиња одбија терапију и захтијева упутницу за гастроентеролога. Од тада до коначне дијагнозе пролази 10 мјесеци и безбој претрага (лабораторијска обрада, копрокултура, фекални калпротектин, антитијела на ткивну трансглутаминазу, СТ абдомена, гастроскопија, колоноскопија) консултативних прегледа, хоспитализација у трајању од 7 дана. На крају, враћа се у амбуланту са извињењем и молбом да породични лекар у потпуности преузме њено даље лијечење. На заказане контроле консултаната није отишла. Сада без тегоба.

**Закључак.** Иако су истраживања показала да породични лекари посједују адекватно знање и вјештину да самостално воде терапију пацијента са СИК, у пракси то није случај. Страх од тежих болести, одбијање провођења дијеталног режима, немогућност редукције стреса, веће повјерење у секундарну здравствену заштиту, несигурност лекара или "загарантована права пацијента на друго мишљење" могући су разлози. На породичном лекару остаје могућност континуиране едукације, надоградње сопственог знања и развијање вјештине комуникације са пацијентом и, можда, нада за уређенији здравствени систем.

**Кључне ријечи:** синдром иритабилног колона, траума, лекар, пацијент

### Литература

Зборник сажетакa IX конгрес лекара опште медицине Србије са међународним учешћем Златибор, хотел Мона, 27-30.09.2018.  
Zbornik sažetaka IX kongres lekara opšte medicine Srbije sa međunarodnim učešćem Zlatibor, hotel Mona, 27-30.09.2018.

1. Drossman DA. *The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process*. Gastroenterology. 2006 Apr;130(5):1377-90.
2. Dalton BC, Douglas AD, Hathaway MJ, Shrikant IB. *Perceptions of physicians and patients with organic and functional gastrointestinal diagnoses*. AGA Journals. 2004 Febr;2(2):121-126.
3. Casiday RE, Hungin AP, Cornford CS, de Wit Nj, Blell MT. *GPs' explanatory models for irritable bowel syndrome: a mismatch with patient models?* Fam Pract 2009;26:34-9.
4. Olafsdottir LB, Gudjonsson H, Jonsdottir HH, Jonsson JS, Bjornsson E, Thjodleifsson B. *Irritable bowel syndrome: Physicians' awareness and patients' experience*. World J Gastroenterol 2012;18:3715-20.
5. Келава И, Карабег В, Стојановић Шпехар С. *Ставови и знања лијечника обитељске медицине о синдрому иритабилног цријева*. Acta Med Croatica, 2015;69:245-252.

Постер презентација

### 43. УЧЕСТАЛОСТИ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ У ОДНОСУ НА СТЕПЕН УХРАЊЕНОСТИ

Татјана Здравковић, Татјана Егић, Гордана Томин Петровић  
Дом здравља Нови Сад, Служба опште медицине, Србија

**Увод.** Због високе преваленције и удружености са повишеним ризиком за настанак других кардиоваскуларних обољења, Светска здравствена организација издваја хипертензију као један од водећих здравствених проблема у свету, називајући је тихим убицом и глобалном јавноздравственом кризом.

**Циљ рада.** Утврдити учесталост хипертензије код пацијената Службе опште медицине Дома здравља Нови Сад у односу на степен ухрањености, и да ли има статистички значајне разлике.

**Метод.** Ретроспективна анализа 3.071 клиничких путева за систематски преглед попуњених у Служби опште медицине. За коришћење података из електронске базе података добијена је сагласност Етичке комисије ДЗ Нови Сад.

**Резултати и дискусија.** Систематским прегледом је обухваћен 3.071 пацијент, од чега 1.831 (59,62%) женског и 1.240 (40,38%) мушког пола. Минимална вредност *Body mass index*-а износила је 16,51 kg/m<sup>2</sup>, максимална 66,69 kg/m<sup>2</sup> а просечна вредност 27,16 kg/m<sup>2</sup> (CD 4,85184). У посматраном узорку хипертензију је имао 2.021 пацијент (65,81%), од чега 1201 (65,59%) женског и 820 (66,13%) мушког пола. Највећа учесталост хипертензије нађена је код гојазних особа (81,68%), потом код особа са повећаном телесном масом (70,47%). Код потхрањених пацијената учесталост хипертензије била је 51,61%, а код нормално ухрањених 50,00%. Постоји статистички значајна разлика у учесталости хипертензије у односу на степен ухрањености ( $\chi^2=214,689$ ;  $p<0,05$ ).

**Закључак.** У посматраном узорку забележена је висока преваленција хипертензије у односу на степен ухрањености. С обзиром на то да су степен ухрањености, односно повећана телесна тежина и гојазност превентабилни фактори ризика не само за хипертензију, већ и за друге хроничне масовне незаразне болести, неопходно је да се са адекватном превенцијом почне што раније како би се благовремено усвојили здрави стилови живота. Такође је неопходно благовремено започети лечење већ настале повећане телесне тежине и гојазности. На тај начин би се смањио утицај неадекватне телесне ухрањености на настанак не само хипертензије, већ и осталих хроничних масовних незаразних болести.

**Кључне речи:** ДЗ Нови Сад, преваленција артеријске хипертензије, BMI, ухрањеност.

#### Литература

1. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича добре клиничке праксе. *Национални водич добре клиничке праксе за дијагностиковање и лечење артеријске хипертензије*. Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2011.

2. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva, World Health Organization, 2014.
3. Институт за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут" (2014). Резултати истраживања здравља становништва Србије: 2013. година, Београд. Accessed 11.06.2017. Available online: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/IstrazivanjeZdravljaStanovnistvaRS2013.pdf>.
4. World Health Organization. *A Global Brief on Hypertension: Silent Killer*. Global Public Health Crisis 2013. Accessed 11.06.2017. Available online: `

Постер презентација

## 46. ПЕРИФЕРНА ВАСКУЛАРНА БОЛЕСТ У ОРДИНАЦИЈИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ Приказ случаја

**Марија Ивановић, Слађана Павловић**

Дом здравља "Др Ђорђе Ковачевић", Служба за здравствену заштиту  
одраслих грађана, Лазаревац, Србија

**Увод.** Васкуларна обољења могу имати акутан и хроничан ток. Акутна обољења су, најчешће, последица емболије и тромбозе у крвном суду, док хронична обољења настају као последица атеросклеротских процеса.

**Циљ рада.** Приказ случаја пацијента старог 62 године са бројним факторима ризика у развоју периферне васкуларне болести

**Метод.** Подаци су добијени из здравственог картона пацијента.

**Приказ случаја.** Пацијент Р.С. стар 62 године, јавио се у фебруару 2017. изабраном лекару због осећаја утрнулости у прстима десног стопала и боловима у десној нози при ходу. Бол се јављао након пређених 100 m - 200 m. Тегобе је осећао већ пар месеци и мислећи да су реуматске природе, пио је разне аналгетике. Ради се о пацијенту који се лечи од артеријске хипертензије, хиперлипидемије, пушач. Увидом у медицинску документацију на прегледе долази једанпут годишње а терапију за повишен притисак углавном купује. На физикалном прегледу бележи се уредна срчана радња, артеријски притисак 150/70 mmHg, уредан налаз на плућима. Палпацијом периферних пулсева на стопалима примећује се значајна разлика између левог и десног стопала, десно стопало је хладније а сензибилитет му је измењен у односу на лево. Послат је на лабораторијску дијагностику и доплер крвних судова ногу због сумње на васкуларну природу тегоба. Доплер дијагностика указује на изражене дегенеративне промене дуж артеријских крвних судова, а на десној нози оклузију артерије феморалис и артерије поплитее. Убрзо се у Клиничком центру ради ангиографија и пацијент је успешно хируршки лечен.

**Закључак.** Фактори ризика за развој периферне васкуларне болести на које без сумње можемо значајно утицати јесу регулација повишеног крвног притиска, нивоа гликемије, лечење дислипидемија, промоција здравих животних стилова (одвикавање од пушења, редовна физичка активност, правилна исхрана), тако да је неопходна фаворизација мера превенције у амбулантама опште медицине.

**Кључне речи:** атеросклероза, периферна васкуларна болест, превенција фактора ризика

### Литература

1. Манојловић Д и сар. *Интерна медицина*. Завод за уџбенике и наставна средства. Београд, 2009.
2. Максимовић З. *Хирургија за студенте и лекаре*. Званични уџбеник на Медицинском факултету Универзитета у Београду, 2008.

Постер презентација

## 47. ТРЕНД КРЕТАЊА НАЈЧЕШЋИХ ХРОНИЧНИХ НЕЗАРАЗНИХ БОЛЕСТИ У ДОМУ ЗДРАВЉА ПЕТРОВАЦ НА МЛАВИ

**Тамара Стануловић, Данијела Ћирић, Јелица Јанковић, Мила Димитријевић**

Дом здравља Петровац на Млави, Служба опште медицине

Здравствени центар, Зајечар

Дом здравља, Ниш

Дом здравља Смедеревска Паланка, Србија

**Увод.** Хроничне незаразне болести (ХНБ) су веома раширене у популацији (масовне), имају дуготрајан ток (хроничне) и код њих етиолошки фактори нису биолошки агенси (незаразне). Последица су дуготрајног деловања бројних фактора који се због тога називају факторима ризика (пушење, неправилна исхрана, недовољна физичка активност...)

**Циљ рада.** Представља анализу и процену тренда кретања кардиоваскуларних болести (КВБ), дијабетес мелитуса (ДМ) и малигних болести у Служби опште медицине Дома здравља Петровац на Млави, у периоду од 2012 до 2016. године.

**Метод.** Анализа је обухватала податке о регистрованом морбидитету, који се односи на хроничне незаразне болести у Дому здравља Петровац на Млави, за период од 2012 до 2016. године, а који су добијени ретроспективном студијом. Анализиране су инциденције оболелих, проценат новооболелих и стопе инциденције на 1.000 становника. Подаци су приказани табеларно и графички.

**Резултати.** У периоду од 2012 до 2016. године у Дому здравља Петровац на Млави пријављена су 2.493 пацијента оболела од хроничних незаразних болести, од чега болести система крвотока (15,0%), шећерна болест (17,4%), малигне болести (12,0%).

**Закључак.** Добијени резултати показују да је број новооболелих од кардиоваскуларних болести, дијабетеса и малигнитета и даље у порасту како на локалном, регионалном, тако и на европском нивоу. У општини Петровац на Млави линеарни тренд инциденције за КВБ и малигнитете у посматраном периоду био је статистички у порасту, док је за дијабетес у опадању. Објашњење пораста поменутих болести треба тражити првенствено у факторима ризика.

**Кључне речи:** масовне незаразне болести, тренд кретања, превенција.

### Литература

1. Atanasković-Marković Z, Bjegović V, Janković S, Kocev N, Laaser U, Marinković J et al. *The Burden of Disease and Injury in Serbia*. Ministry of Health of the Republic of Serbia, Belgrade 2003.
2. Институт за јавно здравље Србије. *Одабрани здравствени показатељи за 2015. годину*. Институт за јавно здравље Србије; Београд: 2016.
3. Институт за заштиту здравља Србије „Др. Милан Јовановић Батут”. *Анализа здравственог стања становништва 1997-2007*. Аналитичка студија. Београд, 2008.

4. Global Burden of Disease database <http://www.healthdata.org/gbd/data>., dostupno na: [http://www.who.int/topics/cardiovascular\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/en/)
5. Mathers CD, Loncar D. *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. PLoS Med, 2006;3(11):e442.

Постер презентација

## 48. КАРДИОВАСКУЛАРНИ СИНДРОМИ ПОСЛЕ ХЕМИОТЕРАПИЈЕ КОД БОЛЕСНИКА СА КАРЦИНОМОМ ПЛУЋА

### Приказ случаја

Драган Живковић

Дом здравља Уб, Служба хитне медицинске помоћи, Србија

**Увод.** Кардиоваскуларни проблеми су чести секундарни феномени код болесника са малигним болестима. Примена хемиотерапије носи значајан ризик од токсичности по срце и крвне судове. Кардиотоксичност се карактерише смањењем ејекционе фракције леве коморе, повећањем серумских биомаркера (натриуретски пептиди и тропонин), симптомима и знацима срчане инсуфицијенције.

**Циљ рада.** Указати на значајно већу учесталост кардиоваскуларних синдрома код болесника са карциномом плућа после хемиотерапије.

**Приказ случаја.** Служба хитне помоћи добија позив о изненадном погоршању стања у виду изразитог гушења код болесника мушког пола, старости 55 година, који се лечи од карцинома плућа. Хетероанамнестички сазнајемо да је недавно завршен други циклус хемиотерапије. Раније није имао срчаних тегоба. Свестан је, цијанотичан, кашље, изразито се гуши, убрзано дише, има бол у грудима, презнојен и видно узнемирен. Аускултаторно, на срцу присутна тахикардија, ритам галопа S3, а на плућима ситно влажни инспираторни пукоти. На *EKG*-у налазимо атријалну фибрилацију, *fr.* 120, продужен *QT* интервал и депресију *ST* сегмента у доњим одводима, *TA* 180/100 *mmHg*. Пацијент је транспортован у Општу болницу Ваљево, где су последице кардиотоксичности потврђене ехокардиографијом и повећањем серумских биомаркера.

**Дискусија.** Учесталост кардиотоксичности одређена је интеракцијом између генетских фактора и фактора средине. Кардиотоксичност зависи од различитих фактора у вези хемиотерапије (врста лека, доза, кумулативна доза, распоред и начин апликације, удруженост радиотерапије) и карактеристика болесника (старост, фактори ризика, претходне кардиоваскуларне болести). Најчешћи клинички синдроми кардиотоксичности су: кардиомиопатија, срчана инсуфицијенција, коронарна болест, поремећаји срчаног ритма, флукуација крвног притиска, брадикардија. Медијастинални тумори доводе до синдрома горње шупље вене и перикардитиса са перикардним изливом; 5%-7% болесника са малигнитетом током болести и лечења добије тромбоемболијски догађај у виду дубоке венске тромбозе тзв. Трусоев синдром (*Trousseau's syndrome*).

**Закључак.** Напредак онколошке терапије и већа успешност лечења болесника са карциномом плућа има за последицу знатно чешће токсично дејство на кардиоваскуларни систем. Успостављање равнотеже између ефективности хемиотерапије и ризика од оштећења кардиоваскуларног система, захтева блиску сарадњу онколога и кардиолога ради креирања индивидуалне терапије за сваког болесника. Основни циљ хемиотерапије је постићи добар антитуморски ефекат уз прихватљиву токсичност, јер потенцијална корист коју болесници имају од хемиотерапије мора бити већа од нежељених ефеката.

**Кључне речи:** карцином плућа, хемиотерапија, кардиотоксичност, кардиоваскуларни синдроми.

### Литература

1. Богдановић ДА, Обреновић Кирћански Б. *Онколошке и хематолошке болести и кардиоваскуларни систем*. У: Остојић М, Кањух В, Белеслин Б. Кардиологија. Завод за уџбенике, Београд 2011;1172-1177
2. Yeh ET, Tong AT, Lenihan DJ et al. *Cardiovascular complications of cancer therapy: diagnosis, pathogenesis, and management*. Circulation 2004;3122-3131.
3. Бурсаћ Д. *Кардиотоксични ефекат хемиотерапије код оболелих од немикроцелуларног карцинома бронха са узнатредовалим стадијумом болести*. Докторска дисертација. Медицински факултет Универзитета у Новом Саду, 2015.

Постер презентација

## 49. ХИЈАТУС ХЕРНИЈА

### Приказ случаја

**Драгана Јоксимовић Стевановић**

Дом здравља Ниш, Служба за здравствену заштиту одраслих, Србија

**Увод.** Хијатус хернија или желудачна кила представља стално или повремено продирање дела желуца и абдоминалног дела једњака (хернијација) у грудну дупљу кроз езофагеални хијатус дијафрагме. Овај анатомски поремећај често не изазива никакве тегобе и ретко даје веома озбиљне компликације, које се могу санирати искључиво хируршким путем.

**Циљ рада.** Указати на значај овог обољења које сматрају "великим преварантом" јер зна да опонаша друге болести - коронарну болест, инфаркт и улкус желуца, као и на значај благовремене дијагностике и лечења да би се спречиле компликације.

**Метод.** У приказу су коришћени анамнестички подаци из картона пацијенткиње, клиничке и друге лабораторијске претраге.

**Приказ случаја.** Пацијенткиња Ј.П. стара 52 године, радница, мајка двоје деце, долази код изабраног лекара због горушице, мучнине, нагона на повраћање, бола у епигастријуму, гојазна *BMI* 35. Све ово траје месецима и погоршава се при промени положаја, нарочито при сагињању. Повремено се бол шири у врат и рамена, због чега је уплашена, има лупање срца. На клиничком прегледу неупадљива, *EKG* без промена, лабораторијски налази у границама референтних вредности. Упућена гастроентерологу, урађено рендгенско снимање желуца контрастом у Тренделембурговом положају и ендоскопија горњег дигестивног тракта. Постављена *Dg. Hiatus hernia tip I (sliding)*. У терапији предложен хигијенско дијететски режим и инхибитори протонске пумпе. На контролном прегледу без тегоба.

**Закључак.** На време дијагностикована и лечена хијатус хернија спречава веома озбиљне компликације, као што је Баретов (*Barrette*) езофагитис, карцином једњака, улкус једњака и желуца са озбиљним крварењем, анемију и инкарцерацију желуца која може бити фатална.

**Кључне речи:** хијатус хернија тип I, хернијација, Баретов езофагитис

### Литература

1. Roman S, Kahrilas PJ. *The diagnosis and management of hiatus hernia*. (23 october 2014).
2. *Hiatal hernia*. Pub Med Health Archived from the original on 28 april 2017.
3. Burkitt DP. *Hiatus hernia is it preventable?* (PDF). *Am. J. Clin. Nutr* 1981 Mar;34(3):428-31
4. *Ultrasound of the Week* 25. february, Archived from the original on the 9 May 2017. <https://www.ultrasoundoftheweek.com/uotw-77/>

## Усмена презентација

## 51. УЧЕСТАЛОСТ ДИЈАБЕТЕСНЕ НЕФРОПАТИЈЕ МЕЂУ ПАЦИЈЕНТИМА САВЕТОВАЛИШТА ЗА ДИЈАБЕТЕС

Марија Главинић Мијић, Марија Томић

Дом здравља Земун, Општа медицина, Београд, Србија

**Увод.** Хронична болест бубрега (ХББ) се дефинише као оштећење структуре или функције бубрега које траје преко три месеца, и/или смањење јачине гломерулске филтрације (ЈГФ) испод  $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ . Дијабетесна нефропатија (ДН) је водећи узрок дијализе код пацијената са ХББ.

**Циљ рада.** Утврдити учесталост ДН у случајном узорку од 100 пацијената у Саветовалишту за дијабетес ДЗ Земун.

**Метод.** Сprovedена је студија пресека прикупљањем података од 100 пацијената који су долазили на преглед у Саветовалиште за дијабетес у новембру 2017. године. Сви подаци су бележени у протокол прегледа који попуњава лекар, на основу разговора са пацијентом, физикалног прегледа и анализе података из електронског картона. Анализирани су само подаци унети током првог прегледа, јер приказују стање пре почетка лечења у Саветовалишту.

**Резултати.** Просечна старост пацијената из узорка је 65,4 године, при чему је 64% старијих од 65 година. У узорку је било 37 мушкараца и 63 жене. Просечно трајање дијабетеса је 7,7 година, 71% пацијената има дијабетес мање од 10 година, 21% између 10 и 20 година, 6% између 20 и 30 и 2% преко 40 година. Од 100 пацијената, 19 (19%) има ХББ са  $\text{JGF} < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ , 6 мушкараца и 13 жена. Свих 19 пацијената су старији од 65 година. Протеинурију има 15 (15%) пацијената, од тога 6 (40%) има и ХББ трећег стадијума. Просечно трајање дијабетеса код пацијената са протеинуријом је 9,9 година, а њихова просечна старост је 69,4 године. Број пацијената са протеинуријом који има инхибиторе конвертазе ангиотензина (ACEI) у терапији је 11 (73,3%). Од 19 пацијената са трећим стадијумом ХББ и 15 пацијената са протеинуријом, троје је упућено на консултацију нефрологу (15,8%), од тога двоје са  $\text{JGF} < 45$  (10,5%) и један са  $\text{JGF} 50 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ .

**Закључак.** Петина пацијената у узорку има трећи стадијум ХББ. Дијабетесна нефропатија (ДН) је потврђена код 15% пацијената, али немогућност одређивања албуминурије онемогућава прецизније сагледавање њене учесталости. Код већине пацијената са протеинуријом изабрани лекар је већ укључио инхибиторе конвертазе ангиотензина у терапију као меру заустављања прогресије ХББ.

**Кључне речи:** дијабетес, дијабетесна нефропатија, превенција прогресије болести

### Литература

1. Penno G, Solini A, Bonora E, Orsi E, Fondelli C, Zerbini G et al. *Renal Insufficiency and Cardiovascular Events (RIACE) Study Group*. Defining the contribution of chronic kidney disease to all-cause mortality in patients with type 2 diabetes: the Renal Insufficiency And Cardiovascular Events (RIACE) Italian Multicenter Study. *Acta Diabetol.* 2018 Mar 24. doi: 10.1007/s00592-018-1133-z

2. Anees M, Hussain Y, Ibrahim M, Ilahi I, Ahmad S, Asif KI et al. *Outcome of Chronic Kidney Disease Patients on the Basis of Referral to Nephrologist: A One-Year Follow-up Study*. J Coll Physicians Surg Pak. 2018 Apr;28(4):304-307.
3. Alkerwi A, Sauvageot N, El Bahi I, Delagardelle C, Beissel J, Noppe S et al. *Prevalence and related risk factors of chronic kidney disease among adults in Luxembourg: evidence from the observation of cardiovascular risk factors (ORISCAV-LUX) study*. BMC Nephrol. 2017;18(1):358. doi: 10.1186/s12882-017-0772-6.
4. Lin YC, Chang YH, Yang SY, Wu KD, Chu TS. *Update of pathophysiology and management of diabetic kidney disease*. J Formos Med Assoc. 2018;17:S0929-6646. doi: 10.1016/j.jfma.2018.02.007.
5. Tsanani SE, Reitman A, Dayan M, Y Mualem, Shostak A. *Management of kidney disease in patients with diabetes in the primary care setting*. Primary Care Diabetes. 2014;159-163.

Постер презентација

### 53. ПНЕУМОНИЈА – ВЕЧИТИ ИЗАЗОВ У ОРДИНАЦИЈИ ЛЕКАРА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

**Слађана Павловић, Марија Ивановић**

Дом здравља "Др Ђорђе Ковачевић", Служба за здравствену заштиту  
одраслих грађана, Лазаревац, Србија

**Увод.** Пнеумонија представља инфламацију плућа која се развија у једном лобулусу, сегменту или лобусу, односно која захвата мањи или већи део плућног ткива. Најчешћи симптоми су: кашаљ, висока температура, бол у грудима, поремећаји дисања - тахипнеја, отежано дисање.

**Циљ рада.** Истаћи значај свеобухватног приступа пацијенту ради благовременог постављања дијагнозе код пацијента са клиничком сликом бронхопнеумоније.

**Метод.** Приказ је начињен на основу података из здравственог картона и остале медицинске документације.

**Резултати.** Пацијенткиња Р.Ђ. 39 година, по занимању учитељица, долази на преглед због високе температуре до  $39,5^{\circ}\text{C}$  која траје три дана, бола у грудима при удаху. Клиничким прегледом над плућима чује се везикуларно дисање, срчана радња је ритмична, 90 откуцаја/*min*, без шума; *EKG* налаз - уредан. Неуролошки налаз - уредан. Упућена је да уради: комплетна крвна слика (*ККС*), *SE*, урин и рендген (*RTG*) плућа и срца. У лабораторијским анализама се евидентира убрзана седиментација (*SE*) вредности 40, урин - нормалан налаз; *Rtg pulmo et cor: bronchopneumonia l. sin.* Уведен је антибиотик (*Аб*) широког спектра дејства и упућена је код пнеумофтизиолога. На контролном прегледу после три дана, клиничким прегледом над плућима се чују касноинспиријумски пукоти лево. Наводи да је сада највиша измерена вредност телесне температуре  $37^{\circ}\text{C}$ . Пнеумофтизиолог је дао препоруку за узимање уведеног антибиотика у трајању од 15 дана и заказао контролни преглед. После три недеље, на контролном *RTG* плућа и срца, пнеумонија у регресији. У лабораторијским анализама *SE* је 25, налаз крвне слике и основних биохемијских анализа је уредан. Аускултаторни налаз - везикуларно дисање. Пацијенткиња се добро осећа. Све време лечења је била на боловању и придржавала се препорука хигијенско-дијететског режима.

**Закључак.** Пнеумонија је релативно често обољење, али није увек јасна клиничка слика. Због тога је значајна свеобухватност приступа пацијенту као предуслов за правовремено и успешно лечење.

**Кључне речи:** пнеумонија, рендген, изазов.

#### Литература

1. Најић Б, Босић Живановић Д. *Радиолошки праћен ток ванболничких пнеумонија и најчешће примењени антибиотици*. Општа медицина, 2011;17(1-2):36-42.
2. Hanretty AM, Gallagher JC. *Shortened courses of antibiotics for bacterial infections: A sistematic review of randomized controlled trials*. Pharmacotherapy, 2018 Apr 20. doi:10.1002/phar.2118[Epub ahead of print].

3. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича добре клиничке праксе. *Прехоспитално збрињавање хитних стања*. Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2013.
4. Moran GJ, Rothman RE, Volturo GA. *Emergency management of community-acquired bacterial pneumonia: what is new since the 2007*. Infectious Diseases Society of America /American Thoracic Society guidelines. Am J Emerg Med. 2013 Mar;31(3):602-12. doi:10.1016/j.ajem.2012.12.002.Epub 2013 Feb 4.

Постер презентација

## 56. ДОСТУПНОСТ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ ПАЦИЈЕНТИМА

**Марија Ивановић, Слађана Павловић**

Дом здравља "Др Ђорђе Ковачевић", Служба за здравствену заштиту одраслих грађана, Лазаревац, Србија

**Увод.** Ради унапређења квалитета рада и бољег сагледавања потреба пацијената у Служби за здравствену заштиту одраслих грађана у ДЗ "Др Ђорђе Ковачевић у Лазаревцу, спроведена је анкета.

**Циљ рада.** Анализа ставова пацијената о доступности изабраног лекара (ИЛ) пацијентима и могућности контактирања ИЛ опште медицине.

**Метод.** Упитник је састављен искључиво у сврху писања рада. Попунило га је 200 пацијената, самостално. Испитаници су подељени у три старосне групе: 18-29 година 7%, 30-65 година 52% и преко 65 година 41%, од тога 48% мушког и 52% женског пола; 16% испитаника је завршило основно образовање, 67% средњу школу а 17% је факултетски образовано.

**Резултати.** Од укупног броја анкетираних, 72 (36%) долази код ИЛ једанпут месечно, 36 (18%) једанпут у три месеца а 92 (46%) анкетираних долази само кад морају; 70 испитаника (35%) свог ИЛ контактира и путем телефона, док њих 130 (65%) увек на преглед долазе лично; 168 (84%) испитаника сматра да на нека питања могу добити одговор и путем телефона, а свега 32 (16%) сматра да мора увек лично да дође. Испитаници су, такође, питани да ли током њиховог прегледа изабрани лекар бива прекинут телефонским позивима и њих 42 (21%) је одговорило позитивно, 62 (31%) каже да се то дешава понекад и да им то не смета, док 96 испитаника (48%) даје негативан одговор; 100 (50%) испитаника увек долази на заказан преглед, 36 (18%) не сматра да дуго чекају на преглед, 64 (32%) сматра да се код ИЛ дуго чека.

**Закључак.** Анкета је показала да је изабрани лекар довољно доступан својим пацијентима и да велика већина њих сматра да на нека своја питања могу добити одговоре и путем телефона. Будући да је задовољство пацијената исход пружене здравствене услуге, оно је свакако веће када је Служба доступнија пацијенту. Очекивања пацијената су лична, различита, а оно што већина пацијената очекује од изабраног лекара је поштовање заказаног термина, довољно времена за одговоре и размену мишљења.

**Кључне речи:** изабрани лекар, здравствена услуга, задовољство пацијената

### Литература

1. Рачић МН, Кусмук СХ, Машић СР, Ивковић НМ, Јоксимовић ВР, Матовић ЈМ. *Утицај односа између лекара и болесника на исходе лечења артеријске хипертензије*. Општа медицина, 2017;23(1-2):1-8.
2. Радовановић С, Коцић С, Радевић С, Поповић П, Милосављевић М, Васиљевић Д. *Задовољство корисника радом служби опште медицине у*

- здравственим установама Шумадијског округа. Здравствена заштита. 2013; 42(4):1-9.
3. Марковић Ј, Марковић Д, Месић Е, Арсић Д, Арсић К, Арсић Ј. Специфичности комуникацијских вештина у медицини. PONS - медицински часопис, 2015;12(1):25-29.
  4. Васић Г, Михајловић Г, Рафајловић М. Телепсихијатрија - ризик од отуђења. Медицински часопис, 2010;44(2):33-38.
  5. Bateman EH, Keefe DM. *Kako elektronsko zdravstvo može poboljšati da se bolesnici pridržavaju preporučenog lečenja tumora i suportivne terapije?* Srpski arhiv za celokupno lekarstvo, 2016;144(1-2):116-121.

Постер презентација

## 57. ДОВОЉНО ВРЕМЕНА ЗА ПРЕГЛЕД У ОРДИНАЦИЈИ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА - ДА ИЛИ НЕ?

**Слађана Павловић, Марија Ивановић, Светлана Марковић, Марија Вуковић**  
Дом здравља "Др Ђорђе Ковачевић", Служба за здравствену заштиту  
одраслих грађана, Лазаревац, Србија

**Увод.** Задовољство пацијената је једно од мерила квалитета рада здравствених служби. Пацијенти очекују довољно времена за преглед и добијање потребних савета о болести и терапији.

**Циљ рада.** Приказати задовољство пацијената временом одвојеним за преглед и могућношћу добијања потребних информација.

**Метод.** Упитник је састављен искључиво у сврху писања рада. Попунило га је 200 пацијената самостално. Испитаници су подељени у три старосне групе: 18-29 година 7%, 30-65 година 52% и преко 65 година 41%, 48% испитаника мушког а 52% женског пола; 16% испитаника је завршило основно образовање, 67% средњу школу а 17% је факултетски образовано.

**Резултати.** Да има довољно времена да изнесе своје проблеме током прегледа изјаснило се 146 испитаника (73%) а 54 (27%) сматра да у току прегледа нема довољно времена; 192 испитаника (96%) сматрају да у току прегледа добијају потребне савете о болести и терапији, док свега 8 (4%) сматра да потребне информације нису добили.

**Закључак.** Висок проценат анкетираних пацијената сматра да има довољно времена за преглед и да у току прегледа добија потребне информације о болести и терапији, што недвосмислено показује добар квалитет рада изабраних лекара опште медицине.

**Кључне речи:** изабрани лекар, квалитет рада, задовољство пацијената.

### Литература

1. Рачић МН, Кусмук СХ, Машић СР, Ивковић НМ, Јоксимовић ВР, Матовић ЈМ. *Утицај односа између лекара и болесника на исходе лечења артеријске хипертензије*. Општа медицина, 2017;23(1-2):1-8.
2. Радовановић С, Коцић С, Радевић С, Поповић П, Милосављевић М, Васиљевић Д. *Задовољство корисника радом служби опште медицине у здравственим установама Шумадијског округа*. Здравствена заштита. 2013; 42(4):1-9.
3. Марковић Ј, Марковић Д, Месић Е, Арсић Д, Арсић К, Арсић Ј. *Специфичности комуникацијских вештина у медицини*. PONS - медицински часопис, 2015;12(1):25-29.
4. Васић Г, Михајловић Г, Рафајловић М. *Телепсихијатрија - ризик од отуђења*. Медицински часопис, 2010;44(2):33-38.
5. Bateman EH, Keefe DM. *Kako elektronsko zdravstvo može poboljšati da se bolesnici pridržavaju preporučenog lečenja tumora i suportivne terapije?* Srpski arhiv za celokupno lekarstvo, 2016;144(1-2):116-121.

Постер презентација

## 60. АТРИЈАЛНА ФИБРИЛАЦИЈА И ТИРЕОТОКСИКОЗА Приказ случаја

**Бранка Сошпћ, Маријана Томић Смиљанић**

Дом здравља Раковица, Општа медицина, Београд, Србија

**Циљ рада.** Указати на могућу етиологију атријалне фибрилације.

**Метод.** Коришћени су подаци из здравственог картона, отпусне листе, извештаји консултативних прегледа, лабораторијске анализе и разговор с пацијентом.

**Приказ случаја.** Болесница старости 41 годину, примљена је у Центар за хитну помоћ због осећаја лупања и прескакања срца. На *EKG*-у ФА, *fr* 129, *ST* сегмент и *T* нормални, примила је ампулу амиодарона у болусу и две ампуле амиодарона у 250 *ml* глукозе. Фреквенција је пала на 100/*min*. али се атријална фибрилација (АФ) о даље одржавала. У терапију је уведен пропафен тбл. 150 *mg* 3x1. Сутрадан, због тахиаритмије апсолуте примљена је на одељење кардиологије. Нађен је повишен *FT4* (57,1 *mmol/L*) и снижен *TSH* (0,01 *mIU/L*). Конвертована је у синусни ритам. Током хоспитализације лечена је препаратима тироурацила, бета бокатором и нискомолекуларним хепарином. Отпуштена је из болнице са терапијом пропранолол тбл. 2x0,5 и *PTU* тбл. 100 *mg* 2x1.

**Закључак.** Атријална фибрилација може бити први знак тиреотоксикозе.

**Кључне речи:** атријална фибрилација, тиреотоксикоза.

### Литература

1. Tamatea JAU, Elston MS, Conaglen JV. *Increased Admissions due to Cardiac Complications of thyreotoxicosis in Maori*. Heart Lung Cic, 2017 Nov;21:1443-9506(17)31496-8.dpi:10.1016/j.hlc.2017.11.003.
2. Blick C, Jialal I. *Thyroid, thyrotoxicosis*. Stat Pearls (Internet). Treasure Island (FL):StatPearls Publishing, 2018 Jan 25.
3. Khoo SSK, Chu CM, Fung YK. *A combination of Tachycardia - Mediated Heart Failure and Coronary Artery Vasospasm - Induced Silent Myocardial Infarction in a Patient with Severe Thyreotoxicosis*. Case Rep Cardiol. 2018 mar 11;2018:4827907. doi:10.1155/2018/4827907. eCollection 2018.
4. Vinson DR, Lugovskaya N, Nagam MR. *Improving an Outpatient Pathway for the Emergency Menagment of Atrial Fibrillation and Flutter*. Acad Emerg Med.2018 May 8.doi:10.1111/acem.13444.
5. Nayak S. *Atrial fibrillation as a presentation of thyreotoxicosis*. J Assoc Physicians India, 2016 Jan;64(1):76.

Постер презентација

## 61. ПОЛИЦИСТИЧНА БОЛЕСТ БУБРЕГА И РИЗИК ЗА ИНТРАКРАНИЈАЛНУ ХЕМОРАГИЈУ

Гордана Бојовић<sup>1</sup>, Милена Костић<sup>2</sup>, Сања Мојсиловић<sup>3</sup>, Милица Милићевић<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Дом здравља Чајетина, Општа медицина

<sup>2</sup>Дом здравља "Др Ђорђе Ковачевић", Општа медицина, Лазаревац

<sup>3</sup>Дом здравља Ваљево, Општа медицина, Србија

**Увод.** Аутозомно доминантна полицистична болест бубрега (АДПББ) је најчешћа наследна болест бубрега која води ка бубрежној инсуфицијенцији; неретко пацијенти умиру од компликација ове болести, као што је руптура церебралне анеуризме и последична интракранијална хеморагија.

**Циљ рада.** Идентификовати пацијенте са АДПББ, открити ризике за компликације и открити евентуални ризик за настанак интракранијалног крварења.

**Метод.** Применом анамнезе и дијагностичких метода као што су ултразвук, магнетна резонанција, откривамо компликације АДПББ

**Резултати.** Од 27 прегледаних пацијената који су директни потомци особа са дијагностикованом АДПББ, њих 14 је имало сонографски полицистичне бубреге; од тога, 6 је имало једну или више цисти на јетри, једну цисту панкреаса, хипертензију свих 14, дилатацију аорте до 30 mm, вариксе једњака и дивертикулуме црева по један пацијент. Од њих 14, двоје даје податак да су им родитељи имали можда крварење, а двоје да се радило о изненадној смрти непознатог узрока. Троје од 14 дијагностикованих, који су директни потомци умрлих од интракранијалне хеморагије, самоиницијативно је урадило магнетну резонанцију главе без контраста и код једног је дијагностикована церебрална анеуризма.

**Закључак.** Аутозомно доминантна полицистична болест бубрега је комплексна болест са великим бројем компликација, од којих је најкобнија руптура церебралне анеуризме. Стога у том правцу треба слати пацијенте на даљу дијагностику, посебно оне који имају породичну историју интракранијалне анеуризме као јединог идентификованог и признатог фактора ризика.

**Кључне речи:** цисте, анеуризма, скрининг

### Литература

1. Flahault A, Knebelmann B, Nataf F, Trystram D, Grünfeld JP, Joly D. *Screening and management of intracranial aneurysms in patients with autosomal dominant polycystic kidney disease.*
2. Flahault A, Trystram D, Fouchard M, Knebelmann B, Nataf F, Joly D. *Screening for Unruptured Intracranial Aneurysms in Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease.*

Постер презентација

## 62. ЦЕРВИКОБРАХИЈАЛНИ СИНДРОМ У АМБУЛАНТИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ Приказ случаја

**Дубравка Топаловић, Маја Гак, Александра Хујић,  
Александра Царичић, Бојан Прокић**

Дом здравља "Др Симо Милошевић" Чукарица, Општа медицина, Београд, Србија

**Увод.** Цервикални синдром је изненадни атак или хронична појава бола у врату, који може бити удружен са грчем паравертебралних мишића и ограниченом покретљивошћу врата, поремећајем у протоку крви кроз вертебралне артерије и вегетативним сметњама због надражаја симпатичких сплетова врата. Чешћи је код одраслих због артрозе унковертебралних и интервертебралних зглобова. Клинички се манифестује као: цервикални синдром, цервикобрахијални, цервицефални, вертебробазиларне инсуфицијенције и цервикална миопатија. Цервикобрахијални синдром је један од најчешћих.

**Циљ рада.** Одговарајући третман новонастолог бола у оквиру цервикобрахијалног синдрома.

**Метод.** Дескриптивни метод, подаци преузети из медицинског картона.

**Приказ случаја.** Пацијент старости 42 године, жали се на осећај одузимања леве руке. Тегобе почеле након наглог окретања главе на десну страну. Пре се лечио од бола у лумбалном делу кичме. Физиклани преглед: свестан, оријентисан, заузима активан положај на столици, плућа и срце налаз: уредан. Врат болан на најмањи покрет и додир, са приступним болним спазмом паравертебралне мускулатуре вратне кичме. На левој руци мишично-тетивни рефлекси ослабљени као и груба моторна снага, проба тоњења позитивна; ход уредан. На основу тренутног стања и изостатка алергије на лекове, ординирано амп. *Diklofenak*-а и амп. *Diazepam*-а *i.m.* Упућена ортопеду и неурлогу ради даље дијагностике и лечења.

**Закључак.** За свако стање праћено губитком снаге и осећаја у екстремитетима са присутним болом, потребно је спровести адекватан аналгетски, спазмолитички третман, даљу дијагностику и физикалну терапију.

**Кључне речи:** бол у врату, одузетост руке, општа медицина

### Литература

1. Младеновић В. *Дегенеративна обољења кичменог стуба*. У: Стефановић С. *Интерна медицина* (уџбеник). Завод за уџбенике и наставна средства, Медицинска књига, Београд, 1994; стр. 1469-1970.

Постер презентација

### 63. ЗБРИЊАВАЊЕ АКУТНОГ БУБРЕЖНОГ БОЛА У АМБУЛАТНИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ Приказ случаја

Дубравка Топаловић, Маја Гак, Александра Хујић,  
Александра Царичић, Бојан Прокић

Дом здравља "Др Симо Милошевић" Чукарица, Општа медицина, Београд, Србија

**Увод.** Нефролитијаза је болест коју одликује појава каменаца у бубрежним чашицама или карлици. Бубрежна колика је најкарактеристичнија манифестација нефролитијазе, а настаје када бубрежни камен крене из карлице дуж уретера. Напад болова је изненадан, може бити провоциран ударцем, потресом тела или физичким напором. Болови су веома интензивни, полазе од лумбалних предела и шире се према препони и спољним гениталијама. Често су праћени хематуријом и олигуријом.

**Циљ рада.** Одговарајућим терапијским приступом збрињавање бубрежног бола у амбуланти опште медицине.

**Метод.** Дескриптивни метод, подаци узети из медицинског картона.

**Приказ случаја.** Пацијент старости 58 година, јавља се због бола у десној слабини који се шири према препони и појачава при ходу. Од јутрос има ове тегобе. Није приметио крв у урину. Није имао повишену телесну температуру. Негира раније болести и операције. Физикални налаз: покретан, у анталгичком флексионом положају, еупноичан, свестан; абдомен: мек без осетљивости предњег зида; бубрежна ложа десно изразито болно осетљива на сукусију; срце и плућа: уредни. Ординирана терапија *sol. NaCl 0,9% 500ml, amp. Hioscin-bultibromid* и *amp. Metiamizol*-натријума *i.v.*, под суњом на бубрежну колику. Након 30 минута пацијент осећа смањење бола. Дат савет о уносу течности и потребној даљој дијагностици (ЕНО абдомена).

**Закључак.** У амбуланти опште медицине важно је препознати и адекватно лечити бубрежну колику, која је једна од честих болних стања у општој популацији. Ипак, треба бити обазрив због снајсет акутних стања која се могу манифестовати на сличан начин. Потребна је додатна дијагностика и праћење код пацијената који не знају за камен у бубрегу.

**Кључне речи:** камен, бол у пределу бубрега, општа медицина

#### Литература

1. Стефановић С. *Нефролитијаза*. У: Стефановић С. Интерна медицина (уџбеник). Завод за уџбенике и наставна средства, Медицинска књига, Београд, 1994;1389-1394.

Постер презентација

## 65. БИВШИ ПУШАЧИ – У РИЗИКУ ИЛИ НЕ

**Гордана Бојовић<sup>1</sup>, Милена Костић<sup>2</sup>, Тамара Шкодрић<sup>1</sup>, Сања Мојсиловић<sup>3</sup>,  
Милица Милићевић<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Дом здравља Чајетина, Општа медицина

<sup>2</sup>Дом здравља "Др Ђорђе Ковачевић", Општа медицина, Лазаревац,

<sup>3</sup>Дом здравља Ваљево, Општа медицина, Србија

**Увод.** Пушење је штетна навика и доказани фактор ризика за низ болести и њихових компликација. Али, по престанку коришћења дувана бивши пушачи сматрају да су здрави и да више нису у ризику за настанак болести изазваних никотином.

**Циљ рада.** Испитати колика је учесталост најчешћих болести пушача код бивших пушача и утврдити у коликом су ризику за развој тих болести у даљем "непушачком" периоду.

**Метод.** Узет је узорак пушача који су преко 20 година пушили и више од 20 цигарета дневно; подељени су у четири групе: *I* - престали са конзумирањем дувана пре мање од три године (27 испитаника), *II* - од 4 до 7 година (32 испитаника), *III* - непушачи од 8 до 10 година (25 испитаника) и *IV* - непушачи преко 11 година (24 испитаника). Испитивана је учесталост инфекција горњих и доњих респираторних путева и ХОБП након престанка пушења.

**Резултати.** Учесталост инфекција горњих респираторних путева (више од три годишње) је била 80% у *I* групи непушача од 0 до 3 године, 68% у *II* групи од 4 до 7 непушачких година, 55% у *III* групи непушача од 8 до 10 година и у последњој, *IV* групи 25%. Учесталост инфекција доњих респираторних путева је била по групама: *I* група 57%, *II* група 45%, *III* група 28%, *IV* група 6,4%. Учесталост дијагностиковане ХОБП је била највећа у *II* групи непушача од 4 до 7 година (7,8%).

**Закључак.** И када престану са конзумирањем дувана бивши пушачи су ипак у даљем ризику од инфекција горњих респираторних путева у односу на здраву популацију и до десет година након остављања навике пушења, док су у ризику за инфекције доњих респираторних путева првих осам година по престанку пушења. Ризик за настанак ХОБП код бивших пушача рапидно опада након осам година неконзумирања дувана. Може се рећи да су бивши пушачи бар у првих осам година и даље у ризику за настанак болести и компликација скоро као и константни пушачи.

**Кључне речи:** пушење, ризик, бивши пушач

## Литература

1. Жигић Д. *Општа медицина - породична медицина*

Постер презентација

## **70. ПРОЦЕНА УЧЕСТАЛОСТИ МАСНЕ ЈЕТРЕ У ОПШТОЈ ПОПУЛАЦИЈИ ПОМОЋУ УЛТРАЗВУЧНЕ ДИЈАГНОСТИКЕ**

**Александра Војновић, Јелена Морић, Јелена Спасић, Јована Вуковић,  
Јелена Драгић**

Дом здравља "Др Симо Милошевић" Чукарица, Општа медицина, Београд, Србија

**Увод.** Неалкохолна масна болест јетре (НМБЈ) је хистолошки дефинисана као акумулација више од 5% до 10% масти у јетри у одсуству примарног узрока болести, као што су вирусни хепатитис, алкохолна болест јетре или употреба стеатогених лекова. Представља најчешће обољење јетре у западним земљама са учесталостју од 17% до 46%.

**Циљ рада.** Процена учесталости масне јетре у општој популацији дијагностикована ултразвучним апаратом приликом рутинског прегледа.

**Метод.** Подаци су прикупљани при редовним ултразвучним прегледима у ДЗ "Др Симо Милошевић" у периоду од децембра 2017. до априла 2018. године. У току прегледа, поред редовних параметара узимани су параметри величине јетре и ехогеност јетре у односу на паренхим бубрега. Сви прикупљени подаци су статистички обрађени у *SPSS 20.0 statistical software (IBM corp.)*.

**Резултати.** Ради се о проспективној студији. У испитивање је укључен 271 пацијент - 115 (42,4%) мушког и 156 (57,5%) женског пола. Масну јетру је имало 96 пацијената (35,4%) - 42 (43,75%) мушког и 54 (56,25%) женског пола.

**Дискусија.** У последње две деценије цироза јетре узрокована неалкохолним стеатохепатитисом представља другу водећу индикацију за трансплантацију јетре у САД. Нашим истраживањем је показано да је учесталост масне јетре у Србији висока у поређењу са осталим европским земљама. У Немачкој се процењује учесталост на 30% помоћу ултразвука, у Француској на 26,8% у Мађарској на 22,6% са доминантно већом учесталостју код особа мушког пола, док је код нас сасвим супротно. Уочена је велика удруженост свих компоненти метаболичког синдрома са НМБЈ. Најчешћи фактор ризика за настанак НМБЈ је гојазност, нарочито висцерална гојазност. Препорука је да би сви пацијенти са стеатозом јетре требало да буду прегледани у оквиру скрининга на метаболички синдром, неvezано за пораст вредности трансaminaза.

**Закључак.** Будући да се нашим истраживањем показало да је заступљеност масне јетре међу општом популацијом висока, неопходно је просвећивање пацијената и лекара о високој заступљености овог обољења, као и примени превентивних мера од којих се, за сада, као најефикаснија показала промена начина живота пацијената који су у ризику за развој овог обољења.

**Кључне речи:** масна јетра, ултразвучна дијагностика, учесталост, епидемиологија

### **Литература**

1. Vernon G, Baaranova A, Younossi ZM. *Sistemic review: the epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease and non alcoholic*

- steatohepatitis in adults*. Aliment Pharmacol Ther 2011;34:274-285.
2. Wong RJ, Aguilar M, Cheung R, Perumpail RB, Harrison SA, Younossi ZM, Ahmed A. *Non-alcoholic steatohepatitis is the second leading etiology of liver disease among adults awaiting liver transplantation in the United States*. Gastroenterology 2015;148:547-555.
  3. European Association for the Study of the Liver (EASL) , European Association for the Study of Diabetes (EASD) and European Association for the Study of Obesity (EASO). *EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease*. Journal of Hepatology 2016;64: 1388–402.
  4. Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, Charlton M, Cusi K, Rinella M, Harrison S. A, Brunt ME, Sanyal AJ. *The Diagnosis and Management of Nonalcoholic Fatty Liver Disease: Practice Guidance From the American Association for the Study of Liver Diseases*. Hepatology, Vol. 67, No. 1, 2018: 328-357.
  5. Younossi ZM et al. *Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease - meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes*. Hepatology 2016;64:73–84.

**77. SYNDROMA EAGLE****Приказ случаја****Маријана Томић Смиљанић, Бранка Сошић**

Дом здравља Раковица, Општа медицина, Београд, Србија

**Увод.** *Syndroma Eagle* је ретко обољење описано 1937. године. Повезано је са елонгирањем *processus styloideus* (више од 2,5 cm) или калцификацијом стилоидног лигамента. Налази се између унутрашње и спољашње каротидне артерије и иде бочно ка тонзиларној јами. Симптоми могу бити веома разноврсни и слични као код неких других болести. Може се јавити нејасан дискомфор у грлу, дисфагија, бол лица при окретању главе, оталгија, промена гласа, цервикални бол, главобоља. Осим ових симптома насталих услед оштећења кранијалних нерава, могу се јавити и симптоми услед притиска на артерије као визуални поремећај, синкопа, вртоглавица, *TIA* – тонзиларни исхемијски напад. Дијагноза може да се успостави физикалним прегледом, *RTG* снимком главе у два правца, али је најмеродавније урадити *CT* преглед са остеометријом. Што се тиче терапије, може бити конзервативна: инфилтрација кортикостероидима или лидокаином, коришћење *NSAIL*, бензодиазепина или апликација топлоте. Мада, терапија избора је хируршко скраћење наставка.

**Циљ рада.** Указати на значај раног откривања болести кроз приказ случаја.

**Приказ случаја.** Пацијенткиња 57 година, јавља се на преглед због болова у грлу и пределу врата с леве стране, који су трајали око два месеца пре него што је дошла код лекара. Због дужине трајања симптома одмах је упућена да уради УЗ врата, ОРЛ преглед, затим преглед гастроентеролога, максилофацијалног хирурга, неуролошки преглед. Претраге су трајале неколико месеци, а на налазима није нађено ништа патолошки. На предлог максилофацијалног хирурга урађен је *MSCT* (*Multislice Computed Tomography*) са остеометријом и тек тада је утврђено да постоји продужен стилоидни наставак са обе стране. Урађена је операција оба стилоидна наставка, која је пацијенткињи олакшала патње.

**Метод.** Анализа медицинске документације, дескриптивни метод.

**Закључак.** Уколико постоји нејасна симптоматологија у пределу врата, треба посумњати и на ово ретко обољење, које раним откривањем и благовременом терапијом доводи до излечења код великог броја пацијената.

**Кључне речи:** елонгиран стилоидни наставак, *Sy Eagle*, благовремено откривање

**Литература**

1. Ferreira PC, Mendanha M, Frada T, Carvalho J, Silva A, Amarante J. *Eagle Syndroma*. J Craniofac Surg. 2014 Jan;25(1):e84-6. doi: 10.1097/SCS.0000000000000392.
2. Martin TJ, Friedland DR, Merati AL. *Transcervical resection of the styloid process in Eagle syndrome*. Ear Nose Throat J. 2008 Jul;87(7):399-401.

3. Zeckler SR, Betancur AG, Yaniv G. *The eagle is landing: Eagle syndrome - an important differential diagnosis*. Br J Gen Pract. 2012 Sep;62(602):501-2. doi: 10.3399/bjgp12X654777.
4. Maki D, Okami K, Ebisumoto K, Sakai A. *Chronological Progression of an Enlarged Styloid Process: A Case Report of Eagle Syndrome*. Case Rep Otolaryngol. 2018 Jan 15;2018:9207264. doi: 10.1155/2018/9207264.
5. Kazmierski R, Wierzbicka M, Kotecka-Sowinska E, Banaszewski J, Pawlak MA. *Expansion of the Classification System for Eagle Syndrome*. Ann Intern Med. 2018 Jan 23. doi: 10.7326/L17-0507.

Постер презентација

## 78. ТРИЈАЖНА РАЗЛИКА У ОЗНАЧАВАЊУ ПОЗИВА У ПОМОЋ ХИТНОШЋУ ПРВОГ СТЕПЕНА У ДВА ПЕРИОДА

**Владанка Стефановић, Славољуб Живановић**

Клиничко болнички центар Звездара, Служба за анестезију  
Градски завод за хитну медицинску помоћ, Амбуланта, Београд, Србија

**Увод.** Од 2006. године Градски завод за хитну медицинску помоћ (ГЗХМП) Београд као и један број служби хитне помоћи из Србије, користи као тријажни протокол превод *Норвешког индекса*. Грађанину који позива Хитну медицинску помоћ постављају се предефинисана питања из *Норвешког индекса*, а из одговора на та питања се закључује да ли треба послати екипу Хитне медицинске помоћи или не, и како означити прихваћен позив у помоћ - као хитност првог или другог степена.

**Циљ рада.** Утврдити да ли се у току времена мења број интервенција које су означене као *хитност првог реда*.

**Метод.** Анализирана је електронска база података рада телефонске централе ГЗХМП Београд за јануар 2007. године и јануар 2010. године. Уклоњени су позиви који су уписани као: *отказани*, као и *транспортни позиви*.

**Резултати.** Пронађено је 8.420 позива за јануар 2007. године, од тога 2.771 означени као *хитно* - 33%. У јануару 2010. године било је 5.984 позива, од тога 366 означених као *хитно један* - 6,1%.

**Дискусија.** У истраживању 2007. у Норвешкој је било 2,3% *хитно један* позива са уоченим територијалним разликама. У првом периоду нашег истраживања оволики број црвених позива је вероватно међудејство покушаја оних који примају позиве да до краја испоштују протокол и грађане, који су вешти да своје тегобе прикажу озбиљнијим него што јесу, као и недостатке обуке за оператера. У другом периоду, постоје и различита упутства управљачке сруктуре ГЗХМП о томе за које време позиви означени као *хитност првог реда* треба да буду дати на извршење санитарним екипама. Велики број позива означених као *хитно један* практично обесмишљавају тријажни протокол, јер је са 33% таквих позива немогуће испоштовати хитност у времену доласка екипе до пацијента.

**Закључак.** Из резултата је очигледно да постоји огромна разлика у означавању позива у помоћ *хитношћу првог степена* у посматраним периодима.

**Кључне речи:** Хитна медицинска помоћ, Београд, хитност првог степена

### Литература

1. Zakariassen E, Holm Hansen E, Hunskaar S. *Incidence of emergency contacts (red responses) to Norwegian emergency primary healthcare services in 2007 – a prospective observational study*. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2009 Jul 8;17:30 <https://doi.org/10.1186/1757-7241-17-30>.

Постер презентација

## 80. КОЛИКО ЗНАМ О РАКУ ГРЛИЋА МАТЕРИЦЕ

Душица Миловановић, Љуба Гркавац, Маја Вучковић

Дом здравља Младеновац, Општа медицина, Србија

**Циљ рада.** Проверити однос медицинских сестара запослених у Дому здравља Младеновац, према сопственом здрављу.

**Метод.** Направили смо упитник који је у оквиру обележавања Европске недеље превенције рака грлића материце 2017. године, подељен медицинским сестрама запосленим у нашој установи.

**Резултати.** Упитник је попунила 81 медицинска сестра; највише их је било у старосној групи од 41 до 50 година (44%), са радним стажом у струци 21-30 година (41%), а 94% учесница анкете су мајке. Као главни узрок настанка рака грлића материце 96% анкетираних означило је ХПВ – хумани папилома вирус, а за све факторе ризика знало је 48% анкетираних. Више од половине испитаница сматра да се настанак рака грлића материце може спречити редовним превентивним гинеколошким прегледима, 94% наводи да превентивни преглед треба обављати једном годишње, али је само 56% било на прегледу последњих годину дана.

**Закључак.** У Србији свакога дана најмање једна жена умре а четири жене оболе од рака грлића материце. Здравствени радници са радним искуством од преко 20 година (68%), упознати са ризицима за настанак рака грлића материце и значајем превентивних гинеколошких прегледа за његово правовремено откривање, неодговорни су према сопственом здрављу, јер је само 56% анкетираних обавило превентивни гинеколошки преглед у протеклих годину дана.

**Кључне речи:** рак грлића материце, превентивни прегледи, ХПВ.

### Литература

1. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију Водича у клиничкој пракси, Министарство здравља Републике Србије, Српско лекарско друштво. *Превенција малигних болести*. Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити, новембар, 2005.
2. [www.skriningsrbija.rs/srl/skrining-raka-grlica-materice/](http://www.skriningsrbija.rs/srl/skrining-raka-grlica-materice/)
3. [www.zdravlje.gov.rs/downloads/Zakon/Strategije/NacionalniProgramPrevencijuRakaGrlicaMaterice.pdf](http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/Zakon/Strategije/NacionalniProgramPrevencijuRakaGrlicaMaterice.pdf).

Постер презентација

## **81. ВЕРТИГИНОЗНИ СИНДРОМ У ОРДИНАЦИЈИ ЛЕКАРА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

**Олга Радосављевић, Гордана Бојовић**

Дом здравља "Др Бошко Вребалов", Општа медицина, Зрењанин  
Дом здравља Чајетина, Општа медицина, Србија

**Увод.** Вертигинозни синдром представља скуп различитих субјективних стања, која најчешће карактеришу привид кретања, осећај рушења у ходу и стајању, као и симптоми мучнине, често праћени клиничким знацима функционалних окуломоторних поремећаја (нистагмусима). Сматра се да се лекару опште медицине због вертигинозног синдрома обраћа око 5% пацијената.

**Циљ рада.** Утврдити најчешће болести праћене вертигинозним синдромом у ординацији лекара опште медицине.

**Метод.** Спроведена је студија пресека. У истраживању су коришћени подаци из здравствених картона. Критеријум за укључивање у студију биле су верификоване вертигинозне сметње код пацијената.

**Резултати.** Истраживање је спроведено у Првој амбуланти опште медицине Дома здравља Зрењанин у периоду јануар-март 2018. године. Обухваћена су 53 испитаника старости од 20 до 80 година - 22 (41,5%) мушког и 31 (58,5%) женског пола. Од укупног броја испитаника, код највећег броја пацијената са вертигинозним сметњама - код 16 (30,2%), потврђен је нерегулисани артеријски притисак, код 11 (20,8%) хипертензија и код 5 (9,4%) хипотензија. Код 12 (22,6%) испитаника вертигинозне сметње је узроковала инсуфицијенција вертебробазиларног слива, док је код 9 (17,0%) на ЕКГ-у запажено постојање поремећаја спровођења, код 6 (11,3%) испитаника атријална фибрилација, а код 3 (5,7%) од укупног броја испитаника, АВ блок другог степена. Анемија је потврђена код 6 (11,3%) испитаника, док су код 3 (5,7%) испитаника верификоване мултиисхемијске промене беле мождане масе. Поремећај центра за равнотежу био је код 3 (5,7%) испитаника, 2 (3,8%) испитаника су била у хипогликемији, код 1 (1,9%) је дијагностикована мигрена и код 1 (1,9%) испитаника потврђена туморска маса у ендокранијуму.

**Закључак.** Када посматрамо резултате у испитиваној популацији, можемо закључити да вертигинозни синдром може указати како на нерегулисане већ дијагностиковане, тако и на новонастале болести. Лекар опште медицине као први који се сусреће са пацијентом у систему здравствене заштите, има значајну улогу у препознавању узрока вртоглавице, дијагностиковању и правовременом лечењу, што и јесу најзначајније вештине у раду лекара опште медицине.

**Кључне речи:** вертигинозни синдром, дијагностика, лекар опште медицине

### **Литература**

1. Илић М, Танасковић С, Илијевски Н, Радак Ђ. *Акутни реверзибилни исхемијски неуролошки дефицит изазван кинкингом унутрашње каротидне*

- артерије - приказ болесника*. Српски архив за целокупно лекарство. 2011; 139(1-2):92-94.
2. Ћулафић С, Лакићевић Н, Михајловић М, Стефановић Д, Спаић М. *Стентинг симптоматске високоградусне стенозе базиларне артерије*. Војносанитетски преглед. 2009;66(9):744-748.
  3. Kovacs E, Stephan AJ, Phillips A, Schelling J, Strobl R, Grill E. *Pilot cluster randomized controlled trial of a complex intervention to improve management of vertigo in primary care (PRIMA-Vertigo): study protocol*. Curr Med Res Opin. 2018 Apr 23;1-10. doi: 10.1080/03007995.2018.1456413. [Epub ahead of print]

## Усмена презентација

**82. ГЛИКОЗИЛИРАНИ ХЕМОГЛОБИН У ПРАЋЕЊУ КОМПЛИКАЦИЈА ДИЈАБЕТЕС МЕЛИТУСА****Олга Радосављевић, Душица Миловановић**

Дом здравља "Др Бошко Вребалов", Општа медицина, Зрењанин

Дом здравља Младеновац, Општа медицина, Србија

**Циљ рада.** Упоредити  $HbA_{1c}$  (гликозилирани хемоглобин) и гликемију наташте као параметре у праћењу компликација дијабетеса.

**Метод.** Рађена је студија пресека. Узорак за ово истраживање били су пацијенти са дијагностикованим дијабетес мелитусом. Критеријум за укључивање у студију били су испитаници који су имали  $HbA_{1c}$  6,5% и више, односно одговарајуће вредности гликемије наташте од 7,3 mmol/l и више.

**Резултати.** Истраживање је спроведено у Првој амбуланти опште медицине ДЗ Зрењанин у периоду октобар-новембар 2017. године. Истраживањем су обухваћена 43 пацијента старости од 45 до 75 година, 17 (39,5%) мушког и 26 (60,5%) женског пола. Када посматрамо резултате са гликемијом наташте, у групи испитаника са вредностима гликемије од 7,3 mmol/l до 8,6 mmol/l било је 19 (44,2%), од тога 8 (42,1%) са неком од компликација дијабетеса. Гликемију наташте од 8,6 mmol/L до 9,2 mmol/L имало је 14 (32,6%) испитаника, од тога 5 (35,7%) са неком од компликација болести. Гликемију наташте од 9,2 mmol/l до 10,2 mmol/l имало је 8 (18,6%) испитаника, од тога 5 (62,5%) са компликацијама, док су гликемију наташте већу од 10,2 mmol/l имала два (4,7%) испитаника, од тога један (50,0%) са неком од компликација дијабетеса. Када посматрамо резултате са  $HbA_{1c}$ , највећи број пацијената са компликацијама дијабетеса био је у групи са  $HbA_{1c}$  изнад 8,0% - од 2 (4,7%) испитаника, оба (100%) са компликацијама. Такође, сви испитаници у групи  $HbA_{1c}$  од 7,5% до 8,0% имали су компликације дијабетеса - од њих 6 (14%) свих 6 (100%). У групи  $HbA_{1c}$  од 7,0% до 7,5% - од 10 (23,2%), 5 (50%) је имало компликације дијабетеса, док је у групи  $HbA_{1c}$  од 6,5% до 7,0% од 25 (58,1%), 6 (24,0%) имало компликације.

**Закључак.** Када упоредимо ова два параметра, уочићемо да са порастом вредности  $HbA_{1c}$  расте и број испитаника са компликацијама дијабетеса, док са гликемијом наташте то није случај. У испитиваној популацији се показало да је  $HbA_{1c}$  поузданији параметар за праћење компликација дијабетес мелитуса, што потврђује да  $HbA_{1c}$  оправдано носи назив златног стандарда у контроли и праћењу ове болести.

**Кључне речи:**  $HbA_{1c}$ , гликемија наташте, компликације дијабетеса

**Литература**

1. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију Водича добре клиничке праксе. *Дијабетес мелитус*. Министарство здравља Републике Србије. Београд, 2013.

2. Мильковић Д. *Ниво и корелација гликозилизованог хемоглобина HbA<sub>1c</sub> и липидних параметара код дијабетичара са преболелим инфарктом миокарда*. Општа медицина, 2015;21(1-2):9-18.

Постер презентација

### 83. ФАКТОРИ РИЗИКА ЗА АКУТНИ МОЖДАНИ УДАР

#### Приказ случаја

Маја Вучковић<sup>1</sup>, Олга Радосављевић<sup>2</sup>, Марина Јевремовић<sup>3</sup>, Гордана Бојовић<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Дом здравља Младеновац, Општа медицина

<sup>2</sup>Дом здравља "Др Бошко Вребалов", Општа медицина, Зрењанин

<sup>3</sup>Дом здравља Чајетина, Општа медицина, Србија

**Увод.** Најзначајнији фактори ризика за акутни мождани удар (АМУ) су артеријска хипертензија (HTA), дијабетес мелитус (DM), хиперлиппротеинемича (HLP) и различити кардиолошки поремећаји.

**Циљ рада.** Истаћи значај променљивих фактора ризика за кардиоваскуларне болести кроз приказ случаја пацијенткиње са акутним можданим ударом.

**Приказ случаја.** Болесница М.Р. из Младеновца, старости 71 годину, дугогодишњи хипертоничар и дијабетичар. Узимала редовно терапију и за хиперлипидемију и Паркинсонову болест. По устајању 28.12.2018. приметила само слабост десне руке. Прегледана је од стране дежурног неуролога и хоспитализована. На пријему констатовано: десни централни faciјалис, сензоринеурална наглувост, ригор врата и екстремитета, лакша слабост десне стране тела, снижен плантарни одговор десно, снижени *MTR* десно и угашени *AR* обострано, статички и постурални тремор обе руке, хипобрадикинезија обострано, више десно због пирамидне лезије, хиперестезије десне руке и ноге, ход на широкој основи ситнијим корацима, *TA* 150/80 mmHg, фреквенција 80/min. У лабораторији гликемија 9 mmol/l, триглицериди 2,7 mmol/l, холестерол 6,5 mmol/l; *CT* ендокранијума - детектована мања исхемијска лезија инсуларно лево акутног тока, у *corona radiata* фронтпариетално обострано ретке лакуларне инфаркте, умерене редуктивне промене мозга. *EHO MAV* и транскранијални доплер дијагностиковали несигнификантне артеросклеротске промене на каротидним крвним судовима без хемодинамски сигнификантних стеноза. Лечена инфузионом рехидратационом и антиагрегационом терапијом, статинима, антихипертензивима и гастропротективима. Током хоспитализације имала епизоду стенокардије без промена у *EKG*-у и кардиоспецифичним ензимима. Контролни *CT* мозга 31.12.2017. указао да су се промене повукле - видљива мања исхемијска лезија почетног субакутног тока паријетално лево у центруму семиовале. При отпуста у јануару 2018. дошло је до делимичне регресије у неуролошком налазу (повлачења хиперестезије), дискретна деснострана пареза је заостала, као и тремор руку. Закључено је да се код болеснице радило о АМУ недовољно разјашњене етиологије, који има факторе ризика за болест малих крвних судова мозга, те је потребна њихова контрола и лечење. Међутим, не може се са сигурношћу искључити ни емболијски удар непознатог порекла, па је потребно учинити детаљно кардиолошко испитивање (*EHO* срца и 24h Холтер *EKG* који су пацијенткињи заказани).

**Закључак.** Потребно је детектовање фактора ризика за кардиоваскуларне болести (*DM*, *HTA*, *HLP*) и њихово правилно лечење и праћење како не би дошло до трајних

последица са инвалидитетом болесника, а у томе су лекари опште медицине најбитнија карика.

**Кључне речи:** акутни мождани удар, фактори ризика, контрола.

### **Литература**

1. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију Водича добре клиничке праксе. *Исхемијски мождани удар*. Министарство здравља Републике Србије, Београд, 2012.
2. Милутиновић ВВ, Милутиновић ВМ. *Мождани удар - да ли га некад превидимо?* АБЦ - часопис ургентне медицине. 2017;17(2):38-43.

Постер презентација

## 84. ПРИМАРНА БИЛИЈАРНА ЦИРОЗА

### Приказ случаја

Маја Вучковић<sup>1</sup>, Душица Миловановић<sup>1</sup>, Марина Јевремовић<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Дом здравља Младеновац, Општа медицина

<sup>2</sup>Дом здравља Чајетина, Општа медицина, Србија

**Увод.** Примарна билијарна цироза (ПБЦ) може да се манифестује хроничним тупим болом у стомаку, а у каснијој фази појавом асцитеса у абдомену. У зависности од времена дијагностиковања болести и лечења зависи и прогноза болести, што је резултат заједничког труда лекара и пацијента.

**Циљ рада.** Приказ случаја оболелог од ПБЦ са истицањем значаја сарадње болесника са лекаром.

**Приказ случаја.** Болесница В.С. старости 38 година, оперисала жучну кесу у 29. години (2008. године), када су дијагностиковане повишене трансаминазе а 2015. године анемија, алкохол не конзумира. По налогу изабраног лекара урађен преглед крви на вирусне хепатитисе који су били негативни. Након тога јављала се лекару само због лечења хипотиреозе. Почетком 2017. године имала повремено болове у епигастријуму и осећај надутости у трбуху. Понекад је искашљавала крв, али то није раније пријављивала лекару. Трансаминазе су и даље биле повишене. Предложеноу дијагностику није урадила. Крајем 2017. године болови су се интензивирали и појавила се мучнина, а кожа јој је лако пожутела. Трансаминазе су расле до 500, *GGT (Gama Glutamyl Transferase)* до 363. Преведена са хоспитализације из Специјалне болнице за интерне болести (СБИБ) Младеновац, када јој је дијагностикован асцитес, на Клинику за гастроентерохепатологију (ГЕХ) КЦС где је *EGDS-ом (Esophagogastroduodenoscopy)* дијагностикован хронични гастритис, варикси једњака I степена и хијатус хернија. Због перихепатичког излива није урађена биопсија јетре, а позитивна имунолошка испитивања (*ANA* 1:640, *AGMA* 1:320) су указала да се ради о аутоимуној болести јетре – примарна билијарна цироза; на ординирану терапију – након увођења имunosупресивне терапије, болесница је добро реаговала, слој слободне течности је смањен у абдомену, бол у стомаку је значајно редукован, а лабораторијски налази су у побољшању. Пацијенткиња је сада схватила озбиљност здравственог проблема и сарађује са својим лекаром. Редовно се контролише и придржава терапије, што је довело до повлачења тегоба и побољшања њеног здравственог стања.

**Закључак.** Лоша комуникација између лекара и болесника, где болесник не схвата озбиљност свог здравственог стања и не жели да сарађује у дијагностици и лечењу, отежава рад и успех лекара у његовом послу. Стога треба радити на просвећивању болесника о разним болестима, као и лекара, ради што боље комуникације са болесницима која би довела до бољих исхода лечења болесника у примарној здравственој заштити.

**Кључне речи:** примарна билијарна цироза, исход лечења, сарадња

## Литература

1. Филиповић Б, Опрић М, Миличић А, Паранос С. *Примарна билијарна цироза*. Српски архив за целокупно лекарство. 2002;130(5-6):213-216.
2. Алемпијевић Т, Јешић Р, Сворцан П, Сокић-Милутиновић А, Ковачевић Н, Радаљац Т, Поповић Д, Поповић ДЂ, Крстић М. *Ултрасонографско мерење висцералне масти код болесника са примарном билијарном цирозом*. Војносанитетски преглед, 2011;68(9):739-743.

CIP - Каталогизација у публикацији - Народна библиотека Србије, Београд

61(048)(0.034.2)

КОНГРЕС лекара опште медицине Србије са међународним учешћем (9 ; 2018 ; Златибор)

Зборник сажетака [Електронски извор] / IX Конгрес лекара опште медицине Србије са међународним учешћем, Златибор, 27-30.09.2018. ; [главни и одговорни уредник, Славољуб Живановић] = Zbornik sažetaka / IX Kongres lekara opšte medicine Srbije sa međunarodnim učešćem, Zlatibor, 27-30.09.2018. ; [glavni i odgovorni urednik, Slavoljub Živanović]. - Београд : Секција опште медицине Српског лекарског друштва, 2018 (Београд : Сору planet). - 1 електронски оптички диск (CD-ROM) ; 12 cm

Системски захтеви: Нису наведени. - Насл. са насловне стране документа. - Апстракти на срп. и енгл. језику. - Тираж 50. - Текст ћир. и лат. - Библиографија уз поједине апстракте.

ISBN 978-86-6061-098-2

1. Српско лекарско друштво (Београд). Секција опште медицине

а) Медицина - Апстракти  
COBISS.SR-ID 269304844