

DRUGI GODIŠNJI KONGRES
Udruženja za preventivnu pedijatriju Srbije (UPPS)
sa međunarodnim učešćem

PREVENTIVNA PEDIJARIJA I SRODNE TEME

ZBORNİK APSTRAKATA



03-05. april 2015.
Kragujevac



Za najbolji početak u životu

PHILIPS
AVENT

Uvoznik i distributer za Srbiju: **MCG Group d.o.o.**
Obrovačka 21, Veternik, Novi Sad, tel/fax 021 824-864, tel. 021 824-936
e-mail: office@mcgroup.rs, www.mcgroup.rs

innovation  you

ZLATNI SPONZOR



SPONZORI



UDRUŽENJE ZA PREVENTIVNU PEDIJATRIJU SRBIJE (UPPS)

Drugi godišnji kongres
Udruženja za preventivnu pedijatriju Srbije (UPPS)
sa međunarodnim učešćem

PREVENTIVNA PEDIJATRIJA I SRODNE TEME

ZBORNİK APSTRAKATA

03-05. APRIL 2015.
KRAGUJEVAC

**Drugi godišnji kongres
Udruženja za preventivnu pedijatriju Srbije (UPPS)
sa međunarodnim učešćem**

PREVENTIVNA PEDIJARIJA I SRODNE TEME

ZBORNİK APSTRAKATA

Izdavač:
"NAISPRINT" Niš

Za izdavača:
Dragan Manić

Tehnički urednik:
Mile Ž. Ranđelović

Štampa:
"NAISPRINT" Niš

Tiraž:
200 primeraka

ISBN 978-86-6399-014-2

UDRUŽENJE ZA PREVENTIVNU PEDIJATRIJU SRBIJE (UPPS)

Drugi godišnji kongres
Udruženja za preventivnu pedijatriju Srbije (UPPS)
sa međunarodnim učešćem

PREVENTIVNA PEDIJATRIJA I SRODNE TEME

**03-05. APRIL 2015.
Kragujevac**

Naučni odbor

Prof. dr Vojislav Perišić
Doc. dr Vladislav Vukomanović
Prof. dr Jasmina Knežević
Doc. dr Bojko Bjelaković
Prof. dr Ljiljana Šaranac
Prof. dr Dragan Mihailović
Prof. dr Maja Nikolić
Prof. dr Jelena Vojinović
Prof. dr Zoran Igrutinović
Ass. dr Sergej Prijić
Prim. dr Bojana Cokić

Organizacioni odbor

Prof. dr Lidija Dimitrijević
Prof. dr Maja Milojković
Doc. dr Snežana Živanović
Doc. dr Jasmina Ranković
Prim. mr sci. Branislava Stanimirov
Prim. dr Sanja Ninić
Ass. dr Marko Jović
Dr sci. Karin Vasić
Doc. dr Ivana Budić
Med. sestra Ana Radomirović

Predavači po pozivu

Prof. dr Vojislav Perišić. FRCPch (UK)
Ass. dr Goran Vukomanović
Dr Tatjana Jevtović Stoimenov
Doc. dr Vladislav Vukomanović
Prof. dr Jasmina Knežević

Ass. dr Sergej Prijić
Prim. dr Sanja Ninić
Dr sci. Karin Vasić
Prof. dr Zorica Živković
Prof. dr Anđelka Stojković
Doc. dr Gordana Kostić
Doc. dr Snežana Živanović
Dr sci. Dušica Marković
Ass. dr Marko Jović
Prof. dr Elizabeta Zisovska
Prof. dr Ana Vujić
Prof. dr Ljiljana Erdevički
Doc. dr Bojko Bjelaković
Prof. dr Branislav Milovanović
Prof. dr Borislav Kamenov
Prof. dr Nataša Miladinović Tasić
Prim. sci. med. Milica Ranković Janevski
Dr Ivana Jovanović
Dr Olgica Rakić
Dr Jasminka Peruničić
Prof. Maja Nikolić
Prim. mr sci. Branislava Stanimirov
Doc. dr Jasmina Ranković
Prim. dr Bojana Cokić
Prof. dr Ljiljana Šaranac
Prof. dr Zoran Igrutinović
Prof. dr Jelena Vojinović
Prof. dr Maja Milojković
Doc. dr Slavica Marković
Doc. dr Ivana Budić
Prof. dr Dragan Mihailović
Prof. dr Lidija Dimitrijević
Med. sestra Maja Petković
Ped. sestra Ana Radomirović

SADRŽAJ

PERSPEKTIVE I MOGUĆNOSTI DIJAGNOSTIKE RETKIH BOLESTI U SRBIJI	
Tatjana Jevtović Stoimenov, Gordana Kocić.....	15
EPIDEMIOLOGIJA UROĐENIH SRČANIH MANA: KOJIM PODACIMA RASPOLAŽEMO NA NACIONALNOM NIVOU?	
Vladislav Vukomanović, Jovan Košutić, Sergej Prijčić, Sanja Ninić, Vladimir Kuburović, Vojslav Parezanović, Bojko Bjelaković, Jasmina Knežević	15
KAVASAKIJEVA BOLEST U DECE	
Jasmina Knežević, Aleksandra Simović, Jelena Nestorović Tanasković	16
NOVINE U LEČENJU SRČANE INSUFICIJENCIJE KOD DECE	
Sergej Prijčić, Jovan Košutić, Vladislav Vukomanović, Andreja Prijčić, Bosiljka Jovičić, Sanja Ninić, Vladimir Kuburović	16
VENTRIKULARNE EKSTRASISTOLE-BEZNAČAJAN NALAZ ILI UVOD U OZBILJNE ARITMIJE	
Sanja Ninić, Vladislav Vukomanović, Jovan Košutić, Sergej Prijčić, Bosiljka Jovičić, Vladimir Kuburović	17
EKG SKRINING U PREVENCIJI IZNENADNE SRČANE SMRTI MLADIH SPORTISTA	
Karin Vasić.....	18
KAŠALJ-KLINIČKE PREZENTACIJE I SVAKODNEVNE DILEME	
Zorica Živković.....	18
NOVOSTI O ASTMI KOD DECE	
Anđelka Stojković, Vesna Veličković	19
VIZING I STRANO TELO	
Gordana Kostić.....	20
STRIDOR KOD DECE U PRAKSI	
Snežana Živanović.....	21
IMUNOLOŠKE OSNOVE ATOPIJSKOG DERMATITISA	
Dušanka Marković, Tatjana Rađenović Petković, Predrag Vlahović	22
IMUNOLOŠKA SVOJSTVA ENDOTELA KAPILARA HUMANOG NEPČANOG KRAJNIKA KOD DECE	
Marko Jović, Aleksandra Veličkov, Maja Jović, Verica Avramović	22
MEDICINA ZASNOVANA NA DOKAZIMA U PEDIJATRIJI (EVIDENCE BASED PAEDIATRICS)	
Elizabeta Zisovska	23
REVIDIRANI VODIČ AMERIČE PEDIJATRIJSKE AKADEMIJE ZA INFЕКCIJE URINARNOG TRAKTA KOD FEBRILNE ODOJČADI I MALE DECE	
Ana Vujić.....	24
VODIČ U DIJAGNOZI I LEČENJU AKUTNIH ZAPALJENJA SREDNJEG UVA	
Ljiljana Erdevički	24

INTERPRETACIJA EKG-A U PEDIJATRIJI (PREPORUKE ZA KARDIOVASKULARNI SKRINING)	
Sergej Prijčić, Vladislav Vukomanović, Jovan Košutić, Andreja Prijčić, Sanja Ninić, Bosiljka Jovičić, Vladimir Kuburović.....	25
NOVI ASPEKTI REGULACIJE IMUNSKOG ODGOVORA POSREDSTVOM PROBIOTIKA I NJIHOV ZNAČAJ U TERAPIJI ATOPIJSKOG DERMATITISA	
Borislav Kamenov.....	26
LAMBLIOZA KOD DECE	
Nataša Miladinović Tasić.....	27
INDIVIDUALIZOVANA RAZVOJNA NEGA KAO NEUROPROTEKTIVNI I ULTRA-RANI INTERVENTNI PROGRAM	
Milica Ranković Janevski.....	28
KLINIČKI POKAZATELJI I KONTINUIRANA ELEKTROENCEFALOGRAFIJA U PROCENI STEPENA HIPOKSIČNO ISHEMIČNE ENCEFALOPATIJE	
Ivana Jovanović.....	29
PRIMENA SISTEMSKE INDUKOVANE HIPOTERMIJE U TERAPIJI HIPOKSIČNO-ISHEMIČNE ENCEFALOPATIJE	
Olgica Rakić.....	29
SAVREMENI PRINCIPI SPECIJALIZOVANOG TRANSPORTA VITALNO UGROŽENOG NOVOROĐENČETA	
Jasminka Peruničić.....	30
JAVNO ZDRAVSTVENI POGLED NA ISHRANU DECE	
Maja Nikolić.....	31
ZNAČAJ MULTIDISCIPLINARNOG PRISTUPA U PREVENCIJI GOJAZNOSTI DECE	
Branislava Stanimirov.....	31
IDENTIFIKACIJA RIZIKA U PREVENCIJI KARDIOVASKULARNIH BOLESTI KOD DECE	
Bojko Bjelaković.....	32
PREVENCIJA ATEROSKLEROZE U DEČJEM UZRASTU U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI	
Jasmina Ranković.....	33
BUDUĆNOST BEZ DOWN SINDROMA?	
Bojana Cokić.....	33
ENDOKRINI OMETAČI I NJIHOV UTICAJ NA ZDRAVLJE DETETA	
Ljiljana Šaranac.....	34
DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA HEMORAGIJSKOG SINDROMA KOD DECE	
Zoran Igrutinović.....	35
PREVENCIJA I RANO OTKRIVANJE KOŠTANO-ZGLOBNIH OBOLJENJA DECE	
Jelena Vojinović.....	36
NEINVAZIVNO PRENATALNO GENETSKO TESTIRANJE-PREDNOSTI I DILEME	
Maja Milojković, Jelena Radović.....	37
UPOTREBA GNRH ANALOGA U TRETMANU DECE SA CENTRALNIM PREVREMENIM PUBERTETOM	
Slavica Marković, Zoran Igrutinović, Biljana Vuletić, Gordana Kostić, Zorica Rašković, Marija Radovanović, Jelena Tanasković Nestorović.....	38

UTICAJ NAUKE I TEHNOLOGIJE NA ISHOD KARDIOPULMONALNE REANIMACIJE U DEČJEM UZRASTU Ivana Budić, Zoran Petrović, Vesna Marjanović, Dejan Novaković, Dušica Simić.....	39
PIGMENTNI TUMORI U DECE Dragan Mihailović, Žaklina Mijović.....	41
NEIZVESNOST I STREPNJE RODITELJA OKO VAKINACIJE IMUNIZACIJA - JEDNO OD NAJVEĆIH DOSTIGNUĆA 20 VEKA Maja Petković.....	42
TEST FIZIČKOG OPTEREĆENJA (ERGOMETRIJA) U KLINIČKOJ PEDIJATRIJSKOJ PRAKSI Zijo Begić, Senka Mesihović-Dinarević, Alma Hadžić, Almira Kadić, Mirza Halimić.....	44
HEAD UP TILT TABLE TEST U PEDIJATRIJSKOJ KLINIČKOJ PRAKSI Zijo Begić, Senka Mesihović-Dinarević, Alma Hadžić, Almira Kadić, Mirza Halimić.....	44
ZNAČAJ ODREĐIVANJA BIOMARKERA U DECE KAO MERA PREVENCIJE ATEROSKLEROZE Gordana Grujić Ilić, Jerkan M, Ranković J.....	45
DA LI SE PERTUSSIS VRAĆA? Staniša F. Baumann, Stefan S. Baumann, Svetlana Pakaški, Marija Deanović.....	46
OPADANJE PROCENTA VAKCINISANE DECE NA TERITORIJI OPŠTINE NOVI PAZAR Vesna Despotović, Sanja Despotović.....	47
KLINIČKA EFIKASNOST SLIT KOD DECE SA ASTMOM I ALERGIJSKIM I RINITISOM -DVOGODIŠNJE PRAČENJE Ivana Đurić Filipović, Gordana Kostić, Đorđe Filipović, Milica Tasić, Zorica Živković.....	47
ZABLUDE VEZANE ZA VAKCINACIJU MMR VAKCINOM Ljiljana Kurilić.....	48
DA LI JE KLINIČKI FENOTIP ALERGIJSKIH BOLESTI DETERMINISAN SENZIBILIZACIJOM NA HRANU? Mirjana Živanović.....	49
PROCENA KONTROLE ALERGIJSKE I NEALERGIJSKE ASTME KOD DECE OD 6 DO 18 GODINA Zoran Petrović-Dimeski, Snežana Živanović.....	50
VITAMIN D SUPPLEMENTS AND GENETIC RISK FOR NEPHROLITHIASIS AND NEPHROCALCINOSIS Velibor Tasić, Zoran Gucev.....	50
H.PYLORI GASTRITIS KOD DECE:MOGUĆE POSLEDICE I NJIHOVO LEČENJE I PREVENCIJA Dragana Ilić, Vojislav N Perišić, Zoran Blagojević, Irena Marsenić.....	51
UTICAJ NAČINA ISHRANE I DRUGIH ŽIVOTNIH STILOVA NA STANJE UHRANJENOSTI KOD ADOLESCENATA U NOVOM SADU Temira Lozanić.....	52
RANI POČETAK DIJABETESA I REKURENTNA INSUFICIJENCIJA JETRE; ŠTA JE MOGUĆI UZROK? Vesna Cvetković, Ljiljana Šaranac, Zlatko Đurić, Sandra Stanković.....	53

ENERGETSKA I HRANLJIVA VREDNOST OBROKA U DEČJEM VRTIĆU PREDŠKOLSKE USTANOVE "RADOST" U ČAČKU Vesna Šumanov, Milka Levajac.....	54
NOVE PERSPEKTIVE RANE PRIMENE BIO-MARKERA U JEDINICAMA INTENZIVNE NEONATALNE NEGE Aleksandra Simović, Jasmina Knežević, Zoran Igrutinović	54
ZDRAVLJE MAJKE I KONTROLNI MEHANIZMI ORGANOGENEZE Sofija Šljivić, Ivana Stojković-Eferica, Marija Stojanović, Lj.Branković, Lj.Mrkačić.....	55
NAJČEŠĆI PROBLEMI RAZVOJNOG PERIODA NOVOROĐENOG DETETA Srboľjub Stajić, Jekica Marjanović, Jasminka Komnenović, Gordana Stevanov Mitrić.....	56
MORBIDITET NOVOROĐENČADI ROĐENIH IZ TRUDNOĆA SA PROM-OM Saveta Stanišić, Marija Joksimoć, Zorica Babić, Tanja Radunoć.....	56
UTICAJ IZLOŽENOSTI ZAGAĐENOM VAZDUHU NA TELESNU DUŽINU NOVOROĐENČADI Aleksandra Stanković, Maja Nikolić, Mirjana Arandelović	57
KORELACIJA AKTIVNOSTI ANTIOKSIDATIVNIH ENZIMA I NIVOVA BILIRUBINA U SERUMU KOD PRETERMINESKE NOVOROĐENČADI Ivana Stojković Eferica, Sofija Šljivić, Marija Stojanović	58
PROCENA I ANALIZA POSTURALNOG STATUSA UČENIKA OSNOVNO ŠKOLSKOG UZRASTA Nenad Baštovanović, D. Vasić-Sušić	59
PROMOVISANJE ZDRAVIH NAVIKA I PONAŠANJE KROZ ZDRAVSTVENO VASPIITNI RAD U SAVETOVALIŠTU ZA MLADE Dragana Jerić.....	60
PREVENTIVNI RAD SAVETOVALIŠTA ZA MLADE KRAGUJEVAC Milića Živadinović, Z.Karaklaić, M.Ilić, M.Radulović, A.Joksić, D.Milojević, D.Petrović, S.Mijailović.....	61
RASPOLOŽIVI INSTRUMENTI ZA PROCENU I PRAĆENJE RAZVOJA U PEDIJATRIJSKOJ PRAKSI Marica Milidrag.....	62
ĐAČKA TORBA – KRIVA KIČMA Vanja Petrovski, Tijana Nikolić	62
STRATEGIJA I PRINCIPI KOJI VODE KA UNAPREĐENJU ZDRAVLJA KROZ ZDRAVE ŽIVOTNE STILOVE Branislava Spasojević.....	63
SKRINING RAZVOJNOG POREMEĆAJA KUKA Snežana Trećakov	64
SOCIAL OUTCOMES IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE AFTER SUCCESSFUL TREATMENT FOR MALIGNANCY RELATE WITH THE PERIOD OF ISOLATION Tatjana Zaharov	65
ZNAČAJ PREVENTIVNIH ULTRAZVUČNIH PREGLEDA U RANOM OTKRIVANJU RAZVOJNOG POREMEĆAJA KUKA S. Bacetić, V.Jovanović, Z.Bajin.....	65
LOWER TOTAL BILIRUBIN LEVELS ARE ASSOCIATED WITH UNFAVOURABLE CARDIOMETABOLIC RISK PROFILE IN OVERWEIGHT/OBESE ADOLESCENT GIRLS Nebojša Kavarić, Aleksandra Klisić, Tanja Injac	66

GOJAZNOST KOD DJECE PREDŠKOLSKOG UZRASTA I NEKI ETIOLOŠKI FAKTORI Marija Joksimović, Vukosav Joksimović, Marija Mališić-Korać, Danijela Đekić, Saveta Stanišić	67
PREVENCIJA DESTRUKTIVNOG PONAŠANJA DECE-PEDIJATRIJSKI ASPEKT Jovan Živković	68
MENJANJEM NAVIKA I NAČINA ŽIVOTA DO SMANJENJA GOJAZNOSTI Biserka Stajić	69
GOJAZNOST I ZDRAVI STILOVI ŽIVOTA Milica Tasić, Marija Aleksijević	70
BAVLJENJE SPORTOM- UTICAJ NA STEPEN ANKSIOSNE OSETLJIVOSTI, EMOCIONALNE I BIHEJVIORALNE TEŠKOĆE KOD ADOLESCENATA Svetlana Turudić, Slađana Pešić Gilanji, Jasna Odović Čubrilo, Nevena Stanković.....	71
OS TIBIALE EXTERNUM Žaklina Mijović, Dragan Mihailović, Nikola Živković	72
ACUTE-PHASE PROTEINS (C-REACTIVE PROTEIN, RETINOL-BINDING PROTEIN 4, ALBUMIN, TRANSFERRIN) IN NORMAL WEIGHT AND OVERWEIGHT/OBESE ADOLESCENT GIRLS Nebojša Kavarić, Aleksandra Klisić, Tanja Injac, Dragica Božović, Najdana Gligorović-Barhanović	72
AKTIVNOSTI MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI ARTERIJSKE HIPERTENZIJE KOD DECE I ADOLESCENATA Svetlana Kačavenda	73
ISTRAŽIVANJE U SESTRINSTVU Olivera Milanović	74
PREVENCIJA I LEČENJE SIDEROPENIJSKE ANEMIJE KOD DECE PREDŠKOLSKOG I ŠKOLSKOG UZRASTA Ivana Panić.....	75
AKTIVNOSTI MEDICINSKE SESTRE U ZBRINAVANJU DECE SA ASTMATIČNIM NAPADOM Ljiljana Plavanski	75
ULOGA LEKARA U DIJAGNOSTIKOVANJU POREMEĆAJA PONAŠANJA U ISHRANI-PRIKAZ SLUČAJA Marija Aleksijević, Milica Tasić	78
ZNAČAJ DORUČKA Ergić Mirjana.....	78
DIJAREALNI POREMEĆAJ-RAZLOG POSETE PEDIJATRU Ivana Lazović, Jelena Nikolić	79
UROĐENE SRČANE MANE-NAŠE ISKUSTVO ZA PERIOD 2010-2011. GODINE Biljana Ivelja.....	79
KOMPLEKSNA SRČANA MANA OPERISANA PO FONTANU, POZNE KOMPLIKACIJE-PRIKAZ SLUČAJA Ruža Kaličanin-Milanović.....	80
DEFORMITETI KIČMENOG STUBA KOD DECE Marija Aleksijević.....	81
ANTIBIOTICI-UPOTREBA IZ AMBULANTE Julija Bošković.....	81

PELENSKI OSIP KOD DJECE-PREVENTIVNI RAD IZ AMBULANTE Julija Bošković.....	82
PREVENTIVNI PREGLED DJECE ROĐENE 2008. GODINE PRED POLAZAK U PRVI RAZRED U AMBULANTI IZABRANOG DOKTORA Dragica Gačević, Anka Stanić.....	83
KOŠTANO ZGLOBNI DEFORMITETI KOD UČENIKA OSNOVNE ŠKOLE“ MILOŠ CRNJANSKI“ Jasmina Škorić, Dragana Arandelović.....	83
INFORMISANOST ADOLESCENATA O POLNO PRENOSIVIM BOLESTIMA Jasmina Škorić, Dragana Arandelović.....	84
DA LI JE AKUTNI OTITIS MEDIA U DECE PREVENTABILAN? Jorgovanka Drmončić Putica, Zorica N. Živković, Slaviša Radosavljević.....	84
PERTUSSIS KOD PRIMOVAKCINISAN MALOG DJETETA - PRIKAZ SLUČAJA Biljana Ivelja.....	85
ASTMA, VISOK ATOPIJSKI STATUS I DIABETES MELLITUS-PRIKAZ SLUČAJA Ivana Nikolić, Snežana S. Živanović, Vesna Cvetković, Sonja J. Živanović	86
REVIZIJA VAKCINALNIH KARTONA DJECE ROĐENE 2012 G Rajka Pajović, Vesna Strainović-Lalović, Lela Pejović.....	86
OBUHVAT MMR VAKCINOM U DOMU ZDRAVLJA PLJEVLJA U PETOGODIŠNJEM PERIODU (2008-2012) Anka Stanić, Dragica Gačević, Biljana Čarkilović, Stanica Dedeić.....	87
PRIMARNA VAKCINALNA GREŠKA Vesna Strainović – Lalović, Rajka Pajović, Biljana Raičević – Fuštar.....	88
PORODIČNI ASPEKT GOJAZNOSTI Dragana Arandelović, V. Vujović, Jasmina Škorić	88
ŠTA KRIJE GLAVOBOLOJA U DJEČJEM UZRASTU? CRANIOPHRYNGEOM - PRIKAZ SLUČAJA Biljana Ivelja.....	89
PREVENCIJA KOD METABOLČKIH BOLESTI Bilsena Kurtanović, Vesna Tomović	90
NAŠA ISTRAŽIVANJA O VRŠNJAČKOM NASILJU Biljana Marković, Vanja Petrovski	91
BOLNIČKE INFEKCIJE KRVI-PROBLEM U PEDIJATRIJSKIM BOLNICAMA Dušan Medić	91
DIJAGNOZA ANEMIJE UZROKOVANE INFEKCIJAMA KOD DECE ŠKOLSKOG I PREDŠKOLSKOG UZRASTA Raša Medović, Zoran Igrutinović, Biljana Vuletić, Zorica Rašković, Lidija Stanković, Sveta Janković, Katerina Mladenovska–Dajić, Marijana Nikolić	92
NAJČEŠĆI TUMOR KOD DECE – NEFROBLASTOM, PRIKAZ SLUČAJA Svetlana Pakaški , M.Deanović, S.F.Bauman , S.S.Bauman.....	93

PREVENCIJA SLABOVIDOSTI I DEFORMITETA LOKOMOTORNOG SISTEMA KAO PREDUSLOV ZA
BAVLJENJE SPORTOM

Vinka Repac, Ivan Lukić, Branislava Stanimirov, Jelena Zvekić Svorcan 93

ANTROPOMETRIJSKI POKAZATELJI U PROCENI GOJAZNOSTI I KARDIOMETABOLIČKOG RIZIKA KOD
ADOLESCENATA NA TERITORIJI OPŠTINE INĐIJA

Vesna Petrović, Lj. Kleut, M. Aleksić, S. Aćimović Đumić, T. Rožek-Mitrović, D. Višnjevac 94

INDEKS AUTORA I KOAUTORA 97

PREDAVANJA PO POZIVU

APSTRAKTI

PERSPEKTIVE I MOGUĆNOSTI DIJAGNOSTIKE RETKIH BOLESTI U SRBIJI

Tatjana Jevtović Stoimenov, Gordana Kocić

Blagovremena dijagnostikaretkihbolesti u Srbiji još uvek nije na odgovarajućem nivou zbog čega mnoge bolesti ostaju ne prepoznate, a takvi pacijenti obično završavaju fatalno ili razvijaju deformitete. Uprkos pojedinačnim pokušajima da se dijagnostika sprovede na pravi način, ne postoji vodič, niti referentna laboratorija u Srbiji za dijagnostiku metaboličkih bolesti.

Zahvaljujući dobroj saradnji sa okolnim centrima i nesebičnom zalaganju kolega iz firme "Genzyme" uzorci iz naše zemlje se šalju u Kliničko-bolnički Centar Rebro, Zagreb, gde se vrši dijagnostika za preko 45 metaboličkih bolesti.

Imajući uvidu neophodnost uspostavljanja ovakve dijagnostike i u Centrima naše zemlje, sprovedena je obuka skrining metoda za Pompeovu i Fabrijevu bolest, čime je učinjen korak napred ka uvođenju ovih metoda u naše laboratorijsko-dijagnostičke procedure.

Nadamo se da će dijagnostika deficita alfa-glukozidaze i alfa –galaktozidaze iz suve kapi krvi, limfocita pacijenata i kulture fibroblasta metodom fluorospektrofotometrije uskoro postati akreditovana, standaradna metoda za dijagnostikovanje Pompeove i Fabrijeve bolesti.

Ključnereči: metaboličke bolesti, suva kap krvi (DBS), dijagnostikovanje

EPIDEMIOLOGIJA UROĐENIH SRČANIH MANA: KOJIM PODACIMA RASPOLAŽEMO NA NACIONALNOM NIVOU?

Vladislav Vukomanović, Jovan Košutić, Sergej Prijčić, Sanja Ninić, Vladimir Kuburović, Vojislav Parezanović, Bojko Bjelaković, Jasmina Knežević

Uprkos kontinuiranom napretku u hirurškom i nehirurškom lečenju koji omogućavaju preživljavanje velikog broja bolesnika kompleksne USM su još uvek povezane sa velikim mortalitetom i morbiditetom. U sredinama gde je prekid trudnoće realna opcija univerzalni ehosonografski skrining sa prosečnom senzitivnošću od 35% i terminacijom od 43% može da dovede do ukupnog smanjenja prevalencije najtežih formi USM za 15%. Incidencija USM se kreće od 4 do 85.9 na 1000 trudnoća. Globalna prevalencija USM kod novorođenčadi kreće se od 3.7 do 17.5 na 1000, što obuhvata 30-45% svih urođenih razvojnih anomalija. Procenjuje se da je 2000. godine u Velikoj Britaniji bilo 150,000 odraslih sa USM, od kojih je 11,500 imalo kompleksne srčane anomalije koje zahtevaju dugoročno ekspertske praćenje. U Srbiji oko 700 dece sa USM godišnje – 10/1000 živorođenih ili dva novorođenčeta dnevno. Kod 350-400 dece potrebno je uraditi korekciju srčane mane ili interventnu kardiološku proceduru, a polovina ima tešku USM koja zahteva KH i dugotrajno praćenje. Veliki problem predstavlja nedostatak nacionalnog registra dece sa urođenim srčanim manama i drugim oboljenjima srca.

KAVASAKIJEVA BOLEST U DECE

Prof. dr Jasmina Knežević, Doc. dr Aleksandra Simović, Ass. dr Jelena Nestorović Tanasković

Klinika za Pedijatriju Fakulteta medicinskih nauka, KC Kragujevac, Srbija

Kavasakijeva (kawasaki) bolest je sindrom koji obuhvata akutno febrilno stanje praćeno vaskulitisom kod mlađe dece i najčešće ima dobru prognozu, ali u malom procentu može dovesti do teških komplikacija zbog aneurizmi koronarnih arterija, komplikovanih okluzijom i infarktom miokarda, kao neposrednim uzrokom smrti (2%). Najznačajniji simptomi i znaci su: iritabilnost, neeksudativni bilateralni konjuktivitis (90%), prednji uveitis (70%), sterilna piurija, eritem i edem stopala i šaka, malinasti jezik i fisure usana, disfunkcija jetre, bubrega i gastrointestinalnog trakta, miokarditis i priokarditis, limfadenopatija (75%) (1,5cm). Kriterijumi za dijagnozu dati od strane američkog udruženja kardiologa su: povišena temperatura koja traje duže od 5 dana i četiri od 5 nabrojanih kliničkih znakova: 1) promene na distalnim delovima ekstremiteta, 2) polimorfni raš, 3) orofaringealne promene, 4) bilateralni neeksudativni bezbolni konjuktivitis i 5) limfadenopatija. Ehokardiografija je metoda izbora za evaluaciju aneurizmi koronarnih arterija i radi se odmah i nakon 2 nedelje, a zatim nakon 6-8 nedelja od početka bolesti. Ne postoji specifični dijagnostički test. Sedimentacija, C reaktivni protein (crp) i alfa 1-antitripsin su povišeni. Kao specifični biomarkeri navode se 2 proteina u urinu: meprin A i filamin C. Tretman izbora za prevenciju bolesti koronarnih arterija su visoke doze intravenskih imunoglobulina (ivig) koji su smanjili komplikacije na koronarnim krvnim sudovima od 25% na 5%. daju se i visoke doze aspirina u različitom trajanju, a zatim se nastavlja sa niskim dozama, kao standardnom terapijom. Od ostalih lekova daju se kortikosteroidi kod rezistencije na imunoglobuline i metotrexat ili ciklofosamid. Infliximab se daje kod refrakternih slučajeva koronarnih aneurizmi. Takođe se daju antitrombocitni lekovi i antikoagulansi kod velikih aneurizmi. Novi tretman koji se primenjuje u Japanu su ulinastatin (inhibitor elastaze neutrofila) kod cirkulatornog šoka ili pankreatitisa.

NOVINE U LEČENJU SRČANE INSUFICIJENCIJE KOD DECE

Sergej Prijić, Jovan Košutić, Vladislav Vukomanović, Andreja Prijić, Bosiljka Jovičić, Sanja Ninić, Vladimir Kuburović

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

Za razliku od odraslih bolesnika, dosadašnje kliničke studije kod dece sa srčanom insuficijencijom usled oslabljene sistolne funkcije sistemske komore nisu pokazale značajan benefit nakon primene karvedilola. Međutim, mali broj dece uključene u klinička ispitivanja može da bude uzrok nedovoljno pouzdanih rezultata.

Cilj. Mi smo učinili meta-analizu sa ciljem da se uporedi dejstvo karvedilola i konvencionalne terapije (diuretici, ACE inhibitori, digoksin) kod dece sa srčanom insuficijencijom usled sistolne disfunkcije sistemske komore.

Metode. Nakon sistematske pretrage Medline/PubMed i Cochrane Library, učinjena je analiza pomoću programa Cochrane Review Manager (Rev Man 5.2).

Rezultati. Primena karvedilola je povezana sa smanjenjem mortaliteta/transplantacije srca (OR 0.52; 95% CI: 0.28-0.97; $p = 0,04$), odsustvom pogoršanja kliničkog statusa (OR 0,60; 95% CI: 0,36-1,00; $p = 0,05$) i sa kliničkim poboljšanjem (OR 1,54; 95% CI: 0,98-2,43; $p = 0,06$). Bolesnici sa karvedilolom su imali značajno bolju kontraktilnost ($p < 0,01$), kao i delimično smanjenje dijametra leve komore na kraju dijastole ($p = 0,93$).

Zaključak. Karvedilol utiče na značajno poboljšanje sistolne funkcije leve komore, kliničko poboljšanje, smanjenu potrebu za transplantacijom srca i prevenciju smrtnih ishoda kod dece sa srčanom insuficijencijom.

Ključne reči: srčana insuficijencija, deca, karvedilol

VENTRIKULARNE EKSTRASISTOLE – BEZNAČAJAN NALAZ ILI UVOD U OZBILJNE ARITMIJE

**Sanja Ninić, Vladislav Vukomanović, Jovan Košutić, Sergej Prijić, Bosiljka Jovičić
Vladimir Kuburović**

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije, Novi Beograd, Srbija

Ciljevi rada: Sagledavanje kliničkog značaja pojedinih oblika ventrikularnih aritmija kod bolesnika sa različitim strukturnim promenama srčanog mišića i kod osoba bez morfoloških promena na srcu.

Metode rada: Retrospektivna analiza medicinske dokumentacije

Rezultati: Klinički značaj ventrikularnih aritmija varira od beznačajnog nalaza pa do poremećaja koji mogu prouzrokovati smrtni ishod (tzv. maligne aritmije), što zavisi od tipa aritmije i udruženosti sa oboljenjima srca. Najčešće bolesti srca koje su u dečjem uzrastu povezane sa većim rizikom od nastanka ventrikularnih aritmija su urođene srčane mane, miokardiopatije, miokarditis i tumori srca. Pojava kompleksnih oblika ventrikularnih aritmija kod ove grupe bolesnika može imati ozbiljnu prognozu te je potrebno razmotriti primenu različitih terapijskih opcija. Ukoliko se proceni da postoji rizik od iznenadnog smrtnog ishoda, indikovana je ugradnja implantabilnog defibrilatora. Međutim, najveći broj bolesnika sa ventrikularnim aritmijama nema strukturno vidljive promene na srcu. Poremećaji ritma kod ove grupe pacijenata su izuzetno retko uzrokovani postojanjem električnih bolesti srca, tzv. kanalopatijama, koje su praćene povećanim rizikom od iznenadne smrti te je neophodna je primena terapije. U najvećem broju slučajeva, ventrikularne aritmije koje se jave u odsustvu strukturnog oboljenja srca su benignih karakteristika i imaju dobru prognozu. Lečenje nije potrebno kao ni ograničavanje životnih i fizičkih aktivnosti

Zaključak: Ventrikularne aritmije su najčešći oblik poremećaja ritma u dečjoj populaciji. Ukoliko se registruju kod osoba koje imaju strukturno oboljenje srca ili neki oblik kanalopatije, povezane su sa povećanim rizikom od iznenadnog smrtnog ishoda. Lečenje ovih bolesnika je neophodno. Ako se isključi postojanje pridruženih bolesti tada ih anizivamo aritmijama „zdravog srca“. One ne zahtevaju lečenje, a deci se savetuje normalna fizička aktivnost

Ključne reči: ventrikularne aritmije, ventrikularne ekstrasistole, ventrikularna tahikardija

EKG SKRINING U PREVENCIJI IZNENADNE SRČANE SMRTI MLADIH SPORTISTA **Dr sci. Karin Vasić**

KDIB, Niš

Uvod: Poslednjih dvadesetak godina, iznenadne smrti poznatih sportista privukle su veliku pažnju medicinske i opšte javnosti, nakon čega su evropska i američka kardiološka udruženja počela da objavljuju preporuke za preparticipacioni skrining sportista, kako bi se oni sa potencijalnim rizikom prepoznali i diskvalifikovali iz takmičarskih sportova. Nedijagnostikovani kongenitalni i genetski poremećaji kardiovaskularnog sistema (hipertrofična kardiomiopatija, anomalije koronarnih arterija, aritmogena displazija desne komore, sindrom produženog QT intervala), udruženi sa ekstremnim fizičkim naporom kod sportista stvaraju uslove za elektrofiziološke poremećaje i nastanak malignih ventrikularnih tahiaritmija koje su uzrok iznenadne srčane smrti.

Cilj rada je da se ukaže na najbitnije elemente aktuelnih evropskih i američkih preporuka za kardiovaskularni skrining sportista u svakodnevnoj kliničkoj praksi.

Metod: Primena 12-kanalnog elektrokardiograma (EKG) kod sportista kao rutinske skrining metode za dijagnostikovanje potencijalno opasnih kardiovaskularnih oboljenja još uvek je predmet debate. Prema preporukama Evropskog udruženja kardiologa primena ove metode kod sportista je obavezna, dok prema Američkim preporukama nije, već se insistira na detaljnoj ličnoj i porodičnoj anamnezi i fizikalnom pregledu.

Zaključak: Sprovođenje kardiovaskularnog skrining programa ima za cilj smanjenje učestalosti iznenadne srčane smrti kod sportista. U nedostatku nacionalnih preporuka neophodna je primena modifikovanog američko-evropskog skrining programa koji bi se sastojao od anamneze, fizikalnog pregleda i obaveznog 12-kanalnog EKG.

KAŠALJ – KLINIČKE PREZENTACIJE I SVAKODNEVNE DILEME

Zorica Živković

Dečja bolnica za plućne bolesti i tb, KBC „Dr Dragiša Mišović“, Beograd, Srbija

Kašalj je važan fiziološki refleks koji štiti disajne puteve od inhaliranih štetnih čestica i patogenih klica. Stimulansi izazivaju kašalj preko receptora, na sluznici disajnih puteva, jednaka i spoljnih ušnih kanala. Kod mnogih patoloških stanja respiratornog sistema, u neurološkim i gastrointestinalnim oboljenjima postoji hipersenzitivnosti receptora za kašalj i posledične epizode akutnog i hroničnog kašlja. Kašalj je najvažniji simptom respiratornih oboljenja u dečjem uzrastu. Akutni kašalj je najčešći u sklopu infekcija disajnih puteva, a uzročnici su dominantno virusi. Kod odojčadi i male dece akutno nastali kašalj uz febrilno stanje, pojačanu nazalnu sekreciju i otežano disanje kroz nos, jasno je, predstavlja protektivni efekat čišćenja disajnih puteva, i nije uvek potrebno takav kašalj suprimirati. Kašalj u sklopu Sy Croup, je praćen stridorom, otežanim inspirijumom i kod mlađe dece i otežanim inspirijumom, pojačanim angažovanjem respiratorne muskulature, i takvo stanje je jedno od najakutnijih i najtežih, te zahteva i ozbiljan terapijski pristup. Pertusiformni kašalj je obično paroksizmalan i praćen povraćanjem u toku napada kašlja i može biti prisutan kod mlađe dece i u sklopu virusnih infekcija, a kod starije dece kao prava forma pertusisa. I naravno, kašalj u infekcijama donjih disajnih puteva odnosi se na afekciju traheje i velikih disajnih puteva i

javlja se kod bronhitisa i nekih oblika pneumonija. Inflamacija sitnih disajnih puteva, bronhiola i alveola ne izaziva efektivan kašalj pošto luminalni protok i brzina vazduha su suviše mali da proizvedu adekvatno čišćenje mukusa i debrisa iz tih partija. U kliničkom radu je značajno da se dijagnostikuje uzrok kašlja, zbog adekvatnog lečenja, a važno je i da se uzroci kod dece i odraslih razlikuju. Malo je dokaza u literaturi da postoji efikasna i odgovarajuća terapija kod nesepecifičnog izolovanog ili postinfektivnog kašlja dece. S druge strane, očigledni dokazi potvrđuju efikasnost i korist od primene antibiotika u terapiji produženog produktivnog kašlja tj perzistentnog bakterijskog bronhitisa.

Cljučne reči: kašalj, deca, terapija

NOVOSTI O ASTMI KOD DECE **Anđelka Stojković, Vesna Veličković**

Klinika za pedijatriju, Klinički centar, Fakultet medicinskih nauka, Kragujevac, Srbija

Astma je heterogena bolest, obično karakterisana hroničnom inflamacijom disajnih puteva.

Cilj: Od 2014. astma se preciznije definiše i modifikovan je protokol profilaktičkog lečenja.

Metode: Postavljanje sigurne dijagnoze astme u dece uzrasta ≤ 5 godina je teško i bazira se na modelu ispoljenih simptoma (vizing, kašalj, skraćen dah, ograničenje aktivnosti, noćni simptomi, buđenje), učestalosti simptoma, kliničkoj proceni porodične anamneze i fizikalnog nalaza.

Rezultati: Probno lečenje u toku 2-3 meseca primenom po potrebi kratkodelujućih bronhodilatatora (SABA) i redovnom primenom niskih doza inhaliranog steroida (ICS) preko komore za raspršivanje preporučuje se shodno modelu ispoljenih simptoma i pomaže u diferencijalnoj dijagnozi astme u dece. Redovna primena antileukotrijena (LTRA) poboljšava ishod astme i dodaje se niskim dozama ICS ukoliko nije uspostavljena kontrola astme posle 3 meseca terapije niskim dozama ICS. Kod nekontrolisane astme kontrolu pokušati srednjim dozama ICS u toku naredna 3 meseca. Ako je astma i dalje nekontrolisana daje se visoka doza ICS u toku 2 nedelje ili dodaje LTRA, teofilin ili niske doze oralnog CS ili se dodaje intermitentno ICS uz redovno aplikovan ICS, ali samo u toku 2 nedelje. Niske doze najčešće korišćenih ICS su za budesonid preko komore 200 mcg/dnevno i pomoću kompresorskog inhalatora 500 mcg/dnevno, za fluticason propionat preko komore 100 mcg/dnevno i za ciclesonide 160 mcg/dnevno. U toku pogoršanja astme daju se 2-6 doze SABA (ili 2.5mg nebulizovanog salbutamola) na 20 minuta u toku prvog sata lečenja i kiseonik da se postigne saturacija 94-98%. Ako je saturacija kiseonika $< 92\%$ dete se hospitalizuje. Ipratropium bromid se dodaje deci sa umereno-teškom egzacerbacijom astme. Nebulizovan magnezijum sulfat se daje deci ≥ 2 godine sa teškom egzacerbacijom. Inicijalno se daje oralni CS 1-2 mg/kg, maksimalno 20 mg za decu < 2 godine i 30 mg za decu 2-5 godina.

Zaključak: Protokol lečenja astme u dece je baziran na kontroli astme. Izorno je decu inhalirati ICS preko komore za raspršivanje.

Cljučne reči: astma, deca, kontrola

VIZING I STRANO TELO

Doc. dr Gordana Kostić

Klinika za pedijatriju KC Kragujevac

Wheezing (vizing -eng.- zviždanje) je veliki klinički znak koji najčešće ukazuje na opstrukciju bronha izazvanu različitim mehanizmima kao što su: bronhokonstrikcija, edem sluznice bronha, ektraluminalna opstrukcija, kolaps disajnih puteva ili intraluminalna opstrukcija - najčešće stranim telom u dečjem uzrastu. (1) Kod odojčadi i male dece se često javlja zbog specifične anatomije i fiziologije njihovih disajnih puteva. Wheezing obuhvata nekoliko različitih fenotipova koji se prezentuju kao različite bolesti koje su zavisne od etiologije i patofiziologije. I pored velikog uzroka wheezinga kod deteta mlađeg od 5 godina najčešći uzrok su virusne respiratorne infekcije, mada ne treba zanemariti i druge uzroke. (2) Zato su pažljiva anamneza i fizikalni nalaz od izuzetne važnosti kod deteta sa rekurentnim wheezingom, pogotovu podaci vezani za atopiju ili podatak o predhodnom „zagrcnjanju,, zbog sumnje na astmu ili aspiraciju stranog tela. Aspiracija stranog tela u traheobronhijalnom stablu je nažalost i danas česta pojava u dece, naročito uzrasta ispod tri godine (3). I pored mera opreza, ona su veliki uzrok morbiditeta i mortaliteta u najranijem uzrastu. Najčešća strana tela u disajnim putevima su organske prirode a najčešća lokalizacija je u glavnom desnom bronhu zbog njegovih anatomskih karakteristika (3). U dijagnostici aspiracije stranog tela od velike važnosti su anamneza (podatak o sumnji na aspiraciju), klinički znaci gde dominiraju gušenje, wheezing, stridor ali i podatak o ponavljanim infekcijama donjih respiratornih puteva (4). Često, simptomi i znaci nisu tako očigledni, a u preko 30% pacijenata rentgenografija grudnog koša je normalna, pa se često ta deca leče pod dijagnozom astme ili pneumonije (4). Iako je konvencionalna bronhoskopija suverena metoda za dijagnostiku i uklanjanje stranih tela u disajnim putevima, ona je invazivna i nosi sa sobom određene komplikacije. Puno puta se nakon učinjene bronhoskopije ne potvrdi sumnja na strano telo, pa se ona ne preporučuje kao rutinska metoda (5). Zbog toga, danas se se sve više pažnje posvećuje neinvazivnim metodama kao što su Multi-detector computed tomography i virtuelna bronhoskopija koje se sve više primenju i predstavljaju vrhunac nove tehnike u dijagnozi aspiracije stranog tela u dece. (6) Međutim, iako se virtuelna bronhoskopija može uspešno koristiti kao validna dijagnostička procedura kod sumnje na strano telo u plućima kod dece, fiberoptička bronhoskopija ostaje i dalje suverena metoda kako u dijagnostici tako i u njenom terapijskom učinku. Prognoza dece sa wheezingom se bazira na rizik faktorima kao što su težina simptoma, markeri atopije, podatak o astmi kod roditelja i uticaju okoline, a prognoza dece sa aspiracijom od brzine dijagnostikovanja i efekta terapije.

Ključne reči: wheezing, deca, strano telo

Reference

1. Pasterkamp H. The history and physical examination. In: Wilmott RW, et al., eds. *Kending & Chenick's Disorders of the Respiratory Tract in Children*. 8th Edn. Philadelphia, Saunders Elsevier, 2012; pp.110-130.
2. Brand PI, et al. Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: an evidence-based approach. *Eur Respir J* 2008; 32:1096-110.
3. Foltran F et al. Inhaled foreign bodies in children: a global perspective on their epidemiological, clinical, and preventive aspect. *Pediatr Pulmonol* 2013; 48:344-51.

4. Gang W, et al. Diagnosis and treatment of tracheobronchial foreign bodies in 1024 children. *J Pediatr Surg* 2012; 47:2004-10.
5. Cavel O, Bergeron M, Garel L, Arcand P, Froehlich P. Questioning the legitimacy of rigid bronchoscopy as a tool for establishing the diagnosis of a bronchial foreign body. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012 Feb; 76(2):194-201.
6. Sodhi KS, Saxena AK, Singh M, Rao K.L.N., Khandelwal N. CT Virtual Bronchoscopy: New Non Invasive Tool in Pediatric Patients with Foreign Body Aspiration. *Indian J Pediatr* 2008; 75(5): 511-13.

STRIDOR KOD DECE U PRAKSI

Snežana Živanović

Klinika za dečje interne bolesti, KC Niš, Srbija

Stridor potiče od latinske reči "stridulus" koja označava kreštanje, zviždanje ili škripanje. Stridor je vibratorni zvuk promenljivog tonaliteta (obično je visokotonski zvuk) koji nastaje zbog turbulentnog protoka vazduha kroz parcijalno sužene disajne puteve na nivou supraglotisa, glotisa, subglotisa ili traheje. Njegove zvučne karakteristike su izrazito varijabilne (grub, hrapav, muzikalni, dahćući, lajav) i u vezi su sa fazom disajnog ciklusa, disajnim volumenom, trajanjem, početkom i pridruženim simptomima. Stridor treba razlikovati od stertora koji predstavlja niskotonski zvuk nastao u nivou nazofarinksa, orofarinksa i ponekad supraglotisa. Iako je stridor posledica relativno benignih procesa, on može biti prvi znak ozbiljne ili životno-ugrožavajuće bolesti. Stridor je uznemirujući simptom kako za pacijente tako i za roditelje i dijagnostički je izazov za lekara.

U zavisnosti od faze respiratornog ciklusa može biti inspiratorni, ekspiratorni i bifazični. Savaki od ova tri oblika sugeriše različite uzroke; npr. inspiratorni ukazuje na laringealnu opstrukciju, ekspiratorni na traheobronhijalnu opstrukciju, dok bifazični stridor na subglotisnu ili glotisnu anomaliju. Prema nastanku stridor se deli na akutni ili hronični dok prema uzrocima na infektivni i neinfektivni.

Laryngotracheobronchitis, poznatiji kao krup, je najčešći uzrok akutnog stridora kod dece uzrasta od šestog meseca do druge godine života. Klinički se manifestuje kašljem poput laveža psa, koji se pogoršava noću i subfebrilnom temperaturom (penekad su pacijenti afebrilni). Ostali uzroci akutnog stridora su epiglotitis, bakterijski traheitis, retrofaringealni apsces, peritonzilarni apsces i neinfektivni uzroci kao što su aspiracija stranog tela i alergijske reakcije. Promuklost i inspiratorni stridor sa pridruženim simptomima (disfagija, nazalna kongestija, vizing i sl.) vode poreklo od patologije drugih organa. Kongenitalne anomalije izazivaju hronični stridor. U neonatalnom i odojačkom periodu najučestalija anomalija je Laryngomalacia i u 75% svih slučajeva je uzrok stridora. Inspiratorni ili bifazični stridor je karakteristika subglotisne stenozе.

Stridor zahteva hitnu pažnju od strane lekara i medicinskog osoblja i preciznu evaluaciju osnovnog uzroka. U kliničkoj praksi koristi se algoritam za evaluaciju stridora u dece na osnovu anamneze i kliničkog nalaza. Lečenje stridora zavisi od osnovnog uzroka. Ukoliko je stridor praćen teškim respiratornim distresom neophodna je hitna endotrahealna intubacija radi obezbeđivanja prohodnosti disajnog puta. Nakon adekvatne ventilacije koja se postiže intubacijom ponekada je neophodna traheostomia. Suportivne mere su oksigenoterpija, udisanje ovlaženog vazduha, nadoknada tečnosti, sukcijska i aerosol terapija beta adrenergičkim lekovima i kortikosteroidima. U zavisnosti od težine kongenitalne anomalije koja izaziva stridor indikovane su i hiruške procedure.

IMUNOLOŠKE OSNOVE ATOPIJSKOG DERMATITISA

Dušanka Marković, Tatjana Rađenović Petković, Predrag Vlahović

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

Cilj: Prikazati ulogu Th1, Th2 ćelija, timusnog stromalnog limfopoetina, keratinocita, filagrina i drugih faktora u nastanku atopijskog dermatitisa (AD).

Metode: U radu su prikazani rezultati studija koje analiziraju etiopatogenezu atopijskog dermatitisa.

Rezultati: Paradigma Th1/Th2 prikazana je na dva načina: predominacijom Th2 odgovora u akutnom i Th1 odgovora u hroničnom AD. Timusni stromalni limfopoetin (TSLP), jako eksprimiran u akutnim i hroničnim lezijama AD, smatra se glavnim pokretačem alergijske inflamacije. Timusni stromalni limfopoetin aktivira dendritične ćelije čija je glavna uloga prezentacija antigena T ćelijama imunskog sistema. Filagrin je protein koji ima ulogu u agregaciji keratinskih filamenata i neophodan je za formiranje normalnog stratum corneuma. Mutacija gena za filagrin dovodi do poremećaja keratinizacije i transepidermalnog gubitka vode.

Zaključak: Atopijski dermatitis (ekcem) je hronično inflamatorno oboljenje kože koje nastaje kao posledica disregulacije imunskog sistema, narušene kožne barijere, uticaja faktora sredine i genetske predispozicije. Poznavanje imunopatogenetskih mehanizama bolesti pruža mogućnost značajnog napretka u prevenciji i terapiji atopijskog dermatitisa

Ključne reči: atopijski dermatitis, timusni stromalni limfopoetin, filagrin, Th1/Th2 disbalans

IMUNOLOŠKA SVOJSTVA ENDOTELA KAPILARA HUMANOG NEPČANOG KRAJNIKA KOD DECE

Marko Jović*, Aleksandra Veličkov*, Maja Jović, Verica Avramović***

*Katedra za histologiju i embriologiju, Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu,
Niš, Srbija

** Opšta bolnica Leskovac, Srbija

Uvod i cilj: Nepčani krajnik je sekundarni limfno-epitelni organ i ujedno organ prve linije odbrane od patogenih agenasa unetih u organizam dece udisanjem ili hranom. On sadrži vaskularizovane morfološke odeljke važne za imunološku funkciju: kriptični epitel, subepitelni region, limfne folikule i interfolikularne regione. Endotel kapilara je poseban kompleksan morfofunkcionalni organ koji učestvuje u kontroli homeostaze krvnih sudova objedinjujući signale između zida i lumena krvnih sudova. On održava normalan protok krvi i vaskularni tonus krvnih sudova uz pomoć sinteze brojnih faktora kao što su azot-monoksid, prostaciklin i endotelin. Međutim, malo je poznato da li u patološkim stanjima kod dece, endotel menja svoj fenotip što može uticati na tok inflamacije, infekcije i rekoalescencije.

Metode i rezultati: Svetlosnomikroskopskom analizom tkivnih uzoraka humanog nepčanog krajnika, upotrebom rutinskog histološkog bojenja i imunohistohemijske

LSAB/HRP metode, pokazano je da kriптиčni epitel tonzile palatine sadrži kapilarne krvne sudove i da se većina pruža celom dužinom epitela. Takođe, pokazano je da interfolikularni regioni nepčanog krajnika sadrže bogatu vaskularnu mrežu u okviru koje su postkapilarne venule sa visokim kuboudnim endotelom i arteriole. Kapilari kriптиčnog epitela imaju važnu funkciju u brzom dopremanju limfocita do površine tonzila, kao i u pomoći prilikom sekrecije imunoglobulina u krv od strane intraepitelnih plazmocita, tokom inflamacije i infekcije. Postkapilarne venule sa visokim endotelom u interfolikularnim regionima su važne za migraciju limfocita iz krvi u limfno tkivo koja se pojačava tokom inflamacije.

Zaključak: Na osnovu prikazanih rezultata, može se reći da endotel kapilara kriптиčnog epitela i venula sa visokim endotelom ima važna imunološka svojstva tokom inflamacije ili infekcije u nepčanom krajniku dece.

Ključne reči: Endotel krvnih sudova, nepčani krajnik, imunološka svojstva

EVIDENCE BASED PEDIATRICS

Prof. dr Elizabeta Zisovska

Director of the Agency for quality and accreditation of the health care institutions, Skopje Republic of Macedonia

It is very difficult to define the entire phrase "Evidence based pediatrics", covering all components of this overused sentence. The definition comes out of the common sentence and it means integration of the individual clinical expertise together with the best external clinically available evidence of the systematic reviews which are of interest and benefit of the individual patient.

The characteristics of an ideal source of information are: validity (contains high quality data), relevance (clinically applicable), comprehensiveness (data on all benefits and harms of all possible intervention), and being user-friendly (quick and easy access).

Five essential steps of EBM practice are: Step 1: converting information needs into an answerable question; Step 2: finding the best evidence to answer the question; Step 3: critically appraising the evidence for its validity and usefulness; Step 4: applying the results of the appraisal into clinical practice and Step 5: evaluating clinical performance.

Development of clinically appropriate structured question follows PICO model, i.e. containing following components: P = patients; I = intervention; C = comparison (standard treatment, placebo, nothing) and O = outcome. For each type of questions a systematic review of all available studies is better than any individual study. The search could be performed using Boolean operators (A or B, A and B, A not B). The rationale for using systematic reviews is minimizing bias (of the reviewer, and in the research studies themselves), enhancement of the precision by including all the relevant evidence; putting results into context by examining conflicts and understanding differences; helping in prioritizing the research by knowing exactly what has been done, how well, and with what findings. Part of the systematic review is the metaanalysis, which represents statistical analysis of a large collection of results from individual studies for the purpose of integrating the findings.

REVIDIRANI VODIČ AMERIČKE PEDIJATRIJSKE AKADEMIJE ZA INFEKCIJE URINARNOG TRAKTA KOD FEBRILNE ODOJČADI I MALE DECE

Prof dr Ana Vujić,

Klinika za Pedijatriju, KC Kragujevac, Kragujevac, Srbija

Američka pedijatrijska akademija je 2011. godine objavila izmenjeni vodič kliničke prakse za infekcije urinarnog trakta (ITU) kod febrilne odojčadi i male dece uzrasta 2 do 24 meseca. Novi vodič kliničke prakse ima nekoliko važnih novina zasnovanih na dokazima prikupljenim tokom protekle decenije. Sada su za postavljanje dijagnoze potrebni patološki nalaz u pregledanom uzorku urina i pozitivna urinokultura (kriterijum za pozitivnu urinokulturu je broj bakterijskih kolonija, koji je sada smanjen sa 100.000 cfu/mL na najmanje 50.000 cfu/mL). Oralna terapija se sada smatra jednako efikasnom kao parenteralna terapija. Ultrazvučni pregled bubrega i mokraćne bešike se i dalje preporučuje, ali najveća promena u novom vodiču je da se rutinska MCUG više ne preporučuje nakon prve infekcije urinarnog trakta. Praćenje podrazumeva ispitivanje dece na urinarnu infekciju tokom narednih epizoda febrilnosti, umesto rutinskog ponavljanja urinokultura.

Preporuka 1: Ako lekar odluči da febrilno odojče ili malo dete bez očiglednog uzroka febrilnosti treba da dobije antibiotik, uzorak urina treba da bude uzet pre započinjanja terapije i to kateterom, pošto se ne može pouzdano postaviti dijagnoza ITU na osnovu kulture iz uzorka urina prikupljenog kesicom.

Preporuka 2, 3 i 4: Ako dete nije dovoljno bolesno za momentalno započinjanje terapije, lekar treba da proceni verovatnoću ITU. Ako je to mala verovatnoća, dovoljno je praćenje bez testiranja. U suprotnom, postoje dva izbora: uzeti uzorak urina kateterom, za kulturu i pregled, ili uzeti uzorak urina najjednostavnijom metodom i uraditi pregled. Za postavljanje dijagnoze ITU treba da pregled urina ukaže na infekciju (piurija ili bakteriurija). Sada se piurija smatra glavnim obeležjem prave ITU i pomaže u njenom razlikovanju od asimptomatske bakteriurije. Zapčinjanje terapije peroralno ili parenteralno je podjednako efikasno. Lekar treba da donese odluku o izboru leka na osnovu lokalne antimikrobne senzitivnosti i da je prilagodi rezultatu testova senzitivnosti izolovanog uropatogena. Trajanje antimikrobne terapije treba da bude 7 do 14 dana.

Ključne reči: ITU, odojče i malo dete, preporuke

VODIČ U DIJAGNOZI I LEČENJU AKUTNIH ZAPALJENJA SREDNJEG UVA

Ljiljana Erdevički

ORL Klinika, Klinički centar Kragujevac, Srbija

Akutno zapaljenje srednjeg uva (AOM) definisano je akutnim početkom simptoma, prisustvom izliva, izbočenom bubnom opnom i znacima akutnog zapaljenja srednjeg uva u trajanju do tri nedelje. Predstavljaju teret i za najrazvijenije zemlje u svetu i zato su predmet istraživanja i neprekidnog praćenja u cilju pronalaženja najadekvatnijeg tretmana koji bi omogućio smanjivanje broja obolelih, broja poseta lekaru, a time i umanjenje troškova. Po učestalosti je odmah posle akutnih infekcija gornjih respiratornih puteva. Do treće godine 80% dece ima bar jednu epizodu, a 40% će imati 3 i više epizoda do sedme godine. Pik učestalosti je od 6. do 15. meseca. Predisponirajući

faktori su mlađi uzrast, muška deca, mala težina na rođenju, prevremeno rođeni, porodična anamneza, nedojenje, duvanski dim, upotreba cuclje i flašice za ishranu, boravak u obdaništu, broj braće i sestara, niže socioekonomske grupe, niži nivo obrazovanja roditelja, zimski meseci. Najčešći virusni izazivač je respiratorni sincicijalni virus; na drugom mestu je influenza virus. Najčešći uzročnici akutnog purulentnog otitisa su: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus β haemolyticus*. Dijagnoza mora biti precizna i neophodno je razlučiti akutni od sekretornog otitisa. Potrebna je dobra vizuelizacija bubne opne što zahteva adekvatnu opremu na nivou primarne zdravstvene zaštite, kontinuiranu medicinsku edukaciju i obuku za procenu bubne opne. Najbolji prediktori AOM su zamućena, izbočena i slabije pokretna bubna opna. Procena težine bolesti uključuje starost deteta, ozbiljnost simptoma i znaka, sekreciju iz uva uz gnojni konjuktivitis. Teži oblik: deca do dve godine, obostrani otitis, pneumokokna infekcija, otorea, povišena temperatura preko 39 C. Obzirom da je najveći broj najčešćih uzročnika akutnog AOM osetljiv na penicilinske preparate, preporučuje se početak terapije amoksicilinom ili amoksiklavom. Ako ne dolazi do poboljšanja cefalosporini i paracenteza. Kod alergije i rezistencije na penicilin klindamicin, eritromicin i trimetoprim-sulfametoxazol. Imunoprofilaksa pneumokoknom konjugovanom vakcinom i vakcinom protiv gripa. Prevalenca AOM u SAD pala je za 28% u periodu od 1997. – 2007. godine zbog korišćenja vakcina. Dojenje najmanje do šest meseci. Izbegavanje duvanskog dima i boravka u zatvorenim prostorijama i obdaništima, pranje ruku sprečava infekcije. Preporuka da se ne koristi cuclja i ishrana flašicom u horizontalnom položaju. Potrebna je precizna evidencija, saradnja pedijatar i otorinolaringologa u tretmanu ove dece, što bi omogućilo preciznije podatke u praćenju ovih bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i smanjenje morbiditeta.

Ključne reči: otitis media acuta, vodič

INTERPRETACIJA EKG-A U PEDIJATRIJI (PREPORUKE ZA KARDIOVASKULARNI SKRINING)

Sergej Prijić, Vladislav Vukomanović, Jovan Košutić, Andreja Prijić, Sanja Ninić, Bosiljka Jovičić, Vladimir Kuburović

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

Zbog sumnje na oboljenje srca pedijatri u domovima zdravlja upućuju decu na dalju kardiološku evaluaciju. U prepoznavanju potencijalnog srčanog problema značajnu ulogu imaju detaljna lična i porodična anamneza, uz poseban oprez kod dece sa gubitkom svesti, bolom u grudima, „lupanjem srca“, otežanim disanjem i nepodnošenjem napora, kao i u onim porodicama u kojima postoji podatak o pojavi iznenadne srčane smrti pre 50-te godine života. Adekvatan klinički pregled podrazumeva poseban osvrt na auskultaciju srčanih šumova, merenje krvnog pritiska i palpaciju femoralnih pulseva. Međutim, pored parametara kardiovaskularnog skrininga, sistematska primena EKG-a u detinjstvu može da bude od pomoći u dijagnostici kardioloških oboljenja kao što su: urođene srčane mane, kardiomiopatije, kanalopatije, poremećaji ritma i sprovođenja.

Ključne reči: kardiovaskularni skrining, EKG

NOVI ASPEKTI REGULACIJE IMUNSKOG ODGOVORA POSREDSTVOM PROBIOTIKA I NJIHOV ZNAČAJ U TERAPIJI ATOPIJSKOG DERMATITISA

Prof.dr Borislav Kamenov

Dečja klinika KC u Nišu, Niš, Srbija

Sposobnost probiotika da utiču na relevantne Toll-like receptore može biti značajna za promociju efikasnog odgovora imunskog sistema. Gram pozitivne bakterije utiču na razvoj T- i B- imunskog odgovora utičući na stvaranje IFN- γ i IL-12 koji su značajni za diferencijaciju T helper ćelija u smeru Th1 subpopulacije. Probiotski preparati su u stanju da aktiviraju obe (Th1 i Th2) subpopulacije, što dovodi do balansa obe subpopulacije. Imunomodulatorna aktivnost probiotskih preparata se bazira na indukciji suprotstavljenih citokina IL-10 ili IL-12. Probiotske bakterije su agonisti TLR-2, a prisustvo zajedničkog proteinskog adapter molekula (TIRAP), MyD88 za TLR-2 i TLR-4 utiče na signalizaciju u produkciji citokina pod dejstvom liganda. Inhibicija TLR2-indukcionog signala laktobacilima posredstvom Mal/MyD88 može dovesti do parcijalne inhibicije TLR4 signala što dovodi do smanjenja stvaranja proinflamatornih signala. Mogućnost uticaja na signalni put citokina otvara nove perspektive u kreiranju probiotskih preparata sa antiinflamatornim delovanjem. Dnevna oralna administracija sojeva *L. rhamnosus* V[®] or *L. rhamnosus* LB3 IMB B-7038 (1x10⁶ ćelija / mišu) u toku 4 dana inficiranih *Staphylococcus aureus*-om 8325 u dozi (5x10⁸ cfu/mišu) LD50, dovela je do smanjenja mortaliteta kod životinja. Davanje laktičnih bakterija životinjama inficirani *Staphylococcus aureus* – om dovodi do povećanja funkcionalne aktivnosti fagocitnog sistema i normalizacije ćelijskog imuniteta, aktivacije i produkcije IFN- γ i IL-12. Smanjenje produkcije IL-4 ukazuje da probiotske bakterije utiču na balans imunskog odgovora u smeru Th1, odnosno u smeru ćelijskog tipa odgovora. Davanje laktičnih bakterija pojačava sposobnost splenocita da produkuju IFN- γ u prisustvu adekvatne stimulacije. Pojačanje biocidne aktivnosti makrofaga i citotoksičnosti NK ćelija pod uticajem eksperimentalnih probiotskih bakterija dovodi do značajnije eliminacije *Staphylococcus aureus*-a kod inficiranih životinja. Laktične bakterije mogu da modulišu mehanizme urođenog i adaptivnog imuniteta utičući na balans između Th1 i Th2 limfocita, što nam daje za pravo da ih smatramo imunomodulatornim lekovima. Porast prevalencije alergijskih bolesti u zemljama zapadne evrope vezuje se visoke higijenske standarde koji vode smanjenju stimulacije imunskog sistema mukoza bakterijama. Adekvatna stimulacija mikroorganizmima je esencijalna za korekciju Th2 imunskog odgovora koji je dominantan kod novorođenčeta. Kliničke studije pokazuju da deca koja razvijaju alergijske bolesti imaju sniženu raznovrsnost bakterija u digestivnom traktu, posebno laktobakterija. U skladu sa higijenskom hipotezom snižen broj bakterija dovodi do smanjenja broja regulatornih T ćelija sa sledstvenim poremećajem balansa između Th1 i Th2 limfocita, sa povećanjem broja Th2 što vodi razvoju alergija. Nedavno selekcionisani *Lactobacillus casei* LOCK 0900, *L. casei* LOCK 0908 i *Lactobacillus paracasei* LOCK 0919 pokazuju antagonističnu aktivnost protiv patogenih bakterija sa povećanom produkcijom citokina Th1 profila i antialergijskim delovanjem. Pokazano je da toplotom inaktivisani *L. casei* i *L. paracasei* stimulišu produkciju citokina Th1 (IL-12, IL-18, IFN- γ i TNF- α) u kulturi ćelija periferne krvi, dok se proalergijski citokin IL-5 nije detektovao. U isto vreme detektovane su povišene vrednosti TGF- β 1. Toplotom inaktivisani *Lactobacillus casei* LOCK 0900, *L. casei* LOCK 0908 i *Lactobacillus paracasei*

LOCK 0919 doveli su do produkcije antialergijskih citokina Th1 (IL-12, IL-18, IFN- γ i TNF- α) u kulturi periferne krvi dece obolele od alergijskih bolesti. Takođe je pokazano da Lactobacillus casei LOCK 0900, L. casei LOCK 0908 i Lactobacillus paracasei LOCK 0919 smanjuju intestinalnu permeabilnost, pokazujući povećanu ekspresiju zonula occludens (ZO) protein 1. Povećana ekspresija ovog proteina posle suplementacije probioticima pozitivno koreliše sa smanjenjem gastrointestinalnih simptoma kod dece sa atopijskim dermatitisom.

LAMBLIOZA KOD DECE LAMBLIOSIS IN CHILDREN

Nataša Miladinović Tasić*

*Institut za javno zdravlje Niš
Medicinski fakultet, Univerzitet u Nišu

Uvod. Lamblioza je oboljenje izazvano prisustvom protozoe Giardia lamblia (G. lamblia) u gornjim partijama digestivnog trakta (DT).

Cilj rada. Ispitati prevalenciju lamblioze kod dece sa/bez simptoma infekcije korišćenjem različitih dijagnostičkih procedura.

Metode. Istraživanjem su obuhvaćena deca oba pola do 14. godina sa simptomima infekcije DT koja su ambulantno tretirana ili hospitalizovana, kao i deca bez simptoma infekcije DT kod kojih su prisutni faktori rizika za nastanak infekcije: izbegla, prognana i raseljena (IPR) lica i deca ometena u mentalnom razvoju. Od dijagnostičkih procedura korišćena je konvencionalna mikroskopija (KVM), imunoenzimski test za utvrđivanje atigena G. lamblia u uzorcima stolice, gastroduodenoskopija i histopatološko ispitivanje. Svi rezultati istraživanja su obrađeni standardnim statističkim metodama.

Rezultati. Kod ispitanika (245) obuhvaćenih ovim istraživanjem, utvrđena je prevalencija infekcije parazitom G. lamblia od 5,31% (95% CI=2,50-8,12)/5,71 zavisno od korišćene dijagnostičke metode. Kod dece sa simptomatskom infekcijom (98) utvrđena je prevalencija od 4,08% (0,14-8,02)/4,08 i 6,12% (2,23-10,01)/6,80 kod dece bez simptoma infekcije. Kod hospitalizovane dece (42) pregledom svih uzoraka bolesničkog materijala nije dokazana infekcija parazitom G. lamblia. Rizičnu grupu ispitanika činila su deca smeštena u objektima za kolektivni smeštaj IPR lica i deca ometena u mentalnom razvoju smeštena u domu. U objektima za kolektivni smeštaj ustanovljena je prevalencija od 7,14% (3/42), dok je kod dece ometene u mentalnom razvoju protozoa G. lamblia ustanovljena u 7 (7/105) slučajeva, odnosno 6,67%.

Zaključak. Na osnovu utvrđene prevalencije lamblioze tokom istraživanja, kao i na osnovu kriterijuma SZO, može se zaključiti da Nišavski region pripada grupi endemskih područja lamblioze. Istraživanje ove parazitoze treba proširiti na celu zemlju u cilju dobijanja novih rezultata koji će omogućiti sagledavanje prevalencije lamblioze i omogućiti implementaciju programa zdravstvenog vaspitanja u cilju prevencije.

Gljučne reči. Lamblioza, prevalencija, deca

INDIVIDUALIZOVANA RAZVOJNA NEGA KAO NEUROPROTEKTIVNI I ULTRA-RANI INTERVENTNI PROGRAM

Milica Ranković Janevski

Institut za neonatologiju, Beograd, Srbija

Razvoj perinatalne medicine, nove tehnologije i nove generacije medikamenata doprineli su značajnom smanjenju perinatalnog mortaliteta i morbiditeta, ali je incidenca neurorazvojnih deficita preterminske novorođenčadi ostala visoka, gotovo nepromenjena. Smatra se da negativan uticaj intenzivnog lečenja može biti doprinoseći faktor, obzirom da je nezreli nervni sistem izložen brojnim stimulusima u najintenzivnijoj i vulnerabilnoj fazi razvoja. Neonatalna individualizovana razvojna nega i sistem procene, NIDCAP[®], je sertifikovan, zaštićen, na protokolu zasnovan sistem procene ponašanja preterminske novorođenčadi, na osnovu koga se kreira individualni plan pristupa tokom lečenja i nege. Baziran je na Sinaktivnoj razvojnoj teoriji H. Als i predstavlja porodično orijentisan, neuroprotektivan, ultra-rani interventni program. Procena ponašanja se vrši ponavljano, u određenim vremenskim intervalima i obuhvata procenu pet podsistema: motornog, autonomnog, stanja budnosti, pažnje/interakcije i autoregulacionog. Eliminiraju se dokazana štetna dejstva okruženja: često uznemiravanje novorođenčeta, neadekvatno pozicioniranje, ponavljani bol, kontinuirano svetlo, buka, neprijatni mirisi, odsustvo majke/porodice, a primenjuju se, na osnovu procene ponašanja, sekvencioniranje rada, princip „minimal handling-a“, očuvanje sna novorođenčeta, pravilno pozicioniranje uz podršku, prevencija i terapija bola, redukcija svetla uz obezbeđivanje cirkadijanog ritma, minimiziranje i kontrola buke uz merenje intenziteta, obezbeđuje se prisustvo majke/porodice uz timski rad sa roditeljima i jačanje njihovih kompetencija. Primena NIDCAP[®] programa nudi bolji medicinski i razvojni ishod, uz mentorstvo medicinskim profesionalcima, modifikaciju bolničke sredine i bolji ishod za novorođenče i celu porodicu. Medicina zasnovana na dokazima pruža podatke da implementacija ovih ranih neuroprotektivnih strategija i ultra-ranih intervencija za rezultat ima: kraće trajanje mehaničke ventilacije, kraće trajanje suplementarne oksigenoterapije, ranije započinjanje prorodne ishrane, bolje napredovanje, blaži oblik hronične plućne bolesti, kraću hospitalizaciju, manje bolničke troškove i bolji senzomotorni razvoj.

Ključne reči: Individualizovana razvojna nega, preterminsko novorođenče, neuroprotektivni program

Literatura:

Als H, Gilkerson L, Duffy FH, McAnulty GB, Buehler DM, Vandenberg K, et al. A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: Medical, neurodevelopmental parenting and caregiving effects. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics* 2003;24:399-408.

Pinelli J., Simington A. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. *Cochrane Review* 2006.

Peters K.L. et al. Improvement of Short- and Long-Term Outcomes for Very Low Birth Weight Infants: Edmonton NIDCAP Trial. *Pediatrics* 2009; 124:4 1009-20.

Westrup B, Bohm B, Lagercrantz H, Stjernqvist K. Preschool outcome in children born very prematurely and cared for according to the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Acta Paediatrica* 2004;93:498-507.

KLINIČKI POKAZATELJI I KONTINUIRANA ELEKTROENCEFALOGRAFIJA U PROCENI STEPENA HIPOKSIČNO-ISHEMIČNE ENCEFALOPATIJE

Dr Ivana Jovanović,

Institut za neonatologiju, Beograd, Srbija

Neonatalna encefalopatija je klinički definisan sindrom poremećaja neurološke funkcije koji se manifestuje poteškoćama u započinjanju i održavanju disanja, depresijom mišićnog tonusa i refleksa, poremećajem stanja svesti, i često pojavom konvulzija u prvoj nedelji života kod terminskog novorođenčeta ili novorođenčeta rođenog blizu termina. Ukoliko postoje pouzdani klinički i laboratorijski znaci perinatalne asfiksije kao uzroka encefalopatije govorimo o hipoksično-ishemičnoj encefalopatiji (HIE). Dijagnoza stepena težine perinatalne asfiksije temelji se na kliničkom utvrđivanju stepena hipoksično-ishemične encefalopatije i prisustva komplikacija drugih sistema organa. U kliničkoj praksi se za ocenu težine HIE još uvek najviše koristi ocena po Sarnatu i Sarnatu, te se shodno nalazu klasifikuje na blaži, umereno težak i težak oblik hipoksično-ishemične encefalopatije. Jednostavnija i u poslednje vreme sve više u upotrebi je ocena po Thompsonu koja uzima u obzir kliničku procenu devet znakova. Elektroencefalografija integrisanih amplituda (aEEG) predstavlja metodu kontinuiranog praćenja cerebralne funkcije koja nam pruža informacije o funkcionalnom integritetu mozga i koju možemo upotrebiti neposredno po prijemu novorođenčeta u jedinicu neonatalne intenzivne nege. Obrazci prepoznavanja patoloških i normalnih zapisa su relativno jednostavni, a uz to je pouzdana i neinvazivna. Kontinuirani elektroencefalografski monitoring novorođenčadi sa hipoksično-ishemičnom encefalopatijom se koristi za ranu evaluaciju moždane funkcije, detekciju konvulzija, evaluaciju efekata antikonvulzivne terapije i selekciju pacijenata za neuroprotektivne intervencije. Pomoću ove metode može se ustanoviti stepen HIE već između 3-6 sati nakon rođenja.

Ključne reči: hipoksično-ishemična encefalopatija, Thompson score, kontinuirana elektroencefalografija

PRIMENA SISTEMSKJE INDUKOVANE HIPOTERMIJE U TERAPIJI HIPOKSIČNO-ISHEMIČNE ENCEFALOPATIJE

Olgica Rakić

Institut za neonatologiju, Beograd, Srbija

Uprkos napretku perinatalne nege, umerena i teška hipoksično-ishemična encefalopatija kod novorođenčadi rođenih u terminu i oko termina ostaje važan uzrok akutnog neurološkog oštećenja, dugoročnog neurorazvojnog invaliditeta i neonatalnog mortaliteta. Rizik za invaliditet i poremećaj kognitivnog razvoja je u direktnoj korelaciji sa težinom HIE. Incidenca HIE je 1 do 6 na 1000 živorođene dece u razvijenim zemljama, a u zemljama u razvoju incidenca je višestruko uvećana. Oko 15%-20% obolele

novorođenčadi umire u postnatalnom periodu, a dodatno 25% ima određene neurološke deficite. Razvoj oštećenja mozga posle hipoksično-ishemičnog (HI) insulta je evoluirajući proces i obuhvata dve faze. Osnovni patogenetski mehanizam primarnog energetskog gubitka zbog hipoksemije - ishemije je smanjen cerebralni protok i snabdevanje kiseonikom što pokreće kaskadu biohemijskih događaja i ćelijsku disfunkciju. Posle reanimacije i reperfuzije nastaje latentni period sa normalizacijom oksidativnog metabolizma u trajanju od 6h do 12h , što predstavlja terapijski prozor za neuroprotektivne intervencije. Sekundarna faza, označena kao faza odložene neuronske smrti započinje između 12-36h karakteriše razvoj mitohondrijalne disfunkcije, akumulacija ekscitatornih amino kiselina, oslobađanje slobodnih radikala i na kraju inicijacija apoptoze. Umerena terapijska hipotermija inicirana u prvih 6 sati života smanjuje mortalitet i teška dugoročna neurorazvojna oštećenja kod novorođenčadi sa umerenom HIE koja su ≥ 36 nedelje gestacije Nabavkom CritiCool aparata u Institutu za neonatologiju započeta je primena indukovane umerene terapijske hipotermije koja je za sada jedina dostupna neuroprotektivna terapija i primenjuje se kao deo standardne terapije novorođenčadi sa umerenom i teškom HIE.

Gljučne reči: Asfiksija, Hipoksično-ishemična encefalopatija, neuroprotekcija

SAVREMENI PRINCIPI SPECIJALIZOVANOG TRANSPORTA VITALNO UGROŽENOG NOVOROĐENČETA

Jasminka Peruničić

Institut za neonatologiju Beograd

Transport u širem smislu predstavlja prevoz vitalno ugroženog novorođenčeta od mesta rođenja u ustanovu višeg nivoa u kojoj je mogućnost lečenja bolja. Transport vitalno ugroženog novorođenčeta prema tipu transporta u odnosu na sredstvo kojim se obavlja može biti kopneni, vodeni, vazdušni. Koji transport će biti primenjen zavisi od destinacije, udaljenosti i reljefne strukture okruženja. Svi tipovi transporta imaju svoje osobenosti , ali i zajedničke karakteristike: ograničen prostor, smanjeno osvetljenje, buku, vibracije što utiče na transportnu ekipu kao i pacijente. Razvijanjem potrebne opreme za transport postignuta je neophodna i velika sigurnost u radu, što uveliko olakšava transport.

Transport između dve ustanove može biti primarni- „od sebe“ i sekundarni „ka sebi“. Principi lečenja novorođenčeta u transportu ne bi trebalo da se razlikuju od onih u NICU. Lečenje vitalno ugroženog novorođenčeta započinje u porodilištu, a transport se ostvaruje nakon stabilizacije. Kvalitet transporta zavisi od transportnog tima i on mora biti u stanju da u toku pripreme i u samom transportu primeni sve potrebne terapijske postupke.

U Institutu za neonatologiju transport “ ka sebi” iz porodilišta na čitavoj teritoriji Srbije obavlja se već 30god. Od 2011god transportnu ekipu čine lekar specijalista i medicinska sestra obučeni za rad u NICU, kao i vozač transportnog vozila. Do 2011god medicinske sestre uspešno su obavljale transport, ali sledeći savremene principe transporta ukazala se potreba za uključivanje lekara u transportni tim. Više od 50% pacijenata koji se leče u Institutu za neonatologiju transportovano je transportom Instituta .

Za efikasno funkcionisanje transporta neophodni su: brižljivo planiranje, dobra komunikacija, precizna uputstva, adekvatna oprema i visoko kvalifikovan kadar. Nekoliko studija za procenu kvaliteta transporta ističu da su veštine i znanje presudni za dobar ishod transporta.

Cilj nam je da predstavimo savremene principe, odnosno karakteristike transporta vitalno ugroženog novorođenčeta, kao i nasa iskustva u transportu.

Ključne reči: transport, novorođenče

JAVNO ZDRAVSTVENI POGLED NA ISHRANU DECE

Maja Nikolić

Medicinski fakultet u Nišu, Institut za javno zdravlje u Nišu, Srbija

Pravilna ishrana dece je temelj njihovog zdravlja. Navike u ishrani stečene u detinjstvu imaju bitan uticaj na zdravlje i kvalitet života u odraslom dobu, posebno na prevenciju masovnih nezaraznih bolesti. U zemljama koje prolaze tranziciju, kao što je Srbija, društvena kretanja imaju uglavnom nepovoljan uticaj na ishranu dece. Nutritivna tranzicija i nedovoljna fizička aktivnost menjaju zdravstveno stanje dece, pogoduju nastanku gojaznosti i drugih faktora rizika za razvoj hroničnih bolesti, te imaju ogroman javno zdravstveni značaj.

Pored nutritivnih deficit, važan javnozdravstveni problem u dečjem uzrastu jeste gojaznost, kao i poremećaji ponašanja u ishrani. Cilj predavanja je upoznavanje stručne javnosti sa aktuelnim podacima o stanju ishranjenosti i navikama o ishrani dece, kao i aktivnostima u vezi promocije pravilne ishrane kod dece koje se sprovode na globalnom i lokalnom nivou, kako bi se sačuvalo zdravlje našeg naroda. Na osnovu analize dostupnih podataka, dosadašnjeg iskustva u ovoj oblasti i savremenih naučnih saznanja razmotren je celoviti javnozdravstveni pristup unapređenju ishrane dece. Najbitniji faktori za pravilnu ishranu dece potiču iz okoline u kojoj se dete razvija, tako da je najvažnija međusektorska saradnja u zajednici.

Ključne reči: ishrana dece, javno zdravlje, prevencija

ZNAČAJ MULTIDISCIPLINARNOG PRISTUPA U PREVENCIJI GOJAZNOSTI KOD DECE

Branislava Stanimirov

Dom zdravlja Novi Sad, Novi Sad, Srbija

Uvod: Po definiciji gojaznost kod dece i adolescenata predstavlja povećanje telesne mase (patološko nakupljanje masnog tkiva u organizmu) iznad određene vrednosti koja uzima u obzir pol, uzrast i telesnu visinu, a uslovljena je prekomernim sadržajem masti u organizmu i nosi u sebi rizik od raznih zdravstvenih problema.

Gojaznost u dečjem uzrastu i adolescenciji predstavlja osnov za razvoj velikog broja hroničnih oboljenja u kasnijim godinama i znatno može da skрати životni vek. Najčešći uzrok gojaznosti kod dece u detinjstvu je primarna ili nutritivna, za razliku od retkih oblika sekundarne gojaznosti prouzrokovane različitim bolestima i stanjima.

Trend gojaznosti i gojazne dece pojavio i kod nas, pa je to znak da i mi kao društvo i kao pojedinci treba da preduzmemo neke mere. Majke treba od rođenja da potenciraju prirodnu ishranu kad god je moguće, kasnije decu navikavati na kuvane obroke i više manjih obroka u toku dana, uz adekvatnu užinu.

U Srbiji prema analizama Instituta „Batut“ zbog fizičke neaktivnosti i pogrešne ishrane, 15% dece mlađe od pet godina je gojazno dok je 36% u predgojaznom stanju. Problem gojaznosti školske dece u Srbiji je takođe zabrinjavajući, a naročito podatak da je „izrazito gojazno“ oko 13,26% školaraca. Pre deset godina 9,8% dece i mladih je najveći deo vremena provodilo pred računarom, a sada već preko 28,3%, uz konstantan porast onih koji često gledaju i televiziju.

Zaključak: Razvijati timski rad na nivou primarne zdravstvene zaštite, jer prevenciju gojaznosti treba započeti već u prenatalnom periodu i nastaviti u ranom dojenačkom uzrastu. Zadatak pedijataru u primarnoj zdravstvenoj zaštiti dece je pre svega, promocija dojenja u prvih 6 meseci života, savet u izboru i sprovođenju pravilne ishrane i redovne fizičke aktivnosti, od rođenja i dalje, tokom celog detinjstva i adolescencije. Unapređenje primarne prevencije i promocije zdravlja sprovodi se na nivou pojedinca, porodice i lokalne zajednice.

Ključne reči: prevencija, deca, gojaznost

IDENTIFIKACIJA RIZIKA U PREVENCIJI KARDIOVASKULARNIH BOLESTI KOD DECE

Bojko Bjelaković

Klinika za dečije interne bolesti, KC Niš, Srbija

Iako je danas napravljen veliki pomak u medicini u smislu definisanja faktora rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti, činjenica je da se najveći broj neželjenih kardiovaskularnih (KVS) dešavanja ne može na vreme predvideti.

Razloga za to je puno ali je sigurno jedan od značajnijih, neblagovremena rana identifikacija subkliničkih organskih promena “target organa” koje kraći ili duži vremenski period prethode neželjenim kardiovaskularnim dešavanjima.

Danas još uvek postoje velike dileme u definisanju i validaciji brojnih kliničkih i laboratorijskih biomarkera u dece koji mogu služiti kao specifičan i senzitivan marker početne ateroskleroze.

Procena funkcije endotela i kvantifikacija normalnog i patološkog nalaza na nivou krvnih sudova predstavlja sigurno jedan od prioritetnih zadataka pedijatrijske zajednice kako bi se na vreme identifikovali potencijalni kardiovaskularni bolesnici koji se po pravilu regrutuju još u najranijem detinjstvu.

PREVENCIJA ATEROSKLEROZE U DEČJEM UZRASTU U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Jasmina Ranković

Ateroskleroza je oboljenje arterijskih krvnih sudova u kojem zidovi arterija postaju zadebljali i otvrdnuli zbog prisustva plakova. Ona je ustvari imuno-posredovan zapaljenski proces uz učešće lipida. Lipidi, inflamatorne ćelije i depoziti kalcijuma formiraju plakove. Holesterol i to LDL, kao i trigliceridi deluju aterogeno, dok HDL holesterol ima protektivnu ulogu u aterogenezi.

Proces ateroskleroze započinje u detinjstvu, a postoje i brojna mišljenja i dokazi da ovaj proces započinje još u fetalno doba. Brojni su faktori koji doprinose razvoju ateroskleroze:

1. hipertenzija koja se mora na vreme otkriti i lečiti jer ona ima kliničke manifestacije na kardiovaskularnom, cerebrovaskularnom sistemu, bubrezima itd., što je vodeći uzrok morbiditeta i mortaliteta odraslih
2. gojaznost koja se mora redukovati i sprečiti, a koja uzima epidemijske razmere među decom zbog loše ekonomske situacije roditelja i raširene upotrebe brze hrane na čemu se mora raditi kroz edukaciju i roditelja i dece širokom kampanjom u saradnji svih relevantnih institucija-zdravstvenih, obrazovnih, socijalnih, političkih idr.
3. fizička neaktivnost-naša deca se sve manje kreću, a sve više vremena provode uz kompjutere, mobilne telefone i sl., pa decu treba što više uključivati u organizovano vežbanje kako bi se sprečile pogubne posledice nekretanja
4. pušenje-raširena pojava među sve mlađim kategorijama dece-neophodne su tribine o štetnosti duvana kako bi se sprečio ovaj porok kod dece
5. dijabetes koji se takođe sreće sve češće kod dece pa ga treba na vreme otkriti i lečiti kako bi se sprečili efekti loše glikoregulacije na krvne sudove
6. genetski faktori čiji se uticaj može odložiti, ublažiti ili sprečiti ako se prate i pravilno tretiraju deca sa ovim faktorima rizika.

Postoje i drugi faktori, ali su ovo najčešći i najznačajniji.

Pedijatri u primarnoj zdravstvenoj zaštiti imaju veliku odgovornost da na vreme prepoznaju faktore rizika kod dece, kao i da primenom interventnih mera spreče ili ublaže razvoj ateroskleroze kako bi se izbegle mnoge bolesti u adultnom dobu.

BUDUĆNOST BEZ DOWN SINDROMA?

Bojana Cokić

Dečije odeljenje Zaječar

Da li je moguća budućnost bez Down syndroma...Odgovor će dati naučnici...

Ali, sa Down syndromom se može živeti sa porukom Phill Bosmansa:

"Sunce ne pravi nikakve razlike. Njemu je svaki čovek simpatičan. Gde sja sunce srca, tu je svaki čovek vredan truda..."

Uvod: Down sindrom ili trisomía 21 je prva opisana i najčešća aberacija hromozoma. Učestalost i opštoj populaciji je 1:800 (700) živorođenih. Sindrom prvi put opisuje dr Lagdon Down, 1866. godine na sopstvenom detetu. Dr Jérôme Lejeune 1959. god.

otkriva višak hromozoma na 21. paru. Fenotip je lako prepoznatljiv pa se klinička dijagnoza može postaviti u prvim danima života. Mentalna retardacija, uvek prisutna, je različitog stepena (IQ 25 do 80). Često se sreću udružene anomalije. Najčešće su srčane anomalije, ali i anomalije drugih organa i sistema. Smanjena je otpornost prema infekcijama, povećan rizik za pojavu leukemija, gojaznost, hormonalni poremećaji, prevremeno starenje i dr.

Cilj: Cilj rada je utvrditi incidencu Down sindroma u Opštini Zaječar i opravdanost uvođenja skrininga u svih trudnica.

Materijal i metode rada: Podaci su dobijeni iz Apgar lista novorođenčadi u porodilištu bolnice u Zaječar. Analiziran je dvadesetogodišnji period. Incidencija novorođenčadi sa Down sindromom odgovara podacima iz literature. Značajan podatak je da i mlade majke takođe rađaju decu sa Down sindromom.

Zaključak: Down sindrom je stalno prisutan a mlade majke češće rađaju decu sa Down sindromom. Nova neinvazivna metoda određivanja fetalne DNK iz plazme majke mogla bi u budućnosti potisnuti invazivne prenatalne metode.

Cilj svakog pedijatra, društva i porodice je zdravo potomstvo. Vrednije je zdravo dete od bilo koje laboratorijske analize, ma koliko ona bila skupa. To sve govori da je neophodno i važno uvesti skrining za Downov sindrom u svih trudnica.

REFERENCE

1. Shin M, Besser LM, Kucik JE, Lu C, Siffel C, Correa A. Prevalence of Down syndrome among children and adolescents in 10 regions of the United States. *Pediatrics*. 2009;124(6):1565-71
2. Maria Loane¹ et al. Twenty-year trends in the prevalence of Down syndrome and other trisomies in Europe: impact of maternal age and prenatal screening. *European Journal of Human Genetics* (2013) 21, 27–33
3. Y.M. Dennis Lo, Non-invasive prenatal testing using massively parallel sequencing of maternal plasma DNA: from molecular karyotyping to fetal whole-genome sequencing, *Reproductive BioMedicine*, December 2013. Volume 27, Issue 6, 593–598.
4. Carmen Comas-Gabriel et al. Noninvasive Prenatal Testing for Fetal Aneuploidy. *Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, October-December 2013; 7 (4):443-453;
5. Jon Hyett, Non-invasive prenatal testing for Down syndrome, *Aust. Prescriber*, 2014; 37:51–5.

ENDOKRINI OMETAČI I NJIHOV UTICAJ NA ZDRAVLJE DETETA

Ljiljana Šaranac

Klinika za dečje interne bolesti, Niš
Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu

Endokrini ometači (Endocrine Disrupting Chemicals-EDC) definisani su kao egzogene materije koje interferišu sa procesima sekrecije, sinteze, transporta, metabolizma, vezivanja, akcije i eliminacije hormona u cirkulaciji odgovornih za procese homeostaze i razvoja organizma i humanu reprodukciju.

Široko su zastupljeni kao faktori sredine koji utiču na naše zdravlje i nalaze se u plastičnim masama, farbama, hrani, vodi, sokovima i dr. materijama. Još in utero kao epigenetski faktori utiču na kasniji razvoj bolesti. Do sada je najbolje proučen uticaj EDC na nastajanje gojaznosti, tiroidnih bolesti, nastajanje anomalija reproduktivnog sistema i

razvoj neplodnosti. Hemijski obezogeni objašnjavaju zašto fizička aktivnost i pravilna ishrana nisu dovoljni u sprečavanju epidemije gojaznosti.

Primeri skrivenog unošenja endokrinih ometača su fitoestrogeni iz soje koji deluju kao obezogeni i u zavisnosti od pola pokazuju različite efekte preko vezivanja za estrogene receptore. Bisphenol A (BPA) se nalazi u plastičnim bocama za vodu, u bočicama za hranjenje beba i u plasičnim kateterima. Odojče na veštačkoj ishrani na taj način unese ovaj EDC u količini od 0.3 µg/kg TM/24h, što je nekad veća ekspozicija nego u odrasle osobe. Bisphenol A je optužen i za narušavanje reproduktivnog potencijala, utičući na pojavu dve najčešće genitalne malformacije dečaka, kriptorhizam i hipospadiju.

Decenijama je poznat štetan uticaj hemikalija na ljudsko zdravlje. Uprkos tome, još uvek su malobrojne studije uticaja EDC na endokrini sistem deteta. Bolje poznavanje ovih efekata i ispitivanje uticaja faktora sredine rasvetliće patogenezu mnogih kompleksnih bolesti. Širenje svesti o štetnosti EDC biće značajan korak u očuvanju zdravlja.

Reference:

1. Grun F, Blumberg B. Environmental obesogens: organotins and endocrine disruption via nuclear receptor signaling. *Endocrinology* 2006; 147: 850-855
2. Campion J, Milagro I, Martinez A. Individuality and epigenetics of obesity. *Obesity Reviews* 2009, 10: 383-392
3. Grandjean F, Bellinger D, Bergman A, Cordier C, Davey-Smith G, Eskenazi B et al. The Faroes statement: human health effects on developmental exposure to chemicals in our environment. *Basic and Clinical Pharmacology and Toxicology* 2007, 102: 73-75
4. De Coster S, van Larbeke N. Endocrine-disrupting chemicals: associated disorders and mechanisms of action. *J Environ Public Health* 2012; 2012:713696. Epub 2012 Sep 6.
5. Nassar N, Abeywardana P, Barker A, Bower C. Parental occupational exposure to potential endocrine disrupting chemicals and risk of hypospadias in infants. *Occup Environ Med* 2010 Sep;67(9):585-9. doi: 10.1136/oem.2009.048272. Epub 2009 Nov 25.

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA HEMORAGIJSKOG SINDROMA KOD DECE

Zoran Igrutinović

Klinika za pedijatriju, KC Kragujevac

Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu

Hemostaza krvi je jedan od najvažnijih homeostaznih mehanizama u organizmu čoveka. Njeno adekvatno funkcionisanje omogućuje adekvatno zaustavljanje krvarenja, ali takođe delovanjem antikoagulantnog i fibrinolitičkog sistema sprečava prekomernu koagulabilnost krvi, odnosno nastanak tromboze. Za adekvatno zaustavljanje krvarenja neophodna su 3 činioca: adekvatna funkcija krvnih sudova, adekvatan broj i očuvana funkcija trombocita i kvantitativna i kvalitativna funkcija faktora koagulacije. Neadekvatna hemostazna funkcija se ispoljava kao povećana sklonost krvarenju-hemoragijski sindrom. Prema segmentu hemostaze koji je poremećen hemoragijski sindrom se može podeliti na vaskulopatije, trombocitopatije i koagulopatije. Nekada se krvarenje kod dece može ispoljiti i kod delovanja spoljašnjih činioca- traume, bez poremećaja hemostazne funkcije.

U dijagnostikovanju hemoragijskog poremećaja, bitni su anamneza i klinički tok, a takođe i primena određenih laboratorijskih procedura. Obzirom da je veliki broj hemoragijskih poremećaja kod dece nasledan neophodno je uz detaljnu ličnu anamnezu, od roditelja saznati podatke o postojanju hemoragijskih bolesti u porodici. Adekvatan klinički nalaz je neophodan u diferencijalnoj dijagnozi ovih poremećaja. Vaskulopatije i trombocitopatije imaju karakteristično kliničko ispoljavanje koje ih razlikuje od krvarenja uzrokovanih koagulopatskim poremećajima. Nekoliko laboratorijskih testova, koji su dostupni velikom broju laboratorija, su bitni u diferencijalnoj dijagnozi hemoragijskih poremećaja i na osnovu njih se sa velikom verovatnoćom može postaviti dijagnoza. Ovi laboratorijski testovi- screening testovi (protrombinsko vreme, aktivirano parcijalno tromboplastinsko vreme, trombinsko vreme, broj trombocita, vreme krvarenja), se po potrebi dopunjuju odgovarajućim specifičnim testovima radi postavljanja definitivne dijagnoze.

Novorođena deca imaju povećanu sklonost ka krvarenju zbog: fiziološki smanjene funkcije činilaca koagulacije, kvalitativne i kvantitativne promene trombocita, nezrelosti krvnih sudova i vezivnog tkiva, prenatalnog uticaja bolesti majke i lekova koje je uzimala kao i zbog traume za vreme porođaja. Takođe novorođenčad ispoljavaju i povećanu sklonost ka trombozama.

U zavisnosti od organskog sistema u kome se krvarenje javlja (intrakranijalno, gastrointestinalno, genito-urinaro, respiratorno), zavisi i učestalost etiologije, kliničko ispoljavanje, diferencijalna dijagnoza i tretman. Zbog toga je neophodno poznavati specifičnosti dijagnostike i terapije hemoragijskog sindroma u različitim organskim sistemima.

PREVENCIJA I RANO OTKRIVANJE KOŠTANO – ZGLOBNIH OBOLJENJA DECE

Prof. dr Jelena Vojinović

Klinika za dečije interne bolesti, Klinički Centar, Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu

Diferencijalna dijagnoza koštano-zglobnih tegoba u dece vrlo je kompleksna obzirom na veliki broj etiološki različitih oboljenja može da dovede do pojave simptoma bola i otoka zglobova. Spekter ovih oboljenja obuhvata: benigni hiper mobilni sindrom, tzv. bolove rasta, postinfekcijske reaktivne artritise koji nastaju nakon različitih infekcija, veliki broj ortopedskih problema, hematološka oboljenja ali i neki od oblika juvenilnog idiopatskog artritisa. Juvenilni idiopatski artritis (JIA) nije jedna bolest već heterogena grupa hroničnih inflamatornih oboljenja koja imaju kao zajedničku karakteristiku pojavu hronične upale jednog ili više zglobova, koja traje duže od 6 nedelja kod dece uzrasta do 16 godina. Dijagnozu JIA moguće je postaviti isključivo na osnovu kliničkih manifestacija utvrđenih detaljnim pregledom muskulo-skeletnog sistema i anamnestičkih podataka jer ne postoje specifični laboratorijski testovi niti pomoćne dijagnostičke metode. Uz ove konstitucionalne simptome od posebne je važnosti detaljno pregledati sve zglobove i utvrditi da li je prisutan artritis na bilo kom od zglobova. Definicija artritisa podrazumeva prisustvo otoka i/ili bola i/ili ograničene pokretljivosti zgloba dok toplota i crvenilo zgloba nisu karakteristika artritisa u JIA već se češće viđaju kod reaktivnih artritisa. Drugi vrlo zastupljen, a nedovoljno prepoznat problem, je prisustvo benignog hiper mobilnog sindroma koje pedijatri često kvalifikuju kao bolove rasta. Nažalost zbog nedovoljne

edukacije pedijataru u oblasti pregleda koštano-zglobnog sistema u praksi se kao beznačajni bolovi rasta kvalifikuju i zapaljenska oboljenja zglobova dece i benigni hiperobilni sindrom koji moe da dovede do ozbiljnih deformiteta i posledica na koštano-zglobnom sistemu.

NEINVAZIVNO PRENATALNO GENSKO TESTIRANJE –PREDNOSTI I DILEME

Maja Milojković, Jelena Radović

Institut za patofiziologiju Medicinskog fakulteta u Nišu
Univerzitet u Nišu, Niš, Srbija

Mogućnost izolacije fetalnih ćelija iz maternalne cirkulacije i slobodne ne-ćelijske fetalne DNK iz krvi majke su atraktivne nove metode prenatalne neinvazivne dijagnostike genskih poremećaja kod ploda. Fetalne ćelije iz krvi majke, zbog oskudnog prisustva (1:10,000-1:1,000,000) nisu se pokazale kao praktičan izbor za gensko testiranje, ali je analiza slobodne ne-ćelijske DNK fetusa, koja se u krvi majke nalazi u koncentraciji 25 puta većoj od DNK iz ćelija sa jedrom izolovanih iz sličnog volumena pune krvi majke, izuzetno pogodna za izvođenje prenatalnih genskih testova. Slobodna DNK ploda iz maternalne krvi uspešno se koristi za neinvazivnu prenatalnu dijagnostiku hromozomskih aberacija, pre svega trizomija i monozomija, za šta već postoje komercijalni testovi. Ipak, još uvek je prisutan čitav niz otvorenih pitanja, poput adekvatnog tajminga uzimanja uzorka krvi, potrebe za genetskim savetovanjem, i potrebe za dodatnim invazivnim genetskim testiranjem u cilju potvrde rezultata. Rad se bavi prednostima i nedostacima neinvazivnog prenatalnog testiranja kao i potencijalom novim kliničkim aplikacijama ove metode.

Ključne reči: prenatalno neinvazivno testiranje ploda, fetalne ćelije iz krvi majke, slobodna fetalna DNK

UPOTREBA GNRH ANALOGA U TRETMANU DECE SA CENTRALNIM PREVREMENIM PUBERTETOM

Slavica Marković^{1,2}, **Zoran Igrutinović**^{1,2}, **Biljana Vuletić**^{1,2}, **Gordana Kostić**^{1,2}, **Zorica Rašković**^{1,2}, **Marija Radovanović**^{1,2}, **Jelena Tanasković-Nestorović**^{1,2}

1Klinika za pedijatriju, Klinički centar Kragujevac, Kragujevac, Srbija

2Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu, Kragujevac, Srbija

UVOD: Prevremeni pubertet (PP) se definiše pojavom sekundarnih seksualnih karakteristika pre 8 god kod devojčica i 9 god kod dečaka. Kada je posledica aktiviranja centralnih kontrolnih mehanizama hipotalamo-hipofizno-gonadne osovine (HPG) klasifikuje se kao gonadotropin-zavisni ili centralni prevremeni pubertet (CPP). Incidenca prevremenog puberteta je 1:5.000-10.000, sa 10 puta većom rastućom učestalošću kod devojčica. Zlatni standard u dijagnostici CPP je pozitivan stimulacioni test gonadotropin oslobađajućeg hormona (GnRH), t.j., "pubertetski" odgovor gonadotropina nakon stimulacije. Po dijagnostikovanju idiopatskog CPP, preporučuje se terapija depo preparatima GnRH agonista, čiji je cilj usporavanje progresije sekundarnih polnih karakteristika, prekid menstrualnog ciklusa, ali i povećanje konačne adultne visine i korigovanje psihosocijalnih disfunkcija.

MATERIAL I METHODE: Prikazujemo retrospektivnu studiju koja obuhvata 19 devojčica sa centralnim prevremenim pubertetom, lečenih našoj Klinici od maja 2008. do februara 2015.god. Nakon kliničke i aukuološke evaluacije, urađeni su bazalni nivoi FSH, LH i estradiola (E2) i stimulacioni GnRH test upotrebom triptorelina 100mcg (Relefact 100mcg/ml).Roditeljima ovih devojčica je predložena terapija GnRH analogom (triptorelin, Diferellin 3,75mg), što roditelji 3 devojčice nisu prihvatili.

REZULTATI: Dobijeni podaci su obrađeni u statističkom paketu SPSS 19.0, a deo rezultata je prikazan na Tabeli 1.

ZAKLJUČAK: prikazani rezultati još jednom potvrđuju opravdanost, značajnu efikasnost i bezbednost primene GnRH analoga u tretmanu CPP.

KLJUČNE REČI: centralni prevremeni pubertet, GnRH analozi

Uzrast u vreme Dg (god, mes)	6,8, (5,2-8,8)
Skeletna zrelost (god, mes)	10,5 (6,6-14,2)
TV (cm)	136, (128-161)
BMI (kg/m ²)	22,1 (17,1-25,4)
E2 (pg/ml)-bazalni nivo	26,91 (10,00-82, 95)
LH (IU/l)-bazalni nivo	0.48 (0.09-5.3),
FSH (IU/l) - bazalni nivo	6.14 (0.30-12.01)
LH /FSH –bazalni odnos	0.14 (0.02-1.41)
LH/FSH –peak nivoa	0.94 (0.23-8.38)
Trajanje Th (god)	4,2 (2,4-6,7)
*Pozitivni NMR selarne regije	heterogena prebojenost adenohipofize-8 mikroadenom hipofize -3
Menarha po prekidu Th	1,7 (1,2 -1,9)
Neželjeni efekti i nuspojave	bol na mestu aplikovanja- 4 glavobolja -3 menstrualno krvavljenje ("flare" efekat)- 2

UTICAJ NAUKE I TEHNOLOGIJE NA ISHOD KARDIOPULMONALNE REANIMACIJE U DEČJEM UZRASTU

Ivana Budić^{1,2}, Zoran Petrović¹, Vesna Marjanović¹, Dejan Novaković¹, Dušica Simić^{3,4}

1 Centar za anesteziologiju i reanimatologiju, Klinički centar, Niš

2 Medicinski fakultet, Univerzitet u Nišu

3 Univerzitetska dečja klinika, Beograd

4 Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Preporuke koje se odnose na održavanje života u dečjem uzrastu zasnivaju se na dva osnovna principa koja podrazumevaju da je učestalost kardiopulmonalnog zastoja i politraumatizam značajno ređi kod dece nego kod odraslih kao i da većinu hitnih stanja na terenu rešavaju lekari koji nisu specijalisti pedijatrije i koji često imaju ograničena znanja iz urgentnog zbrinjavanja dece.

Odluka da se započne sa kardiopulmonalnom reanimacijom (KPR) mora biti donešena unutar 10sek. Pošto u određenim slučajevima ni iskustvo ne pomaže da se sa sigurnošću utvrdi prisustvo ili odsustvo pulsa (palpira se karotidni puls kod dece, brahijalni kod odojčadi) odluka se donosi na osnovu toga da li se može uspostaviti kontakt sa detetom, da li reaguje na draži i da li postoji ili je odsutno normalno disanje. Odnos kompresija i ventilacija zavisi od toga da li je prisutan jedan ili više spasilaca. Spasilac obučen za primenu KPR kod odraslih može primeniti odnos 30 kompresija prema 2 ventilacije, isto se odnosi i u slučaju prisustva jednog spasioca obučenog za KPR kod dece, ali u slučaju prisustva dva spasioca u timu za reanimaciju dece primenjuje se odnos kompresija:ventilacija 15:2. Ventilacija predstavlja veoma značajnu komponentu KPRa u slučaju srčanog zastoja usled asfiksije, ali smatra se da spasiocice koje nisu u mogućnosti

ili ne žele da ventiliraju usta na usta treba ohrabriti da makar sprovedu kompresije grudnog koša. Takođe, spasioci koji su obučeni za pružanje osnovnih mera održavanja života (BLS) kod odraslih mogu da sprovedu ovaj algoritam i kod dece, ali postoji preporuka da sve osobe koje dolaze u kontakt sa decom (pr. učitelji, profesori, medicinski tehničari) treba da nauče pedijatrijski BLS algoritam čija je osnovna odlika da se počinje sa 5 inicijalnih udaha praćenih KPRom u trajanju od 1 min. pre nego što se potraži pomoć. Za razliku od vodiča Evropskog reanimacionog saveta (ERC), prema Američkom udruženju kardiologa (AHA) preporukama objavljenim iste 2010. godine A-B-C algoritam (disajni put, ventilacija, cirkulacija) treba zameniti C-A-B algoritmom (cirkulacija, disajni put, ventilacija), tj. i kod dece započeti KPR kompresijama bez inicijalnih udaha. Bez obzira na primenjenu tehniku za izvođenje kompresija potrebno je postići adekvatnu dubinu koja treba da iznosi 1/3 anteriorno-posteriornog dijametra grudnog koša (približno 4 cm kod odojčadi i 5 cm kod dece). Nakon svake kompresije neophodno je omogućiti potpunu reekspanziju grudnog koša, a prekide između kompresija treba svesti na minimum. Kod odojčadi i dece broj kompresija treba da iznosi najmanje 100 ali ne više od 120/min. U ovom trenutku se na manekinama i odgovarajućim studijama na eksperimentalnim životinjama izvode ispitivanja primene aktivne kompresije-dekompresije (AKD), za decu mlađeg uzrasta po principu adhezivnih rukavica (AGD), uz istovremenu primenu posebne vrste ventila (ITD) kojim se povećava venski priliv i udarni volumen.

Automatski eksterni defibrilatori (AED) bezbedni su za primenu kod dece starije od godinu dana. Danas su u primeni i posebno dizajnirani AED za primenu kod dece (od 1. do 8. godine) kako u pogledu softvera (energija 50-75J) tako i veličine elektroda za defibrilaciju. Kliničke studije su pokazale da je pri upotrebi manuelnih defibrilatora energija od 2J/kg u većini slučajeva nedovoljna pa inicijalno i svaki naredni put treba defibrilirati sa 4J/kg. Kao i kod odraslih prednost se daje bifaznim defibrilatorima koji izazivaju manju disfunkciju miokarda u odnosu na monofazne. Kompresije grudnog koša se ne prekidaju do same isporuke šoka.

Tubusi sa kafom mogu se bezbedno primeniti kod odojčadi i male dece. Veličina tubusa se određuje prema formuli $ID \text{ u mm} = (\text{uzrast u godinama}/4 + 3,5)$. Svršishodnost krikoidnog pritiska za vreme trahealne intubacije (u smislu prevencije regurgitacije i plućne aspiracije) nije tačno utvrđena. U kliničkoj praksi otežava ventilaciju i plasiranje tubusa, i produžava vreme za izvođenje intubacije. Savetuje se monitoring izdahnutog ugljen dioksida (idealno kapnografijom, mada se može koristiti i kolorimetrija) radi provere položaja tubusa i praćenja ventilacije. Treba imati u vidu da odsustvo SO_2 tokom srčanog zastoja može biti i posledica veoma slabog plućnog protoka krvi. Kada je ventilacija preko obrazne maske neefikasna a intubacija otežana ili nemoguća, plasiranje laringealne maske (LMA) predstavlja dobru alternativu.

Tokom KPRa koristi se 100% kiseonik. Kada se uspostavi cirkulacija, titrira se administriranje kiseonika kako bi se saturacija održala $\geq 94\%$. Treba imati u vidu da je pulsna oksimetrija nepouzdana kod pacijenata koji imaju lošu perifernu perfuziju, trovanje ugljen monoksidom ili methemoglobinemiju.

Ukoliko nije moguće obezbediti perifernu intravensku (IV) liniju, primenjuje se intraosealni (IO) pristup. Svi lekovi koji se daju IV mogu se primeniti i IO, uključujući adrenalin, adenzin, tečnosti, krvne produkte i kateholamine. Početak dejstva lekova odgovara početku dejstva nakon IV administracije. IO pristup može biti korišćen za uzorkovanje krvi radi određivanja krvne grupe, interrekcije, biohemijskih kao i gasnih analiza tokom KPRa. Lekovi i tečnosti daju se pod pritiskom (špric ili infuzionna pumpa). Endotrahealni (ET) put koji podrazumeva primenu lekova rastvorljivih u mastima (adrenalina, atropina, lidokaina, naloksona) odlikuje se nepouzdanom resorpcijom pa samim tim i nepredvidivom koncentracijom lekova u plazmi.

Prema preporukama ERC iz 2010. godine u terapiji ritmova koji se ne defibriliraju (električna aktivnost bez pulsa i asistolija) kao i ritmova koji se defibriliraju (VF/VT bez pulsa) primenjuje se adrenalin IV ili IO u prvoj i svakoj sledećoj dozi od 10 mcg/kg na 3-5 min, uz pokušaj otklanjanja reverzibilnih uzroka koji su doveli do prestanka srčanog rada. Ukoliko se daje ET doza je deset puta veća (100 mcg/kg). Adrenalin (kao i ostale kateholamine) inaktivišu alkalni rastvori pa se ne sme mešati sa bikarbonatima.

Doza amjodarona u dečijem uzrastu je 5 mg/kg i daje se prvi put nakon isporuke trećeg šoka neposredno iza adrenalina.

Primena atropina preporučuje se u terapiji bradikardije uzrokovane povećanim tonusom vagusa i u slučaju toksičnosti holinergičkih lekova ili supstanci. Male doze atropina (<0,1 mg) mogu prouzrokovati paradoksalnu bradikardiju.

Na kraju treba naglasiti značaj postojanja centara za obuku gde se simulacijom najčešćih scenarija KPRa na manekanima vežba pravovremeno, odgovarajuće regovanje u realnim situacijama.

PIGMENTNI TUMORI U DECE

Dragan Mihailović, Žaklina Mijović

Centar za patologiju KC Niš, Srbija

Ciljevi. Poslednjih decenija zapaža se dramatičan porast incidence melanoma kod adolescenata i odraslih, ali ne i u dece pre puberteta. Benigni tumori melanocita daleko su učestaliji u dece, dok su maligni melanomi tumori odraslih. Bar jedan melanocitni nevus može se naći kod oko 98% ispitanika u ranom detinjstvu. Tokom života, veliki kongenitalni nevusi mogu maligno alterisati kod oko 5-10% dece. Broj melanocitnih nevusa povećava se i posle hemoterapije zbog nekog malignog tumora dece. Maligni melanoma kod osoba mlađih od 20 godina čine oko 1-2% od ukupnog broja malignih melanoma. Cilj ovog rada je analiza učestalosti i histoloških karakteristika pigmentnih tumora u dece u Centru za patologiju KC Niš.

Metode. Analiziran je biopsijski material Centra za patologiju KC Niš za period 2000-2014. godina.

Rezultati. Najveći dijagnostički problem, u odnosu na maligni melanom, predstavljali su Spity nevus, kongenitalni nevui i displastični nevusi. Spitz nevus ("juvenilni melanoma") je simetrična lezija koja se sastoji od velikih epiteloidnih i/ili vretenastih melanocita sa

izraženim nukleolusom, sa oštrom lateralnom demarkacijom, pukotinastim prostorima oko ćelija, perivaskularnim limfocitnim infiltratima, Kamino telašcima i hiperplazijom epiderma, i ima oko 18 histoloških podtipova. Kod Spitz nevusa melanin je oskudan ili nedostaje. Kongenitalni nevusi, histopatološki, su simetrične, jasno ograničene lezije i sastoje se od grupisanih i pojedinačnih nevusnih ćelija koje pokazuju maturaciju prema dubini lezije. Mogu se naći izražen lentiginozni rast, širenje melanocita iznad suprabazalnog sloja epiderma, mitoze nevusnih ćelija u dermu i atipični proliferativni nodulusi koji se sastoje od velikih vretenastih ili epiteloidnih nevusnih ćelija, ponekad sa znacima atipije. Displastični nevusi obično se klinički ispoljavaju oko puberteta i nastavljaju da se razvijaju tokom života.

Zaključak. Prilikom histopatološke analize, benigni melanocitni tumori u dece lako mogu biti proglašeni za maligne melanome, ukoliko se ne uzme u obzir starost ispitanika.

Ključne reči: pigmentni tumori, Spitz nevus, displastični nevusi.

NEIZVESNOST I STREPNIJE RODITELJA OKO VAKVINACIJE - IMUNIZACIJA- JEDNO OD NAJVEĆIH DOSTIGNUĆA 20 VEKA

Maja Petković

Dom zdravlja Niš, Niš, Srbija

Imunizacija je jedan od najboljih primera ljudske pobede nad životnom sredinom u kojoj cirkuliše veliki broj bakterija, virusa i drugih mikroorganizama ,koji su izvor zaraze, patnje i smrti.

Vakcinama se na najbrži i najjeftiniji način utiče na snižavanje obolevanja.Vakcinacija (ili vakcinoprofilaksa) kao specifična mera u sprečavanju i suzbijanju bolesti, u većini slučajeva predstavlja najefikasniju meru u borbi protiv zaraznih bolesti.

Svake godine vakcinisanjem se spašavaju životi više miliona dece. Samo vakcinisanje protiv malih boginja smanjuje se gubitak jednog miliona dece. U prevakcinalnom periodu u svetu je od malih boginja godišnje umiralo 6-8 miliona dece.

Kad kazemo vakcinacija dece, svi prvo pomislimo na sam čin davanja vakcine, međutim da bi ishod vakcinacije bio zadovoljavajući on zahteva uporan rad medicinskog osoblja kako lekara i sestara tako i roditelja (staratelja) a sve u cilju upoznavanja sa posledicama nevakcinisanja dece.

Uz stalno vršenje propagandnog i zdravstveno vaspitnog rada na polju motivacije roditelja da vakcinišu svoje dete, znatno je postignut uspeh iste i beleži se veliki napredak u odnosu na prethodni period.

USMENE PREZENTACIJE

APSTRAKTI

TEST FIZIČKOG OPTEREĆENJA (ERGOMETRIJA) U KLINIČKOJ PEDIJATRIJSKOJ PRAKSI

Zijo Begić, Senka Mesihović-Dinarević, Alma Hadžić, Almira Kadić, Mirza Halimić

Pedijatrijska klinika, KCU Sarajevo, Bosna i Hercegovina

Cilj rada: Test opterećenja je neinvazivna kardiološka pretraga kojom se ispituje stanje i funkcionalna sposobnost srca i njegovih krvnih sudova. Obavlja se na biciklergometru ili pokretnoj traci mjerenjem veličine fizičkog opterećenja, frekvence pulsa, visine krvnog pritiska i elektrokardiograma pri opterećenja. Testovi opterećenja se dijele na maksimalne i submaksimalne, te parametrima i simptomima ograničene, sa jasno preciziranim indikacijama, kontraindikacijama i indikacijama za prekid testa. Po pravilu su kontinuirani i progresivni, a nazivaju se i ergometrijom i stres testom. Cilj rada je prikaz uloge i značaja ergometrije u svakodnevnoj kliničkoj pedijatrijskoj praksi.

Metode: Istraživanje je imalo retrospektivni i deskriptivni karakter, te je obuhvatilo period od aprila 2008. – januara 2015. godine. Podaci su prikupljeni iz historija bolesti i „Registra testa ergometrije“ Pedijatrijske klinike, Kliničkog Univerziteta u Sarajevu.

Rezultati: U pomenutom periodu su realizirane 373 ergometrije (test opterećenja) na test traci po protokolu Naughton. Muške djece je bilo 246 (66%), a ženske 127 (34 %), dobne uzrasti od 4,11 do 19. godine života.

Razlog upućivanja na ergometriju kod 148 (39,6%) pacijenata je bio bol u grudnom košu/stenokardija, kod 106 (28,4%) pacijenta signifikantne ili nesignifikantne aritmije, procjena rezultata radiofrekventne ablacije (19 pacijenata), urođene mane srca 37 (9,9%), operisane urođene srčane mane 23 (6,1%), procjena mogućnosti bavljenja sportom 17 (4,5%), tranzitorni gubitak svijesti k16 (4,2%), distonia neurovegetativa/vegetativna neuroza 11(2,9%), hipertenzija sa /ili bez metaboličkog sindroma 8 (2,1%), te ostali razlozi kod 7 (1,8%) pacijenata. Pozitivnu ergometriju smo imali kod 55 pacijenata (14,7%).

Zaključak: Testovi opterećenja dječije dobi su od krucijalnog su značaja u ispitivanju etiologije bola u grudnom košu, evaluacije pedijatrijskih pacijenata sa urođenim i stečenim manama prije i poslije kardiohirurških operacija, otkrivanju aritmija i procjeni sportske aktivnosti djece. Neophodan su i nezamjenljiv segment u svakodnevnoj kliničkoj praksi pedijatrijske kardiologije.

Ključne riječi: ergometrija, pedijatrija, rezultati.

HEAD UP TILT TABLE TEST U PEDIJATRIJSKOJ KLINIČKOJ PRAKSI

Zijo Begić, Senka Mesihović-Dinarević, Alma Hadžić, Almira Kadić, Mirza Halimić

Pedijatrijska klinika, KCU Sarajevo, Bosna i Hercegovina

Cilj rada: Head up tilt table test je neinvazivna dijagnostička procedura koja može pomoći u identifikaciji uzroka sinkope. Sinkopa je benigni kratkotrajni poremećaj cerebralne cirkulacije sa iznenadnim gubitkom svijesti incidence 50% kod djece. Cilj rada je bio da prikaže ulogu i značaj ortostatskih testova u svakodnevnoj pedijatrijskoj kliničkoj praksi.

Metode: Istraživanje je imalo retrospektivni i deskriptivni karakter, te je obuhvatilo period od 1997. – 2015. godine. Podaci su prikupljeni iz historija bolesti i „Registra tilt table testa“ Pedijatrijske klinike, Kliničkog Univerziteta u Sarajevu.

Rezultati: U pomenutom periodu, od 18 godina, ukupno je realizovano 465 testova ortostatske stabilnosti (1997.-2008.g. – 127 (27%) „modifikacionim „testom, a od 2008-2015 g. 339 (73%) „klasičnim“ tilt table testom). Obuhvaćeni su bili pedijatrijski pacijenti uzrasta od 6,5 godina pa do 19-te godine života, od čega je ženskog pola bilo 276 (60%), a muškog pola 189 (40%). Adolescenata je bilo 291 (62,6%), a ispod 15. godine života smo imali 171 (36,8%) pacijenata.

Indikacije za izvođenje testa su bile sinkope ili sumnje na sinkopu, tranzitorni poremećaj svijesti i sumnje na epilepsiju kod 338 (72,6%) ispitanika, indikacije zbog vertiga, stenokardija/bola u grudnom košu i signifikantnih i nesignifikantnih aritmija kod 57 (12,2%) pacijenata. Ostale indikacije (urođene mane srca, operisane urođene srčane mane, hipertenzija, endokrina, neuropedijatrijska, reumatološka oboljenja djece, glavobolja,...) smo i imali kod 20 pacijenata (4,3%). Kontrolnih testova ortostatske stabilnosti smo imali samo kod 16 pacijenata (3,4%).

Positivan test smo imali kod 296 (63,6%) pacijenata.

Zaključak: Head up tilt table test je najpouzdaniji test u dijagnostici vazovagalne sinkope, a trebao bi se primjenjivati uglavnom samo u slučaju nejasne etiologije sinkopa. Unatoč nekonzistentnosti protokola, niskoj specifičnosti i senzitivnosti, predstavlja značajnu metodu u kardiopedijatrijskoj i neuropedijatrijskoj dijagnostici.

Gljučne riječi: head up tilt table test, sinkopa, dječija dob, rezultati.

ZNAČAJ ODREĐIVANJA BIOMARKERA U DECE KAO MERA PREVENCIJE ATEROSKLEROZE

Gordana Grujić Ilić, M. Jerkan, J. Ranković,

Dom zdravlja Niš, Niš, Srbija

Ateroskleroza je doživotni proces, koji počinje u dečjem dobu. Među faktorima rizika koji su značajni za njen nastanak su i povećane vrednosti lipida i lipoproteina.

Cilj rada: Odrediti vrednosti non-HDL holesterola, indeksa ateroskleroze (IA) i faktora rizika (FR) u dece uzrasta 2-10 godina, kod kojih postoji neki od faktora rizika: gojaznost, pozitivna porodična anamneza. Odrediti procenat dece kod kojih su vrednosti pomenutih biomarkera značajni za nastanak ateroskleroze i njenih posledica u odraslom životnom dobu.

Materijal i metod rada: Pregledano je 1032 dece, uzrasta 2 do 10 godina (554 dečaka i 478 devojčica). Svoj deci merene su telesna masa i telesna visina, računat indeks telesne mase, na osnovu koga je određivana ishranjenost. Računate su vrednosti non-HDL-H (TC-HDL), IA(LDL/HDL) i FR ($FR=TC/HDL$). Za procenu vrednosti non-HDL holesterola u dece korišćene su preporuke National Health and Nutrition Examination Surveys, a za vrednosti IA i FR Jugoslovenske referentne vrednosti (S. Kostić i Lj. Lepšanić).

Rezultati rada: U ukupnom broju pregledane dece srednje vrednosti non-HDL holesterola (3.11mmol/l) IA (2,13) i FR (3.46) nisu rizik za razvoj kardiovaskularnih

bolesti u odraslom dobu. U odnosu na pol vrednosti su bile su signifikantno veće u devojčica (<0.10 ; <0.05), u odnosu na ishranjenost u gojazne dece nego u normalno ishranjene ($p < 0.001$). Procenat povećanih vrednosti non-HDL holesterola i vrednosti IA i FR, koji su visoki rizik za razvoj kardiovaskularnih oboljenja u odraslom dobu, veći je u devojčica (M: 19.31%, 2.17% 5.23%; Ž: 21.97%, 5.23%, 18.41%) i u gojazne, nego u normalno ishranjene dece (Dečaci: NI 13.69%, 1.96%, 3.07%; Gojazni: 32.73%, 3.64% 8.18%); devojčice: NI: 17.67%, 4/, 16.67%; Gojazne: 37.5%, 12.5%, 23.75%)

Zaključak: Prevencija ateroskleroze je jedan od primarnih zadataka pedijataru. Neophodno je rano otkrivanje faktora rizika koji su značajni za njen nastanak, a među njima i praćenje odgovodarajućih biomarkera, non-HDL holesterola, indeksa ateroskleroze i faktora rizika.

Ključne reči: Ateroskleroza, biomarkeri ateroskleroze, faktori rizika ateroskleroze

DA LI SE PERTUSSIS VRAĆA?

Staniša F. Baumann¹, Stefan S. Baumann¹, Svetlana Pakaški², Marija Deanović²

¹Opšta bolnica Pančevo, Srbija

²Dom zdravlja Pančevo, Srbija

Uvod: Tradicionalno se misli da je Pertussis bolest male dece i odojčadi. Da li je to još uvek tako? U svetu, a posebno u razvijemim zemljama registruje se značajan porast oboljevanja i hospitalizacija od Pertussisa kod adolescenata i odraslih.

Cilj: Pokazati da Pertussis zbog nekarakterističnih simptoma često prolazi nezapaženo kod dece koja su vakcinisana, posebno kod školske dece i adolescenata.

Metod rada i rezultati: Analizirali smo karakteristike dugotrajnog kašlja koji je trajao od 3 nedelje do 3 meseca, u proseku 49 dana kod 136 deteta uzrasta od 3 meseca do 18 godina, prosečne starosti 12,9 godina, koja su upućena u pulmološku ambulantu 2013. i 2014. godine. Sva deca su redovno vakcinisana i pre upućivanja lečena su antibioticima. Na osnovu tegoba iz anamneze i kliničkog nalaza (paroksizmi-73,69%, zacenjivanje-66,67%, cijanoza-3,51%, apnea-8,77%, crvenilo lica-47,37%, nagon na povraćanje-49,12%, povraćanje-38,60%, napadi kašlja noću-61,40%, preznajavanje-15,80%, iskašljavanje-26,32%, subfebrilnost-71,93%, pojačana sekrecija iz nosa-82,46%, bronhoopstrukcija-29,82%, glavobolja-24,56%, vertigo-1,75%, kontakt sa obolelima sa sličnim tegobama-68,42%) posumnjali smo na Pertussis kod 57 dece (41,91%). Kod sve dece sa sumnjom na Pertussis je urađena analiza KKS, a kod 39 (68,42%) dece je urađen Bordetella pertussis toksin IgG. Analiza KKS je pokazala referentne vrednosti, sem kod 21 (36,84%), gde je nađena blaga lkeukocitoza od 12-18000. Limfocitoza je nađena kod 12 (21,05%). Od 39 dece kod 23 deteta (59,97%) je nađen pozitivan Bordetella pertussis toksin IgG, u 2013. od 20 dece, kod 11 (55%), a u 2014. od 19 kod 12 (63,15%). Zbog pojave apnoe i cijanoze petoro dece je hospitalizovano, troje odojčadi starosti 3, 6 i 10 meseci i dvoje dece uzrasta 13 i 16 godina.

Zaključak: Kod dece koja su vakcinisana Pertussis se karakteriše blagom i atipičnom kliničkom slikom, a simptomi se često prepisuju akutnim respiratornim virusnim infekcijama. Kod dugotrajnog, upornog kašlja treba misliti na Pertussis. Revakcina, da ili ne?

Ključne reči: Pertussis, revakcina, deca.

OPADANJE PROCENTA VAKCINISANE DECE NA TERITORIJI OPŠTINE NOVI PAZAR

Dr Vesna Despotović¹, dr Sanja Despotović²

¹Dečiji dispanzer, Novi Pazar, Srbija

²Institut za Histologiju i embriologiju "Aleksandar Đ.Kostić", Medicinski fakultet, Beograd, Srbija

Imunizacija predstavlja specifičnu meru u sprečavanju i suzbijanju zaraznih bolesti koja je regulisana Zakonom o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti i Pravilnikom o imunizaciji i načinu zaštite lekovima. Statistika kaže da obuhvat vakcinacijom opada iz godine u godinu. Kao glavni uzrok navodi se otpor roditelja usled nedovoljne obaveštenosti i sve učestalijih poruka protiv vakcinisanja. Smanjenje obuhvata vakcinacijom ne dovodi u rizik od oboljevanja samo nevakcinisanu decu, već slabi i kolektivni imunitet, pa se time ugrožavaju i druga deca. Cilj našeg rada bio je da ukažemo na opadanje procenta vakcinisane dece na teritoriji Opštine Novi Pazar u periodu od 2008. do 2014. godine. Kao izvor podataka koristili smo godišnje izveštaje vakcinalne službe Dečijeg dispanzera u Novom Pazaru. Analizirali smo godišnje izveštaje u periodu od 2008. do 2014. godine za sve vakcine koje su propisane kalendarom obavezne imunizacije u Republici Srbiji. Obuhvat određenim vrstama vakcina iskazivan je kao procenat vakcinisanih u odnosu na broj lica planiranih za vakcinaciju. Na teritoriji Opštine Novi Pazar procenat vakcinacije opada sa 96% koliko je iznosio 2008. godine do 72% 2014. godine. Najveći pad procenta vakcinisane dece primećen je za MMR vakcinu. Procenat dece koja su primila MMR vakcinu 2008. godine bio je 96%, a 2014. godine iznosio je za period januar-jun 23% a za period jul-decembar 57%. Na teritoriji Opštine Novi Pazar od 2008. do 2014. godine zabeležen je značajan pad obuhvata dece vakcinacijom za sve vakcine iz kalendara obavezne imunizacije, a naročito za MMR vakcinu.

KLINIČKA EFIKASNOST SLIT KOD DECE SA ASTMOM I ALERGIJSKIM I RINITISOM-DVOGODIŠNJE PRAĆENJE

Ivana Đurić-Filipović¹, Gordana Kostić², Đorđe Filipović³, Milica Tasić⁴, Zorica Živković⁵

¹Sanofi Pasteur, Belgrade office, Beograd, Srbija

²Klinički centar Kragujevac, Klinika za pedijatriju, Srbija

³Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć Beograd, Srbija

⁴Dom zdravlja „dr Simo Milošević“-Beograd, Srbija

⁵Dečija Bolnica za Plućne Bolesti i TBC KBC „dr Dragiša Mišović“

Ciljevi: Uprkos velikom broju radova i studija objavljenih u poslednjih deset godina na temu primene sublingvalne alergen specifične imuoterapije (SLIT), još uvek nema dovoljno dokaza o njenoj efikasnosti u lečenju alergijskog rinitisa i astme kod dece. Najjednostavniji i najšire prihvaćeni validni sistem za procenu kliničkih efekata SLIT u AR i astmi je skorovanje simptoma i potrošnje lekova. Cilj naše studije je da analizira kliničku efikasnosti SLIT kod dece sa AR i astmom koristeći simptom skor.

Metoda: U našoj opservacionoj studiji učestovalo je 34 dece (58.8% devojčica i 41.2% dečaka) prosečne starosti 13.8 godina sa dijagnozom astme i AR. Astma, rinitis, okularni i kožni simptomi su analizirani na osnovu gradacione arbitarne skale (skala 0-bez simptoma, 1-blagi simptomi, 2-umereni simptomi, 3-teški simptomi). Period praćenja je trajao dve godine.

Rezultati: 16 pacijenat je bilo monosenzibilisano (7-20.6% na DP i devet- 26.5% na polene) dok je ostalih 18 (52.9%) pacijenata bilo polisenzibilisano. Astma i rinitis skorovi su statistički značano smanjeni tokom sva tri merenja ($p < 0.001$). Najznačajnije smanjenje simptoma je uočeno kod simptoma wheezinga i noćnog kašlja ($X^2=56,790$; $p < 0,001$, $X^2=56,142$; $p < 0,001$). Kada su u pitanju nazalni simptomi najveći uspeh je postignut za simptome nazalne kongestije i rinoreje ($X^2=43,607$; $p < 0,001$, $X^2=41,809$; $p < 0,001$). Okularni i kožni simptomi se nisu statistički značajno menajli tokom terapije.

Zaključak: Na osnovu rezultata naše studije možemo zaključiti da jednogodišnja primena SLIT dovodi do značajnog poboljšanja simptoma astme i AR. Tokom druge godine praćenja uočva se dalje poboljšanje simptoma naročito kod dece sa većim vrednostima simptom skora. Ključne reči: astma, imunoterapija, deca

ZABLUDE VEZANE ZA IMUNIZACIJU MMR VAKCINOM

Ljiljana Kurilić

Dom zdravlja „Novi Sad“ - Novi Sad

Uvod: Imunizacija(vakcinacija) predstavlja namerno ubacivanje uzročnika (mikroba) ili njihovih delova u organizam sa ciljem da se izazove reakcija imunog sistema i razvoj otpornosti na te uzročnike, odnosno bolesti.Imunizacija je regulisana Zakonom o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti i Pravilnikom o imunizaciji i načinu zaštite lekovima.

MMR vakcina je kombinovana živa virusna vakcina koja se pravi od oslabljenih virusa uzročnika malih boginja (morbila), zaušaka (parotitisa) i crvenke (rubeole). Sve tri bolesti su visoko zarazne.Vakcinacija MMR vakcinom sprovodi se kad dete navrší 12 meseci, a mora se sprovesti najkasnije do navršenih 15 meseci života. Revakcinacija se sprovodi redovno do navršenih sedam godina života, odnosno pre upisa u prvi razred osnovne škole. Ako se iz bilo kojih razloga osim trajnih kontraindikacija vakcinacija ne sprovede u predviđenom roku, dete će se vakcinisati do navršenih 14 godina života.

Cilj rada: Prikazati obuhvat imunizacije MMR vakcinom kod dece rođene od 2001. do 2013. godine u Domu zdravlja “Novi Sad”, ambulanta Vasa Stajić.

Ukazati kako su zablude ponovo uzrokovale pojavu epidemije iskorenjenih zaraznih bolesti kao što su male boginje i zaušci.

Metodologija rada: Analiza zdravstvene dokumentacije dece rođene od 2001. do 2013.g.

Rezultati: Analizom rezultata dolazimo do podatka da su deca rođena od 2001. do 2007.godine u velikom procentu vakcinisana sa dve doze MMR vakcine, dok kod dece rođene od 2008. do 2013.godine koja su primila samo jednu dozu vakcine broj vakcinisanih se drastično smanjuje.

Zaključak: U vreme ekonomske krize mas mediji, a posebno internet i društvene mreže imaju poražavajući uticaj, bez naučno zasnovanih činjenica, na svest roditelja u 21. veku, što je i rezultiralo ponovnom epidemijom iskorenjenih zaraznih bolesti u epidemijskim razmerama. Najbitnije za bezbednu imunizaciju je stroga kontrola proizvoda (vakcina), bezbedna distribucija (hladan lanac) i kontinuitet u snabdevanju što je i osnovni postulat za vraćanje poverenja roditelja čija deca treba da se vakcinišu.

DA LI JE KLINIČKI FENOTIP ALERGIJSKIH BOLESTI DETERMINISAN SENZIBILIZACIJOM NA HRANU?

Mirjana Živanović

Specijalna bolnica "Sokobanja", Sokobanja

Ciljevi: utvrđivanje odnosa između hrane koja izaziva senzibilizaciju i kliničke ekspresije nutritivne alergije, klinički simptomi drugih alergijskih bolesti i njihova međusobna povezanost.

Metode: sprovedene su dijagnostičke metode u cilju potvrde nutritivne alergije: anamneza, skin prick test, određivanje spec. IgE I, kod malog broja pacijenata, oralna provokacija hranom.

Rezultati: u istraživanju je uzelo učešće 226-oro dece. Nutritivna alergija je dokazana na sledeću hranu: kravlje mleko(24,79%), jaja(17,70%), kikiriki(12,83%), pš.brašno(11,50%), soja(10,18%), koštunjavo voće(7,96%), riba (7,96%), kivi (7,08%). Srednja vrednost uzrasta ispitanika bila je 14 meseci. Nije bilo značajne razlike među polovima(dečaci 52%, devojčice 48%). Učestalost atopijskog dermatitis bila je veća kod dece sa alergijom na jaja (72%) u poređenju sa onima koji su alergični na kravlje mleko(28%) I nap š.brašno(24%) I na kikiriki (49%), ($p < 0,001$). Astma je bila mnogo češća kod dece alergične na kikiriki(65%), nego kod onih alergičnih na jaja(24,4%) ili na mleko(26,2%), ($p = 0,001$). Alergijski rhinitis je značajno češći kod dece alergične na kikiriki(41%) nego kod dece alergične na kravlje mleko(4,2%) I jaja(3,8%)($p < 0,001$) Senzibilizacija na polene je mnogo češća kod dece sa alergijom na kikiriki(64,4%), nego kod dece alergične na jaja(4,7%) ili kravlje mleko(4%)($p < 0,001$).

Zaključci: vrsta hrane koja uzrokuje alergiju je bitan pokazatelj kliničke ekspresije, intenziteta tegoba, prognoze nutritivne alergije, ali I pridruženih alergijskih bolesti.

Ključne reči: alergija, hrana, deca

PROCENA KONTROLE ALERGIJSKE I NEALERGIJSKE ASTME KOD DECE OD 6 DO 18 GODINA

Zoran Petrović-Dimeski, Snežana Živanović

ZC Gnjilane, Klinika za dečije interne bolesti KC Niš

Uvod: Astma je najčešća hronična bolest dečjeg uzrasta, predstavlja jedan od vodećih uzroka hroničnog oboljevanja. Prevalenca astme u svetu raste pa njena kontrola ima globalni značaj. Kod većine astmatičara astma je alergijska, a oko 20% ima nealergijsku astmu, koja ima bolju prognozu, ali predstavlja terapijski problem u ranom detinjstvu.

Cilj: Utvrditi mogućnost kontrole alergijske i nealergijske astme uz upotrebu inhalatornih kortikosterida. Utvrditi najmanju dozu za postizanje dobre kontrole astme.

Materijal i metodi rada: Praćeno je 98 dece dece sa dijagnostikovanom astmom kroz pulmološku ambulantu KDIB-KC Niš. Deca su podeljena u dve grupe: I grupu je činilo 70 dece sa kontrolisanom, a II grupu 28 dece sa nekontrolisanom astmom. Prosečna starost ispitanika je 10,72 godina (od 6 do 18 godina). Step en atopije i vrsta alergena procenjavana je kožnim prick testom na standardne inhalacione alergene. Sva deca su bila na profilaksi inhalacionim kortikosteroidima (IKS), praćena je kontrola bolesti u periodu od tri meseca i bolesnici su klasifikovani prema GINA smernicama.

Rezultati: Utvrđen je atopijski status kod 81,63% astmatične dece, dok je broj neatopijskih ispitanika 18,37%. U grupi dece sa alergijskom astmom potpunu kontrolu bolesti je ostvarilo 60 (87,14%), a delimičnu 19 (67,86%) dece. U grupi bez prisutne atopije potpuna kontrola je ostvarena kod 9 (12,86%), a delimična kod 32,14% dece. Atopijskih ispitanika je bilo statistički značajno više u kontrolisanoj u odnosu na delimično kontrolisanu astmu ($p < 0,05$).

Zaključak: Nealergijska astma se teže kontroliše monoterapijom IKS. Dok se dobra kontrola postiže primenom niskih doze IKS-a kod većine atopijskih ispitanika, više od polovine ispitanika sa neatopijskom astmom dobru kontrolu postiže primenom srednje doze IKS, kombinacijom IKS+dugodelujući beta-2 agonista ili niskom dozom IKS-a uz montelukast.

Ključne reči: astma, alergija, kontrola

VITAMIN D SUPPLEMENTS AND GENETIC RISK FOR NEPHROLITHIASIS AND NEPHROCALCINOSIS

Velibor Tasić, Zoran Gucević

University Children's Hospital, Medical School, Skopje, Macedonia

Background: Vitamin D or sunshine vitamin has several important functions such as the absorption of calcium and phosphorous, facilitation normal immune system function, growth and development of bones and teeth and improved resistance against certain diseases. Vitamin D deficiency leads to rickets in infants and osteomalacia or osteoporosis in adults increasing the risk for fractures. The recent studies showed secondary benefits in reducing risk of multiple sclerosis, heart disease, and likelihood of

developing the flu. The aim of this study is to present the own and literature experience with vitamin D toxicity in genetically predisposed individuals.

Results: Idiopathic infantile hypercalcemia (IIH) presents in infants who may be severely ill with vomiting, poor appetite failure to thrive, seizures and if unrecognized and inappropriately treated may die. Schlingmann and the group from Munster reported in The New England Journal of Medicine that homozygous CYP24A1 mutations were cause for this disease in majority of babies. The authors also tested adult patients from former East Germany who parenterally received 2 million units of vitamin D in infancy and developed signs of vitamin D toxicity as infants. All carried homozygous mutations in CYP24A1.

In Macedonia we have diagnosed on clinical basis 7 babies with IIH. We tested them for CYP24A1 mutations and found that all had typical Central European E143del mutation. After the report in The New England Journal of Medicine there were additional reports in which CYP24A1 mutations were found in adult subjects with idiopathic calcium oxalate nephrolithiasis or unexplained nephrocalcinosis. Recently in collaboration with Boston Children's Hospital (Harvard Medical School) using targeted next generations sequencing we diagnosed IIH in a 12 year old girl who had incidental nephrocalcinosis. She had normal growth and had not any problems as an infant. Along with this case and other study reports it is now clear that IIH is not the disease exclusively limited to infancy.

Conclusion: Vitamin D is very attractive for promotion overall human health, but its liberal administration may have adverse effects in genetically susceptible individuals. This is important in order to avoid lifelong vitamin D supplements, sunlight exposure and for prenatal or early postnatal diagnosis of CYP24A1 mutations carries to implement early preventive measures.

Key words: Vitamin D, supplements, CYP24A1, toxicity, children, nephrolithiasis

H.PYLORI GASTRITIS KOD DECE: MOGUĆE POSLEDICE I NJIHOVO LEČENJE I PREVENCIJA

Dragana Ilić¹, Vojislav N Perišić², Zoran Blagojević³, Irena Marsenić¹

Klinika za dečije interne bolesti Niš, Srbija¹

Univerzitetska dečija klinika Beograd, Srbija²

Odeljenje za unutrašnje bolesti, Odsek za gastroenterologiju i hepatologiju Vojne bolnice Niš, Srbija³

Helicobacter pylori (*H.pylori*) je glavni uzrok gastritisa kod dece i odraslih. Prevalenca *H.pylori* gastritisa u našoj sredini je i dalje visoka, a glavnim razlogom smatra se loš socioekonomski status. Infekcija se stiže još u ranom detinjstvu i prenosi se oro-oralnim i feko-oralnim putem, najčešće preko majke. Tako kolonizirana gastrična sluzokoza stvara uslove za pokretanje inflamatornog imunog odgovora i razvoj hroničnog gastritisa koji predstavlja morfološku osnovu za nastanak gastrične peptične ulkusne bolesti, gastričnog limfoma (MALT) i karcinoma. Iako je incidenca peptičkog ulkusa u detinjstvu mala, posebno gastričnog karcinoma, zna se da histološke promene (želudačna glandularna atrofija i intestinalna metaplazija-važni riziko faktori za dalji razvoj kancera), mogu biti prisutne mnogo godina pre displazije i maligniteta.

U našoj sredini i dalje su kontroverzna mišljenja o tome kada i kako testirati i lečiti H. pylori infekciju. Tome doprinose i novija saznanja o mogućoj štetnosti povećane eradikacije, tj. inverznom odnosu prisustva H. pylori i učestalosti refluksnog ezofagitisa, karcinoma kardije i dečije astme. Cilj ovog rada je bio da pregledom aktuelnih vodiča za H. pylori infekciju kod dece ukažemo na najnovija saznanja, važnost primene jasnijih preporuka i jedinstvene i pravovremene strategije testiranja, lečenja i prevencije ove infekcije kod dece.

Najnovijim ESPGHAN i NASPGHAN konsenzusom iz 2011. za H. pylori infekciju kod dece (JPGN 2011;53:230-243) tačno su utvrđena pravila testiranja i lečenja, međutim, on važi samo za razvijene zemlje Evrope i Severne Amerike gde je infekcija H. p. u opadanju i gde su mogućnosti testiranja i lečenja veće. U zemljama u razvoju gde spada Srbija i gde je prevalenca H. pylori infekcije i dalje visoka, primena strategije 'test and treat' upotrebom serološkog testiranja kao dostupne i neinvazivne metode masovnog skrininga može biti opravdana.

Nove studije H. pylori infekcije kod dece u Srbiji biće od značaja za bolje razumevanje epidemiologije i njene uloge u razvoju brojnih gastrointestinalnih i ekstraintestinalnih manifestacija i doprineće izbalansiranom lečenju u skladu sa kliničkom slikom i faktorima sredine.

Ključne reči: H. pylori, deca, prevencija.

UTICAJ NAČINA ISHRANE I DRUGIH ŽIVOTNIH STILOVA NA STANJE UHRANJENOSTI KOD ADOLESCENATA U NOVOM SADU

Temira Lozanić

Dom zdravlja „Novi Sad“; Novi Sad; Srbija

Uvod: Gojaznost predstavlja jedan od najopasnijih zdravstvenih problema sa kojima se danas deca i adolescenti suočavaju, zbog ozbiljnih rizika po zdravlje i značajnog porasta prevalencije širom sveta. Glavne detereminante ove epidemije su fizička neaktivnost i nepravilna ishrana. Adolescenti odrastanjem su veoma osetljivi na uticaje iz okruženja. Kao grupa su skloni da preskaču obroke, jedu češće i više van kuće, učestalo grickaju visoko kaloričnu hranu i pića kao obrok ili užinu. Ovaj model ishrane može dovesti do deficita važnih nutrijenata, razvoja gojaznosti i povećati rizik za nastanak hroničnih nezaraznih bolesti.

Cilj rada: Istražiti povezanost između navika u ishrani, nivoa fizičke aktivnosti i stanja uhranjenosti u grupi prekomerno uhranjenih adolescenata iz Novog Sada uzrasta od 16 do 19 godina

Metodologija: istraživanje je sprovedeno u Savetovalištu za mlade DZ "Novi Sad" tokom 2008 godine u grupi od 50 adolescenata uzrasta od 16 do 19 godina, učenika srednjih škola u Novom Sadu. Stanje uhranjenosti je procenjeno primenom antropometrije a navike u ishrani i drugim životnim stilovima primenom upitnika.

Zaključak: Ishranu ove grupe adolescenata je karakterisao povećan unos rafiniranih ugljenih hidrata, ukupne, zasićene i trans masti, dodatih šećera i soli a nedovoljan unos

vitamina, minerala vlakana i važnih nutrijenata. Ovakov model ishrane uz fizičku neaktivnost, hroničan nedostatak sna, genetske i druge faktore rizika povećava rizik za održavanje i trajanje gojaznosti i predkazuje povećan rizik za razvoj hroničnih bolesti u odraslo doba.

RANI POČETAK DIJABETESA I REKURENTNA INSUFICIJENCIJA JETRE; ŠTA JE MOGUĆI UZROK?

Vesna Cvetković, Ljiljana Šaranac, Zlatko Đurić, Sandra Stanković

Klinika za dečje interne bolesti, Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, Srbija

Petogodišnja devojčica rođena kao „mala za datum“ primljena je u stanju teške dehidracije. U uzrastu od 10 meseci postavljena je dijagnoza dijabetesa tipa 1. Sve vreme metabolička kontrola nezadovoljavajuća (HbA1C od 8.6 do 10.2%), rast ispod proseka (TV 105cm na P22) uz deficit u telesnoj masi u odnosu na idealnu. U uzrastu od 2.5 godine javlja se prva epizoda hepatitisa, sa značajnim oštećenjem hepatocita, uz delimično očuvanu sintetsku funkciju jetre. Nakon primenjene terapije evidentan relativno brz potpun oporavak. U uzrastu od 5 godina manifestuje se nova i teža epizoda akutne insuficijencije jetre. Na prijemu somnolentna, apatična, adinamična, subfebrilna, hipotonična, bleđa, haloniranih očiju, bradikardična, sa prisutnim palmarnim eritemom, teleangiektazijama na licu i edemima stopala. Evidentna hepatosplenomegalija.

GOT 5860...7350 GPT 4430...5200 LDH 9240...4971

Ukupni bilirubin 42.4...51.3 Direktan bilirubin 30.5...40.4

Ukupni proteini 58.6...48.9 Albumini 35.4...28.5

Gama globulini diskretno povišeni. Regstruje se i poremećaj faktora koagulacije. Slabo pozitivna antinuklearna antitela, sva druga autoantitela negativna. Serološke probe ne otkrivaju hepatotropne viruse. Započeta kortiko terapija (Pronisonom) po protokolu za autoimunski hepatitis koja rezultuje potpunim oporavkom nakon 3 nedelje.

Učinjena je i biopsija jetre, rezultate očekujemo.

Uzrok ponovljene akutne insuficijencije jetre devojčice sa dijabetesom, još uvek je nepoznat. Razmatrana je Wilsonova bolest, cistična fibroza, udruženost autoimunskih bolesti, kao i različite forme hepatitisa. Pijaća voda iz bunara kontaminirana.

Da li je ovo još jedan slučaj sindroma Wolcott-Rallison?

Neophodno je genetsko ispitivanje koje će to potvrditi.

Ključne reči: dijabetes, insuficijencija jetre

ENERGETSKA I HRANLJIVA VREDNOST OBROKA U DEČJEM VRTIĆU PREDŠKOLSKE USTANOVE „RADOST“ U ČAČKU

Dr Vesna Šumanov, Dr Milka Levajac

Zavod za javno zdravlje Čačak, Čačak, Srbija

Ciljevi: Cilj rada je da se na osnovu ispitivanja 10 celodnevni obroka uzorkovanih u dečjem vrtiću predškolske ustanove „Radost“ u Čačku u sezoni proleće – jesen 2013. godine, utvrdi da li obroci za uzrast 3-5 godina po energetske vrednosti i sadržaju hranljivih materija zadovoljavaju normative utvrđene Pravilnikom o normativu društvene ishrane dece u ustanovama za decu (Sl. glasnik RS, br. 50/94).

Metode: Podaci su dobijeni na osnovu laboratorijskog ispitivanja analitičkom metodom 10 celodnevni obroka uzorkovanih metodom dvostrukih obroka, po 5 dnevnih obroka u sezoni proleće i jesen 2013. godine. Podaci o energetske vrednosti poređeni su sa 75% ukupnih dnevnih energetske potreba predškolskog deteta što je u skladu sa prosečnim dnevnim boravkom deteta u vrtiću (oko 10 sati), a udeo hranljivih materija (belančevina, masti i ugljenihhidrata) ,izražen je u procentima u odnosu na energetske vrednost obroka.

Rezultati: Rezultati prosečne energetske vrednosti obroka u 2013. godini pokazuju da je srednja energetske vrednost obroka za uzrast 3-5 godina iznosila 1183 kcal (4949 kJ), što je 98,58% , odnosno 98,66% u odnosu na preporuku za 75% dnevnog energetske unosa. Srednji iznos zastupljenosti belančevina u kJ iznosio je 609 kJ, masti 1433 kJ i ugljenihhidrata 2910 kJ, dok je udeo u odnosu na energetske vrednost obroka iznosio za belančevine 12,3%, za masti 28,95% i za ugljenehidrate 58,79%.

Zaključak: Samo raznovrsni, isplanirani i izbalansirani obroci osiguravaju optimalan unos energije i svih važnih nutrijenata i omogućavaju pravilan rast i razvoj dece. Obroci u Predškolske ustanovi „Radost“ u Čačku za uzrast 3-5 godina obezbeđuju adekvatan energetske unos, a prosečan udeo hranljivih materija- belančevina, masti i ugljenihhidrata je u okviru dozvoljenih odstupanja.

Ključne reči: Dečji vrtić, energetske vrednost obroka, hranljive materije

NOVE PERSPEKTIVE RANE PRIMENE BIO-MARKERA U JEDINICAMA INTENZIVNE NEONATALNE NEGE

Aleksandra Simović, Jasmina Knežević, Zoran Igrutinović

Klinika za pedijatriju, Klinički centar „Kragujevac“, Kragujevac, Srbija

Posle prematuriteta, perinatalna asfiksija predstavlja vodeći uzrok neonatalnog morbiditeta i mortaliteta. Incidenca perinatalne asfiksije varira u zavisnosti od primenjenih dijagnostičkih kriterijuma. U istraživanjima razvijenih zemalja incidenca teške perinatalne asfiksije, (koja dovodi do značajnog cerebralnog oštećenja ili smrtnog ishoda) je oko 1/1000 živorođene dece, dok je u nerazvijenim zemaljama ona mnogo češća (od 5–10/1000 živorođenih). Patofiziološku osnovu postasfiktičkih lezija pojedinih

organa i tkiva predstavlja iscrpljenje mehanizama cirkulatorne i metaboličke adaptacije fetusa ili novorođenčeta na hipoksičko-ishemijski stres. Nakon inzulta, rana dijagnoza značajnog cerebralnog ili miokardnog oštećenja može biti od presudnog značaja. Nažalost, klinički i radiološki znaci kod velikog procenta novorođene dece su nemanifestni, uprkos već postojećeg biohemijskog oštećenja. Stoga detekcija biomarkera koji bi omogućili ranu identifikaciju visokorizične novorođenčadi predstavlja značajan cilj aktualnih naučnih istraživanja. Drugi važan cilj je da se identifikuje biomarker koji bi pružio najtačnije informacije o kvantitativnom oštećenju vitalnih organa i predstavljao pouzdan marker za procenu efikasnosti terapije. Postoje brojni mogući rani bio-markeri koji su istraživani tokom poslednjih decenija, kao što su: C-reaktivni protein, srčana (MB) i moždana (BB) kreatin kinaza, srčani troponini- I i T, moždani natriuretski peptid i njegov prekursor pro-BNP, adrenomedulin, eritropoetin, neuron-specifična enolaza oksidativni stres markeri, protein S100B i sl.

Osnovni cilj ovog preglednog rada je bio kratak prikaz potencijalnih bio-markera koji bi se u budućnosti mogli koristiti u jedinicama intenzivne neonatalne nege za preventivnu i terapijsku strategiju kod kritično obolele novorođenčadi sa postasfiktivnim sindromom.

Ključne reči: bio-marker, prognoza, asfiksija

ZDRAVLJE MAJKE I KONTROLNI MEHANIZMI ORGANOGENEZE

Sofija Šljivić¹, Ivana Stojković-Eferica¹, Marija Stojanović¹, Lj. Branković², Lj. Mrkaić¹

¹ Ginekološko akušerska klinika, Klinički centar, Niš, Srbija,

² Klinika za dečje interne bolesti, Klinički centar, Niš, Srbija

Ciljevi: ovog rada je ukazati da pokretači ćelijskog stresa, tokom intrauterusnog razvoja, u smislu akutne infekcije, reaktivacije infekcije, autoimunske bolesti i psihološkog stresa kod majke, dovode do promena u oksidativnom i nitrozativnom metabolizmu, reaktantima akutne faze, parametrima ćelijskog stradanja, histio i organogenezi, kao i genetskim greškama, što može dovesti do nastanka urođenih anomalija ploda.

Metode: Ispitali smo 46 novorođene dece sa urođenim anomalijama i njihove majke. Koristili smo anamnestičke podatke o bolestima majke pre i u toku trudnoće, porodičnoj anamnezi majke i koristili sledeće laboratorijske parametre: broj eritrocita i leukocita, nivo hemoglobina i hematokrita, razmaz periferne krvi, nitro-blue-tetrazolium test, serumski nivo imunoglobulina, nivo serumskog azot monoksida, aktivnost kreatinfosfokinaze, kariotip G trakama, ultrazvučni pregled centralnog nervnog sistema i srca, kao i klinički pregled novorođene dece.

Rezultati: U ispitivanoj grupi su se tokom aktuelne trudnoće zabeležene akutne i/ili hronične bolesti kod 43 majki (93%), a 14 (30%) su bile izložene psihološkom stresu. Analizom lične i porodične anamneze kod 11 majki (24%) se sreću bolesti dece u užoj i široj porodici. Laboratorijski parametri majki pokazuju: povišene vrednosti parametara proinflatarnog odgovora, povišene vrednosti azot monoksida, nishodnu regulaciju oksidativnog metabolizma, anemiju. Kod ispitivane dece registrivno je: povećanje parametara proinflatarnog odgovora, pokušaj nishodne regulacije oksidativnog metabolizma, visok nivo azot monoksida, smanjena aktivnost kreatinfosfokinaze. Kod

dvoje dece (4,3%) registrovana je hromozomska abnormalnost. Novorođena deca sa urođenim anomalijama su u 98% (45dece) imala brojne rane neonatalne probleme.

Zaključak: Prenatalna aktivacija imunskog sistema majke, medijatorima proinflatornog odgovora kao i drugim brojnim mehanizmima, uključujući i kontrolu genske ekspresije, mogu doprineti nastanku urođenih anomalija i izmenjenog funkcionalnog stanja nekih tkiva i organa ploda.

Ključne reči: trudnoća, proinflatorni odgovor, organogeneza

NAJČEŠĆI PROBLEMI RAZVOJNOG PERIODA NOVOROĐENOG DETETA **Srboljub Stajić, Jekica Marjanović, Jasminka Komnenović, Gordana Stevanov Mitrić** Dom Zdravlja Novi Beograd, Beograd, Srbija

Cilj predavanja da ukažemo na najčešće probleme razvojnog perioda novorođenčeta i damo odgovore na sva pitanja i ukazemo na mere i postupke u nezi i hranjenju novorođenog deteta.

Metod: Retrospektivnom studijom u savetovalištu DZ Novi Beograd na uzorku od 3600 novorođene dece u trogodišnjem periodu klasifikovali smo najče probleme novorođene dece, kao i najčešća pitanja u nezi i hranjenju novorođenčeta.

Nabrajaćemo najčešće razvojne probleme: 1. Problem vlaženja pupka i prevencija omfalitisa, granulomi, umbilikalne kile. Razvojna patologija kuka abdukciono povijanje beba ultra zvuk i rotatorne vežbe. Kupanje i brisanje, toaleta nosa. Hipotonija, hipertonija gornjih i donjih ekstremiteta sa osvrtom na hipotoniju vratne muskulature. Značaj podoja i hranjenja bebe, mlečne formule. Uvođenje nemlečne ishrane, pirinač, žitarice, voće mlečni proizvodi, voće žumance meso. Vakcinacija značaj vakcina prednosti petovalentnih vakcina, pnemokokne vakcine. Značaj pravovremenog zasedanja i vertikalizacije, prohodavanje deteta. Praćenje rasta, razvoja deteta procesa okoštavanja, praćenje obima glave, problemi denticije suplementacija D vitamina.

U zaključku moramo da istaknemo da rešavanje razvoja novorođenog deteta je izuzetno dinamičan proces koji traži dosta angažovanja pedijatra i patronažne službe.

Ključne reči: novorođenče, prevencija, rast i razvoj.

MORBIDITET NOVOROĐENČADI ROĐENIH IZ TRUDNOĆA SA PROM-OM **Saveta Stanišić¹, Marija Joksimovic², Zorica Babić³, Tanja Radunović⁴**

¹Odsjek za neonatologiju Ginekološko- akušerskog odeljenja Opšte bolnice Berane

^{2,3}Dječiji dispanzer Doma zdravlja "Dr Nika Labović" Berane

⁴Mikrobiološka služba Doma zdravlja "Dr Nika Labović" Berane

Uvod: PROM predstavlja prevremenu rupturu plodovih ovojnica prije početka porođaja a terminski PROM rupturu horioamnionskih membrana posle 37 nedelje gestacije. Interval između prsnuća plodovih ovojaka i početka porođaja naziva se latentnim periodom. PROM nastaje u oko 8-10 % slučajeva terminske trudnoće.

Cilj rada: Utvrditi rani neonatalni morbiditet novorođenčadi rođenih iz trudnoća sa PROM-om

Materijal i metodologija: Prospektivna studija 22 trudnice hospitalizovane na Ginekološko-akušerskom odjeljenju Opšte bolnice Berane zbog PROM-a u periodu od januara 2008.god do januara 2009. godine. Na prijemu svim trudnicama su rađeni testovi za dijagnozu PROM-a: laboratorijske analize(KKS, C-reaktivni protein), vaginalni i cervikalni brisevi, ultrazvuk, kardiotokografija. Prosječna gestaciona dob bila je $39,3 \pm 0,9$ nedelja gestacije. Kod 50% trudnica porođaj je završen carskim rezom. U obradi podataka korišćena je deskriptivna statistika za dobijanje prosječnih vrijednosti.

Rezultati: U našoj seriji bila je ravnomjerna distribucija novorođenčadi po polu. Analiza stanja vitalnosti na rođenju: Apgar score indeks od 8-10 je imalo 15(68,2%), od 4-7 5(22,7%), od 0-3 2(9,1%) novorođenčadi. Prosječna vrijednost tjelesne mase je bila $3449,5 \pm 595,7$ gr, tjelesne dužine $52,8 \pm 4,2$ cm, obim glave $35,7 \pm 1,3$ cm. Kongenitalne anomalije su registrovane kod 5 novorođenčadi: Hipospadija kod 2 novorođenčeta, urođena srčana mana kod 1, Pierre Robin sindrom kod 1 i pes equinovinvarus.kod 1. U strukturi ranog morbiditeta prisutna je infekcija kod 8(36,4%) novorođenčadi, respiratorni distres kod 4(kod 2 novorođenčeta je dijagnostikovana pneumonija, kod 1 perzistentna plućna hipertenzija i kod 1 tranzitorna tahipneja). Novorođenče sa perzistentnom plućnom hipertenzijom je upućeno u tercijernu ustanovu zbog potrebe za mehaničkom ventilacijom. Došlo je do egzitusa u prvoj nedelji života.

Zaključak: PROM je povezan sa značajnim perinatalnim morbiditetom. Intrauterina infekcija je jedan od glavnih etioloških faktora za pojavu PROM-a a kasnije i neonatalnog morbiditeta.

Ključne riječi: PROM, novorođenče, morbiditet

UTICAJ IZLOŽENOSTI ZAGAĐENOM VAZDUHU NA TELESNU DUŽINU NOVOROĐENČADI

Aleksandra Stanković^{1,2}, Maja Nikolić^{1,2}, Mirjana Arandelović^{1,3}

¹ Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, Srbija

² Institut za javno zdravlje Niš, Srbija

³Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika Niš, Srbija

Cilj. Izloženost zagađujućim materijama iz vazduha pre i tokom trudnoće može se veoma negativno odraziti na reprodukciju i na plod. Cilj istraživanja je bio utvrđivanje međuzavisnosti između izloženosti trudnica zagađenom vazduhu i pojave smanjenja telesne dužine novorođenčadi.

Metod. Istraživanje je obuhvatilo 327 trudnica iz Niša, koje su se javljale tokom redovnih kontrola u Domu zdravlja Niš. U odnosu na izloženost zagađujućim materijama iz vazduha, trudnice su bile podjeljene na eksoniranu (n=174) i neeksoniranu grupu (n=153). Trudnice su bile nepušači, negativne anamneze u pogledu prisustva hroničnih bolesti i koje su živjele najmanje pet godina na istoj lokaciji. Ispitivanje zagađujućim materijama iz vazduha (sumpor dioksida i čađ) vršeno je u Institutu za zaštitu zdravlja u

Nišu na dva mera mesta u Nišu i Niškoj banji. Prikupljanje podataka o vrednostima telesne dužine novorođenčadi vršeno je iz bolničkog protokola Ginekološko akušerske klinike u Nišu.

Rezultati. Rezultati ispitivanja su pokazali da ne postoji statistička značajna razlika u prosečnim vrednostima telesnih dužina između novorođenčadi ispitivanih grupa trudnica ($t = 0.823, p > 0.05$).

Zaključak. Dobijeni rezultati su pokazali da izloženost trudnica zagađenom vazduhu nije uticala na pojavu smanjenja telesne dužine kod novorođenčadi.

Cljučne reči: aerozagađenje, telesna dužina, novorođenče.

KORELACIJA AKTIVNOST ANTIOKSIDATIVNIH ENZIMA I NIVOA BILIRUBINA U SERUMU KOD PRETERMINESKE NOVOROĐENČADI

Ivana Stojković Eferica, Sofija Šljivić, Marija Stojanović

Ginekološko-akušerska klinika, Neonatološko odeljenje, Klinički centar-Niš

CILJEVI: Ispitivanje značajnosti izmene pokazatelja oksidativnog stresa i postojanja korelacije nivoa neenzimskog antioksidansa bilirubina i aktivnosti antioksidativnog enzima superoksid-dizmutaze (SOD) u serumu prevremeno rođene dece.

MATERIJAL I METODE: Ispitivanu grupu je činilo 30-ro prevremeno rođene dece, gestacione starosti od navršene 30-te do 35 nedelje gestacije, iz trudnoća komplikovanih različitim patološkim stanjima. Uzorci krvi uzimani su iz maternalnog kraja pupčanika, neposredno po njegovom klemovanju i presecanju i u njima određivana aktivnost enzima SOD, kompletna krvna slika, hemokultura i ispitivana oksidativna sposobnost fagocita NBT testom. C-reaktivni protein (CRP) određivan je u uzorcima iz pupčanika i u uzorcima periferne krvi uzetim u trećem danu života. Nivoi ukupnog i direktnog bilirubina u serumu određivani su u trećem danu. Kontrolnu grupu je činilo 30-oro zdrave, terminske novorođenčadi, sa fiziološkim ikterusom. Za ispitivanje paralelizma numeričkih podataka korišćen je Pirsonov test jednostruke linearne korelacije (r).

REZULTATI: Sve trudnoće majki ispitivane dece bile su komplikovane nekim od patoloških stanja u čijoj osnovi leži oksidativni stres: hipertenzivnim sindromima u trudnoći, gestacionim dijabetesom, različitim infekcijama, PPROM-om, genitalnim krvarenjem. Kod prevremeno rođene dece registrovan je statistički značajno viši broj ukupnih leukocita, fagocita i trombocita, kao i NBT pozitivnih fagocita, spontano i nakon PMA- stimulacije. CRP je bio signifikantno viši u ispitivanoj grupi dece u oba uzorka, a nivo ukupnog bilirubina u serumu u trećem danu. Sve hemokulture su bile negativne. Aktivnost SOD je signifikantno viša kod pretermeske dece. Korelacionom analizom je utvrđeno da aktivnost SOD u serumu iz pupčanika signifikantno negativno, visokim intenzitetom, korelira sa vrednostima ukupnog bilirubina u trećem danu kod pretermeske dece.

ZAKLJUČAK: Povećan broj leukocita, fagocita, trombocita, vrednosti CRP-a i ushodna regulacija oksidativnog metabolizma fagocita, detektovani neposredno po rođenju kod pretermeske dece, indirektni su pokazatelji stimulacije proinflamatornog odgovora i sledstvenog oksidativnog stresa, iniciranih u uslovima izloženosti oksidativnom stresu in utero. Povišena aktivnost SOD rezultat je indukcije ovog enzima u cilju zaštite tkiva od

oštećenja slobodnim radikalima. Negativna korelacija aktivnosti SOD i nivoa ukupnog bilirubina ukazuje na komplementarnu ulogu ova dva antioksidativna faktora u prevenciji oksidativnog oštećenja tkiva. Indukcija povećanog obima sinteze bilirubina, kao neenzimskog antioksidansa, verovatno bar delom kompenzuje limitirani kapacitet indukcije ključnog antioksidativnog enzima - SOD kod pretermeno rođene dece, omogućavajući tako povećanje/održavanje totalnog antioksidativnog kapaciteta plazme. Imajući u vidu preventivni antoksidativni efekat bilirubina u stanjima inflamacije i oksidativnog stresa, koji igraju vaznu ulogu u nastanku i evoluciji različitih patoloških stanja i njima posredovanim oštećenjima tkiva, preporučuje se izbegavanje suviše agresivnih protokola terapije hiperbilirubinemije kod pretermeno rođene dece.

Ključne reči: Superoxid-dizmutaza, bilirubin, oksidativni stres, prematuritet

Literatura:

Gervasi MT, Chaiworapongsa T, Naccasha N, Maternal intravascular inflammation in preterm rupture of membranes. *J Matern Fet Neonatal Med* 2002;11:171-175.

Goncalves LF, Chaiworapongsa T, Romero T. Intrauterine infection and prematurity. *Ment Retard Dev Sisabil Res Rev.* 2002; 8:3-13.

Sharma JB, Sharma A, Bahadur A, Vimala N, Satyam A, Mittal S. Oxidative stress markers and antioxidant levels in normal pregnancy and preeclampsia. *Int J Gynecol Obstret.* 2006; 2:26-34.

Romero R, Gomes R, Glezzi F, Mozer M, Yoon BH, Edwin SS, Berry SM. A fetal systemic inflammatory response is followed by the spontaneous onset of preterm parturition. *Am J Obstret Gynecol.* 1998; 179: 186-193 (II).

Davis JM, Anten RL. Maturation of antioxidant system and the effect on preterm birth. *Semin Fet Neonat Med.* 2010; 15;191-195.

Robles R, Palamino N, RoblesA. Oxidative stress in neonate. *Early Hum Dev.* 2001; 65: 75-81.

Benzie IF, Strain jj. The feric reducing ability of plasma (FRAP) as a mesure of „antioxidant power“: The FRAP assay. *Analyt. Biochem.* 1996; 230:70-76.

Chang FF, Wong RI, Vreman HL. Heme-oxigenase-2 protects against lipid peroxidation mediated cell loss and impaired motor recovery after traumatic brain injury. *J. Nerosci.* 2003; 23: 3698-3696.

PROCENA I ANALIZA POSTURALNOG STATUSA UČENIKA OSNOVNO ŠKOLSKOG UZRASTA

Nenad Baštovanović, D.Vasić-Sušić

Opšta bolnica „Laza K.Lazarević“ Šabac

Uvod: Loše držanje tela dece je pokazatelj zdravstvenih problema koji mogu postati veoma ozbiljni ukoliko se ne prepoznaju i ne isprave na vreme. I pored toga, često se dešava da se ovi problemi ne uoče blagovremeno. Poremećaji držanja tela se uglavnom javljaju zbog slabosti mišića u regionu leđa, grudi ili stomaka. Promene se pojavljuju prvo na mišićima, zatim ligamentima i koštanom sistemu. Prvilno držanje je osnovni preduslov dobrog zdravlja.

Cilj: Cilj rada je procena i uporedna analiza posturalnog statusa kod učenika različitog pola, sagledavanjem pojedinih segmenata tela.

Materijal i metodi rada: Za potrebe rada podaci su prikupljeni u jednoj osnovnoj školi na teritoriji opštine Šabac. Analiza je sprovedena na uzorku od 235 učenika, od toga su 131 dečaka i 104 devojčice uzrasta između 11 i 15 godina. Za procenu posturalnog statusa korišćena je metoda po Wolanskom. Po Wolanskom postoje tri ocene: 0, 1 i 2.

Ocena 0 je kada su svi parametri u normalnim odnosima-normalan status.

Ocena 1 predstavlja određeno odstupanje od normale. To je stadijum funkcionalnog deformiteta-popuštanje aktivnog dela lokomotornog aparata.

Ocena 2 karakteriše znatno odstupanje od normalnog statusa. Postoje strukturne promene lokomotornog aparata.

Rezultati: Postoji statistički značajna razlika u analizi pojedinih segmenata tela (ramerna, grudi i lopatice) između dečaka i devojčica. Značajne razlike ne postoje u: držanju glave, odstupanja kičmenog stuba u frontalnoj ravni, držanju trbuha, oblika nogu, svodu stopala. U poređnom analizom možemo zaključiti da devojčice imaju bolji posturalni status od dečeka u analiziranim segmentima tela.

Zaključak: Da bi se postojeća odstupanja od normalnog posturalnog statusa na vreme korigovala, potrebno je angažovanje svih onih koji učestvuju u brizi o deci (roditelji, nastavnici, pedijatri)

PROMOVISANJE ZDRAVIH NAVIKA I PONAŠANJE KROZ ZDRAVSTVENO VASPITNI RAD U SAVETOVALIŠTU ZA MLADE

Dragana Jerić

Dom zdravlja „Novi Sad“; Novi Sad; Srbija

Cilj: Služba za zdravstvenu zaštitu dece Doma zdravlja „Novi Sad“ 01.11.2004.godine osnovala je Savetovanište za mlade sa ciljem promocije zdravih stilova života i prevencije rizičnih ponašanja kod mladih uzrasta od 7-19 godina. U cilju prevencije, promocije zdravlja adolescenata, na stvaranju zdravstvene kulture, podizanju kvaliteta znanja, sticanju veština za uspostavljanje lične odgovornosti za sopstveno zdravlje, a samim tim i za zdravlje drugih. Savetovanište za mlade pruža usluge mladima da se informišu o svim pitanjima seksualnosti, edukuju o zdravim stilovima života, takođe sprovodi preventivni rad o bolestima zavisnosti, kao i rad na očuvanju mentalnog zdravlja mladih.

Metodologija: Rad se odvija u formi individualnog savetovanja, grupnog rada radioničarskog tipa, predavanja, učestvovanje u kampanjama na promociji zdravlja i prevenciji. Analiza broja poseta Savetovaništu za mlade u proteklih deset godina. Svojim radom smo obuhvatili što veći broj adolescenata i to kroz tribine, zdravstveno-promotivne aktivnosti na javnim mestima kao i uključivanje što većeg broja vršnjačkih edukatora, odnosno priprema mladih ljudi za širenje usvojenih znanja i veština u određenoj lokalnoj sredini. Rad Savetovaništa baziran je na multidisciplinarnom pristupu i u njegovom radu učestvuju: spec.zdr.psihologije, dipl. psiholozi, dipl. pedagog, spec. struk. med. sest. -oblast javno zdravlje i dipl.organizator zdravstvene nege. Po potrebi se u isti uključuju i lekari drugih specijalnosti kao konsultanti: specijalista socijalne medicine, pedijatar, juvenilni ginekolog, urolog, psihijatar i dermatovenerolog.

Rezultati: Prikaz rezultata rada Savetovališta za mlade koje je sastavni deo Službe za zdravstvenu zaštitu dece Doma zdravlja „Novi Sad“ od osnivanja do obeležavanja deset godina rada istog. Savetovalište za mlade je tokom svog desetogodišnjeg intezivnog rada postalo prepoznatljivo mesto koje mladi sa teritorije grada Novog Sada i Sremskih Karlovaca rado posećuju, razmenjuju svoja iskustva rešavaju probleme i unapređuju svoje zdravlje.

Zaključak: Sadržaj rada Savetovališta je usmeren prema adolescentima i ostvaruje se kroz kontinuiranu edukaciju kako zdravstvenih profesionalaca, tako i stanovništva, posebno adolescenata.

PREVENTIVNI RAD SAVETOVALIŠTA ZA MLADE KRAGUJEVAC
dr Milica Živadinović, dr Z.Karaklaić, dr M.Ilić, dr M.Radulović, psih.A.Joksić,
med.teh.D.Milojević, med.teh.D.Petrović, med.teh. S.Mijailović
Savetovalište za mlade Doma zdravlja Kragujevac, Kragujevac, Srbija

Ovim radom se ukazuje da je preventivni rad u Savetovalištu za mlade neophodan, ima ogromnu, urgentnu, zdravstveno edukativnu ulogu u očuvanju reproduktivnog zdravlja mladih objedinjenu kroz individualni i grupni rad po tipu radionica sa adolescentima. Cilj rada Savetovališta za mlade je podsticanje kritičkog mišljenja, unapređenje veštine donošenja odluka (koje treba da budu individualne, a ne pod uticajem drugih lica), bolje razumevanje sopstvenih osećanja i osećanja drugih, kao i postovanje istih, usvajanje obrasca odgovornog polnog ponašanja, negujući zdrave stilove života, kao i da seksualno obrazovanje postigne najveći efekat kada ga mlada osoba stekne pre nego što postane seksualno aktivna.

Metod prikupljanja podataka je obrada anketa. Pre početka seminara Sačuvajmo zdravlje, učesnici popunjavaju upitnik o informisanosti mladih o reproduktivnom zdravlju. Po završetku seminara popunjavaju evaluacioni upitnik koji sadrži otvorena pitanja o tome kako ocenjuju seminar, koje radionice su im se najviše dopale i šta bi dodali u teme seminara.

Statistička obrada evaluacionih listića na uzorku od 1.106 učesnika, pokazuje rezultat da se seminar mladima dopada, da je poučan, zanimljiv, kreativan i da im koristi. Najviše su im se dopale radionice: ljubav i zaljubljenost, beba biti ili ne biti, kako reći ne, kontracepcija, ja i moje zdravlje, značajan broj je odgovorio da im se dopadaju sve radionice. U program ovog seminara mladi bi dodali teme: droga i alkohol, nasilje u školama, opasnosti na internetu, o AIDS-u, psihičkim problemima mladih, o gej populaciji.

Istraživanje pokazuje da su mladi svesni da je njihovo znanje o reproduktivnom zdravlju i seksualnosti nedovoljno, polovično, a nekad i pogrešno, pa stoga ohrabruju njihove potrebe za što češćim seminarima, što češćim ovakvim diskusijama u školi i na mestima gde se okupljaju mladi. Preventivni rad u Savetovalištu predstavlja veliki izazov i odgovornost ne samo tima Savetovališta za mlade i svih pedijatara, već i odgovornost celog društva u očuvanju reproduktivnog potencijala stanovništva, pa se i naš rad i edukacija mladih nameću kao neophodne.

Ključne reči: preventiva, zaštita reproduktivnog zdravlja, edukacija

RASPOLOŽIVI INSTRUMENTI ZA PROCENU I PRAĆENJE RAZVOJA U PEDIJATRIJSKOJ PRAKSI

Marica Milidrag

Dom zdravlja Savski venac, Beograd

Uobičajen pedijatrijski pregled dece daje samo deo potrebnih podataka za proveru njihovog razvoja, što za posledicu ima pravovremeno otkrivanje samo 30% razvojnih kašnjenja i smetnji. Praksa u razvijenim zemljama sveta pokazuje da dodatna primena instrumenata za procenu i praćenje razvoja kod dece, povećava ovaj procenat na 70 do 80%.

U našoj sredini, pedijatri su sporadično, uglavnom u razvojnim savetovalištim, koristili: Minhensku funkcionalnu razvojnu dijagnostiku i instrument za Orjentacionu procenu psihomotornog razvoja predškolske dece "PMR 3-6 godina". Od skoro, imaju na raspolaganju još nekoliko kvalitetnih razvojnih trijažnih testova. Upitnik za praćenje stadijuma razvoja prema uzrastima (ASQ -3) je set od 21-og upitnika, koji obuhvata oblasti: komunikacije, grube i fine motorne aktivnosti, rešavanja problema i ličnost/društenost, za decu uzrasta od 1 do 66 meseci. Ovi upitnici se primenjuju radi identifikovanja dece koja su u riziku za pojavu razvojnih kašnjenja. Mali broj stručnjaka je obučan i počeo da primenjuje Vodič za praćenje razvoja deteta (GMSD), koji obuhvata: govor/ komunikaciju; kognitivni razvoj, grubu i finu motoričku aktivnost, socijalnu interakciju i komunikaciju, igru, brigu o sebi, sredinu, rizike i rešenja. Takođe dostupan je i Modifikovani upitnik za autizam kod male dece, revidiran, sa kontrolom (M-CHAT/-R/F) namenjen za primenu kod dece uzrasta od 16 do 30 meseci za skrining dece na poremećaj iz autističnog spektra.

Za rano otkrivanje razvojnih problema i pravovremenu primenu ranih intervencija , pedijatrima, koji su svakodnevno opterećeni velikim brojem pacijenata i brojnim aktivnostima koje treba obaviti u kratkom vremenskom periodu, neophodna je pomoć u vidu pouzdanih instrumenata koji bi na brz i jednostavan način obezbedili sistematično uređen potreban broj punovažanih podataka.

Ključne reči: deca, razvojna odstupanja, instrumenti

ĐAČKA TORBA – KRIVA KIČMA

Vanja Petrovski, Tijana Nikolić

Dom zdravlja Niš, Srbija

Uvod: Posturalni poremećaji i deformiteti kičmenog stuba su najčešći poremećaji otkriveni kod školske dece. To su: kifoza, skolioza, kifoskolioza i lordoza. Porast incidence ovih poremećaja je rezultat: smanjene fizičke aktivnosti, lošeg držanja tela, gojaznosti, teških đačkih torbi. Propust u ranom uočavanju ovih promena dovodi do trajnih i ireverzibilnih promena koštano-mišićnog sistema. Preporuka Svetske zdravstvene organizacije o težini školske torbe glasi da ona ne sme prelaziti 10-15% telesne mase deteta.

Cilj: Prikazana je incidenca deformiteta kičmenog stuba kod dece školskog uzrasta kao i prosečna težina školskih torbi po razredima. Cilj rada je bio ukazivanje nesrazmere težine školskih torbi u odnosu na telesnu masu dece.

Metoda rada: Istraživanje je vršeno u nižim osnovnim školama pri čemu su korišćeni rezultati sistematskog pregleda prvog, trećeg, petog i sedmog razreda u školskoj 2013/2014.godini. Prilikom pregleda, metodom inspekcije i palpacije utvrđene su nepravilnosti kičmenog stuba i grudnog koša. Vršena su merenja đачkih torbi u prvom, trećem, petom i sedmom razredu.

Rezultat: Od ukupnog broja – 8938 đака, pregledano je 7987 dece: 3972 (49,73%) dečaka, 4015 (50,27%) devojčica. Kifotično držanje - 1598 đака (20%), od čega 853 dečaka (10,6%), 745 devojčica (9,32%). Skoliotično držanje - 694 đака (8,68%), od čega 326 dečaka (4,08%), 368 devojčica (4,60%). Lordotično držanje - 24 đака (0,30%), od čega 10 dečaka (0,12%) i 14 devojčica (0,17%). Prosečna težina školskih torbi je iznosila: prvi razred 3,25kg, treći razred 3,78kg, peti razred 6,5kg, sedmi razred 7kg, a prosečne telesne mase đака po razredima: prvi razred 25kg, treći razred 30 kg, peti razred 40kg, sedmi razred: 45kg

Zaključak: Neadekvatna težina školskih torbi je vrlo važan uzrok poremećaja statike kičmenog stuba dece školskog uzrasta. Pored redovne fizičke aktivnosti i pravilnog držanja tela, preporučuje se smanjenje sadržaja školske torbe, kao i izrada specijalnih školskih ormarića za odlaganje knjiga i pribora u školama.

Ključne reči: đачka torba, deformitet

STRATEGIJA I PRINCIPI KOJI VODE KA UNAPREĐENJU ZDRAVLJA KROZ ZDRAVE ŽIVOTNE STILOVE

Branislava Spasojević

Dom zdravlja „Novi Sad“ ; Novi Sad; Srbija

Cilj: Savetovalište za mlade od svog osnivanja radi na promociji zdravih životnih stilova u cilju očuvanja zdravlja i sprečavanju bolesti. Uključeno je u strategiju Doma zdravlja „Novi Sad“ za prevenciju i kontrolu nezaraznih oboljenja. Zdrav stil života opisuje ponašanje koje unapređuje zdravlje, odnosno ponašanje koje se karakteriše izbegavanjem poznatih faktora rizika koji bi na kraći ili duži rok ugrozili zdravlje. Ciljevi grupno zdravstveno vaspitnog rada na ovu temu su: podizanje svesti mladih o značaju zdravlja; promovisanje zdravih životnih stilova; približavanje zdravstvenih službi mladima.

Metodologija: Rad se odvija u formi individualnog savetovanja, grupno zdravstveno vaspitnog rada kao i učestvovanje u javnim manifestacijama i tribinama. Grupno zdravstveno vaspitni rad za učenike osnovnih i srednjih škola organizuje se na temu „Zdravi životni stilovi“. Pravilna ishrana-osnova za pravilan fizički i psihički razvoj dece; Fizička aktivnost-razvoj humanosti, sposobnosti, znanja i veština; Zdravim životnim stilovima protiv zloupotrebe psihoaktivnih supstanci; Razvoj životnih veština-put ka nenasilnoj komunikaciji; Očuvanje reproduktivnog zdravlja- razvijanje pozitivnih stavova i vrednosti. Zdravi životni stilovi su promene ne samo na individualnom ponašanju

adolescenta nego i na nivou razreda, škole i zdravstvene ustanove kao i na nivou uzajamnog delovanja između vaspitno obrazovnih ustanova i službi za zdravstvenu zaštitu dece odnosno Savetovališta za mlade.

Rezultati: Prikaz rezultata rada Savetovališta za mlade koje učestvuje u strategiji Doma zdravlja „Novi Sad“ u toku desetogodišnjeg rada je propraćeno izuzetnom saradnjom sa osnovnim i srednjim školama, kako sa učenicima tako i sa nastavnim osobljem. Krajnji cilj je uticati na postepenu promenu svesti, načina razmišljanja, životnih navika i uvođenjem zdravih životnih stilova koje će afirmisati promene u životima mladih. Svako društvo je dužno da neprestano pruža inicijativu za navedene aktivnosti i obezbedi adekvatne uslove.

Zaključak: Zdravstveni radnici uz multidisciplinarni pristup kao što poseduje Savetovalište pomaže učenicima da shvate i usvoje norme ponašanja koje će im pomoći u stvaranju dobre osnove za kvalitetniji i zdraviji život. Između ostalog znači da će adolescentima poboljšati kvalitet života u svim pravcima i u svim oblastima.

SKRINING RAZVOJNOG POREMEĆAJA KUKA

Dr Snežana Trećakov

Dom zdravlja „Novi Sad“ - Novi Sad

Uvod: Razvojni poremećaj kuka je najčešća deformacija lokomotornog sistema dece i označava dislokaciju glavice butne kosti u odnosu na slabije razvijenu čašicu. Uspeh lečenja je veći ukoliko se ranije postavi dijagnoza. Ultrazvuk je sigurna metoda za postavljanje rane dijagnoze razvojnog poremećaja kuka, najefikasnija metoda skrininga.

Cilj: Analiza i prikaz rada u Ambulanti za ultrazvuk kukova Doma zdravlja „Novi Sad“.

Metod: Deskriptivni, korišćenjem podataka iz elektronskih izveštaja.

Rezultati: Ultrazvučni skrining razvojnog poremećaja kuka radi se u Domu zdravlja „Novi Sad“ od 01.09.2009. Na skriningu radi 12 edukovanih pedijatarata. Prvi pregledi dece uzrasta 6-8 nedelja zakazuju se preko Kol centra (do 18 dnevno). Realizacija pregleda u većini slučajeva ukazuje na poštovanje zakazanog vremena i veliko zadovoljstvo roditelja. Kontrolni pregledi zakazuju se u Ambulanti, po obavljenom prvom pregledu, za 8 nedelja sa napisanim datumom i vremenom pregleda uz štampani izveštaj i priloženi snimak. Prosečni dnevni broj pregleda je 24. U prve tri godine rada obavljeno je 13687 (od čega je 8457 prvih) pregleda. Tokom 2013. obavljen je 4871 pregled (3596 prvih). Tokom 2014. bilo je 4259 pregleda (3548 prvih). Korišćena je metodologija ultrazvučnog pregleda po Grafu. Deca sa odstupanjem od normalnog nalaza upućena su ortopedu, u Institut za zdravstvenu zaštitu dece i omladine Vojvodine. Uloga timskog rada veoma je značajna. Patronažna sestra u prvom kontaktu na terenu savetuje preventivno široko povijanje. U Ambulanti za ultrazvuk kukova, timaska sestra obavlja prijem, pripremu i asistira pri kliničkom i ultrasonografskom pregledu kuka.

Zaključak: Uvođenjem ultrazvučnog skrininga ostvarena je mogućnost ranog otkrivanja razvojnog poremećaja kuka na nivou ustanove primarne zdravstvene zaštite. Zahvaljujući saradnji sa specijalistima dečije ortopedije, ubrzo posle skrininga pacijenti

su efikasno terapijski zbrinuti. Unapređenjem organizacije rada Ambulante, povećan je broj prvih pregleda i obuhvat dece ranijeg uzrasta ultrazvučnim skriningom.

Ključne reči: razvojni poremećaj kuka, ultrazvuk, skrining

SOCIAL OUTCOMES IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE AFTER SUCCESSFUL TREATMENT FOR MALIGNANCY RELATE WITH THE PERIOD OF ISOLATION

Tatjana Zaharov

Department of Paediatrics Hemato-oncology, Hans Christian Andersen Children's Hospital, University Hospital Odense, Denmark.

The intensity and duration of childhood cancer treatment may disrupt psychosocial development and thereby cause difficulties in transition into adolescence. Each year about 200 children in Denmark are diagnosed with cancer, and families with children with cancer may experience a variety of stress symptoms as anxiety, aggression, nervousness, difficulty with concentration, appetite problems, depression, memory problems, insomnia and negative thoughts about the disease development maybe in relation to period of protective isolation. Principles of isolation are based on both the risks and the degree of malignancy, and the degree of immunity, especially in preschool children in relation to the vaccination status and immunity to varicella infection. It speaks of three levels of insulation, which carry the appropriate restrictions in terms of social life to the child and parents

The study objective was to assess social outcomes in adolescence and early adulthood after successful treatment for childhood malignancy relate with isolation. Problems arise not because of the risks and side effects of chemotherapy, but the protective isolation of the child during the period of treatment and maintenance phase, resulting in loneliness, separation from group, and therefore the difficulties in returning to everyday life, both for the child and parents after completing the treatment. Despite the significant benefits and the legitimate need for preventive isolation, without counting the cost, there are always searching for the right measure within the "safe boxes" free movement.

ZNAČAJ PREVENTIVNIH ULTRAZVUČNIH PREGLEDA U RANOM OTKRIVANJU RAZVOJNOG POREMEĆAJA KUKA

S. Bacetić^a, V.Jovanović^a, Z.Bajin^{a,b}

^a Institut za ortopedsko – hirurške bolesti „Banjica“, Beograd

^b Državni Univerzitet u Novom Pazaru

UVOD - Razvojni poremećaj kuka je najčešće oboljenje tog zgloba i manifestuje se kao iščašenje u dece, a artroza kod odraslih, nastala kao posledica oboljenja u dečjem uzrastu. Zahvaljujući obaveznom ultrazvučnom skriningu koji se sprovodi kod odojčadi do navršenog šestog meseca život , ranim otkrivanjem razvojnog poremećaja kuka, broj slučajeva koji zahteva operativno lečenje je smanjen u značajnoj meri, a time i kasne posledice ovog oboljenja u odrasloj dobi.

CILJ RADA - Istražiti učestalost razvojnog poremećaja kuka na uzorku od 5000 beba pregledanih u periodu od januara 2013. do decembra 2014. godine u ultrazvučnom kabinetu Instituta „Banjica“

METODE - Od 5000 pregledanih beba skrining ultrazvučnom metodom kukova u dvogodišnjem periodu u Institutu „Banjica“, za dalju analizu uzeti su samo pozitivni nalazi koji su zahtevali lečenje. To su bili nalazi od II a do IV a po Grafu .

REZULTATI - Od pozitivnih kukova na 5000 pregleda nakon ultrazvučnog skrininga nalaz II a po Grafu imalo je 24, II b – 28, II c- 7, II d -2, III a- 3, III b- 1 i IV a po Grafu -2 bebe. Izražno u procentima na 5000 beba pozitivan nalaz imalo je ukupno 67 beba, odnosno 1,34%.

DISKUSIJA - U populaciji pretežno beogradske dece koja gravitiraju ultrazvučnom skriningu u našoj ustanovi u ispitivanom uzorku od 5000 beba razvojni poremećaj kuka otkriven je kod 67, odnosno 1,34%. Ranim otkrivanjem putem ultrazvučnog skrininga – najbolje do kraja drugog meseca života u gotovo svih otkrivenih slučajeva primenom neoperativnog lečenja (terapijske gaćice, Pavlik, trakcija, Von Rosen šina), postiže se odlična remodelacija i kuk se na kraju lečenja uglavnom prevodi u sonografski tip Ia ili Ib po Grafu.

ZAKLJUČAK - U našoj populaciji razvojni poremećaj kuka se još uvek javlja u značajnom broju. S obzirom da nelečeni i kasno otkriveni slučajevi zahtevaju višestruke operativne zahvate, uzrokuju invaliditet, kao i velike troškove lečenja, ultrazvučni skrining koji treba sprovesti najkasnije do kraja drugog meseca života je idealna, brza i jeftina metoda, koja omogućava pravovremenu primenu neoperativnog lečenja i u gotovo svim slučajevima dovodi do formiranja normalnog kuka.

KLJUČNE REČI: Razvojni poremećaj kuka, ultrazvuk, rano otkrivanje

LOWER TOTAL BILIRUBIN LEVELS ARE ASSOCIATED WITH UNFAVOURABLE CARDIOMETABOLIC RISK PROFILE IN OVERWEIGHT/OBESE ADOLESCENT GIRLS

Nebojsa Kavarić¹, Aleksandra Klisic¹, Tanja Injac²

¹ Primary Health Care Center, Podgorica, Montenegro

² Primary Health Care Center, Niksic, Montenegro

Aim: Obesity is associated with increased oxidative stress and inflammation. Recent findings indicate that total bilirubin (TB) has important role in antioxidant defense. Therefore, we aimed to determine serum TB and examine its potential association with cardiometabolic risk factors in overweight/obese adolescent girls.

Methods: A total of 45 overweight/obese adolescent girls, mean age 17.78±1.22 years, and 45 age-matched normal weight controls, participated in this cross-sectional study. Biochemical parameters including serum TB, fasting glycemia, lipid parameters, alanine aminotransferase (ALT), C-reactive protein (CRP), total and differential white blood cell count (WBC) were measured.

Results: Overweight/obese girls displayed lower serum TB level as compared with the normal weight group (6.99±3.40 vs. 10.39±5.92 µmol/L, respectively, p=0.002). Serum

TB level inversely correlated with anthropometric parameters (body mass index and waist circumference ($\rho = -0.384$, $p=0.011$, and $\rho = -0.601$, $p<0.001$, respectively), fasting glycemia ($\rho = -0.459$, $p=0.002$), triglycerides ($\rho = -0.495$, $p=0.001$), LDL-cholesterol ($\rho = -0.328$, $p=0.029$), ALT ($\rho = -0.383$, $p=0.011$), inflammatory markers-CRP and WBC ($\rho = -0.498$, $p=0.001$, and $\rho = -0.588$, $p<0.001$, respectively), neutrophils ($\rho = -0.431$, $p=0.004$), lymphocytes ($\rho = -0.304$, $p=0.044$), monocytes ($\rho = -0.487$, $p=0.001$), eosinophils ($\rho = -0.469$, $p=0.002$), but positively correlated with HDL-cholesterol ($\rho=0.530$, $p<0.001$) in overweight/obese group.

Conclusion: Decreased antioxidant defense measured by serum TB was observed in overweight/obese adolescent girls. Moreover, the inverse association of TB with many cardiometabolic risk factors in overweight/obese adolescent girls suggests that weight loss programs and reduction of inflammation may be of benefit in increasing TB.

Key words: bilirubin, obesity, inflammation

GOJAZNOST KOD DJECE PREDŠKOLSKOG UZRASTA I NEKI ETIOLOŠKI FAKTORI

Marija Joksimović¹, Vukosav Joksimović², Marija Mališić-Korać⁵,

Danijela Đekić³, Saveta Stanišić⁴

¹Dom zdravlja „Dr Nika Labović " Berane

² Opšta bolnica Berane

³Dom zdravlja Andrijevića

⁴Kliničko-bolnički centar Crne Gore, Podgorica

⁵Dom zdravlja Budva

Gojaznost (obesitas) je sve češći problem u dječjem uzrastu, iz godine u godinu povećava se broj gojazne djece. Gojazno dijete je ono čija ukupna težina ima više od 25% masti kod dječaka i više od 32% masti kod djevojčica, ili 120% od idealnog odnosa težine za visinu. Tijelo nagomilava mast povećanjem broja ili povećanjem zapremine adipocita, što znači da adipociti uglavnom nastaju u dječjem uzrastu. Navike u ishrani stiču se još u ranom djetinjstvu i kasnije se teško koriguju. Po mnogim studijama gojaznost u dječjem uzrastu, u velikom broju slučajeva znači i gojaznost u kasnijem životu, a svakako znači faktor rizika za pojavu kardiovaskularnih oboljenja. Smatra se da 40% gojaznih sedmogodišnjaka i čak 80% gojaznih adolescenata postaju gojazni odrasli. Najvažniji faktor u nastanku dječje gojaznosti je nasleđe tj. gojaznost roditelja i to prije svega majki. Otkriveno je pet različitih gena povezanih sa gojaznošću. Ako je gojazan jedan roditelj rizik za pojavu gojaznosti kod djece je 40%, a ako su oba roditelja gojazna rizik raste čak do 80%. U etiologiji često se pominje i rezistencija tkiva na leptin „protein sitosti" produkt Ob gena, hormon koji se proizvodi u adipocitima. Terapija gojaznosti uključuje:

- dugotrajan podesan režim ishrane (ne dijete),
- fizičku aktivnost,
- promjenu ponašanja u ishrani i
- uključivanje čitave porodice.

CILJ RADA: Utvrđivanje incidence gojaznosti i nekih etioloških faktora kod djece predškolskog uzrasta.

Analizirani su antropometrijski parametri: tm (tjelesna masa) i tv (tjelesna visina), određivan BMI (indeks tjelesne mase) i anamnestički podaci:

gojaznost majke u trudnoći,

vrsta ishrane i dužina prirodne ishrane u periodu odojčeta,

vrijeme uvođenja nemliječne ishrane,

gojaznost roditelja, kod 352 djece sa područja Berana, u toku sistematskih pregleda pri upisu u prvi razred osnovne škole, školske 2013/2014. godine.

REZULTATI 22/352 (ili 6.3%) djece bilo je gojazno, 10 ili 45,45% djece je bilo ženskog pola, 12 ili 54,55% djece je bilo muškog pola, prosječni indeks tjelesne mase bio je 31,91 kg/m² (raspon od 23.92 - 38.02 kg/m²).

Etiološki faktori gojaznosti majke u trudnoći; kratko trajanje prirodne ishrane i ishrana adaptiranom formulom kravljeg mlijeka; rano uvođenje nemliječne ishrane; gojaznost jednog roditelja i gojaznost oba roditelja. Od nabrojanih etioloških faktora izdvaja se gojaznost roditelja i to: gojaznost oba roditelja 27.27% (6) i gojaznost jednog roditelja 22.37% (5)

ZAKLJUČAK: Kako je etiologija gojaznosti multifaktorijalna, liječenje vrlo kompleksno, neophodno je sa prevencijom početi još od najranijeg uzrasta. Najveći uticaj na pojavu gojaznosti imaju genetski faktori, pri čemu se naši podaci slažu sa podacima u literaturi.

KLJUČNE RIJEČI: gojaznost, djeca, škola, etiologija

PREVENCIJA DESTRUKTIVNOG PONAŠANJA DECE-PEDIJATRIJSKI ASPEKT

Jovan Živković

Medicinski fakultet u Kosovskoj Mitrovici

Kod bilo kog poremećaja ponašanja deteta, pedijatar će biti prvi kome će se požaliti roditelj. Destruktivno ponašanje je jedan od najčešćih povoda. Dete se od strepnje brani agresijom i neprijateljstvom. Destruktivno ponašanje je uglavnom poziv u pomoć deteta. Proteže se od razdražljivog i prkosnog suprostavljanja preko ponašanja koje krši etička pravila (vara i krade) do deteta koje krši zakon (kriminogeno ponašanje). Destruktivno ponašanje je četiri puta češće kod dečaka. Oko 5% dečaka i 2% devojčica ima ozbiljne oblike poremećaje ponašanja. Mnoga od poremećaja ponašanja su očekivana u određenom periodu života. Tako do šest godina mnoga će deca lagati, varati, a neka i ukrasti. Većina dece zna da je ovakvo ponašanje loše, ali se ne mogu suzdržati. Već sa devet godina ovo nedolično ponašanje će nestati, jer je razvoj deteta dovoljno napredovao. Manji deo dece koja nisu postigla dovoljan nivo razvoja ili su ohrabrena da se nedolično ponašaju nastaviće sa ovakvim ponašanjem.

Porodica ima veliki uticaj na pojavu ili sprečavanje destruktivnog ponašanja. Nedovoljno shvatanje i podrška, nedovoljna toplina i ljubav u porodici, prisustvovanju destruktiji

odraslih, usmeravaju dete prema ulici. Direktna je veza raznih vidova poremećaja ponašanja (pa i destruktivnog) i stanja porodičnih odnosa.

Nezaobilazni je i nasledni faktor u formiranju temperamenta deteta. On određuje odgovor deteta na izazove spoljne sredine. Takođe detetovo okruženje u školi, naselju i gradu često determinišu ponašanje deteta. Adolescenti često traže ulične grupe gde se nadaju da će naći pripadnost i prihvatanje. Svedoci smo neovandalskog ponašanja dece i omladine navijača. Zadnjih 30 godina na destruktivno ponašanje dece mnogo utiču agresivni filmovi, TV serije i video igrice. Deca se lako i brzo poistovećuju sa negativnim junacima.

Preventivno delovanje je od ključnog značaja kod pokazivanja različitih oblika destrukcije dece. Pravovremena reakcija roditelja u kući, psihologa u školi, socijalnog radnika u naselju. Dobro organizovana škola sa vanškolskim aktivnostima. Organizovano naselje i opština sa sportskim klubovima, folklornim grupama, horskim i muzičkim klubovima. Boravak u prirodi putem izleta, skautskih i planinarskih udruženja. Finansijska kriza je samo izgovor za nezainteresovanost za rad sa decom.

Ključne reči: deca, destruktivno ponašanje

MENJANJEM NAVIKA I NAČINA ŽIVOTA DO SMANJENJA GOJAZNOSTI

Biserka Stajić

Dom zdravlja, Smederevska Palanka , Srbija

“Kada bismo uspeli da obezbedimo svakom pojedincu pravu meru hrane i vežbe, ni previše ni premalo, našli bismo najsigurniji put ka zdravlju” – Hipokrat.

Ciljevi: Smanjenje broja gojazne dece menjanjem navika i načina života (pravilna ishrana i fizička aktivnost).

Metode: Studija rađena putem ankete, tokom tri godine kod gojazne dece čiji BMI je prosečno iznosio 23kg/m², uzrasta 7-14 godina seoske (300) i gradske sredine (350) pre i nakon primena mera u cilju smanjenja telesne težine. Anketni list je obuhvatao osnovna pitanja: pol, uzrast, broj obroka, zastupljenost voća, povrća, mesa, jaja, ribe, mleka, mlečnih proizvoda, napitaka, testa, slatkiša, način pripreme, fizička aktivnost, sport.

Rezultati: Pre primene: 90% dece obe sredine imalo je jedan obilan ili dva obroka suve hrane

doručak i užine nisu zastupljene.

Seoska sredina: 65% dece – suhomesnati proizvodi, prženo meso, beli hleb, testa, slatkiši, sokovi

0,5-1% - fizička aktivnost

5-10% - sport

4 i više sati pored televizora ili kompijutera

Gradska sredina: 70% - pica, sendviči, slatkiši, koka kola

5% - fizička aktivnost

10-15% - sport

5 i više sati pored kompijutera

Kuvana jela, riba, povrće, mleko, mlečni proizvodi zastupljeni u obe sredie individualno.

Način pripreme jela najčešće prženje.

Nakon primene mera:

Seoska : promene nije bilo zbog navika u porodici (prženo meso, mast,so)

1% fizička aktivnost

15% sport (fudbal)

5 I više sati pored TV ili kompijitera

Smanjenje gojaznosti bilo je manje od očekivanog zbog ustaljenih navika I iznosilo je 5-7%.

Gradska: 40% bar 3 glavna obroka

20% pet (3 glavna + 2 užine)

25% kuvana hrana, voće, povrće,mleko

2% riba 1x nedeljno

1% intergralni hleb

10-15% fizička ativnost

20% sport

2-3 sata pored kompijutera

Način pripreme: kuvanje

Smanjenje gojaznosti je bilo daleko više i iznosilo je 10-15% zbog prihvatanja saveta.

Zaključak: uvođenjem edukacije gojazne dece učinjen je mali, ali značajan pomak u prevenciji komorbiditeta u gradskoj sredini što u seoskoj nije bilo.

Krajnji cilj edukacije dece poboljšanje kvaliteta života

Ključne reči: dete-navike-gojaznost

GOJAZNOST I ZDRAVI STILOVI ŽIVOTA

Dr Milica Tasić¹, Dr Marija Aleksijević¹

¹DZ "Dr Simo Milošević", Beograd, Srbija

Gojaznost je hronična bolest koju karakteriše prekomerna akumulacija masti koja predstavlja rizik po zdravlje. Danas je gojaznost globalni fenomen koji dostiže epidemijske razmere, i ugrožava ne samo odraslo stanovništvo već i decu i adolescente. Cilj ovog rada je da se utvrde stavovi učenika sedmog razreda o zdravom načinu života.

Metod: Tokom septembra 2014 u okviru sistematskog pregleda u DZ Sremčica, anketirano je 157 učenika sedmog razreda iz dve osnovne škole. Učenici su popunjavali

anketu zatvorenog tipa, sastavljenu od 10 pitanja. Prosečna starost dece je 12 godina, sa podjednakom distribucijom po polu

Rezultati: Od 157 dece izdvojeno je 50 (31.85%) koja su prekomerno uhranjena ili gojazna. Među njima je prekomerno uhranjene dece (>1SD) 16.56% i gojazne dece (> 2SD) 15.29%. Najveći broj njih 48% ima manje od 3 obroka dnevno (većina su devojčice) dok njih 46% ima 3-5 obroka svaki dan. U slatkijima uživa 96% dece, a 86% se povremeno ili svakodnevno hrani u pekari. Voće jede 96% anketiranih (svakodnevno ili povremeno). Sokove i gazirana pića konzumira 90% dece, a energetska pića njih 6%. Svaki dan trenira 46% dece a povremeno 42%. Najveći broj dece 60% spava 7-8h a duže njih 36%. Ispred kompjutera ili televizora duže od dva sata dnevno provodi 40% učenika, a manje od jednog sata njih 18%. Od hroničnih bolesti boluje njih 6%.

Zaključak: Većina naših sedmaka nema pozitivne stavove o zdravom načinu života. Ovakav model ponašanja, uz genetske i druge faktore rizika, povećava rizik za održavanje i trajanje gojaznosti, što može dovesti do razvoja hroničnih bolesti u odraslo doba. Ali nikad nije kasno da se započne sa usvajanjem zdravih navika i edukacijom, kako dece tako i roditelja. Zato je veoma značajna bolja saradnja između izabranog pedijatra, roditelja, dece, kao i škole i medija.

Ključne reči: gojaznost, zdrav život, deca.

BAVLJENJE SPORTOM - UTICAJ NA STEPEN ANKSIOZNE OSETLJIVOSTI, EMOCIONALNE I BIHEJVORALNE TEŠKOĆE KOD ADOLESCENATA

Svetlana Turudić¹, Slađana Pešić Gilanji¹, Jasna Odović Čubrilo², Nevena Stanković

¹Dom zdravlja „Dr Milorad Mika Pavlović“, Inđija

²Dom zdravlja Novi Sad

Uvod i cilj: Anksiozna osetljivost se može definisati kao strah od anksioznosti, koji je zasnovan na uverenju da anksioznost ima razarajuće telesne, psihološke i socijalne posledice. Mnogobrojna istraživanja su potvrdila da se ova osetljivost izdvaja kao značajan faktor vulnerabilnosti za razvoj anksiozne i druge neurotske patologije. Bihevioralne teškoće ili teškoće u ponašanju se definišu u nekoj od narednih oblasti: defekt pažnje i koncentracije, rizična ponašanja i nizak nivo socijalnih veština što pogoduje neadekvatnim vršnjačkim relacijama. Cilj istraživanja je bio ispitivanje razlika u stepenu anksiozne osetljivosti i učestalosti emocionalnih i teškoća u ponašanju kod adolescenata s obzirom na bavljenje sportom.

Metod: Naš uzorak je neklinički i obuhvatio je 305 adolescenata, oba pola, uzrasta od 12 do 16 godina, osnovnih i srednjih škola opštine Inđija. Primenjena je srpska verzija Indeksa osetljivosti na anksioznost (CASI, Stevanović i sar., 2013) i Upitnik snaga i teškoća (SDQ, Goodman, 1997). Pouzdanost primenjenih instrumenata je zadovoljavajuća. Podaci su obrađeni Studentovim t-testom.

Rezultati: Dobijeni rezultati ukazuju da adolescenti koji se bave sportom pokazuju niži stepen anksiozne osetljivosti ($t=2.108$; $p<0.05$) od adolescenata koji se ne bave sportom. Takođe, adolescenti koji se bave sportom pokazuju niži stepen emocionalnih teškoća ($t=2.615$; $p<0.01$) i teškoća u ponašanju ($t=2.246$; $p<0.05$) u poređenju sa svojim vršnjacima koji se ne bave sportom.

Zaključak: Svi zdravstveni radnici koji rade sa adolescentima treba da promovišu bavljenje sportom i različitim fizičkim aktivnostima, jer pored višestruke koristi na fizičko, utiču i na psihičko zdravlje, i predstavljaju jedan od načina prevencije za smanjenje anksiozne osetljivosti, kao i emocionalnih i bihevioralnih teškoća kod adolescenata.

Ključne reči: anksiozna osetljivost, sport, adolescenti

OS TIBIALE EXTERNUM

Žaklina Mijović, Dragan Mihailović, Nikola Živković

Centar za patologiju KC Niš, Medicinski fakultet Niš, Srbija

Cilj. Os tibiale externum je akcesorna kost stopala. Nalazi se sa medijalne strane stopala uz navikularnu kost u distalnom delu tetive m. tibialis posterior. Ona predstavlja urođenu varijaciju i nastaje zbog nespajanja svih centara okoštavana u jedinstvenu kost. Cilj rada je bio da se utvrdi učestalost i patohistološka analiza ovog deformiteta.

Metode. Izvršena je retrospektivna analiza na jednogodišnjem materijalu Centra za patologiju u Nišu. Koštani uzorci akcesornih kostiju tretirani su u dekalcinatu i obrađeni standardnom hematoksilin-eozin metodom, a nakon toga je sprovedena morfološka analiza.

Rezultati. U analiziranom jednogodišnjem periodu nađene su 2 akcesorne kosti os tibiale externum kod dečaka starosti 10 godina i devojčice starosti 13 godina. Patohistološkom analizom u prvom slučaju je nađena heterotopična osifikacija sa nezrelim vezivnim tkivom u centru lezije i zreloom trabekularnom kosti na periferiji, a u drugom urastanje tetive u novoformiranu trabekularnu kost.

Zaključak. Os tibiale externum je nađena kod dece u uzrastu od 10 i 13. godina, kada ove varijacije postaju radiološki vidljive. Značaj ovog deformiteta ogleda se u tome što često izaziva akcesorni bolni sindrom koji zahteva hirurški tretman. Radiološkom i patohistološkom analizom ovaj entitet treba diferencijalno-dijagnostički razdvojiti od avulzivne frakture navikularne kosti.

Ključne reči: Stopalo, urođeni deformiteti, kosti.

ACUTE-PHASE PROTEINS (C-REACTIVE PROTEIN, RETINOL-BINDING PROTEIN 4, ALBUMIN, TRANSFERRIN) IN NORMAL WEIGHT AND OVERWEIGHT/OBESE ADOLESCENT GIRLS

Nebojsa Kavarić¹, Aleksandra Klisic¹, Tanja Injac², Dragica Bozovic³, Najdana Gligorovic-Barhanovic³

¹ Primary Health Care Center, Podgorica, Montenegro

² Primary Health Care Center, Niksic, Montenegro

³ Center of Clinical-Laboratory Diagnostics, Clinical Center of Montenegro, Podgorica, Montenegro

Aim: Obesity is associated with chronic low-grade inflammation. In regard, we aimed to evaluate serum levels of positive acute-phase protein (C-reactive protein (CRP)), and negative acute-phase proteins (retinol-binding protein 4 (RBP4), albumin and

transferrin) and examine their potential association with anthropometric and metabolic parameters in normal weight and overweight/obese adolescent girls.

Methods: A total of 22 overweight/obese adolescent girls (mean age 17.50±1.34 years) and 16 age-matched normal weight controls were included. Biochemical parameters: fasting glycemia, insulin, lipid parameters, iron, CRP, RBP4, albumins, and transferrin were measured. Homeostasis model assessment of insulin resistance (HOMA-IR) was calculated.

Results: Overweight/obese girls displayed higher serum CRP and RBP4 levels ($p<0.001$ and $p=0.039$, respectively), as compared with normal weight group, but there were no difference in serum albumins and transferrin levels ($p=0.353$ and $p=0.961$, respectively) between the groups. In all girls, CRP correlated positively with body mass index ($p<0.001$), waist circumference (WC) ($p<0.001$), HOMA-IR ($p<0.001$), triglycerides ($p=0.040$) and negatively with serum iron level ($p=0.048$). RBP4 correlated positively with WC ($p=0.028$), triglycerides ($p=0.048$), HOMA-IR ($p=0.053$). Albumins correlated negatively with CRP ($p=0.012$) and HOMA-IR ($p=0.054$). Serum transferrin did not correlate with any of the examined variables.

Conclusion: CRP may be the most reliable of examined acute-phase reactants in normal weight and overweight/obese adolescent girls. On the other hand, serum RBP4 may not be a negative acute-phase reactant, as higher levels were obtained in overweight/obese group, compared with normal weight group, as well as higher RBP4 levels were associated with higher WC, HOMA-IR and triglycerides. Also, serum transferrin may not be a reliable negative acute-phase reactant in overweight/obese adolescent girls.

Key words: obesity, inflammation, acute-phase reactants

AKTIVNOSTI MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI ARTERIJSKE HIPERTENZIJE KOD DECE I ADOLESCENATA

Svetlana Kačavenda

Dom zdravlja "Novi Sad" – Novi Sad Srbija

UVOD: Graničnom arterijskom hipertenzijom kod dece i adolescenata smatra se krvni pritisak iznad 90. percentila, a povremeno iznad 95. percentila za pol i uzrast u najmanje tri odvojena merenja. Esencijalnom arterijskom hipertenzijom smatra se ako je krvni pritisak stalno iznad 95. percentila za pol i uzrast. Sekundarna arterijska hipertenzija je hipertenzija za koju je poznat uzrok nastanka i deca s ovim oblikom hipertenzije su isključena iz istraživanja.

CILJ RADA: utvrditi učestalost esencijalne i granične arterijske hipertenzije kod dece i adolescenata uzrasta od 7 do 18 godina od januara do decembra 2014.godine, školskog odeljenja Rumenačke ambulante Doma zdravlja "Novi Sad".

METOD RADA: Arterijska tenzija merena je auskultacionim metodom i manžetnom živinog manometra koja odgovara uzrastu deteta i to u okviru sistematskih pregleda školske dece u I, III, V i VII razredu osnovne i I i III razredu srednje škole a podaci su dobijeni uvidom u dostupnu medicinsku dokumentaciju (e-karton, zdravstveni karton, Protokol sistematskih pregleda).

REZULTATI: Od ukupnog broja pregledane dece uzrasta od 7 do 18 godina (1129 ispitanika), kod 3% (36 ispitanika) identifikovana je granična, a kod 4% (49 ispitanika) identifikovana je esencijalna arterijska hipertenzija. Kada se posmatra distribucija esencijalne arterijske hipertenzije prema uzrastu (49 ispitanika), najveći procenat 89% (43 ispitanika) identifikovano u uzrastu od 15. do 18. godine života.

ZAKLJUČAK: Prevalencija esencijalne i granične arterijske hipertenzije kod dece i adolescenata je u porastu. Primarna prevencija arterijske hipertenzije kod dece a naročito adolescenata treba da bude usmerena ka prepoznavanju i smanjenju faktora rizika (gojaznost, nepravilna ishrana, fizička neaktivnost, pušenje, konzumiranje alkohola) a neophodno je da se odvija na populacionom i individualnom nivou. Učešće medicinske sestre u primarnoj prevenciji ogleda se u osposobljavanju dece i adolescenata, porodice i zajednice za zdrav način života i razvijanju pozitivnih oblika zdravstvenog ponašanja, motivacije i pružanje podrške osobama da izmene svoje životne navike u cilju unapređenja zdravlja.

ISTRAŽIVANJE U SESTRINSTVU

Olivera Milanović

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

Uvod: U našoj sredini, poslednjih decenija opterećenoj burnim promenama u svim segmentima života i rada, sestrinstvo kao profesija još uvek nije profilisao svoj model razvoja i istraživanja. Koncept po kome medicinske sestre/tehničari istovremeno i istraživači koji koriste svoje sposobnosti i potencijale kroz proces kontinuiranog učenja za efikasno, kvalitetno i ekonomično funkcionisanje zdravstvene nege na svim nivoima zdravstvene zaštite, za nas je još uvek samo teorijski koncept. Da bi se neki problem istraživao potrebno je da postoje određeni parametri. U sestrijskoj praksi to su standardi za sprovođenje pojedinih procedura, njihova primena u svakodnevnom radu i praćenje i upoređivanje sa prethodnim iskustvima i iskustvima drugih, a pre svega dokumentovanje. U svetu, medicinske sestre kroz aktivnosti u različitim asocijacijama sprovode istraživanja, kao što su - istraživanje o smanjenju mogućnosti za nastanak infekcije povezane sa plasiranom intravenskom kanilom korišćenjem beziglenih spojeva umesto mehaničkih ventila. Tako, na pr. Salgado i saradnici 2007.g, kao zaključak svog istraživanja navode „Pacijenti imaju tri puta veću verovatnoću razvijanja infekcije povezane sa intravenskom kanilom ukoliko se koriste mehanički ventili umesto split septum beziglenih pripoja“, a Rupe i saradnici da „Primena Split septum beziglenih pripoja pokazuje 64 – 70% manju pojavu infekcije povezane sa intravenskom kanilom u odnosu na mehaničke ventile“. Postoje brojni radovi u kojima su objavljena istraživanja sa temom rukovođenje i liderstvo u sestrinstvu. Tako, na primer Failla i Stichler su 2008.g ispitivali zadovoljstvo sestara stilom rukovođenja i utvrdili da postoji statistički značajna korelacija između promena stilova rukovođenja i zadovoljstva sestara poslom. (Failla KR, Stichler JF. Manager and staff perceptions of the manager's leadership style. J Nurs Adm. 2008 Nov;38(11):480-7.). Sestrinskih istraživačkih radova iz oblasti primene standarda nege na našim prostorima gotovo da i nema. Jedan od razloga je i što su tek u poslednjih par godina, sestre prilagodile standarde iz Vodiča dobre prakse svojim

potrebama i pretočile ih u protokole i procedure u matičnim ustanovama. Istraživanja o primeni standarda u sestrijskoj praksi su sledeći korak.

Cilj rada:

Unapređenje znanja medicinskih sestara kroz prikaz metodologije istraživačkog rada.

Afirmacija istraživanja u sestriinstvu.

Materijal i metode: Deskriptivna metoda, opis aktuelne situacije, prikaz istraživačkih radova

Zaključak: Podržavanje i razvoj istraživanja, njegova praktična primena u svakodnevnom radu uz kontinuiranu edukaciju čine izazov "novog" vremena za sestriinstvo kao profesiju. Promene u našem sestriinstvu koje, iako su neizbežne, sporo se i teško prihvataju, predstavljaju osnovu za pružanje visokokvalitetne, profesionalne, individualne, holistički orjentisane i kontinuirane zdravstvene nege.

PREVENCIJA I LEČENJE SIDEROPENIJSKE ANEMIJE KOD DECE ŠKOLSKOG I PREDŠKOLSKOG UZRASTA

ps Ivana Panić

Dom zdravlja Niš, Niš, Srbija

Uvod: Sideropenijska anemija je najčešća vrsta anemije kod dece i posledica je nedostatka gvožđa. Tipična je za stariju odojčad i decu u drugoj i trećoj godini života, koja se prekomerno hrane mlekom i brašnastom hranom. Klinička slika se manifestuje bledilom, razdražljivošću, bezvoljnošću, gubitkom apetita i zaostajanjem u rastu. Nokti i kosa su krhki, sluznica jezika istanjena. U lečenju sideropenijske anemije primenjuju se razni preparati gvožđa i ishrana namernicama bogatim gvožđem.

Cilj: Cilj rada je da se prikaže uloga pedijatrijske sestre u edukaciji dece i roditelja o važnost lečenja sideropenijske anemije i posledicama deficita gvožđa na zdravlje dece.

Materijali i metode: Za ovaj rad korišćena je dostupna medicinska dokumentacija iz zdravstvenih kartona dece uzrasta 0 –14 godina u periodu od 2010 – 2013. godine sa dijagnozom anemije.

Rezultati rada i diskusija: U periodu od 2010 – 2013. godine na odeljenju pedijatrije DZ Niš javila su se deca koja su imala simptome anemije. Na osnovu dobijenih rezultata uočavamo da je anemija najčešće prisutna kod dece u periodu odojčeta i malog deteta a trend rasta anemije najčešći je zbog loših navika u ishrani i neadekvatne preventivne terapije.

Zaključak: Blagovremenim prepoznavanjem simptoma sideropenijske anemije zdravstveni radnici mogu da spreče posledice koje sa sobom nosi deficit gvožđa u organizmu deteta i poboljšaju zdravlje naše dece.

AKTIVNOSTI MEDICINSKE SESTRE U ZBRINAVANJU DECE SA ASTMATIČNIM NAPADOM

Ljiljana Plavanski, strukovna medicinska sestra-specijalista kliničke nege
Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr.Vukan Čupić”, Novi Beograd

Uvod: Danas se za najteži oblik napada astme upotrebljava termin „astma koja ugrožava život“.Ovaj oblik se može definisati kao težak napad praćen hipoksemijom, respiratornom ugroženošću, iscrpljenošću disajne muskulature, poremećajem svesti i nereagovanjem na početnu terapiju bronhodilatatorima, glikokortikoidima i kiseonikom.Ako se ovo stanje ne prepozna i ne leči na vreme, može doći do smrtnog ishoda bolesti.

Cilj rada: Istaći značaj znanja i veština medicinske sestre-tehničara u zbrinjavanju deteta.

Metodologija rada: U radu su deskriptivnom metodom obradjeni podaci iz medicinske dokumentacije pacijenata lečenih u Intenzivnoj nezi Instituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr.Vukan Čupić“, u periodu od 01.01.2010.g do 15.06.2014.g

Ukupno je bilo 26 dece različitog uzrasta i pola.

Rezultati rada i diskusija: Svaki napad astme ima svoju inerciju, to znači da što se kasnije započne terapija napad se teže leči. Neophodno je ukloniti faktore pokretanja napada.

Zaključak: Samo uz dobru prevenciju, stručno i edukovano osoblje, kao i korišćenje savremenih metoda lečenja možemo očekivati pozitivne rezultate.

Ključne reči: astma, vizing, aerosol, profilaksa.

POSTER PREZENTACIJE

APSTRAKTI

ULOGA LEKARA U DIJAGNOSTIKOVANJU POREMEĆAJA PONAŠANJA U ISHRANI-PRIKAZ SLUČAJA

Dr Marija Aleksijević, Dr Milica Tasić,

DZ Dr S.Milošević, Čukarica, Beograd

Uvod: Poremećaji ishrane najčešće su vezani za gastrointestinalna i druga somatska oboljenja. Ali, poremećaji ishrane mogu imati i karakter razvojne disharmonije neurotskog tipa, pa zahtevaju ozbiljno sagledavanje i lečenje.

Cilj rada: Ukazati na značaj lekara u sagledavanju i prepoznavanju poremećaja ponašanja u ishrani, njihov tretman i lečenje.

Metod: Prikaz slučaja.

Rezultati: Pacijentkinja, 16 godina, dolazi na pregled u pratnji majke i žali se na dispeptičke tegobe. Uvidom u zdravstveni karton zapaženo je da se više puta javljala na pregled zbog sličnih tegoba. Po rečima majke, više od 6 meseci ima slab apetit i stomachne tegobe, a naročito je brine što je pre dva meseca izostalo menstrualno krvarenje, mučnina i izražena malaksalost. Pacijentkinja koja je vrlo napeta to negira. Objektivnim pregledom utvrđen uredan nalaz na srcu i plućima, TA 100/70, abdomen koji je mekan, ali ispod ravni grudnog koša, TV 165cm, TT 43kg. Upućena da obavi laboratorijske analize. U analizama je evidentna mikrocitna anemija i snižene vrednosti azotnih produkata. U daljem razgovoru daje podatak da zaista uzima vrlo malo hrane, jer misli da je debela i da je za 6 meseci izgubila više od 10 kg. Ukazana joj je suština njenog problema i da je za rešenje neophodno dalje lečenje psihijatra. Sa uputnom dijagnozom: Disordo alimentalis upućena je na pregled psihijatra. Nakon dva dana, vidno smirenija, javila se sa izveštajem psihijatra i dijagnozom: Anorexia nervosa. Ordinirana joj je terapija antidepressivom i upućena je na psihoterapijski tretman. Dobila je uputstvo o načinu ishrane, kontroli telesne težine i savet da se javi nutricionisti.

Zaključak: Simptomatologiju uvek sagledavati sa više aspekata i graditi odnos poverenja sa pacijentom kroz zainteresovanost za njegov problem.

Ključne reči: poremećaj ponašanja u ishrani, odnos lekar pacijent

ZNAČAJ DORUČKA

Mirjana Ergić

Dom zdravlja „Savski venac“, Beograd, R. Srbija

CILJ: Na jednostavan i pristupačan način, u fomi postera, prezentovati deci zašto je pravilna ishrana, posebno doručak, značajan za rast i razvoj.

METODA: Zdravstveno vaspitni poster sa koga su dostupne informacije sa jasnom porukom o značaju doručka. Poster bi bio izlozen u učionici i zdravstvenoj ustanovi.

ZAKLJUČAK: Iskustvo je pokazalo da deca prihvataju ovakav oblik zdravstveno vaspitnog rada, gde za kratko vreme dobijaju niz važnih informacija čija je namera promena stavova i usvajanja novih navika važnih za očuvanje zdravlja.

DIJAREJALNI POREMEĆAJ – RAZLOG POSETE PEDIJATRU

Dr Ivana Lazović, Dr Jelena Nikolić

Dom zdravlja u Čačku

Uvod: Akutni dijarejalni poremećaj je čest razlog posete pedijatru. Broj, konzistencija boje, sadržaj sluzi i krvi su simptomi koji roditelje upozoravaju da posete pedijatra.

Cilj: Pratiti i prikazati učestalost dijarejalnog poremećaja u pedijatrijskoj ambulanti

Metodologija: Prospektivno tromesečno praćenje rada u ambulanti primarne zdravstvene zaštite.

Rezultati rada: Pored akutnih respiratornih infekcija, dijarejalni poremećaji su najčešći uzrok posete pedijatru. 32% dece je imalo dijarejalni poremećaj različitog stepena inteziteta. Od toga 7% je imalo bakterijsku crevnu infekciju, 77% virusnu, 5% dece je imalo parazite a 9% funkcionalni poremećaj. 15% dece je bilo u stanju koje zahteva hospitalizaciju i vensku rehidraciju. Terapija je bila simptomatska (rehidracija, probiotici). Kod 3% dece primenjena je antibiotska terapija. Kod 1 % dijagnostikovana je hronična bolest GVT

Zaključak: Dijarejalni poremećaj je drugi po učestalosti razlog posete pedijatru u ambulanti primarne zdravstvene zaštite.

UROĐENE SRČANE MANE - NAŠE ISKUSTVO ZA PERIOD OD 2000- 2011 GOD

Dr Biljana Ivelja

Dom Zdravlja Cetinje, Crna Gora

Uvod: Urođene srčane mane su strukturne abnormalnosti kardiovaskularnog sistema koje se manifestuju odmah u neonatalnom periodu ili nešto kasnije, poslije nekoliko nedjelja, čak i mjeseci. Uzrast u kojem se dijagnostikuju je veoma bitan za prevenciju komplikacija kao i za normalan rast i razvoj novorođenčeta i odojčeta.

Cilj rada: Značaj ranih preventivnih pregleda u uzrastu novorođenčeta u dijagnostici USM.

Metod rada: Uzorak iz kartoteke djece rođene od 2000 do 2012god.

Rezutati rada: Godišnje se na teritoriji opštine Cetinje rodi prosječno 160 djece. Prvi pregled kod izabranog pedijatra u 15 danu. Dijagnostika anamneza trudnoće i porodjaja, detaljan pedijatrijski pregled

U periodu od 2001 – 2006. nema djece sa značajnim USM.

Od 2006 – 2012 broj se značajno uvećava: 13toro – djece sa USM.

2000 -1

2001 - 2006 – 0

2006 - 1

2007 - 1

2008 - 1

2009 - 5

2010 - 2

2011 – 2

Dječaka - 9, djevojčica - 4.

Simptomi: cijanoza - 3, srčanu insufijenciju 2, nenapredovanje u tjelesnoj masi 4, bez tegoba 4.

TIP MANE VSD 5, ASD II 2, stenoza plućne arterije 1, DAP 1, displasiju arkusa aorte 1, složenu srčanu manju 4

Zaključak: Najveći broj djece sa USM je na vrijeme prepoznat i dijagnostikovano u dj. dispanzeru, u uzrastu novorođenčeta 7, odojčeta starosti do 2 mjeseca 6 i upućeno na vrijeme kardiologu: u IBD, što je preporučljiv optimum za dijagnostiku USM prije razvijanja komplikacija. Najčešći simptomi su cijanoza, dispneja i nenapredovanje u tjelesnoj masi. Najčešći tip mane VSD i složene srčane mane.

Ključne riječi: srčane mane, prvi pregled, novorođenče

KOMPLEKSNA SRČANA MANA OPERISANA PO FONTANU, POZNE KOMPLIKACIJE-PRIKAZ SLUČAJA

Ruža Kaličanin-Milanović

Dečije odeljenje-Opšta bolnica Novi Pazar, Srbija

Uvod: Fontanova operacija predstavlja povezivanje sistemske venske cirkulacije (obe šuplje vene) sa plućnom arterijom. Operacija kreira fiziološku situaciju u kojoj su sistemska i pulmonalna rezistencija u seriji, a kompletna energija za savladavanje otpora na putu krvi potiče iz jedne zajedničke komore. To je konačno i optimalno hirurško rešenje za neke kompleksne srčane mane, ali je dugotrajna palijacija kod koje se kasnije razvijaju različite komplikacije.

Cilj: Prikaz pacijenta obolelog od kompleksne srčane mane (Cor univentriculare, Malpositio vasorum, Arcus aortae dexter) operisanog po Fontanovoj operaciji i poznih komplikacija.

Metode: Retrospektivna analiza medicinske dokumentacije u toku hospitalizacije na Dečijem odeljenju OB Novi Pazar i Institutu za majku i dete N. Beograd. Prikaz pacijenta: Mladić uzrasta 21 god primljen na Dečije odeljenje zbog grčeva u mišićima potkolenica i radi nadoknade albumina i kalcijuma. Na ovom odeljenju se leči od rođenja, majka sudskim putem ostvarila pravo roditeljstva do 27 detetovih godina. Prosečno dve hospitalizacije mesečno. Status praesens: Uzrast 21 god, nizak rast TV 150 cm, TM 42 kg, slabo razvijene osteomuskularne građe, izražen venski crtež po koži trupa. Usne blago lividne, bez nabreklih krvnih sudova vrata. Periferni pulsevi palpabilni. Srce- Akcija ritmična, tonovi jasni, sistolni šum 4/6 na vrhu i pored leve sternalne ivice, široke propagacije. TA 90/60 mm Hg. Pluća-difuzno oslabljen disajni šum. Trbuh iznad ravni grudnog koša, mek. Jetra i slezina ne prelaze rebarne lukove. Bez pubične i aksilarne maljavosti. Lična anamneza : Urođena srčana mana dijagnostikovana sa 2 meseca, sa 3 meseca urađen banding a.pulmonalis, u šestoj godini operacija po Fontanu. U sedmoj godini dijagnostikovana eksudativna enteropatija sa gubitkom elektrolita i proteina koja se razvila kao komplikacija osnovne bolesti. U petnaestoj godini oboleo od idiopatske trombocitopenije. Endokrinološki dijagnostikovano : Pubetras tarda, Hypothyreosis, kao i Osteoporosis. U 21 god. procenjena skeletna starost koja odgovara uzrastu 12,6 god i visini. Elektrolitni i proteinski disbalans, niži rast, hipofunkcija gonada, smanjena koštana gustina su posledice malapsorpcije.

Zaključak: Deca operisana od kompleksnih srčanih mana po Fontanovoj operaciji imaju brojne komplikacije tokom odrastanja, zahtevaju multidisciplinarni pristup bolesti, česte hospitalizacije i redovne kardiološke kontrole.

Ključne reči: Fontanova operacija, komplikacije

DEFORMITETI KIČMENOG STUBA KOD DECE

Dr Marija Aleksijević,

DZ Dr S. Milošević, Čukarica, Beograd

Uvod: Deformacije kičmenog stuba kod dece, skolioze i kifoze, zauzimaju značajno mesto u savremenoj medicini i ortopediji i predstavljaju predmet velikog broja dečjih ortopeda i drugih stručnjaka.

Cilj rada: Prikazati najčešće deformitete kičmenog stuba kod učenika 7. razreda osnovne škole na teritoriji Sremčice.

Metod: U radu su korišćeni podaci iz medicinske dokumentacije dobijeni sistematskim pregledima. Upoređeni su rezultati dobijeni sistematskim pregledom u sedmom razredu sa rezultatima pregleda u prvom razredu istih ispitanika.

Rezultati: Pregledana su 284 učenika, od toga 50,91% dečaka i 49,08% devojčica. Loše telesno držanje uočeno je kod 40,1% dečaka i 34,3% devojčica, deformiteti kičmenog stuba kod 16,9% dečaka i 12,6% devojčica. Procenat iste dece sa lošim telesnim držanjem u 1. razredu je daleko manji (14,2% dečaka i 18,6% devojčica). Ukupan broj iste dece sa deformitetom kičmenog stuba u prvom razredu iznosio je 10,2%. Najčešći deformiteti kičmenog stuba su torakolumbalna skolioza i kifoza. Kod dvoje dece propisano je nošenje midera za korekciju.

Zaključak: Zbog intenzivnog rasta i razvoja svaki učenik u toku školovanja neophodno je da se odazove sistematskom pregledu. Deca moraju više da se bave fizičkom aktivnošću ali uloga lekara je da na vreme uoči deformitet kičmenog stuba.

Ključne reči: deformitet kičmenog stuba, školska deca, sistematski pregled

ANTIBIOTICI - UPOTREBA IZ AMBULANTE

Prim.dr Julija Bošković

JZU Bijelo Polje, Crna Gora

Uvod: Antibiotici su u upotrebi od ranih 40-tih godina prošlog vijeka. Danas se najviše koriste u opštoj praksi kada su potrebni ili manje potrebni. Pravilna /racionalna upotreba antibiotika je najveći izazov u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Antibiotici su korisni u liječenju bakterijskih ako se uzimaju u pravoj dozi, jednakim vremenskim razmacima i dovoljno dugo. Kritičnost prilikom odlučivanja o upotrebi, vrsti i dozi antibiotika je imperativ svakog profesionalca. Svjesni smo da je antimikrobna rezistencija problem društva u cjelini. Po broju prepisanih antibiotika Crna Gora je na trećem mjestu u Evropi.

Cilj rada: Da ukaže na važnost i ulogu ljekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Metod rada: Deskriptivan, korišćeni podaci iz ambulante – primarne zdravstvene zaštite

Rezultati rada: Praćeno je ambulantno tri nedjelje tokom zimskog perioda - prepisivanje antibiotika, koja dijagnoza, oralno/parenteralno, dužina trajanja terapije, traženje lab dijagnostike. Ukupno je bilo 380 pacijenata (od 6mj-15 god) - respiratornih infekcija 78% , inf. urinarnog trakta 19% i ostalo 3%.Prepisivan je antibiotik uz korišćenje Lab. 48% , mikrobioloških nalaza 34%, najčešće oralno (penicilin 2/3- amoksicilin, cephalosporin1/3) 89%, kod 29% pacijenata.

Zaključak: Dan svjesnosti o antibioticima treba da nas opominje da mislimo danas o tome, da ćemo možda sutra biti nemoćni u borbi sa banalnim infekcijama . Potrebno je prepisati antibiotik racionalno, nakon lab.dijagnostike, ograničiti na parenteralni unos i uključivanje rezervnih antibiotika. Izbjeći davanje više različitih antibiotika, koristiti monoterapiju, kontrolisati klinički efekat poslije 48-72 sata. Važno je da svi poštujemo smjernice koje se odnose na racionalnu upotrebu antibiotika.

Gljučne riječi: Antibiotici, smjernice, preventiva.

PELENSKI OSIP KOD DJECE - PREVENTIVNI RAD IZ AMBULANTE

Prim. dr Julija Bošković

JZU Dom zdravlja - Bijelo Polje, Crna Gora

Uvod: Koža novorođenečeta je vrlo tanka i njen zaštitni sloj slabije razvijen i izložena je štetnom djelovanju mokraće i stolice koje sadrže niz štetnih materija i tokom dužeg kontakta sa kožom izazivaju upalu kože –dermatitis. Ojed /iritativni dermatitis – bolest koja napada odojčad najčešće.Na oštećenu kožu može se nadovezati infekcija bakterijama i gljivicama.Pelenski osip je posledica iritacije kože u predjelu ispod pelena (pamučnih i jednokratnih).

Cilj rada: Da se ukaže na učestalost problema u ambulanti pedijatra, uloga pedijatra – preventivni rad u sprečavanju te pojave kod djece.

Metod rada: Deskriptivan iz ambulante- praćeno je 85 djece uzrasta 6 mj.(48 dječaka /37 djevojčica).Praćeno je kada se češće pojavljuje pelenski osip, uzrast djeteta, korišćenje pelena –pamučne i/ ili jednokratne, korišćenje sredstava za higijenu bebe, vlažnih maramica i način održavanja higijene, dodatne infekcije kod bebe lokalno bakterijska i /ili gljivična , urinarne inf., kod proliva djece, korišćenje antibiotika koji remete normalnu crijevnu floru .

Diskusija: Učestalost je bila 20 % 17djece (10 /17), korišćene su jednokratne pelene kod istih i vlažne maramice svakodnevno, infekciju lokalnu imalo je 5 djece (2/3), urinarnu 1 dijete (0/1), korišćeni antibiotici (0,1).

Zaključak: Pelenski osip je je uglavnom bezopasan, ali se ne smije zanemariti jer 20% djece do 6 mjeseci imaju taj problem. Najvažnija je preventiva—redovno kupanje beba 2-3x nedeljno, redovno mijenjanje pelena uz održavanje higijene mlakom vodom svaka dva sata, ne koristiti vlažne maramice, izbjegavanje omekšivača i agresivnih deterdženata svakodnevno, dobro brisati pelensko područje, ostavljati kožu bebe na vazduhu češće bez nošenja pelena, ako je neophodno koristiti kremu za prevenciju osipa, ako je ojed posledica infekcije bakterijama - terapija lokalno antibiotik, ako je gljivicama – antimikotik.

Gljučne riječi: ojed, preventiva, higijena

PREVENTIVNI PREGLED DJECE ROĐENE 2008. GODINE PRED POLAZAK U PRVI RAZRED U AMBULANTI IZABRANOG DOKTORA

dr Dragica Gačević, dr Anka Stanić

JZU Dom zdravlja Pljevlja, Crna Gora

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti velika pažnja se posvećuje preventivnom radu, zdravstvenom vaspitanju i prosvjećivanju i promociji zdravih stilova života. Jedan od obaveznih preventivnih pregleda je pregled pred polazak djece u prvi razred.

Cilj: analiza urađenih preventivnih pregleda sa posebnim osvrtom na ustanovljene patološke nalaze.

Metod: analiza zdravstvenih kartona.

Rezultati: Ukupno je pregledano 40-oro djece (57,5% dječaka i 42,5% djevojčica). Kariozne zube je imalo čak 47,5 % djece (dječaka 52,17 a djevojčica 41,18). Ravne tabane je imalo 30% djece (39,3 dječaka i 17,65 djevojčica). Čak 32,5% djece je bilo gojazno (30,43 dječaka i 35,29 djevojčica). Uzorak pregledane djece je mali, ali su rezultati zabrinjavajući. Skoro polovina djece ima kariozne (uglavnom mlječne) zube, a trećina pregledane djece je gojazna. Što se tiče odnosa polova kod dječaka su više zastupljeni ravni tabani i kariozni zubi, dok je gojaznost podjednako prisutna. Od gojazne djece kod troje su nađene povišene vrijednosti holesterola. Krvni pritisak je kod svih bio u referentnim granicama.

Zaključak: Iz analize rezultata preventivnih pregleda se vidi koliko su oni bitni. Glavni akcenat u budućem radu je na zdravstvenom vaspitanju i ukazivanju na značaj zdravih stilova života. Izabrani pedijatar je u obavezi da djecu sa ustanovljenim zdravstvenim problemima redovno poziva na kontrolne preventivne preglede i tako prati njihov dalji rast i razvoj.

KOŠTANO ZGLOBNI DEFORMITETI KOD UČENIKA OSNOVNE ŠKOLE“ MILOŠ CRNJANSKI“

Jasmina Škorić, Dragana Arandelović

Dom zdravlja Simo Milošević, Beograd, Srbija

Cilj: da se utvdi učestalost pojave koštano zglobnih deformiteta kod školske dece i da se na osnovu dobijenih rezultata planiraju preventivne mere i rani tretman.

Metod: Sistematskim pregledom (I, III, V, VII) razreda su posmatrani i traženi deformiteti grudnog koša, kičmenog stuba i donjim ekstremitetima.

Rezultati: Ukupno pregledano 384 učenika, 195 devojčica i 189 dečaka. Najčešći deformitet je pes plana nađen kod 125 učenika (32,5%), zatim sledi loše telesno držanje kod 103 učenika (26,8%), a najmanja učestalost su deformiteti grudnog koša nađeni kod 12 učenika (3%). U ukupnom broju pregledane dece češće su nađeni deformiteti kod dečaka 28 (45,9%) u odnosu na devojčice 23 (34,3%).

Zaključak: Pošto su ravna stopala najčešći deformitet u školskoj populaciji preventivne mere bi svakako obuhvatale više časova fizičkog u sali (gde mogu ići bos i koristiti odgovarajuće sprave) i bazenu, a odgovarajući školski nameštaj i učila prilagođeni uzrastu i potrebama učenika.

Ključne reči: školska deca, sistematski pregled, preventivne mere

INFORMISANOST ADOLESCENATA O POLNO PRENOSIVIM BOLESTIMA

Jasmina Škorić, Dragana Arandžević

Dom zdravlja Simo Milošević, Beograd, Srbija

Cilj: Da se ukaže na znanje, ponašanje i stavove mladih različite populacije o polno prenosivim bolestima

Metod: Ispitivani su učenici prvog i trećeg razreda gimnazije „Ruđer Bošković“ anonimnom anketom koja je sadržala 15 pitanja o znanju, ponašanju i stavovima mladih o polno prenosivim bolestima.

Rezultati: Ukupno ispitano 128 učenika, od toga 66 devojčica i 62 dečaka. Upoznatost obe starosne grupe o pojmu polno prenosiva bolest je zadovoljavajuća (93,52%), na ukupnu populaciju najviše utiče televizija (43%), zatim škola 32%, štampa (16%), prijatelji (9%). 73% učenika misli da su virusi najčešći izazivači, bakterije 21%, a i bakterije, virusi, paraziti i gljivice svega 6% ispitanih. Većina mladih (94,4%) zna da su prezervativi i uzdržavanje od promiskuiteta najbolje preventivne mere, a stav prema inficiranom ukazuje da ni jedna populacija nije zastrašena i da bi čak 85% pomoglo obolelom drugu. Starija populacija bi bila spremnija da se suoči sa bolešću kad bi i sami oboleli (54%), dok bi mlađi ignorisali saznanje da su oboleli (46%).

Zaključak: Mladi bez obzira na godine, kao i na psihičku, intelektualnu i moralnu zrelost poseduju izvesna znanja o polno prenosivim bolestima.

Ključne reči: adolescent, polno prenosive bolesti, preventivne mere

DA LI JE AKUTNI OTITIS MEDIA U DECE PREVENTABILAN?

Dr Jorgovanka Drmončić Putica¹, Dr Zorica N. Živković¹, Dr Slaviša Radosavljević²

¹ Dečja klinika Medicinski fakultet Priština, Kosovska Mitrovica, Srbija

² Dom zdravlja, Obilić, Srbija

Uvod: Akutni otitis media (AOM) se može definisati kao „nagli početak znakova i simptoma inflamacije srednjeg uha“. Američka pedijatrijska Akademija i Američka Akademija lekara porodične medicine objavili su u 2013 godini obnovljeni vodič za dijagnostikovanje i lečenje AOM kod dece.

Metodologija: retrospektivno su analizirani pacijenti uzrasta do 3 godine sa dijagnozom unilateralnog ili bilateralnog AOM.

Rezultati: distribucija po polu pokazuje da je 35 dece (56,4%) bilo ženskog, 27 (43,5%) muškog pola. Najčešće zastupljenoj dobnoj grupi, od 6 do 24 meseca pripadalo je najviše bolesnika 37 (59,6%). U kliničkoj slici su pored povišene telesne temperature dominirali nespecifični znaci: temperature, uznemirenost, rinoreja, kašalj, odbijanje podoja odnosno hrane. Kod 48 (64,4%) pacijenata AOM se razvijao u sklopu infekcija gornjih odnosno donjih disajnih organa. U anketi roditelja o saznanjima o prevencija ove bolesti su na nezadovoljavajućem nivou.

Zaključak: U kliničkoj slici vrlo često su dominantni nespecifični i nekarakteristični simptomi i znaci, zbog čega postavljanje dijagnoze AOM nije jednostavno. Pored adekvatnog lečenja redukcija riziko faktora i prevencija su važan deo strategije tretmana svakog deteta, posebno one sa rekurentnim ili rizikom za rekurentni AOM. Značajno je

uvesti imunizaciju usmerenu ka mikroorganizmima koji su najčešći izazivači AOM. Prirodna ishrana, izbegavanje pasivnog pušenja i aerozagađenja, higijena, izbegavanje kontakta sa decom i odraslima sa infekcijama disajnih organa su vrlo značajni u prevenciji bolesti i mogućim komplikacijama. Važno je u tom smislu sprovoditi edukaciju roditelja od strane i pedijataru i lekara porodične medicine.

Ključne reči: prevencija, akutni otitis media, deca.

PERTUSSIS KOD PRIMOVAKCINISAN MALOG DJETETA - PRIKAZ SLUČAJA

Dr Biljana Ivelja

DZ Cetinje, Crna Gora

Uvod: Pertussis je akutna infektivna bolest izazvana gram negativnom bakterijom Bordetelom Pertussis. Pertussis je vakcinopreventibilna bolest, vakcinacija u 2,4,6 i 18 mjesecu života, na koju kliničar sve manje pomišlja u svom radu. Kod vakcinisanih može doći do infekcije ali najčešće sa blažom kliničkom slikom. Nakon vakcinacije imunitet traje 6-10 god

Cilj rada: prikaz pertussisa kod malog djeteta uredno primovakcinisanog

Prikaz slučaja:

Dječak hd 16 mjeseci dolazi na pregled zbog kašlja, slinjenja Uredno

LA uredna, vakcinisan za dob

Fizikalni nalaz uredan

Nakon par dana dolazi do pogoršanja , noćni kašalj praćen povraćanjem, na plućima čujni expirijumski zvižduci

Th Hemomycin, inhalacije berodual i pulmikort, KKS uredna, kratkotrajno poboljšanje, potom i dalje uporan noćni kašalj praćen povraćanjem Nakon epizoda kašlja dobrog opšteg stanja

Postavljena sumnja na pertusis nakon čega roditelji navode da su imali kontakt sa bolesnim djetetom iz druge republike nevakcisanim kod kojeg je dijagnoza pertusisa nedavno postavljena Taj podatak ne navode zbog toga što je njihovo dijete vakcinisano.

U th Eritromicin 10 dana

Upućeno na serološku dijagnostiku ELISA Nalaz. antibordetela at IGM 116 +, IGG 125+, IGA 25 +, antibordetelatoxin IGG 160+ ,IGA nema reagensa

Zaključak:

Misliti na pertusis u svim životnim dobima bez obzira na vakcinalni status u slučaju kašlja dužeg od 14 dana sa zacenjivanjem sa i bez povraćanja ,

Poznavajući činjenice da vakcinalni imunitet ne mora kod izvjesnog broja djece biti zadovoljavajući, dijagnoza je postavljena na osnovu kliničke simptomatologije, epidemiološke povezanosti i pozitivnog ELISA testa Vakcinacija je i dalje jedina uspješna mjera suzbijanja ove bolesti

Imperativ je štititi od ove bolesti novorodjenčad i odojčad zbog teške kliničke slike i visokog mortaliteta

Ključne riječi: kašalj, vakcinacija, pertussis

ASTMA, VISOK ATOPIJSKI STATUS I DIABETES MELLITUS-PRIKAZ SLUČAJA

Ivana Nikolić, Snežana S. Živanović, Vesna Cvetković, Sonja J. Živanović

Klinika za dečje interne bolesti, KC Niš; Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu

Cilj: prikazuje se dečak uzrasta 8 godina i 5meseci oboleo od dijabetesa sa visokim atopijskim statusom i astmom teškom za kontrolu.

Prvi put je hospitalizovan na KDIB u uzrastu 3 godine i 7 meseci zbog visokih vrednosti glikemije kada je postavljena dijagnoza: Diabetes mellitus ab insulinom dependens de novo i započeto lečenje insulinom konvencionalnim režimom. Zbog suboptimalne kontrole dijabetesa 14 puta je hospitalizovan i preveden na intenzivirani režim lečenja insulinom. U šestoj godini, nakon dve godine od dijagnoze dijabetesa, pri virusnoj infekciji gornjih disajnih puteva dobija otežano disanje i vizing, kada je po prvi put lečen bronhodilatatorima. Na koži u pregibima javlja se ekcem. Rođeni brat je zbog astme lečen inhalacionim kortikosteroidima. Socijalni status porodice je zadovoljavajući.

Četiri meseca nakon inicijalne, ponovljene epizode vizinga dobija jedanput mesečno u četiri navrata. Postavljena je dijagnoza alergijske astme sa senzibilizacijom na inhalacione alergene: polen trava, polen drveća i nutritivne (soja, grašak, kikiriki, pasulj), sa ukupnim IgE 12 300 IU/ml, specifičnim IgE na polene breze, popino prase, livadarku, lisičji repak, pirevinu, ježevicu >100 (VI klasa), ambroziju 3,08 (III klasa) i kućnu prašinu 5,41 (IV klasa), kikiriki > 100, soju 93,4, belanac 30,7 (VI klasa), pšenica 9,17 (IV), mleko 3,07 (II klasa); eozinofili u perifernoj krvi 12 %. Predložena je terapija niskim dozama inhalacionih kortikosteroida ali komplijansa i aderenza za propisani režim izostaje. Iste godine u jesenjem periodu (tri epizode vizinga i klinički manifestna alergija na kikiriki u vidu osipa i angioedema) lečen je montelukastom, anihistaminicima, antioksidanisma, vitaminom D3 bez zadovoljavajuće kontrole bolesti. Spirometrija je bez poremećaja ventilacije. Naredne godine uz delimično kontrolisanu astmu nadovezuju se i simptomi rinitisa. Lečenje montelukastom se nastavlja uz dodatak 50 mcg niskih doza IKS (Fluticason). Tokom narednih godina komplijansa roditelja za IKS je varijabilna zbog nekontrolisanih skokova glikemije na uobičajenom intenziviranom insulinskom režimu.

Zaključak: naš pacijent boluje od Th1 autoimunske bolesti (Diabetes mellitus) i Th2 uslovljenih alergijskih oboljenja (astma, rinitis, ekcem) koje se opisuju u literaturi, ali u svakodnevnoj praksi ipak se retko sreću. Teško se leče i kontrolišu, ispoljavaju hroničan tok, remete kvalitet života pacijenta i čitave porodice i uzrokuju psihološke poremećaje i veliki su izazov za lekare.

REVIZIJA VAKCINALNIH KARTONA DJECE ROĐENE 2012 G

Rajka Pajović, Vesna Strainović-Lalović, Lela Pejović²

Dom zdravlja Podgorica, Opšta bolnica Cetinje², Crna Gora

Uvod: Imunizacija je izvanredno uspešno i cijenom elektivno sredstvo prevencije infektivnih bolesti i jedno od vodećih dostignuća u javnom zdravstvu i pedijatriji. Odojčad i djeca rutinski dobijaju vakcine protiv tuberkuloze, difterije, tetanusa, pertusisa, poljomijelitisa, hemofilus influence tip b, morbila, mumpsa, rubele, hepatitisa B. Vakcina protiv hepatitisa A, pneumokoka i influence preporučuje se nekim grupama djece. Vakcinacija je davanje bilo koje vakcine ili toksoida (inaktivisani toksin) u cilju

prevencije bolesti. Imunizacija je proces vještačkog izazivanja imuniteta bilo vakcinacijom (aktivna imunizacija) bilo davanjem antitijela (pasivna imunizacija). Aktivna imunizacija obuhvata stimulisanje imunog sistema da produkuje antitijela i ćelijski imuni odgovor koji štiti od infektivnih agenasa. Pasivnom imunizacijom se obezbeđuje privremena zaštita kroz primjenu egzogeno stvorenih antitijela.

Cilj rada je kontrolisati vakcinalni status djece rođene 2012 god

Metod rada: Revizija vakcinalnih kartona 2012.godišta

Rezultati: Kod izabranog pedijatra registrovano je 93 djece navedenog godišta 50 dječaka(53,8%) i 43 djevojčice(46,2%). BCG vacc su primila sva djeca u porodilištu.(100%) Vakcinacija DTaP-IPV-Hib sa sve tri doze je 100% HepB sve 3 doze primilo je 100% djece.MMR vacc vakcinisano je 98,9% djece(1 dijete nije vakcinisano- alergija na jaje? ali i odbijanje roditelja). Revakcinaciju DTaP+ OPV + Hib primilo je 98,9%(2 djece je nepotpuno revakcinisano jer nismo imali OPV vacc).

Zaključak: Vakcinacija ovog godišta je zadovoljavajuća.

OBUHVAT MMR VAKCINOM U DOMU ZDRAVLJA PLJEVLJA U PETOGODIŠNJEM PERIODU (2008-2012)

dr Anka Stanić, dr Dragica Gačević, dr Biljana Čarkilović, Stanica Dedeić

JZU Dom zdravlja Pljevlja, Crna Gora

Imunizacija je najdjelotvornija i ekonomski najisplativija zaštita pojedinca i cijele populacije od određenih zaraznih bolesti. Može biti aktivna i pasivna. Aktivnom imunizacijom (vakcinacijom) se davanjem određenog antigena postiže stvaranje specifične imunosti tokom određenog vremenskog perioda. Pasivnom imunizacijom se prenose gotova specifična antitijela kojima se odmah postaje više ili manje zaštićeno od određene bolesti. Ovako nastala zaštita traje kratko (nekoliko nedjelja ili mjeseci). Poseban oblik pasivne imunizacije je transplacentarni prenos antitijela protiv određenog broja bolesti sa majke na plod. Ovakva prirodno prenijeta zaštita traje 3-6 mjeseci. Morbili su jedno od najzaraznijih oboljenja. Virus se prenosi kapljičnim putem, direktnim ili indirektnim kontaktom sa sekretom iz nosa ili ždrijela zaraženih osoba. Osobe su zarazne 4 dana prije i 4 dana nakon izbijanja ospe. Inkubacija je 10 do 12 dana. Oko 30% prijavljenih slučajeva morbila uključuje jednu ili više komplikacija. Da bi se postigao željeni kolektivni imunitet procenat vakcinisanih osoba treba da bude preko 95% sa dvije doze MMR vaccine.

Cilj: utvrditi nivo obuhvata primoimunizacijom protiv malih boginja, rubele i parotita u petogodišnjem periodu u Domu zdravlja Pljevlja.

Metod: analiza vakcinalnog statusa uvidom u vakcinalne kartone kroz elektronsku bazu podataka.

Rezultati: U 2008-oj godini od 257 obveznika samo jedno dijete nije vakcinisano zbog bolesti, tako da je procenat vakcinisanih 99,61.

2009-te godine vakcinisano je 252, jedno zbog bolesti nije, tako da je obuhvat vakcinacijom 99,60%.

U naredne dvije godine procenat obuhvatnosti bio je 100% (2010 – 229, 2011 – 217 obveznika).

U 2012-oj godini od 214 obveznika jedno zbog bolesti nije vakcinisano, tako da je obuhvat 99,53%.

Zaključak: Pedijatri ulažu veliki napor da edukuju roditelje o značaju vakcinacije po zdravlje njihove djece. Velikom procentu sveobuhvatnosti doprinosi i činjenica da je za vakcinaciju zadužena sestra koja obavlja samo taj posao. Vrše se česte revizije vakcinalnih kartona i pozivaju djeca koja kasne sa imunizacijom.

Ključne riječi: vakcinacija, morbili, kolektivni imunitet

PRIMARNA VAKCINALNA GREŠKA

Vesna Strainović – Lalović, Rajka Pajović, Biljana Raičević - Fuštar

JZU Dom zdravlja Podgorica, Crna Gora

Primarna vakcinalna greška nastaje kada imuni sistem organizma ne proizvodi antitijela ili ne proizvodi dovoljno antitijela nakon prve vakcinacije, koja se smatraju neophodnim za zaštitu od bolesti.

Ciljevi: Dokazati primarnu vakcinalnu grešku nakon vakcinacije prvom dozom MMR vakcine, otkrivenu slučajno u svakodnevnom radu.

Metode: Analiza titra antitijela na morbile i rubelu.

Rezultati: Na pregled dolazi dječak uzrasta 1,5 godinu sa netipičnim sitno zrnastim osipom koji ne konfluira, na koži čeonog dijela, iza ušiju i na koži trupa i sa povećanim subookcipitalnim limfnim žlijezdama. Bolest počela 5 dana ranije povišenom tjelesnom temperaturom do 38,5o C, kihanjem i kašljem. Temperature više nema. Ostali nalaz uredan. Urađeni laboratorijski nalazi ukazuju na virusnu infekciju. Dječakova majka je u prvom trimestru trudnoće, ne zna da li je bolovala rubelu, i nema podatak o njenoj vakcinaciji, pa je i to razlog da uradimo titar antitijela na morbile i rubelu i kod dječaka i kod njegove majke. Dječak je rođen prijevremeno (N. praetemporarius, Asphyxio perinatalis, RD, PCK). Kompletno je vakcinisan za uzrast i dobio je prvu dozu MMR vakcine 4,5 mjeseca ranije. I nalaz : titar antitijela na morbile - IgM – pozitivan , IgG – negativan, na rubelu – IgM pozitivan, IgG – pozitivan. Specijalista biohemije preporučuje ponoviti nalaz, za 2- 3 nedelje iz novog uzorka seruma. Ponovljen - II nalaz; titar antitijela na morbile- IgM – negativan, IgG – negativan, na rubelu - IgM – negativan, IgG – pozitivan. Nakon 8 mjeseci ponovo radimo titar antitijela na morbile – IgM – negativan, Ig G – negativan, titar na rubelu nije rađen zbog nedostatka reagensa.

Zaključak: Vjerovatno je da je nakon vakcinisanja prvom dozom vakcine protiv morbila, došlo do primarne vakcinalne greške.

Ključne riječi: Vakcinacija, greška, titar

PORODIČNI ASPEKT GOJAZNOSTI

Dragana Arandžević, V. Vujović, Jasminka Škorić.

DZ „Dr Simo Milošević“, Beograd, Srbija

Gojaznost je vodeći faktor rizika za nastanak kardiovaskularnih oboljenja u detinjstvu i adolescenciji i hronično metaboličko oboljenje, pandemijskog karaktera, sa lošom prognozom. Nagli porast prevalencije gojaznosti objašnjava se uticajem faktora sredine,

ali je češća pojava gojaznosti u porodicama u kojima su roditelji gojazni uzrokovana, većim delom, nasleđem.

Cilj rada je bio da se utvrdi korelacija između telesne mase roditelja i njihove dece.

Ispitanici i metod rada: ispitano je 437 učenika osmog razreda iz tri osnovne škole sa Opštine Čukarica iz Beograda, uključenih u JUSAD studiju / Jugoslovenska studija prekursora ateroskleroze/, kao i njihovih roditelja. Sva deca su, prema indeksu telesne mase, podeljena u četiri grupe: I grupa /G/ gojazna deca sa $ITM > P95$; II grupa /PU/ prekomerno uhranjena deca sa $ITM > P85$; III grupa /N/ normalno uhranjena deca sa $ITM < P85$ i IV grupa /P/ pothranjena deca sa $ITM < P15$. Anketiranjem roditelja, dobijeni su podaci o njihovoj uhranjenosti.

Rezultati rada: Analizom dobijenih rezultata utvrdili smo da je među pregledanom decom bilo 6.86% gojazne dece, 10.75% prekomerno uhranjene dece, 71.62% normalno uhranjene dece i 10.46% pothranjene dece. Sumiranjem podataka iz porodične anamneze nađeno je da u I grupi /G/ 60% dece ima jednog ili oba gojazna roditelja, češće oca 43.3%; u II grupi /PU/ 25.53% dece; u III grupi /N/ 20.77%, dok u IV grupi /P/ samo 14.9% dece ima gojaznost u porodici.

Zaključak: Ovim radom je utvrđena povezanost stepena gojaznosti dece i njihovih roditelja. Dobijeni rezultati ukazuju na značaj primene individualnih mera primarne prevencije još prenatalno, u porodicama u kojima se gojaznost češće sreće, kao i postnatalno u fazi predgojaznosti kod dece sa pozitivnom porodičnom anamnezom kako bi se sprečila pojava gojaznosti i sledstvenog komorbiditeta.

Ključne reči: gojaznost, roditelji, deca

ŠTA KRIJE GLAVOBOLJA U DJEČJEM UZRASTU? CRANIOPHRYNGEOM - PRIKAZ SLUČAJA

Dr Biljana Ivelja

Dom Zdravlja Cetinje- Crna Gora

Uvod: U većini slučajeva etiologija glavobolje je bezazlena, ali kod oko 10 -15% djece može se dijagnosticirati ozbiljno oboljenje, kao tumor mozga. Tumori CNS čine oko 20% neoplazmi dječjeg doba

Cilj: Prikaz slučaja kod kojeg je glavobolja bila prvi simptom tumora CNS-a-kraniofaringeoma

Prikaz slučaja: Dječak hd 7 godina, ima povremene glavoboje praćene povraćanjem, unazad 6 mjeseci. Na prijemu pospan, adinamičan, fizikalni nalaz uredan, orl, okuliste, lab. analize uredni, upućen na dalju dijagnostiku CT i MR endokranijuma koji ukazuju na ekspanzivnu tumorsku promjenu u supraselarnom dijelu. Upućen na neurohirurgiju Kliničkog centra Srbije gdje je urađena operacija, ugrađen sistem za drenažu likvora umetanjem V-P Shunta. PH nalaz craniopharyngeom.

2006: reoperacija zbog recidiva tumorske mase. Šest mjeseci kasnije postepeni gubitak vida, ukazuje na recidiv bolesti, treća operacija u Beogradu.

Decembar 2006: Urađena četvrta operacija na UKT Tuebingen – drenaža cista i smanjenje tumorske mase. Nakon toga radio terapija

Sporodna dijagnoza: insuficijencija prednjeg lobusa hipofize, dijabetes insipidus

Kompletna supstitucionna terapija za panhypopituitarismus. Od tada bez recidiva bolesti, MR endokranijuma jednom godišnje, nalaz uredan.

Zaključak: Na osnovu anamneze i statusa djeteta treba izdvojiti djecu koja imaju indikaciju za neuroradiološku obradu. Preživljavanje kao i neurološki ishod liječenja u značajnoj mjeri zavise o što ranijem prepoznavanju znakova i simptoma koji mogu upućivati na tumor mozga kod djeteta. Za dijagnostiku je vrlo bitan tip glavobolje, koja je trajanja kraćeg od 6 mjeseci, javlja se noću ili prilikom buđenja, povezana s povraćanjem a pri tom je porodična anamneza negativna za migrenu, udružena sa promjenama ponašanja, aktivnosti i kognitivnih sposobnosti.

Ključne riječi: Cranyopharyngeom , glavobolja, dijete

PREVENTION IN METABOLIC DISEASES / PREVENCIJA KOD METABOLČKIH BOLESTI

Bilsena Kurtanović, Vesna Tomović

Dom zdravlja Novi Pazar - Služba za zdravstvenu zaštitu dece i omladine

Uvod: Metabolički sindrom (MS) predstavlja kompleks uzajamno povezanih promena metabolizma ugljenih hidrata i masti, mehanizma regulacije krvnog pritiska i endotelne funkcije, koje nastaju usled neuro-endokrine disfunkcije u uslovima snižene osjetljivosti tkiva prema insulinu - tzv. insulinske rezistencije. Prema savremenim shvatanjima, kompleks simptoma MS uključuje: insulinsku rezistenciju i hiperinsulinemiju, abdominalno-visceralnu gojaznost, primarnu arterijsku hipertenziju, narušenu toleranciju prema glukozu ili dijabetes tipa 2, dislipidemiju aterogenog vektora, hiperurikemiju i podagru, promene hemostaze predtrombotičkog stanja, mikroalbuminuriju, ranu aterosklerozu / ishemijsku bolest srca.

Cilj rada: Prikaz slučaja da bi se ukazalo na značaj rane detekcije , dijagnostike i prevencije ovog sindroma.

Metod rada: Deskriptivna analiza

Rezultati: Uzimajući u obzir koncepciju dečak uzrasta 18 godina TT-119,5 TV- 184cm ITM-35 OS:100cm TA:140/90 mmHg SF: 85 otkucaja/minuti AST-32 ALT-83 Holesterol-5.60 Trig: 2.50 HbA1c-5.0% Gly-7 TSH-3,13 FT4-16,01 Insulin: 55,88 Status: Akantoza na zadnjoj strani vrata, dojke su obe uvećane Th: Glucophage 500 2x1 HDR

Zaključak: Utvrđivanje nasledne predispozicije pomaže u objašnjavanju prisustva ili odsustva očekivanih promena, kao i blagovremenom prepoznavanju gojazne dece sa rizikom razvoja MS, u cilju određivanja mogućnosti i efikasnosti kako nemedikamentozne, tako i farmakoterapije. Glavni cilj preventive i lečenja je nedopustiti ili smanjiti ukupni rizik razvoja i progresije kardiovaskularnih oboljenja, karakterističnih za MS. U dečjem uzrastu i kod adolescenata u prvi plan dolazi do izražaja preventiva formiranja i razvoja sastavnih komponenata metaboličkog sindroma. Na svim etapama su bitne aktivnosti u cilju formiranja zdravog načina života i obustave štetnih navika.

Thematic field (check field)	/	Tematska oblast (čekiraj polje)
Prevention		Prevenција
Screening in paediatrics		Screening u pedijatriji
Genetics, epigenetics and rare diseases in paediatrics		Genetika, epigenetika i retke bolesti u pedijatriji
Eating disorders and eating behaviours		Poremećaji ishrane i sport
Workshop		Radionica
Paediatric cardiology		Dečija kardiologija
Combined themes		Razno

NAŠA ISTRAŽIVANJA O VRŠNJAČKOM NASILJU

Biljana Marković, Vanja Petrovski

Savetovalište za mlade – Dom zdravlja Niš

Uvod: Nasilje predstavlja svaki oblik ponašanja koje ima za cilj namerno povređivanje ili nanošenje bola, bilo psihičkog ili fizičkog. Nasilje među učenicima predstavlja vršnjačko nasilje i javlja se u svim oblicima kao fizičko, verbalno, psihološko i socijalno.

Cilj rada: Osnovni cilj ovog istraživanja jeste utvrditi manifestovanje i učestalost vršnjačkog nasilja.

Materijali i metode: Anketirano je 3465 učenika osnovnih i srednjih škola na teritoriji Grada Niša. Podaci o nasilju su upoređivani u odnosu na pol, mesto stanovanja i materijalni status učenika. Za potrebe istraživanja korišćen je originalni anketni upitnik, a anketiranje je bilo anonimno. Dobijeni rezultati su nakon obrade i sistematizacije prikazani tabelarno i grafički.

Rezultati rada: Istraživanje je pokazalo da je trećina ispitanika imala fizički sukob, pri čemu je u nasilju učestvovalo više dečaka i učenika iz porodica sa materijalnim statusom iznad proseka. Najzastupljeniji su verbalni sukobi. Trećina učenika je učestvovala u grupnim fizičkim sukobima, među kojima je takođe veći procenat dečaka i učenika iz bogatijih porodica. Za pomoć se skoro polovina obraća vršnjacima i roditeljima. Najveći broj učenika se oseća bezbedno u školi.

Zaključak: Dobijeni rezultati ukazuju da je nasilje među vršnjacima prisutno i da postoji statistička razlika po polu i materijalnom statusu. Potreban je zdravstveno-vaspitni rad sa učenicima u cilju smanjenja učestalosti nasilja u školama.

Ključne reči: nasilje, učenici, škola

BOLNIČKE INFEKCIJE KRVI – PROBLEM U PEDIJATRIJSKIM BOLNICAMA

Dušan Medić

Uvod - Rizik infekcija će se smatrati bolničkom ako je nastala u bolnici i postala evidentna 40 časova posle prijema pacijenta u bolnicu ili kasnije. Ako je patogeni mikroorganizam izolovan iz jedne ili više hemokultura, a kultivisani mikroorganizam nije povezan sa infekcijom druge lokalizacije tada se radi o bolničkoj infekciji krvi (BIK).

Materijal i metode rada - Jednogodišnjom prospektivnom studijom praćena su deca koja sulećena u IMD od bolnićke infekcije krvi. Dijagnoza je postavljena na osnovu klinićeke slike, pozitivnih laboratorijskih parametara infekcije, kao i pozitivnog bakteriološkog nalaza dobivenog iz uzorka krvi. Pored standardnih mera prevencije primenjene su i posebne mere vezane za uzrok BIK.

Rezultati - U periodu od 01.01.2014. do 31.12.2014. godine u IMD je lećeno u tom periodu registrovane su 33 BI, a od tog broja 22 dg. su registrovane kao BIK. Najćešći uzročnici BIK su bili *Klebsiella pneumoniae* 8, *Acinetobacter* sp. 3, *Pseudomonas aeruginosa* 3, *Serratia* sp. 3, *Candida* 2, *Strep. Vivid* 1, *E. coli* (ESBL+) 1, *Ralstonia picketti* 1.

Zaključak - Moramo razviti efikasne i racionalne mere prevencije. Pored lećenja osnovne bolesti, za prevenciju BIK vaćni su epidemiološki nadzor nad BI, edukacija osoblja. Striktno poštovanje procedure nege CVK, perifernog katetera, i ostalih dijagnostićkih i terapijskih procedura

DIJAGNOZA ANEMIJE UZROKOVANE INFEKCIJAMA KOD DECE ŠKOLSKOG I PREDŠKOLSKOG UZRASTA

Raša Medović¹, Zoran Igrutinović^{1,2}, Biljana Vuletić^{1,2}, Zorica Rašković^{1,2}, Lidija Stanković¹, Sveta Janković¹, Katerina Mladenovska–Dajić², Marijana Nikolić²

¹Pedijatrijska klinika, Klinićki Centar Kragujevac

²Fakultet medicinskih nauka, Univerziteta u Kragujevcu

Ciljevi: Anemija nastala kao posledica infekcije (sekundarna) druga je po ućestalosti kod dece, nakon sideropenijske anemije, ćesto pravi diferencijalno–dijagnostićeke probleme i terapijska pitanja da li je treba lećiti preparatima gvoćđa. Cilj rada je utvrditi validne laboratorijske parametre u dijagnozi sekundarne anemije u školskom i predškolskom uzrastu.

Metode: U Pedijatrijskoj klinici, KC Kragujevac, od 01.12.2014. do 01.03.2015. godine, ispitano je 45 prethodno zdrave dece, oba pola, predškolskog i školskog uzrasta, sa dokazanom anemijom i aktuelnom infekcijom. Svoj deci, od laboratorijskih parametara, uraćeni su: broj leukocita (Le), eritrocita (Er) i trombocita (Tr), hemoglobin (Hb), hematokrit (Hct), prosećan volumen eritrocita (MCV), prosećna kolićina hemoglobina u eritrocitu (MCH), prosećna koncentracija hemoglobina na litar eritrocita (MCHC), mera varijabilnosti velićeine eritrocita (RDW), serumsko gvoćđe (Fe), ukupni (TIBC) i nezasićeni kapacitet vezivanja gvoćđa u serumu (UIBC) i feritin. Kao normalne smatrane su tabelarne vrednosti ovih parametara prema uzrastu i polu. Izvršena je deskriptivna statistićecka obrada podataka u programu SPSS 20.0.

Rezultati: 71% su bile devojćice, 29% dećaci, 31% dece uzrasta 4–7 godina, 69% dece uzrasta 7–16 godina. 77,8% dece je uz anemiju imalo neku respiratornu infekciju, najćešće bronhopneumoniju. Srednje vrednosti Hb i Hct su bile snićzene, Hb 106,2 g/L, Hct 34,8%. Vrednosti MCV, MCH i MCHC su bile na donjoj granici normalnih. Vrednosti broja Er, Tr, RDW i transferina (TIBC i UIBC) su bile u granicama referentnih. Broj Le je bio povićen, srednja vrednost 16,7x10⁹/L. Srednja vrednost serumskog Fe je bila

snižena, 6,2 $\mu\text{mol/L}$. Srednja vrednosti feritina je bila znatno iznad normalne, 121,7 $\mu\text{g/L}$.

Zaključak: Validni laboratorijski parametri u dijagnozi sekundarne anemije su pored sniženog Hb, Hct i Fe, povećan broj Le i vrednosti feritina, uz normalne vrednosti ostalih parametara. Treba lečiti osnovnu bolest koja je uzrok anemije, dati savet o ishrani i izvršiti kontrolu krvne slike nakon mesec dana od infekcije.

Ključne reči: Sekundarna anemija, laboratorijski parametri, deca

NAJČEŠĆI TUMOR KOD DECE – NEFROBLASTOM, PRIKAZ SLUČAJA

Svetlana Pakaški¹, M.Deanović¹, S.F.Bauman², S.S.Bauman²

Dom zdravlja Pančevo¹, Dečje odeljenje Pančevo²

UVOD: Nefroblastom- Wilmaov tumor embrionalnog je porekla, učestalost 7-7.8 na milion dece mlađe od 15.g. Može biti udružen sa anomalijama urotrakta, najčešće se dijagnostikuje između 3. i 4.g. U kliničkoj slici dominira uvećanje abdomena koje je udruženo sa abdomi- nalnim bolom, povraćanjem, opštom slabošću, hematurijom. Šanse za preživljavanje su povećane preoperativnom hemioterapijom.

PRIKAZ SLUČAJA: Dečak K.D., rođen 2009.g,dolazi na pregled zbog bola u predelu stomaka, zbog sumnje na parazitozu, učinjen perianalni otisak, koji je bio uredan.Posle 2 meseca dolazi radi istih tegoba, na pregledu u ležećem položaju uočeno da je abdomen iznad ravni grudnog koša, naglašen venski crtež u predelu abdomena, a palpacijom uočena masa sa desne strane. Poslat na UZ dijagnostiku, postavljena sumnja na tumorsku masu. Dete je prevezeno na tercijarni nivo, gde je potvrđena dijagnoza tumorske mase-Wilsonovog tumora /uzrast deteta je 3g./. Dete je prooperativno primilo hemioterapiju po protokolu, operativno odstranjen desni bubreg, nastavljena hemioterapija po protokolu. Dete se kontroliše na 3 meseca, a aprila 2015.g, 2 g. po započetoj hemioterapiji planira se kontrola na 6 meseci.Dete je dobro.

ZAKLJUČAK: Rano prepoznavanje i dijagnostika Wilmsovog tumora daje detetu šansu da preživi i da kvalitet života ne bude u mnogome narušen.

PREVENCIJA SLABOVIDOSTI I DEFORMITETA LOKOMOTORNOG SISTEMA KAO PREDUSLOV ZA BAVLJENJE SPORTOM

Vinka Repac¹, Ivan Lukić², Branislava Stanimirov³, Jelena Zvekić Svorcan⁴

¹Dom zdravlja Žitište,

²Privatna ord."Sportrehamedica"Zrenjanin,

³Dom zdravlja Novi Sad, N. Sad,

⁴Specijalna bolnica za reumatske bolesti Novi Sad

CILJ RADA: Otkrivanje refrakcione greške uz ranu prevenciju slabovidosti te rano uočavanje deformiteta kičmenog stuba i prevencija.

METOD RADA: Urađena je retrospektivna analiza preventivnih pregleda dece predškolskog uzrasta za period 2010 godine i kontrolnog pregleda 2013 god. Vidna oštrina je određena na optotipu po Snnelenu,caver, uncover test, pregled pregnjeg segmenta oka i pregled očnog dna. Kod dece sa sniženom vidnom oštrinom (manja od

0.5) urađena je skijaskopija uz atropinsku midrijazu (gutt.Atropini sulfati 0.5%) kao i klinički pregled lokomotornog sistema. Deca sa sniženom vidnom oštrinom su korigovana, a potom sa korekcijom ubacivala loptice kroz obruč na visini od 1m, na udaljenostu od 5m.

REZULTATI: Ispitivanje vidne oštine kod deteta do pete godine života zahteva posebne metode istrpljenje. U okviru preventivnih pregleda dece predškolskog uzrasta pregledano je 336 dece 2010. godine, a kontrolni pregled 2013. godine. Devojčica 165 (49,1%) i 171 dečak (50,9%). Najzastupljenija refrakciona greška kod devojčica je hipermetropija 35,3% u 2010. godini i opada, da bi 2013. godine bila 13,8%. Devojčice su češće miopi u odnosu na dečake (5,8%:2,9%). Astigmatizam je podjednako zastupljen. Deca sa korigovanom refrakcionom greškom su bila uspešnija u ubacivanju loptice kroz postavljenu obruč. Od ukupno izdvojenih hipermetropa sa nekorigovanom greškom, lopticu nije ubacilo 15.2%, a nakon korekcije 4.8%, kod miopa taj odnos je 61.8%:13.6%; astigmatizma miopskog 60.1%:15.9%, a astigmatizma hipermetropnog 20.4%:6.1%. Loše držanje telimalo je 50.3% dece 2010. godine, a 2013., 17%. U našem uzorku je visok procenat dece sa ravnim stopalom, 72%.

Zaključak: Rano otkrivanje refrakcione greške i poremećaja okulomotorne ravnoteže su najbolji vid prevencije slabovidosti. Preventivne sistematske preglede vida kod dece treba početi sa dve godine života kako bi se izbegla ambliopia, poboljšao kvalitet života deteta. Ovde značajnu ulogu ima pedijatar.

Ključne reči: deformiteti kičme, refrakciona greška, slabovidost, deca

ANTROPOMETRIJSKI POKAZATELJI U PROCENI GOJAZNOSTI I KARDIOMETABOLIČKOG RIZIKA KOD ADOLESCENATA NA TERITORIJI OPŠTINE INĐIJA

**Vesna Petrović, Lj. Kleut, M. Aleksić, S. Aćimović Đumić, T. Rožek-Mitrović, D.
Višnjevac**

Dom zdravlja Inđija

Pronalazak idealnog pokazatelja gojaznosti i kardiometaboličkog rizika kod adolescenata nije jednostavan jer njihovo telo podleže brojnim fiziološkim promenama tokom rasta.

Cilj: Cilj studije bio je određivanje prevalencije gojaznosti kod adolescenata na osnovu ITM, kao i određivanje zastupljenosti adolescenata sa lošim oblikom tela (odnos obima struka i telesne visine) i rizičnim vrednostima obima struka.

Materijal i metode: Ispitivanje je sprovedeno kao studija preseka tokom školske 2013.-2014. godine, među adolescentima srednjih škola u Inđiji, uzrasta od 14. do 18. godina, koji su mereni u toku preventivnih pregleda (TM, TV, OS).

Rezultati: U studiji je učestvovalo 313 adolescenata, od toga 110 devojčica (35,14%) i 203 dečaka (64,86%). Srednje godište ispitivanih adolescenata iznosilo je 16 god. Prema ITM zastupljenost predgojaznih adolescenata bila je 15% a gojaznih 6,7%. Procenat predgojaznih i gojaznih je veći kod dečaka koji su obuhvaćeni istraživanjem sa statistički značajnom razlikom po polu. 3,5 % ispitivanih adolescenata ima vrednosti OS \geq 90 p. Zastupljenost oblika tela kruško-jabuka iznosi 9,9 % sa statistički značajnom razlikom među polovima, dok je oblik jabuka zastupljen kod 1 % ispitanika. 25,5 % predgojaznih

adolescenata ima prelazni loš oblik tela – kruško-jabuka, a 2,1 % OS \geq 90 p. Kod gojaznih adolescenata procenat oblika kruško-jabuka iznosi 81%, a oblik jabuka ima 14,2 %. 47,6 % gojaznih adolescenata ima OS \geq 90 p. Od ukupnog broja adolescenata koji spadaju u grupu normalno uhranjenih, 1,2 % adolescenata ima oblik tela kruško-jabuka. Među gojaznim adolescentima oblik kruška ima 4,8 %.

Zaključak: Određivanje ITM kod adolescenata i dalje ostaje prva stepenica u proceni gojaznosti, dok bi se kardiovaskularni i metabolički rizik gojaznosti morao individualno procenjivati na osnovu više kriterijuma, među kojima su OS i OS/TV. Edukaciju dece o značaju pravilne ishrane i redovne fizičke aktivnosti treba započeti od najranijeg uzrasta sa naglaskom na porodicu, školu i zdravstvena savetovališta.

Ključne reči: obim struka, gojaznost, oblik tela

INDEKS AUTORA I KOAUTORA

Aćimović Đumić S.	94	Joksimović M.	56, 67
Aleksić M.	94	Joksimović V.	67
Aleksijević M.	70, 78, 81	Jovanović I.	29
Arandžević D.	83, 84, 88	Jovanović V.	65
Arandžević M.	57	Jovičić B.	16, 17, 25
Avramović V.	22	Jović M.	22
Babić Z.	56	Jović M.	22
Bacetić S.	65	Kačavenda S.	73
Bajin Z.	65	Kadić A.	44, 44
Baštovanović N.	59	Kaličanin-Milanović R.	80
Baumann S. F.	46, 93	Kamenov B.	26
Baumann S. S.	46, 93	Karaklaić Z.	61
Begić Z.	44, 44	Kavarić N.	66, 72
Bjelaković B.	15, 32	Kleut Lj.	94
Blagojević Z.	51	Klisić A.	66, 72
Bošković J.	81, 82	Knežević J.	15, 16, 54
Božović D.	72	Kocić G.	15
Branković Lj.	55	Kommenović J.	56
Budić I.	39	Kostić G.	20, 38, 47
Čarkilović B.	87	Košutić J.	15, 16, 17, 25
Cokić B.	33	Kuburović V.	15, 16, 17, 25
Cvetković V.	53, 86	Kurilić Lj.	48
Deanović M.	46, 93	Kurtanović B.	90
Dedeić S.	87	Lazović I.	79
Đekić D.	67	Levajac M.	54
Despotović S.	47	Lozanić T.	52
Despotović V.	47	Lukić I.	93
Drmončić Putica J.	84	Mališić-Korać M.	67
Đurić Filipović I.	47	Marjanović J.	56
Đurić Z.	53	Marjanović V.	39
Erdevički Lj.	24	Marković B.	91
Ergić M.	78	Marković D.	22
Filipović Đ.	47	Marković S.	38
Gačević D.	83, 87	Marsenić I.	51
Gligorović-Barhanović N.	72	Medić D.	91
Grujić Ilić G.	45	Medović R.	92
Gucev Z.	50	Mesihović-Dinarević S.	44, 44
Hadžić A.	44, 44	Mihailović D.	41, 72
Halimić M.	44, 44	Mijailović S.	61
Igrutinović Z.	35, 38, 54, 92	Mijović Ž.	41, 72
Ilić D.	51	Miladinović Tasić N.	27
Ilić M.	61	Milanović O.	74
Injac T.	66, 72	Milidrag M.	62
Ivelja B.	79, 85, 89	Milojević D.	61
Janković S.	92	Milojković M.	37
Jerić D.	60	Mladenovska-Dajić K.	92
Jerkan M.	45	Mrkaić Lj.	55
Jevtović Stoimenov T.	15	Nestorović Tanasković J.	16, 38
Joksić A.	61	Nikolić I.	86

Nikolić J.	79	Stanišić S.	56, 67
Nikolić M.	31, 57	Stanković A.	57
Nikolić M.	92	Stanković L.	92
Nikolić T.	62	Stanković N.	71
Ninić S.	15, 16, 17, 25	Stanković S.	53
Novaković D.	39	Stevanov Mitrić G.	56
Odović Čubrilo J.	71	Stojanović M.	55, 58
Pajović R.	88	Stojković A.	19
Pakaški S.	46, 93	Stojković Eferica I.	55, 58
Panić I.	75	Strainović-Lalović V.	88
Parezanović V.	15	Šaranac LJ.	34, 53
Perišić V.	51	Škorić J.	83, 84, 88
Peruničić J.	30	Šljivić S.	55, 58
Pešić Gilanji S.	71	Šumanov V.	54
Petković M.	42	Tasić M.	47, 70, 78
Petrović D.	61	Tasić V.	50
Petrović V.	94	Tomović V.	90
Petrović Z.	39	Trećakov S.	64
Petrović Dimeski Z.	50	Turudić S.	71
Petrovski V.	62, 91	Vasić K.	18
Plavanski Lj.	75	Vasić-Sušić D.	59
Prijic A.	16, 25	Veličkov A.	22
Prijic S.	15, 16, 17, 25	Veličković V.	19
Radosavljević S.	84	Višnjevac D.	94
Radovanović M.	38	Vlahović P.	22
Radović J.	37	Vojinović J.	36
Radulović M.	61	Vujić A.	24
Radunović T.	56	Vujović V.	88
Rađenović Petković T.	22	Vukomanović V.	15, 16, 17, 25
Raičević-Fuštar B.	88	Vuletić B.	38, 92
Rakić O.	29	Zaharov T.	65
Ranković J.	33, 45	Zisovska E.	23
Ranković Janevski M.	28	Zvekić Svorcan J.	93
Rašković Z.	38, 92	Živadinović M.	61
Repac V.	93	Živanović M.	49
Rožek-Mitrović T.	94	Živanović S.	21, 50
Simić D.	39	Živanović S.	86
Simović A.	16, 54	Živanović S.	86
Spasojević B.	63	Živković J.	68
Stajić B.	69	Živković N.	72
Stajić S.	56	Živković Z. 18, 47, 84
Stanić A.	83, 87		
Stanimirov B.	31, 93		



PODRŽIMO BEBE PODRŽIMO MAME



Uvoznik i distributer za Srbiju: **MCG Group d.o.o.**
Obrovačka 21, Veternik, Novi Sad, tel/fax 021 824-864, tel. 021 824-936
e-mail: office@mcgroup.rs, www.mcgroup.rs

Uvoznik i distributer za Crnu Goru: **DONATOR d.o.o.**
Kuće Rakića bb, Tuzi, Podgorica 81206, tel: +382 20 870 082, fax: +382 20 870 059
www.kidsland.me

PHILIPS

AVENT

innovation + you



ISBN 978-86-6399-014-2