

56.  NEDELJA
2016

314. oktobar 2016. / Hotel Jugoslavija

PROGRAM

KNJIGA
SAŽETAKA

**56 Otorinolaringološka nedelja
Beograd, Hotel Jugoslavija, 3.4. Oktobar 2016**

Poštovane Koleginice i Kolege, dragi gosti

56 ORL nedelja je ispred nas. Kao i do sada, predstavlja najveći skup otorinolaringologa Srbije u jednoj godini. To je mesto intenzivne razmene znanja, veština i iskustva. Ove godine predstaviće se kroz osam okruglih stolova, sedam plenarnih predavanja i slobodnih tema, ukupno 74 predavanja. Imaćemo čast da na skupu pozdravimo i saslušamo naše anesteziologe koji će kroz diskusiju i predavanja razmeniti znanje o najaktuelnijim problemima anestezije u otorinolaringologiji, koja je po svemu vrlo specifična i zahtevna.

Dragi gosti iz inostranstva, Prof dr Dan Fliss, Tel Aviv, Izrael, potom Prof dr Metin Onerci Ankara, Turska, Prof dr Mihael Podvinec Švajcarska, Prof dr Jane Netkovski, Skopje Makedonija, Prof dr Slobodan Spremo iz Banja Luke, Republika Srpska, Dr Ljubica Fuštar Preradović iz Slavenskog Broda, Hrvatska, Ass dr Mirko Popović iz Podgorice, Crna Gora će kvalitetom, svojim znanjem, ugledom, dati potrebni internacionalni karakter skupa, što ga čini boljim i vrednijim.

Posebna pažnja i ove godine će biti posvećena mladim otorinolaringozima koji se po prvi put predstavljaju radovima u kojima će ne samo izneti rezultate svojih studija već predstaviti sebe i budućnost Srpske otorinolaringologije. I ove godine najboljem sleduje nagrada. Pozivam sve otorinolaringologe da prisustvuju predavanjima i daju potrebnu podršku.

Skup se održava u prelepom Hotelu Jugoslavija, u dve sale.

Potpomognuti smo i brojnim sponzorima bez kojih se danas i ne može zamisliti nikakvo veće stručno okupljanje, i na tom podstrecu i doprinosi se njima zahvaljujemo.

Očekujemo veliki broj otorinolaringologa iz svih delova Srbije, pa i iz okolnih zemalja i želimo svima da se dobro i prijatno osećaju, a znanje koje steknu ili dopune ponesu u svoju sredinu i podignu kvalitet svoga rada.

Srdačno

Prof dr Rajko Jović




Srpsko Lekarsko Društvo /
Serbian Medical Society



OTORINOLARINGOLOŠKA SEKCIJA SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA

Otorinolaringološka Sekcija
Srpskog Lekarskog Društva /
Serbian
Otorhinolaryngological
Society

**56. ORL NEDELJA SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM ORL
SEKCIJE SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA
03-04 OKTOBAR 2016 GODINE .
HOTEL JUGOSLAVIJA, BEOGRAD**

POČASNI ODBOR / HONORARY MEMBERS:

Akademik Prof. dr Radoje Čolović, Predsednik SLD
Akademik Prof. dr Vladimir Kostić
Prof.dr Dan M.Fliss
Prof.dr Mešin Onerci
Prof.dr Mihael Podvinec
Prof. dr Pavle Milenković

NAUČNI ODBOR / SCIENTIFIC COMMITTEE:

Prof. dr Rajko Jović
Prof. dr Nenad Arsović
Prof. dr Dragoslava Đerić
Prof. dr Miško Živić
Prof. dr Predrag Stanković
Prof. dr Dragan Dankuc
Prof. dr Branislav Belić
Prof. dr Milan Stanković
Prof. dr Vukašin Andrić
Prof. dr Milovan Dimitrijević
Prof. dr Željko Petrović
Prof. dr Snežana Ješić
Prof.dr Branka Mikić
Prof.dr Zoran Komazec
Prof.dr Slobodan Mitrović
Prof. dr Anton Mikić
Prof. dr Vladimir Đorđević
Prof. dr Ljiljana Janošević
Prof. dr Milan B. Jovanović
Prof. dr Vojko Đukić
Prof. dr Jovića Milovanović
Prof. dr Mile Štrbac
Prof.dr Vesna Turkulov

Prof.dr Ksenija Ribarić Jankes
Prof.dr Borivoj Babić
Prof.dr Srbljub Stošić
Prof.dr Ljiljana Vlaški
Doc.dr Aleksandar Perić
Doc.dr Ljiljana Jovančević
Doc.dr Maja Buljić Čupić
Doc.dr Vladimir Papić
Doc.dr Snežana Sanković Babić
Doc.dr Anita Grgurević
Doc.dr Radoje Simić
Doc.dr Vladimir Nešić
Doc.dr Sanja Krejović-Trivić
Ass.dr Milanko Mилоjević
Ass.dr Mirko Popović
Ass.dr Ana Jotić
Ass.dr Ljiljana Čvorović

ORGANIZACIONI ODBOR / ORGANIZING COMMITTEE:

Prof dr Rajko Jović
Prof.dr Nenad Arsović
Prof.dr Dragoslava Đerić
Prof.dr Vladimir Đorđević
Prof.dr Miško Živić
Prof.dr Predrag Stanković
Prof.dr Ksenija Ribarić- Jankes
Doc.dr Ljiljana Jovančević
Doc.dr Aleksandar Perić
Prim.dr Vladan Šubarević
Dr Uglješa Grgurević

**ORL SEKCIJA SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA /
ENT SECTION OF SERBIAN MEDICAL SOCIETY**

Predsednik / President
Prof. dr Rajko Jović
Generalni sekretar / General secretary
Prof. dr Predrag Stanković
Sekretar / Secretary
Doc. dr Ljiljana Jovančević

ORL NEDELJA
2016



Srpsko Lekarsko Društvo /
Serbian Medical Society

ORISLD
SEKCIJA

OTORINOLARINGOLOŠKA SEKCIJA SRPSKOG LEKARSKOG DRUŠTVA

Otorinolaringološka Sekcija
Srpskog Lekarskog Društva /
Serbian
Otorhinolaryngological
Society

Knjiga apstrakta će biti dostupna u PDF formatu i svim registrovanim učesnicima će biti poslate na email adrese.
Svi kongresni materijali će biti dostupni na sajtovima ORL SLD i Udruženja MEDAPP.
www.sld.org.rs www.medapp.rs



GENERALNI SPONZOR

el pharma 

a PHOENIX company

GeloMyrtol[®] forte

Gastrorezistentna kapsula, meka

Lek je namenjen za oralnu upotrebu

BILJNI LEK ZA POMOĆ PRI ISKAŠLJAVANJU

GeloMyrtol[®] forte: kod akutnog bronhitisa smanjuje napade kašlja za **62,1% nakon 7 dana** terapije u poređenju sa 49,8% smanjenja u placebo grupi¹

GeloMyrtol[®] forte: 90% pacijenata sa akutnim bronhitisom je odgovorilo na terapiju u trajanju **do 14 dana** (izlečenje ili poboljšanje zdravstvenog stanja) statistički značajno u odnosu na placebo ($p=0.0002$)¹

GeloMyrtol[®] forte
mogu koristiti odrasli i deca starija od 6 godina

Broj dozvole: 515-01-6607-12-001 od 20.05.2013.
Režim izdavanja leka: Lek se izdaje bez lekarskog recepta
Datum revizije teksta: mart 2013.
Broj odobrenja za upotrebu promotivnog materijala:
515-08-00078-2016-3 od 24.03.2016.
Nosilac dozvole za lek: Evropa Lek Pharma d.o.o.
Bore Stankovića 2, 11030 Beograd, Srbija, tel: 011 3953120



AKUTNI I HRONIČNI
SINUZITIS

AKUTNI I HRONIČNI
BRONHITIS

el pharma 

a PHOENIX company

¹) Gillissen A. et al.: Efficacy and Tolerability of GeloMyrtol forte in Acute Bronchitis. A Multi-centre, randomised, double-blind, placebo controlled Clinical Trial. Drug Res 2013; 63:19-27

GLAVNI SPONZOR



Avamys[®]
flutikazonfuroat

**Bez obzira na
godišnje doba...**



gsk

Omčinskih brigada 88, 11070 Novi Beograd, Republika Srbija

Samo za stihujuju javnost

reklamovani, J. 2016

Avamys[®]
flutikazonfuroat

Bez obzira na uzrok...



gsk

Omčinskih brigada 88, 11070 Novi Beograd, Republika Srbija

Samo za stihujuju javnost

reklamovani, J. 2016

GLAVNI SPONZOR



Business a zdravlje

TRIDOX[®]

cefpodoksim-proksetil

INFEKCIJE GORNJIH I DONJIH
RESPIRATORNIH PUTEVA

INFEKCIJE GORNJEG I DONJEG
DELA URINARNOG TRAKTA

INFEKCIJE KOŽE I MEKIH TKIVA



ORALNI CEFALOSPORINI TREĆE GENERACIJE

PANCEF[®]

cefiksims

➔ INFEKCIJE GORNJIH
RESPIRATORNIH PUTEVA

➔ INFEKCIJE DONJIH
RESPIRATORNIH PUTEVA

➔ INFEKCIJE URINARNOG TRAKTA



BlokMAX[®]

Ibuprofen, 100mg/5ml oralna suspenzija *za decu*



SNIŽAVA POVIŠENU
TELESNU TEMPERATURU
I UBLAŽAVA BOL



Prijatan ukus kajsije

Paracetamol

120mg/5ml
oralna suspenzija

ALKALOID[®]

✓ *Snizava povišenu telesnu temperaturu
koja često prati prehladu, grip i dečije
infektivne bolesti*

✓ *Ublažava bolove kod izbijanja
zuba i bolove u grlu*



AROMA ANANASA



ZLATNI SPONZOR



SPONZOR



PROGRAM –PONEDELJAK 3.OKTOBAR, BANKET SALA

ORL NEDELJA
2016

08.00-09.00 REGISTRACIJA UČESNIKA



09.00-09.30 SVEČANO OTVARANJE

09.30-10.00 Pozivno predavanje

Surgical utility in three dimensional preoperative planning in complex Head and Neck reconstruction

Prof.dr Dan M.Fliss, Tel Aviv, Izrael

10.00-10.30 Pozivno predavanje

Frontal sinus surgery

Prof.dr Metin Onerci, Ankara,Turska

10.30-11.00 Plenarno predavanje

Zamke i greške u hirurgiji laringotrahealnih stenoza.

Prof.dr Rajko Jović,Novi Sad, Srbija

11.00-11.30 Plenarno predavanje

Kliničke karakteristike i lečenje kongenitalnog holesteatoma

Prof.dr Nenad Arsović, Beograd, Srbija

11.30- 11.40 Sponzorsko predavanje - El Pharma

Alergijski rinitis :stare dileme i novi izazovi

Doc.dr Liljana Jovančević

el pharma 
a PHOENIX company

11.40-11.50 Sponzorsko predavanje - GlaxoSmithKline

Avamys

Kristina Savić Aleksić



11.50-12.00 Sponzorsko predavanje - Alkaloid

Valdocef® (cefadroksil) – kada i zašto?

Dr Katarina Stanković

80 godina
ALKALOID
BEOGRAD
Bešinama a zdravlju

12.00-12.30 PAUZA



Okrugli sto: Komplikacije akutnog bakterijskog rinosinuzitisa

Moderator: Doc.dr Ljiljana Jovančević

12.30-13.00 Predavanje

Učestalost, putevi širenja, podela i dijagnostika komplikacija. Koštane komplikacije

Doc.dr Aleksandar Perić, Beograd, Srbija

13.00-13.15 Predavanje

Preseptalni i celulitis orbite.

Doc.dr Ljiljana Jovančević, Novi Sad, Srbija

13.15-13.30 Predavanje

Subperiostalni i apsces orbite

Doc.dr Maja Buljić Čupić, Novi Sad,Srbija

13.30-13.45 Predavanje

Tromboza kavernoznog sinusa i endokranijalne komplikacije sinuzitisa – principi hirurškog lečenja

Doc.dr Vladimir Papić, Novi Sad, Srbija

13.45-14.00 Predavanje

Tromboza kavernoznog sinusa i endokranijalne komplikacije sinuzitisa – principi konzervativnog lečenja.

Prof.dr Vesna Turkulov, Novi Sad, Srbija

PROGRAM –PONEDELJAK 3.OKTOBAR, BANKET SALA

ORL NEDELJA
2016

14.00-14.10 Sponzorsko predavanje - Proton System

„PropoMucil®- naša iskustva“
Dr Aleksandra Bajec Opančina



14.10-14.25 Sponzorsko predavanje - NELT

Suplementarna terapija akutnih faringitisa
Prof. dr Rade Kosanović



14.25-15.30 RUČAK



15.30-16.00 Uvodno Predavanje

Raznolikost kliničke slike retrakcija bubne opne bez holesteatoma
Prof.dr Snežana Ješić, Beograd, Srbija

Krugli sto: Audiologija i vestibulologija za otorinolaringologe

Moderator: Prof.dr Ksenija Ribarić-Jankes

16.00-16.15 Predavanje

Uloga audiologa u diferencijalnoj dijagnostici zastoja u razvoju govora
Prof.dr Branka Mikić, Beograd, Srbija

16.15-16.30 Predavanje

Izazovi dijagnostike oštećenja sluha u najranijem uzrastu
Dr Jovana Ječmenica, Beograd, Srbija

16.30-16.45 Predavanje

Greške i zamke u audiologiji odraslih
Prof.dr Zoran Komazec, Novi Sad, Srbija

16.45-17.00 Predavanje

Tinnitus
Ass.dr Ljiljana Čvorović, Beograd, Srbija

17.00-17.15 Predavanje

Intratimpanalna terapija kod Menijerove bolesti, da ili ne
Dr Dušan Pavlović, Beograd, Srbija

17.15-17.30 Predavanje

Anamneza koja upućuje na vestibularno oštećenje
Prof.dr Ksenija Ribarić Jankes, Beograd, Srbija

17.30-17.45 Predavanje

Nistagmus kod akutnog vestibularnog sindroma
Prof.dr Borivoj Babić, Beograd, Srbija

18.00-21.00
APERITIV
SPICE&SUGAR BAR
HOTEL JUGOSLAVIJA



21.00-01.00
SVEČANA VEČERA
BANKET SALA
HOTELA JUGOSLAVIJA

LIVE MUSIC
EUROEXPRESS BAND



PROGRAM –PONEDELJAK 3.OKTOBAR, KONFERENCIJSKA SALA 1

12.30-13.00 Uvodno Predavanje

Timpanoplastike sa rekonstrukcijom ili obliteracijom atika kod holesteatoma srednjeg uha

Prof.dr Slobodan Špremo, Banja Luka, Republika Srpska

13.00.-14.30

Okrugli sto: Strateški pravci razvoja u otologiji i otihirurgiji

Moderator: Prof.dr Nenad Arsović

13.00-13.30 Predavanje

Multidisciplinarni pristup edukaciji

Prof.dr Dragoslava Đerić, Beograd, Srbija

13.30-13.50 Predavanje

Dijagnostika zasnovana na dokazima

Prof.dr Milan Stanković, Niš, Srbija

13.50-14.10 Predavanje

Savremen koncept razvoja mikrohirurgije uva

Prof.dr Nenad Arsović, Beograd, Srbija

14.10-14.30 Predavanje

Greške u hirurgiji uva

Prof.dr Dragan Dankuc, Novi Sad, Srbija

14.30-15.30 RUČAK

14.30 SASTANAK PREDSEDNIŠTVA ORL SEKCIJE SLD

15.00 SASTANAK RINOLOŠKO-ALERGOLOŠKOG
AKTIVA ORL SEKCIJE



15.30-16.00 Uvodno Predavanje

Principi i kontraverze u dijagnostici i terapiji alergijskog rinitisa

Prof. dr Miško Živić, Niš, Srbija

Mini Simpozijum:

Dijagnostika i tretman urođenih anomalija glave i vrata kod dece

Moderator: Prim.dr Vladan Šubarević

16.00-16.10 Predavanje

Urođene anomalije glave i vrata kod dece-multidisciplinarni pristup

Prim.dr Vladan Šubarević, Beograd, Srbija

16.10-16.20 Predavanje

Genetika i urođene anomalije glave i vrata

Dr Katarina Stanković, Beograd, Srbija

16.20-16.30 Predavanje

Radiološka dijagnostika urođenih anomalija glave i vrata

Dr Ana Gazikalović

16.30-16.40 Predavanje

Urođeni patološki otvori na koži glave i vrata

Doc. dr Radoje Simić Beograd, Srbija

16.40-16.50 Predavanje

Rascepi usne i nepca

Dr Đorđe Kravljanac, Beograd, Srbija

16.50-17.00 Predavanje

Kraniofacijalne anomalije-korekcija koštanih deformiteta

Prof. dr Srboljub Stošić, Beograd, Srbija

17.00-17.10 Predavanje

Urođene anomalije gornjih disajnih puteva

Prim. dr Vladan Šubarević, Beograd, Srbija

PROGRAM –PONEDELJAK 3.OKTOBAR, KONFERENCIJSKA SALA 1

17.10-17.20 Predavanje

Urođene anomalije uva-savremeni pristup

Prof. dr Ljiljana Vlaški, Novi Sad, Srbija

17.20-17.30 Predavanje

Oštećenja sluha kod dece sa urođenim anomalijama glave i vrata

Prim. dr Jovana Ječmenica, Beograd, Srbija

17.30-17.40 Predavanje

Laringomalacija - dijagnoza I tretman

Prim Dr Ivan Baljošević, Beograd, Srbija

18.00-21.00

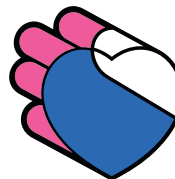
APERITIV
SPICE&SUGAR BAR
HOTEL JUGOSLAVIJA



21.00-01.00

SVEČANA VEČERA
BANKET SALA
HOTELA JUGOSLAVIJA

LIVE MUSIC
EUROEXPRESS BAND



LEARN · SHARE · HEAL
MEDAPP®

TECHNICAL SUPPORT AND IT

AKREDITACIJA KURSEVA KME

ONLINE KURSEVI

MEDICINSKE *M-HEALTH* APLIKACIJE

MEDICINSKI *WEB* PORTALI

www.medapp.rs

PROGRAM –UTORAK 4.OKTOBAR, BANKET SALA

09.00-09.30 Pozivno predavanje

„Surgical approach to the skull base tumors“

Prof.dr Dan M.Fliss, Tel Aviv, Izrael

09.30-10.00 Plenarno Predavanje

Uznapredovali karcinom glave i vrata Mogućnosti i ograničenja hirurgije

Prof.dr Milan Stanković, Niš, Srbija

10.00-10.30 Plenarno Predavanje

Izazovi i ograničenja u citološkoj dijagnostici patoloških promena glave i vrata Plenarno predavanje

Dr Ljubica Fuštar-Preradović, Slavonski Brod, Hrvatska

10.30-11.00 PAUZA



Okrugli sto: Budućnost i perspektive fonijatrije

Moderator: Prof.dr Predrag Stanković

11.00-11.30 Predavanje

Uvod – budućnost i perspektive fonijatrije

Prof.dr Predrag Stanković, Beograd, Srbija

11.30-11.45 Predavanje

Perspektive fonijatrije u multidisciplinarnom pristupu dijagnostici pratećih oboljenja ORL regije

Prof.dr Slobodan Mitrović, Novi Sad, Srbija

11.45-12.00 Predavanje

Kvalitet zivota fonijatrijskih pacijenata

Ass.dr Sanja Krejović-Trivić, Beograd, Srbija

PROGRAM –UTORAK 4.OKTOBAR, BANKET SALA

ORL NEDELJA
2016

12.00-12.15 Predavanje

Endovideostroboskopija kao neophodna metoda u fonijatriji

Dr.sci.med Jasmina Stojanović, Kragujevac, Srbija

12.15-12.30 Predavanje

Savremeni aspekti spasticke disfonije

Dr Siniša Mutić, Prijedor, Republika Srpska

12.30-12.40 Sponzorsko predavanje - EL Pharma

Terapija rinosinuzitisa: smernice,preporuke I klinička iskustva

Prof. dr Nenad Arsović

el pharma 
a PHOENIX company

12.40-12.55 Sponzorsko predavanje - Medico Domus

Terapija otitisa-kako do racionalnije upotrebe antibiotika?

Prof. dr Nenad Arsović

MEDICO DOMUS 

13.00-14.00 RUČAK



14.00-14.30 Uvodno Predavanje

Pregled najnovijih kliničkih smernica u terapiji alergijskog rinitisa kod dece

Doc.dr Snežana Sanković Babić, Beograd, Srbija

Okrugli sto: Mogućnost edukacije uz pomoć digitalnih tehnologija u srpskoj ORL i predlog održive stručne edukativne platforme
Moderator: Prof.dr Mihael Podvinec

14.30-14.40 Predavanje

Nova paradigma: digitalni mediji, video-sastanci i virtuelna hirurgija

Prof.dr Mihael Podvinec, Basel, Švajcarska

PROGRAM –UTORAK 4.OKTOBAR, BANKET SALA

14.40-14.50 Predavanje

Kako najefikasnije pretraživati medicinsku literaturu?

Doc.dr Anita Grgurević, Beograd, Srbija

14.50-15.00 Predavanje

Primena novih videokonferencijskih sistema u medicinskoj edukaciji u Srbiji

Dr Nikola Ilić, Beograd, Srbija

15.00-15.15 Predavanje

Mogućnosti upotrebe savremenih digitalnih tehnologija u edukaciji otorinolaringologa

Dr Uglješa Grgurević, Beograd, Srbija

15.30-16.00 PAUZA



MLADI OTORINOLARINGOLOZI

16.00-16.10

Principi i kontradikcije u lečenju komplikacija totalnih laringektomija

Milan Nikolić, Miroslav Djorić
KC Niš, ORL Klinika

16.10-16.20

Apscesi mozga otogenog porekla.

Radojević D, Nešić V. CS, Klinika za ORL I MFH Beograd

16.20.-16.30

Strana tela traheobronhijalnog stabla -dijagnostika, terapija, rezultati ORL Klinike u Novom Sadu.

Damjanić T, Jović R. KCV ORL Klinika Novi Sad

PROGRAM –UTORAK 4.OKTOBAR, BANKET SALA

ORL NEDELJA
2016

16.30-16.40

Stranotelo Eustahijeve tube

Tovilović V, Dankuc D, Pejaković N, KCV ORL Klinika Novi Sad

16.40.-16.50

Papilomi larinksa - izazovi i iskustva.

Savić M, Jović R, Čanji K, Dragičević D KCV ORL Klinika Novi Sad

16.50.-17.00

Endoskopska kauterizacija krvnih sudova nosa u tretmanu recidivantne epistakse.

Subašić A, Jovančević Lj, KCV ORL Klinika Novi Sad

17.00.-17.10

Prikaz rezultata hirurškog lečenja obolenja štitaste žlezde u desetogodišnjem periodu ORL Klinici u Novom Sadu.

Vujković Lamić D, KCV ORL Klinika Novi Sad

17.10-17.20

Effekti primene intranazalnog kortikosteroida na produkciju eozinofilnih hemokina u hronično inflamiranoj nosnoj sluznici.

Špadijer Mirković C. Perić A. Klinika za ORL VMA, Beograd

17.20.-17.30

Otogene manifestacije kardiovaskularnih oboljenja: preliminarni rezultati.

Radivojević N, Arsović N KCS, Klinika za ORL I MFH Beograd

17.30-17.40

Papilom spoljašnjeg slušnog hodnika

Božanić D, Dankuc D, Pejaković Lj KCV Novi Sad

18.00

SVEČANO ZATVARANJE SKUPA

PROGRAM –UTORAK 4.OKTOBAR, KONFERENCIJSKA SALA 1

11.00-11.30 Uvodno Predavanje

Dileme i kontroverze u tretmanu pacijenata nakon tonzilektomije
Ass.dr Mirko Popović, Podgorica, Crna Gora

Okrugli sto: Anestezija u otorinolaringologiji

Moderator: Dr sci med.Dušanka Janjević

11.30-12.00 Predavanje

Koju tehniku anestezije koristiti u mikrolaringealnoj hirurgiji?
Dr.sci med.Dušanka Janjević, Novi Sad, Srbija

12.00-12.30 Predavanje

Strana tela disajnog puta kod dece i odraslih – izazov za anesteziologa i otorinolaringologa
Dr Dragana Milivojević, Beograd, Srbija

12.30-13.00 Predavanje

Komparativna analiza tri tipa opšte anestezije kod funkcionalne endoskopske sinusoskopije
Dr Jovanka Nikolić, Beograd, Srbija

13.00-14.00

RUČAK



Okrugli sto: Tumori parafaringealnog prostora

Moderator: Prof.dr Rajko Jović

14.00-14.30 Predavanje

Hirurški pristup parafaringealnom prostoru
Prof.dr Anton Mikić, Beograd, Srbija

PROGRAM –UTORAK 4.OKTOBAR, KONFERENCIJSKA SALA 1

14.30-15.00 Predavanje

Hirurški tretman tumora parafaringealnog prostora
Prof.dr Rajko Jović, Novi Sad, Srbija

15.00-15.30 Predavanje

Benigni tumori parafaringealnog prostora: transcervikalni pristup
Prof.dr Milan B.Jovanović, Beograd Srbija

15.30-16.00 PAUZA



16.00-16.20 Uvodno predavanje

Kretanje obolevanja i umiranja od raka larinksa u Centralnoj Srbiji za period od 1999-2013. godine
Doc.dr Vladimir Nešić ,Beograd Srbija

Slobodne teme
Predsedavajući: Doc.dr Snežana Šanković Babić, Prim.dr Novak Vukoja,
Ass dr Ana Jotić

16.20-16.30 Predavanje

Vrtoglavica, cervikalna spondiloza i vertebrobazilarna cirkulacija
Dr Snežana Vasić, Beograd, Srbija

16.30-16.40 Predavanje

Terapija vrtoglavice u multiploj sklerozi s hiperbaričnim kiseonikom na niskim pritiscima u OXYSYS 4500 komorama MEDICONET-α - HBO2T STUDIO d.o.o Koper-Slovenija- prikaz slučaja- video, Dr Vladan Stanojković, Izola, Slovenija

16.40-16.50 Predavanje

Petogodišnje preživljavanje hirurški lečenih pacijenata od planocelularnog karcinoma larinksa
Dr Ljiljana Tešić-Vidović, Loznica , Srbija

PROGRAM –UTORAK 4.OKTOBAR, KONFERENCIJSKA SALA 1

16.50-17.00 Predavanje

Uticaj bojevog gađanja iz automatske puške na čulo sluha kod profesionalnih vojnih lica

Dr Zvonko Živaljević, Beograd, Srbija lica

17.00-17.10 Predavanje

Poremećaji slušne percepcije kod mladih

Dr Mirjana Živković-Bošnjaković, Beograd, Srbija

17.10-17.20 Predavanje

Formiranje bakterijskog biofilma kod hroničnih otitisa sa i bez holesteatoma

Ass.dr Ana Jotić, Beograd, Srbija

17.20-17.30 Predavanje

Hirurški lečeni akutni mastoiditisi kod dece, u periodu 2011-2015.,

na Klinici za bolesti uva, grla i nosa, Kliničkog centra Vojvodine

Pejaković N, Vlaški Lj, DankucD. Novi Sad, Srbija

17.30-17.40 Predavanje

Estetski aspekti u rekonstruktivnoj hirurgiji glave i vrata

Stojković G, Dimitrijević M, Beograd, Srbija

17.40.-17.50 Predavanje

Slučajevi koji se pamte

Prim.dr Novak Vukoja, Novi Sad, Srbija

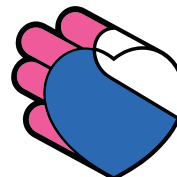
17.50-18.00 Predavanje

Etički i zakonski aspekti lekarske greške.

Prim. dr Zoran Katić, Šabac, Srbija

18.00

SVEČANO ZATVARANJE SKUPA



LEARN · SHARE · HEAL
MEDAPP[®]

TECHNICAL SUPPORT AND IT

AKREDITACIJA KURSEVA KME

ONLINE KURSEVI

MEDICINSKE *M-HEALTH* APLIKACIJE

MEDICINSKI *WEB* PORTALI

www.medapp.rs

56.  NEDELJA
2016

3 i 4. oktobar 2016. / Hotel Jugoslavija

KNJIGA SAŽETAKA

KNJIGA SAŽETAKA

SADRŽAJ:

PREDAVANJA PO POZIVU I PLENARNA PREDAVANJA

1. Zamke i greške u hirurgiji laringotrahealnih stenoza.

Rajko M. Jović, strana 4

2. Učestalost, putevi širenja, podela i dijagnostika komplikacija. Ko štane komplikacije.

Aleksandar Perić, strana 5

3. Preseptalni i celulitis orbite.

Ljiljana Jovančević, strana 6

4. Subperiostealni i orbitalni apsces.

Maja Buljčik-Čupić, strana 7

5. Tromboza kavernoznog sinusa i endokranijalne komplikacije sinusitisa -principi hirurškog lečenja.

Vladimir Papić, strana 9

6. Raznolikost kliničke slike retrakcija bubne opne bez holesteatoma

Snežana Ješić, strana 11

7. Audiologija i vestibulologija za otorinolaringologe.

Branka Mikić, Jovana Ječmenica, Zoran Komazec, Ljiljana Čvorović, Dušan Pavlović, Ksenija Ribarić-Jankes, Borivoj Babić, strana 12

8. Tinitus

Ljiljana Čvorović, strana 13

9. Timpanoplastike sa rekonstrukcijom ili obliteracijom atika kod holesteatoma srednjeg uha .

Slobodan Spremo, strana 14

10. Strateški pravci razvoja u otologiji i otohirurgiji.

Dragoslava Đerić, Milan Stanković, Nenad Arsović, Dragan Dankuc, strana 15

11. Dijagnostika i tretman urođenih anomalija glave i vrata kod dece .

Vladan Šubarević, Katarina Stanković, Ana Gazikalović, Radoje Simić, Đorđe Kravljanac, Srboljub Stošić, Ljiljana Vlaški, Jovana Ječmenica, Ivan Baljošević, strana 16

12. Urođeni patološki otvori na koži glave i vrata .

Radoje Simić, strana 17

13. Laringomalacija- dijagnoza i tretman.

Ivan Baljošević, Predrag Minić, Aleksandar Sovtić, strana 18

14. Izazovi i ograničenja u citološkoj dijagnostici patoloških promjena glave i vrata.

Ljubica Fuštar Preradović, Davorin Đanić, strana 19

15. Budućnost i perspektive fonijatrije.

Predrag Stanković, Slobodan Mitrović, Sanja Krejović -Trivić, Ja smina Stojanović, Siniša Mutić.
strana 20

16. Pregled najnovijih kliničkih smernica u terapiji alergijskog rinitisa kod dece.

Snežana Sanković-Babić, Marina Atanasković-Marković, strana 21

17. Mogućnost edukacije uz pomoć digitalnih tehnologija u srpskoj ORL i predlog održive stručne edukativne platform.

Mihael Podvinec, Anita Grgurević, Nikola Ilić, Uglješa Grgurević, strana 23

18. Dileme i kontroverze u tretmanu pacijenata nakon tonzilektomije.

Mirko Popović, Vladan Knežević, Slavica Đurović, Mirza Markišić, strana 24

19. Koju tehniku anestezije koristiti u mikrolaringealnoj hirurgiji?

Dušanka Janjević, strana 25

20. Hirurški pristup parafaringealnom prostoru.

Anton Mikić, strana 28

21. Hirurški tretman tumora parafaringealnog prostora.

Rajko M. Jović, strana 29

22. Benigni tumori parafaringealnog prostora: transcervikalni pristup .

Milan B. Jovanović, strana 30

23. Kretanje obolevanja i umiranja od raka larinksa u centralnoj Srbiji za period od 1999 -2013. Godine.

Vladimir Nešić, strana 31

SLOBODNE TEME

24. Vrtoglavica, cervikalna spondiloza i vertebrobazilarna cirkulacija .

Snežana G.Vasić, Olivera Pecić, Ksenija Ribarić-Jankes, Jovo Kolar, strana 32

25. Terapija vrtoglavice u multiploj sklerozi s hiperbaričnim kiseonikom na niskim pritiscima u OXYSYS 4500 komorama MEDICONET-a - HBO2T STUDIO d.o.o Koper- Slovenija- prikaz slučaja- video.

Vladan Stanojković, strana 33

26. Petogodišnje preživljavanje hirurški lečenih pacijenata od planocelularnog karcinoma larinksa

Ljiljana Tešić-Vidović, strana 34

27. Uticaj bojevog gađanja iz automatske puške na čulo sluha kod profesionalnih vojnih lica

Zvonko Živaljević, Ljubica Živić, Zoran Bukumirić, Ivan Nikolić, Branko Vorkapić,
Nenad Baletić, strana 35

28. Poremećaji slušne percepcije kod mladih.

Mirjana Živković-Bošnjaković, strana 37

29. **Formiranje bakterijskog biofilma kod hroničnih otitisa sa i bez holesteatoma** , strana 39
Ana Jotić, Ivana Ćirković, Dragana Božić, Ljiljana Čvorović, Jovica Milovanović, Bojan Pavlović .
30. **Hirurški lečeni akutni mastoiditisi kod dece, u periodu 2011-2015., na Klinici za bolesti uva, grla i nosa, Kliničkog centra Vojvodine .**
Nemanja Pejaković, Ljiljana Vlaški, Dragan Dankuc, strana 40
31. **Estetski aspekti u rekonstruktivnoj hirurgiji glave i vrata**
Goran Stojković, Milovan Dimitrijević, strana 41
32. **Slučajevi koji se pamte.**
Novak Vukoje, strana 41
33. **Etički i zakonski aspekti lekarske greške**
Katić S. Zoran, strana 43

MLADI OTORINOLARINGOLOZI

34. **Apscesi mozga otogenog porekla.**
Dragana Radojević, Vladimir Nešić, strana 44
35. **Strana tela traheobronhijalnog stabla -dijagnostika, terapija, rezultati ORL Klinike u Novom Sadu**
Tanja Damjanić, Rajko Jović, strana 45
36. **Strano telo Eustahijeve tube**
Vanja Tovilović, Dragan Dankuc, Nemanja Pejaković , strana 46
37. **Papilomi larinksa - izazovi i iskustva**
Maša Savić, Rajko Jović, Karol Čanji, Danijela Dragičević, strana 47
38. **Endoskopska kauterizacija krvnih sudova nosa u tretmanu recidivantne epistakse .**
Aleksandar Subašić, Ljiljana Jovančević, strana 48
39. **Prikaz rezultata hirurškog lečenja obolenja štitaste žlezde u desetogodišnjem periodu na ORL Klinici u Novom Sadu.**
Danijela Vujković-Lamić, Rajko Jović, strana 49
40. **Efekti primene intranazalnog kortikosteroida na produkciju eozinofilnih hemokina u hronično inflamiranoj nosnoj sluznici.**
Cveta Špadijer Mirković, Aleksandar Perić, strana 50
41. **Otogene manifestacije kardiovaskularnih oboljenja: preliminarni rezultati.**Nemanja Radivojević, Nenad Arsović, strana 51
42. **Papilom spoljašnjeg slušnog hodnika**
Dušan Božanić, Dragan Dankuc, Nemanja Pejaković , strana 52

1.

ZAMKE I GREŠKE U HIRURGIJI LARINGOTRAHEALNIH STENOZA

Jović M. Rajko

Klinika za bolesti uva, grla i nosa, Klinički centar Vojvodine, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu.

Uvod: Loša preoperativna dijagnostika i procena laringotrahealnih stenoza po pravilu dovodi do restenoza, a nekada i vitalno ugrožava pacijenta pa je potreban hitna hirurška intervencija.

Cilj rada je da se, analizom sopstvenih rezultata i pregledom literature ukaže na najčešće greške i uzroke restenoziranja nakon učinjenih endoskopskih ili otvorenih hirurških intervencija

Materijal i metod : Studija se bazira na analizi rezultata lečenja 74 pacijenta od kojih je 28 (37.3%) sa recidivom stenoziranja nakon predhodno primenjene neke od terapijskih procedura.

Rezultati: Jedan od vrlo značajnih podataka u planiranju rešavanja laringotrahealnih stenoza je uzrok nastanka. Idiopatske stenoziranja su posebno zahtevne, jer u osnovi leži imunološki poremećaj sa polivaskulitisom, što po pravilu traži više ponovljenih intervencija, bilo da se radi endoskopski, balon dilatacija, ili otvorena hirurška procedura. Prednost u rešavanja stenoza uvek imaju otvorene hirurške metode u odnosu na endoskopske. Stenoziranja glotisnog i gornjeg subglotisnog nivoa je bolje rešavati split tehnikama, dok su stenoziranja donjeg subglotisa i traheje povoljnije za resekciju i anastomozu "kraj sa krajem". Posebna pažnja je potrebna kod multipnih stenoza i stenoza udruženih sa obostranom lezijom rekurentnog nerva. U tom slučaju preporučljivo je stenozu rešavati u više odvojenih procedura od proksimalnog ka distalnom delu traheje. Stepenn suženja lumena više utiče na odabir adekvatne tehnike nego što određuje prognozu lečenja stenoziranja. Najveće promene u zidu traheje, sa osežnim fibroznim tkivom i većim malatičnim segmentima nastaje nakon ponovljenih laser resekcija stenoziranja. Nakon resekcije stenotičnog segmenta, pre suture krajeva neophodno je mobilisati oba kraja anastomoze, u protivnom sutura biva pod tenzijom što može voditi dehiscenciji, ili restenoziranju na suturnoj liniji.

Zaključak

Dobra preoperativna priprema i analiza dobijenih rezultata primenjenih dijagnostičkih postupaka je preduslov za odabir adekvatne tehnike i postizanje dobrih rezultata u rešavanju laringotrahealne stenoziranja.

2.

UČESTALOST, PUTEVI ŠIRENJA, PODELA I DIJAGNOSTIKA KOMPLIKACIJA AKUTNOG BAKTERIJSKOG RINOSINUSITISA. KOŠTANE KOMPLIKACIJE .

Aleksandar Perić

Klinika za otorinolaringologiju, Vojnomedicinska akademija, Beograd, Srbija

Sažetak

Simptomi ABRS traju manje od 12 nedelja. Endoskopski pregled nosne šupljine je obavezan deo kliničkog ORL pregleda kod ABRS. CT snimci paranazalnih sinusa se u ABRS ne primenjuju, osim u slučajevima teškog toka bolesti, imunodeficientnih stanja pacijenata ili u slučajevima kada su prisutni znaci komplikacija ABRS.

Komplikacije ABRS se mogu podeliti na orbitalne, intrakranijalne i koštane. Prema Chandler -ovoj klasifikaciji, orbitalne komplikacije se mogu podeliti na: preseptalni inflamatorni edem (periorbitalni celulitis), postseptalni celulitis, subperiostalni apsces, orbitalni apsces, kao i ostale komplikacije (tromboza kavernoznog sinusa i dr.). Intrakranijalne komplikacije se mogu podeliti na zapaljenja tipa flegmone (meningitis, cerebritis) i na zapaljenja tipa apscesa (epiduralni, subduralni, intracerebralni apsces). Koštane komplikacije pre svega podrazumevaju osteomijelitis frontalne kosti.

Putevi širenja bakterijske infekcije ka orbiti, odnosno endokranijumu obuhvataju prirodne i preformirane puteve, kao što su vene i venski kanali, dehiscencije lamine pepariracee, erozije kosti zida odgovarajućeg sinusa.

Dijagnostika komplikacija ABRS treba da bude sprovedena neposredno nakon prijema bolesnika na bolničko lečenje i obuhvata laboratorijske analize, endoskopiju nosa i CT paranazalnih sinusa. Osim detaljno uzete anamneze (heteroanamneze), neophodna je i dobra interdisciplinarna saradnja između otorinolaringologa, oftalmologa, neurologa, neurohirurga, radiologa, a, ukoliko je potrebno, pedijatra i maksilofacijalnog hirurga.

Osnovni princip lečenja orbitalnog celulitisa, koji predstavlja flegmonozno zapaljenje iza orbitalnog septuma, bez formiranja apscesa, je endoskopska hirurška drenaža zahvaćenog paranazalnog sinusa, kao i parenteralna primena antibiotika.

3.

PRESEPTALNI I CELULITIS ORBITE

Ljiljana Jovančević

Klinički centar Vojvodine, Klinika za bolesti uva, grla i nosa, Medicinski fakultet Univerziteteta u Novom Sadu, Srbija.

SAŽETAK

Orbitalne komplikacije akutnih bakterijskih rinosinitisa delimo na preseptalni celulitis, celulitis orbite, subperiostalni apsces, intraorbitalni apsces i trombozu kavernoznog sinusa. Preseptalni celulitis je infekcija mekih tkiva kapaka i periokularne regije ispred orbitalnog septuma. Celulitis orbite je infekcija mekih tkiva orbite iza orbitalnog septuma. Klinički simptomi i znaci ova dva entiteta su veoma karakteristični te diferencijalna dijagnoza obično ne predstavlja problem. Oba entiteta su učestalija kod dece nego u odraslih. Najveća učestalost preseptalnih i orbitalnih celulitisa je tokom zimskih meseci.

Svaka preteća ili razvijena orbitalna komplikacija akutnog bakterijskog rinosinitisa, u dijagnostici obavezno podrazumeva kompjuterizovanu tomografiju nosa i paranazalnih sinusa i orbite (i endokranijuma) uz eventualnu MR.

Tretman bolesnika sa preseptalnim i celulitisom orbite, kao i svih ostalih orbitalnih i endokranijalnih komplikacija, podrazumeva konzervativno i hirurško lečenje, naravno timskim pristupom, gde učešće pored otorinolaringologa i oftalmologa, uzimaju i infektolog, neurolog i neurohirurg. Endoskopska hirurgija sinusa je preferirani metod hirurškog lečenja kod komplikacija akutnog bakterijskog rinosinitisa, dok je hirurško lečenje orbite retko indikovano. Kod bolesnika sa preseptalnim i orbitalnim celulitisom i slučajevima manjih subperiostalnih apscesa, najčešće je suficijentna konzervativna terapija. Konzervativna terapija podrazumeva da se obavezno ordiniraju intravenski antibakterijski lekovi (koji deluju na aerobne i anaerobne bakterije), nazalni dekongestivi, a često se primenjuju i sistemski i intranazalni kortikosteroidi.

4.

SUBPERIOSTEALNI I ORBITALNI APSCES

Maja Buljčik Čupić¹

Klinički centar Vojvodine, Klinika za bolesti uva, grla i nosa, Medicinski fakultet Univerzitetu u Novom Sadu, Srbija¹

SAŽETAK

Subperiostealni i orbitalni apsces su jedna od pet formi, po Chandler-u, izolovanih orbitalnih komplikacija akutnog rinosinitisa. Abscesne formacije prema, I. Brooku, za razliku od ostalih komplikacija nastaju usled lošeg imunološkog stanja obolelih i progresije bolesti usled potentnosti uzročnika sinusitisa ili napredovanja same neprepoznate bolesti iz sinusa. Kod dece starosti ispod 7 godina se javljaju kao posledica akutne infekcije etmoidnog sinusitisa, vrlo retko frontalnog i maksilarnog, i to naročito u formi subperiostealnog abscesa. Dok kod starije dece od 7 godina češće se javljaju sa udruženim orbitalnim i intrakranijalnim komplikacijama. Orbitalne komplikacije, naročito u drugoj i trećoj deceniji života, nastaju kao posledica akutizacije hroničnog rinosinuzitisa sa ili bez polipoze nosa. Češće se javljaju kod muškog pola, vezane su za sezonsku pojavu, proleće-jesen, i odraz su pojačanih respiratornih infekcija.

Subperiostealni abscess je lokalizovana gnojna kolekcija u ekstrakonalnom prostoru (spolja od ekstraokularne muskulature), tačnije izmedju periorbite i lamine orbitalis (papirace)tj. etmoidnog sinusa. Gnojna kolekcija pomera orbitalni sadržaj nadole i lateralno, te se u kliničkoj slici javlja proptozna, hemoza, oftalmoplegija i ispadi dela vidnog polja. Dominantno se javlja kod mlađe dece, i dok je I. Brook dijagnostikuje u 5% slučajeva hospitalizovanih pod dijagnozom sinuzitisa, grupa iz Graca je u svom materijalu nalazi u 14%. U krvnoj slici se u više od 50% slučajeva obolelih registruje povišenem vrednosti leukocita sa predominacijom neutrofila. Klinički subperiostealni abscess je sličan cellulitisu orbite, ali kao posledica pritiska na ekstraokularne mišiće, javlja se ograničena pokretljivost oka, ispadanje dela vidnog polja i smanjena oštrina vida. Moguće komplikacije su: ruptura kroz septum i prisustvo gnoja izmedju kapaka, te rizik od trajnog ispada dela vidnog polja. Prema dijagnostičkom protokolu iz Graza neophodno je načiniti CT u prvih 24h, dg tačnost CT je 91%. Na CT subperiostealni absces se uočava kao jasno ograničena hipodenzna masa, neposredno uz laminu orbitalis(papirace). Najčešća je medijalna lokalizacija, mada se sreće i u medijalnosuperiornoj i medijalnoinferiornoj poziciji.

Po preporuci EPOS 2012godine terapija subperiostealnog abscesa je hitna intravenozna primena antibiotika, širokog spektra koja pokriva aerobnu i anaerobnu floru, uz kratkotrajnu primenu par enteralno kortikosteroida i lokalno dekonjestanata. Obavezna je stalna kontrola vida od strane oftalmologa od početka bolesti. U slučaju kliničkog pogoršanja nakon 24h i.v. ab ili

perzistiranja abscesa, neophodna je hiruška intervencija. Hiruški pristupi drenaže subperiostalnog abscesa su: spoljni pristup- ethmoidektomija po Lynch, endoskopski pristup i redje- transkarunkularni pristup. Naravno, obavezna je hiruška eksploracija zahvaćenog sinusa. Nedavne studije pokazuju da u slučaju jasnog kliničkog poboljšanja u 24-48h, bez pogoršanja vida, kod malog 0.5-1ml volumena abscesa medijalno lokalizovanog, bez znakova sistemskog širenja infekcije, kod deteta starosti od 2-4 godine može se odložiti operativni zahvat. Te studije navode uspešnost isključivo konzervativne terapije subperiostalnog abscesa u 50% do 67%. Nasuprot njima grupa autora iz Graza u svom terapijsko- dijagnostičkom algoritmu subperiostealni absces leči u roku od 24h hiruški- endoskopski sa preoperativnom primenom Antibiotika-u prvom redu Amoxicillin-Clavulonskom kiselinom, a moguća je primena Ceftazidina ili Ceftriaksona ili Cefuroxima. Obavezna je primena i kortikosteroida, dekonjestanata, dok je u postoperativnom periodu obavezna lapaža nosa slanim rastvorom i primena topičkog kortikosteroida- mometasonfuroata.

Orbitalni abscess je lokalizovana gnojna kolekcija u intrakranijalnom prostoru (unutar prostora definisanog ekstraokularnim mišićima), tj. unutar orbitalnog tkiva. Nastaje kao posledica zakasnele dijagnoze ili imunosupresije pacijenta sa frekvencijom između 13% do 8.3%, po autorima Graza grupe 23%. Klinički se ispoljava kao izrazit, težak egzoftalmus sa hemozom, oftalmoplegijom, gubitkom vida. Moguće je spontana ruptura i dreniranje gnoja između kapaka, a takodje postoji opravdani rizik za trajnim slepilom. Neophodan je stalni pregled oftalmologa kao i obavezna CT dijagnostika u 24h. U slučaju sumnje na progresiju bolesti i intrakranijalno širenje neophodan je i MR endokranijuma.

Terapija podrazumeva hitnu intravensku primenu antibiotika(identični antibiotici kao kod terapije subperiostalnog abscesa), kortikosteroida, dekonjestanata uz obaveznu hirušku terapiju tj. drenažu orbitalnog abscesa sa eksploracijom i drenažom zahvaćenih paranazalnih šupljina. Hiruška incizija podrazumeva spoljni pristup Lynch incizija sa spoljnom ethmoidektomijom ili pak endoskopski pristup drenaži i eksploraciju paranazalnih šupljina. Terapija se postoperativno sprovodi minimalno deset dana uz lokalnu terapiju nosa ispiranja slanim rastvorom i mometasonfuroata sa stalnim endoskopskim kontrolama.

5.

TROMBOZA KAVERNOZNOG SINUSA I ENDOKRANIJALNE KOMPLIKACIJE SINUSITISA -PRINCIPI HIRURŠKOG LEČENJA

Vladimir Papić

Klinički centar Vojvodine, Klinika za neurohirurgiju, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu

SAŽETAK

Intrakranijalne komplikacije sinusitisa su retke ali mogu biti uzrok trajnog neurološkog deficita i smrti bolesnika. Infekcija frontalnog sinusa je najčešći izvor intrakranijalnih komplikacija uzrokujući epiduralni empijem, subduralni empijem i absces mozga. Ređi izvori intrakranijalnih komplikacija su etmoidalni i sfenoidalni sinusitis, koji međutim uzrokuju najtežu intrakranijalnu komplikaciju trombozu kavernoznog sinusa. Infekcija se u kranijum prenosi per continuitatem kroz erodirane koštane zidove sinusa i frakturne linije. Značajan put propagacije infekcije je septični tromboflebitis emisernih i diploičnih vena kao i vena koji se dreniraju u kavernozni sinus. Ovaj put je potpomognut nedostatkom zalistaka u ovim venama. Intrakranijalne komplikacije se najčešće javljaju kod muškaraca između 20 i 40 godina starosti. Faktori rizika za nastanak ovih komplikacija su dijabetes, imunodeficijencija, bubrežna insuficijencija, ranije traume lica i lobanje kao i hronični sinusitis rezistentan na antibiotsku terapiju.

Prvi simptom koji može ukazati na razvoj intrakranijalne komplikacije je glavobolja koja iz faze lokalizovane glavobolje prelazi u generalizovanu. U slučaju propagacije infekcije u prednju lobanjsku jamu razvijaju se meningealni znakovi, frontalni sindrom, poremećaj stanja svesti ili epilepsija. Tromboza kavernoznog sinusa se manifestuje bolom u orbiti, protruzijom bulbusa, konjuktivalnom hiperemijom, u prvom stadijumu paralizom n. abducensa (konvergencija bulbusa) a potom kompletnom oftalmoplegijom (sindrom smrznutog oka, midrijaza, gubitak oštrine vida), hipestezijom ili anestezijom gornja dva sprata lica zahvaćene strane. U slučaju razvoja intrakranijalne hipertenzije nastaje poremećaj stanja svesti. Febrilnost se javlja ili pogoršava kod 50-60% pacijenata. Moguć je razvoj i septičnog stanja.

Kod sumnje na razvoj intrakranijalnih komplikacija potrebno je načiniti nativni i kontrastni CT pregled glave. On nam pomože u detekciji puta propagacije infektivnog procesa, lokalizaciji i tipu intrakranijalne komplikacije. Kod sumnje na difuznu meningealnu diseminaciju moguće je uraditi lumbalnu punkciju. Lumbalna punkcija kod nastanka abscesa mozga ili tromboze kavernoznog sinusa je najčešće negativna. Pregled magnetnom rezonancom dodatno pomože u diferencijalnoj dijagnozi i preciznije prikazuje intrakranijalnu propagaciju.

S obzirom da intrakranijalne komplikacije predstavljaju po život opasno stanje potrebna je rana agresivna terapija i multidisciplinarni pristup rešavanja. Potrebno je angažovanje ORL

specijaliste, infektologa, neurohirurga i hemostazeologa. Lečenje podrazumeva visoke doze i kombinaciju antibiotika u trajanju od 4 do 8 nedelja, u početku parenteralno. Kortikosteroidi se primenjuju u stanjima velikog edema mozga i povišenog intrakranijalnog pritiska. Kontrolisana primena antikoagulanasa je opravdana u slučaju tromboze kavernoznog sinusa jer je dokazano da smanjuje rizik od nastanka trajnog slepila, oftalmoplegije i hipopituitarizma. Hirurška terapija obuhvata istovremeno rešavanje uzroka intrakranijalne komplikacije i gnojnu intrakranijalnu kolekciju. To znači revizija inficirane paranazalne šupljine, evakuacija gnojnog sadržaja i inflamirane sluzokože i drenaža sinusa. ORL specijalista u saradnji sa neurohirurgom mora da zatvori komunikaciju paranazalne šupljine sa kranijumom. Apscese mozga je potrebno drenirati ili ekscidirati u slučaju da se i pored primene antibiotika povećavaju na ponavljanim CT pregledima, pokazuju mas efekat i dovode do povišenog intrakranijalnog pritiska ili se nalaze u blizini komornog sistema mozga sa opasnošću da perforiraju u isti.

Iako su intrakranijalne komplikacije sinusitisa retke, uzrok su visokog trajanog morbiditeta i mortalitet. Zahtevaju multidisciplinarni pristup od strane otorinolaringologa, neurohirurga, infektologa, hemostazeologa i intenziviste. Lečenje mora biti efikasno, brzo i energično a obuhvata kombinaciju mediaklentoznog i hirurškog lečenja.

6.

RAZNOLIKOST KLINIČKE SLIKE RETRAKCIJA BUBNE OPNE BEZ HOLESTEATOMA

Snežana Ješić

Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Klinika za Otorinolaringologiju i Maksilofacijalnu hirurgiju Kliničkog Centra Srbije Beograd.

Retrakcioni džepovi bubne opne bez holesteatoma veoma često protiču bez simptoma, retko počinju otogenim komplikacijama.

Prikazane su karakteristika retrakcionih džepova kod 114 odrasla bolesnika, 46.50% muškaraca i 53.50% žena, prosečne starosti 41.34 godine. Najveći broj bolesnika javio se lekaru zbog jednostrane nagluposti (74.50%), dva zbog vrtoglavice (1.75%), sekreciju iz uva do dva puta godišnje imalo je 14.03%. Kod jednog bolesnika bolest je počela rekurentnim meningitisom (0.87%). Prema anamnestičkim podacima bolest je najčešće trajala do šest meseci (62.20%), do godinu dana 26.40%, i duže 11.40%. Otomikroskopija ukazuje najčešće na atik retrakciju (43.85%) viših stadijuma, *pars tensa* (40.45%) najčešće II i III stepena, i kombinovanu (15.70%). Kod bolesnika sa meningitisom utvrđena je prvi stadijum atik retrakcije. Prisustvo preholesteatoma utvrđeno je intraoperativno kod 15.78%. Lokalizacija retrakcije i starost određuju nivo vazdušne i koštane provodljivosti. Prisustvo atik retrakcije je prediktor za oštećenje vazdušne provodljivosti za 512-2048Hz ($p_{512}=0.038$, $p_{1024}=0.016$, $p_{2048}=0.033$), a retrakcija cele bubne opne koštane za 4096Hz ($p=0.022$). Stadijum pojedinačnih retrakcija, dužina bolesti, sekrecija ne korelišu sa stepenom oštećenja sluha. Diskontinuitet lanca slušnih košćica ne koreliše sa nivoom vazdušnog prenosa, ali nepokretan aintan katan lanac jeste prediktor oštećenja vazdušne provodljivosti za sve frekvencije ($p_{512}=0.048$, $p_{1024}=0.0095$, $p_{2048}=0.0171$, $p_{4096}=0.0156$). Prisustvo timpanoskleroze određuje oštećenje vazdušnog prenosa za 512 Hz ($p<0.001$), a koštanog za 1024Hz ($p=0.022$).

Stanje preholesteatoma kod retrakcija odraslih ne može se sa sigurnošću odrediti otomikroskopijom niti komjuterizovanom tomografijom. Otogeni meningitis može da se očekuje i kod blage atik retrakcije. Lokalizacija retrakcije određuje stepen oštećenja sluha, a ne diskontinuitet lanca.

7.

ОКРУГЛИ СТО ОРЛ НЕДЕЉА 2016

АУДИОЛОГИЈА И ВЕСТИБУЛОЛОГИЈА ЗА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГЕ

Модератор: проф.др Ксенија Рибарић Јанкес

Сажетак

Код састављања програма овог округлог стола основна је идеја била да се изнесу неке корисне информације за оториноларингологе који се не баве аудиологијом („опште оториноларингологе“). Не износимо дакле дијагностичке технике него само оно шта смо сматрали да су или новије или важне информације.

Код утврђивања узрока застоја у развоју говора код деце неопходно је искључити сензоринеурално или кондуктивно оштећење слуха. Аудиолошка дијагностика обухвата батерију електрофизиолошких и бихевиоралних тестова имајући у виду чињеницу да ниједан појединачни тест не даје податке о прагу слуха и зрелости функције слушања код детета. Тумачење резултата отежавају придружене развојне и комуникацијске сметње као и измењена електрична активност мозга (ЕЕГ). Неопходан је стручни тим који уз аудиолога чине још и дефектолог –сурдолог и психолог да би се утврдило стање и предузеле адекватне мере рехабилитације и лечења (Бранка Микић)

Савремена аудиологија поставља пред професионалце задатак откривања и комплетирања дијагностичке процедуре трајног оштећења слуха већ до краја првог месеца живота детета. На овом путу постоје бројни изазови како од стране самог детета тако и од стране дијагностичких метода за испитивање слуха од којих свака има своја ограничења. Што се тиче деце, њихово се аудитивно понашање мора пратити у склопу општих развојних критеријума као и у склопу сазревања функције слушања, како под нормалних тако и под патолошким условима, у склопу могућности постојања коморбидитета. (Јована Јечменица)

У презентацији ће бити обрађене најчешће грешке и замке у аудиолошкој дијагностици. Правилно извођења „маскира“ при мерењу тоналне аудиометрије је неопходно како се не би добила једна од најчешћих грешака у дијагностици слуха. Акцент ће бити дат на диференцијалну дијагностику кондуктивних и сензоринеуралних наглувости (Зоран Комазец).

Зујање у уву је чест симптом са којим се оториноларинголози и аудиолози срећу у својој пракси. У предавању ће се дати приказ неопходне дијагностике и могућности терапије код хроничног тинитуса. Приказаће се успешност лечења методом „Tinnitus retraining“. (Љиљана Чворовић)

Интратимпанална апликација Дексазона користи се у лечењу Менiereove болести, не само како би се сузбили напади вртоглавице по учесталости и интензитету, већ како би се слух сачувао што више и дуже. Ефекат ове терапије је бољи уколико се примени у почетној фази болести, јер се показало да нема много ефекта уколико се примени у одмаклој фази. (Душан Павловић)

Детаљно узета анамнеза може да нас усмери да ли болесник има периферно или централно вестибуларно оштећење. Код периферног оштећења најчешће постоји осећање да се простор окреће око болесника, уз то је и нестабилан или га заноси на једну страну. Присутна је и мучнина. Код оштећења централних вестибуларних путева и других болести које нису вестибуларне, анамнеза је више неодређена. Болесници имају осећање тоњења, пропадања, као да предмети играју пред очима, као да ходају по мекој подлози, као да је мутно у глави. Често иста врста сметњи постоји читав дан па и данима и месецима. (Ксенија Рубарић Јанкес).

Код акутног вестибуларног синдрома од највећег значаја је разликовати периферни (чешћи) од централног (ређе) узрока. Анализа нистагмуса при томе је од највечег значаја, у многоме чак већег од „имејтинг“ метода. У овом приказу изнете су најважније диференцијално дијагностичке разлике између налаза окуломоторике код периферних и централних узрока акутне вртоглавице. Напоменули смо и најчешће грешке које се дешавају при опису нистагмуса од стране ОРЛ специјалиста и неуролога (Боривој Бабић).

8.

TINITUS

Ljiljana Čvorović

Klinika za otorinolarinologiju i maksilofacijalnu hirurgiju, Klinički Centar Srbije, Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu.

Tinitus je čest simptom mnogih oboljenja. Primarni tinnitus je idiopatski i može i ne mora biti udružen sa sensorineuralnim gubitkom sluha. Sekundarni tinitus je simptom nekog otološkog oboljenja (npr Menierova bolest, otoskleroza, vestibularni švanom) ili neotološkog (vaskularne bolesti, mioklonus, povisen intrakranijalni pritisak).

Cilj predavanja je prikaz aktuelnog Kliničkog vodiča za tinitus s Američkog udruženja ORL i hirurga glave i vrata, i apostrofiranje svakog koraka iz vodiča primerom iz kliničke prakse.

9.

TIMPANOPLASTIKE SA REKONSTRUKCIJOM ILI OBLITERACIJOM ATIKA KOD HOLESTEATOMA SREDNJEG UHA

Slobodan Spremo

Klinika za bolesti uha grla i nosa, Univerzitetski Klinički centar Banja Luka, Bosna i Hercegovina.

Timpanoplastike kojima se rekonstruišu zidovi srednjeg uha ili obliterišu dijelovi operativne šupljine imaju za cilj da spriječe retrakciju neomebrane i nastanak rekurentnog holesteatoma. Uslov za rekonstrukciju zida atika je dobra aerizovanost i očuvana funkcija sluzokože timpanalne i mastoidne šupljine. Cilj "Canal Wall-Down" tehnike timpanoplastike, kombinovane sa rekonstrukcijom ili obliteracijom atika je da se prevaziđu primarni nedostaci uklanjanja zadnjeg zida meatusa: perzistirajuća postoperativna šupljina u mastoid i recidivirajuća sekrecija sa ponavljanim infekcijama.

Cilj istraživanja je bio da se procijeni da li rekonstrukcija atika autolognom hrskavicom omogućava bolji sluh u odnosu na timpanoplastiku sa obliteracijom atika.

Metode: Istraživanje je prospektivna studija u koju je uključeno 88 pacijenata koji su operisani zbog hroničnog otitisa sa holesteatomom u Klinici za otorinolaringologiju UKC Banja Luka od 2009. to 2014 godine. Analizirali smo mjesto nastanka, kliničku formu i proširenost holesteatoma. Preoperativna evaluacija je uključivala otoomikroskopski pregled, CT snimak temporalne kosti u tri ravni i tonalnu audiometriju.

Rezultati: Analiza varijanse je pokazala poboljšanje prosječnog praga sluha (PTA) postoperativno u odnosu na preoperativni nivo: Wilk's Lambda = 0,33, F (1,86) = 172.1, p <0.001, kao i zatvaranje vodušno -koštane pukotine (ABG): Wilk's Lambda = 0.23, P (1,86) = 286.3, p <0,001. Poboljšanje sluha, izraženo kao smanjenje ABG i poboljšanje PTA, bilo je veće kod timpanoplastike sa rekonstrukcijom u odnosu na obliteraciju atika.

Zaključak: Timpanoplastika sa rekonstrukcijom ili obliteracijom atika omogućava poboljšanje sluha. Način rekonstrukcije atika i osikularnog lanca uslovljen je vrstom i proširenošću patoloških promjena u atiku.

Ključne riječi: timpanoplastika, hronični otitis media, holesteatom

10.

OKRUGLI STO: STRATEŠKI PRAVCI RAZVOJA U OTOLOGIJI I OTOHIRURGIJI

MODERATOR: PRO F. DR NENAD ARSOVIĆ

Učesnici :

Prof. dr Dragoslava Đerić : Multidisciplinarni pristup edukaciji

Prof. dr Milan Stanković : Dijagnostika zasnovana na dokazima

Prof. dr Nenad Arsović : Savremen koncept razvoja mikrohirurgije uva

Prof. dr Dragan Danku c: Greške u hirurgiji uva

Abstrakt

Cilj diskusije okruglog stola je da se obrade različiti aspekti značajni za strateški razvoj otologije i otohirurgije u nasoj sredini. Edukacija, bazirana na sveobuhvatnim saznanjima različitih disciplina predstavlja osnovni temelj u razvoju naše struke. U tom smislu, izrada programa edukacije zahteva multidisciplinarni pristup i kontinuirano usavršavanje u cilju efikasnije fluktuacije naučnih misli i kliničke implikacije. Osnovni princip savremene dijagnostike podrazumeva rano otkrivanje razvoja oboljenja kao i precizniju identifikaciju. Danas se primenjuju određeni dijagnostički algoritmi bazirani na različitim dokazima koji ukazuju na potencijalni razvoj oboljenja, ili, pak, na prisustvo bolesti. Izbor savremenih dijagnostičkih metoda je dinamičan i prati trend razvoja tehnoloških inovacija. Primena savremenih metoda funkcionalne i radiološke dijagnostike (MCT, MRI) omogućava rano otkrivanje, precizniju identifikaciju oboljenja, kao i primenu blagovremenog terapijskog pristupa. Savremen koncept razvoja mikrohirurgije uva, podrazumeva usavršavanje hirurških tehnika, uvodjenju novih procedura uz stalni tehnološki uspon na različitim poljima. Razmatranja u pogledu mogućnosti pojave "greske" u mikrohirurgiji uva zaslužuju posebnu pažnju, s obzirom na sveobuhvatnu minucioznost ove oblasti. Novi trendovi u razvoju naše struke ukazali su na značaj menadžmenta u ovom domenu medicine. Razmatranje strateškog razvoja otologije je trajan proces a pravci se uskladjuju prema opsteh prihvaćenim preporukama na ovom polju.

11.

MINI SIMPOZIJUM AKTIVA ZA DEČIJU ORL

„DIJAGNOSTIKA I TRETMAN UROĐENIH ANOMALIJA GLAVE I VRATA KOD DECE“

Moderator: Prim Dr Vladan Šubarević, mr sci med.

Učesnici:

1. Prim. Dr V. Šubarević - „Urođene anomalije glave i vrata kod dece -multidisciplinarni pristup“-uvodno izlaganje
2. Dr K.Stanković – „Genetika i urođene anomalije glave i vrata“
3. Dr A.Gazikalović – „Radiološka dijagnostika urođenih anomalija glave i vrata“
4. Doc dr R.Simić – „Urođeni patološki otvori na koži glave i vrata“
5. Dr Đ. Kravljanac , mr sci med – „Rascepi usne i nepca“
6. Prof Dr S. Stošić – „Kraniofacijalne anomalije-korekcija koštanih deformiteta“
7. Prim. Dr V. Šubarević , mr sci med – „Urođene anomalije gornjih disajnih puteva“
8. Prof dr Lj. Vlaški – „Urođene anomalije uva-savremeni pristup“
9. Prim. Dr J.Ječmenica – „Oštećenja sluha kod dece sa urođenim anomalijama glave i vrata“
10. Prim. Dr I.Baljošević , dr. sci med. – „Laringomalacija- dijagnoza i tretman“

Abstrakt (okruglog stola)

Urođene anomalije glave i vrata spadaju u relativno retka oboljenja ukoliko se posmatraju pojedinačno. Međutim, ukupno uzevši svu patologiju koja spada u urođene anomalije glave i vrata incidenca je mnogo veća i lekari različitih specijalnosti su često u prilici da u multidisciplinarnim timovima ili pojedinačno učestvuju u lečenju ovih problema. Neke od urođenih anomalija glave i vrata su svrstane i pripadaju različitim sindromima (Down, Turner, Treacher-Collins, Goldenhar, CHARGE, Pierre Robin i dr.), ali se isto tako mogu javljati i pojedinačno, kao izolovano oboljenje (laringomalacija, ciste i fistule vrata, atrezija hoana i dr.). Težina kliničke slike i složenost rešavanja takođe može da varira od veoma lakih, koji se rešavaju jednostavnim metodama ili čak i ne zahtevaju posebno lečenje, pa sve do izuzetno složenih slučajeva koji zahtevaju čitave timove stručnjaka različitih specijalnosti, uz višegodišnji mukotrpan rad. Na žalost u jednom broju slučajeva rađaju se deca sa urođenim anomalijama koje su inkompatibilne sa životom i pored svih napora koji se ulože.

12.

UROĐENI PATOLOŠKI OTVORI NA KOŽI GLAVE I VRATA

Radoje Simić

Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić” Novi Beograd

Otvori na koži glave i vrata, viđeni po rođenju, mogu da predstavljaju početak bezazlene jamice, kao i patološki značajnog sinusa ili fistule sa ili bez cističnog proširenja. Ove anomalije su embrionalni zaostaci ili poremećaji u razviću nekih organa i tkiva. Najčešće se lokalizuju ispred korena heliksa ušne školjke (preaurikularni sinus-PAS), na prednjoj ivici sternokleidomastoidnog (SKM) mišića i u prednjoj ili zadnjoj srednjoj liniji. Obično su jednostrani, a obostrani mogu biti: PAS (25-50%), sinusi ili fistule porekla II branhijskog luka (2%) i sinusi na donjoj usni. Pored povremene sekrecije može se razviti infekcija kanala i organa na drugom kraju kožnog otvora (CNS, pljuvačna žlezda) ili cističnog proširenja.

Najveća učestalost je PAS (0,1-10% populacije, u zavisnosti od rase). Nasleđivanje PAS je napotpuno AD sa poznatim genom. Postoji povećana udruženost oštećenja sluha i anomalija urotakta. Dijagnoza je klinička. Sondiranje i bojenje kanala i ciste može se primeniti pre hirurškog lečenja ili kauterizacije radiotalasima. Mikrohrurški rad smanjuje recidive sa 43% na 1%.

Od anomalija poreklom branhijskih lukova, kao posledica zaostataka cervikalnog sinusa od II ždrelnog useka najčešći su otvori u donjoj polovini prednje ivice SKM mišića. U diferencijalnoj dijagnozi treba razmotriti otvore kanala ektopičnih malih pljuvačnih žlezda. Dijagnoza je klinička. Plastičnom kanilom se sondira kanal na početku operacije. Pored klasične operacije kroz dve incizije na koži moguća je ekscizija i samo kroz donju inciziju. Sklerozacija i striping kanala nisu pouzdani. Otvori poreklom I branhijskog useka nalaze u submandibularnoj i parotidnoj regiji, kao i na bizarnim mestima: lobulus ili heliks ušne školjke. Neophodno je isključivanje otvora kanala u spoljašnjem slušnom hodniku. Fistulografija CT ili MR daje dobar pregled odnosa sa facijalnim nervom. Veoma su retki kožni urođeni otvori uz levi režanj tiroidne žlezde kao znak postojanja branhijske anomalije poreklom III ili IV branhijskog špaga. Dijagnoza se potvrđuje endoskopskim pregledom piriformne fose, a lečenje se postiže kauterizacijom unutrašnjeg otvora.

Otvori na koži od sredine gornje usne do korena nosa mogu da imaju komunikaciju sa CNS u oko 20% pacijenata (naša tri pacijenta od 13 lečenih za 10 godina). Patognomoničan znak (oko 50% pacijenata) za moguće postojanje punktiformnog otvora nazalnog sinusa sa cističnim proširenjem su grub pramen dlačica na koži. Obavezan je pregled MR, a nekad i CT. Lečenje je isključivo hirurško.

U srednjoj liniji suprasternalno (izolovano - tri naša pacijenta ili u sklopu urođenog rascepa sa naborom vrata - 8 od 13 pacijenata) ili u visini sternoklavikularnog zgloba (tri pacijenta u istoj seriji) mogu se nalaziti dermalni ili bronhogeni sinusi. Sondiranjem se isključuje komunikacija sa trahejom. Sa suprasternalnim sinusom ekscidira se potkožni fibrozni nabor i hamartom, a nastali defekt rešava se Z plastikom kožnim režnjevima.

Na donjoj usni sa obe strane srednje linije nalaze se otvori sinusa (van der Woude sindrom). Javlja se u 2% dece sa rascepom usne i nepca, a retko izolovano. Dijagnoza je klinička, a lečenje hirurško.

Otvori dermalnih sinusa subokcipitalno i u zadnjoj srednjoj liniji zbog rizika od infekcije CNS i razvoja dermalne ciste na unutrašnjem kraju kanala zahteva pregled MR i neurohirurško lečenje.

Veoma su retki ovori na koži lica od ektopičnih kanala velikih pljuvačnih žlezda ili kanala ektopično lokalizovanih velikih i malih pljuvačnih žlezda. Još ređi su otvori od suznih žlezda ili ektopični otvor lakrimonazalnog kanala.

Fizikalnim pregledom patoloških otvora na koži prema lokalizaciji može se zaključiti embrionalna osnova poremećaja. Često nije neophodno radiološko ispitivanje. Kod branhijalnih anomalija neophodno je isključiti otogene i renalne anomalije. Lečenje je isključivo hirurško.

13.

LARINGOMALACIJA- DIJAGNOZA I TRETMAN

Ivan Baljošević, Predrag Minić, Aleksandar Sovtić

Služba za dečiju ORL, Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije, Beograd

Laringomalacija je najčešći uzrok stridoroznog disanja kod dece.

Metode: U periodu od 2008. do 2016. godine dijagnostikovano je 123 dece sa laringomalacijom. Hirurška intervencija je izvedena kod 22 dece sa teškim oblikom laringomalacije. Indikacije za operaciju su bile nenapredovanje u težini, otežano gutanje i otežano disanje, sa saturacijom O₂ >92%.

Rezultati: Sutura epiglotisa je izvedena kod 12, a epiglotopeksija laserom kod 10 dece. Svi pacijenti su praćeni 6 meseci posle operacije i kod svih je došlo do poboljšanja u disanju i telesnoj težini.

Zaključak: Sutura epiglotisa i laserska epiglotopeksija su efikasne hirurške intervencije koje se mogu uspešno primeniti u teškim slučajevima laringomalacije.

14.

IZAZOVI I OGRANIČENJA U CITOLOŠKOJ DIJAGNOSTICI PATOLOŠKIH PROMJENA GLAVE I VRATA

¹Ljubica Fuštar Preradović, ²Davorin Đanić

¹Odjel za patologiju i citologiju, Opća bolnica, Slavonski Brod, Hrvatska

²Odjel otorinolaringologiju i maksilofacijalnu kirurgiju, Opća bolnica, Slavonski Brod, Hrvatska

Glava i vrat je regija u kojoj se tokom dijagnostičkog postupka često radi citološka punkcija pod kontrolom ultrazvuka. Četiri su glavna dijagnostička izazova: cistične tvorbe, tumori slični tumorima žlijezda slinovnica, non Hodgkin limfomi niskog stupnja malignosti i folikularne tvorbe štitne žlezde.

Cistične tvorbe mogu predstavljati značajan diferencijalno dijagnostički problem, prvenstveno zbog razlika u pristupu bolesniku i načinu liječenja. Mogu biti primarne i sekundarne cistične tvorbe, uključujući benigne i maligne cistične tumore. Dodatni problem čine retencione ciste u žljezdama slinovnicama.

Grupa tumora koja nalikuje na tumore žlijezda slinovnica obuhvaća nekoliko entiteta: mikroidno-hijaline tumore, bazaloidne tumore, onkocitne lezije, limfoidne lezije i skvamoidne lezije. U ovoj regiji mogu se naći tumori koji nisu porijekla žlijezda slinovnica. Također se tumori žlijezda slinovnica mogu naći i ekstraglandularno.

Nužno je razlikovati ne neoplastične limfoidne mase unutar ili izvan žlijezda slinovnica, uključuju kronični sialoadenitis, benigne limfoepitelialne lezije i intra i/ili perisalivarne povećane limfne čvorove od non Hodgkin limfoma niskog stupnja malignosti porijekla žlijezda slinovnica.

Prema algoritmima American Thyroid Association, citološka punkcija je metoda za evaluaciju čvorova u štitnoj žlezdi. U slučajevima kada je moguća citološka dijagnoza, postupak s bolesnicima je propisan algoritmima. Folikularne lezije štitne žlezde predstavljaju poseban problem, jer su kriterij malignosti nije atipija stanica.

U zaključku se može naglasiti da uz uvažavanje ograničenja u dijagnostici, a uzimanjem u obzir prognostički potencijal, ultrazvučno vođena citološka punkcija ima mjesto u liječenju i praćenju bolesnika s tumorima glave i vrata te treba biti pomoć kliničaru u multidisciplinarnom pristupu liječenju i praćenju ovih bolesnika.

15.

ОКРУГЛИ СТО: БУДУЋНОСТ И ПЕРСПЕКТИВЕ ФОНИЈАТРИЈЕ

МОДЕРАТОР: Проф. др Предраг Станковић

УЧЕСНИЦИ И ТЕМЕ:

1. Проф.др Предраг Станковић (Београд) – Увод - Будућност и перспективе фонијатрије.
2. Проф.др Слободан Митровић (Нови Сад) – Перспективе фонијатрије у мултидисциплинарном приступу дијагностици пратећих обољења ОРЛ регије.
3. Доц.др Сања Крејовић-Тривић (Београд) – Квалитет живота фонијатријских пацијената
4. Др.сци мед.Јасмина Стојановић (Крагујевац) – Ендовидеостробоскопија као неопходна метода у фонијатрији
5. Др Синиша Мутић (Приједор, Република Српска) – Савремени аспекти спастичке дисфоније

Будућност и перспективе фонијатрије су у наставку започетих фундаменталних истраживања, побољшању дијагностичких поступака кроз техничке иновације, усавршавању постојећих и увођењу нових терапијских поступака. Фундаментална хистоморфолошка, неурална микроангиографска, хистоцитохемијска и имунобиолошка испитивања појединих зона централног нервног система, рецепторног система ларинкса и хормон зависних рецептора допринеће бољем разумевању фонације и артику лације. Функционална испитивања се најбоље спроводе у специјализованим вокалним лабораторијама кроз организовани мултидисциплинарни приступ.

Одређивање и стандардизација параметара, као и евалуација стандарда су перспективе фонијатрије. Софистициране инов ације кроз компјутерску регистрацију и истовремену компарацију више релевантних параметара су садашњост, а још више будућност фонијатрије.

Формирање националне фондације за глас и говор је не само перспектива, већ нужна неопходност за будући развој фонија трије. Кроз мултидисциплинарни концепт организовано би се фундирани научно истраживачки, методолошки, едукациони и материјални проблеми различитих видова поремећаја комуникације. На овај начин значајно би се побољшали квалитет и комфор живота пацијената са поремећајима гласа и говора.

Референце :

1. Станковић П. Будућност и перспективе неуролрингологије. *Acta otorhinolaryngologica Serbica* 1998; 3:609-610

2. Митровић С. Поремећаји функције и болести једњака. Зборник радова: Трећи мултидисциплинарни симпозијум. Нови Сад ; 2016.
3. Крејовић Тривић С. Евалуација параметара од значаја за квалитет живота ларингектомисаних болесника (докторска дисертација). Београд: Универзитет у Београду, Медицински факултет; 2015.
4. Мутић С. Фонијатријска анализа резултата лечења пацијената са спастичком дисфонијом (рад уже специјализације). Београд: Универзитет у Београду, Медицински факултет; 2015.
5. Стојановић Ј. Ендовидеостробоскопија у раној дијагностици карцинома гласница (докторска дисертација). Крагујевац: Универзитет у Крагујевцу, Факултет Медицинских наука, 2012.

16.

PREGLED NAJNOVIJIH KLINIČKIH SMERNICA U TERAPIJI ALERGIJSKOG RINITISA KOD DECE

Doc dr Snežana Sanković-Babić, Doc dr Marina Atanasković-Marković

ORL Klinika KBC Zvezdara, Beograd

Odeljenje Pulmologije i Alergologije, Univerzitetska Dečja Klinika Kliničkog Centra Srbije, Beograd

Novija saznanja iz kliničke prakse potvrđuju potrebu stalne procene i korekcije optimalne terapije alergijskog rinitisa kod dece. Ovo oboljenje je u najranijem dečijem uzrastu često nediagnostikovano i neadekvatno lečeno što znatno utiče na kvalitet života deteta i porodice. Učestale i produžene inflamacije sluznice nosa i srednjeg uva, bronhijalna hiperreaktivnost i pogoršanje astme povezani su sa postojanjem neadekvatno lečenog alergijskog rinitisa dece.

Ispitivanja u poslednjih deset godina su potvrdila da terapija alergijskih bolesti disajne sluznice daje vrlo pozitivan efekat ako kao osnov terapijskom pristupu lekari koriste kliničke smernice. Opšteprihvaćene su smernice svetske organizacije Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA). One su zasnovane na objektivno merenim i objektivno reprodukovanim rezultatima terapijskih metoda. Pored toga, bazirane su na podacima o uticaju terapije kako na redukciju kliničkih tegoba tako i o uticaju na kvalitet života dece sa udruženim alergijskim bolestima gornjih disajnih puteva. Koristeći principe objektivne evaluacije kliničkih studija kreirane po GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)

metodologiji u upotrebi je noviji oblik korigovanog, već postojećeg kliničkog vodiča ARIA -e. Od koristi za kliničku praksu otorinolaringologa i pedijatara su svakako i najnovije preporuke Američke Akademije za Otorinolaringologiju u kojima se nalaze i preporuke za terapiju alergijskog rinitisa u dečijem uzrastu, a koje su u skladu sa preporukama ARIA -e. Prema rezultatima kliničkih studija najveći praktični doprinos i najviši stepen pouzdanosti nalazi se u rezultatima dvostrukoslepih placebokontrolisanih studija. Terapijski pristup zasnovan na ovim studijama ima najviši stepen preporuke (A) koji se opisuje kao strong recommendation level. Dobra osnova za terapijske pristupe su i rezultati placebokontrolisanih randomskih studija koje su ocenjene kao pouzdane sa stepenom preporuke (B). Prema novijim smernicama ARIAe intranazalni kortikosteroidi nove generacije preporučeni su kao pouzdani lekovi prvog terapijskog izbora kod umereno teškog i teškog oblika intermitentnog i sve kliničke forme perzistentnog alergijskog rinitisa kod dece (visok stepen preporuke, A). Američka Akademija za Otolaringologiju visokopouzdan nivo preporuke A daje terapiji nesedativnim antihistaminicima u kombinaciji sa intranazalnim kortikosteroidima novije generacije kod srednje teškog i teškog oblika alergijskog rinitisa.

Pored medikamentozne antialergijske terapije u ovoj prezentaciji biće prikazane i diskutovane najnovije kliničke smernice i stepeni preporuke za primenu ostalih vidova antialergijske terapije u alergijskom rinitisu kod dece.

Reference

1. Michael D. Seidman, Richard K. Gurgel, Sandra Y. Lin, Seth R. Schwartz, Fuad M. Baroody, James R. Bonner, Douglas E. Dawson et al. Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis. American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery, *Otolaryngology–Head and Neck Surgery* 2015, Vol. 152(1S) S1–43c
2. Roberts G, Xatzipsalti M, Borrego LM, et al. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy* 2013;68:1102–16.

17.

OKRUGLI STO : MOGUĆNOST EDUKACIJE UZ POMOĆ DIGITALNIH TEHNOLOGIJA U SRPSKOJ ORL I PREDLOG ODRŽIVE STRUČNE EDUKATIVNE PLATFORME

Moderator: Prof.dr Mihael Podvynec

Predavači:

M. Podvynec (1), A. Grgurević (2), N. Ilić (3) i U.Grgurević (4)

1: ORL-BAL International, Švajcarska

2: Institut za epidemiologiju Medicinskog fakulteta Beograd

3: Centar za informacione tehnologije Medicinskog fakulteta Beograd

4: ORL klinika Vojnomedicinske akademije Beograd.

Početak elektronske edukacije u srpskoj ORL označila je video -konferencija uživo sa poznatim otahirurzima Velike Britanije 2006 godine. Otada je digitalna tehnika otvorila nove mogućnosti u edukaciji. Univerzitetske klinike, nastavne baze, ORL sekcija i sva ostala udruženja koja se bave edukacijom ne treba da propuste jed instvenu priliku da uvedu digitalnu tehniku u svoju svakodnevnicu. M. Podvynec daće uvod u paletu mogućnosti i prikazati primere modernih učila za hirurške tehnike sa virtuelnom haptikom.

Širenjem subspecijalizacija i umnožavanjem različitih medioteka, pr etraživanje literature traži novija znanja kako bi se proces skratio, iznašla relevantna literatura i ostvarila dostupnost originalnim člancima. U izlaganju docentkinje dr A.Grgurević, koja se tom temom posebno bavi, biće reči o racionalnoj i efikasnoj tehnici pretraživanja literature.

Nakon održavanja prvog video -kursa iz ORL hirurgije uživo na mreži, uz moderaciju iz inostranstva, dr N. Ilić izneće stečena iskustva i prikazati tehničke mogućnosti u povezivanju slusaonica, operacionih sala, laboratorija i pojedinaca na svojim računarima.

Dr. U. Grgurević, autor prve srpske ORL aplikacije u rinologiji, daće celokupnu sliku današnjih mogućnosti digitalne tehnike u Srbiji i njihove primene, sa predlozima za dalji razvoj stalne, održive digitalne komunikacije ustanova u edukativne svrhe.

18.

DILEME I KONTROVERZE U TRETMANU PACIJENATA NAKON TON ZILEKTOMIJE

Mirko Popović, Vladan Knežević, Slavica Đurović, Mirza Markišić.

Klinika za ORL i MFH, Klinički centar Crne Gore, Podgorica, Crna Gora

Uvod: Upotreba nekih lijekova, hladnih napitaka, sladoleda i drugog, kod tonzilektomiranog pacijenta, često su predmet diskusije i kontroverznih stavova. Najviše sporenja odnosi se na upotrebu antibiotika i kortikosteroida.

Cilj: Da se uporednom analizom sopstvenih rezultata i stavova iz literature provjeri svrshodnost upotrebe antibiotika i kortikosteroida u tretmanu tonzilektomiranih pacijenata.

Materijal i metode: Rad predstavlja retrospektivnu studiju istorija bolesti adultnih pacijenata operisanih u Klinici za ORL i MFH KCCG u Podgorici u periodu od januara 2013. do maja 2016.godine. Svi pacijenti su operisani tehnikom hladne disekcije u opštoj anesteziji. Postoperativni hospitalni tretman trajao je od 1 do 3 dana. Primjenjivana je simptomatska terapija bez upotrebe antibiotika, osim u slučaju komplikacija. Kortikosteroidi nijesu korišćeni.

Rezultati: Od 205 pacijenata, starosti od 16 do 71 godine, muških je bilo 91 (44,39 %), a ženskih 114 (55,6 %). Ranih postoperativnih krvarenja bilo je 7 (3,41%), kasnih 4 (1,95 %), a febrilnih pacijenata 6 (2,92%). Mučninu i povraćanje imalo je 14 (6,83%) pacijenata. Febrilnost prvog postoperativnog dana tretirana je rehidratacijom i antipireticima, a produžena i antibioticima širokog spektra.

Diskusija: Najčešće dileme odnose se na upotrebu antibiotika, kortikosteroida, kupanje, pranje zuba, konzumiranje sladoleda, pušenje, dužinu radne nesposobnosti. Mali broj komplikacija opravdava restriktivnu terapiju bez rutinske primjene antibiotika. Neki autori preporučuju upotrebu kortikosteroida radi prevencije mučnine i povraćanja. Pacijentima koji su povraćali davali smo antiemetike. Precizna uputstva o higijensko-dijetetskom režimu značajno olakšavaju oporavak i poboljšavaju komfor pacijenta.

Zaključak: Za tretman tonzilektomiranih pacijenata u nekomplikovanim slučajevima dovoljna je simptomatska terapija. Rutinsko davanje antibiotika i kortikosteroida nije opravdano.

19.

KOJU TEHNIKU ANESTEZIJE KORISTITI U MIKROLARINGEALNOJ HIRURGIJI?

Dušanka Janjević

Klinički centar Vojvodine, Klinika za bolesti uva, grla i nosa, Služba za anesteziju

Suspenziona mikrolaringealna hirurgija sa rigidnim laringoskopom je najčešće korišćena tehnika za dijagnostiku i hirurgiju patoloških lezija larinksa u savremenoj laringologiji. Mada je razvoj mikrolaringoskopske hirurgije doživio ogroman napredak u poslednji 40 godina, izbor bezbedne tehnike ventilacije u toku opšte anestezije još uvek nije jasno definisan i prihvaćen za ovu vrstu hirurgije.

Ograničen prostor gornjeg disajnog puta, stvarna niz specifičnih problema i za anesteziologa i hirurga. U endolaringealnoj hirurgiji zadovoljavajući rezultati same hirurške intervencije mogu biti dovedeni u pitanje kada se koristi i ETT manjeg poprečnog preseka da bi se omogućila zadovoljavajuća oksigenacija i ventilacija pluća od strane anesteziologa. Zbog toga, veliku prednost predstavlja primena tehnike anestezije i opreme za ventilaciju koja zahteva manje prostora u faringealnom i laringealnom prostoru s jedne strane, a sa druge strane u isto vreme hirurški instrumenti i manipulacije u tom istom prostoru ne smeju kompromitovati opremu za ventilaciju da se ne bi narušila zadovoljavajuća ventilacija

Da bi se zadovoljili osnovni zahtevi endoskopske hirurgije, koji se odnose na pristupačno i pregledno operativno polje, nepokretne (mirne) glasnice, nesmetane hirurške manipulacije pri čemu ne dolazi do ulaska krvi, sekreta u disajni put, u kliničku upotrebu uvedena je visokofrekventna džet ventilacije (High Frequency Jet Ventilation) od strane Klajna (Klaiber i in) i grupe autora 1974. godine. Ova nova tehnika anestezije, koja omogućava tzv. beztubusnu ventilaciju mlazom postavlja visoke zahteve za anesteziologa: potrebno je obezbediti zadovoljavajuću oksigenaciju i ventilaciju bolesnika u otvorenom disajnom putu. Pored toga ova tehnika ventilacije je zadovoljila i tri fundamentalna uslova, koja mora da zadovolji tehnika anestezije: bezbednost, jednostavnost i optimalna vidljivost operativnog polja.

U pristupu disajnom putu kao zajedničkom polju rada tokom mikro laringealne hirurgije i laringolog i anesteziolog imaju različite zahteve, koji se odnose na optimalan i nesmetan pristup operativnom polju pri čemu moraju biti ispunjeni uslovi za zadovoljavajuću oksigenaciju i ventilaciju pluća tokom opšte anestezije.

Zahtevi laringologa u toku mikrolaringealne hirurgije se odnose na: širok i neometan pristup larinksu, biokularne vizualizacije laringealnih struktura, mogućnost da laringolog koristi obe ruke u toku hirurškog rada, potreba da se koristi zadovoljavajući sistem za sukciju, mogućnost

korišćenja različitih tipova laserske opreme i koagulacione opreme. U toku delikatnih hirurških manipulacija javlja se potreba da larinks bude potpuno nepokretan, suprotno potrebama za spontanim pokretima larinksa kada to situacija zahteva. Pored zahteva laringologa, koji se odnose na dobru vidljivost larinksa, subglotisa i traheje, potrebno je omogućiti uslove za otkrivanje i onih manje vidljivih patoloških promena u operativnom polju, kao i potreba da se u toku rada zaštiti i donji disajni put od mukusa, krvi i delova tkiva.

Zahtevi anesteziologa u toku mikrolaringealne hirurgije se odnose prvenstveno na kontrolu disajnog puta, uključujući kontrolu ventilacije, kontinuirani monitoring fizioloških odgovora tokom ove hirurgije, pri čemu je neophodno obezbediti merenje ekspiratorne koncentracije CO₂, saturaciju tkiva kiseonikom, pritisak u disajnom putu, nesmetano sprovođenje one tehnike anestezije koja omogućava zadovoljavajuću hipnozu, analgeziju, amneziju i mišićnu relaksaciju.

Primena džet ventilacije omogućava većinu gore navedenih zahteva od strane laringologa i anesteziologa. Nesmetan pristup bez endotrahealnog tubusa, operativnom polju tj. larinksu je najvažnija prednost ove tehnike ventilacije u odnosu na konvencionalnu ventilaciju sa endotrahealnim tubusom sa kafom u mikrolaringealnoj hirurgiji. Za procenu respiratorne efikasnosti tokom primene visokofrekventne džet ventilacije od velikog kliničkog značaja je praćenje koncentracije ugljen dioksida u ekspirijumu.

Rizik od nastanka komplikacija vezanih za nedovoljnu eliminaciju ugljen dioksida se može smanjiti kombinovanom primenom visikofrekventne džet ventilacije (VFVM) i kontrolisane mehaničke ventilacije (KMV).

Kako se sve češće koristi laserska tehnologija u hirurgiji i disajnog puta, dodatno rizici mogu nastati zbog mogućih opekotina i mogućnosti nastanka eksplozije u sredini sa visokom koncentracijom kiseonika. Zbog toga, primena VFVM i predstavlja posebnu prednost u hirurgiji disajnog puta zato što ne koristi ETT i zapaljive materijale

Jedan od nedostataka visoko frekventne džet ventilacije je nemogućnost kontinuiranog merenja ekspiratorne koncentracije CO₂ konvencionalnim kapnometrom. Praćenjem parcijalnog pritiska CO₂ u arterijskoj ili kapilarnoj krvi, koji su u ko relacije sa end-ekspiratornom koncentracijom CO₂ kao pouzdanim indikatorom ukupne koncentracije CO₂, je od velikog značaja za primenu subglotičke džet ventilacije.

Komplikacije, koje su udružene sa VFVM delom su prisutne i u KMV i posledica su : prekomerno visokog pritiska u disajnim putevima, produžene upotrebe visoke koncentracije kiseonika, neadekvatne humidifikacije i zagrevanja inspiratornog gasa i korišćenje ove tehnike ventilacije od strane nestručnog osoblja.

Najozbiljnija komplikacija udružena sa primenom VFVM je barotrauma pluća nastala kao posledica nezadovoljavajućeg ekspirijumom. Rizik od nastanka komplikacija vezanih za

nedovoljnu eliminaciju ugljen dioksida se može smanjiti kombinovanom primenom VFVM i KMV. U ostale komplikacije udružene sa primenom VFVM spadaju: gastrička distenzija, kardijalne disaritmije, subkutani emfizem, pneumotoraks, pneumomediastinum, pneumoperikardijum i smrtni ishod.

Preoperativna procena gornjeg disajnog puta, izbor tehnike ventilacije, izbor tehnike anestezije, ekstubacija predstavljaju specifične zahteve i izazove za anesteziologa u toku laringomikroskopske hirurgije.

Literatura

1. Jaquet Y, Monnner P, Ravussin P., Complications of difficult ventilation strategies in endoscopic laryngeal surgery. *Anaesthesiology* 2006;104:52-59.
2. Strashnov VI, Pluznikov MS, Kolutov VL, Ouchvatkina MK. High-frequency jet ventilation in endolaryngeal surgery. *J Clin Anaesth* 1995;7:19-25.
3. Bourgain JL, Desruennes E, Fischler M. Coppel DL. Transtracheal high frequency jet ventilation for endoscopic airway surgery: a multicentre study. *Br J Anaesth* 2001;87:870 - 875.
4. Rezaie-Majd A, Bigenzahn W, Denk DM, Burian M, Kornfehl J. Superimposed high frequency jet ventilation (SHFJV) for endoscopic laryngotracheal surgery in more than 1500 patients. *Br J Anaesth* 2006;96(5):650-656.
5. Davies JM, Hillel AD, Maronian NC, et al. The Hunsaker Mon-Jet tube with jet ventilation is effective for microlaryngeal surgery. *Can J Anaesth* 2009;56:284-90.
6. Bourgain JL, Chollet M, Fischler M, et al. Guideline for the use of jet ventilation during ENT and oral surgery. *Ann Fr Anesth Reanim* 2010;29:720-7.
7. Ihra G, Gockner G, Kashanipour A, et al. High-frequency jet ventilation in European and North American institutions: developments and clinical practice. *Eur J Anaesthesiol*. 2000;17:418-30.
8. Mausser G, Friedrich G, Schwarz G. Airway management and anesthesia in neonatus, infants and children during endolaryngotracheal surgery. *Paediatr Anaesth* 2007;17:942-7.
9. Rubin JS, Patel A, Lennox P. Subglottic jet ventilation for suspension microlaryngoscopy. *J Voice* 2005;19:146-50.
10. Patel A, Rubin JS. The difficult airway: the use of subglottic jet ventilation for laryngeal surgery. *Logoped Phoniatr Vocol* 2008 ;33:22-4.
11. Hunsaker DH. Anesthesia for microlaryngeal surgery: The case for subglottic jet ventilation. *Laryngoscope* 1994;104(Suppl.6):1-30.
12. Biro P, Erych G, Rohling RG. The efficiency of CO₂ elimination during high frequency jet ventilation for laryngeal microsurgery. *Anaesth Analg* 1998;87:180-184.
13. Braverman I, Sichel JY, Halimi P, et al. Complication of jet ventilation during microlaryngeal surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1994;103:624-627.

20.

HIRURŠKI PRISTUP PARAFARINGEALNOM PROSTORU

Anton Mikić

Klinički centar Srbije, Klinika za otorinolaringologiju i maksilofacijalnu hirur giju, Beograd

Od svih tumora glave i vrata na tumore parafaringealnog prostora otpada 0,5%, što ih čini izuzetno retkim tumorima. Mogu biti primarni, metastatski ili nastaju širenjem iz okolnih struktura. Većinom su porekla pljuvačnih žlezda i neurogenog porekla, dok je odnos benignih prema malignim tumorima 80% prema 20%.

Cilj rada : Cilj je bio da predstavimo naša iskustva u hirurškom pristupu ovim retkim tumorima. Anatomske strukture i sadržaj parafaringealnog prostora, čine ove operacije izuzetno delikatnim i teškim, što zahteva izuzetno dobro poznavanje hirurške anatomije od strane hirurga.

Materijal i metode : U Klinici za otorinolaringologiju i maksilofacijalnu hirurgiju Kliničkog centra Srbije u poslednih godina, od 1998. do danas, operisano je 71 pacijent sa tumorima parafaringealnog prostora. Autori analiziraju simptome, kliničke znake, dijagnostičke procedure, hirurški pristup kao i postoperativne komplikacije i histopatološke nalaze. Simptomi su bili neodređeni a najčešći su bili disfagija, oseć aj stranog tela, otološki simptomi, dok je jedan veliki broj pacijenata bio bez ikakvih subjektivnih tegoba. Za procenu lokalne proširenosti tumora koristili smo CT, NMR i angiografiju. Hirurški pristup bio je transcerikalni, transoralni ili kombinovani.

Zaključak: Svi pacijenti su operisani u našoj ustanovi, osim dvojice koji su operisani, od strane autora u drugoj ustanovi. Najčešći su bili tumori pljuvačnih žlezda i neurogenog porekla. Pristup ovoj regiji zahteva veliko iskustvo hirurga i uigrani tim.

Ključne reči: Tumori, parafaringealni prostor, hirurški pristup

21.

HIRURŠKI TRETMAN TUMORA PARAFARINGEALNOG PROSTORA

Jović Rajko

Klinika za bolesti uva, grla i nosa, Klinički centar Vojvodine, Medicinski fakultet, Novi Sad, Srbija

Uvod.

Tumori koji potiču iz parafaringealnog prostora čine manje od 1 % tumora glave i vrata. Oko 80 % svih tumora parafaringealnog prostora su benigni tumori, preko 40% su porekla pljuvačnih žlezda, ostatak 20% od nerava ili uvećanih limfnih čvorova 15%. Naj učestaliji tumor od svih je pleomorfni adenom. Maligni tumori čine 20%.

Osnova dijagnostike je imidžing tehnika. Glavno je utvrditi proširenost lezije, utvrditi njenu resektabilnost, odnos prema a. carotis, bazi lobanje i eventualno intrakranijalno širenje.

Cilja rada: Retrospektivnom analizom prikazati hirurške i funkcionalne rezultate lečenja tumora parafaringealnog prostora.

Materijal i metod

U periodu od 2005 -2015 operisano je 22 pacijenta sa tumorskim procesom parafaringealnog prostora, 13 muškaraca i 9 žena uzrasta od 26 do 80 (46.9) godina uzrasta.

Rezultati

Primenjeni su transoralni pristup kod 4 pacijenta, transcervikalni kod 10 , trans cervikalni transparotidni kod 6 i transmandibularni pristup 2 pacijenta. Patohistološki je verifikovan pleomorfni adenom kod 5 (22.7%), Schwannoma 4 (18.2%), Paraganglioma 4 (18.2%), Carcinoma adenoides cysticum 2 (9.1%), Carcinoma squamocellulare 2 (9.1%), Cystis retentiones 1 (4.5%) , Carcinoma glandulae salivalis 1 (4.5%), Carcinoma papillarae glanduale thyreoideae 1 (4.5%), Haemangiopericitoma 1 (4.5%), HLL infiltratio 1 (4.5%). Kod većih tumorskih procesa i onih koji zahvataju gornju etažu parafarinksa kao komplikacija se javljaju oduzetosti struktura inervacionog područja n. vagusa. Tu spadaju pareze mekog nepca, farinksa, larinksa. Prisutan je i sindrom prvog zagrižaja.

Zaključak

Tumori parafarinksa spadaje u teško pristupačne tumore, dijagnostika počiva na imidžing dijagnostici. Ima više pristupa od kojih je transcervikalni najčešće korišćen zbog preglednosti i bolje kontrole krvarenja.

22.

BENIGNI TUMORI PARAFARINGEALNOG PROSTORA: TRANSCERVICALNI PRISTUP

Milan B. Jovanović

Abstrakt

Uvod: U parafaringealnom prostoru glave i vrata mogu nastati različiti patološki procesi, pa on predstavlja izazov u kliničkom i hirurškom smislu.

Materijal i metode: Prikazujemo pacijente operisane u Službi za ORL sa MFH KBC Zemun, kod kojih je učinjena detaljna preoperativna klinička evaluacija radi precizne procene mesta i proširenosti benignih tumora parafaringealnog prostora. Pacijenti su operisani spoljašnjim transcervikalnim pristupom i kontrolisani najmanje 6 meseci posle operacije.

Rezultati: Najveći broj benignih tumora parafaringealnog prostora su bili švanomi, zatim tumori koji vode poreklo od dubokog reznja partoidne žlezde, pleomorfni adenom, lipom, tumor limfnog tkiva i vaskularni tumor. Bolesnici su uglavnom u petoj i šestoj deceniji života. Tumori često nisu pokazivali značajnu simptomatologiju pa su otkriveni pregledom kompjuterizovane tomografije. Najčešće se šire prema sluzokoži farinksa u vidu asimetričnog izbočenja, a u kasnijim fazama bolesti u vidu tumefakta na vratu. Od lokalizacije tumora, vrste, dužine njegovog rasta zavisi i simptomatologija i klinička slika tumora. Bolesnici su se najčešće žalili na otežano gutanje. Uz to, kasnije se javljaju bolovi, oslabljen sluh, pareze i paralyze poslednja četiri kranijalna nerva. Mi smo najčešće koristili spoljašnji pristup tumoru, radeći cervikotomiju uglavnom bez resekcije mandibule.

Zaključak: Transcervikalni pristup benignim tumorima parafaringealnog prostora omogućava adekvatan hirurški prikaz, identifikaciju i zaštitu vitalnih struktura, i mogućnost kompletnog odstranjenja posebno velikih promena, sa minimalnim morbiditetom.

23.

KRETANJE OBOLEVANJA I UMIRANJA OD RAKA LARINKSA U CENTRALNOJ SRBIJI ZA PERIOD OD 1999-2013. GODINE

Doc. dr Vladimir Nešić

Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; Klinika za ORL i MFH KCS, Beograd

Uvod. Maligni tumori larinksa čine 1 -3 posto svih malignih tumora. Više od 90% svih malignih tumora larinksa su planocelularni karcinomi. Od raka larinksa oboleva 8-10 puta više muškaraca nego žena i najčešće se bolest pojavljuje posle pedesete godine života.

Cilj ovog rada je da ispita kretanje obolevanja i umiranja od maligno g tumora larinksa u Centralnoj Srbiji za period od 1999-2013. godine.

Metod rada. Podaci za stanovništvo Centralne Srbije po polu i uzrastu dobijeni su na osnovu popisa stanovništva kao prosečna vrednost broja stanovnika za 2002. i 2011. godinu. Za analizu kretanja obolevanja i umiranja od raka larinksa u Centralnoj Srbiji korišćeni su podaci Registra za rak u Centralnoj Srbiji. U statističkoj obradi podataka koristili smo sirove, specifične i standardizovane stope incidencije, standardizovane prema populaciji Evrope i prema populaciji sveta.

Rezultati. U Centralnoj Srbiji 2013. godine, kod muškaraca, rak larinksa je bio na šestom mestu među vodećim uzrocima obolevanja od svih malignih tumora (3,4%), a na devetom mestu među vodećim uzrocima umiranja od svih malignih tumora (2,8%). Kod žena, u Centralnoj Srbiji 2013. godine, maligni tumor larinksa nije bio među 10 vodećih uzroka obolevanja i umiranja. U periodu 1999 -2013. godine, u Centralnoj Srbiji, prosečna standardizovana stopa incidencije prema populaciji sveta za rak larinksa iznosila je 11,6 na 100.000 za muškarace i 1,4 na 100.000 za žene. U istom periodu, u Centralnoj Srbiji prosečna standardizovana stopa mortaliteta prema populaciji sveta za rak larinksa iznosila je 6,0 na 100.000 za muškarace i 0,5 na 100.000 za žene. Najviša uzrasno-specifična stopa incidencije raka larinksa bila je u uzrasnoj grupi 60 -69 godina i iznosila je u proseku 58,3 na 100.000 za muškarace i 6,4 na 100.00 za žene.

Zaključak. Linearni trend incidencije i mortaliteta raka larinksa u Centralnoj Srbiji za period od 1999-2013. godine pokazuje povećanje trenda obolevanja kod žena i smanjenje trenda umiranja kod muškaraca.

Ključne reči. rak larinksa, incidencija, mortalitet, linearni modeli.

24.

Вртоглавица, цервикална спондилоза и вертебробазиларна циркулација

Снежана Г. Васић¹, Оливера Пецић¹, Ксенија Рибарић-Јанкес¹, Јово Колар²,

¹Еуромедик болница, Београд

²Институт за кардиоваскуларне болести Дедиње, Београд

Вртоглавица је чест симптом који често остаје без праве потврде етиолошког узрока. Дегенеративне промене вратне кичме се наводе као један од узрока.

Да би се испитао утицај вратне кичме на вертебробазиларну (в.б.) циркулацију, спроведено је испитивање на 100 болесника са цервикалном спондилозом и доказаном в.б. инсуфицијенцијом. Болесници су били оба пола између 36 и 78 година старости. Као контролна група испитано је 50 болесника оба пола, исте добне скупине, са цервикалном спондилозом, али без доказане в.б. инсуфицијенције.

Урађен је ултразвучни преглед *color duplex* ултрасонографом и *power duplex flow imaging*-ом од V0 до V3 сегмента вертебралних артерија. Испитаници су се налазили у неутралном положају и у тест положајима (ротација главе удесно и улево, екстензија врата, положај у коме се јавила вртоглавица).

Код особа са в.б. инсуфицијенцијом, проток кроз вертебралне артерије био је статистички значајно нижи према протоку у контролној групи, а у тест положајима забележено је статистички значајно смањење циркулације у односу на контролну групу.

Код смањеног протока кроз вертебралне артерије могу се испољити знаци в.б. исхемије. Вестибуларно чуло снабдева крвљу *a.labyrinthi* која је део в.б. слива. Код болесника са цервикалном спондилозом и вртоглавицом, због тражења узрока настале вртоглавице, потребно је спровести сонографско испитивање вертебралних артерија у неутралном и у тест положајима, а по могућности урадити и сонографску регистрацију протока кроз базиларну артерију у тест положајима (транскранијални доплер).

Кључне речи: вертиго, вертебробазиларна циркулација, доплер вертебралних артерија

25.

TERAPIJA VRTOGLAVICE U MULTIPLOJ SKLEROZI S HIPERBARIČNIM KISEONIKOM NA NISKIM PRITISCIMA U OXYSYS 4500 KOMORAMA MEDICONET-A - HBO2T STUDIO D.O.O KOPER-SLOVENIJA- PRIKAZ SLUČAJA- VIDEO

Vladan Stanojković

hbo2t.studio@gmail.com

www.hbo2t-studio.com

ORL Bolnišnica Izola

Uvod:

Multiplu sklerozu zovemo bolest sa hiljadu lica. Naime, svaki neurološki simptom može da bude i simptom multiple skleroze zbog toga što ta bolest može da zahvati bilo koji deo mozga i kičmene moždine. Od ove bolesti češće obolevaju žene od muškaraca i to u razmeru 2:1. MS se najčešće javlja u mlađoj životnoj dobi od 20. do 40. godine života.

U 30 odsto mladih pacijenata prvi simptom koji se javlja je retrobulbarni neuritis ili nagla slabovidost na jedno oko, često praćeno bolom. Ipak najčešći inicijalni simptomi su motorni (slabost noge, ruke) i senzitivni (trnjenje, mravinjanje, žarenje). Značajni simptomi su vrtoglavica, poremećaj ravnoteže, poremećaj kognicije (pad koncentracije, pamćenja i održavanja pažnje), češće mokrenje, nemogućnost kontrole mokrenja, pad libida kao i seksualna disfunkcija. Danas znamo i da su bol, depresija i zamor vrlo značajni simptomi multiple skleroze, a često i inicijalni simptomi. Centralna neuropatska bol je prisutna kod 50 -70 odsto bolesnika sa MS, a svaki drugi ima depresiju. Kad pominjemo zamor u MS mislimo na patološku zamorljivost koja se pogoršava pri izlaganju toploti. Glavobolju kao simptom se javlja kod 18 odsto obolelih

Ovo je autoimuno, dismenovano, demijelinizaciono oboljenje centralnog nervnog sistema. To znači da dolazi do gubitka mijelina i stvaranja plakova na predilekcionim mestima centralnog nervnog sistema. Najčešći oblik bolesti je relapsno -remitentni koji karakteriše smenjivanje relapsa (pogoršanja) i poboljšanja bez nagomilavanja neurološkog deficita.

Dijagnoza:

Dobra anamneza i neurološki pregled su vrlo značajni u postavljanju dijagnoze MS. Uradi se baterija evociranih potencijala (EP), magnetska rezonanca (MR) glave i izoelektrično fokusiranje (IEF) likvora.

Terapija:

Danas imamo lekove koji bolest usporavaju, sprečavaju učestala pogoršanja i progresiju, njen prelazak u sekundarno progresivnu formu, a samim tim i invalidnost. Samo pogoršanje bolesti se leči pulsni dozama kortikosteroida, a relapsno-remitentna (RR) forma MS se leči

imunomodulatorima koji smanjuju broj relapsa i sprečavaju progresiju bolesti (interferon beta 1b). Uvodi se lečenje matičnim ćelijama. Pacijenti koji su u progresivnoj formi leče se citostaticima. Pored ovoga pacijenti primaju simptomatsku terapiju.

Prikaz slučaja:

Pacijentica M.I. Stara 56 godina, je došla na lečenje zbog vrtoglavice. Već 27 godina se leči od multiple skleroze kortikosteroidima, biološkim lekovima, dvaput je operisana u Nemačkoj matičnim ćelijama i na kraju su joj širili vratne vene po metodi profesora Zamboni-ja iz Italije. Mi smo je lečili hiperbaričnim kiseonikom na 1,3 ATA. Dobivala je Amp. Eprex 2000 i.j. na II dan, Tabl. Nootropila 1,2 gr 2x1 dnevno, Urutalom 24mg 2x1 dnevno, Alfa lipoičnom kiselinom 300mg 1x1 dnevno, Vit. Milgama 100mg 2x1 dnevno. Rezultati su odlični. Pratimo je već dve godine. Sledi video snimak

26.

PETOGODIŠNJE PREŽIVLJAVANJE HIRURŠKI LEČENIH PACIJENATA OD PLANOCELULARNOG KARCINOMA LARINKSA

Ljiljana Tešić-Vidović

Opšta bolnica Loznica, Srbija

Koautori: Jovica Milovanović,

Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; Klinika za ORL i MFH, Klinički centar Srbije

Ana Jotić

Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; Klinika za ORL i MFH, Klinički centar Srbije

Uvod: U Srbiji je 2011. godine bilo 1619 novoregistrovanih tumora glave i vrata. Najčešći su bili maligni tumori larinksa i to 756.

Ciljevi: Ispitati značaj načina hirurškog lečenja na dužinu preživljavanja pacijenata lečenih od planocelularnog karcinoma larinksa i razliku u preživljavanju pacijenata lečenih od planocelularnog karcinoma u odnosu na stepen diferentovanosti ćelija primarnog karcinoma i proširenosti tumora, kao i prisustva regionalnih metastaza.

Metode: Retrospektivna studija je sprovedena u periodu od januara 2006. do decembra 2008. godine u Institutu za ORL i MFH KCS Beograd. Obuhvaćeno je 532 pacijenta oba pola sa planocelularnim karcinomom larinksa. Sprovedene su sledeće dijagnostičke procedure: orl pregled, laringomikroskopiju sa biopsijom i patohistološkom verifikacijom, ultrazvuk vrata i abdomena, RTG grudnog koša i kompjuterizovanom (CT) tomografijom vrata. Određeni su: pol, starost, pušenje, konzumiranje alkohola, lokalizacija tumora, ekstralaringealno širenje,

patohistološki gradus, TNM klasifikacija, vrsta operacije, vrsta disekcije vrata, smrtni ishod i petogodišnje preživljavanje u odnosu na sve navedene faktore.

Rezultati: Najbolje petogodišnje preživljavanje je posle parcijalne frontolateralne laringektomije 96,8%, a najlošije je posle subtotalne laringektomije 70,6%. Ukupno preživljavanje kod pacijenata bez disekcije vrata je bilo 88,3%, sa selektivnom disekcijom 87%, modifikovanom radikalnom disekcijom 75% i radikalnom disekcijom 72,7%. Najbolje petogodišnje preživljavanje je kod glotisnih karcinoma 90%, a najlošije kod supraglotisnih karcinoma 70%. Ukupno petogodišnje preživljavanje kod ekstralaringealnog širenja je 71% i bez ekstralaringealnog širenja je 85,2%. Kod dobro diferentovanog planocelularnog karcinoma je preživljavanje bilo 83,6% a kod slabo diferentovanog 71%. Najbolje preživljanje je u T1 stadijumu 93,7% a najlošije u T4 stadijumu 76,7%.

Zaključak: Ukupno petogodišnje preživljavanje se smanjivalo kod: pacijenata sa ekstralaringealnim širenjem, kod slabo diferentovanog karcinoma, značajno se smanjivalo sa višim T i N stadijumom, kod većeg obima hirurške resekcije. Značajni prognostički faktori za ukupno preživljavanje su: starost pacijenta, histološki gradus tu mora i vrsta disekcije vrata.

Ključne reči: karcinom larinksa, hirurško lečenje, petogodišnje preživljavanje

27.

UTICAJ BOJEVOG GAĐANJA IZ AUTOMATSKE PUŠKE NA ČULO SLUHA KOD PROFESIONALNIH VOJNIH LICA

Zvonko Živaljević¹, Ljubica Živić², Zoran Bukumirić³, Ivan Nikolić⁴, Branko Vorkapić⁵,
Nenad Baletić⁶

Adrese autora :

1. Zvonko Živaljević, CVMU Beograd, VMC Karaburma, Severni Bulevar 1, Beograd tel: +381 64 614 6939, e-mail: drzoco@hotmail.rs
2. Ljubica Živić, Klinika za Otorinolaringologiju, KC Kragujevac, Srbija
3. Zoran Bukumirić, Institut za medicinsku statistiku i informatiku, Medicinski Fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija
4. Ivan Nikolić, Institut za medicinsku statistiku i informatiku, Medicinski Fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija
5. Branko Vorkapić, HBO Medical Center, Beograd, Srbija
6. Nenad Baletić, Klinika za Otorinolaringologiju, VMA, Beograd, Srbija

SAŽETAK

UVOD

Kod pucanja iz pešadijskog naoružanja nastaje impulsna buka koja utiče na pojavu auditivnih simptoma kao što su zujanje, pritisak ili oslabljen sluh na jedno ili oba uva.

CILJ RADA

Cilj rada je da ispitamo uticaj bojevog gađanja iz automatske puške na čulo sluha kod profesionalnih vojnih lica u korelaciji sa uslovima izvođenja bojevog gađanja.

METOD

Istraživanje je, uz pisani pristanak, sprovedeno nad 22 profesionalna pripadnika Vojske Srbije, koji su bili na svom redovnom mirnodopskom zadatku obuke gađanja iz automatske puške AP M70 7,62 mm, na formacijskom strelištu „Bubanj Potok“. Kod svih je pre i posle gađanja urađeno: anamneza, klinički otorinolaringološki pregled, audiometrijski i impedancmetrijski pregled. Popunjen je „Upitnik pre gađanja“ i „Upitnik posle gađanja“. Iz istraživanja su isključeni svi koji psihofizički nisu bili sposobni za gađanje.

REZULTATI

Posle kompletne obrade dobijenih rezultata od 22 ispitanika u 2 slučaja je registrovano oštećenje sluha što iznosi 9%. Tinitus je registrovan kod 5 ispitanika (22,7%) . Kod jednog ispitanika (4,5%) registrovan je osećaj pritiska u uvu. Registrovano je jedno oštećenje uva sa iste i jedno oštećenje uva sa suprotne strane u odnosu na rame o koje su oslanjali pušku. U oba slučaja oštećenje sluha je sensorineuralnog tipa, lakšeg stepena sa skotomom na 4000 Hz u jednom slučaju do 50 dB, a u drugom do 55 dB.

ZAKLJUČAK

Auditivni efekti impulsne buke koja nastaje kod gađanja iz automatske puške su oštećenje sluha, zujanje i osećaj pritiska u ušima. Praktični značaj ove studije ogleda se u prevenciji, koja podrazumeva obaveznu upotrebu ličnih zaštitnih sredstava i uređenje strelišta.

KLJUČNE REČI: oštećenje sluha, tinitus, impulsna buka, automatska puška.

28.

POREMEĆAJI SLUŠNE PERCEPCIJE KOD MLADIH

Dr Mirjana Živković-Bošnjaković,

Zavod za zaštitu zdravlja studenata, Beograd, Srbija

UVOD

Promene koje se dešavaju u muzičkoj kulturi savremenog doba u poslednjoj deceniji utiču na pojavu novog problema koji se odnosi na sve veći broj poremećaja slušne percepcije uzrokovane bukom. Poslednjih godina iz različitih delova sveta, u stručnoj medicinskoj literaturi, objavljuje se veliki broj naučnih radova koji obrađuju ovu temu, time sugerišući da buka predstavlja ozbiljan i kompleksan zdravstveni problem svetske populacije. Populacija mladih ljudi a samim tim i studentska populacija izuzetno je izložena buci zbog savremenog stila života koji podrazumeva boravak u disko klubovima, slušanje glasne muzike sa jakih razglasa na koncertima i korišćenja slušalica na ipod uređajima ili mobilnim telefonima. Naime, muzika koja je danas popularna kod mladih (hard rock, pop, disko itd.) frekvencijski je veoma uskog spektra i sačinjena je od velikih amplituda koje su dobijene upotrebom različitih vrsta pojačivača zvuka (distorzije, fuzz uređaji, pojačala). Tako dobijeni zvuci ne samo da predstavljaju auditivnu draž nego predstavljaju i taktilnu, jer duboki zvukovi bas gitare i bubnja svojom dužinom i koncentracijom snage čine da grudne i stomaćne šupljine čoveka počinju da rezoniraju i samim tim remete normalnu funkciju organizma.

Cilj

Ovog rada je prikaz epidemiološke slike akustičke traume indukovane bukom u studentskoj populaciji kao i predlog mera prevencije.

Metodologija

Retrospektivna analiza pacijenata sa akustičkom traumom u periodu od četiri godine (2012 – 2015), nakon kompletnog kliničkog orl pregleda, audiološke obrade i procene stanja sluha.

Rezultati

Akutna akustička trauma predstavlja poremećaj slušne percepcije nastao naglim praskavim zvukom izuzetne jačine ili eksplozijom (najčešće petardama) i karakteriše je momentalna zaglunost uva sa izraženim zujanjem u ušima koje se prolongira. Dodatne komplikacije mogu nastati u vidu perforacije bubne opne, kao i pojave jakih vrtoglavica nedugo nakon izloženosti. Razlikujemo padove sluha sa perforacijom bubne opne kada oštećenje obuhvata manji deo unutrašnjeg uva oko 4 kHz (tada probijena bubna opna ima ulogu sigurnosnog ventila jer ne prenosi razornu snagu tonova na unutrašnje uvo, i pad sluha bez perforacije) prognoza je tada jako loša jer snaga praska tada oštećuje veliki broj ćelija unutrašnjeg uva. Kod ovakvih vrsta oštećenja reakcija nekog ko nesrećom doživi ovakvu traumu mora biti izuzetno brza jer postoji mogućnost za oporavak sluha i izbegavanje trajnog oštećenja u 72 h nakon traume.

Hronična trauma ima savim drugačiji tok, a predstavlja poremećaj slušne percepcije nastao kao posledica česte izloženosti jakoj buci tokom više godina. Kod hronične traume svest o tome da osoba slabije čuje ide postepeno i nije je tako lako detektovati. Zujanje u ušima i slabiju diskriminaciju konsonanata pacijent može primetiti tek nakon više godina izloženosti, što čini da njegovo stanje sluha ostaje trajno. Na slici br1. prikazan je audiogram jednog slučaja hronične traume tokom pet godina praćenja. Primećuje se da zubac na 4kHz počinje vremenom da se širi na ostale frekvencije i da ide u dubinu slušnog polja sve do momenta kada se visoke frekvencije od 6 i 8 kHz potpuno gube. Kod hronične traume nisu upadljivi problemi vezani za vrtoglavice i perforacije bubne opne, već postoje tegobe vezane za poremećaj krvnog pritiska i vazokonstriktione tegobe. Takođe mora se naglasiti da je već oštećeno uvo lako zamorljivo na buku, tako da osobe sa traumom mogu biti izuzetno razdražljive na zvuke kada njihov intenzitet nije velik (drugima u okolini ne smeta).

Zaključak

U Zavodu za zaštitu zdravlja studenata u Beogradu u periodu od 2012 do 2015 godine od ukupno 2094 audiološki obrađenih pacijenata uzrasta od 18 – 26 godina, 15 pacijenata je imalo dijagnostikovanu akustičku traumu izazvanu glasnom muzikom.

Mere prevencije. U upotrebi su dva tipa zaštite: 1. Čepovi za uši (uvek takvih dimenzija da mogu udobno da se postave u slušni kanal) 2. Slušalice za uši (prekrivaju spoljašnje uvo i prave vazdušni štit koji redukuje jačinu zvuka). Na kraju moramo naglasiti činjenicu da izloženost zvučniku intenziteta 118 -120 dB na razdaljini od 1 m u trajanju 8 h ostavlja trajne posledice u vidu oštećenja unutrašnjeg uva a samim tim i sluha. U tom periodu vazokonstrikcija sudova unutrašnjeg uva ostavlja ćelije u hipoksiji nekoliko sati a to dovodi do odumiranja ćelija unutrašnjeg uva. Stoga je uvek bolje slušati sa veće razdaljine.

29.

FORMIRANJE BAKTERIJSKOG BIOFILMA KOD HRONIČNIH OTITISA SA I BEZ HOLESTEATOMA

Ana Jotić^{1,2}, Ivana Ćirković³, Dragana Božić⁴, Ljiljana Čvorović^{1,2}, Jovica Milovanović^{1,2}, Bojan Pavlović^{1,2}

1. Klinika za ORL i MFH, Klinički Centar Srbije
2. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu
3. Institut za mikrobiologiju i imunologiju Medicinskog fakulteta, Univerziteta u Beogradu
4. Farmaceutski fakultet Univerziteta u Beogradu

Sažetak

Formiranje biofilma igra bitnu ulogu u patogenezi akutnih i hroničnih infekcija u otorinolaringologiji. Posebno se ističe veza između formiranja biofilma, bakterijske rezistencije na antibiotsku terapiju i upornosti i komplikacija hronične bolesti. Cilj studije je bio da se pokaže prisustvo bakterijskog biofilma kod pacijenata sa hroničnim supurativnim otitisom sa i bez holesteatoma.

U studiju je uključeno 30 pacijenata koji su operativno lečeni od hroničnih supurativnih otitisa sa i bez holesteatoma na Klinici za ORL i MFH Kliničkog Centra Srbije u periodu od aprila do septembra 2014. Uzimani su uzorci patološki izmenjene sluznice intraoperativno. Tkivo je rutinski ispitivano bakteriološki. Analizirana je sposobnost stvaranja biofilma izolovanih antimikrobnih agenasa na mikrotitarskim pločicama. Bakterijski biofilm je detektovan u velikom broju uzoraka izolovanih kod pacijenata sa hroničnim otitisom sa holesteatomom, i pretežno se radilo o *P. aeruginosa* kao uzročniku.

U zaključku se može istaći da se trebaju planirati nove strategije u lečenju hroničnih supurativnih otitisa, gde je sve bitnija uloga primene topikalnih antibiotika sa adekvatnim mehaničkim intraoperativnim uklanjanjem patološki izmenjenog tkiva.

30.

HIRURŠKI LEČENI AKUTNI MASTOIDITISI KOD DECE, U PERIODU 2011 -2015., NA KLINICI ZA BOLESTI UVA, GRILA I NOSA, KLINIČKOG CENTRA VOJVODINE

Nemanja Pejaković¹, Ljiljana Vlaški^{1,2}, Dragan Dankuc^{1,2}

¹Klinika za bolesti uva, grla i nosa, Klinički Centar Vojvodine, Novi Sad, ²Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu

Uvod: Akutni mastoiditis je najčešća otogena komplikacija u ranom dečijem uzrastu, koja potencijalno povlači rizik za razvoj drugih otogenih komplikacija. Cilj rada je bio da se utvrdi uzrast u kome se mastoiditis najčešće javlja, da li pokazuje sezonski karakter, da se utvrde dominantni klinički simptomi i znaci mastoiditisa i njihovo prehospitalno vreme pojave, kao i intraoperativni nalaz i udruženost drugih otogenih komplikacija. **Materijal i metode:** Sprovedena je retrospektivna analiza hirurški lečene dece zbog akutnog mastoiditisa, na Klinici za bolesti uva, grla i nosa, Kliničkog centra Vojvodine, u periodu 01.01.2011 -31.12.2015. godine. Uzorak je činilo 31 dete (15 dečaka, 48.4% i 16 devojčica, 51.6%). **Rezultati:** Akutni mastoiditis se najčešće javlja u uzrastu do 2 godine, 12/31, 40%. Pokazuje sezonski karakter, sa najčešćom pojavom u novembru, 8/31, 25%. Preoperativna dužina trajanja simptoma i kliničkih znakova je u 70% slučajeva do 7 dana. Dominantni klinički znaci su retroaurikularni otok i crvenilo, fluktuacija i anteponiranje ušne školjke, 26/31, 84%, otomikroskopski bubna opna je napeta i zadebljana u 77% , a kod 15/31 (48%) je prisutno i spuštanje zadnjegornjeg zida spoljašnjeg slušnog hodnika. Sva deca su, uz parenteralnu antibiotsku terapiju, lečena hirurški, mastoidektomija sa posteriornom atikotomijom. Dominantan intraoperativni nalaz je prisustvo granulacija, gnojnog sadržaja, znaci osteitisa, 40%, uz isti nalaz sa kortikalnom destrukcijom u još 30%. **Zaključak:** Akutni mastoiditis se najčešće javlja kod dece u uzrastu do dve godine. Pokazuje sezonski karakter. Dominantni klinički znak je retroaurikularni otok i crvenilo uz otomikroskopski nalaz napete, zadebljane bubne opne. Hirurški tretman, uz parenteralnu antibiotsku terapiju, je osnovni modalitet lečenja.

Ključne reči: Mastoiditis; Deca; Znakovi i simptomi; Dijagnoza; Otorinolaringološki hirurški pristupi

31.

ESTETSKI ASPEKTI U REKONSTRUKTIVNOJ HIRURGIJI GLAVE I VRATA

Dr Goran Stojković, Prof. dr Milovan Dimitrijević

Klinika za ORL i MFH, Klinički Centar Srbije

Uvod. U današnje vreme, rekonstrukcija nastalih defekata posle resekcija tumora u regiji glave i vrata predstavlja veliki izazov za hirurge, kako zbog potrebe funkcionalne tako i estetske restauracije donorske i recipijentne regije. Pre odabira načina rekonstrukcije, defekt treba biti sistematično analiziran.

Metod. Tokom 2015. godine, u Klinici za ORL i MFH, Kliničkog Centra Srbije, kod 48 pacijenata je primenjena rekonstrukcija defekata čije su dimenzije bile od 3 do 11 cm u prečniku. U rekonstrukciji su korišćeni lokalni, peteljasti i slobodni mikrovaskularni režnjevi. Najzastupljeniji tumori su bazocelularni i planocelularni karcinom.

Rezultati. Prema našim rezultatima, iz svake grupe režnjeva izdvojio se po jedan od režnjeva, koji je vrlo pouzdan, dobro vaskularizovan i niskog stepena postoperativnih komplikacija.

32.

SLUČAJEVI KOJI SE PAMTE

Novak Vukoje

Spec. ORL Ordinacija „dr Vukoje“

Petrovaradin

Apstrakt

Tokom dugogodišnjeg rada u otorinolaringologiji lekar se susreće sa retkom patologijom ili anomalijama u području glave i vrata. Neke je uspeo da zabeleži, a neke su zbog nedostatka audio-foto-video registracije otišle u zaborav. Poželjno je da sve ono što se smatra raritetom prikaže i objavi. Time bi mlađe kolege bile upoznate o postojanju nekih retkih stanja, pojava i obolenja kojih u toku svog radnog veka nisu imali priliku da vide. Dijagnostika i terapija ovih „medicinskih čuda“ ne znači da je teška i komplikovana. Naprotiv, zahvaljujući savremenoj tehnici i tehnologiji ovakvi poremećaji se jednostavno detektuju. U nekim slučajevima dovoljan je čak i obični pregled. Lečenje je najčešće hirurško.

Cilj rada je bio da se prikažu neki zanimljivi slučajevi u otorinolaringologiji, kako sa aspekta dijagnostike tako i načina lečenja.

Materijal i metode rada

U svom četrdesetgodišnjem radu autor se sreo sa nekim retkim stanjima, bolesti i anomalijama koje će biti zanimljivo prikazati.

Slučaj 1 . Cornu cutaneum vrata /dug 12 sm/To je naduža izraslina cervikalne regije koja je uopšte opisana u literaturi. Radi se o pacijentu starom 46 godina koji je vešto decenijama krio navedenu promenu. Imajući u vidu da u oko 20% slučajeva ova izraslina može maligno alterirati, njeno rano otkrivanje i lečenje je presudno za pacijenta.

Slučaj 2 . Hipofaringealni liposarcom kao uzrok hrkanja i apneje. U svetu do sada opisano samo 11 slučajeva ove patologije. Interesantno je to što je prvi i vodeći simptom bilo hrkanje i apneja, koje je smetalo mlađoj supruzi, koja ga je naterala da potraži savet lekara. Da se nije oženio nebi ni znao koji je uzrok „noćnih mora“ njegove supruge. Zahvaljujući tome „spasao“ je glavu.

Slučaj 3 . Pileća kost izvađena iz jednjaka/zanimljiva zbog dužina kosti /Radi se o dugogodišnjem ulkusaru koji je u mladosti lečen i zbog tuberkuloze. Kada se pojavio sukričav ispljuvak pulmolog je pomislio da se radi o recidivu obolenja te je u tom smislu počela medicinska obrada. S obzirom da se radi o hroničnom čirašu uključen je i gastroenterolog. Nakon eskalacije lokalnih simptoma (otežano gutanje, promuklost i dr) traži se konsultacija ORL . Jednostavnim pregledom otkriva se zaglavljena kost u hipofarinksu. Pileće krilce dužine 7 cm je uspešno odstranjeno.

Svi slučajevi su hirurški rešeni i foto i video dokumentovani.

Zaključak: autor je hteo da ova tri slučaja prikaže mlađim kolegama iz razloga što ih smatra retkim, neobičnim i specifičnim ne samo u otorinolaringologiji već i cervikofacijalnoj hirurgiji. Iako nekada ova patologija izgleda bezazlena, njeno rano otkrivanje može biti ključno u izlečenju ovih pacijenata. Ovakvi slučajevi se pamte jer na neki način predstavljaju raritet u struci i zanimljivi su kako sa aspekta dijagnostike, tako i terapije.

ključne reči: rog na vratu, redak tumor hipofarinksa, pileća kost u jednjaku

33.

ETIČKI I ZAKONSKI ASPEKTI LEKARSKE GREŠKE

KATIĆ S. ZORAN

SPEC.ORL ORDINACIJA KATIĆ, ŠABAC, SRBIJA

SAŽETAK

Lekarska greška je ozbiljan problem za pacijenta, lekara i društvo u celini. Utvrđivanje greške, otklanjanje posledica i nadoknada štete stvaraju mnogobrojne etičke i zakonske nedoumice, jer utvrđena lekarska greška proizvodi odgovornost (disciplinsku, administrativnu, krivičnu) iz svakog segmenta lekarskog poziva (struka, etika, deontologija). Pravno -medicinski, lekarska greška je postupak lekara protiv pravila struke (*CONTRA LEGEM ARTIS*). Neprijavlivanje greške od strane lekara koji je grešku učinio nije krivično delo (samooptuživanje), ali je etički prekršaj („svaki je lekar dužan da postupa po zakonu i da poštuje pacijentova prava, u skladu sa važećom doktrinom i kodeksom lekarske etike“). Krivično delo postoji samo ako je zakonom predviđeno i učinjeno SA UMIŠLJAJEM ili IZ NEHATA. Pisani pristanak pacijenta na predloženo lečenje ne isključuje krivičnu odgovornost lekara. Pravila po kojima se procenjuje krivica su iznad konkretnog lekara, a ne u okviru njegovih mogućnosti. Nadoknada štete je moguća samo ako se dokaže uzročno -posledična veza lekarske greške i nastale štete. Pravila rada, protokoli, vodiči kliničke prakse su validni samo ako su u okviru podzakonskih akata i direktiva medicinske delatnosti a time se odgovornost proširuje na ustanovu (poslodavca) i društvo (državu), jer ORGANIZACIJA i SISTEM mogu biti i uzrok lekarske greške. Izmene zakona o krivičnom postupku, tužilačkoj istrazi i obaveznoj dostupnosti medicinske dokumentacije unose nove momente u utvrđivanju lekarske greške. Osnovna sredstva odbrane lekara u slučaju lekarske greške su medicinska dokumentacija, jasno medicinsko pravo i obavezno osiguranje od lekarske greške. KLJUČNE REČI: lekarska greška, medicinsko pravo, lekarska etika

34.

APSCESI MOZGA OTOGENOG POREKLA

Dr Dragana Radojević², Doc. dr Vladimir Nešić^{1,2}

Medicinski fakultet u Univerzitetu u Beogradu¹; Klinika za ORL i MFH KCS, Beograd²

Hronično zapaljenje srednjeg uva najčešći je uzrok nastanku komplikacija. Meningitis je najčešća otogena intrakranijumska komplikacija, otogeni apscesi mozga su na drugom mestu, dok su druge komplikacije znatno ređe.

Cilj rada je da prikazemo kliničku kazuistiku apscesa mozga kao posledice hroničnog gnojnog zapaljenja srednjeg uva, radi evaluacije mogućnosti savremene dijagnostike i terapije.

Metod rada. U radu je korišćena retrospektivna studija kojom je obuhvaćeno devet bolesnika Klinike za otorinoaringologiju i maksilofacijalnu hirurgiju Kliničkog centra Srbije s dijagnozom apscesa mozga otogenog porekla. Analizirani su sledeća obeležja: pol, dobne grupe, mesto stanovanja, zanimanje, broj hospitalizacija, dijagnostičke procedure, simptomi i klinički znaci hroničnog gnojnog zapaljenja srednjeg uva, simptomi i klinički znaci otogenih komplikacija, druge otogene komplikacije udružene s apscesom mozga, endokranijalna lokalizacija otogenog apscesa, terapijske procedure (otohirurško i neurohirurško lečenje), intraoperativni otološki nalaz.

Rezultati. Razmatrani su rezultati devetoro bolesnika (osmorica muškaraca i jedna žena), starosti od 16 do 68 godina. U našoj grupi bolesnika apscesi mozga otogenog porekla znatno su češći kod bolesnika muškog pola u četvrtoj deceniji života, s medijanom 33,5 godina. Prema mestu stanovanja, bolesnici znatno češće potiču iz unutrašnjosti, a prema školskoj spremi nižeg su i srednjeg obrazovanja. Konstatovana je češća lokalizacija otogenog apscesa u velikom mozgu (7) nego u malom (2). Aktivan hroničan otitis s holesteatomom češće je otkrivan kod bolesnika s otogenim apscesom mozga nego aktivan granulomatozni proces. Svih devet operisanih naših bolesnika s dijagnozom otogenog apscesa mozga je preživelo

Zaključak. Apscesi mozga otogenog porekla najčešće se javljaju kod bolesnika s hroničnim otitisom sa holesteatomom. Zapaljenjski proces se najčešće širi u endokranijum direktnim razaranjem koštanih zidova srednjeg uva. Najsigurniji način dijagnostike je kompjuterizovana tomografija, koja omogućava lokalizaciju promene, određivanje najpogodnijeg vremena za hiruršku operaciju i za nadgledanje uspeha lečenja. Lečenje podrazumeva primarnu neurohiruršku operaciju, a posle poboljšanja opšteg stanja bolesnika radikalno otohirurško lečenje.

Ključne reči. otogeni apscesi mozga, dijagnostika, terapija.

35.

STRANA TELA TRAHEOBRONHIJALNOG STABLA -DIJAGNOSTIKA, TERAPIJA, REZULTATI ORL KLINIKE U NOVOM SADU

dr Tanja Damjanić¹, Prof. dr Rajko Jović²

¹ Dom Zdravlja „Ruma“-Ruma

² Klinički Centar Vojvodine Novi Sad, Klinika za bolesti uha, grla i nosa

APSTRAKT

Uvod:

Strana tela disajnog puta predstavljaju veliki dijagnostički i terapijski izazov, naročito kod mlađe dece kao najčešće pogođene uzrasne grupe. Cilj rada je bio da se prikažu rezultati lečenja pacijenata sa stranim telima disajnog puta u svim starosnim grupama.

Materijal i metode:

Retrospektivnom analizom obuhvaćeno je 92 pacijenta koji su u periodu od 2004 -2014 hospitalizovani na ORL Klinici KCV u Novom Sadu pod sumnjom na strano telo disajnog puta. Podaci su prikupljeni iz istorija bolesti i dostupnih radiografskih snimaka.

Rezultati:

Kod svih 92 pacijenta sa sumnjom na strano telo disajnog puta načinjena je, u opštoj anesteziji, rigidna traheobronhoskopija. Strano telo je pronađeno kod 36 (39,13%) pacijenata. Starost pacijenata se kretala od 4 meseca do 80 godina, a najviše je bilo dece uzrasta ispod 3 godine (63,89%). Vreme proteklo od aspiracije do javljanja na Klinik u se kretalo od nekoliko časova do 14 dana, većina pacijenata se javila unutar 24h (72,22%). Pozitivnu anamnezu o respiratornoj dramu imalo je 72,22% pacijenata. Auskultatorni nalaz je bio pozitivan kod 83,33% a radiografski kod 40,91% pacijenata. Organska vegetabilna strana tela su sačinjavala 77,78% svih stranih tela, sa najčešćom lokalizacijom u desnom glavnom bronhu (58,33%). Sva strana tela su ekstrahovana u rigidnoj traheobronhoskopiji, bez komplikacija i smrtnih ishoda.

Zaključak:

Bronhoskopija je indikovana u svim slučajevima kada postoji sumnja na aspiraciju stranog tela, uprkos urednom kliničkom i radiografskom nalazu, kako bi se izbegle ozbiljne i životno ugrožavajuće komplikacije.

Ključne reči: strana tela, respiratorni trakt, bronhoskopija.

36.

STRANO TELO EUSTAHIJEVE TUBE

Vanja Tovilović³, Dragan Dankuc^{1,2}, Nemanja Pejaković¹

¹Klinika za bolesti uva, grla i nosa, Klinički Centar Vojvodine, Novi Sad, ²Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu, ³Audiomed, specijalistička ORL ordinacija

Strana tela srednjeg uva, naročito eustahijeve tube su retka.

Ovo je prikaz slučaja o metalnom stranom telu nađenom u timpanalnom delu eustahijeve tube kod livničara koji je zadobio povredu bubne opne prilikom obrade metala. Na osnovu anamnestičkih podataka (bol u uvu i osećaj punoće) i kliničkog pregleda (centralna perforacija bubne opne u prednjim kvadrantima) indikovana je i načinjena tonalna audiometrija kojom se konstatuje konduktivna nagluvost lakog stepena. U daljoj obradi pacijenta načinjen je CT snimak temporalnih kostiju kojim je konstatovano strano telo timpanalnog dela eustahijeve tube sa desne strane. Hiruškim putem u lokalnoj anesteziji načinjena je ekstrakcija metalnog stranog tela, a zatim i uspešna miringoplastika koja je rezultirala potpunim oporavkom sluha.

Ključne reči: Strano telo, eustahijeva tuba, CT temporalnih kostiju, miringoplastika

37.

PAPILOMI LARINKSA - IZAZOVI I ISKUSTVA

Savić M, Jović R, Čanji K, Dragičević D

Klinika za bolesti uha, grla i nosa, Klinički centar Vojvodine, Novi Sad, Srbija

Uvod

Recidivantna respiratorna papilomatoza je hronična bolest koju karakteriše učestali rast papiloma u respiratornom traktu, najčešće u larinksu, kod dece i odraslih.

Cilj rada je da se analiziraju i prikažu rezultati desetogodišnjeg perioda u lečenju pacijenata sa ovom bolešću, kao i novine u pristupu ovoj patologiji.

Materijal i metode

Na ORL Klinici KCV u periodu od 2005 - 2015. godine sprovedena je prospektivno-retrospektivna studija svih lečenih pacijenata sa patohistološki verifikovanim papilomima larinksa. Obrađeno je ukupno 80 pacijenata kod kojih je posmatrana polna distribucija, prosečna starost, pojava displazije u patohistološkom nalazu, tip displazije, pojava maligne alteracije, broj ponovljenih hospitalizacija kod pacijenata sa istim tegobama, kao i prosečna dužina perioda bez tegoba. Kod svih pacijenata rađena je ekscizija papiloma larinksa hladnim instrumentima u laringomikroskopiji.

Rezultati

U toku desetogodišnjeg perioda, od 80 lečenih pacijenata (62 muškaraca i 18 žena; prosečna starost 51.3 godine), u okviru patohistološke verifikacije displazija je pronađena u 23 pacijenta (28.7%), od toga tip I u 6 pacijenta (7.5%), tip II u 13 (16.2%) tip III u 3 pacijenta (3.7%). U 8 pacijenta (10%) potvrđena je maligna alteracija. Petnaest pacijenata (18.7%) ponovo se javljalo na Kliniku radi operativnog lečenja, u proseku 3 puta, a nakon prosečno 16 meseci. Od ukupnog broja, troje pacijenata su bila deca (prosečna starost 3.6 godina). Kod 3 pacijenata (3.7%) korišćeno je dodatno sredstvo lečenja.

Zaključak

Kod pacijenata sa papilomima larinksa, naši rezultati pokazuju da preovlađuju pacijenti muškog pola, srednjeg životnog doba, sa prosečnim javljanjem radi operativnog lečenja 3 puta u toku deset godina i mogućom malignom alteracijom. Pored drugih opcija lečenja (osim hladne ekscizije) značajno je i rano postavljanje prave dijagnoze, HPV serotipizacija i adekvatno praćenje pacijenta.

38.

ENDOSKOPSKA KAUTERIZACIJA KRVNIH SUDOVA NOSA U TRETMANU RECIDIVANTNE EPISTAKSE

Aleksandar Subašić¹, Ljiljana Jovančević²

Specijalistička ordinacija „Elite“ Sremska Mitrovica, Srbija¹

Klinički centar Vojvodine, Klinika za bolesti uha, grla i nosa, Medicinski fakultet Univerziteteta u Novom Sadu, Srbija²

Uvod

Savremeni pristup u tretmanu akutne i recidivantne epistakse na prvom mestu podrazumeva identifikaciju i kauterizaciju mesta krvarenja. Cilj ovoga rada je bio evaluacija podataka pacijenata hospitalizovanih zbog recidivantne epistakse na Klinici za bolesti uha, grla i nosa Kliničkog centra Vojvodine, Novi Sad. Takođe, cilj je bio utvrditi efikasnost endoskopske identifikacije i kauterizacije krvnih sudova nosa u tretmanu recidivantne epistakse.

Materijal i metode

U ovoj retrospektivnoj studiji evaluirani su podaci 30 pacijenata koji su u periodu od 01.01.2015 do 01.01.2016. godine bili hospitalizovani zbog recidivantne epistakse. Analizirana je starosna i polna struktura, prisustvo unilateralnog ili bilateralnog krvarenja, lokalizacija krvarenja i vrsta elektrokoagulacione metode u zbrinjavanju recidivantne epistakse koja je primenjena.

Rezultati

Kod 30 tretiranih pacijenata, oba pola su bila podjednako zastupljena (50,0%), a najzastupljenije su bile uzrasne kategorije pacijenata od 60 -69 godina (23,3%) i 70 -79 godina (23,3%). Zbog unilateralne recidivantne epistakse, tretirano je 27 pacijenata (90,0%), dok su 3 pacijenta imala obostrano krvarenje (10%) iz nosa. Konstatovano je da je kod 22 pacijenta (73,3%) mesto krvarenja identifikovano na Locus Kiesselbachi septuma nosa, dok je kod 7 pacijenata mesto krvarenja bila retrokolumelarna vena (23,3%), a kod 1 pacijenta je mesto krvarenja bio pod nosa (3,3%). Primenjena metoda elektrokoagulacije je bila bipolarni elektrokauter kod 19 pacijenata (63,3%), a argon plazma koagulator kod 11 pacijenata (36,7%). Od 30 tretiranih bolesnika, samo 3 (10%) su imala ponovno krvarenje iz nosa nakon jedne intervencije, sva tri sa teleangiektazijama, od kojih su 2 imala potvrđenu dijagnozu hereditarne hemoragijske teleangiektazije.

Zaključak

Pacijenti sa recidivantnom epistaksom najčešće imaju unilateralno krvarenje, najčešće lokalizovano na Locus Kiesselbachi septuma nosa. Endoskopska identifikacija i kauterizacija mesta krvarenja se kod ovih bolesnika efikasno izvodi i bipolarnom elektrokauterizacijom i argon plazma koagulacijom. Primenjena metoda je veoma efikasna u tretmanu recidivantne epistakse, osim u slučajevima epistakse kod bolesnika obolelih od Hereditarne hemoragijske teleangiektazije.

Ključne reči – epistaksa, elektrokoagulacija, locus Kiesselbachi, retrokolumelarna vena.

39.

PRIKAZ REZULTATA HIRURŠKOG LEČENJA OBOLENJA ŠTITASTE ŽLEZDE U DESETOGODIŠNJEM PERIODU NA ORL KLINICI U NOVOM SADU

Danijela Vujković Lamić¹, Rajko Jović²

Dom Zdravlja Bačka Topola¹

Klinički centar Vojvodine, Klinika za bolesti uha, grla i nosa, Novi Sad²

Cilj rada je da se analiziraju rezultati hirurškog lečenja pacijenata sa patologijom štitne žlezde operisanih od strane otorinolaringologa.

Materijal i metode - U retrospektivnoj studiji, u periodu od 2005. do 2015. godine. analizirani su podaci iz istorija bolesti pacijenata operisanih na Klinici za uho, grlo i nos, Kliničkog centra Vojvodine, Novi Sad. U studiji je obrađeno 218 pacijenta, 157 žena i 61 muškarac.

Rezultati Rezultati studije pokazuju veću učestalost bolesti štitne žlezde u žena (72%), kao i veću učestalost benignih lezija tireoidee u odnosu na maligne bolesti štitaste žlezde (benigna patologija kod 66.9% pacijenata, dok su maligne bolesti tireoidee potvrđene kod 33.1% pacijenata). Prosečna životna dob operisanih pacijenata je 52.8 godina. Od benigne patologije najzastupljenija je difuzna nodozna struma (u 43.1%). Najzastupljeniji maligni tumor je papilarni karcinom (u 44.4%), potom anaplastični karcinom (16.6%), folikularni karcinomi (15.2%) limfomi (6.9%), metastaze u štitnu žlezdu (15.2%), medularni karcinom (2.7% operisanih). Načinjeno je 108 totalnih tireoidektomija (49.5%), 81 lobektomija (37.1%), 4 subtotalne tireoidektomije (1.8%), dve near total tireoidektomije (1.1%), 5 istmektomija (2.2%), dok je kod 18 pacijenata (8.3%) načinjena biopsija tumora i traheotomija zbog respiratorne insuficijencije. U neposrednom postoperativnom periodu, evidentirana je obostrana paraliza rekurentnog nerva kod jednog pacijenta (0.4%), dok je kod dva pacijenta uočena tranzitorna unilateralna pareza rekurensa (0.9% od ukupnog broja operisanih).

Zaključak- Rezultati istraživanja ukazuju da benigna patologija štitaste žlezde dominira. Najčešće primenjeni modalitet lečenja bila je totalna tireoidektomija. Nizak procenat jednostranih i obostranih lezija rekurentnog i gornjeg laringalnog nerva upućuju na otorinolaringološku službu kao kompetentnu u tretmanu patologije štitne žlezde i potrebu za većom uključenošću u tretman bolesti štitaste žlezde.

Ključne reči –štitna žlezda, benigni i maligni tumori

40.

EFEKTI PRIMENE INTRANAZALNOG KORTIKOSTEROIDA NA PRODUKCIJU EOZINOFILNIH HEMOKINA U HRONIČNO INFLAMIRANOJ NOSNOJ SLUZNICI

Cveta Špadijer Mirković¹, Aleksandar Perić²

¹Odeljenje otorinolaringologije, Kliničko bolnički centar „Kosovska Mitrovica“

²Klinika za otorinolaringologiju, Vojnomedicinska akademija, Beograd, Srbija

Uvod/Cilj. Eotaxin -2 i RANTES su snažni proinflamatorni medijatori iz grupe hemokina. Imaju važnu ulogu u procesu privlačenja (hemotakse) eozinofilnih granulocita tokom hroničnih zapaljenja gornjih disajnih puteva. Cilj ove studije je da se proceni intenzitet produkcije hemokina eotaxin -2 i RANTES kod pacijenata sa perenijalnim alergijskim rinitisom, kao i kod nealergičnih i alergičnih pacijenata sa hroničnim polipoznim rinosinuzitisom, pre i nakon lokalne primene kortikosteroida.

Metode. Dvadesetoro pacijenata sa perenijalnim alergijskim rinitisom, 20 nealergičnih i 20 alergičnih pacijenata sa hroničnim polipoznim rinosinuzitisom, kao i 20 zdravih ispitanika je uključeno u istraživanje. Svim ispitanicima je uzet uzorak nosne sluznice za citološku analizu u cilju određivanja broja eozinofila. Koncentracije eotaxina -2 i RANTES su merene u uzorcima nosnog sekreta ELISA metodom. Svi pacijenti sa hroničnim zapaljenjem nosne sluznice su lečeni flutikazon-furoat nosnim sprejem tokom 14 dana. Procena ispoljavanja nosnih simptoma, citološki pregled, kao i merenje koncentracija eotaxina -2 i RANTES su vršeni pre i posle primene kortikosteroida.

Rezultati. Koncentracija eotaxina -2 u uzorcima nosnog sekreta je bila značajno viša kod pacijenata sa perenijalnim alergijskim rinitisom ($p < 0,001$), nealergičnih ($p < 0,001$) i alergičnih pacijenata sa hroničnim polipoznim rinosinuzitisom ($p < 0,001$) u poređenju sa zdravim ispitanicima. Koncentracija RANTES je bila značajno viša kod pacijenata sa perenijalnim alergijskim rinitisom ($p < 0,05$), nealergičnih ($p < 0,01$) i alergičnih ($p < 0,001$) pacijenata sa hroničnim rinosinuzitisom u odnosu na kontrolne ispitanike. Nakon lokalne primene kortikosteroida, našli smo visoko značajno ($p < 0,001$) smanjenje koncentracija eotaxina -2 i RANTES ($p < 0,001$) u nosnom sekretu u sve tri grupe pacijenata.

Zaključak. Rezultati sugerišu da primena kortikosteroida smanjuje produkciju hemokina eotaxin-2 i RANTES u tkivu nosne sluznice usled supresije hroničnog eozinofilnog zapaljenja.

Ključne reči: hemokini, nosna sluznica, eozinofili, kortikosteroidna terapija.

41.

OTOGENE MANIFESTACIJE KARDIOVASKULARNIH OBOLJENJA: PRELIMINARNI REZULTATI

Dr Nemanja Radivojević², Prof. dr Nenad Arsović^{1,2}

Medicinski fakultet u Univerzitetu u Beogradu¹; Klinika za ORL i MFH KCS, Beograd²

Danas se veliki značaj posvećuje uticaju sistemskih oboljenja na pojavu otoloških poremećaja. Ove uzročno posledične veze su bazirane na fundamentalnim, kliničkim, laboratorijskim i drugim ispitivanjima. Pojava otoloških simptoma kao što su gubitak sluha, vrtoglavica, zujanje u ušima, mogu biti posledica i kardiovaskularnih (KVS) oboljenja. Inicijalna otološka simptomatologija koristi se kao dijagnostički i prognostički faktor u otkrivanju i prognozi kardiovaskularnih oboljenja.

Cilj rada je da se ispita povezanost otoloških manifestacija i oboljenja kardiovaskularnog sistema.

Metod rada. Istraživanje je bilo retrospektivno. Grupu ispitanika činili su pacijenti sa KVS oboljenjima, dok su kontrolnu grupu činili pacijenti koji su dobijali zdravstvenu negu u Klinici za otorinolaringologiju zbog drugih patoloških stanja. Podaci su prikupljeni putem upitnika. Na osnovu upitnika koji su podeljeni bilo je potrebno precizirati simptome kao što su tinitus i vrtoglavica, potom na osnovu kvalitativnih i kvantitativnih ispitivanja odrediti stepen oštećenja sluha, nistagmus i lokalni nalaz na bubnoj opni. Kriterijumi za isključenje iz studije bili su primarna oboljenja uva, razvijene infekcije uva, anamnestički podaci o traumi i korišćenju ototoksičnih agenasa, neurološke bolesti, mentalni poremećaji, paroksizmalni pozicioni vertigo, Menierova bolest, vestibularni neuronitis i perilimfatična fistula.

Rezultati. Na osnovu do sada prikupljenih podataka, prvi preliminarni rezultati pokazali su značajnu razliku između pacijenata sa kardiovaskularnim bolestima u poređenju sa kontrolnom grupom. Od ukupnog broja pacijenata sa patologijom KVS, kod 66% ispitanika izmeren je sensorineuralni pad sluha, dok je tinitus prijavljen kao najčešća otogena manifestacija.

42.

PAPILOM SPOLJAŠNJEG SLUŠNOG HODNIKA

Dušan Božanić³, Dragan Dankuc^{1,2}, Nemanja Pejaković¹

¹Klinika za bolesti uva, grla i nosa, Klinički centar Vojvodine, ²Medicinski fakultet, Univerzitet u Novom sadu, ³Dom zdravlja, Odžaci

Papilomi spoljašnjeg slušnog hodnika predstavljaju retko oboljenje, sa najvećom zastupljenošću među benignim tumorima ove regije. U literaturi se ne s reće puno radova o ovoj temi. Etiološki uzročnik je humani papiloma virus (HPV). Oboljenje je benigne prirode, ima recidivantni karakter i ima potencijal maligne alteracije. Najčešće je solitarnog karaktera i nema izraženu tendenciju oštećenja hrskavičavog i koštanog dela spoljašnjeg slušnog hodnika. Oboljenje nema polnu, niti starosnu predominaciju.

Ovo je prikaz slučaja žene starosti 77 godina, koja se požalila na prisustvo promene u spoljašnjem slušnom hodniku sa desne strane, praćenu oslabljenim sluhom i sekrecijom sa iste strane. Klinički je utvrđeno prisustvo tumorske promene u spoljašnjem slušnom hodniku desno, koja u najvećem delu obliteriše hodnik.

U ovom radu ćemo napraviti osvrt na etiologiju i baviti se dijagnostikom, tretmanom i tokom bolesti kod pomenute pacijentkinje.

Ključna reči: Papilomatoza, spoljašnji slušni hodnik,