



16.05. - 20.05.2018.год.
Врњачка Бања (Хотел Zepfer)

Акредитациони број:
Д-1-1225/17

X КОНГРЕС

НАЦИОНАЛНА АСОЦИЈАЦИЈА
УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ

X КОНГРЕС
СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ

Пленум и свечано отварање: 16. мај 2018.

Пленарна тема:

"Поремећаји здравља изазвани радом на рачунару"
проф. др Ловица Јовановић, Медицински факултет Ниш

Акредитовано за:

лекаре, стоматологе, фармацеуте, биохемичаре,
медицинске сестре и здравствене техничаре

Бр. бодова:

13 акредитовани предавачи, 11 стручна саопштења,
9 постер презентација, 8 пасивни учесници

Котизација: за чланове НАУЗР Србије (без котизације)
остали (3.600 динара) - рачун: 160-389495-53

10



Остале информације и упуства за израду радова као и упуство како послати рад можете прочитати на сајту (www.nauzrs.rs) Националне асоцијације удружења здравствених радника Србије. Инфо: телефон/факс: (018) 4284333, емаил: info@nauzrs.rs (сваким радним даном од 10:00 до 15:00 сати)

Акредитовани програм
Десетог конгреса Националне асоцијације удружења
здравствених радника Србије

Сатница	Тема	Метод обуке*	Предавач
60 мин 16.05.2018. Од 17:30 до 18:30	ПОРЕМЕЋАЈИ ЗДРАВЉА ИЗАЗВАНИ РАДОМ НА РАЧУНАРУ	Пленум за све учеснике Конгреса	Проф.др Јовица Јовановић - Редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Нишу

ОДЛУКА ОРГАНА НАДЛЕЖНОГ ЗА РЕЦЕНЗИРАЊЕ (КОНТРОЛУ КВАЛИТЕТА) ПРОГРАМА КЕ У ОКВИРУ УСТАНОВЕ/УДРУЖЕЊА ПРЕДЛАГАЧА

На основу Одлуке У.О. Националне асоцијације удружења здравствених радника Србије бр:04/П-13, од 08.06.2013 године, именован је Научно стручни одбор за КЕ- Националне асоцијације удружења здравствених радника Србије у саставу:

- 1. Доц. Др сци мед Миодраг Вучић- Председник Одбора** – Доцент Медицинског факултета Универзитета у Нишу
- 2. Проф.др Зоран Милошевић- Подпредседник Одбора** -Редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Нишу
- 3. Проф.др Драган Миловановић-** Редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Крагујевцу
- 4. Смс Весна Златић-** члан координационог тима између научно стручног одбора и Стручно профилских Друштава Националне
- 5. Вмт Сениша Ђурђевић- Председник координационог тима** између научно стручног одбора и Стручно профилских Друштава Националне
- 6. Вмт Хофман Миомир-** Председник Друштва медицинских сестара-техничара и бабица Србије
- 7. Смс Томић Босилка-** Подпредседник Друштва медицинских сестара-техничара и бабица
- 8. Смс Наташа Јевтовић-** Секретар Друштва медицинских сестара- техничара и бабица
- 9. Вфт Јасминка Стојадиновић-** Председник Друштва физио и радних терапеута Србије
- 10. Вдн Голубовић Саша-** Председник Друштва дијететичара и нутрициониста Србије
- 11. Влт Бранкица Здравковић-** Председник Друштва лабораторијских техничара Србије
- 12. Сан.еко.инг.Маја Нешковић-** Председник Друштва санитарно еколошких инжињера Србије
- 13. Фарм.тех. Љиљана Ђокић-** Председник Друштва фармацеутских техничара Србије
- 14. СРТ Саша Костадиновић-** Председник Друштва Рентген техничара Србије

Научно стручни одбор за КЕ- Националне асоцијације удружења здравствених радника Србије, донео је одлуку о сагласности за упућивање на Акредитацију програма КЕ код Здравственог савета Републике Србије а одговарајућој Комори, под називом:

**„ДЕСЕТИ КОНГРЕС НАЦИОНАЛНЕ АСОЦИЈАЦИЈЕ УДРУЖЕЊА
ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ са међународним учешћем“**

Програм ће бити реализован у трајању од **39** сати акредитованих предавања и преко **50** сати стручног излагања у постер или видео бим презентацији- усмено. Конгрес се реализује са **39** предавача од тога **7** Наставника Медицинских факултета Универзитета и Високих струковних школа здравствене неге, и **7** предавача из иностранства. Конгрес ће бити реализован у Врњачкој бањи од 16.05. до 20.05.2018. године. Рад ће бити реализован по Друштвима и њиховим секцијама.

Напомена: Овом одлуком се потврђује да је пријављени програм КЕ одобрен и рецензиран од стране органа надлежног за рецензирање програма КЕ у оквиру удружења предлагача. Предавач/организатор КЕ не може да буде рецензент свог сопственог програма КЕ.

Датум: 10.10.2017

Потпис руководиоца органа надлежног за рецензирање (контролу квалитета) програма КЕ у оквиру удружења: _____

Печат удружења

**СПИСАК ЧЛАНОВА НАУЧНОГ И/ИЛИ ПРОГРАМСКОГ ОДБОРА
(звање, име и презиме, институција у којој ради, земља)**

1. **Доц. др сци мед Миодраг Вучић**- Доцент на Медицинском факултету универзитета у Нишу- **Председник Одбора**
2. **Проф.др Зоран Милошевић**- **Подпредседник Одбора**- Редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Нишу
3. **Проф.др Драган Миловановић**- Редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Крагујевцу
4. Струковна медицинска сестра, **Весна Златић**- члан координационог тима између научно стручног одбора и Стручно профилских Друштва Националне, Општа болница Ужице
5. Виши медицински техничар, Дипломирани економиста менаџер у здравству, **Синиша Ђурђевић**- **Председник координационог тима** између научно стручног одбора и Стручно профилских Друштва Националне, Завод за хитну медицинску помоћ у Нишу
6. Струковни медицински техничар **Хофман Миомир**- Председник Друштва медицинских сестара-техничара и бабица Србије, Специјална болница за психијатријска обољења у Г.Топоници
7. Струковна медицинска сестра, **Томић Босиљка**-Подпредседник Друштва медицинских сестара- техничара и бабица, ОБ Пожаревац
8. Струковна медицинска сестра, **Наташа Јевтовић**- Секретар Друштва медицинских сестара-техничара и бабица Србије, Клиника за неурологију КЦ Крагујевац
9. **Вфт Јасминка Стојадиновић**- Председник Друштва физио и радних терапеута Србије, Институт Нишка бања
10. Струковни дијететичар нутрициониста, **Голубовић Саша**- Председник Друштва дијететичара и нутрициониста Србије, Специјална болница за психијатријска обољења у Г.Топоници
11. **Влт Бранкица Здравковић**- Председник Друштва лабораторијских техничара Србије- ДЗ Ниш
12. Санитарно еколошки инжењер ,**Маја Нешковић**- Председник Друштва санитарно еколошких инжењера Србије, Завод за јавно здравље Пожаревац
13. Фармацеутски техничар **Љиљана Ђокић**- Председник Друштва фармацеутских техничара Србије, Здравствена установа апотека Ниш
14. Струковни радиолог, **Саша Костадиновић**, ОБ Лесковац

СПИСАК ПРЕДАВАЧА

(звање, име и презиме, институција у којој ради)

1. Проф.др.сци.мед Јовица Јовановић, Редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Нишу
2. Струковна медицинска сестра Загорка Сладојевић, Клинички центар Ниш
3. Магистър, здравен мениджмънт Ива Димитрова Иванова, МБАЛ „ Сити клиник - Свети Георги” , ЕООД– Монтана
4. Психијатар др Наташа Радојичић, Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница
5. Magistar kineziterapije Nedim Halil Šaban, EAD HASKOVO
6. Доктор по клинична психологија др Силвия Цветкова, Факултет „Обществено здравје”, Медицински универзитет - Плевен
7. Здравен мениджмънт ОКС “Магистър”, Невена Венциславова Цветанова, МОБАЛ“Д-р Стефан Черкезов” АД гр.Велико Търново Акушеро
8. Специјалиста анестезиологије са реаниматологијом др Небојша Стевановић, Клинички центар Крагујевац
9. Специјалиста пнеумофтизиолог др Мирослав Јевтић, Специјална болница за плућне болести "Озрен" Сокобања
10. Специјалиста медицинске микробиологије са паразитологијом; Специјалиста менаџер у здравству Ана Јовановић, Завод за јавно здравље Пожаревац
11. Специјалиста психијатрије др Предраг Мишић, Специјална болница за психијатријске болести "Горња Топоница"
12. Специјалиста ургентне медицине др Гостовић Душан, Завод за хитну медицинску помоћ Ниш
13. Редовни професор, Проф. др Биљана Коцић, Медицински факултет Ниш
14. Специјалиста анестезиологије са реаниматологијом др Катарина Живановић, Општа болница Пожаревац
15. Струковна медицинска сестра Александра Стоилковић, Дом здравља Алексинац
16. Master zdravstvene nege Силвия Костадинова Геајджиева, Mbal Haskovo AD "Gr. Haskovo"
17. Струковна медицинска сестра Гордана Стевовић, Клинички центар Ниш
18. Ванредни професор Проф. др Маја Николић, Медицински факултет Универзитета у Нишу
19. Дипломирани терапевт медицинске рехабилитације Нина Лачански, Клинички центар Војводине
20. Dr sci dr med, Стеван Стојановић, Клинички центар Крагујевац
21. Др Ивица Глишић, Дом здравља Пожаревац
22. Специјалиста медицине рада др Слађана Мајкић, Завод за здравствену заштиту радника Ниш
23. Specijalista strukovnih studija med.nauka Tatjana Kostadinova Slavkova, MBAL Dr Stamen Pijev,hirurgija

24. Струковна медицинска сестра Јасмина Симоновић, Клинички центар Крагујевац
25. Специјалиста хирургије др Драшко Дачић, Општа болница Пожаревац
26. Струковна медицинска сестра техничар Марија Маринковић, Клинички центар Ниш
27. Доцент др Милена Костић, Медицински факултет у Нишу, Клиника за стоматологију
28. Дентални техничар Иван Видовић, Zahntechnik Meisterlabor Rainer Lenz
29. Специјалиста опште медицине др Снежана Ранђеловић, Дом здравља Сокобања
30. Специјалиста трансфузиолог, доктор медицинских наука, Др сци.мед. Ана Антић, Завод за трансфузију крви - Ниш
31. Виши медицински техничар Милан Павловић, КЦ Ниш - Клиника за онкологију
32. Струковни медицински техничар/специјалиста Милош Петковић, Институт Нишка Бања
33. Психијатар субспец болести зависности др Драган Вукадиновић, Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница
34. Виша медицинска сестра Сунчица Баџић, Дом здравља”Др Милан Бане Ђорђевић” Велика Плана
35. Редовни професор, Проф. др Драган Машуловић, Клинички Центар Србије Центар за Радиологију и магнетну резонанцију Поликлиника
36. Виша медицинска сестра Лела Коџић, Клинички центар Ниш, Клиника за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма
37. Прим. асс. др Ивица Лалић, Клиника за ортопедску хирургију и трауматологију, Клинички Центар Војводине
38. Доцент, др Саша Миленковић, Медицински факултет Ниш
39. Мастер менаџер у здравству, Струковни медицински техничар специјалиста, **Небојша Ваџић**, Клиника за хематологију Клиничког центра у Нишу

Национална асоцијација удружења здравствених радника Србије

(назив организатора)

Ниш, Булевар Немањића 26

(седиште организатора)

П О Т В Р Д А

ПОТВРЂУЈЕ СЕ да је одговорно лице за спровођење програма континуиране едукације, упознало учеснике Програма континуиране едукације, да су дужни да поштују Закон о ауторском и сродним правима (Службени гласник Републике Србије број 104/2009 и 99/2011).

У Нишу , дана 10.10.2017 године.

Одговорно лице за спровођење
М. П. Програма континуиране едукације,

ПЛЕНАРНА ТЕМАТИКА за све учеснике Конгреса:**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****ПОРЕМЕЋАЈИ ЗДРАВЉА ИЗАЗВАНИ РАДОМ НА РАЧУНАРУ**

Дуготрајан рад за рачунаром се убраја у озбиљне факторе ризика за настанак разноврсних патолошких стања и обољења. Најчешће се јављају поремећаји у функционисању локомоторног система. Они настају као последица дуготрајног статичког оптерећења кичменог стуба, нефизиолошког положаја и понављаних покрета у зглобу шака. У ову групу обољења узрокованих радом на рачунарима сврставају се три категорије патолошких процеса: обољења услед понављаног напрезања, поремећаји функције горњих екстремитета и проблеми с кичменим стубом. Изазване су понављаним напрезањем током дуготрајног рада на рачунару и активностима као што су куцање текста на тастатури, када шаке заузимају неодговарајући положај у ручном зглобу, померање миша по подлози без ослонаца, када корен длана „лебди” и оптерећује мишиће раменог појаса и подлактице, притискање „тврдих” тастера, чиме се нарочито оптерећује осетљив лигаментарни апарат прстију шаке. Два најчешћа поремећаја из ове групе јесу синдром карпалног тунела и повреде тетива. Синдром карпалног тунела узрокован је компресијом медијалног нерва у тесном каналу ручја, која настаје као последица понављаног прегипања шаке и отока околног ткива. Временом, тај притисак може довести до продора везивног ткива и трајног неуролошког оштећења које доводи до већег или мањег инвалидитета. Манифестује се трњењем и жарећим болом у шаци који болесника буди ноћу. Повреде тетивног апарата шаке углавном се виђају у облику запаљења (тендинитис) код којег долази до раздвајања и пуцања влакана тетива, што за последицу има појачано трњење, развитак великих отока и бол који може потпуно имобилисати захваћени део екстремитета. У групу обољења горњег екстремитета која су узрокована односно погоршана вишесатним радом на рачунару спада и синдром горње торакалне апертуре који обухвата читав низ симптома који су узроковани притиском на неуроваскуларну петелку рамена, коју чине поткључна артерија и вена и брахијални плексус. Симптоми обухватају трњење, болове и слабости мишића руку, а понекад и болне отоке читаве руке. Статичко оптерећење кичменог стуба, узроковано дуготрајним седењем, такође је фактор ризика за појаву различитих болних стања врата и доњег дела леђа. Најчешће последице дуготрајног оптерећења током више година рада јесу дегенеративне промене на мишићима врата и вратном делу кичме (спондилоза), које се манифестују кривљењем врата (тортиколис), боловима, ограниченим покретима, мучнином, па и губитком свести.

Синдром компјутерског вида се дефинише као напрезање очију удружено са пролонгираном употребом компјутера а обухвата очне проблеме и проблеме везане за

вид који се јављају код особа које проводе више времена испред екрана компјутера. Свако ко проведе више сати у току дана радећи за компјутером има предиспозицију да развије овај поремећај пошто људско око није прилагођено за дуго гледање у екран компјутера. Фокусирање на екран је много теже од фокусирања на штампани материјал. Тако настаје стално напрезање ока и последично долази до замора очних мишића. При раду са компјутерима учесталост трептања се смањује и до пет пута. Ретко и некомплетно трептање може узроковати сувоћу, црвенило и иритацију очију због бржег испаравања сузног филма. Овоме доприносе лоша ергономска решења на радном месту.

Превенција ових поремећаја је ефикасна, на супрот лечењу које је дуготрајно, скупо и понекад неуспешно. Профилактичке мере укључују квалитетна решења радног места и избор уређаја и алата који су у складу с ергономским нормативима.

Број речи: 499

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Biscevic M, Krupic F, Tiric-Campara M, et al. Occupational Overuse Syndrome (Technological Diseases): Carpal Tunnel Syndrome, a Mouse Shoulder, Cervical Pain Syndrome. *Acta Informatica Medica*. 2014;22(5):333-340.
2. Shokouhi-Moghaddam S, Khezri-Moghadam N, Javanmard Z, et al. A Study of the Correlation between Computer Games and Adolescent Behavioral Problems. *Addiction & Health*. 2013;5(1-2):43-50.
3. Logaraj M, Madhupriya V, Hegde S. Computer Vision Syndrome and Associated Factors Among Medical and Engineering Students in Chennai. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2014;4(2):179-185.
4. Yang S-J, Stewart R, Lee J-Y, et al. Prevalence and Correlates of Problematic Internet Experiences and Computer-Using Time: A Two-Year Longitudinal Study in Korean School Children. *Psychiatry Investigation*. 2014;11(1):24-31.
5. Mattioli S, Violante FS, Bonfiglioli R. [Upper-extremity and neck disorders associated with keyboard and mouse use](#). *Handb Clin Neurol*. 2015;131:427-33.

Секција сестара у нефрологији и хемодијализи**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ****(максимално 500 речи)****Стресови и реакције медицинског особља на хемодијализи****Струковна медицинска сестра Загорка Сладојевић, Клинички центар Ниш****Даница Митровић,**

У савременим условима пословања професионални стрес, а нарочито бурн-оут синдром или синдром изгарања на послу, представљају друштвене и професионалне проблеме који утичу на психо-физичко здравље запосленог, на резултате његовог рада и мотивацију, и на живот уопште. Синдром изгарања је „одговор“ организма на хроничан стрес на радном месту, и означава процес који настаје у професионалном односу. Описује се као низ телесних и менталних симптома исцрпљености, односно као одложени одговор на хроничне емоционалне и интерперсоналне стресне догађаје на радном месту.

Већ је познато да хронични програм дијализе делује стресогено на медицинско особље а посебно на медицинске сестре. Као главни узрок стреса наводи се продужени интензивни контакт са пацијентима, понашање пацијената као и њихово лоше здравствено стање и прогноза. Порицање је најчешће описиван начин одбране од проблема. Високо обучено особље на хемодијализи изграђује висока очекивања у односу на успешност дијализе. Велика је вероватноћа да ће та очекивања бити изневерена, бар повремено, било кроз слабу сарадњу пацијената, њихову агресивност, или погоршање соматског стања. Процењено је да су најизраженији стресогени фактори смрт пацијента, погоршање стања здравља пацијента и напетост међу члановима тима.

Лечење синдрома изгарања је веома тешко. Особа мора да мења своје навике, понашања, понекад радну средину (на шта веома често појединац не може објективно да утиче), а некада и посао. У случају синдрома изгарања, интервенције могу ићи у два правца: на лечење када се синдром већ испољио или на његову превенцију. Превенција подразумева да појединац има нарочите капаците за самоувид, или такву околину која ће препознати симптоме на време и адекватно реаговати. У оваквим случајевима је понекад довољна околина која ће пружити подршку и разумевање. Стратегије превенције можемо поделити на личне и организационе.

Едукације и тренинг се наводе као једне од најкориснијих метода у ублажавању и превладавању синдрома изгарања. Путем њих особа осећа да влада догађајима који се одвијају и спознаје „нормалност“ својих реакција на „абнормалне“ услове страдања и разарања. Један од успешних начина подизања отпорности на стрес је стратегија самопомоћи која препоручује да се најпре сагледају које су ситуације стресне, а затим да ли је могуће те ситуације ублажити или евентуално избећи. Многи резултати указују да је неопходна ротација и групни рад ради постизања бољег емоционалног статуса медицинских сестара.

Број речи: 358

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Stupar Božica.: Specificne standardizovane sestrinske procedure u nefrologiji. Udruženje nefroloških sestara Srbije, 2013
2. J.M.Wierdsma, S.C.J.M. Vervoort, A.D. van Zuilen, N.C. Berhout, P.J. Gundlach.: Evaluation of the Role of Nurse Practitioners in Masterplan, Journal of Renal Care of the European Renal Care Association, 2016
3. Coombes J, Fassett R. Antioxidant therapy in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2012;81(3):233-46.
4. Manzano-García G, Ayala-Calvo J. C. New Perspectives: Towards an integration of the concept „burnout“ and its explanatory models. *Anales de psicología*, (2013).29 (3), 800-809.
5. Dojčinović N. Zdravstvena psihologija , Kako izbjeći sindrom izgaranja (Burnout sindrom), Savetovalište za studente, Beograd 2013. [http://www.istrazime.com/zdravstvena- psihologija/kako-izbjeci-sindrom-izgaranja-burnout-sindrom/](http://www.istrazime.com/zdravstvena-psihologija/kako-izbjeci-sindrom-izgaranja-burnout-sindrom/)

Психијатријска секција

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Ефективност на проведената програма за превенција на професионалниот стрес при специалистите по здравни грижи

Магистър, здравен мениджмънт Ива Димитрова Иванова, МБАЛ „ Сити клиник - Свети Георги” , ЕООД– Монтана

Професионалниот стрес оказва големо влијание како на личностно и меѓудличностно равниште, така също и на организационно ниво. В този смисъл значимоста на проблематиката е важна за формирањето на адаптивни стратегии за справяње със стреса в зависимость от индивидуалните ресурси на индивида в условията на непрекъсната промяна и динамика како във вътрешната, така и във външната среда на организацията.

Клучови думи: стес, стратегии, специалисти по здравни грижи

Professional stress has a great influence on both a personal and interpersonal level and also at the organizational level. In this sense the importance of the issue is important for the formation of adaptive strategies for dealing with stress depending on the individual resources of the individual in terms of constant change and dynamics in both internal and external environment of the organization

Keywords: narrowing, strategies, health care professionals

Број речи: 137

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Ачкова М., Приложна психологија, Коти ЕООД, Софија, 2001, с.79-80.
2. Доклад „НАЦИОНАЛНО ИЗСЛЕДВАЊЕ НА УСЛОВИЈАТА НА ТРУД В БЪЛГАРИЈА”, МТСП, Изпълнителна агенција „Главна инспекција по труда”, С., 2012
3. И. Иванова, доц. Цветкова С., Тодорова Н., Национална практическа конференција по здравни грижи 26-27.X.2013г, Софија, Доклад „Влияние на психо-социалната атмосфера на работното място при СЗГ»
4. Иванова, Ц., И. Иванова, С. Цветкова. Стратегии за справяне със стреса на работното място през погледа на специалистите по здравни грижи, Втора национална студентска сесия факултет “Здравни грижи”, “Съвременни тенденции в развитието на здравните грижи”, 27.03. 2014 - 28.03. 2014 г., гр. Плевен, стр. 84-90
5. Цветкова, С., П. Костадинова, И. Стоилова, Н. Стефанова. Фактори, повлияващи ефективната комуникация лекар-пациент. Здравна икономика и мениджмънт, окт.2013, бр. 3, стр. 92 – 96

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Лично и колективно несвесно-зашто је битно да знамо истину о себи

Психијатар др Наташа Радојичић, Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница

„Целокупно наше искуство показује да човек веома мало зна о себи. „ Јунг

Пре много векова Сократ је рекао нешто слично : „ Знам да ништа не знам „ . И једна и друга мисао су моји водичи у откривању тајне зване човек.

Идеја несвесног- личног или колективног – не почиње, наравно, са Фројдом или Јунгом, она је постојала у разним културама кроз дугу људску историју. У разним временским епохама, степен постојања неког „ вишег „ ума као нечег моћног у нама и ван нас- било да је то представљано као много богова, ликовима животиња, елементима као што су ветар или реке, или у виду Једног Бога- постојало је много пре модерних идеја да су ово све аспекти ума и самог људског постојања.

Данас су се знања о функционисању људске психе проширила, обогатила, развила, али се нису и завршила.

Несвесно се данас сматра основом наше психичке стварности. У њему се налазе пре-егзистенцијалне клице развоја свих делова наше личности : свести, Ега, Супер- Ега, црта личности итд. Оно је извор целокупне психичке енергије од које и зависи динамика нашег психичког развоја. Зато се не смемо заваравати да је несвесно нешто безазлено, али оно није ни безусловно опасно. Никад се не зна шта ће се све покренути када се почне са анализирањем несвесног. У терапији се препоручује опрез, али несвесно, и без ризика од терапије, може бити опасно. Ипак, било би нетачно ако би истицали само неповољну страну несвесног, јер у свим обичним случајевима несвесно је неповољно или опасно само ако смо ми несагласни и у супротности са њим. Негативан став према несвесном је штетан утолико што је, као што смо већ рекли , динамика несвесног идентична са енергијом инстиката.

Број речи: 281

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Jungova mapa duše. Mari Stajn- Laguna, 2007god.
2. Život snova-Sigmund Frojd-Riznica, Beograd, 2010god.
3. Dinamika nesvesnog- K.G.Jung-Matica srpska, 1977god.
4. The handbook of jungian psychologie- renos Papadopoulos, 2008god.
5. Individuacija ili oboženje. Vladeta Jerotić. Ars libri, 2012god

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Огледална терапија при пациенти с мозъчен инсулт и нарушена двигателна активност от централен тип.

Magistar kineziterapije Nedim Halil Šaban, EAD HASKOVO

Огледалната терапија е сравнително нов подход използван при пациенти с „фантомни” болки и нарушена двигателна активност в следствие инсулт или друго заболяване от централен тип.

Специфични цели:

- Достъпен помощен метод за лечение на двигателни увреждания на долни и горни крайници при инсулт.
- Помощен метод за лечение на фантомни болки при ампутация на крайници.
- Метод с който и пациента може да работи самостоятелно в домашни условия след даване на точните указания.
- Метод който няма нежелани или странични ефекти.
- Подобряване на психоемоционалното състояние на пациента.

Целева група - хора с различна степен на увреждания запазили желанието си за един по – пълноценен живот.

Број речи: 102

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Radon in civil engineering – building code, building standards, guidelines for building professionals, Olli Holmgren, STUK- Finland; 2012
2. Radon action plan Requirements on education of professionals, Olli Holmgren, STUK- Finland; 2013
3. Establishing Enhanced Approaches to the Control of Public Exposure to Radon, IAEA; 2014
4. Protection of the Public against Exposure Indoors due to Radon and Other Natural Sources of Radiation, Specific Safety Guide IAEA, 2015, No. SSG-32;
5. IAEA TC Project RER9127/04 Workshop, Sofia, 25-26 January 2016, Advice on measures to reduce radon levels in buildings, IAEA;

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

**Предизвикателства пред функционирането на его-състояњата на личноста на
ръководителя по здравни грижи**

**Доктор по клинична психологија Силвия Цветкова, Факултет „Обществено
здравје”, Медицински универзитет - Плевен**

Ива Димитрова Иванова,

Съвременните изисквания към ръководителите по здравни грижи се разширяват, задълбочават и прецизират, което е свързано не само с оптимизирането на изискванията за заемане на тази позиција (образование, квалификация, опит, умения за работа с болнична документация и т.н.), но с нови предизвикателства относно личноста (управленски качества; умения за работа в екип; самоуправление; саморегулация; много добри управленски комуникативни умения; мнемични, ментални и социално-перцептивни специфични характеристики и пр.).

Докладът акцентира Его-структурата на личноста, според психо-динамичната теория на Ерик Бърн, като специално внимание е обърнато на особеностите на функционирането на Его-състояњата в съвременните условия на управление.

Разрешената власт провокира нормативния родител, средно-управленската позиција стимулира подчиненото адаптирано дете, екипноста дава възможност за проявление на Его-състояњето възрастен.

Коментирани са силните и слаби страни, рисковете и възможностите за личносно развитие на ръководителя по здравни грижи през призмата на Транзакционния анализ, конкретно - през призмата на Его-структурата на личноста и функционалния анализ.

Број речи: 146

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Иванова, Ц., И. Иванова, С. Цветкова. Стратегије за справљање са стресом на радном месту преко погледа на специјалисте по здравственој заштити, Друга национална студентска седница факултета "Здравствена заштита", "Савремене тенденције у развоју здравствене заштите", 27.03. 2014 - 28.03. 2014 г., гр. Плевен, стр. 84-90
2. Цветкова, С., П. Костадинова, И. Стоилова, Н. Стефанова. Фактори, који утичу на ефикасност комуникације лекар-пациент. Здравствена економика и менаџмент, окт.2013, бр. 3, стр. 92 – 96
3. Tsvetkova, S., M. Karcheva, I. Ivanova, Tsv. Ivanova. Confidence against individualism in team healthcare delivery, International Journal Knowledge. Scientific papers (ISSN 1857-92), 2015, Vol. 11/2, p. 215-219
4. Ivanova, Tsv., I. Ivanova, S. Tsvetkova. Management of stress in the workplace in health care professionals, International Journal Knowledge. Scientific papers (ISSN 1857-92), 2015, Vol. 11/2, p. 220-225
5. <http://psihichnozdrave.com/biblioteka/statii>

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Проучване на поведението, оценките и нагласите сред учениците на възраст от 10 до 19 години в община Велико Търново по отношение на употребата на психоактивни вещества.

Здравен мениджмънт ОКС “Магистър” Невена Венциславова Цветанова, МОБАЛ“Д-р Стефан Черкезов” АД гр.Велико Търново Акушеро

Цел: Да се констатираат знанията, отношението и оценките сред учениците на възраст 10-19 години относно употребата на психоактивни вещества в община Велико Търново.

Методологични подходи: През 2015 г. е проведено срезово проучване. Чрез пряка групов анкета са обхванати 1491 ученици от 10 училища. Въпросникът включва 48 въпроса, 20 от които извличат информация за нагласите на лицата към информираността за риска от употребата на психоактивни вещества; наличие на постоянен сексуален партньор; влияние на семейна, училищна и обществена среда, приятелски кръг, личностни фактори и др.. Данните са обработени със софтуерния пакет SPSS.v.19. При търсенето на сигнификантни различия в групите са използвани параметрични и непараметрични методи.

Резултати: Преобладаващата част от учениците (76.41 %) в община Велико Търново никога не са употребявали наркотични вещества. Всеки четиринадесети ученик, обаче, (7.10 %) е употребявал наркотици през последния месец, но едва два пъти са потенциално употребяващите – 16.70 % от анкетираните – т.е. тези, които са имали достъп до дрога и същевременно са склонни към употреба. Над 50% от учениците водят полов живот, като повечето са започнали на 16 години. Близко ½ от лицата нямат постоянен сексуален партньор, а 46% са осъществили полов контакт до 1 седмица след иницирането на нова интимна връзка. Едва 30% от учениците използват редовно контрацептиви по време на секс. За осъществяване на полов контакт след употреба на дрога и алкохол споделят 7,3% от лицата. Всеки шести ученик не спазва необходимата хигиена след полов акт.

Заклучение: Идентифицирането на всички аспекти на рисковото поведение сред учениците позволява проблемът да бъде изследван систематично и задълбочено. Планирането и реализирането на ефективна здравнообразователна програма в училищата изисква прилагането на интегриран подход с включване на ученици, учители, родители, здравни професионалисти /медицински сестри и акушерки/ и политици.

Ключови думи: психоактивни вещества, контрацептив, постоянен сексуален партньор

Број речи: 287

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. И. Иванова, доц. Цветкова С., Тодорова Н., Национална практичка конференција по здравни грижи 26-27.X.2013г, Софија, Доклад „Влияние на психо-социалната атмосфера на работното място при СЗГ»
2. Иванова, Ц., И. Иванова, С. Цветкова. Стратегии за справяне със стреса на работното място през погледа на специалистите по здравни грижи, Втора национална студентска сесия факултет “Здравни грижи”, “Съвременни тенденции в развитието на здравните грижи”, 27.03. 2014 - 28.03. 2014 г., гр. Плевен, стр. 84-90
3. Цветкова, С., П. Костадинова, И. Стоилова, Н. Стефанова. Фактори, повлияващи ефективната комуникация лекар-пациент. Здравна икономика и мениджмънт, окт.2013, бр. 3, стр. 92 – 96
4. Tsvetkova, S., M. Karcheva, I. Ivanova, Tsv. Ivanova. Confidence against individualism in team healthcares delivery, International Journal Knowledge. Scientific papers (ISSN 1857-92), 2015, Vol. 11/2, p. 215-219
5. Ivanova, Tsv., I. Ivanova, S. Tsvetkova. Management of stress in the workplace in health care pprofessionals, International Journal Knowledge. Scientific papers (ISSN 1857-92), 2015, Vol. 11/2, p. 220-225

Секција инструментара и сестара у анестезији**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Искуства КЦ Крагујевац у терапији бола**

**Специјалиста анестезиологије са реаниматологијом др Небојша Стевановић,
Клинички центар Крагујевац
Стевановић Мирјана,**

Uvod: Bol je sastavni deo ljudskog života. Bol je neprijatno senzorno i emocionalno iskustvo udruženo sa stvarnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva. Poslednjih godina bol predstavlja globalni problem, multidimenzionalnu pojavu koju pored fizičke prate psihosocijalne i ekonomske komponente. Naruшава kvalitet života osobe, kao i bliskih ljudi iz njenog okruženja. Prema podacima epidemioloških studija, oko 20% adultne evropske populacije pati od hroničnog bola različite etiologije. U KC Kragujevac prema organizacionoj šemi u sklopu Službe za Anesteziju i reanimaciju postoji Odeljenje za terapiju bola koje je organizovano kao Dnevna bolnica i Ambulanta za terapiju bola od 2010 godine. Sam rad u ambulanti zasnovan je na Vodičima dobre prakse kao i važećim protokolima za lečenje hroničnog bola maligne i nemaligne etiologije. Standardno koristimo različite skale za procenu jačine bola, kao i vrste boli, (VAS, Mc Gillov Pain question naire, Pain detect).

Rezultati: U 2015 godini je pregledano 43 pacijent od čega sa malignim bolom 28, muškog pola 10 (35,71%) i ženskog pola 18 (64,29%) gde je primneo X2 testa uočena statistički visoko značajna razlika u zastupljenosti malignog bola kod žena u odnosu na muškarce. Slična situacija je i u 2016 godini gde imamo još veći broj pacijenata (98). Najčešća interventna procedura koju smo koristili u našoj ambulanti je Epiduralna injekcija kortokosteroidima 62%, i blokade triger tačaka 25%.

Diskusija: Na osnovu svih dobijenih rezultata u našoj analizi možemo utvrditi da je u zadnje dve godine došlo do značajnog povećanja broja pacijenata u ambulanti za terapiju bola kao i da je to u direktnoj vezi sa odobravanjem dve uže specijalizacije iz Medicine bola u našoj službi i samim tim podizanje rada na jedan viši nivo što je rezultiralo upućivanjem većeg broja pacijenata od strane drugih specijalista.

Zaključak: Odeljenje za terapiju bola Službe za anesteziju i reanimaciju KC Kragujevac radi prema važećim medicinskim standardima i protokolima kao i vodičima dobre prakse, što se i u ovoj analizi pokazalo da se uklapamo u Evropski i svetski prosek.

Ključne reči: terapija bola, maligni bol, nemaligni bol

Број речи: 325

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Bošnjak S, Beleslin D, Vučković-Dekić Lj. Farmakoterapija kancerskog bola. Monografije naučnih skupova AMN SLD, Serija B, Vol.1, Broj 1, 1-245, 2007.
2. Control Board on Follow-up to the 20. Special Session of the General Assembly, 2008. UN NY.
3. ESMO: Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology 22 (Supplement 6): vi69–vi77, 2011.
4. Hoy D, March L, Brooks P et al. The global burden of low back pain: estimates from the global burden of disease 2010 study. Ann Rheum Dis 2013
5. Jovičić J., Mimić A. I sar. Retrospektivna analiza propisivanja opioidnih analgetica u kabinetu za terapiju bola Kliničkog Centra Srbije. SJAIT, br.7-8: Vol 37, 2015. P339-343
6. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in UK. Pain 2000;84:9103.
7. NCCN: National Comprehensive Cancer Network- Clinical Practice Guidelines in Oncology-Adult Cancer Pain, Version 2, 2011.
8. Stein C, Reinecke H, Sorgatz H. Opioid use in chronic noncancer pain: guidelines revisited. Curr Opin Anaesthesiol 2013;23:98–601.

Пнеумофтизиолошка секција**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Проблеми у дијагностиковању плућне тромбоемболије****Специјалиста пнеумофтизиолог др Мирослав Јевтић, Специјална болница за плућне болести "Озрен" Сокобања****Виолета Томић, Марија Ђокић, Дарко Тасић,**

Увод: Плућна тромбоемболија (ПТЕ) представља наглу оклузију лумена плућне артерије или њених огранака угрушком крви. Процењује се да је годишња инциденца ПТЕ 60-70 случајева на 100.000 становника у општој популацији. Ситуација је значајно различита међу хоспитализованим пацијентима где је ПТЕ трећи најчешћи узрок смрти. На основу података добијених аутопсијом око 60% болесника који су умрли у току хоспиталног лечења имало је ПТЕ чија дијагноза није постављена у до 70% случајева. Правовремена дијагноза у великој мери утиче на исход ПТЕ.

Циљ: Указати на значај ране дијагностике плућне тромбоемболије и мера превенције венског тромбоемболизма.

Метод: Дескриптивном методом приказаћемо дијагностички алгоритам ПТЕ и мере превенције тромбоемболизма као и два случаја болесника са ПТЕ из наше праксе.

Клиничка слика ПТЕ је неспецифична због чега се ПТЕ назива "највећим имитатором" у медицини. Најчешћи симптоми и знаци су: диспнеа, кашаљ, бол у грудима по типу плеуралног бола, хемоптизије, фебрилност, синкопа, шок. У 80% оболелих од ПТЕ присутни су клинички знаци дубоке венске тромбозе екстремитета. Због тога је у дијагностичком процесу први и најважнији корак сумња на постојање ПТЕ.

Клиничар на основу постојања фактора ризика за тромбозу, анамнезе, клиничког налаза, сатурације кисеоником (нагли пад SpO₂), гасних анализа из артеријске крви (хипоксемија са хиперкапнијом), ЕКГ налаза (тахикаридија, знаци актуног оптерећења десног срца, S у Д1 плус Q у Д3 и негативно T у Д3), РТГ снимка плућа (Васерманов знак, Палин знак, "одсечен хилус", плочасте ателектазе, плеурални излив) поставља сумњу на ПТЕ. Након тога користећи различите бодовне системе, попут Велсовог и Женева скорa, утврђује колика је вероватноћа постојања ПТЕ у конкретном случају. Уколико је вероватноћа мала потребно је одредити вредност Д-димера било којом од доступних метода. Када је вероватноћа умерена одређује се Д-димер ЕЛИСА или МДА методом. У оба случаја позитиван налаз захтева даља испитивања ЦТ ангиографију и/или вентилационо-перфузиону сцинтиграфију, које се сматрају златним стандардом у дијагностици ПТЕ, а којима се дијагноза ПТЕ потврђује или одбацује. Негативан налаз Д-димера искључује дијагнозу ПТЕ. У случају да је клиничка вероватноћа ПТЕ велика не ради се Д-димер веће се одмах "поред болесничког кревета" ради ехокардиографија а након тога ЦТ ангиографија и/или вентилационо перфузиона сцинтиграфија.

У терапији ПТЕ може се применити емболектомија, тромболитичка или хепаринска терапија. У сврху процене вероватноће смртног ризика, од које зависи и терапијски приступ, користи се ПЕСИ или њему слични бодовни системи.

Закључак: Плућна тромбоемболија је потенцијално по живот опасно стање које се чешће јавља међу хоспитализованим болесницима у поређењу са нехоспитализованим. Рана дијагноза је

круцијална у повољном исходу ПТЕ а због њене неспецифичне клиничке слике лако се може промашати. Због тога је неопходно свим хоспитализованим болесницима одредити ризик за тромбоемализам и на основу тога направити план лечења са јасним мерама превенције истог. У диференцијално дијагностичком поступку увек треба мислити и на ПТЕ како би "промашаји" били што ређи.

Број речи: 456

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Zamorano J.L. et all, eds. (2014) Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *European Heart Journal*, Vol. 35, Iss. 43, p.p. 3033–3073.
2. Meyer G, Vicaut E, Danays T, et al. PLEITHO investigators (2014). Fibrinolysis for patients with intermediate-risk pulmonary embolism. *New England Journal of Medicine* Vol. 370, p.p 1402-11.
3. Lavorini F. et all, (2013) Diagnosis and treatment of pulmonary embolism: a multidisciplinary approach. *Multidisciplinary Respiratory Medicine* Vol. 8, p 75
4. Mitić J. i dr. (2014) Клинички, дијагностички и терапијски аспект плућне емболије. *Стручни радови*, vol. 43 (4) , str. 27-32.
5. Vučićević-Trobok J. (2013) Монографија/Медицински факултет Нови Сад: Дијагностика и лећење плућне тромбоемболије . Petrovaradin : Futura.

Друштво лабораторијских технолога и техничара

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Мотивација запослених у здравству

**Специјалиста медицинске микробиологије са паразитологијом; Специјалиста менаџер у здравству Ана Јовановић, Завод за јавно здравље Пожаревац
Летица Јосић, Дејан Јовановић,**

Захтеви становништва за квалитетним услугама од стране здравственог система расту, коришћењем нове технологије, постојећих људских ресурса са знањима и вештинама. Основно стратешко опредељење сваке савремене друштвене заједнице је здравље за све: појединца и за сваку друштвену средину и за економски развој.

Руководиоци у здравственим установама прате друштвене промене и савремене трендове у развоју медицинске струке, са јасно дефинисаним циљевима. Посебну пажњу обраћају, оспособљавању стручних људи, очувању кадровског потенцијала и спречавању одливања кадрова због неадекватне мотивисаности.

У превентивним здравственим установама, циљеви радне организације са реалним жељама и потребама запослених, користе различите стратегије мотивације.

Мотивација је унутрашња покретачка снага која покреће човека на активност и која га усмерава ка остварењу одређеног циља.

Циљ едукације је да се представи значај познавања мотивације и употребе мотивационих техника као предуслов успешног пословања у време развоја и усложњавања здравствених технологија. Овај материјал обезбеђује добру основу за практичну примену употребе мотивације за развој људских ресурса у оквиру превентивне здравствене делатности, чиме се олакшава свакодневни рад и осавремењује здравствена установа.

Периодично се спроводе истраживања о задовољству радника на различитим нивоима у превентивној здравственој установи и у различитим ситуацијама. То се односи на међуљудске односе, стручно усавршавање, бригу о здрављу и људима као и однос са претпостављенима.

Предмет ове едукације је анализа задовољства радника као један од фактора мотивације радника у реализацији циљева здравствене установе.

У превентивној здравственој установи у Пожаревцу, извршено је анкетање радника 2015.године о задовољству запослених. Обрада података и резултати овог испитивања омогућавају сагледавање нивоа мотивације на бази задовољства у здравственој установи која је предмет анализе у овом раду.

Резултати ове анкете потврђују теоријску претпоставку о хијерархији фактора мотивације .

До резултата истраживања се дошло коришћењем анкете о задовољству радника. У анкети учествују сви запослени у ЗЗЈЗ Пожаревац. У структури запослених налазе се различите категорије у односу на квалификациону, старосну и руководећу структуру.

Резултати анкете се користе као квантитативан приказ постојећих и жељених елемената мотивације запослених, чиме се добијају корисни подаци у циљу повећавања ефективности и ефикасности сви тимова у здравственој организацији.

На основу истраживања које је спроведено у ЗЗЈЗ Пожаревац путем анкетног упитника који се састојао од 15 питања, отвореног и затвореног типа, аналитичком методом дошло се до следећих резултата:

На питање које се односило на задовољство коришћења адекватне опреме за рад у служби, половина радника је задовољна, док је трећина њих незадовољна. На питање о међуљудским односима у заводу, по трећина анкетираних се изјаснила да је задовољна и незадовољна међуљудским односима у заводу. У Заводу, добру непосредну сарадњу са колегама има 60.4% анкетираних, док је 10% незадовољно сарадњом. Аутономијом у обављању посла задовољно је 60% испитаника, док је 12% незадовољно. На питање о могућности професионалног развоја који пружа садашњи посао, позитивно кроз задовољство исказало је 44.2%, док је око 30% незадовољно. На питање које се односило о размишљању о послу у наредних пет година и њиховим плановима, половина њих (50%) планира да остане у државном сектору здравства, 43.6% уопште не размишља о промени посла, а 5,1% размишља да ради послове ван здравствене струке.

Овај материјал обезбеђује добру основу за практичну примену употребе мотивације за развој људских ресурса у оквиру превентивне здравствене делатности чиме се олакшава свакодневни рад и осавремењује здравствена установа.

Унутрашња мотивација је снага која је у позадини људског успеха и достигнућа.

Број речи: 521

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. А.Бјелица,З.М. Бјелица, Р.Цвејић, “Ризик у медицини” Београд,2013.год.; Унлимитед груп ДОО,Београд
2. П.Мићовић “Менаџмент здравственог система”, Европски центар за ми и развој Универзитета за мир Уједињених нација, Београд 2000.год.
3. М.Murray, “Critical health psychology, published online, 2015.god.
4. I. Orden “Health Psychology, Mc Grow Hill ed.Arizona, USA 2012.god.
5. R.C. Beck, “Мотивација:Теорија и начела” ; Наклада слап,Јастребарско,2003.год.

Интернистичка секција**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Психооргански синдром код интернистичких пацијената****Специјалиста психијатрије др Предраг Мишић, Специјална болница за психијатријске болести "Горња Топоница"**

У групу можданих органских психосиндрома (МОПС) спадају они ментални поремећаји који су узроковани или удружени са оштећењем функције можданог ткива. Синоними за ову групу обољења су: психооргански синдроми, органски мождани синдроми, симптоматске психозе, егзогени реакциони тип Бонхефера. Мождани органски психосиндроми се класификују на два начина – или према етиологији (узрочном чиниоцу који је довео до овог обољења) или према клиничким манифестацијама (овај приступ користе многе савремене класификације, а подразумева неке заједничке клиничке феномене као опште симптоме мождане дисфункције – деменција, делиријум, амнезија, органски кататони поремећаји,...).

Циљ овог предавања јесте да укаже како на основу карактеристичне клиничке слике препознати ово обољење, будући да се ради о обољењу које изискује неодложност психијатријског сагледавања и лечења, а које је настало као последица органског-патохистолошког оштећења мозга, где је етиолошки фактор углавном познат. На тај начин долазимо до везе између једне егзактне гране у медицини – интерне медицине и не баш тако егзактне области – психијатрије. Неопходност сарадње специјалиста, ове две, само на први поглед неспојиве медицинске струке, од изузетног је значаја. Само холистички приступ пацијенту и сарадња стручњака различитих области медицине, пут је до постављања исправне дијагнозе, а самим тим и до примарног циља – пацијентовог излечења.

Код психијатријских пацијената су врло често заступљене најразноврсније интернистичке болести и наша сарадња са колегама интернистима различитих субспецијалности доводи до компензације нарушеног соматског стања здравља наших пацијената. За колеге специјалисте интерне медицине су од значаја мождани органски психосиндроми проузроковани:

- системском или интракранијалном инфекцијом,
- тровањима (алкохол, дроге),
- траумама мозга
- циркулаторним поремећајима
- поремећајем ендокриних функција, исхране и метаболизма,
- системским обољењима
- туморима мозга

специфичним хормоналним стањем у различитим генеративним фазама, нарочито код жена
Управо због тога ће током овог предавања бити указано на карактеристичну клиничку слику код МОПС и како препознати да се ради баш о овом обољењу од стране специјалиста интерне

медицине, како би се на време предузеле све неопходне медицинске мере. МОПС су велика група менталних поремећаја, релативно разноврсна, али ипак, са неким заједничким специфичним карактеристикама, које оправдавају груписање ових ентитета. Наиме, клиничка слика ових поремећаја може да буде:

- психотична
- непсихотична
- акутна
- хронична

Мождана дисфункција код МОПС-а може да буде примарна (директно оштећење можданог ткива тумором, траумом, цереброваскуларним инфарктом и сл.) или секундарна (код системских обољења и поремећаја који оштећују мозак само као један од многих органа које такође оштећују, нпр. опште инфекције, метаболичка обољења и сл.).

Психопатолошка испољавања код МОПС-а могу да буду веома разноврсна, али ипак могу да се групишу у две категорије:

Поремећаји сензоријума (свест, пажња) и когнитивних функција (памћења, учења, интелигенције) и

Поремећаји емоција (депресија, еуфорија, емоционална лабилност, анксиозност) и поремећаји понашања са изменама карактеристика личности (укључујући и поремећаје расуђивања и процењивања)

За интернистичке пацијенте су од изузетног значаја чињенице да егзогени токсини продукују метаболичке токсине у организму који инхибирају ЦНС и изазивају психозу, као и да су у патогенези од изузетног значаја измене метаболизма: пад калијума у серуму и ликвору, дехидратација, хепаторенална инсуфицијенција, ендокрина дисфункција, промена пермеабилности капилара, поремећај оксигенације ЦНС-а и следствена дисфункција итд.

Закључак: сарадња интерниста и психијатара је неопходна.

Број речи: 476

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Славица Ђукић Дејановић: Психијатрија, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу
2. Јован Марић: Клиничка психијатрија, Београд
3. Драган М. Павловић: Деменције, неуропсихијатријски симптоми
4. Кеџмановић Д. : Психијатрија
5. Букелић Ј. : Социјална психијатрија

Секција ургентне медицине

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Медицинска подршка у безбедоносним ситуацијама - Тактичка санитарска подршка

специјалиста ургентне медицине, Гостовић др Душан, , Завод за хитну медицинску помоћ Ниш у Нишу

Тактичка санитарска подршка (Tactical Emergency Medical Support) односи се на медицинску подршку законским безбедоносним операцијама.

Дефинисана је као корпус вештина и знања потребних за превентиву, безбедност и збрињавање учесника у законским безбедоносним операцијама. Обавеза ове мисије је да се стара о здрављу и животу свих учесника у законским безбедоносним операцијама укључујући чланове полицијско-безбедоносних тимова, извршиоце кривичних дела, талаца и случајних пролазника.

Постоје три модела за тактичку санитарску подршку: Први модел је такозвани “тактички 94”, што уствари значи да санитарска екипа хитне помоћи стоји на услузи приликом спровођења законско-безбедоносних операција. Предности су што је најекономичнија, потребно је најмање логистичке опреме, људство има велико искуство, а недостатак је што може да делује само када је место догађаја потпуно сигурно. Други вид је члан екипе за безбедоносне акције са медицинским образовањем. Предности су што је на лицу места и има приступ у забрањену зону. Недостатци су мање искуство, конфузија шта је прече - извршење задатка или медицинско збрињавање и може бити директно угрожен за време акције. Трећи модел је медицински радник који је обучен и за извођење безбедоносних операција. Предности су брз приступ повређенима, рад у забрањеној зони, медицинско искуство, познавање безбедоносне тактике, а недостатак захтева једног човека више, конфузија између медицинске и тактичке делатности и безбедоносни проблеми.

Тактичка санитарска подршка изводи се по зонама. Црвена зона подразумева зону у којој су спасиоци, жртве и извршиоци кривичних дела под директном ватром, најбоља метода за збрињавање је брзо извлачење. Жута зона подразумева “безбедоносно острво”, где се изводе процедуре за одржавање виталних функција. Зелена зона означава сабирно место, где се могу изводити и шире процедуре и одакле се повређени евакуишу у медицинске установе.

Променом тактике терориста дошло је и до промене и у тактици снага реда а сходно томе и медицинском збрињавању. Зоне нису више јасно одвојене а негде их је и немогуће успоставити, тако да су здравствени радници у неким случајевима константно изложени опасности.

Број речи: 309

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Schwartz RB, McManus JG Jr, Croushorn J at al. Tactical medicine--competency-based guidelines. *Prehosp Emerg Care*. 2011 Jan;15(1):67-82.
2. Bozeman WP, Morel BM, Black TD, Winslow JE Tactical emergency medical support programs: a comprehensive statewide survey. *Prehosp Emerg Care*. 2012 Jul-Sep;16(3):361-5
3. Young JB, Sena MJ, Galante JM. J Emerg Med Physician roles in tactical emergency medical support: the first 20 years. 2014 Jan;46(1):38-45.
4. Aberle SJ, Lohse CM, Sztajnkrzyer MD. A Descriptive Analysis of US Prehospital Care Response to Law Enforcement Tactical Incidents. *J Spec Oper Med*. 2015 Summer;15(2):117-22
5. Stiles CM, Cook C, Sztajnkrzyer MD. A Descriptive Analysis of Tactical Casualty Care Interventions Performed by Law Enforcement Personnel in the State of Wisconsin, 2010-2015..*Prehosp Disaster Med*. 2017 Jun;32(3):284-288.

Друштво дијететичара – нутрициониста**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Гојазност као фактор ризика за настанак рака дојке
редовни професор Проф. др Биљана Коцић, Медицински факултет Ниш**

Утврђено је да прекомерна телесна тежина и/или гојазност и/или додавање у телесној тежини у одраслом добу, представљају факторе ризика за настанак рака дојке у постменопаузних жена, нарочито за настанак хормонски зависних тумора. Повишени нивои циркулишућег естрогена као и његова локална продукција прихваћени су за примарни фактор који је одговоран за раст тумора.

Превенција гојазности у одраслих жена треба да представља главни циљ јавног здравља како би се одложила или превенирала појава појединих типова рака дојке. Интензивирање физичке активности и/или смањење енергетског уноса може имати повољне ефекте на појаву рака дојке кроз контролу гојазности.

Број речи: 97

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Reeves GK, et al. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. *BMJ* 2007;335:1134 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2099519/>
2. Weiderpass E, Braaten T, Magnusson C, et al. A prospective study of body size in different periods of life and risk of premenopausal breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2004;13:1121.
3. Ahn J, Schatzkin A, Lacey JV, et al. Adiposity, adult weight change, and postmenopausal breast cancer risk. *Arch Intern Med*.2007;167:2091–102.
4. Santen RJ, et al. Critical assessment of new risk factors for breast cancer: considerations for development of an improved risk prediction model. *Endocr Relat Cancer* 2007;14:169-87.
5. McTiernan A, et al. Relation of BMI and physical activity to sex hormones in postmenopausal women. *Obesity (Silver Spring)* 2006;14:1662-77.
6. Christou NV, et al. Bariatric surgery reduces cancer risk in morbidly obese patients. *Surg Obes Relat Dis* 2008;4:691-5.

Секција бабица и гинеколошко - акушерских сестара

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Анестезија и аналгезија у акушерству

**Специјалиста анестезиологије са реаниматологијом др Катарина Живановић,
Општа болница Пожаревац
Радмила Михајловић,**

Чин рађања детета представља најзначајнији догађај у животу жене и наша је дужност да са више аспеката обезбедимо да протекне најсигурније али и најпријатније могуће. Ту се срећу и преплићу улоге бабице, акушера и акушерског анестезиолога, где је за оптималну сарадњу неопходно познавање рада и могућности осталих чланова тима. Улога анестезиолога је да омогући најпријатније искуство током чина рађања водећи рачуна о томе да сигурност породиље и новорођенчета представљају приоритет.

Циљ овог семинара јесте свеобухватни приказ терапије бола у акушерству, како при природном порођају тако и при оперативном завршавању трудноће. Порођајну аналгезију је данас могуће спровести нефармаколошким и фармаколошким методама, са веома широким спектром могућности и једне и друге групе метода те је неопходна информисаност целокупног тима. Са друге стране, анестезија за царски рез представља стални предмет расправа, те је едукација целог стручног тима о предностима и ризицима како регионалне тако и опште анестезије за царски рез од кључног значаја.

Ретроспективном методом и статистичком анализом су приказане бабиљаре у акушерској служби Опште болнице у Пожаревцу током 2017.г., увидом у медицинску документацију, анкетаирањем, као и кроз лично радно искуство.

Добијени резултати не указују на успешну сарадњу и велики проценат завршених природних порођаја уз неки од видова анестезије. Највећи проценат је недовољна или непотпуна информисаност корисника здравствених услуга, као и мањак кадрова и опреме.

Број речи: 220

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Илић-Мостић Т, Анестезија у акушерству, Медицински факултет у Београду, 2016.
2. Butterworth JF, Mackey DC, Wasnick JD: Morgan & Mikhail's Clinical Anesthesiology, 5th ed. McGraw-Hill 2013
3. Chesnut DH, Polley LS, Tsen LC, et al: Chesnut's Obstetric Anesthesia: Principal and Practice, 5th ed. Mosby, 2014.
4. Suresh M: Shnider and Levinson's Anesthesia for Obstetrics, 5th ed. Lippincott, Williams & Wilkins, 2012
5. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia. Anesthesiology 2016; 124:00-00

Педијатријска секција**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Гојазност код деце и адолесцената****струковна медицинска сестра Александра Стоилковић, Дом здравља Алексинац
Велиборка Пешић Милић, Марија Богдановић,**

Гојазност код деце и адолесцената

Увод: У последње три деценије преваленција гојазности је у значајном порасту. Висока преваленција гојазности има бројне последице по здравље, због чега је гојазност препозната као један од најважнијих проблема и изазова јавног здравља у 21. веку.

Дефиниција: Гојазност код деце и адолесцената дефинише се као пораст телесне масе изнад арбитрално утврђене вредности која узима у обзир пол, хронолошку старост и телесну висину испитаника а који је условљен прекомерним садржајем масти у организму.

У свакодневној пракси степен гојазности се процењује на основу мерења телесне масе и телесне висине И израчунавања индекса телесне масе – ИТМ (Боди Масс Индекс-БМИ). ИТМ прекомерно ухрањене деце већи је од 90 перцентила док су деца са ИТМ преко 97 перцентила гојазна деца.

У свету се у 2014 години процењује да је 41 милиона деце млађе од 5 година било гојазно. Некада се сматрало да је то проблем у земљама са вишим примањима. Прекомерна тежина и гојазност су сада у порасту у ниским и средње развијеним земљама, нарочито у урбаним срединама.

Циљ Зашто настаје гојазност: Калоријски унос већи од енергетских потреба у дужем временском периоду без адекватног утрошка енергије доводи до развоја гојазности. У данашње време гојазност код деце достиже епидемијске размере. Сматра се да је 10% деце школског узраста у свету преухрањено од чега је четвртина гојазна. У Србији је у последњих 20 година проценат гојазности порастао за 60 одсто, што је посебно алармантно код деце школског узраста, пошто је свако треће дете гојазно, а према истраживањима Института за јавно здравље "Др Милан Јовановић Батуг", тај проценат се из године у годину повећава. Гојазност у детињству настаје међудејством: генетских, биолошких, психолошких, социкултуролошких, фактора средине.

Подела гојазности: Егзогена (проста, нутритивна, примарна или идиопатска)-96% настаје удруженим деловањем генетске предиспозиције, психолошких фактора, неправилне исхране и недовољне физичке активности. Ендогена и (патолошка, секундарна) -проузрокована генетским поремећајима, ендокриним болестима, лезијама ЦНС или патогеним узроцима - 4%. Дистрибуција масти, иако је укупна количина масти телу значајан параметар за процену ризика и распоред тј. дистрибуција масти је такође значајан чак независан параметар у дефинисању гојазности. Типови гојазности на основу рапорешености масних наслага у телу детета АПЛЕ СХАПЕ јабука андронидни тип, масно ткиво распорешено претежно у пределу рамена и грудног коша. То је такозвана горња дистрибуција. ПЕАР СХАПЕ крушка, гиноидни тип где је масно ткиво распорешено у пределу кукова, бокова и бутина, то је такозвана доња дистрибуција. Деца

са андроидним типом гојазности имају већу склоност ка развоју метаболичких компликација, хипертензије, тип два дијабетеса и извесних форми карцинома.

Закључак:Превенција гојазности деце је првенствено физичка активност. Повећање уобичајне физичке активности на пример брзо ходање мнајмање 30 минута на дан. Здравој деци, деци без тежих здравствених проблема препоручује се 60 минута умерено тешке физичке активности на дан. Здравствено васпитним радом се саветује смањење физичке неактивности као на пример гледање телевизије и играње компјутерских игрица на два ста дневно или укупно 14 сати недељно. Превенцијом гојазности деце и адолесцената значајно се смањује вероватноћа да ће се гојазност јавити у одрасло доба. Када дете научи и прихвати принципе здраве исхране и значаја физичке активности,то остаје за цео живот.

Број речи: 511

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. World Health Organisation. Obesity and overweight. `Доступно на:www.who.int
2. Педијатрија, уџбеник за последипломско усавршавање лекара. Аутори Радован Богдановић и Недељко Радловић . година издања 2016 издавач Академска мисао
3. Здравствена нега 1, Кулић Љ., ВМШ струковних студија М.Миланковић, Београд 2012
4. Исхрана и здравље, аутор Б.Новаковић, Ф.јусуфовић. година издања 2014, мед.факултет Нови Сад
5. Социјална медицина, уредник С.Симић, година издања 2012, мед.факултет Београд

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Сестрински грижи при деца в кетоацидоза

Master zdravstvene nege Силвия Костадинова Геайджиева, Mbal Haskovo AD "Gr. Haskovo"

Захарниа диабет е метаболитно нарушение с мултиплена етиологија отличаващо се с хронична хипергликемија и нарушенија във въглехидратната, маснатата и белтъчната обмяна в резултат на дефекти в инсулиновата секреција

Най –честото животозастрашаващо остро усложнение на диабет тип 1 е диабетната кетоацидоза. Навременните сестрински грижи при деца с кетоацидоза, са предпоставка за минимализиране неблагоприятните последици за децата с кетоацидоза. Прилагането на поведение по Протокол и изпълнението на алгоритмите на Плана за Сестрински грижи, са животоспасяващи мероприятия, без които медикаментозно- лечебен процес, не би дал позитивен резултат. Ролята на здравният професионалист е решаваща за деца в състояние на кетоацидоза.

Број речи: 100

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Cooper, C., G. Champion, L. J. Melton. Hip fractures in the elderly: A world-wide project. Osteoporosis International. III, 2, 285 – 289.
2. Gueldher, S. H., M. S. Burke, H. Smiciklas-Wright. Preventing and Managing Osteoporosis. Springer Publishing Company. New York . 2013. ISBN 0-8261-1318-4.
3. Приложна психологија в медицината и здравните грижи” - "Хосписни и палиативни грижи – световна практика иопит в България", изд. МУ-Плевен, 200 С. Александрова-Янкуловска. Биоетика. Издателски център на МУ-Плевен, 2012
4. WHO Handbook on Indoor Radon: A Public Health Perspective, 2012;
5. IAEA Safety Standards Series No. GSR Part 3; 2013

Дерматовенеролошка са инфектолошком секцијом**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Клостридијум дифициле****Струковна медицинска сестра Гордана Стевовић, Клинички центар Ниш
Соња Паравина, Снежана Спасић,**

Клостридије су грам-позитивне, штапићасте бактерије. Спадају у анаеробне бактерије са појединим аеробним представницима, које у неповољним условима могу да граде споре. Највећим делом ове бактерије су безопасни сапрофити, међутим под одређеним условима могу да доведу до врло тешких обољења. Клостридијум дефициле је узрочник псеудомембранозног колитиса. Она се може наћи код одраслих особа 1-4% у цревима као део нормалне цревне флоре. Услед примене неких антибиотика долази до уништења неких бактерија које су део цревне флоре, долази до поремећаја равнотеже између бактерија цревне. Услед изумирања неких бактерија ослобађа се простор за размножавање других бактерија попут Клостридијум дефициле које су отпорне на дати антибиотик. Ова бактерија производи токсине који уништавају епителене делове црева, услед чега настаје псеудомембранозни колитис. Болест се јавља појединачно или у виду мањих болничких инфекција. За ову болест су типичне кашасте столице, може да се јави и пролив са или без крви, грчеви у стомаку и повишена температура. Бактерија ствара цитотоксине и ентеротоксине оштећује ћелије слузокоже црева и доводи до тешког запаљења дебелог црева. Дијагноза се поставља тестом Клостридијум дефициле токсини у столици. Лечење се започиње надокнадом течности и електролита, давањем лекова за успостављање нормалне цревне флоре, а у циљу уништавања Клостридијум дефицила даје се метронидазол и ванкомицин.

Број речи: 203**НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

1. Клостридијум дифициле у болничкој средини-др.зорана кулић
2. Клинички значај налаза клостридијум дифициле код хоспитализованих болесника-проф.др.бранислава коцић
3. Надзор и контрола болничких инфекција у свету-проф.др.весна шуљагић
4. Приручник о поступцима контроле инфекције-др.н.н.дамани
5. Интра хоспиталне инфекције код болесника са клостридијум дифициле инфекцијом-др.ивана милошевић

Друштво санитарно – еколошких инжињера и техничара**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Актуелности у заштити од ултраАктуелности u zaštiti od ultraljubičastog zračenja
Ванредни професор Проф. др Маја Николић, Медицински факултет
Универзитета у Нишу

Карцином коже је један од најчешће дијагностикованих царцинома коже у развијеним земљама. У Србији сваке године расте број оболелих од карцинома коже и до шест одсто и годишње оболи скоро хиљаду особа, а највећи проблем представља касно откривање и дијагностика малигнитета. Сунчево зрачење доводи до неповратних оштећења коже различитим механизмима. Циљ рада је да представи најновије резултате у вези превенције болести које могу настати услед штетног деловања ултраљубичастог зрачења, као и мере заштите које су од значаја за праксу санитарних техничара. Развијен је велики број програма за заштиту од УВ зрачења, на глобалном и локалном нивоу и у раду ће се они ревијски представити и анализирати. Постоји и велико интересовање стручне јавности за концепт додатне ендogene заштите помоћу антиоксиданата из хране. Бројни микронутријенти као каротеноиди, витамин Е, витамин Ц и полифеноли доприносе заштити од ултраљубичастог зрачења које је на отвореном простору све веће. Предузимање адекватних индивидуална заштитних мера уз коришћење здравствених средстава и санитарно хигијенске мере су најбољи вид превенције од штетних дејстава ултраљубичастог зрачења.

Број речи: 169

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Jordan L, Malerich S, Moon S, Spencer J. Review and assessment of global and domestic ultraviolet light protection programs. *J Drugs Dermatol.* 2014;13(9):1099-103.
2. Fernández-García E Skin protection against UV light by dietary antioxidants. *Food Funct.* 2014;5(9):1994-2003.
3. Moshammer H, Simic S, Haluza D. UV "Indices"-What Do They Indicate? *Int J Environ Res Public Health.* 2016;13(10). pii: E1041.
4. Sánchez G, Nova J, Rodriguez-Hernandez AE, Medina RD, Solorzano-Restrepo C, Gonzalez J, Olmos M, Godfrey K, Arevalo-Rodriguez I. Sun protection for preventing basal cell and squamous cell skin cancers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;7:CD011161.
5. Puzovic M. Rad na otvorenom, štetnosti od UV zračenja. *Svet rada* 2015; 12(6):549-663.

Друштво физио и радних терапеута**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Функционална физиотерапеутска процена вратне кичме****Дипломирани терапеут медицинске рехабилитације Нина Лачански, Клинички центар Војводине****Јасмина Кривокућа,**

Цервикална кичма се састоји из неколико зглобова. То је регија чија је стабилност жртвована због мобилности, па је овај део човековог тела нарочито осетљив на повреде. Испитивање цервикалне кичме има за циљ да се утврди да ли је повреда или неки патолошки процес узрок бола у вратној кичми. Функционална процена пацијента који се жали на бол у врату и/или руци спроводи се све док физиотерапеут није у потпуности сигуран где је тачна локализација лезије. Ако је повреда у врату, испитивање се врши у правцу искључивања неуролошке компоненте. Испитивање започиње узимањем детаљне анамнезе, потом следи обсервација и процена активне и пасивне покретљивости. Испитивање миотома врши се изометријским контракцијама у неутралном положају зглобова у седећем ставу. Функција вратне кичме се процењује кроз примену тестова који обухватају активности свакодневног живота. Примена специјализованих тестова врши се само уколико су дати тестови релевантни за проблем који пацијент има. Неки се раде обавезно, а неки само као потврда стања у које сумњамо. Поједини од ових тестова су провокативни и употребљавају се да изазову симптоме, док су други ослобађајући и употребљавају се када су симптоми присутни. Њихова поузданост углавном зависи од искуства и вештине испитивача. Због тога што се многа стања која погађају вратну кичму могу манифестовати на другим деловима тела, вратна кичма представља компликовану регију која се мора правилно проценити.

Кључне речи: функционална процена, специјализовани тестови, цервикална кичма.

Број речи: 226

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Norkin C. C. , White D. J.. Measurement of Joint Motion. A Guide to Goniometry. 4th edition, USA, 2014.
2. Magee D. J.. Orthopedic Physical Assessment. 4th edition, USA, 2013.
3. Levangie P. K., Norkin C. C.. Joint Structure & Function. A Comprehensive Analysis, USA, 2015.
4. Hislop H. S., Montgomery. Muscle Testing. Techniques of Manual Examination. 8th edition, St.. Louis, Missouri, 2012.
5. Sizer P.S., Brismee J.M., Cook C. Medical screening for red flags in the diagnosis and management of musculoskeletal spine pain. Pain Practice 2013.

ОРЛ секција

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Индикације за хитну и планирану хируршку трахеостомију
Dr sci dr med Стеван Стојановић, Клинички центар Крагујевац
Драгана Радосављевић,

Увод. Хируршка трахеостомија представља једну од најстарих хируршких интервенција. Индикације за извођење ове методе су се мењале и њихов број се повећавао током времена. Могу се поделити на класичне и индикације које се постављају када постоји акутна респирацијска инсуфицијенција.

Циљ рада је приказати све индикације за хируршку трахеостомију.

Метод рада. У испитивање су укључени литературни подаци из медицинске базе података ПабМед у последњих 5 година и подаци добијени из хируршког протокола одељења Ларингологије у последњих 5 година. Сви подаци су инкорпорирани у постојећу поделу индикација за хируршку трахеостомију и тако је добијена свеобухватан подела индикација за извођење ове методе.

Резултати. Наша истраживања су показала да поред класичних индикација за трахеостомију долази до пораста броја узрока акутне респирацијске инсуфицијенције а самим тим и пораста броја индикација за трахеостомију. Улога медицинске сестре, односно техничара заузима значајно место за ток и исход ове интервенције.

Закључак: Од круцијалног значаја су препознавање знакова обструкције горњих дисајних путева и континуирани тренинг медицинске сестре/техничара за обављање ове интервенције.

Кључне речи: трахеостомија, индикација, метода, акутна респирацијска инсуфицијенција.

Број речи: 169

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Blomstedt P. Tracheostomy in ancient Egypt. *J Laryngol Otol* 2014;128(8):665-8.
2. Lum SG, Noor Liza I, Priatharisiny V, Saraiza AB, Goh BS. Aetiological profile of paediatric stridor in a Malaysian tertiary hospital. *Malays Fam Physician* 2016;11(1):2-6.
3. Ibekwe UM. Otorhinolaryngological emergencies in a Tertiary Hospital in Port Harcourt. *Niger J Clin Pract* 2017;20(5):606-9.
4. Narendra PL, Vishal NS, Jenkins B. Ludwig's angina: need for including airways and larynx in ultrasound evaluation. *BMJ Case Rep* 2014, 2014. pii: bcr2014206506. doi: 10.1136/bcr-2014-206506.
5. Nikhar SA, Sharma A, Ramdasally M, Gopinath R. Airway Management of Patients Undergoing Oral Cancer Surgery: A Retrospective Analysis of 156 Patients. *Turk J Anaesthesiol Reanim* 2017;45(2):108-11.

Секција стоматолошких сестара**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Примена седатива и фармакотерапијска припрема пацијената за стоматолошку интервенцију****Др Ивица Глишић, Дом здравља Пожаревац**

Увод: Истраживања су показала да је страх од стоматолога један од најизраженијих и најучесталијих страхова у савременом свету, који је високо рангиран заједно са страхом од смрти блиске особе и страхом од губитка посла. Страх од стоматолога може бити толико изражен, да пацијент избегава одлазак код стоматолога, не појављује се кад има заказан термин или одустане у стоматолошкој столици. Међутим, тај исти страх је врло често разлог лошег здравственог стања оралних ткива. Да не би дошло до потпуног нарушавања здравља зуба и других ткива усне дупље, постоји неколико начина да се савлада страх од стоматолога, који ће сваки ваш наредни долазак учинити пријатнијим. Седација није приступ који ће омогућити умањивање страха од стоматолога и стоматолошке интервенције, али је препоручљива у случајевима када постоји озбиљно патолошко стање код изразито анксиозних пацијената (нпр. неиздржив бол, инфекција), који се морају решавати моментално. Применом седације се постиже да пацијент буде смирен, али будан и свестан саме интервенције. Дакле, седација само омогућава да пацијент буде миран за време интервенције, али га не ослобађа страха. Због тога се седација изводи тек када не постоји друго решење, у сарадњи са лекарима других специјалности.

Циљ рада: Овај рад има за циљ да пружи кратак осврт на поступке и мере које стоматолог треба да има у виду када збрињава пацијенте који имају страх од одласка код стоматолога и мере које примењује за смањивање страха и бола код пацијента, а самим тим олакшати сваку следећу посету стоматологу.

Метод рада: Истраживање је реализовано у Стоматолошкој служби Дома здравља Пожаревац у току 2017. године, кроз разне разговоре са пацијентима, увидом у медицинску документацију као и кроз лично радно искуство.

Резултат: Упознавање са значајем редовних посета стоматологу ради превенције болести зуба и уста. Озбиљни су проблеми са којима се стоматолог сусреће у лечењу ових пацијента, због њиховог израженог страха од одласка стоматологу. Добијени резултати указују на смањење броја пацијената који имају страх услед појаве све већег броја анестетика који се примењују, а и појаве да одлазак прво психологу и психијатру није више баук.

Закључак: Савремене могућности сузбијања бола омогућују потпуни комфор пацијента при стоматолошком збрињавању. Морам да нагласим да овај комфор није битан због тога што пацијенти, у данашњим условима, често плаћају стоматолошке услуге па, стога, захтевају и одређене „привилегије“. Комфор у стоматолошкој ординацији је првенствено битан због

здравствених разлога, због сузбијања стреса. Јер, у свести многих људи, појам стоматолошке интервенције још увек асоцира на веома непријатан и првенствено болан доживљај, што значи да су они већ под стресом при доласку у стоматолошку ординацију. Стога је један од основних принципа савремене стоматолошке праксе сузбијање и потпуна елиминација бола који би сама интервенција могла да изазове, а самим тим и сузбијање стреса

Број речи: 439

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Tatić M, Skeledžija-Mišković S, Komarčević A, Bukarica S, Marcikić A. Efficacy and safety of use of the combination of Ketamine and Propofol ("Ketofol") in procedural sedation and analgesia in children. *HealthMed*. 2013;7:1215-9.
2. Alzahrani AM, Wyne AH. Use of oral midazolam sedation in pediatric dentistry. *Pakistan Oral & Dental Journal*. 2012;32(3).
3. Linčir I. *Farmakologija za stomatologe*. 3rd ed. Zagreb: Moderna vremena; 2011.
4. Patel S. Is nitrous oxide a safe agent to use in conscious sedation for dentistry? *SAAD Digest* 2010; 26:23-26.
5. Wood M. The safety and efficacy of intranasal midazolam sedation combined with inhalation sedation with nitrous oxide and oxygen in paediatric dental patients as an alternative to general anaesthesia. *SAAD Digest* 2010; 26:12-22

Секција медицина рада

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**Улога јоге и превенција поремећаја локомоторног система и чула вида при раду са рачунарима****Специјалиста медицине рада др Слађана Мајкић, Завод за здравствену заштиту радника Ниш****Соња Станковић, Наташа Лилић,**

Дуготрајно седење у неправилном положају, као и посматрање монитора и рад са тастатуром и мишом у току рада за рачунаром, може довести до низа здравствених поремећаја.

У циљу превенције ових поремећаја препоручује се свакодневно упражњавање јоге (Хата јога) на радном месту, а у јага центрима, два до три пута недељно и то у специјализованим групама.

На радном месту запослени користите комбинацију све три технике Хата јоге – одговарајуће јога положаје (асане), вежбе дисања (пранајама) и краткотрајна медитација уз визуелизацију.

Пожељно је у току рада упражњавати јогу два пута по 5-10 минута и то у стојећем положају, бос на парчету папира или у равној обући због правилног положаја кичме. Неке асане и вежбе дисања се могу практиковати и у седећем положају, али је препорука да се користи стојећи став. Јогу треба почети краткотрајном интериоризацијом (окретањем себи) и јога дисањем, и наставити јога положајима (асанам), полако уз свесно дисање и потпуну свесност о положају као и задржавање у њему. На крају се препоручује краткотрајна релаксација уз визуелизацију (у правилном седећем положају) која ће заједно са асанак и вежбама дисања као и бандама (стежање одређене групе мишића) допринети отклањању нагомиланих напетости не само у физичком него и у енергетском, емоционалном и менталном делу нашег тела и повећати свесност појединца о себи и његовој околини.

Правилно креирани редослед јога положаји (асане) ће истегнути све згрчене и напете, а ојачати истегнуте и ослабљене мишиће тела и отклонити присутне напетости у зглобовима ручја, шака и раменог појаса као и осећај замора у очима. Сваку асану треба изводити полако, потпуно свесно са свесним удисајима и издисајима који прате покрете. Стежање мишића међице (мула банда) и доњег стомака (удијана банда) у току одређених асана или самостално, покреће циркулацију у карлици и тако превенира настанак хемороида и стрес инконтиненције, а поспешује и перисталтику црева што је јако битно за правилно пражњење и отклањање опстипације.

Свесно и дубоко дисање у току извођења јога положаја ће активирати парасинпатички део аутономног нервног система и допринети релаксацији, а одређене технике дисања могу загрејати или охладити тело. Концепт јога на радном месту се завршава краткотрајном медитацијом у седећем положају и осећајем лакоће и одмора. Потребна је едукација

запослених од стране сертифициваног учитеља јоге и уз консултацију лекара за оне који имају неке здравствене проблеме.

У јога центрима пожељно је упражњавати јогу два до три пута недељно, у специјализованим групама где се посебна пажња поклања превенцији и отклањању поремећаја који настају код особа које професионално раде са рачунаром дуже од 4 сада дневно.

Број речи: 407

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Iyengar B. K. S; Svetlost joge; izdavač Vulkan; Beograd 2015.
2. Domagoj Orlić; Ilustrirani leksikon joge; izdavač Mozaik knjiga; Zagreb 2017.
3. Swami Vidyanand; Transformaciona joga; izdavač Srđan Jovanović; Beograd 2016.
4. Meri Stjuart; Joga – disanje i meditacija; izdavač Vulkan; Beograd. 2015.
5. Swami Satyananda Saraswati; Joga nidra; izdavač Liburnija; Rijeka 2014.
6. Tells S, Dash M. Effect of yoga on musculoskeletal discomfort and motor functions in professional computer user. Work 2009;33(3):297-306
7. Tells S, Naveen KV. Effect of yoga on self-rated visual discomfort in computer users. Head Face Med.2006;2:46

Хируршка секција

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

The participation of the health career in the medical-diagnostic process and projection in patients with deep venous trombosis

specijalista strukovnih studija med.nauka Tatjana Kostadinova Slavkova, MBAL Dr Stamen Ilijev, hirurhija

In recent years, the characteristics of patients entering treatment in the surgical and therapeutic departments of hospitals have radically changed. With increasing life expectancy and aging populations, elderly patients with predominant cardiovascular or oncologic concomitant illnesses are receiving treatment. The same patients undergo complex therapeutic or surgical interventions, sometimes requiring prolonged hospital stay and prolonged bed immobilisation. All of this increases the risk of deep vein thrombosis and subsequent pulmonary or peripheral thromboembolism. Caution and adequate hospital and non-hospital prophylaxis of these complications is necessary.

There is no accurate registry in Bulgaria for cases of deep vein thrombosis (DVT). The fact is that a large percentage of cases are missed by clinicians and are only found pathologically. Health care professionals are an integral part of the treating team of patients in outpatient or stationary settings. Knowing the major risk factors for DVT, as well as the basic principles in their diagnosis, treatment and prevention, will increase the opportunity for timely recognition and treatment of these complications and will improve the prognosis of patients. This in turn will improve the quality of healthcare offered.

Key words: healthcare professionals, DVT, treatment, prevention.

Број речи: 193

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Национална програма за намањаване въздействието на радон в сгради върху здравето на българското население 2013-2017 г.
2. Процедура за провеждане на национално представително проучване за нивата на радон в сгради, Министерство на здравеопазването;
3. Наредба за основните норми за радиационна защита;2013;
4. WHO Handbook on Indoor Radon: A Public Health Perspective, 2012;
5. IAEA Safety Standards Series No. GSR Part 3; 2014;
6. Radon in civil engineering – building code, building standards, guidelines for building professionals, Olli Holmgren, STUK- Finland; 2016;

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Здравствена нега пацијента код обољења, тумора и повреда дебелог црева
струковна медицинска сестра Јасмина Симоновић, Клинички центар Крагујевац
Слађана Петровић,

Улога здравствене неге и медицинске сестре су добро дефинисане у здравственом систему, како кроз историјско и професионално наслеђе тако и кроз добру клиничку праксу. Концепт и обим здравствене неге се мењају кроз време, напретком медицине и обимом лечења, променом структуре пацијената и болести и променом улоге и значаја медицинске сестре у том процесу.

Колопроктолошка хирургија као једна од области здравствене неге и лечења носи своје специфичности везане пре свега за битно, пролазно или трајно нарушавање здравља и телесног изгледа и носи психолошко-емотивну патњу.

Циљ овог рада је приказивање актуелних, савремених медицинских трендова у здравственој нези, третману пацијента са колопроктолошким обољењима, имплементацију истих у нашој свакодневној клиничкој пракси.

Истраживање се ослања на преглед референтне литературе из наведене области уз анализу материјала, рада на Клиници за период од 2010.-2015.године.

Резултати прегледа литературе наводе на закључак да се много тога у приступу пацијенту, у дијагностици, терапији и здравственој нези, континуирано мења и унапређује. То се огледа у имплементацији нових процедура, приступа, метода и померању граница у курабилности и палијацији тегоба.

У нашем здравственом систему, посебно на нивоу примарне и секундарне здравствене заштите постоји доста простора за унапређење квалитета рада са пацијентима из ове групе, на сваком нивоу. На терцијалном нивоу, значајно је истаћи место медицинске сестре у промени приступа пацијентима, увођење нових метода и праксе, подизању квалитета неге и лечења и хуманизацији целог процеса, где је пацијент у центру процеса неге и лечења.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: Здравствена нега, дебело црево, хирургија, лечење.

Број речи: 239

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Rothrock.I.C.,Q McEwen,D,(2015).Alexanders care of the patient in surgery(15 th ed).St.Louis:Mosby
2. Ignjatovic.D.(2012). Principi zdravstvene nege u hirurgiji.Cuprija:Visoka medicinska skola strukovnih studija.
3. Pasero,C.McCaffery M (2013):Pain assessment and pharmalogic menagment,St.Louis,Mosby
4. Le Mone,P. et al (2014).Medical-surgical nursing:critical thinking for person-centred care. Frenchs Forest, AU:Pearson Australia Group Pty Ltd
5. Lewis,SM. Dirdsen,SR,.Heitkemper MM.and. Bucher,L.(2014). Study Guidefor medical-surgical nursing: assessment and menagment of clinical problems,St.Louis, Missouri:Elsevier Inc.
6. Williams,SL.and.Hooper,DP.(2013).Unverstanding medical surgical niursing.Philadephi

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ (максимално 500 речи)

Лапароскопске и класичне холецистектомије

Специјалиста хирургије Драшко Дачић, Општа болница Пожаревац

Марија Рајић Јовичић, Здравковић др.Ивица,

Увод: Акутни холециститис је акутно запаљење зида жучне кесице праћено абдоминалним болом и фебрилношћу, у 90% случајева удружено са билијарном калкулозом (жучни каменци).

Узрок настанка код 90% болесника примарни фактор у развоју акутног холециститиса је опструкција врата жучне кесице или цистикуса импактираним калкулусом. Опструкција доводи до механичке препреке, пораста интралуминалног притиска, исхемије зида жучне кесице и стазе жучи. Бактеријска инфекција је секундарна, најчешће грам-негативним бактеријама порекла из дигестивног тракта. У мање од 10% болесника акутни холециститис је изазван другим узрочницима-директна траума билијарног тракта, торзија жучне кесице и увртање васкуларне петље, после хируршких захвата на абдоминалним органима, инфекција Салмонелом тупхи, инфекције у базену портне вене, полиартеритис, инфестација аскарисом, компресија или оклузија цистикуса лимфним чворовима, едематозни панкреатитис.

Циљ рада: Радом смо обухватили калкулозе жучне кесе са разним нивоима упале зида жучне кесе и упоредили однос броја класичних (ЦЦХ) и лапароскопских холецистектомија (ЛЦХ). Приказали смо многобројне предности ЛЦХ у односу на ЦЦХ.

Материјал и методе рада: Ретроспективно смо обрадили период од 2012 до 2016.године. У том периоду је урађено 2705 холецистектомија, од чега је 1252 (35,74%) урађено класичном методом (ЦЦХ), док је лапароскопском методом (ЛЦХ) урађено 1453 (64,74%) холецистектомија. Увидом у хисто-патолошки налаз утврдили смо да је класичном методом оперисано више акутних упала зида жучне кесе (52%), него лапароскопском методом (односно 30%). Код лапароскопске холецистектомије су доминирале хроничне упале зида жучне кесе. Опште стање пацијента преоперативно смо процењивали на основу АСА-скора од И-ИВ. Лапароскопском методом је оперисано 105 пацијената (15%) АСА-скора ИИИ и ИВ, док је класичном методом оперисано 53 пацијената (7%) истог АСА-скора. Старосна доб пацијената се кретала од 16 – 82 године, где је код ЛЦХ методе било 10 пацијената, док је код ЦЦХ било само 4 пацијента. Сви пацијенти су имали стандардне лабораторијске анализе, ЕКГ, скопију или графију плућа.

Резултат рада: У нашој серији нисмо имали неких значајних интраоперативних компликација. Постоперативни двадесетчетворочасовни надзор у Одељењу интезивне неге спроведен је код свих оперисаних пацијената класичном методом (100%), док су пацијенти оперисани лапароскопском методом захтевали такав надзор у (7%). Постоперативни опоравак код ЦЦХ је трајао у просеку 7 дана, док је код ЛЦХ он трајао два дана.

У закључку можемо рећи да је ЛЦХ метода у односу на ЦЦХ методу много комфорнија и много повољнија како за пацијента, тако и за цео оперативни тим.

Број речи: 369

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Wong CS, Cousins G, Duddy JC, Walsh SR. Intra-abdominal drainage for laparoscopic cholecystectomy: A sistematic review and meta-analysis. *Int J Surg* 2015;23:87-95
2. Gurusamy KS, Vaughan J, Davidson BR. Formal education of patients to undergo laparoscopic cholecystectomy (Review). *Cochrane* 2014
3. Khan MR, Riza R, Zafar SN, Shamim F, Raza SA, Inam Pal KM, Zafar H, Alvi R, Chawla T, Azmi R. Intraperitoneal lignocaine (lidocaine) versus bupivacaine after laparoscopic cholecystectomy: Results of a randomized controlled trial. *J Surg Res* 2012;178:662- 9
4. Lee WJ, Chan ChP, Wang BY. Recent advances in laparoscopic surgery. *Asian J Endosc Surg* 2013;6:1-8. 35.
5. Davidov M. Multimodalna analgezija u prevenciji i terapiji akutnog postoperativnog bola kod laparoskopске holecistektomije. Novi Sad, 2014. doktorska disertacija.

Уролошка секција

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

**Нега болесника са уростомом
струковна медицинска сестра техничар Марија Маринковић, Клинички центар
Ниш**

Реч стома означава вештачки излаз црева или вештачки одвод урина. Уростомом се поставља увек онда када делови органа за излучивање морају да се одстране због болести. За постављање уростоме неопходан је оперативни захват. Уринарне деривације деле се у две групе: инконтинентне и континентне. К од пацијената код којих је изведена уростомом као најчешће компликације јављају се: парастомална стеноза, парастомална хернија, ретракција стоме, пролапс стоме, перистомални дерматит, крварење из стоме. Социјална подршка је једна од најважнијих аспеката у лечењу ових пацијената па медицинска сестра треба да едукује, охрабрује и саопштава, како би елиминисала факторе који могу да допринесу развоју компликација. Брижљивом негом стоме, савлађивањем технике промене диска и кесе, регулисањем исхране, омогућава се укључивање болесника у све видове породичног и друштвеног живота.

Број речи: 115

**НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА
НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

1. Negra T., Zdravstvena nega u Hirurgiji Beograd , 2013
2. Zoran V. Krivokapić., Velimir A. Marković., Stome , Novi Sad
3. Ž. Maksimović, Hirurgija-udžbenik za studente, CIBID, Medicinski Fakultet Univerziteta u Beogradu 2013
4. Kočev, B. Muncan, R. Rudić, Proces zdravstvene nege
5. Marković V. S. Urologija, Elit medica Beograd

Друштво зубних техничара**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Израда и употреба флексибилних протеза**

доцент др Милена Костић, Медицински факултет у Нишу, Клиника за стоматологију

Жарко Вукашиновић,

Губитак зуба, као функционални и естетски проблем, људи су кроз векове решавали израдом зубних протеза од различитих материјала. Революционарно откриће акрилатних полимера тридесетих година прошлог века учинило је плочасте зубне протезе учинковитим, лаким за израду и доступним свима. Састав акрилата је временом незнатно модификован, али недостаци у виду кртости, ригидности, па самим тим и склоности лому, као и отпуштања неvezаних компоненти (мономера) нису превазиђени. Механичке карактеристике акрилата побољшане су увођењем ињекционе технике полимеризације под притиском, шездесетих година двадесетог века. Нова метода је отворила пут алтернативним материјалима који се могу апликовати на исти начин.

У сврху изналажења материјала који ће естетски и функционално превазићи акрилате, испитивани су бројни термопластични и флексибилни материјали. Материјали који се данас користе за израду флексибилних протеза су на бази најлонске пластике комбиноване са еластомерним смолама које им дају одређену флексибилност уз могућност ојачавања влакнима.

Циљ овог излагања јесте упознавање са својствима, применом и израдам дефлекса плочастих протеза.

Дефлекс протезе су израђене од термопластичног полиамида који омогућава полуфлексибилне - полуригидне надокнаде. Предност једне такве надокнаде је, првенствено, у великом комфору и лако прилагођавању пацијената.

Протезе од ове врсте материјала обезбеђују оптималне физичке и механичке карактеристике: чврстоћу, флексибилност, транспаренцију, велику отпорност на удар, стабилну боју, нерастворљивост и непорозност, пребојавање органским бојама, добру димензионалну стабилност, а обрађују се и полирају лако као акрилати.

Одличан естетски учинак обезбеђује висока транслуценција материјала, тако да се боја меког ткива провиди кроз протезу што даје природнији изглед у устима пацијента. Обзиром да су мале специфичне тежине, израђују се у веома танком слоју (0,5 mm), па је навикавање лако, а пацијенту не сметају при говору. Кукице се не израђују од метала, већ од идентичног флексибилног материјала, што протезама обезбеђује завидну ретенцију. У циљу постизања бољег естетског учинка дефлекс се може користити у комбинацији са скелетираним протезама.

Комплетна полимеризација обезбеђује завидну биокompatibilност дефлекса протеза, тако да нема алергијских реакција као код акрилата. Мала порозност материјала спречава акумулацију микроба, посебно кандиде.

Флексибилни полиамиди индиковани су у изради тоталних и парцијалних протеза и њиховом подлагању. Дефлекс протезе су посебно корисне у случајевима подмираности гребенова, када није препоручена хируршка интервенција.

Клиничке фазе израде дефлекса протеза не разликују се од израде класичних акрилатних надокнада. Разлика је у дефлексу ињекционог система. Материјал се добија у виду солидних паковања који се преобликују у посебном систему, са посебним киветама. Обрада материјала је лака, а полирање је идентично акрилатним материјалима.

Детаљно упознавање са клиничким и лабораторијским фазама израде дефлекса протеза пружа шири дијапазон могућих избора у клиничкој пракси. Да ли ће и у којој мери флексибилне протезе заменити плочасте акрилатне између осталог зависи и од степена информисаности о њиховој намени и начину израде.

Број речи: 426

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Tandon R, Gupta S, Agarwal SK. Denture base materials: From past to future. *Indian Journal of Dental Sciences* 2012; 2: 33-30.
2. Soygun K, Bolayir G, Boztug A. Mechanical and thermal properties of polyamide versus reinforced PMMA denture base materials. *J Adv Prosthodont* 2013; 5: 153-160.
3. Singh K, Aeran H, Kumar N, Gupta N. Flexil Thermoplastic denture Base Materials for Aesthetical Removable Partial Denture Framework. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2013; 7: 2372-2373.
4. Vojdani M, Giti R. Polyamide as Denture Base Material: A Literature Review. *J Dent Shiraz Univ Med Sci*, 2015; 16(1 Suppl): 1-9.
5. Ucar Y, Akova T, Aysan I. Mechanical properties of polyamide versus different PMMA denture base materials. *J Prosthodont* 2012; 21: 173-176.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ (максимално 500 речи)

Телескопске крунице

дентални техничар **Иван Видовић, Zahntechnik Meisterlabor Rainer Lenz**

Жарко Вукашиновић,

Намјена зубне протезе није само надомјештање изгубљених зуба, већ и успостављање нарушене равнотеже читавог стоматогнатог сустава. Свака протетска терапија утјече на све дијелове тог сложеног сустава и стога се дијагностика поремећаја жвачног органа треба темељити искључиво на успоредби с функцијски нормалним суставом. Терапијски концепт телескоп (конус) круница замишљен је тако да протетска конструкција надомјешта зубе који недостају, те истовремено успоставља нормалну форму и функцију. Притом се велики дио жвачне силе преноси пародонтом, док читава конструкција, чврсто повезана с преосталим зубима, преузима неку врсту коштане биостатичке улоге.

У циљу постизања свих наведених захтјева развијени су разни сустави телескопских круница:

1. цилиндар телескоп

Цилиндар телескоп је двострука круница код које се ретенција остварује међусобним клизањем паралелних глатких плоха. Недостатак овог сустава је у прејакој сили потребној како би се протеза скинула с упоришних зуба, толикој да може довести до оштећења пародонта и губитка зуба. Ако је приликом техничке израде вањске крунице она само за стоти дио милиметра постала већа, протеза не лежи чврсто на унутарњим круницама. Доња се протеза у функцији подиже, док горња протеза испада. Осим тога слина и остаци хране који се накупљају у насталој пукотини стварају неугодан мирис.

2. конус круница

Како би се избјегли технички недостаци телескопских круница, Korber је прије више од тридест година описао двоструку круницу у облику конуса. Обје су крунице у основи коничног облика, оклузијски промјер им је мањи него маргинални.

3. мјешани облик цилиндра и конуса

Могући је и облик телескопа који се оклузално сужава, а маргинално има облик цилиндра. Тај мјешани облик између цилиндра и конуса употребљава се при изради резилијентних телескопа.

Насупрот врло захтјевном планирању при изради конструкције за лијеване металне протезе, планирање је код конус протеза врло једноставно, будући да за један зуб носач постоји само једна могућност. Планирање обухваћа: 1) Положај зуба с конус круницама у зубном луку

2) Даљње укључивање потпорних зуба, ако постоји потреба за спајањем зуба у блок.

Облик металне лијеване протезе готово је унапријед одређен, јер он настаје директним повезивањем појединих конус круница најкраћим могућим путем, било да се ради само о надокнађивању зуба који недостају продуживањем или уметањем умјетних зуба.

Како би се планирање израде таквих конструкција приближило пракси, већ 1968. године установљена су два основна облика у техничкој изради металних конструкција за протезе с конус круницама: 1) конструкцијска веза између конус круница у подручју прекинутог зубно низа помоћу члана моста

2) конструкцијска веза између конус круница код врло велике удаљености зуба носача и код скраћеног зубног низа помоћу акрилатне протезне базе.

Код повезивања вањских круница члановима моста налазимо предности, које је Vest описао као опћените предности израде моста:

- 1) Боље сидрење
- 2) Потпуно примарно повезивање у блок зуба носача
- 3) Избјегавање неповољног оптерећења квачицама
- 4) Потпуна каријеспрофилакса заштитним круницама.

Овдје се може придодати посебна предност конус круница у профилакси пародонта, будући да су након скидања секундарне конструкције унутрашње крунице лако доступне чишћењу.

Број речи: 603

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Körber KH. Konuskronen. Heidelberg: Hüthig, 2015.
2. Körber KH. Konuskronen - ein physikalisch definiertes Teleskopsystem. Deutsch Zahnärztl Z. 23 (6); 2012.
3. Vest G. Lehrbuch der zahnärztlichen Kronen- und Brückenprothetik. Verl. Birkhäuser, Basel, 2013.
4. Dolder E. Steg-Prothetik. Dr. A. Hüthig-Verlag Heidelberg 2012.
5. Häupl K. Das Teleskop im Dienste der Behandlung der Zahnlockerung. Öst. Z. Stomat 56,73 1959. Lehrbuch der Zahnheilkunde. Verl. Urban u. Schwarzenberg, Wien 2014.

Секција опште медицине

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Синдром прекида дисања у сну - запостављен здравствени проблем
специјалиста опште медицине др Снежана Ранђеловић, Дом здравља Сокобања
Дарко Тасић,**

Циљ рада: Подићи свест здравствених радника о значају синдрома прекида дисања у сну.

Метод рада: Дескриптивном методом приказаћемо преглед савремених сазнања о патофизиологији спавања и приказати два случаја болесника оболелих од прекида дисања у сну.

Респираторни поремећаји током спавања представљају недовољно познату област ширем кругу здравствених радника у Србији. Како погађају 20% опште популације и доводе до значајних здравствених и социјалних проблема неопходно је повећати ниво знања здравствених радника о овим поремећајима.

Спавање је природни губитак свести из кога се особа може лако вратити у стање свести. Период спавања није обично гашење или успоравање нашег тела и мозга. Током овог периода одигравају се различити процеси неопходни за нормално функционисање организма попут учвршћивања запамћеног, лучења хормона који регулишу раст, апетит и друге метаболичке процесе итд. Квалитет спавања зависи од дужине и структуре спавања. Поремећај једног или оба параметра доводи до бројних негативних последица: гојазност, поспаност, поремећај памћења и концентрације, смањење радне способности, смањена толеранција на стрес, нарушавање интерперсоналних односе, смањење имунолошких способности организма, артеријска хипертензија итд.

Поремећаји дисања током спавања (ПДС) обухватају спектар болести: опструктивни прекиди дисања у сну; централни прекиди дисања у сну, примарна алвеоларна хиповентилација, примарно хркање, прекиди дисања у сну код деце, урођена алвеоларна хиповентилација. Дијагноза ПДС поставља се полисомнографским испитивањем којим се утврђује број апнеа и хипопнеа током ноћног сна а добијени резултат се изражава као апнеа/хипопнеа индекс (АХИ) и представља број апнеа/хипопнеа по сату спавања. АХИ ≥ 6 је критеријум за постављање дијагнозе. У лечењу ПДС користе се различити терапијски модалитети у зависности од типа и степена поремећаја због чега је лечење мултидисциплинарно.

У раду ће бити приказана два случаја оболелих од ПДС. Један је мушкарац старости 64 године, екстремно гојазан, са тешким обликом прекида дисања у сну и бројним коморбидитетима који представља "типичан пример" оболелог, а други је жена старости 58 година којој је у току испитивања рефрактарне хипертензије постављена дијагноза ПДС.

Закључак: Поремећаји дисања током спавања доводе до великих здравствених и социјалних проблема појединца и значајних економских губитака друштва због чега је неопходно подизање свести здравствених радника о овим поремећајима како би се ефикасније спроводиле мере превенције и раног откривања и тиме ублажили негативни ефекти болести.

Број речи: 352

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Копитовић, И. и Вукоја М. (2014) Лечење синдрома прекида дисања у спавању. Енграми, вол. 36 (1-2), стр. 59-68.
2. Arny, M. (2012) What nurses need to know about sleep. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
3. Barbé, F. etPépin, J.L., eds. (2015) ERS monograph: Obstructive Sleep Apnoea. London: European Respiratory Society.
4. Ulasli, S.S. et al. (2014) Predictive value of Berlin Questionnaire and Epworth Sleepiness Scale for obstructive sleep apnea in a sleep clinic population. Clin Respir J. , vol. 8 (3), pp. 292-296.
5. Јованчевић-Дрвеница М. и др. (2013) Дијагностика респираторних поремећаја током спавања. Пнеумон, вол. 50, стр. 4-13.

Трансфузиолошка секција**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Ефекат примене антагониста витамина К код пацијената са невалвуларном атријалном фибрилацијом****Специјалиста трансфузиолог, доктор медицинских наука, Др сци.мед. Ана Антић, Завод за трансфузију крви - Ниш**

Увод: И поред увођења нових оралних антикоагулантних лекова (дабигатран, ривороксабан, аписксабан), антагонисти витамина К (АВК), као што су варфарин и аценокумарол још увек јесу најчешће примењивани орални антикоагулантни лекови у терапији невалвуларне атријалне фибрилације (NVAF). Време у терапијском опсегу (TTR-Time in Therapeutic Range) представља меру квалитета антикоагулантног ефекта ових лекова, те се сматра да су ниже вредности TTR-а удружене са нежељеним ефектима терапије. Циљ овог рада је био утврђивање квалитета АВК терапије одређивањем TTR-а, као и издавајање фактора који утичу на квалитет ове терапије.

Материјал и методе: Ретроспективно су прикупљени подаци о броју и резултатима контроле АВК терапије код пацијената са NVAF који су амбулантно праћени у Заводу за трансфузију крви Ниш у периоду 01.01-31.12.2016. године. Контрола ефекта терапије вршена је одређивањем протромбинског времена (ПТ) израженог кроз ИНР (International Normalized Ratio, INR=1) из капиларне крви пацијената на апаратима Trombotrack Solo (Axis Shield, Норвешка) и Thrombostat (Behnk Elektronik, Немачка). Циљани терапијски ИНР је био између 2,0 и 3,0. На основу свих доступних вредности INR-а за сваког пацијента понаособ је одређен индивидуални TTR методом по Росендаал-у.

Резултати: Испитивање је обухватило укупно 4.225 пацијената са NVAF код којих су у току 2016. године урађене 34.336 контроле INR-а. Средња вредност TTR-а је била $64,15 \pm 18,53\%$, 27% пацијената су имали висок квалитет АВК терапије (TTR>80%), док су 39,72% пацијената имали TTR<60%. Просечан проценат времена у коме је INR био већи од 3,0 (ризик од крварења) је 18,1%, док је испод референтног опсега (ИНР<2,0) био у 21,05% испитиваног периода, испод 1,5 (висок ризик тромбозе) у 6,15%. Најзначајнији независни фактори који утичу на квалитет АВК терапије су гојазност, женски пол и коришћење амиодарона.

Закључак: У циљу унапредјења квалитета вођења АВК антикоагулантне терапије неопходна је правилна едукација и боља сарадња са пацијентима, али и успешна интердисциплинарна сарадња са клиничким лекарима.

Број речи: 293

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Antić A, Stanojković Z, Jelić M, Lazarević M. Evaluation of time in therapeutic range in anticoagulated patients with non-valvular atrial fibrillation. *Vox Sang* 2017; 112 (Suppl.1): 269 (P-659).
2. Farsad BF, Abbasinazari M, Dabagh A, Bakshandeh H. Evaluation of Time in Therapeutic Range (TTR) in Patients with Non-Valvular Atrial Fibrillation Receiving Treatment with Warfarin in Tehran, Iran: A Cross-Sectional Study. *J Clin Diagn Res* 2016; 10(9): FC04-FC06.
3. Alonso Roca R, Figueroa Guerrero CA, Mainar de Paz V, Arribas García MP, Sánchez Perruca L, Rodríguez Barrientos R, Casado López M, Pedraza Flechas AM. Quality control of oral anticoagulant therapy in Primary Care in Madrid City, Spain: CHRONOS-TAO study. *Med Clin (Barc)* 2015; 145(5): 192-7.
4. Hernández Madrid A, Potpara TS, Dagres N, Chen J, Larsen TB, Estner H, et al. Differences in attitude, education, and knowledge about oral anticoagulation therapy among patients with atrial fibrillation in Europe: result of a self-assessment patient survey conducted by the European Heart Rhythm Association. *Europace* 2016; 18(3): 463-7.
5. Lamberts M, Staerk L, Olesen JB, Fosbøl EL, et al.. Major Bleeding Complications and Persistence With Oral Anticoagulation in Non-Valvular Atrial Fibrillation: Contemporary Findings in Real-Life Danish Patients. *J Am Heart Assoc* 2017; 6(2).

Хематоонколошка секција

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Са prostate - учесталост и терапијске процедуре

Виши медицински техничар Милан Павловић, КЦ Ниш - Клиника за онкологију

Карцином простате заузима треће место како по броју новооболелих 1541 у 2014 год. и оболелих уопште од карцинома (са 11,2 % од укупног броја оболелих од карцинома код мушкараца), тако и по узроку смртности (са 8,1 % од укупног броја умрлих од карцинома код мушкараца) .

Учесталост појаве карцинома простате повећева се са старосном доби, највећи проценат оболелих мушкараца чак 99 % је старије од 50 год.

Интересантан је податак да је код умрлих од других болести приликом извођења аутопсије откривено да чак 30 % старосне доби ≥ 50 год. су имали карцином простате а да то нису знали, а код чак 80 % старосне доби ≥ 70 год.

Не ретко код блажих форми карцинома оболели се одлучују само за праћење, јер сам ток болести може бити јако спор до 10 год. и не захтева хитне интервенције.

Ризико фактори најчешће описани и повезани са настанком карцинома простате су генетски фактори (предходно оболели рођаци првог колена повећавају вероватноћу настанка карцинома два пута).

Од осталих ризико фактора наводе се честе инфекције уринарног тракта , папилома вируси, лоше сексуалне навике (већи број различитих партнера) , лоша исхрана и пушење...

Дијгноза се поред анамнестичких података поставља и на основу лабораторијских налаза крви ПСА – Простата специфични антиген, ултразвучним прегледом и патохистологијом исечка најчешће узетог биопсијом.

Лечење може бити хируршки третман, медикаментозно (хемиотерапеутицима), радитерапијом а најчешће комбинацијом неке од наведених метода.

Сестринске интервенције присутне су у свим фазама болести од превентиве, дијагностике, терапије и неге за време и након лечења оболелих од карцинома простате.

Број речи: 256

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. National Cancer Institute : SEER Stat Fact Sheets : Prostate. Bethesda, MD :National Cancer Institute. Available online. Last accessed July 19, 2017
2. Annals of Oncology, Volume 26, Issue suppl_5, 1 September 2015, Pages v 69- v 77, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv222>
3. Incidenca i mortalite obolelih od raka u centralnoj Srbiji, 2014 god. <http://www.batut.org.rs/index.php?content=185>
4. Prostate Cancer". National Cancer Institute. Archived from the original on 12 October 2014. Retrieved 12 October 2014.
5. American Cancer Society : Facts and Figures 2012. Atlanta, Ga :American Cancer Society, 2012. Available online Exit Disclaimer. Last accessed July 10, 2017

Секција сестара и техничара у рехабилитацији

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

**Рехабилитација болесника након цереброваскуларног инзулта
Струковни медицински техничар/специјалиста Милош Петковић, Институт
Нишка Бања**

Цереброваскуларни инзульт представља прекид крвотока код одређених структура мозга, при чему долази до изумирања тј некрозе можданих ћелија.

Мождани удар може бити исхемијски и хеморагијски.

Исхемијски може настати услед тромбозе, емболије, системске хипоперфузије, венске тромбозе симптоми могу бити различити:

Испади видног поља, моторике, слабост једне половине тела, вртоглавица, психички испади

Дјагноза се поставља на основу клиничке слике пацијента, клиничким прегледом, мри мозга где се прецизно може видети место локализације исхемије

Лечење се састоји у акутној примени антикоагулантне и антиагрегационе терапије.

Рехабилитација ових болесника мора почети што раније у стационарним условима, рехабилитациони тим чине лекар, медицинска сестра, терапеут, социјални радник, велику улогу у рехабилитацији има и сама моотвација болесника и породице која је врло битан фактор у самом току рехабилитације неуролошких болесника.

Број речи: 110

**НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА
НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

1. Radak Đ. Revaskularizacija mozga, Akademska misao, Beograd, 2014
2. Atanacković-Marković Z, Bjegović B i sar.: Opterećenje bolestima i povredama u Srbiji, sažetak. Beograd, Ministarstvo zdravlja Republike Srbije 2012
3. Jovanović DR, Beslač Bumbaširević LJ, Budimkić T, Pekmezović T, Živković M, Kostić VK. CEREBROVASKULARNI INZULT I ZBRINJAVANJE VMA 2014
4. Očić G, Stefanova E, Pavlović D. Terapija demencije, u monografiji „Novine u lečenju neuroloških bolesti“. Beograd: medicinski fakultet Univerziteta u beogradu, CIBIF, 2015
5. Lečenje cerebrovaskularnih poremećaja, Dr Aleksandar Antanaskovic

Друштво фармацеутских техничара

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Злоупотреба бензодиазепина

**психијатар, субспецијалиста болести зависности др Драган Вукадиновић, Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница
Љиљана Ђокић, Миомир Хофман,**

Савремена примена психофармака везује се за увођење ларгактила у третман психијатријских болесника педесетих година двадесетог века. Ослањајући се, пре свега на неурохемијске теорије о специфичним неуротрансмитерима који обезбеђују селективно спровођење сигнала у ћелијама и структурама нервног система, психофармацима се коригују поједини симптоми душевних болести.

Ових лекова су у стању да мењају субјективни доживљај објективне реалности, у томе је и њихов капацитет да коригују одређене патолошке феномене. Линија између корекције појединих симптома са једне стране али и продукције нових патолошких феномена као последица неадекватне примене ових лекова може да буде готово неприметна. Бупренорфин и метадон су нпр. одлични лекови али и све чешће предмет злоупотребе и развоја адикције која је веома компликована за лечење. Анксиолитици, антидепресиви и други психофармаци спадају међу најпрописиваније лекове те је реално разматрање и њихове потенцијалне злоупотребе.

Континуирано праћење и едукација из области потенцијалне злоупотребе психофармака обавеза је свих радника у здравству.

Број речи: 148

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Knežević-Tasić D. Ovisnost o benzodiazepinima 2015 (<http://lorijen.co.rs/zavisnost-od-lekova-za-smirenje-benzodiazepina/>)
2. Kovačević JM. Razvoj tolerancije i fizičke zavisnosti tokom ponavljane primjene diazepama kod pacova: uloga modulacije na gaba_A receptorima koji sadrže $\alpha 1$ i $\alpha 5$ podjedinicu. Doktorska disertacija. Univerzitet u Beogradu - Farmaceutski fakultet, Beograd 2014
3. Vlastelica M, Jelaska M. Zašto su benzodiazepini još uvijek u širokoj primjeni?. Acta Medica Croatica 2013; 66 (2): 137-139.
4. Ilanković V, Ilanković A. Neurorehabilitacija, Beograd ,2014
5. Marko Kelek, Liječenje benzodiazepinima i potencijalno ovisničko ponašanje , Hrvatski časopis za javno zdravstvo Vol 12, Broj 47, 7. srpnja 2016.

Секција поливалентне патронаже

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Исхрана у трудноћи**Виша медицинска сестра Сунчица Баџић, Дом здравља”Др Милан Бане Ђорђевић” Велика Плана**

Правилна исхрана у гравидитету треба да обезбеди нормалан раст и развој плода, сачува здравље мајке и омогући успостављање и развој лактације. Када гравидитет прате поједина обољења(шећерна болест,хипертензија), нутритивни поремећаји(гојазност,потхрањеност), као и у случајевима трудноће у адолесцентном добу, специфично прилагођена исхрана постаје саставни део терапијског третмана и треба да умањи ризике од појаве матерналних, феталних и неонаталних компликација.

Циљ рада је да кроз саветовалишта за труднице и родитељство истакнемо значај рада патронажних сестара на оспособљавању и едукацији трудница о основним принципима правилне исхране у току нормалне трудноће здраве жене и дати дијетотерапијске препоруке за превазилажење неких стања и обољења(потхрањеност и гојазност,хипертензивни поремећаји у гравидитету,дијабетес,трудноћа адолесцентног доба,мука,повраћање,горушица...).

Презентација правилне исхране у гравидитету кроз групни здравствено васпитни рад и предавања у саветовалишту за труднице у циљу подизања нивоа здравственог образовања и формирања здравих навика понашања, а све у циљу да се помогне будућим мајкама да направе добар избор и на тај начин побољшају здравље и спрече појаву болести у целој породици.

Дескриптивна метода – анкета спроведена је у популацији трудница. Резултати спроведеног рада показују да је 65% трудница у току трудноће добило између 10-15 кг; 97%испитаница сматра да је веома важно одржавати „килажу“у границама нормалног.

Према прикупљеним подацима запажамо да се 58% трудница придржава хигијенско-дијететског режима у току трудноће. Резултати показују да 79% трудница редовно користи поврће у исхрани; 90% испитаница конзумира воће свакодневно као и млеко и млечне производе; 54% испитаница користи пилеће месо,33%свињско,13%говеђе месо, а 67% једе рибу једном недељно.

Многобројна истраживања указују на чињеницу да је трудноћа период у коме је жена најспремнија да прихвати савете који се односе на начин исхране, престанак пушења, смањен унос алкохола и уопште да прихвати начин живота који користи њеној беби. Ако здравствени

радници успеју да помогну будућој мајци да направи добар избор, постоје добре могућности да ће она на овај начин побољшати здравље и спречити појаву болести у целој породици. Тако се може снизити преваленца кардиоваскуларних обољења, односно морбидитет и морталитет мајке и одојчета

Број речи: 322

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Плећаш Д. Исхрана у трудноћи и лактацији. УНИЦЕФ. Београд, 2011.
2. Живановић В. Здравствена нега у гинекологији и акушерству. Ауторско издање. Београд, 2004.
3. Живановић В. Заштита здравља жене и детета. Ауторско издање. Београд, 2009.
4. Младеновић Д. Гинекологија и акушерство. Завод за уџбенике и наставна средства. Београд, 2005.
5. Спасић М. Смернице за унапређење исхране трудница и породиља у стационарним здравственим установама. Београд, 2014.
6. Шурлан Д. Здравствена нега у акушерству. Ауторско издање. Београд, 2012

Друштво струковних медицинских радиолога и радиолошких техничара

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

Радиофреквентна аблација у лечењу метастатске болести јетре порекла колоректалног карцинома

**Редовни Професор Проф. др Драган Машуловић, Клинички Центар Србије
Центар за Радиологију и магнетну резонанцију Поликлиника**

Метастазе колоректалног карцинома спадају у групу најчешћих малигних тумора јетре. У просеку, сваки други болесник са ЦРЦ развије метастазе у јетри, док четвртина њих у време када се дијагностикује ЦРЦ има и метастазе у јетри.

Третман избора је свакако хируршки, јер након Р0 ресекције петогодишње преживљавање износи 31-58%. Но, већина ових болесника због анатомске локализације промена, претеће инсуфицијенције јетре, коморбидитета и постојања екстрахепатичних метастаза нису кандидати за ресекцију јетре. Третман ових болесника требало би да има за циљ продужавање преживљавања, редукацију тегоба, спречавање прогресије болести и очување квалитета живљења.

Терапијски третман нересектабилних метастаза подразумева примену следећих опција: перкутану аблацију, хепатичну артеријску хемотерапију, хемо и радиоемболизацију. Једна од најчешће примењиваних метода перкутане аблације у већини болница је радиофреквентна аблација (РФА). Ова метода ће бити предмет и нашег разматрања. Показала се нарочито ефикасном у третману нересектабилне метастатске болести јетре када су лезије дијаметра мањег од 3 цм и када их има мање од 5. Такође, у случају прогресије метастатске болести након хепатектомије, РФА се препоручује као метод избора и фаворизује се у односу на рересекцију јетре, имајући у виду нарочито могућност презервације функционалног паренхима јетре. У серијама добро селекованих пацијената са ЦРЛМ третираних перкутаном РФА просечно време преживљавања износило је 36 месеци, а стопа петогодишњег преживљавања била је од 24- 30 %.

Број речи: 218

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. D.Masulovic,R.Stevic,S.Knezevic,M.Micev,DJ.Saranovic,A.Filipovic,DJ. Knezevic, A. Djurić – Stefanovic. Pancreatic VIPomas associated with multiple endocrine neoplasia type I. Journal Gastroenterology and Hepatology.2012; Vol 27, No 3, 619.
2. Jelić D, Masulović D. Bone bruise of the knee associated with the lesions of anterior cruciate ligament and menisci on magnetic resonance imaging. Vojnosanit Pregl. 2013 Sep;68(9):762-6.
3. KecmanovicDM, PavlovMJ, CeranicMS, Masulovic DM,PopovIP, MicevMT. Double-barreled wet colostomy: urinary and fecal diversion. J Urol 2008;180(1):201-204
4. Saranovic D, Djuric-Stefanovic A, Milovanovic A, Kratovac-Dunjic M, Masulovic D, IvanovicA.Education and imaging. Hepatobiliary and pancreatic: Juxtapapillary duodenal diverticulum causing cholestasis. J GastroenterolHepatol 2012;24(3):496.
5. RadenkovicD, Bajec D, Tsiotos G, KaramarkovicA,MilicN, Stefanovic B, Bumbasirevic V, Gregoric P, Masulovic D, MilicevicM, Planned staged reoperativenecrosectomy using an abdominal zipper in the treatment of necrotizing pancreatitis. Surgery today 2012;35(10):833-40

Ендокринолошка секција**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**

**„Едукација као кључ успешног лечења особа са дијабетес мелитусом“
Виша медицинска сестра Лела Коцић, Клинички центар Ниш, Клиника за
ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма
Весна Дукић,**

Живот са дијабетесом захтева активно и ефикасно управљање болешћу од стране пацијента. Ефективно управљање дијабетесом (Diabetes self-management) је процес који укључује знање о болести, дефинисање индивидуалних циљева, информације о третману болести, користима и ризицима од различитих терапијских опција, развијање вештина, евалуацију ефикасности плана усмереног ка постизању дефинисаних индивидуалних циљева. Само добро едуковани пацијент, који добро познаје суштину своје болести и принципе терапије, може активно учествовати у процесу лечења и преузети личну одговорност за сопствено здравље. Добро едуковани пацијенти имају велике шансе да доживе и проживе нормалан животни век, да превенирају појаву акутних компликација, да избегну или што више одложе развој хроничних компликација ове озбиљне болести.

Студије су показале да пацијенти обухваћени организованом едукацијом имају нижи ниво ХбА1ц - као најважнијег параметра гликорегулације. Истраживања показују да се код пацијената који су прошли једнедељни програм едукације шансе за хоспиталним лечењем смањују за 34 %.

На едукацију, као важан саставни део лечења оболелих од дијабетеса, указао је још далеке 1875.године француски лекар Боуцхардар. Едукацију је јасно дефинисао Јослин 1919.године, један од оснивача првог центра за дијабетес, истичући да „ пацијент оболео од дијабетеса који зна више о својој болести живи дуже.“

Ипак, у нашој средини овај важан терапијски приступ, још увек не налази адекватно место у ординацијама и болесничким собама. Неки од разлога су: недовољно схватање важности едукације у савременом третману дијабетеса, недовољно вредновање едукативног рада, немотивисаност здравствених радника, преоптерећеност свакодневним радним задацима...

О значају информисања и едукације пацијената оболелих од дијабетеса говори се и у Међународној повељи о правима и одговорности особа са дијабетесом Међународне федерације за дијабетес (ИДФ) -члан 2.Водичи за лечење дијабетеса такође наглашавају централну улогу едукације и самоконтроле у лечењу дијабетеса. Национална здравствена политика и програми превенције и лечења хроничних обољења, као што је дијабетес, зависе од суштинског разумевања социјалних, психолошких и културолошких аспеката ових стања и њиховог лечења. Светска здравствена организација предлаже да се политика бриге о хроничним обољењима фокусира на пацијента и омогући ефективна улога и утицај породице и окружења на здравствени систем.

Предавање обрађује делокруг рада сестре едукатора, нивои и садржај едукације пацијената, фактори који утичу на успех едукације, биће дате препоруке и смернице, као и методологија рада.

Број речи: 352

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. ADA Standards of Medical Care in Diabetes 2012, DIABETES CARE, VOLUME 35, SUPPLEMENT 1, JANUARY 2012
2. Kocic L. : Priručnik za sestre edukatore za dijabetes, Grafolist, Niš, 2014
3. Vujičić S., Bohinec Poljanec M., Žargaj B.: PRIROČNIK SLADKRONA BOLEZEN za zdravstvene delavce, Ljubljana, 2013
4. Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča dobre kliničke prakse, Ministarstvo zdravlja RS: Nacionalni vodič dobre kliničke prakse dijabetes mellitus, Beograd, drugo dopunjeno i izmenjeno izdanje , 2012
5. zbornicazveza.si/sites/default/files/publication__attachments/kurikulum_za_edukaciju.pdf

Секција сестара у ортопедији

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**Анализа примене апарата по илизарову на појединим сегментима локомоторног апарата код акутне трауме и компликација ранијег лечења другим методама**

Прим. асс. др Ивица Лалић, Клиника за ортопедску хирургију и трауматологију, Клинички Центар Војводине

Илизаров метод је одлична алтернатива од више конвенционалних метода нарочито у случајевима тешке контаминације рана и у случајевима губитка меког ткива и костију. Третман губитка костију као резултат акутне трауме традиционално је био и остао сложен хируршки проблем. У покушају да избегнемо проблеме повезане са дефицитом графт материјала као и трансфера слободног ткива, унутрашњи транспорт костију је техника која је била успешан метод за реконструкцију коштане масе код акутног губитака костију. Осим тога, Илизаров апарат може постићи стабилност чак и у случајевима коштане коминуције када интерна фиксација не може учинити ништа значајније. Несрастање дугих костију је често повезано са значајним губитком функције погођеног екстремитета, крутости у зглобовима, атрофијом мишића, дифузном остеопенијом, па чак и ампутацијом екстремитета или системским манифестацијама у случају инфекције. Индикације за одговарајућу методу лечења су често нејасне. У сложеном пољу несрастања костију, интрамедуларна фиксација је пожељна у одложеној (продуженој) консолидацији и хипертрофичким несрастањима без угаоних дефеката или хипометрије, док је метода Илизаров више индикуван код атрофичних несрастања са угаоним дефектима и хипометријом. Оквир прстенова апарата стабилизује и подржава основну кост уз помоћ трансфиксационих игала и полуклинова. Стабилност апарата се повећава са увећањем промера игле и силе напрегнутости, коришћењем више игала по прстену, поставком игала са супротне стране прстена или у различитим равнима. Повећањем угла укрштања игала до 90 степени добија се максимална стабилност апарата док њихово смањење испод 60 степени омогућава клизање костију које можемо спречити и употребом игала са оливом или полуклинова. Код пацијената који су доживели мултипле преломе или политрауму, очување нормалне функције екстремитета са минималним компликацијама је највећи приоритет. Успостављање стабилног екстремитета, једнаке дужине, без деформација, са добром мишићном функцијом, добром покретљивошћу зглобова и минималним ризиком од појаве инфекције представљају принципе који су основе примене ове технике. Такође је битно да време онеспособљености пацијената буде минимално и да се уради што мање хируршких интервенција. У већини случајева, спољња фиксациона техника Илизарова омогућује остварење ових принципа.

Представићемо ретроспективну и делом проспективну студију анализе примене апарата по Илизарову у лечењу акутних прелома, компликација прелома и других ортопедско трауматолошких стања која су решавана овом техником. У анализи су кориштена запажања примене апарата на појединим сегментима локомоторног система у периоду 2003 – 2016 год. Анализом су обухваћена стања лечења акутних прелома, несраслих прелома, лоше сраслих прелома, свих врста псеудоартроза, урођених и стечених деформитета костију, артродеза као и његова примена код неуспешних тоталних артропластика колена. Дугогодишним праћењем испитаника и анализом добијених резултата можемо са сигурношћу рећи да је примена овог апарата допринела излечењу великог броја пацијената и смањењу броја постоперативних компликација. Процена резултата лечења на појединим сегментима вршена је клиничким прегледима, радиографски, применом коштаних (АСАМИ) и функционалних, Карлстром – Олеруд скорова. Увођење трансосеалне остеосинтезе апаратом по Илизарову на Клиници за Ортопедску хирургију и трауматологију у Новом Саду након тринаестогодишњег праћења и анализе, потпуно је оправдало очекивања и њену примену у решавању најсложенијих врста прелома и компликација лечења ортопедско – трауматолошких стања.

Број речи: 500

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Ilizarov Method for Bone Lengthening and Defect Management Review of Contemporary Literature. Gubin A, Borzunov D, Malkova T. Bull Hosp Jt Dis (2013). 2016 Jun;74(2):145-54. Review.
2. Bone transport for the management of severely comminuted fractures without bone loss. Thakeb MF, Mahran MA, El-Motassem el-HM. Strategies Trauma Limb Reconstr. 2016 Apr;11(1):19-24. doi: 10.1007/s11751-016-0241-y. Epub 2016 Feb 1.
3. The treatment of infected tibial nonunion by bone transport using the Ilizarov external fixator and a systematic review of infected tibial nonunion treated by Ilizarov Yin P, Zhang Q, Mao Z, Li T, Zhang L, Tang P. Acta Orthop Belg. 2014 Sep;80(3):426-35. Review.
4. Rozbruch SR, Weitzman AM, Watson JT, et al. Simultaneous treatment of tibial bone and soft-tissue defects with the Ilizarov method. J Orthop Trauma. 2006;20(3):197-205.
5. Slavko M. Tomić. Pseudoartroze i defekti kostiju, Metod Ilizarova. Ženid, Beograd 2001.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Преломи карлице - савремени принципи лечења

доцент др Саша Миленковић, Медицински факултет Ниш

Увод Преломи карлице су тешке повреде, настају у саобраћајним удесима или при паду са већих висина. Трећи су по реду узрок смртности у саобраћајном трауматизму. Настају изоловано или су удружени са другим повредама. Често настају и у политрауми. Пацијенти са преломима карлице могу бити хемодинамски нестабилни или стабилни, а сам прелом карлице биомеханички нестабилан или стабилан.

Циљ рада Кроз приказе клиничких случајева приказујемо савремене принципе лечења ових тешких повреда.

Материјал и методе Клинички материјал Клинике за ортопедију и трауматологију КЦ Ниш. За фиксацију прелома је коришћен спољашњи фиксатор типа Митковић и реконструктивне плоче за карлицу. Преломи су класификовани према Марвину Тилеу, а крајњи функционални резултати су одређивани скалом по Маједу.

Резултати Проспективном студијом су приказани пацијенти са нестабилним преломима карлице нестабилног или стабилног хемодинамског статуса. Хемодинамски нестабилни пацијенти са нестабилним преломима карлице су лечени хируршки методом привремене спољашње фиксације. Спољашња фиксација као дефинитивна метода лечења је употребљена код неких пацијената који су имали повреду типа Б. За дефинитивни третман пацијената је коришћена метода отворене репозиције и унутрашње фиксације (ОРИФ), а за фиксацију прелома су коришћене реконструктивне плоче за карлицу. У раду се приказују и компликације лечења које прате ове повреде.

Закључак Хемодинамски нестабилни пацијенти са нестабилним преломима карлице се лече хируршки привременом спољашњом фиксацијом или карличном Ц клемом. Дефинитивна фиксација карлице захтева стабилан хемодинамски статус пацијента и она подразумева фиксацију нестабилног предњег или задњег карличног комплекса или фиксацију оба комплекса карлице.

Број речи: 232

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Milenković S, Mitković M, Bašić D, Arsić S, Hadži-Djokić J, Mitković M. Urinary tract injury associated with pelvic fractures. *Acta Chir Jugosl* 2014; 61(1): 9-15.
2. Milenković S, Mitković M, Saveski J, Micić I, Mitković M, Stamenić S. Surgical treatment of the unstable type C pelvic injury. *Acta Chir Jugosl* 2013; 60 (2): 53-58.
3. Milenković S, Kocić M, Mitković BM, Mitković MM, Spalević M. Nestabilne povrede karličnog prstena-značaj hirurške stabilizacije i rehabilitacije na krajnje funkcionalne rezultate. *alneoclimatologija* 2016; 40 (2): 225-229.
4. Marzi I, Lustenberger T. Management of bleeding pelvic fractures. *Scand J Surg* 2014; 103 (2): 104-111.
5. Abrassart S, Stern R, Peter R. Unstable pelvic ring injury with hemodynamic instability: what seems the best procedure choice and sequence in the initial management? *Orthop Traumatol Surg Res* 2013; 99 (2): 175-182.