

XII КОНГРЕС НАЦИОНАЛНЕ АСОЦИЈАЦИЈЕ УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ

22. - 26. мај 2019.
Врњачка Бања Хотел «Бреза»



22. мај 2019.
Пленум и свечано отварање
22. март 2019.
Рок за слање радова



Национални конгрес са међународним учешћем
Акредитациони број: Д-1-1227/18

info@nauzrs.rs | +381184284333 | www.nauzrs.rs

Пленарна тема: «Повреде и преломи горњег екстремитета»

- Проф. др Иван Мицић, Клинички центар Ниш, Медицински факултет Универзитета у Нишу

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

Остале информације и упуства за израду радова као и упуство како послати рад можете прочитати на сајту (www.nauzrs.rs)

Инфо: телефон/факс: (018) 4284333, емаил: info@nauzrs.rs (сваким радним даном од 10:00 до 15:00 сати)

НАЦИОНАЛНА АСОЦИЈАЦИЈА УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ

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 Ивана Бинић-** Редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Нишу
4. **Вмт Синиша Ђурђевић- Председник координационог тима** између научно стручног одбора и Стручно профилских Друштава Националне
5. **Вмт Хофман Миомир-** Председник Друштва медицинских сестара-техничара и бабица Србије
6. **Смс Томић Босилка-** Подпредседник Друштва медицинских сестара-техничара и бабица
7. **Смс Наташа Јевтовић-** Секретар Друштва медицинских сестара- техничара и бабица
8. **Вфт Јасминка Стојадиновић-** Председник Друштва физио и радних терапеута Србије
9. **Вдн Голубовић Саша-** Председник Друштва дијететичара и нутрициониста Србије
10. **Влт Биљана Марјановић-** Председник Друштва лабораторијских техничара Србије
11. **Сан.еко.инг.Маја Нешковић-** Председник Друштва санитарно еколошких инжењера Србије
12. **Фарм.тех. Љиљана Ђокић-** Председник Друштва фармацеутских техничара Србије
13. **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:

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

Програм ће бити реализован у трајању од **34** сати акредитованих предавања и преко **50** сати стручног излагања у постер или видео бим презентацији- усмено. Конгрес се реализује са **34 предавача** од тога **9 Наставника факултета Универзитета и Високих струковних школа здравствене неге, и 1 предавач из иностранства**. Конгрес ће бити реализован у Врњачкој бањи од 22.05. до 26.05.2019. 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: 10.10.2018

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 Ивана Бинић**- Редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Нишу
4. Виши медицински техничар, Дипломирани економиста менаџер у здравству, **Синиша Ђурђевић**- **Председник координационог тима** између научно стручног одбора и Стручно профилских Друштава Националне, Завод за хитну медицинску помоћ у Нишу
5. Струковни медицински техничар **Хофман Миомир**- Председник Друштва медицинских сестара-техничара и бабица Србије, Специјална болница за психијатријска обољења у Г.Топоници
6. Струковна медицинска сестра, **Томић Босиљка**-Подпредседник Друштва медицинских сестара- техничара и бабица, ОБ Пожаревац
7. Струковна медицинска сестра, **Наташа Јевтовић**- Секретар Друштва медицинских сестара-техничара и бабица Србије, Клиника за неурологију КЦ Крагујевац
8. **Вфт Јасминка Стојадиновић**- Председник Друштва физио и радних терапеута Србије, Институт Нишка бања
9. Струковни дијететичар нутрициониста, **Голубовић Саша**- Председник Друштва дијететичара и нутрициониста Србије, Специјална болница за психијатријска обољења у Г.Топоници
10. **Влт Биљана Марјановић**- Председник Друштва лабораторијских техничара Србије- ДЗ Пожаревац
11. Санитарно еколошки инжињер ,**Маја Нешковић**- Председник Друштва санитарно еколошких инжињера Србије, Завод за јавно здравље Пожаревац
12. Фармацеутски техничар **Љиљана Ђокић**- Председник Друштва фармацеутских техничара Србије, Здравствена установа апотека Ниш
13. Струковни радиолог, **Саша Костадиновић**, ОБ Лесковац

СПИСАК ПРЕДАВАЧА

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

1. Ванредни професор **Проф. др, Иван Мицић**, Клинички центар Ниш, Медицински факултет Универзитета у Нишу
2. Наставник вештина, **Светлана Николић**, Висока медицинска школа струковних студија у Ћуприји
3. Наставник вештина, Здравствена нега, **Сунчица Ивановић**, Висока медицинска школа струковних студија Ћуприја
4. Мастер организатор здравствене неге, **Сузана Милутиновић**, Дом здравља Медикус универзалис-Томовић
5. Виша медицинска сестра - техничар, **Даница Митровић**, Клинички центар Ниш
6. Спец офталмологије, **Др Биљана Планинич**, Општа болница Пожаревац
7. Психијатар, субспец болести зависности, **Др Драган Вукадиновић**, Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница
8. Специјалиста анестезиологије са реаниматологијом **Др Небојша Стевановић**, Клинички центар Крагујевац
9. Лекар специјалиста-пнеумофтизиолог, помоћник директора, **Др Гордана Антонијевић**, Специјална болница "Озрен"
10. Стрковни медицинско лабораторијски технолог, **Биљана Марјановић**, Дом Здравља Пожаревац
11. Субспецијалиста алергологије, **Др Велина Петковић**, Застава Завод за здравствену заштиту радника Крагујевац
12. Лекар, **Др Слађана Влајовић**, Завод за хитну медицинску помоћ
13. Редовни професор **Проф. др, Маја Николић**, Медицински факултет Универзитета у Нишу
14. Струковна медицинска сестра, **Соња Митић**, Дом здравља Ниш
15. Професор струковних студија **Проф. др, Љиљана Антић**, Висока медицинска школа струковних студија у Ћуприји
16. Специјалиста педијатар, **Др Мирјана Илић**, Дом здравља Крагујевац
17. Струковна медицинска сестра, **Гордана Стевовић**, Клинички центар Ниш
18. Редовни професор, **Проф. др, Биљана Коцић**, Медицински факултет Ниш
19. Струковни физиотерапеут, **Светлана Пешић**, Клинички Центар Ниш
20. Специјалиста оториноларингологије, **Др Никола Николић**, Општа болница Крушевац
21. Др спец. ор.медицине и пародонтологије, **Др Ивица Глишић**, Дом здравља Пожаревац
22. Примаријус мр мед.наука, спец.мед.рада, **Прим. Др Горан Илић**, Застава Завод за здравствену заштиту радника Крагујевац
23. Примаријус опште медицине, **Прим др.Ивица Здравковић**, Дом здравља Пожаревац
24. Доктор стоматологије, специјалиста стоматолошке протетике, **Др Милош Ковачевић**, "Галеника а.д."
25. Струковна медицинска сестра, **Наташа Јевтовић**, Клинички центар Крагујевац
26. Спец.гинекологије и акушерства, **Др Миодраг Савовић**, Дом здравља Ниш

27. Примаријус, специјалиста трансфузиолог, доктор медицинских наука – област хематологија, **Прим Др сци мед Ана Антић**, Завод за трансфузију крви - Ниш
28. Виши медицинска сестра – на одсеку за радитерапију, **Сузана Ђорђевић**, КЦ Ниш Клиника за Онкологију
29. Доктор медицине/специјализант интерна медицина, **Др Новица Димић**, Институт за лечење и рехабилитацију "Нишка Бања"
30. Магистар фармације, **Мр пх Милица Милинковић**, Апотека Крагујевац
31. Редовни професор, **Проф. Др сци мед Борис Ајдиновић**, Институт за нуклеарну медицину Београд
32. Лекар, **Др Братислав Б. Миловановић**, Специјална болница „Меркур“ Врњачка Бања
33. Specialist Orthopaedic, **Prof. Dr sci med In-Ho JEON**, Department of Orthopaedic Surgery, Asan Medical Center, Ulsan Medical School, Seoul. **Korea**
34. Мастер менаџер у здравству, **Асс Небојша Вацић, МА**, Факултет за менаџмент економију и финансије МЕФ Београд, Струковни медицински техничар специјалиста, Клиника за хематологију КЦ Ниш

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, упознато 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 10.10.2018 године.

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

ПЛЕНАРНА ТЕМАТИКА за све учеснике Конгреса:

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Повреде и преломи горњег екстремитета

Ванредни професор Проф. др Иван Мицић, Клинички центар Ниш, Медицински факултет Универзитета у Нишу

У савременој трауматологији која се свакодневно суочава са различитим облицима трауме, значајно место по тежини и значају припада трауми горњег екстремитета.

Разлог све веће учесталости трауме горњег екстремитета је, у првом реду, експлозивни развој индустрије и саобраћаја и последични радни и саобраћајни трауматизам.

Савремену трауму карактеришу и све тежи облици, нарочито у виду политрауме, која је праћена највећим морталитетом, морбидитетом и инвалидношћу.

Преломи дугих кости (надлактина кост, кости подлактице) у склопу политрауме имају у односу на изоловане преломе већи значај и у многоне утичу на ток и исход политрауме.

Правилно лечење прелома дугих кости код политрауматизованих може значајно смањити морталитет и морбидитет.

Генерални циљеви ране стабилизације прелома дугих кости су: контрола крварења, супресија локалног инфламаторног одговора и продужено лучење медијатора запаљења, ослобађање бола и олакшавање неге и постизање раније мобилности повређеног у јединици интензивне терапије.

Код лакше политрауматизованих и кад год је то могуће треба примарно збринути преломе дугих костију раном унутрашњом фиксацијом као дефинитивном методом лечења након успешне реанимације.

Спољна скелетна фиксација представља безбедну методу за постизање ране иницијалне стабилности прелома дугих кости уз минималну додатну оперативну траума у случајевима отворених повреда и прелома као и повреде неуроваскуларних елемената.

Број речи: 197

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

1. Reid CM, Rivera-Barrios A, Tapp M, Hassanein AH, Herrera FA. Upper extremity injuries associated with all-terrain vehicle accidents: A multicenter experience and case review. *Injury*. 2018 Oct;49(10):1805-1809. doi: 10.1016/j.injury.2018.08.018. Epub 2018 Aug 22.
2. Best MJ, Tanaka MJ. Multidirectional Instability of the Shoulder: Treatment Options and Considerations. *Sports Med Arthrosc Rev*. 2018 Sep;26(3):113-119. doi: 10.1097/JSA.000000000000199. Review.
3. Golshani K, Cinque ME, O'Connor Halloran P, Softness K, Keeling L, Macdonell JR. Upper extremity weightlifting injuries: Diagnosis and management. *J Orthop*. 2017 Nov 7;15(1):24-27. doi: 10.1016/j.jor.2017.11.005. eCollection 2018 Mar. Review.
4. Roberts CS, Pape HC, Jones AL, Malkani AL, Rodriguez JL, Giannoudis PV. Damage control orthopaedics: evolving concepts in the treatment of patients who have sustained orthopaedic trauma. *Instr Course Lect*. 2005;54:447-62. Review.
5. Hall EC, Tyrrell RL, Doyle KE, Scalea TM, Stein DM. Trauma transitional care coordination: A mature system at work. *J Trauma Acute Care Surg*. 2018 May;84(5):711-717. doi: 10.1097/TA.0000000000001818.

XII КОНГРЕС

СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ

ЧЕТВРТАК 23.05.2019. год.

ПЕТАК 24.05.2019. год.

СУБОТА 25.05.2018. год.

ПРЕ ПОДНЕ 10:00

Сала 1 - Брежа - **10:00** Неуролошка секција
Сала 2 - Брежа - **10:00** Секција сестара у ортопедији
Сала 3 - **10:00** Брежа - Друштво фармацеутских техничара
Сала 4 - Променада - **10:00** Друштво дијететичара - нутрициониста и Друштво санитарно- еколошких инжењера и техничара

ПОСЛЕ ПОДНЕ 15:00

Сала 1 - Брежа - **15:00** Секција гинеколошко акушерских сестара и бабица и Секција поливалентне патронаже
Сала 2 - Брежа - **15:00** Ендокринолошка секција
Сала 3 - Брежа - **15:00** Секција стоматолошких сестара
Сала 4 - Променада - **15:00** Секција студената здравствене струке

ПРЕ ПОДНЕ

Сала 1 - Брежа - **10:00** Педијатриска секција
Сала 2 - Брежа - **10:00** ОРЛ секција
Сала 3 - Брежа - **10:00** Хируршка секција и Уролошка секција
Сала 4 - Променада - **09:00** Друштво зубних техничара
11:00 Психијатријска секција

ПОСЛЕ ПОДНЕ

Сала 1 - Брежа - **14:00** Друштво физио и радних терапеута
Сала 2 - Брежа - **15:00** Секција медицине рада
Сала 3 - Брежа - **15:00** Трансфузиолошка секција и Хематоонколошка секција
Сала 4 - Променада - **15:00** Пнеумофтизиолошка секција и Секција кућне неге

ПРЕ ПОДНЕ 10:00

Сала 1 - Брежа - **10:00** Интернистичка секција
Сала 2 - Брежа - **10:00** Секција инструментара и сестара у анестезији
Сала 3 - Брежа - **10:00** Секција сестара у нефрологији и хемодијализи и Дерматовенеролошка секција са инфектолошком
Сала 4 - Променада - **10:00** Секција сестара у рехабилитацији

13.00 - Базар здравља

ПОСЛЕ ПОДНЕ

Сала 1 - Брежа - **14:00** Друштво струковних радиолога и радиолошких техничара и Друштво лабораторијских технолога и техничара
Сала 2 - Брежа - **15:00** Секција опште медицине
Сала 3 - Брежа - **14:00** Секција ургентне медицине
Сала 4 - Променада - **15:00** Офталмолошка секција



www.nauzrs.rs

Секција студената здравствене струке

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**МОТИВАЦИЈА ЗА РОДИТЕЉСТВОМ****Наставник вештина Светлана Николић, Висока медицинска школа струковних студија у Ћуприји**

Мотивација за родитељством представља још увек недовољно испитану категорију. Иако су се бројне студије бавиле неким сегментима овог проблема, не може се рећи да је он у потпуности разјашњен. Као прво, питање мотивације за родитељством је могуће сагледати са више различитих аспеката, посебно када се приступи анализи фактора који могу имати утицаја на доношење одлуке о потомству. Разматрања да се родитељство сврстава у категорију нечега што је већ само по себи предодређено и подразумевано, тј. да се рађамо са потребом и жељом да будемо родитељи, све мање налази своје упориште. Све се чешће поставља питање није ли право сваког појединца да самостално донесе одлуку жели ли потомство или не? Многи теоретичари су покушали одговорити на питања везана за мотивацију за родитељством, но треба имати у виду да је реч о појави коју није ни мало једноставно истражити. Разлог је вероватно у чињеници да се задире у најдубљу интиму особе, те су испитаници склони изношењу социјално прихватљивих ставова, мада треба размотрити и другу могућност, а то је да ни сам човек није увек свестан разлога због којих се жели остварити у улози родитеља. Да ли је разлог у чињеници да се родитељство као животна улога подразумева, да ли је суштина мотивације за родитељством у основи репродукције и продужетка врсте, или је можда у основи тежња за уклапањем у друштвене норме пожељног? Као што је могуће закључити из наведеног мотивација за родитељством је врло комплексна појава, на коју утичу бројни фактори. Родитељство представља уобичајен, мада не и једини, начин изражавања репродуктивности. Управо из овог разлога дуго су били заступљени ставови да је репродукција у основи мотивације за родитељством. Међутим, данас се сасвим поуздано зна да је ово питање знатно комплексније, и да анализа мотивације за родитељством обухвата многобројне факторе, од биолошких, преко социјалних до психолошких. Као што је познато, у основи биолошке мотивације је одржање живота јединке или врсте. Мотивација за одржањем врсте обухвата сексуални и матерински (родитељски) мотив. Сматра се да се овај облик мотивације испољава од најранијег узраста, кроз игру са луткама, бригу о млађима и сл. Но, вратимо се за моменат на дефиницију мотивације која каже да је

то скуп активности које се предузимају у циљу остварења неког циља, а споменуте активности су покренуте због нарушене равнотеже, а исто тако активност бива обустављена када се задовољи одређена потреба. У случају мотивације за родитељством постоји низ фактора који је покрећу или обустављају и немогуће је посматрати је и изучавати само са биолошког нивоа. Наиме, развој друштва и цивилизације условио је бројне промене које су неминовно условиле и промене када је схватање породице и потомства у питању. Неопходно је напоменути да друштво има изузетно велик значај на доношење одлуке о потомству, и да може деловати како стимулативно, тако и дестимулативно на исту. У различитим културним срединама деца су различито вреднована, чиме је условљен и приступ најмлађима. Егзистенција и финансијске прилике су такође фактори који се морају узети у разматрање, када говоримо о мотивацији за родитељством, јер директно утичу на доношење одлуке о потомству. Развој друштва донео је велике промене и када је положај жене у друштву у питању, њене еманципације и чињенице да жена више није само супруга и мајка, већ у 2 огромном броју случајева запослена жена која има тежњу да изгради своју каријеру, а да се при том не одрекне породице.

Број речи: 548

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

1. I. Tučak Junaković, I. Ahmeti. Motivacija za roditeljstvo i briga za mlađe naraštaje u mlađih i sredovečnih roditelja. Društvena istraživanja Zagreb 2012; broj 2(116):363-382.
2. Čudina-Obradović M., Obradović J. Želja za djecom i apstinencija od djece: odrednice, korelati i mogućnosti društvene intervencije. Rev. soc. polit., god. 6, br. 3-4 str. 241-258, Zagreb 1999.
3. A.Bjelica, S.Nikolić, Development and Achivements of Assisted Reproductive technology, Medical review, vol.68,br.9-10,str.353-357, 2015.
4. S.Nikolić, A.Bjelica, Lj.Antić. Achievement motivation in couples participating in in vitro fertilization program. International Journal Of Current Medical And Pharmaceutical Research, Vol. 3, Issue, 02, pp.1369-1373, February, 2017
5. S.Nikolić, A.Bjelica, Lj.Antić, H.Aleksopoulos. Attitudes of patients about the importance of psychological intervention in the proces of In Vitro fertilization. International Journal Of Current Medical And Pharmaceutical Research, Vol. 3, Issue, 10, pp.2564-2568, October, 2017.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**(максимално 500 речи)****Академске студије здравствене неге од теорије до напредне праксе****Наставник вештина, Здравствена нега Сунчица Ивановић, Висока медицинска школа струковних студија Ћуприја**

Увод: У свом историјском развоју сестринство се од оспораване и маргиналне струке постепено развијало до друштвено признате самосталне професије. Развојни пут нимало није био лак ако се има у виду смисао и значење као и место и улога које високообразоване сестре оспособљава за спровођење не само поступака у области неге пацијената већ и оних поступака у лечењу пацијената који су у блиској прошлости били само у домену лекара. Пример описане иновације у здравственом систему је организовање клиника у којима само медицинске сестре уз потребно образовање, знање за организовањем прате стање здравља, спроводе едукацију, психосоцијалну подршку пацијената и доносе коначне закључке о току лечења пацијената (енгл. Nurse-led clinic). Циљ: Приказати данашње стање сестринства у Републици Србији, и потребу за образовањем и едукацијом медицинских сестара, с посебним нагласком на изазове академског образовања како би се превазишли проблеми у образовању медицинских сестара, и одредиле потребе за бољим ангажовањем високообразованих сестара у просвети и здравству. Метод рада: Систематски преглед квантитативних студија објављених у Конзорцијуму библиотека Србије за обједињену набавку (КОБСОН). Резултати: У Републици Србији постоји продукција медицинских сестара са академским образовањем и било би потребно проширити компетенције и признати коефицијент. Развојем нових технологија и медицинских апарата, медицинске сестре се у свакодневном раду сусрећу са новинама, удруженим коморбидитетима и неопходно је да се образују а не да се обучавају на кратким обукама. Осим обавезног стручног усавршавања, потребна је мотивисаност медицинских сестара за целоживотно образовање ради напредовања у раду и струци. Без обзира што се у многим установама прећутно оправдава не препознавање академских сестара од стране Министарства здравља, велики број медицинских сестара, виде своје самоостварење у даљем школовању, које саме финансирају. Док се у свету у протеклих педесет година систематски повећавао број доктора наука из подручја сестринства, акредитовани програми у високом образовању у Републици Србији нису задовољавали минималне услове за постојање докторских студија из области здравствене неге као и непостојање закона о сестринству што неминовно доводи до одсуства легислативе у погледу неопходног нивоа компетенција за медицинске сестре, избор академских медицинских сестара у наставна и научна звања. Закључак: Чињеница је да Република Србија не препознаје академску медицинску сестру и да су неминовне новине не само у систему образовања већ и у здравственом систему. Потребна је додатна подршка не само Министарства просвете, науке и технолошког развоја већ и Министарство здравља како би се 2 испратиле смернице и стратегије развијених земаља у складу са Директивом Европске Уније 2005/36/ЕЦ, и поради на образовању и усавршавању академских медицинских сестара али и проналажењу њихове улоге у високом образовању и здравству.

Број речи: 413

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

1. Naranda N. Trajno usavršavanje medicinskih sestara županijske bolnice Čakovec. Andragoški glasnik.2016;20 (1-2): 95-101
- 2.Mrnjec V.Povijesni pregled obrazovanja medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj. SG/NJ 2014;19:246-9 DOI: 10.11608/sgnj.2014.19.052
3. Hudorović N. Posebnosti programa za studij Sestrinstvo Sveučilišta u Dubrovniku u funkciji razvojnih potreba Dubrovačko- neretvanske županije. Zbornik Sveučilišta u Dubrovniku. 2014.Dostupno na: http://www.unidu.hr/datoteke/873izb/1._Zbornik_radova_Sveucilista_u_Dubrovniku.pdf Pristupljeno 25.09.2018.
4. Vičić-Hudorović, V. Cjelovito učenje i akademsko napredovanje u sestrinstvu, Sestrinski glasnik. 2013;18(3): 167-8. 5. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kozka M, Lesaffre
5. E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van AT, Sermeus W. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. Lancet 2014;383:1824–30.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**(максимално 500 речи)****Повезаност епидемије гојазности због инсулинске резистенције са здравственим проблемима као последице гојазности****Мастер организатор здравствене неге Сузана Милутиновић, Дом здравља Медикус универзалис-Томовић**

Увод: Један од најважнијих глобалних здравствених проблема је гојазност. Услед повећане преваленце гојазности у детињству у порасту су здравствени проблеми као што су дијабетес мелитус типа 2, стеатоза јетре, ортопедски проблеми, полицистични јајници, проблеми остваривања потомства, компликација које су до скоро биле присутне само код одраслих особа. Поред тога, гојазност код деце је повезана са факторима ризика за кардиоваскуларне болести, као што су хипертензија, дислипидемија, атеросклероза и коронарне артеријске болести. Директни медицински трошкови лечења гојазне деце су за само две деценије троструко увећани, као последица бројних компликација гојазности.

Према дефиницији Светске здравствене организације (СЗО), гојазност је хронично обољење које се карактерише повећањем масних наслага у организму, у мери која нарушава здравље и доводи до низа компликација. Тренд гојазности је алармантан код деце, адолесцената и у фертилном периоду. Иако је у геријатријској популацији чешћа појава потхрањености, све више се гојазност среће и код особа старијих од 65 година.

Према подацима из 2006.године истраживања су показала да више од половине одраслог становништва (54,5%) има проблем прекомерне ухрањености (прегојазност и гојазност), при чему је 18,3% одраслих гојазно. Нема значајних разлика између мушкараца и жена. Проценатуално број гојазних расте са старашћу с тим што од 75 и више година долази до значајног пада процента гојазних.

Један од проблема који се односи на поремећај функције инсулина у контроли преузимања, транспорта и складиштења глукозе је инсулинска резистенција или смањена инсулинска сензитивност, а гојазност је директно одговорна за инсулинску резистенцију. Стање када постоји препрека или поремећај у остваривању ефеката инсулина преко инсулинског рецептора је инсулинска резистенција (ИР). Другим речима, ИР се описује као поремећени биолошки одговор на инсулин и може настати као последица пререцепторског, рецепторског и пострецепторског дефекта, услед чега настаје смањено увођење глукозе у ћелије.

ИР може бити генетски условљен, међутим на њено испољавање утичу фактори спољашње средине. Храна је важна у настанку инсулинске резистенције. Број инсулинских рецептора се смањује због хране богате угљеним хидратима.

Последњих година је у све већем порасту број жена и мушкараца који због инсулинске резистенције имају проблем остваривања потомства.

Такође је показана снажна повезаност хипергликемија жена током трудноће и индекса телесне масе узраста од 5 до 7 година након прилагођавања телесној тежини мајке и порођајној тежини.

Глобална епидемија гојазности је удружена са порастом преваленције артеријске хипертензије. Гојазност је снажно повезана са неколико важних коморбидитета који доприносе развоју кардиоваскуларних болести. Гојазност доводи до метаболичког стреса.

Преваленца гојазности наставља да расте забрињавајућом брзином посебно у развијеним земљама и земљама у развоју. У студији о трендовима преухраћености и гојазности анализа података из 144 државе, проценила је са је 2010. године 43 милиона предшколске деце било преухраћено и гојазно. За две деценије глобална преваленца преухраћености и гојазности предшколске деце је порасла са 4,2% 1990. на 6,7% 2010. године а оно што највише забрињава је пораст глобалне преваленце на 9,1% односно 60 милиона до 2020. године. У САД се током претходне три деценије бележи двоструки пораст преваленције гојазности деце са 7% на 18% уз троструки пораст са 5% на 18% код адолесцената. Гојазна деца најчешће постану гојазни одрасли.

Неопходна је едукација популације о здравим животним навикама, правилна исхрана, физичка активност. Гојазност је болест која се лечи

Број речи: 501

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

1. Ludwig DS. Childhood obesity—the shape of things to come. N Engl J Med 2007;357:2325-7.
2. Franks PW, Hanson RL, Knowler WC, Sievers ML, Bennett PH, Looker HC. Childhood obesity, other cardiovascular risk factors, and premature death. N Engl J Med 2010; 362:485-93.
3. Wang G, Dietz WH. Economic burden of obesity in youths aged 6 to 17 years: 1979–1999. Pediatrics 2002; 109:e81.
4. Branca, F., Nikogosian, H. & Lobstein, T. (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response World Health Organisation, 1-20.
5. Milosavljević, T. i Grozdanov, J. (2007). Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije 2006. godine. Finalni izveštaj. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 249-260.

Секција сестара у нефрологији и хемодијализи

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

**ТРАНСПЛАТАЦИЈА БУБРЕГА - ПОТЕНЦИЈАЛНО ЗНАЧАЈНО ПОЉЕ
УЧЕШЋА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА У ТИМСКОМ ПРИСТУПУ ЛЕЧЕЊА**

виша медицинска сестра - техничар Даница Митровић, Клинички центар Ниш

Трансплантација бубрега је једна од најбољих метода за замену бубрежне функције. Током протеклих 40 година направљен је огроман напредак у овој области медицине не само за побољшање исхода трансплантације, већ и за повећано укључивање медицинских сестара у предтрансплатацијску припрему и пост-трансплантациону негу.

1902. прва успешна експериментална трансплантација бубрега на животињама

1909. прва трансплантација бубрега са животиње на човека

1950. ливинг трансплантација бубрега код РутхТуккер(АДПКД) и 1952. у Нецкер болници у Паризу резултирала брзим губитком графта.

1954. у Бостону прва успешна трансплантација бубрега између близанаца

Поред основног обарзовања за медицинске сестре, која је, уз полагање стручног испита омогућила самосталан рад, неопходно је усвојити специфична знања и вештине како би адекватно обављала нефролошку здравствену негу.. Ово подразумева базу знања о дијагностици бубрежних болести, знању и вештинама извођења различитих метода замене бубрежне функције , познавањем високо софистициране технологије, познавањем фармакологије и фармакотерапије, исхране, раста и људског развоја, принципима рехабилитације, усвајањем комуникативних и едукативних вештина, познавањем палијативног збрињавања и концепте који се односе на смрт и умирање, усвајање законских одредби и развој радне способности унутар интердисциплинарног тима. Оне не само да поседују знање у овим областима, већ морају бити свесне специфичности здравствене заштите у кризи о таквим пацијентима.

Хемодијализа

Карактеристике које треба да поседује медицинска сестра у јединици за хемодијализу су прецизност и стрпљење, способност да раде под стресом, а нарочито склоност ка брзој процени болесникових потреба.

Медицинска сестра / техничар учествује као пуноправни члан тима у збрињавању нефролошког болесника својим сталним присуством уз болесника, едукацијом пацијената и евидентирањем промена код пацијената.

Сумирајући број компликација, од велике је важности да медицинске сестре / техничари раде на одељењима за хемодијализу, јер могу својим знањем и вештинама спречити број компликација, како својом брзом интервенцијом тако и сталним присуством уз пацијента.

Закључак

Медицинска сестра у програму трансплантације треба да буде добар координатор и педагог, осетљив у решавању емоционалних и етичких проблема, склона брзој идентификацији проблема и комуникативна.

Медицинске сестре у нези нефролошких болесника имају разноврсну и значајну улогу.

Најновије смернице и протоколи се користе у њиховом раду како би унапредиле и побољшале квалитет здравствене неге ..

Број речи: 334

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

1. Gaynor JJ, Ciancio G, Guerra G, Sageshima J, Hanson L. Multivariable risk of developing new onset diabetes after transplant—results from a single-center study of 481 adult, primary kidney transplant recipients. Clin Transplant , 2015, 29: 301-310.
2. Geoffrey K. Dube, David J. Cohen Recurrent and De Novo Diseases After Renal Transplantation, 2014.159-172
3. Harini A. Chakkerla, MPH, E. Jennifer Weil, Phuong-Thu Pham, Jeremy Pomeroy, PhD² and William C. Knowler. Can New-Onset Diabetes After Kidney Transplant Be Prevented? Diabetes Care 2013 May; 36(5): 1406-1412.
4. Stupar Božica.: Specificne standardizovane sestrinske procedure u nefrologiji. Udruženje nefroloških sestara Srbije, 2013
5. Daugirdas John T, et al. K/DOQI Clinical practice guidelines for haemodialysis adequacy : 2015 update. Am J Kidney Dis. 2015;66(5):884-930.

Офталмолошка секција

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

Синдром сувог ока

спец офталмологије Др мед Биљана Планиничкић , Општа болница Пожаревац

20% људи између 30 и 60 година живота и чак 70% људи преко 60 година живота има синдром сувог ока.Суво око је хронични недостатак влажења и „подмазивања“ ока.Може се јавити у најблажој форми,када је присутна иритација ока,па све до појаве инфекције предње површине ока.

Узроци настанка сувог ока су многобројни,а с обзиром на распрострањеност овог синдрома веома је важно истаћи који су:

- 1.нормалан процес старења,нарочито код жена у току менопаузе;
- 2.током узимања неких лекова;
- 3.као последица сталној изложености сувом ваздуху или прашини (просторије са клима ређајима и централним грејањем);
- 4.код особа које дуго раде испред екрана (због ређег трептања);
- 5.у оквиру системских болести;
- 6.код носилаца контактних сочива;
- 7.стања код којих је немогуће потпуно затварање капака;
- 8.болести сузне жлезде;

Симптоми сувог ока могу се манифестовати од благе нелагодности, типа сувоће очију, сталног осећаја гребања, жарења у очима, до врло непријатног осећаја страног тела и црвенила очију.

Ако се јаве овакви симптоми,потребно је јавити се офталмологу на преглед,који низом тестова поставља дијагнозу сувог ока (приказ случаја из праксе).

Лечење сувог ока може се спровести на више начина:

- укапавањем вештачких суза-најчешће;
- адекватним влажењем просторија у којима се борави;
- код тежих случајева, укапавање капи циклоспорин које доводе до појачаног лучења суза;
- смањење отицања суза;

Синдром сувог ока је веома комплексно стање и зато захтева пуну пажњу офталмолога.

Број речи: 279

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

1. Литература: Jack J. Kanski American academy of ophthalmology, 2017
2. Офталмолошка ревија Иновације у дијагностици и терапији сувог ока, 2018
3. Acta ophthalmologica Улога вештачких суза у терапији синдрома сувог ока (Др Тања Калезић), 2018
4. Суво око - Проф др Слободан Голубовић, 2017
5. Primena autologog seruma kod pacijenata sa suvim okom u oviru sjedrenovog sindroma Dr Dačić Krnaja, 2016

Психијатријска секција

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

Istorija bolnice za duševne bolesti G Toponica

психијатар, субспец болести зависности др Драган Вукадиновић, Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница

Деведесет година постојања, за појединца, представља сасвим солидан животни век. У том периоду, човек смирено очекује животно финале. Када је у питању овај период, у животу једне институције, започета десета деценија постојања и рада указује на квалитет, успешност у раду, јасну визију, али и обавезу планирања даљег развоја.

На почетку приче о овој болници, морамо поменути да она повезује две српске династије. Једна од њих је била власник имања на коме је саграђена ова установа, а припадник друге династије је ту као пацијент азилиран петнаест година.

Причајући о овој болници, поменуће се и лекари, који су у својим коферима доносили студентске дане Сорбоне, Беча, Прага...или тужне избегличке судбине белих Руса. Сви они су део свог живота провели у овом болничком кругу и уградили део себе у њен развој. Некима од њих је ово била последња станица, а неки су настављали даље и са стеченим топониичким искуством оснивали нове психијатријске болнице Србије и Балкана.

Целу причу о овој болници немогуће је комплетно обухватити, јер она садржи и неколико десетина хиљада судбина пацијената који су кроз њу прошли. Већина тих прича нису само „историје болести“, већ животне приче ранга античких трагедија.

Болница је настајала у временима када је азилирање пацијената био готово кључни задатак оваквих установа. Терапијски приступи у психијатријису се временом променили. У међувремену, издиференцирале су се различите специфичне области на које се психијатрија фокусира.

Број речи: 225

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

1. Ђорђе Карађорђевић "Истина о мом животу" Просвета Београд реиздање 2017
2. Карл Јасперс "Општа психопатологија! Просвета Београд 1990, реиздање 2012
3. Муњиза Марко "Историја Психијатрије", 2002
4. Лазаревић Бранка "Етика и историја медицине" Просвета Ниш 2004
5. Вукадиновић Драган и сар "Историја једне душевне болнице" Графос 2018

Секција инструментара и сестара у анестезији

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**Превенција хроничног постоперативног бола****Специјалиста анестезиологије са реаниматологијом др Небојша Стевановић,
Клинички центар Крагујевац**

Хронични постоперативни бол (ХПОБ) представља бол који траје више од три месеца након хирушког захвата. Овакав хронични бол представља посебан социјални феномен који значајно утиче на квалитет живота и има економске последице како за појединца тако и за друштво у целини.

Акутни постоперативни и интра оперативни бол не треба схватити као тренутну нелагодност која ће нестати се зарастањем ране. Напротив постоперативни бол представља комплексну мешавину настајућих ефеката на периферном, спиналном и церебралном нивоу уључујући и више неуротрансмитера, модулатора и имуни систем.

ХПОБ се јавља након различитих хируршких захвата независно од њихове опсежности (www.hesonline.nhs.uk; www.cdc.gov). У развијеним земљама као што је САД креће се и до 6,8% а у Великој Британији 0,5-14%.

Различити механизми доводе до настанка ХПОБ. Повреде велики нерава и сензорно трансмиторног система у кичменој мождини и мозгу у току хируршких интервенција доводе до неуропатског бола. У другим случајевима бол је инфламаторног порекла настао као последица хирушког оштећења ткива и последичног запаљенског процеса. Периферна сензитација настаје као последица ослобађања медијатора инфламације што снижава праг ноцицептора који се налазе у околном ткиву. централна сензитизација настаје као последица повећања ексцитабилности неурона у ЦНС-у те инфламаторни бол постаје удружен са појачаним одговором на иначе не болне сензорне надражаје.

Фактори ризикаЧ Демографски генетски, акутни постоперативни бол не адекватно третиран, преоперативни бол, хируршки фактори, психосоцијални фактори.

Терапија је веома тешка и неизвесна тако да превенцији треба посветити пуну пажњу. Елиминација или свођење фактора ризика на минимум је основни корак. Контрола коморбидитета као и разне методе опуштања и психичке припреме за оперативни захват су веома важне.

Превентивна аналгезија је широк појам који обухвата и преемптивну аналгезију и аналгетски третман који контролише и блокира трансмисију импулса примарног аферентног неурона, пре, у току и након хирушког захвата.

Превенција, пре него сама терапија ХПОБ има изузетан значај на спречавање и контролисање ХПОБ који има огромни социоекономски значај у савременој медицини .

Број речи: 302

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

1. Aasvang EK, Hansen JB, Kehlet H. Late sensory function after intraoperative capsaicin wound instillation. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2009 Aug 13.
2. Buvanendran A, Kroin JS. Multimodal analgesia for controlling acute postoperative pain. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2009 Oct; 22(5):588-93.
3. Eisenach james, M.D., : Expanding our horizons; Transition of Acute Postoperative Pain ti persistent Pain and Establishment of Chronic Postsurgical Pain Services, *Anesthesiology* 2009; 111:461-3
4. Gálvez R, Marsal C, Vidal J, Ruiz M, Rejas J. Cross-sectional evaluation of patient functioning and health-related quality of life in patients with neuropathic pain under standard care conditions. *Eur J Pain*. 2007;11:244-55.
5. White PF, Multimodal analgesia: its role in preventing postoperative pain. *Curr Opin Investig Drugs*. 2008 Jan; 9(1):76-82

Пнеумофтизиолошка секција

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

Повезаност брзине конверзије спутума и исхода лечења Мултирезистентне туберкулозе са приказима едукативних случајева

лекар специјалиста-пнеумофтизиолог, помоћник директора Гордана Антонијевић, Специјална болница "Озрен"

Повезаност брзине конверзије спутума и исхода лечења мултирезистентне туберкулозе са приказима едукативних случајева

Увод : MDR-TB се дефинише као туберкулоза изазвана сојем бактерије *Mycobacterium tuberculosis* који је *in vitro* резистентан на ефекте Isoniazida и Rifampicina са или без резистенције на било који други лек. Значај MDR-TB се огледа у извештајима СЗО који наводе да је око 600.000 новооболелих од MDR-TB у свету само у 2016. години са око 240.000 смртних случајева. Највећи пораст оболелих бележи се у Индији, Јужној Африци и Украјини.

3.6% новооболелих од TB је MDR TB, а око 20% код поново лечених TB болесника. Око 10% њих спада у групу XDR-TB. У Србији 2017 није пријављен ниједан случај XDR-TB.

У болници на Озрену у протеклих 10 година лечено је 100 оболелих од MDR TB. Било је 56 са примарном резистенцијом и 44 болесника са стеченом резистенцијом. Примарна резистенција подразумева да је особа инфицирана резистентним сојем бацила туберкулозе, а стечена резистенција је резултат неадекватног, некомплетног лечења или лечења лошег квалитета што омогућава развој мутаната резистентних сојева.

Циљ рада је да се покаже разлика у брзини конверзије, обескличења спутума примарне и стечене резистентне MDR TB у корист примарне резистенције што има великог значаја за рану дијагностику и адекватно лечење MDR TB.

Закључак: Брзина конверзије спутума примарно резистентне туберкулозе показује статистички значајну разлику у односу на стечену резистенцију.

Број речи: 210

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Falzon D, Mirzayev F, Wares F, et al. Multidrug-resistant tuberculosis around the world: what progress has been made? *Eur Respir J* 2015; 45: 150–
2. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2015. WHO Report number: 20th2015;1:4-5.
3. Insitut za javno zdravlje Srbije “dr Milan Jovanović Batut”. Izveštaj o kretanju zaraznih bolesti u Republici Srbiji u 2015. Beograd.2016.
4. Treatment outcome of standardized regimen in patients with multidrug resistant tuberculosis. *J Pharmacol Pharmacother*. 2014; 5(2):145-9.
5. Li XX, Lu W, Zu RQ, Zhu LM, et al. Comparing risk factors for primary multidrug-resistant tuberculosis and primary drug-susceptible tuberculosis in Jiangsu province, China: a matched-pairs case-control study. *Am J Trop Med Hyg*. 2015; 92(2):280-5.
6. Anderson LF, Tamne S, Watson JP, Cohen T, et al. Treatment outcome of multi-drug resistant tuberculosis in the United Kingdom: retrospective-prospective cohort study from 2004 to 2007. *Euro Surveill*. 2013;18(40).
7. Van Hest R, Ködmön C, Verver S, Erkens CG, et al. Tuberculosis treatment outcome monitoring in European Union countries: systematic review. *Eur Respir J*. 2013;41(3):635-43.
8. Ministry of Health of Ethiopia. Tuberculosis, Leprosy and TB/HIV prevention and control programme manual. 4th ed. Addis Ababa: MOH. 2008.
9. Getahun directly observed treatment in Addis Ababa, Ethiopia. *Braz J Infect Dis*. 2013;17(5):521-8
10. World Health Organization. Tuberculosis care with TB-HIV Co-management. WHO Report Number:310. 2007;41-2.
11. Basit A, Ahmad N, Hayat Khan A, et al. Predictors of Two Months Culture Conversion in Multidrug-Resistant Tuberculosis: Findings from a Restrospective Cohort Study. www.openaccess.com. 2014.
12. Russell R.K, Maia K, Veriko M, Nestani T, M, et al. Acquired Drug Resistance in Mycobacterium tuberculosis and Poor Outcomes among Patients with Multidrug-Resistant Tuberculosis. 2015;21(6)

Друштво лабораторијских технолога и техничара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**Лабораторијско испитивање реуматоидног артритиса****Стрковни медицинско лабораторијски технолог Биљана Марјановић, Дом Здравља Пожаревац**

УВОД: Реуматоидни артритис (РА) је хронична упала зглобова, непознатог узрока, промењивог тока и трајања, од које болује око 0,5% људи. Чешћа је код жена него код мушкараца. Испољава се болом, отоком, укоченошћу и постепеним оштећењем функције зглобова. Код већине болесника, РА је тешка болест, током које напредује оштећење зглобова, слаби или се губи способност за рад и самозбрињавање. То води ка социјалној и финансијској зависности болесника од других особа и скраћењу животног века. РА је значајно оптерећење за заједницу због великих непосредних трошкова лечења хроничне болести и још већих посредних трошкова због губитка способности болесника за рад и самозбрињавање. Реуматоидни артритис (РА) је болест непознатог узрока. Постоји наследна склоност појединих особа за развој ове болести, али наслеђе није одлучујуће за обољевање. Болеснике треба обавестити да нема значајно повећаног ризика да ће њихови потомци (деца, унуци.....) оболети од РА, у односу на уобичајени ризик обољевања у популацији. Спољни утицаји, као што су инфекције, стресови, пушење и други утицаји околине на имунски и мускулоскелетни систем, могу бити покретачи болести. Највероватније болест настаје када се удруже наследна склоност и спољни утицаји који могу покренути испољавање болести.

ЦИЉ РАДА: Упознавање присутних колега са могућностима лакшег дијагностиковања РА уз коришћење адекватних лабораторијских анализа, и тумачење истих ради постављања дијагнозе и бржег приступа лечењу болести.

МЕТОД РАДА: Истраживање је реализовано Дому здравља Пожаревац над 250 пацијената којису имали бар један од симптома који је указивао на РА а код којих су рађена стандардна лабораторијска испитивања за дијагностику обољења и то у периоду од 01.01.2018 године до 20. 09.2018. године, увидом у медицинску документацију као и кроз лично радно искуство.

РЕЗУЛТАТИ РАДА: Добијени резултати указују на успешније и брже дијагностиковање РА уз примену стандардних лабораторијских анализа.

ЗАКЉУЧАК: Лабораторијске анализе у дијагностици РА су корисне уколико код пацијента постоји сумња на ову болест, али без јасне клиничке слике. У лабораторији се испитују две главне групе аутоантитела на основу којих може да се утврди да ли пацијент има реуматоидни артритис: реуматоидни фактори и антитела на цитрулиниране пептиде (АЦПА). Сматра се да су АЦПА много специфичније за откривање артритиса, јер се далеко ређе од реуматоидних фактора срећу код других реуматских и нереуматских болести. Неколико различитих тестова је доступно за одређивање АЦПА а најчешће се користе анти-ЦЦП (антитела на цикличне цитрулиниране пептиде) и анти-МЦВ (антитела на мутирани цитрулинирани виментин). Ови

тестови имају сличну сензитивност и високу специфичност за реуматоидни артритис, чак 95 одсто.

Број речи: 392

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

1. Furneri G, Mantovani LG, Belisari A, Mosca M, Cristiani M, Bellelli S, Cortesi PA, Turchetti G. Systematic literature review on economic implications and pharmacoeconomic issues of rheumatoid arthritis. Clin Exp Rheumatol. 2012 JulAug;30(4 Suppl 73):S72-84. Epub 2012 Oct 22.
2. Miller FW, Alfredsson L, Costenbader KH, Kamen DL, Nelson LM, Norris JM, De Roos AJ. Epidemiology of environmental exposures and human autoimmune diseases: findings from a National Institute of Environmental Health Sciences Expert Panel Workshop. J Autoimmun. 2012 Dec;39(4):259-71.
3. Trouw LA, Huizinga TW, Toes RE. Autoimmunity in rheumatoid arthritis: different antigens--common principles. Ann Rheum Dis. 2013
4. Radner H, Neogi T, Smolen JS, Aletaha D. Performance of the 2010 ACR/EULAR classification criteria for rheumatoid arthritis: a systematic literature review. Ann Rheum Dis. 2013 Apr 16.
5. Olivieri I, Sarzi-Puttini P, Bugatti S, Atzeni F, d'Angelo S, Caporali R. Early treatment in early undifferentiated arthritis. Autoimmun Rev. 2012 Jun;11(8):589-92

Интернистичка секција

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

Дијагностика и терапија алергијских болести

субспецијалиста алергологије Велина Петковић, Застава Завод за здравствену заштиту радника Крагујевац

Алергија је имунолошки посредована реакција преосетљивости на једну или више супстанција из спољашње средине које су нешкодљиве за већину људи. Те супстанце називамо антигени или алергени.

У контакту са имунским системом алергени утичу на стварање антитела што помаже у борби против инвазије антигенима. Код одређеног процента популације (15-30 % светске популације) борба између антигена и антитела проузрокује прекомерну или алергијску реакцију. Ова прекомерна реакција је штетна и назива се још и хиперсензитивност.

У основи преосетљивости је атопија-генетска предиспозиција при чему ове особе стварају велике количине ИгЕ антитела на алергене из спољашње средине. Кључни процес у основи атопије је мутација на нивоу гена 5,12,11,14 хромозома. Поред генетске предиспозиције неопходни су и фактори спољашње средине. Фактори спољашње средине-алергени су:

Инхалаторни: к. прасина, гриње, полени, гљивице, животињске длаке, бактерије, перје....

Нутритивни: храна, адитиви, лекови

Професионални алергени, веноми инсеката, физички замор, стрес.

Након сензибилизације на алерген ослобођена антитела ИгЕ се везују на површини маст ћелија и при поновном контакту са алергеном долази до премештавања два молекула ИгЕ на маст ћелијама што представља сигнал за њихову дегранулацију и ослобађање медијатора алергијске

Медијатори који се ослобађају у току алергијских реакција су: хистамин, метаболити арахидонске киселине, ензими, токсични протеини, цитокини. Хистамин представља носиоца ране алергијске реакције и на Х1 рецепторима изазива следеће симптоме: назалне: ринореја, свраб; бронхијалне: бронхоспазам (отежано дисање), кожане: оток, црвенило, свраб. У гастроинтестиналном тракту изазива грчеве у стомаку, повраћање, пролив а у анафилактичком шоку: катастрофално вазодилатацију.

Алергијска хиперсензитивност (имунски механизам):

I Атопијски: II Неатопијски: увод инсеката, паразити, лекови и остало

1. алергијски ринитис

2. бронхијална астма

3.уртикарија

4.атопијски дерматитис

5.ангиоедем

6.алергијски коњуктивитис

Дијагноза алергијских болести се поставља на основу : анамнезе: лична, породична, радна;

Клиничког прегледа: инспекција, палпација, аускултација, дисајна функција: спирометрија, ПЕФ;

Лабораторијских анализа: krvna slika, Le formula sa eozinofilima; reaktanti akutne faze: SE, CRP, alfa 1 antitripsin, beta globulin i

aergološkog testiranja:-kožno testiranje: prick, ID, patch;-specifična provokacija: nazalna, bronhijalna,-dozno-provokativno testiranje: lekovi, aditivi kao i imunološke analize.

Терапија алергијских болести: примарна, секундарна, терцијарна превенција (фармакотерапија антихистаницима и кортикостероидима и имунотерапија).

Кључнe речи : atopija, hipersenzitivnost, IgE antitela, antihistaminici

Број речи: 291

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

1. Fenandez – Araujo S, Lana – Ahijon M, Isenberg DA. Drug – induced lupus: Including anti – tumoir necrosis factir and interferon induced. Lupus 2014;23:545-53.
2. Bogić M. Uzajamni odnos alergijskog rinitisa i drugih bolesti disajnih puteva. U: Bogić M, i sar. Atopijske bolesti. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd 2000; 193-204.
3. Lun CI, Yang HC, Strong C, Yang CW, Cho YT et al. Liver injury In patients with DRESS syndrome: A clinikal study of 72 cses. J Am Acad Dermatol. Published on-line, March 22, 2015.
4. Paullman M, Mockenhaupt M. Severe drug induce skin reactions: clinical features, diagnosis, etiology, and therapy. J Dtsch Dermatol Ges 2015;13:625-45.
5. Kuruvilla M, Khan D. Eosinophilis Drug Allergy. Clinic-Rev Allerg Immunol. Published on- line, 26 maj, 2015.

Секција ургентне медицине

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**СРЧАНИ ЗАСТОЈ У ТРУДНОЦИ****Др мед. Слађана Влајовић, Завод за хитну медицинску помоћ****Милош Ђоровић,**

Смртност трудница у развијеним земљама је мала, 1:30000 породјаја. У збрињавању труднице треба узети у обзир и мајку и дете. Промена хормонског статуса у трудноци доводи до физиолошких промена. Доминантну улогу има концентрација прогестерона која утиче на повећање минутне вентилације као и потребе за кисеоником, убрзање срчане фреквенце, повећање ударног и минутног волумена. Гравидни утерус у лежећем положају врши притисак на абдоминалне и илијачне крвне судове што доводи до смањења минутног волумена и пада крвног притиска. Срчани застој у трудноћи може настати најчешће услед болести срца, плућне емболије, хипертензивних поремећаја, психијатријских поремећаја, сепсе, крвављења, емболије амнионском течношћу, ектопичне трудноће као и осталих узрока као код жена исте старосне доби (тровања, алергије...). Кључни поступци за превенцију срчаног застоја труднице односе се на стандардни АБЦДЕ приступ и при том збрињавати све критичне параметре. Неопходно је што раније укључити гинеколога, акушера, неонатолога у збрињавање. Трудницу поставити у леви латерални положај. Започети неодложни основне и напредне мере ЦПР према стандардним смерницама. Извршити рану ендотрахеалну интубацију. Уколико је потребно урадити дефибрилацију стандардним дозама енергије. Ургентна медикаментозна терапија прати уобичајене протоколе. Срчани застој неодложно треба збрињавати као и истовремено исправљање реверзибилних узрока срчаног застоја. Посебно водити рачуна о специфичним реверзибилним узроцима срчаног застоја у трудноћи који се односе на крварења, предозирање лековима у трудноћи, болести кардиоваскуларног система, прееклампија и еклампсија, емболија амнионском течношћу, плућна емболија. У првих пет минута срчаног застоја треба размотрити хитан породјај при чему је одлучујућа гестацијска старост што наводи о изгледима за ресуситацију само мајке или ресуситацију и мајке и детета.

Кључне речи: срчани застој, трудноћа, ресуситација

Број речи: 222

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

1. Bouchama A, Knochel JP. Heart stroke. *N Engl J Med* 2015;346:1978-88
2. Deakin CD, Nolan JP, Soar J, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 4. Adult Advanced Life Support. *Resuscitation* 2010;81:1305-52
3. Dijkman A, Huisman CM, Smit M, et al. Cardiac arrest in pregnancy: increasing use of perimortem caesarean section due to emergency skills training? *BJOG* 2010;117:282-7
4. Katz V, Balderston K, DeFreest M. Perimortem cesarean delivery: were our assumptions correct? *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1916-20; discussion 20-1
5. Lewis G. The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer-2015-2015. The Seventh Report of the Confidential Enquiries into Maternal

Друштво дијететичара – нутрициониста

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**Вегетаријанство да или не****Редовни професор Проф. др Маја Николић, Медицински факултет Универзитета у Нишу**

За здравствене раднике, посебно оне које се баве исхраном и здравственим васпитањем нове околности и транзиција условљавају нове изазове. Пацијенти путем мас медија сазнају многе нове чињенице и из различитих мотива прелазе на алтернативне типове исхране. Стога је неопходно пружити им правовремене и научно засноване информације о томе, како не би дошло да здравствених проблема. У модерном добу најважнији мотиви за избор вегетаријанства су етички, здравствени, еколошки и хедонистички, али такође и породица и културолошка традиција играју важну улогу. Доказано је да су исхемијска болест срца, циркулаторне и цереброваскуларне болести, дијабетес тип 2 и поједине врсте карцинома

значајно ређи код вегетаријанаца у односу на особе које конзумирају анималне намирнице. Циљ едукације је да се прикажу и анализирају актуелна истраживања која су испитивала предности и недостатке вегетаријанства. Анализиране су студије фокусиране на вегетаријанство рађене између 1975. и 2015. године. Претраживали смо Pubmed/Medline

користећи кључне речи „вегетаријанство“, „веганизам“, „предности“, и „обољења“, заједно или комбиновано.

У току предавања биће описани вегетаријанство и веганска исхрана, и анализираће се критички њихове клиничке предности и ограничења. Вегетаријанска исхрана може имати недовољну количину омега-3 полинезасићених масних киселина, протеина,

калцијума, цинка, гвожђа, витамина Б12 и витамина Д. У многим смерницама за правилно спровођење вегетаријанства, а нарочито веганизма наглашена је потреба за употребом фортификаваних намирница, а понекад и дијететских суплемената, те ће и о томе бити разматрано

Број речи: 248

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

1. Ruby MB. Vegetarianism. A blossoming field of study. *Appetite*. 2012;58:141–150.
2. Rosenfeld DL, Burrow AL. Vegetarian on purpose: Understanding the motivations of plant-based dieters. *Appetite*. 2017 1;116:456-463.
3. de Boer J, Schösler H, Aiking H. Towards a reduced meat diet: Mindset and motivation of young vegetarians, low, medium and high meat-eaters. *Appetite*. 2017;113:387-397.
4. Pilis W, Stec K, Zych M, Pilis A. Health benefits and risk associated with adopting a vegetarian diet. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2014;65(1):9-14.
5. Николић М. (уред). Дијететика. Медицински факултет Универзитета у Нишу, WUS, Ниш, 2008.

Секција кућне неге

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Тимски рад и самосвест у палијативном збрињавању****Струковна медицинска сестра Соња Митић, Дом здравља Ниш**

Жеље и потребе пацијената са узнатредовалим, неизлечив болестима, као и њихових породица, су веома сложене. Поред контроле симптома болести, неопходно је пружити практичну, психолошку, духовну и емоционалну подршку не само пацијентима већ и њиховим ближњима. Управо због тога, холистичко, тј. свеобухватно палијативно збрињавање је најбољи приступ. Бројни изазови и проблеми са којима се суочавају пацијенти са болестима који угрожавају њихове животе и утичу на њихове породице, које покушавају да се навикну на постојање болести и предстојећу смрт, превазилазе знања и умећа било ког професионалца. Зато је тимски рад саставни део филозофије палијативног збрињавања од самог почетка.

Холистичко палијативно збрињавање пружају мултидисциплинарни тимови, при чему су пацијенти и њихова породица кључни чланови тима. Састав тимова варира зависно од фазе развоја програма или конкретних потреба пацијената у датом тренутку. Већину тимова чине лекар, мст, социјални радник, духовник и волонтери. Остали стручњаци се укључују када је потребна њихова експертиза. На самом почетку збрињавања, док је присутан мањи број симптома, основни тим је обично у стању да их држи под контролом. Како се ближи смрт пацијента, јављају се сложенији симптоми и компликовања психолошка, духовна и етичка питања, па је потребна и обухватнија подршка

У палијативном збрињавању обично не постоји вертикална хијерархија. Улога лидера се дели и мења унутар тима у зависности од потреба пацијена / породица. Добар тимски рад ње случајност – он је „ производ „ доброг лидерства.

У одговорности лидера спадају :

Планирање : дефинисање задатака и циљева у одређеном временском раздобљу

Иницирање : ко шта ради, до када. Постављање стандарда.

Латентни ауторитет : спровођење стандарда, утврђивање и контролисање динамике спровођења

Подршка других чланова тима : афирмација доприноса чланова, развој тимског духа, решавање неспоразума.

Тиму је потребан лидер који истовремено поседује ауторитет и одговорност

Број речи: 286

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

1. Hawkins AC, Howard RA and Oyeboode JR (2013). Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. *Psychooncology* 16(6). 563-72
2. Vachon MLS and Muller M (2015). Burnout and symptoms of stress in staff working in palliative care. In *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine* (236-264)
3. Kissane D, Bultz B, Butow P and Finlay I (2014). *Handbook of communication in oncology and palliative care*. Oxford: Oxford University Press
4. Yoo JS, Lee JH and Changa SJ (20014). Family experiences in end-of-life care: A literature review. *Asian Nursing Research*, 2(4), 223-236
5. Dyregrov A (2015). *Grief in Children*. London: Jessica Kingsley

Секција бабица и гинеколошко - акушерских сестара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

ИЗАЗОВИ У ОБРАЗОВАЊУ БАБИЦА

Професор струковних студија Проф. др Љиљана Антић, Висока медицинска школа струковних студија у Ћуприји

Професија која је своју образовну, стручну и радну снагу усмерила ка унапређењу и очувању здравља жене у свим периодима њеног одрастања, сазревања, стањима и болестима карактеристичним за женску популацију и хуману репродукцију је професија бабица. Иако бабиштво у Србији имају дугу традицију, последњих деценија, а посебно последњих година од када је Р.Србија у процесу придруживања Европској Унији, ова професија се суочава са бројним изазовима, како у контексту формалног образовања, тако и улоге коју бабице у 21. веку имају у пракси. Бабичка професија у пракси је суочена изазовима везаним за демографска кретања са једне стране и захтевима и очекивањима савремене жене, са друге стране. Последњих деценија, здравствени систем Србије се суочава са два велика проблема, која се односе на демографску и епидемиолошку транзицију; епидемиолошка транзиција се карактерише повећањем стопа морбидитета и морталитета од хроничних незаразних обољења, а последњу етапу демографске транзиције одликује депопулација. Србија је данас међу десет земаља са најстаријим становништвом.

Ово је период редефинисања професионалних улога бабица, како са аспекта праксе, која налаже потребе за новим, другачијим приступом здрављу жене, тако и са аспекта система образовања. У развијеним друштвима модел здравствене заштите се помера од приступа усмереног ка болести, ка холистичком приступу здравственој заштити усмереној на сагледавање специфичности личности сваког појединачног пацијента. Здравље жена, у контексту новог јавног здравља промовише холистички приступ, што подразумева физичко, ментално, социјално и економско благостање кроз све фазе живота жене.. И Маргарет Чан, генерални директор СЗО, сматра да је неопходна трансформација система здравствене заштите: “два система, традиционална и западна медицина, не треба да се сукобљавају. У контексту примарне здравствене заштите, могу да се споје у хармонију, користећи најбоље карактеристике оба система, и компензујући њихове одређене слабости.” Едукација/обука бабица практичара разликује се од државе до државе.

У погледу образовања, високо образовање је основа за компетенције бабица како би им омогућило да постигну високе стандарде здравствене заштите и неге жена и новорођенчади, засноване на доказима. Постоје велике варијације у типу и природи програма едукације бабица и у свету, па и у европском систему образовања, коме је Србија приступила 2005. године. Образовање медицинска сестра и бабица у земљама чланицама ЕУ у складу је са Директивом 2005/36 / ЕУ, али се ипак разликује у зависности од националних специфичности. Постоје и значајне разлике у формалном образовању бабица у Србији и земљама Европске уније. Просечна дужина обуке за бабице у европским земљама била је 3,1 годину, а за програме после образовања за сестре опште неге, 1,9 година. У Р. Србији струковне бабице се образују само у

две државне високе струковне школе и то у Високој медицинској школи струковних студија Ћуприја и у Високој здравственој школи у Београду и по дипломирању стичу исти назив, струковна медицинска сестра бабица и нема значајнијих разлика у курикулима, нити у погледу фонда часова. У земљама ЕУ инсистира се на развоју интерпрофесионалне сарадње здравствених стручњака како у току самих студија тако и након завршених студија, у пракси.

Сматра се да ће професија бабица призната у заједници и уз увођење европских метода и стандарда у свакодневну праксу, организационим деловањем на локалном, регионалном и државном нивоу имати растући утицај на целокупну здравствену заштиту жена и материнства.

Број речи: 510

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

1. International Confederation of Midwives, Member association capacity assessment tool (MACAT), [Internet]. 2014 [cited 2015 Jun 10]. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/association-coredocuments/macat.html>.
2. Luyben A, Barger M, Avery M, et al., 2017, Exploring global recognition of quality midwifery education: Vision or fiction? *Women Birth.*, 30(3):184-192. 3. Castro Lopes, S., Nove, A., ten Hoope-Bender, P., et al., 2016, A descriptive analysis of midwifery education, regulation and association in 73 countries: the baseline for a post-2015 pathway, *Human Resources for Health*, 14, 37.
3. K. Emons, M.I.J. Luiten. Midwifery in Europe, An inventory in fifteen EU-member states, http://www.deloitte.nl/downloads/documents/website_deloitte/GZpublVerloskundeinEuropaRapport.pdf
4. Chan M., November 2008. Geneva, Address at the WHO Congress on Traditional Medicine, Beijing, World Health Organization, 2008. (<http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081107/en/index.html#>

Педијатријска секција

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

Улога здравственог система у заштити деце од занемаривања и злостављања

специјалиста педијатар Мирјана Илић, Дом здравља Крагујевац

Свакодневно велики број деце у свету и код нас трпи насиље. Насиље над дететом је грубо кршење основног права детета на живот, развој и достојанство.

Под злостављањем и занемаривањем детета према дефиницији СЗО подразумевају се "сви облици физичког и/или емоционалног злостављања, сексуалне злоупотребе, занемаривање или немаран поступак, комерцијалну или другу експлоатацију који доводи до стварног или потенцијалног нарушавања здравља детета, његовог преживљавања, развоја или достојанства у оквиру односа који укључује одговорност, поверење или моћ".

Циљ рада је улога здравственог система у раном препознавању насиља над децом и заштита деце од занемаривања и злостављања.

Постоје разни облици насиља: физичко, сексуално, емоционално и синдром лошег поступања. Посебни нови облици насиља везани за место дешавања и карактеристике починиоца насиља су вршњачко, институционално и дигитално насиље. Према МКВ 10 класификацији дефинишу као Т74-Синдром лошег поступања и Z61-Проблем са негативним животним догађајима у детињству. У појединим облицима насиља често је присутно више врста насиља и угрожавање физичког и психичког здравља детета тим и веће и теже, посебно ако је настало у најранијем узрасту детета. Најопаснија последица физичког насиља је смрт детета и настанак физичког хендикепа. Појава заразних болести, полно преносиве инфекције, малолетничка трудноћа, самодеструктивност, склоност суициду и појава болести зависности су неке од последица спроведеног насиља. Поремећаји менталног здравља, проблеми социјалног функционисања резултирају проблемом и у одраслој доби, трансгенерацијским преношењем насилног модела понашања и настанком породичног насиља.

Сви здравствени радници и сарадници имају обавезу препознавања случајева занемаривања и/или злостављања над децом, пријављивања и сумње на насиље над дететом стручном тиму установе или по потреби и другим институцијама укљученим у процес заштите детета, збрињавање, детаљно медицинско документовање, процену ризика и стања детета и планирање даљих мера за заштиту детета.

Свака здравствена установа је у обавези да формира Стручни тим за заштиту деце од насиља који има улогу у пружању подршке запосленом у здравству који је препознао насиље, стручне помоћи за процену нивоа ризика за дете и планирање даљих мера. Обавештавање центра за социјални рад, тужилаштва, полиције, евидентирање случајева насиља, израду посебних процедура и алгоритма за запослене за поступање у случају и сумње, едукацију запослених, подношење годишњег извештаја Институту за јавно здравље „Батут“.

Према подацима центра за социјални рад у Републици Србији број пријављених случајева насиља над децом расте, то не доказује да је број деце која су претрпела насиље у порасту, већ указује на развијање свести и одговорност појединаца и професионалаца за препознавање и пријављивање насиља. Насиље престаје да буде појединачан, породично приватни проблем.

Значај раног препознавања и заштите детета од насиља је професионална обавеза сваког здравственог радника и сарадника. Непријављивање случајева насиља повлачи и кривичну и професионалну одговорност. Медицинска струка и правни прописи нас обавезују да заштитимо свако дете од било ког облика насиља и да превентивним мерама створимо окружење у коме ће дете бити безбрижно, срећно и здраво.

Број речи: 452

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

1. Живковић Шуловић, М. (2015). Анализа рада стручних тимова за заштиту деце од злостављања и занемаривања у здравственим установама републике Србије у 2014 .години, Београд: Институт за јавно здравље “Др. Милан Јовановић Батут“
2. УНИЦЕФ Србија (2017). Детерминанте, фактори и интервенције. Насиље према деци у Србији.
3. Мошковић (2015). Превенција злостављања и занемаривања деце: Тиршова, Удружење за превентивну педијатрију Србије.
4. УНИЦЕФ (2015) Early childhood Development-Secondary Analysis of Multiple Indicator Cluster Survey data, Beograd.UNICEF Serbia
5. Милосављевић-Ђукић, И. (2015). Функционисање здравственог, правосудног и система социјалне заштите у заштити деце од злостављања и занемаривања, Докторска дисертација, Београд: Факултет политичких наука.

Дерматовенеролошка са инфектолошком секцијом

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

Преношење заразних болести

Струковна медицинска сестра Гордана Стевовић, Клинички центар Ниш

Соња Паравина,

Заразне болести представљају манифестацију инфекције. На појаву заразних болести утучу фактори домаћина, фактори средине као и фактори везани за сам агенс. Од интеракције ова три фактора, која чине еколошки трилинг, зависи да ли ће доћи до појаве заразне болести или не.

Светска здравствена организација процењује да је половина светске популације у ризику од заразних болести - а да од њих годишње страда 17 милиона људи, да за 20 секунди, 11 људи у свету, страда од неке заразне болести. Димензије и брзина ширења неких заразних болести приморавају Светску здравствену организацију (СЗО), да овај проблем прогласи за један од највећих.

Циљ овог рада је да подсетимо здравствене раднике како се преносе заразне болести и колико је важно да у сваком моменту морају да буду упознати са начином заштите, коко би правилно могли да заштите пацијенте, сесбе и своју околину.

За потребе епидемиолошког истраживања, овај процес се може представити ланцем инфекције, који се назива Вограликов ланац. Вограликов ланац чине следеће карике:

- Извор заразе, из кога се инфекција преноси на осетљиву особу
- Пут преношења, којим се шири инфективни агенс
- Улазно место, путем кога агенс продре у домаћина
- Број и вируленција самог агенса
- Диспозиција или склоност домаћина да оболи од заразне болести.

Узрочници заразних болести – микроби, рикеције и вируси називају се општим именом микроорганизми. Њих најчешће избацују из себе болесници, у току болести и по оздрављењу, често дуго, понекад и доживотно. Механизам преношења узрочника заразне болести са домаћина на осетљиву особу је условљен његовим непрекидним опстанком као биолошке врсте при прелазу из једног у други живи организам.

Узрочници заразних болести се могу пренести на раличите начине:

1. контактом, који може бити директан или индиректан - непосредан или посредан
2. храном (алиментарни пут)
3. водом (хидрични пут)
4. ваздухом (аерогени пут)
5. земљиштем (преко повреда на кожи)
6. векторима - разним врстама артропода (трансмисивни или векторски пут)
7. трансплацентарно (преко постељице), током трудноће, са мајке на бебу (вертикална трансмисија)

Када су у питању заразне болести које се преносе директним путем, најважније мере су прање руку (текућа вода и течни сапун, папирни убруси), ношење заштитне, радне одеће (мантил, маске за нос и уста, наочаре и рукавице за једнократну употребу).

Када се ради о болестима које се преносе такозваним индиректним путем, мере су различите у зависности од тога који пут преноса је доминантан. За болести које се преносе предметима, водом и храном то је прање руку, хигијенски поуздано водоснабдевање, хигијенско уклањање отпадних вода, отпадних материја и медицинског отпада.

За болести које се преносе ваздухом избегавање густо посећених места, ситуација у којима се диже прашина, редовно проветравање просторија, хигијенски поступак са секретима из носа и уста; За болести које се преносе векторима (употреба инсектицида, обавезна дезинсекција по епидемиолошким индикацијама, индивидуалне мере заштите са мрежама на креветима и прозорима, репелентима, заштитном одећом и уклањањем крпеља).

Закључак: Против заразних болести се може борити на различите начине. Могу се предузимати и спроводити различите мере, како до болести, поремећаја здравља не би ни дошло, односно спречавати заразне болести. Мере за спречавање и сузбијање заразних болести могу бити усмерене према агенсу, према резервоару, према путу преношења, а могу бити усмерене и на заштиту осетљивог домаћина. Здравствене установе и сви запослени у њима, морају нарочито да обрате пажњу на заштиту. Поштовање основних принципа асепсе и антисепсе, ношење заштитне одеће, нарочито заштитних рукавица, правулно руковање дезинфекцијним средствима, а нарочито знање о начину преношења одређених заразних болести имају кључну улогу у спречавању ширења, јер су здравствени радници, због природе посла који обављају, једна од најризичнијих категорија у друштву. Стога, би требало да поседују одговарајући ниво знања из ове области и да у континуитету прате новине везане за преношење заразних болести.

Број речи: 571

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

1. Едукативни календар "Чувај се заразе у 2013. години", Институт за јавно здравље Војводине.
2. Профилакса заразних болести, Проф. др Зоран Величковић
3. [com/.../MIKROBIOLOGIJA%20SA%20EPIDEMIOLOGIJA%20I%20ZASTUPANOST%20U%20VOJVODINI](#)
4. [medfak.ni.ac.rs](#)
5. [vojvodina.gov.rs/.../3.2.-UREDBA-O-PROGRAMU-ZASTUPANOSTI%20U%20VOJVODINI](#)

Друштво санитарно – еколошких инжињера и техничара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Знање, ставови и пракса здравствених радника у вези са ХИВ инфекцијом
редовни професор Проф. др Биљана Коцић, Медицински факултет Ниш

Здравствени радници значајно утичу на јачање капацитета и адекватан одговор тдравствене службе и опште популације ХИВ епидемију. Здравствени радници (ЗР) су кључни субјекти у превенцији и сузбијању инфекције вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ). Великим бројем студија, најчешће спроведеним по типу студија пресека, испитивања су знања, ставови, пракса и перцепција ризика ЗР у односу на ХИВ инфекцију. Преглед релевантне температуре, укључујући студију пресека која је спроведена међу ЗР у Нишу, указује на недовољно знање ЗР о Хив инфекцији, перцепцију високе изложености ризика од ХИВ инфекције на радном месту, повређивање иглом или оштрим предметом у предходној години, одсуство коришћења заштитне опреме у свакодневном раду са сваким пацијентом, изостанку тестирања на ХИВ, постојање негативног, дискриминаторног става према особама које живе са ХИВ инфекцијом и потребу за едукацијом из области ХИВ инфекције. Свеобухватна и континуирана едукација свих ЗР из области ХИВ инфекције, намеће се као инператив за наредни период. Инсуфицијентно знање ЗР из ове области утиче на формирање негативног, дискриминаторног става према особама које живе са ХИВ инфекцијом и неадекватне професионалне и личне заштите у свакодневном раду.

Број речи: 177

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

1.Massiah E, Roach TC, Jacobs C, St john AM, Inniss V, Walcott J, et al. Stigma, diskrimination, and HIV/AIDS knowledge among physicians in Barbados. Rev Panam Salud Publica.2004 Dec;16(6):395-401.

2.Žakula N,Radivojević J.Healthcare personel and HIV prevention. In:Proceedings of the Scientific Meeting „Medical and social aspects of HIV infection and AIDS“; 2004 Apr 23;Belgrade, Serbia.Belgrade: Serbian Academy of Sciences and Arts;2004. (In Serbian.)

3.Hesse J, Adu-AryeeN, Entsua-Mensah K,Wu L.Knowledge,attitude and practice universal basic precautions by medical personnel in a teaching hospital.Ghana Med J.2006 Jun;40(2):61-4.

4.Sadob AE,Fawole AO ,Sadoh WE ,Oladimeji AO,Sotiloye OS.Attitude of health-care workers to HIV/AIDS .Afr J Repord Health.2006 Apr;10(1):39-46.

5.Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria.PloS Med.2005 Aug;2(8)e246.

Друштво физио и радних терапеута

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**Деполицизација кажипрста****струковни физиотерапеут Светлана Пешић, Клинички Центар Ниш**

Увод: Коришћење руку као оруђа за рад, то јест опозиција палца примитивног човека довела је до великих еволутивних промена нашег тела. Следећу еволуцију палца и шаке условила је технолошка револуција, посебно коришћење мобилних телефона. Може ли човек без палца ићи у корак са свим захтевима које ове велике промене доносе? Палац представља најкомплекснији, најефикаснији феномен функционалних могућности прстију шаке, чија различита механичка конструкција омогућава велику покретљивост. Рад и вежбање утичу на анатомско обликовање шаке, па постоје знатне морфолошке разлике шаке код деце и одраслих, а код одраслих људи зависи и од различитих занимања. Велике могућности палца, могућност удубљивања длана, довођење палца и малог прста у опозицију према осталим прстима, као и чињеница да у свим покретима у различитим комбинацијама учествује истовремено више мишића шаке и прстију, омогућава формирање различитих облика, хватова и положаја прстију. Резултат тога су врло прецизни и координирани покрети шаке и прстију. Покрет хватања основа је читаве активности шаке, где долази до адаптације шаке према облику предмета који се држи у руци. Посебни хватови шаке су шаблонски покрети које човек користи у раду и обављању својих животних потреба. Деле се на хватове снаге и хватове вештине...

Циљ рада: указати на значај рехабилитације након хирушког захвата полицизације кажипрста. Ова ретка интервенција омогућава пацијентима коришћење кажипрста у функцији палца. Уколико се захват спроведе након урођеног недостатка палца, дете има могућност да све хватове и вештине стекне у периоду у коме се оне природно стичу.

Методологија: рад садржи приказ случаја успешно спроведеног рехабилитационог третмана. Едукација родитеља је од посебног значаја, зато што се велики број кинези и ерготерапијских активности спроводи у кућним условима.

Закључак: Свеобухватна, прогесивна и систематична примена терапијских мера довела је до неизоставног стицања свих хватова снаге и вештине. Код пацијента је дошло до побољшања параметара снаге, брзине и прецизности извођења покрета. Пацијент може да се као здраво дете адаптира на захтеве животног и социјалног окружења.

Број речи: 310

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

1. Eliasson Ann-Christin and Burtner P.:Improving hand function in children with cerebral palsy. 2013
2. Роберт. А. Бенке.: Кинезиолошка анатомија, дата статус, 2014
3. Светлана Пешић.: Поремећај функције шаке код деце, 2015
4. Светлана Пешић.: Дипломски рад, Испитивање посебних хватова шаке код деце
5. Николић Драган.: Кинезиологија 2, 2013

ОРЛ секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**Повреде врата и ларинкса****специјалиста оториноларингологије Никола Николић, Општа болница Крушевац**

Повреде врата и ларинкса заузимају посебно место у трауматологији ОРЛ регије. Ређе су у односу на остале повреде ОРЛ регије и заступљене са 10%, а повреде носа и носних костију са 45%, што значи да су повреде носа чак 5 пута чешће од повреда врата и ларинкса. Одговор следи у томе, да је нос најпроминентнији део лица, док је ларинкс тако топографско-анатомски локализован да је практично заштићен од разних повреда.

Увод. Повреде врата и ларинкса поједини аутори сврставају у 1) повреде настале спољном силом где није нарушен интегритет коже 2) повреде изазване оштрим предметом и метком 3) повреде настале лонгитудинално (ингестијом разних хемијских супстанци, удисањем топле паре или страног тела, јатрогене повреде). Док је начешћа подела на а) отворене и б) затворене. Отворене повреде могу бити пенетрантне и непенетрантне.

Симптоми могу бити од дискретних дифоничних и дисфагичних до крајње драматичних у виду гушења или обилног крварења. Циљ рада је да укажемо на врсте повреде, драматичну крвну слику и на ургентност и комплексност збрињавања.

Методе рада. Учињена је ретроспективна студија која обухвата 5-годишњи период од 01.01.2013 до 20.08.2018. године. У том периоду је било 72 повреда ОРЛ регије, од тога 7 (10%) повреда врата и ларинкса. Према локализацији је највише било повреда носа 32 (45%), спољашње уво 11 (15%), фронтобазалне регије 7 (10%). Дијагноза повређених је постављана на основу анамнезе, општег клиничког прегледа, инспекције и палпације врата, индиректне ларингоскопије, директоскопије са хипофарингоскопијом и циљаним радиолошким претрагама са ЦТ –ом ларинкса. Лечење је било конзервативно и хируршко у зависности од клиничке слике.

Резултати. Најчешћи узроци настајања повреда су саобраћајни трауматизам око 30%, затим као последица самоповређивања оштрином механичког оруђа (26%). Туча, ударац песницом, (15%). У ратним дешавањима повреде су настајале директним десјтвом пушчаног зрна или експлозијом (бласт повреде). Нажалост данас такве повреде могу настати и као последица насиља у породици или уношењем корозивних супстанци у циљу убиства или самоубиства. Затворене повреде су доминирале у односу на отворене, однос је био 3:1. Затворене повреде су најчешће лечене конзервативно, док су мање отворене лечене хируршким путем. У случају гушења учињена је хитна трахеотомија, коректна

хемостаза, пласирана назогастрична сонда и такав пацијент је био упућен у рефертну здравствену установу где је учињена реконструкција ларинкса и хипофаринкса.

Дискусија. У лечењу болесника са отвореним повредама ларинкса и врата обавезно укључити анестезиолога јер су они по правилу у трауматском шоку. Такве пацијенте обавезно хоспитализовати, јер и затворене повреде могу бити много теже и за прогнозу незахвалније од отворених. По правилу потребна је свакодневна евалуација и праћење болесника ларингоскопијом и ендовидеоскопијом. Ако су повреде удружене са повредом једњака и грудног коша, укључити и хирурга.

Закључак. Овакви пацијенти и ако ретки, обавезно се хоспитализују због драматичне клиничке слике. Лечење је ургентно и комплексно. Захтева тимски рад ОРЛ, максилотофацијалног хирурга, анестезиолога, васкуларног и торакалног хирурга.

По правилу остављају трајни инвалидитет или привремену спреченост у раду.

Број речи: 405

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

1. Kragha KO. Acute traumatic injury of the larynx. Case Rep. Otolaryngology 2015.393978
2. Moonsamy P, Sachdeva UM, Morse CM. Management of laryngotracheal trauma. Ann Cardiothorac surg. 2018 Mar.7 (2) 210-6
3. Narci A, Embleton DB, Ayqıqek A, Yucedag F, Cetinkursun S. Laryngeal fracture due to blunt trauma presenting with pneumothorax and pneumomediastinum. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 2012 73 (5) 246-8
4. Becker M, Duboe PO, Platon A, et al. MDCT in the assessment of laryngeal trauma: value of 2D multiplanar and 3D reconstructions. AJR Am J Roentgenol. 2013 Oct. W 639-47
5. Prgomet D. Katić V. I surad, Penetrantna trauma vrata, Ozljede grkljana Otorinolaringologija i kirurgija glave i vrata 2009 331-339/395

Секција стоматолошких сестара

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

Орално хируршке интервенције код пацијената под терапијом антикоагулантима

Др спец. ор.медицине и пародонтологије Ивица Глишић, Дом здравља Пожаревац

Мирјана Јанковић,

Увод: Пацијенти са антикоагулантном терапијом спадају данас већ у свакодневницу стоматолошке праксе и изискују код операција пажњу лекара. У циљу превенције тромбоза и емболија пацијенти су данас све чешће на дугогодишњој терапији с антикоагулантним лековима, због повећаног броја пацијената са емболијама плућа, венозним тромбозама, артеријским оклузивним болестима, апоплексијом, фибрилацијом артерија, инфарктом миокарда, болестима срчаних залистака и биопротезама срчаних залистака. У групу ризичних пацијената спадају пацијенти с антикоагулантном терапијом и они су данас свакодневница у стоматолошкој пракси. Како ови пацијенти спадају у ризичне пацијенте у преоперативном збрињавању код орално-хирурских интервенција, начелно би требало да се третирају у преподневним сатима. Стоматолози би увек требало да узму у обзир основно обољење пацијента и схвате да се антикоагуланти дају из виталних индикација. Требало би пре оралне дијагностике сваког пацијента питати или тражити од њега општу анамнезу и актуалну листу медикамената. Стоматолог ни у ком случају не би смео пре извођења оралних интервенција да препоручи пацијенту прекидање узимања антикоагуланата без консултације са изабраним лекаром односно хематологом.

Циљ рада : Указати на значај сарадње стоматолога и лекара других специјалности, у овом случају реч је о сарадњи стоматолога и хематолога, као и стављање акцента на добро узимање анамнезе.

Метод рада: Истраживање је изведено као аналитичка студија пресека, а обухватило је 250 пацијената у ДЗ Пожаревац, оба пола, старости од 30 до 65 година који су у терапији имали неки од антикоагуланата који су у нашој употреби.

Резултати рада: Добијени резултати укazuју на све већи број пацијената који услед неких других болести узимају антикоагулантне лекове, што нас сврстава у једну од ризичнијих нација по питању развијености многих хематолошких обољења.

Закључак : Од недавно су за оралну антикоагулацију на нови орални антикоагуланти (НОАК). Они имају знатно краће време распадања, али немају антидот. Већина стоматолошких интервенција може се вршити под оралном антикоагулацијом с ИНР до 3,5. Ради избегавања накнадних крварења примењују се локална хемостатичка средства.

Број речи: 310

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

- 1.Schmelzeisen R (2001) Zahnärztliche Chirurgie bei Patienten mit Antikoagulanzen-therapie. Wissenschaftliche Stellungnahme der DGZMK V 2.0 Stand 7/01.
- 2.Halling F (2012) Neue Gerinnungshemmer-was müssen Zahnärzte beachten? ZMK 28 (7-8).
- 3.Suter V (2014) Antikoagulation & Zahnmedizin, Aktuelle Empfehlungen. INR Swiss 15.11.2014.
- 4.Bajkin B, Popovic S, Selakovic S (2009) Randomized, Prospective Trial Comparing Bridging Therapy Using Low-Molecular-Weight Heparin With Maintenance of Oral Anticoagulation During Extraction of Teeth. J Oral Maxillofac Surg 67:990-995.
- 5.Aframian D, Lalla R, Peterson D (2007) Management of dental patients taking common hemostasis-altering medications. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 103(suppl 1):S45.e1-S45.e11).
- 6.Ratano D et al. (2013) Dabigatran, Rivaroxaban und Apixaban : Aktuelles zu den neuen oralen Antikoagulantien. Schweiz Med Forum 13(48):981-985.
- 7.Nagler et al. (2011) Periinterventionelles Management der Antikoagulation und Antiaggregation. Schweiz Med Forum 11(23-24):407-412.
- 8.Praxis CME Online Fortbildung (2011) Aufhebung der oralen Antikoagulation für elektive Eingriffe. Praxis 100(23):1387-1395.
- 9.Werdan K, Baraun-Dussaeus R, Presek P (2013) Antikoagulation bei Vorhofflimmern: Zauberwort NOAK. Deutsches Ärzteblatt 110 (31-32).
- 10.Rosemann A (2015) Neue / Direkte orale Antikoagulantien. Guideline. Medix 1-11.

Секција медицина рада

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

Завод за медицину рада и спорта

примаријус мрмед.наукаспец.мед.рада Горан Илић, Застава Завод за здравствену заштиту радника Крагујевац

Снежана Миленковић,

Циљ рад је да утврди да ли је време за формирање Завода за медицину рада и спорта.

Привреда и спорт су делатности од посебног националног интереса за Републику Србију.

Само здрав радник и здрав спортиста могу пружити максимум у свом раду на личну и општу корист.

Законска регулатива у Републици Србији је ове две делатности дефинисала Законом о здравственој заштити, Законом о здравственом осигурању, Законом о раду и Законом о спорту. Обе области су по Закону о здравственој заштити (Службени гласник РС бр.17/92) биле дефинисане као превентивно-куративне делатности. У номенклатури организационих јединица уведен је термин Завод за здравствену заштиту радника, уместо Завод за медицину рада. У области медицине спорта установа истог ранга задржала је стари назив Завод за медицину спорта.

Актуелни Закон о здравственој заштити (Службени гласник РС бр.107/05) уводи у здравствени систем изабраног лекара, тако да радници општу медицинску заштиту остварују у Служби за здравствену заштиту одраслих. Већина специјалиста медицине рада је прешла у изабране лекаре, због извеснијег финансирања својих зарада из Фонда обавезног здравственог осигурања. Медицина рада је дефинисана као превентивна грана медицине и усмерена је на неизвесније тржишно пословање. У универзитетским центрима остали су Заводи за здравствену заштиту радника, као организационе јединице, иако би у складу са Законом о здравственој заштити исправнији био стари назив Завод за медицину рада.

У актуелном Закону о здравственој заштити (Службени гласник РС бр.107/05) у члану 102. избрисан је Завод за медицину спорта као организациона јединица у универзитетским центрима. Завод за спорт и медицину спорта је само један, државни у Београду. Медицина спорта је дефинисана као превентивна грана медицине, која је организационо заступљена само у градовима са преко 100.000 становника. У Крагујевцу медицина спорта је организована у специјалистичко-консултативној служби Дома здравља као Одељење медицине спорта.

Имајући у виду проблеме у одвојеном функционисању две врло значајне превентивне гране медицине, медицине рада и медицине спорта, намеће се као најбоље решење у формирању јединствене медицине рада и спорта. Тако би се формирале Службе медицине рада и спорта у

Домовима здравља, Заводи за медицину рада и спорта у универзитетским центрима и Институт за медицину рада и спорта.

Сличан модел организације, интегрисане медицине рада и медицине спорта примењен је у Словенији, Хрватској, БиХ и дао је одличне резултате.

Бенефит би на првом месту имали корисници услуга, радници и спортисти, кроз квалитетнију услугу која би им била понуђена. Запослени, кроз бољи материјално-социјални статус, извесније финансирање и квалитетније услове рада који би омогућили потпуну примену стеченог стручног знања у свакодневној медицинској пракси.

На крају и друштвена заједница са достигнутим вишим нивом здравствене заштите.

Број речи: 405

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

1. Нацрт Закона о здравственој заштити (2017.)
2. Закон о спорту (Сл.гласник РС бр. 10/2016.)
3. Закон о спорту (Народне новине РХ бр. 85/2015.
4. Правилник о утврђивњу здравствене способности спортиста за обављање спортских активности и учествовање на спортским такмичењима (Сл.гласник РС бр.15/2013.)5.
5. Миловановић А., Шуштран Б. Медицина рада Србије између два Конгреса. У Свет рада. XIII Конгрес медицине рада са међународним учешћем, Златибор, 2017; 393-6.

Хируршка секција

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

ПРИНЦИПИ ЗБРИЊАВАЊА ОБОЛЕЛИХ ОД СЕПСЕ

Примаријус опште медицине Здравковић др.Ивица, Дом здравља Пожаревац

Марија Рајић Јовичић,

Увод: Сепса је клинички појам који се најчешће користи да опише бактеријемiju са клиничким манифестацијама тешке инфекције, праћене симптомима и знацима тровања, дрхтавицом, малаксалошћу, високом температуром и веома ниским крвним притиском.

Циљ рада: Одредити јасне приоритете у стратегији развоја и стратегији контроле квалитета оболелих од сепсе.

Метод: Лично искуство у раду, увид у медицинску документацију ОБ Пожаревац.

Резултати рада: Водећи проблем медицине у 21. веку, Глобални проблем, Ограничава могућности у лечењу, Захтева улагање и заједничке напоре приликом спречавања ширења инфекције, контроле употребе антибиотика, појаве резистенције и великих последица.

Закључак: Општи принципи при збрињавању оболелих спроводе се: у свим старосним добима, у току ране превенције, дијагностике, лечења и рехабилитације, на свим нивоима здравствене заштите.

Број речи: 112

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

1. World health organisation world cancer report
2. NCCN guidelines version 1.2012
3. АКУТНЕ ИНФЕКТИВНЕ БОЛЕСТИ, Десанка Косановић-Ћетковић и сарадници
4. ЗДРАВСТВЕНА НЕГА У ИНТЕРНОЈ МЕДИЦИНИ, Ћурица Матић и сарадници
5. ОТПОРНОСТ БАКТЕРИЈА НА АНТИБИОТИКЕ – ВОДЕЋИ ПРОБЛЕМ МЕДИЦИНЕ У 21. ВЕКУ, Арјана Тамбић Андрашевић¹, Клиника за инфективне болести.

Друштво зубних техничара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**„Иреверзибилни хидроколоиди“****Доктор стоматологије, специјалиста стоматолошке протетике Милош Ковачевић, "Галеника а.д." Жарко Вукашиновић,**

Давно је речено да је најскупљи протетски рад онај који се понавља. Закључак се не односи само на финансијски ефекат него се мисли и на утрошен труд, време и наравно малтретирање пацијента. Један од основних разлога када пацијент бива нездовољан надокнадом је естетика. Али ако је пацијент задовољан естетиком онда у већини случајева протеза служи за „позирање“ а у међувремену се „љубоморно“ чува у чаши воде и наравно нема приговора јер су жеље задовољене. Наравно са таквим пацијентима треба озбиљно поради на мотивацији за свакодневно коришћење надокнада, уз контролу параметара који су неопходни за добро функционисање стоматогнатог система. Увек постоји могућност да јер у самом почетку пацијент имао проблема у адаптацији. Овом проблему ће бити посвећен део предавања али он може да се превазидје.

Већи мотив за ово предавање представљају механичка оштећења слузокоже уста услед неадекватне морфологије протезне базе. Ове лезије су отворена врата за продор свих инфективних агенаса.

Ако се протезирању приступи без антисептичке припреме пацијента што је веома чест случај онда се „шансе“ за неуспех повећавају геометријском прогресијом. Закасна примена оралних антисептика по правилу увек доводи „велике“ протезе. Наравно ако смо отискивали едематозну слузокожу израдили протезу а потом санирали едем протеза логично одстоји. Проблем ??? У неку руку да, али много мањи него могућност да механичким хемијским и инфективним агенсима на већ едематозну слузокожу закомпликујемо ситуацију. А проблем, он се може ефикасно решити поступцима подлагања протезне базе уосталом нефизиолошки притисак на слузокожу који врши протеза се и компензује редовним подлагањима базе....

И сада ако се говори о „Нежељеним ефектима тоталних протеза“ наравно мора да се апострофира „дејство“ резидуалног мономера. Резидуални мономер је тема на којој су многи умни људи радили и раде и данас. Применом тих препорука највећи део проблема може да се превазидје али су и даље најугроженији зубни техничари који раде у просторијама у којим се одиграва полимеризација.

Ово предавање има управо за циљ да још једном потенцира велику истину а то је да сама протеза (мисли се на материјал) има много мање нежељених ефеката него што их ми индукујемо нашим пропустима и наравно укаже на правилне методе и поступке у изради тоталних протеза.

Број речи: 356

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

1. Pravilan izbor indikacije
2. Izbor adekvatnog materijala za indikaciju
3. Postupak pripreme i aplikacije otisnih materijala
4. Manipulacija i dezinfekcija otisaka
5. Izbor, priprema i primena gradivnih materijala za izradu radnih modela

Неуролошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**Паркинсонова болест изазов за здравствену негу**

Струковна медицинска сестра Наташа Јевтовић, Клинички центар Крагујевац
Слађана Петровић,

Паркинсонова болест је болест поремећаја покрета, названа по лекару из Лондона Јамесу Паркинсону, који је 1817. године први описао симптоме болести. Поремећаји покрета настају због смањења лучења хемијске супстанце допамина, и то у делу мозга који има важну улогу у контроли вољних покрета (базалне ганглије).

У базалним ганглијама (црна језгра) присутан је мањак броја ћелија које производе допамин. Нажалост, узрок пропадања тих ћелија није још познат. Као последица хемијског дефицита у делу мозга који нацире вољне покрете јављају се невољни покрети. Каткад је присутан тзв. вишак покрета попут тремора, који се не може контролисати, а некада недостатак покрета, односно отежано започињање покрета и општа укоченост.

Болест се обично полагано развија па може проћи и неколико месеци, а и година пре него болесник установи да има тегоба. Један од првих симптома често је лагано подрхтавање руку или прстију, које се полагано развије у невољно ритмично подрхтавање. Истовремено, извођење компликованијег покрета постаје отежано уз ограничења покрета, а мишићи су укоченији уз неспретне, ригидне покрете. Три су главна симптома Паркинсонове болести: тремор (дрхтање), ригор (укоченост мишића руку, ногу и врата) и успорење покрета. Но, не морају истовремено бити присутна сва три симптома, нити се они јављају једнаким интензитетом. Важно је запамтити да дрхтање може бити различита порекла тако да немају сви болесници који осећају дрхтање Паркинсонову болест. Често је присутна депресија, сметње сна, мокрења и столице. Брзина напредовања интензитета симптома и саме болести различита је и зависи од појединца. Код неких болесника чак и дуже време болест не утиче на способност обављања свакодневних активности. Важно је на време открити болест и лечити њене симптоме прописаним лековима.

Важно је нагласити да болест није фатална; постоје делотворни лекови. Лечење симптома болести успешно је посебно у раном стадијуму болести. Али лечење не зауставља напредовање болести. Важна је рана дијагноза болести, узимање специфичних лекова, начин исхране вежбање. Лекови значајно смањују симптоме болести. Лекар специјалиста препоручује специфичну комбинацију лекова која се разликује код појединих болесника, а често захтева време и стрпљење. Лекови узрокују и нежељена дејства.

Пацијентима са Паркинсоновом болешћу прави се индивидуални план здравствене неге. Осим адекватне дијагнозе, лечења, здравствене неге најнеопходније је да пацијент прихвати своју болест као и породица. Комплијанса мора бити висока како би се успело у решавању многобројних проблема које овакви пацијенти имају.

Број речи: 378

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

1. Schrag, A. (2017). „Epidemiology of movement disorders”. Ур.: Tolosa E, Jankovic JJ. Parkinson’s disease and movement disorders. Hagerstown, MD: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN978-0-7817-7881-7.
2. Barić M, Vuković N, Janković A. Utjecaj Parkinsonove bolesti na društveni život oboljelih. Prvi hrvatski simpozij medicinskih sestara i tehničara neurologije s međunarodnim sudjelovanjem; zbornik radova; 9-12 studenog 2015; Hrvatska, Varaždinske toplice: 2015; 21-24
3. National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) Parkinson’s Disease: Diagnosis and Management in Primary and Secondary Care. London: NICE.
4. <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/diskinezije-i-bolesti-mozga/parkinsonova-bolest> 09.11.2016.
5. Milaković G., Kicivoj J. Kvaliteta života bolesnika s Parkinsonovom bolešću. Četvrti kongres medicinskih sestara i tehničara hrvatske za neurologiju s međunarodnim sudjelovanjem – perspektive razvoja sestrinstva u neuroznanosti: zbornik radova; 15-18 rujna 2012; Hrvatska, Opatija: UMSTHN; 2012; 67-69.

Секција опште медицине

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Фибромиоми материце

спец.гинекологије и акушерства Др Миодраг Савовић, Дом здравља Ниш

Маријана Николић,

Дефиниција

Фибромиоми материце спадају у бенигне неепителне туморе материце (класификација СЗО).

То су чврсти тумори глатке мускулатуре и везивног ткива, састављени из густо збијених мишићних и везивних влакана материце.

Најчешћи су тумори у малој карлици жена у репродуктивном периоду (21-23); чине 95% свих бенигних тумора материце.

Епидемиологија

Бенигне творевине се јављају нешто раније, али се обично откривају код жена у доба пуне полне зрелости и активности, или нешто касније, између 35. и 55. године живота.

Веома су ретки пре 25. године, и само изузетно се јављају у пубертету или раније.

Када се јаве, расту и напредују све до менопаузе, а у климактеријуму и сенијуму спонтано регресирају и атрофирају.

Нови фибромиоми се не јављају после менопаузе.

Подела

Према месту на коме се јаве на материци, фибромиоми се деле на корпоралне и истмичне (најчешћи), затим цервикалне и фибромиоме округлих веза (далеко ређи).

Ретко настају појединачно, чешће су истовремено присутна два или више фибромиома.

Према томе у каквом су односу са зидом материце деле се на интрамуралне (најчешћи), субсерозне и субмукозне.

Симптоматологија

Највећи број фибромиома материце у почетку не показује никакве симптоме.

Симптоми се јављају када фибромиом достигне извесну величину и почне да врши притисак на околне органе: мокраћну бешику, уретру и ректум.

Дијагноза

Гинеколошки преглед, при коме се на материци или поред ње опипавају појединачни или многобројни чврсти чворови различите величине.

Ултразвучни преглед, који пружа прецизне и тачне податке о величини, положају и евентуалним ткивним променама постојећег фибромиома.

Ултразвучно се миоми могу приказати као ехогени или хипоехогени чворови, зависно од количине и односа мишићног и везивног ткива.

Секундарне промене (некроза, крварење, дегенеративне промене, калцификација) приказују се целим спектром ултразвучних приказа.

Иста метода може се применити за процену физиолошких и патофизиолошких параметара протока кроз материчне артерије, као и за диференцијацију бенигних и малигних тумора материце.

Терапија

Пацијенткиње са фибромиомима треба лечити тек када се установи да фибромиоми причињавају извесне тегобе, односно када су достигли величину при којој се могу очекивати дегенеративне промене или постоји сумња на малигну алтерацију.

Данас је опште усвојено гледиште да је лечење оперативно, а избор хируршког подухвата зависи од броја, величине и положаја фибромиома, старости и здравственог стања жене, као и њене жеље да оствари трудноћу.

Уколико фибромиом не узрокује никакве тегобе, потребна је само контрола сваких 6 до 12 месеци.

У те сврхе се користе аналози ГнРХ (гонадотропин ослобађајућег хормона).

Међутим, терапија агонистима ГнРХ има привремено деловање које траје за време примене лека. Унутра 4 месеца од престанка давања терапије, миоми се враћају на првобитну величину.

Закључак

Медикаментна терапија најбољи је начин за лечење субмукозних миома, како би се они смањили на одговарајућу величину, када их је могуће успешно у целини уклонити хистероскопским путем.

Терапија агонистима ГнРХ има успеха и код жена у перименопаузи (контролисање крварења и спречавање секундарне анемије) до коначног излечења операцијом.

Смањење тумора и његове прокрвљености знатно олакшава извођење хируршког захвата, али омогућава и избор за пацијенткињу поштеднијег приступа.

Број речи: 474

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

1. Stary HC, Chandler AB, Dinsmore RE, Fuster V, Glagov S, Insull W Jr, et al. A definition of advanced types of atherosclerotic lesions and a histological classification of atherosclerosis: a report from the Committee on Vascular Lesions of the Council on Arteriosclerosis, American Heart Association. *Circulation* 1995; 92: 1355–74.
2. MacSweeney ST. Mechanical properties of abdominal aortic aneurysm and prediction of risk of rupture. *Cardiovasc Surg.* 1999; 7(2): 158–9.
3. Pearce WH, Shively VP. Abdominal aortic aneurysm as a complex multifactorial disease: interactions of polymorphisms of inflammatory genes, features of autoimmunity, and current status of MMPs. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1085: 117–32.
4. Falk E. Why do plaques rupture? *Circulation* 1992; 86(Suppl 3): 30–42.
5. Richardson PD, Davies MJ, Born GV. Influence of plaque configuration and stress distribution on fissuring of coronary atherosclerotic plaques. *Lancet* 1989; 2: 941–4.
6. LeMaire SA, Wang X, Wilks JA, Carter SA, Wen S, Won T, et al. Matrix metalloproteinases in ascending aortic aneurysms: bicuspid versus trileaflet aortic valves. *J Surg Res* 2005; 123(1): 40–8.
7. van der Wal AC, Becker AE, van der Loos CM, Das PK. Site of intimal rupture or erosion of thrombosed coronary atherosclerotic plaques is characterized by an inflammatory process irrespective of the dominant plaque morphology. *Circulation* 1994; 89(1): 36–44.
8. Lacković V, Vuković I. Cytohistological and immunohistochemical characteristics of vascular remodelling in diseases of the blood vessels. *Srp Arh Celok Lek* 2006; 134(1): 9–16. (Serbian)
9. Bancroft JD, Gamble M. *Theory and practice of histological techniques*. 5th ed. London: Churchill Livingstone; 2002.
10. Vukovic I, Lackovic V, Todorovic V, Kanjuh V, Ilic S. Cytohistologic and immunohistochemical characteristics of the aortic intima and media in coarctation of the aorta of the adult type. *Srp Arh Celok Lek* 2004; 132(1): 66–71.

Трансфузиолошка секција

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

**ФАКТОРИ ПОВОЉЊА КВАЛИТЕТА КОНЦЕНТРАТА ТРОМБОЦИТА-
БИОНЕМИЈСКА I ФУНКЦИОНАЛНА ИСПИТИВАЊА**

**примаријус, специјалист трансфузиолог, доктор медицинских наука –
област хематологија Ана Антић, Завод за трансфузију крви - Ниш**

Uvod: Priprema koncentrata trombocita (KT) iz jedinice cele krvi je metoda uslovljena velikim brojem faktora koji pojedinačno ili udruženo mogu imati značajan uticaj na kvalitet konačnog proizvoda. Kvalitet koncentrata trombocita određen je kriterijumima definisanim u Vodiču za pripremu, korišćenje i obezbeđenje kvaliteta Evropskog komiteta za transfuziju krvi Saveta Evrope.

Cilj istraživanja je bio ispitati kvalitet KT dobijenih izdvajanjem iz “buffy coat”-a (BC) i izdvojiti faktore koji doprinose poboljšanju kvaliteta i standardizaciji KT.

Materijal i metoda rada: Ispitivanje je obuhvatilo ukupno 80 KT izdvojenih iz BC prema standardnoj proceduri pripreme u Zavodu za transfuziju krvi u Nišu. Kvalitet KT je određivan na osnovu zapremine produkta i laboratorijskih testiranja prvog (KT

1), trećeg (KT

3) i petog dana skladištenja (KT

5): hematoloških analiza, gasnih analiza (pO

2, pCO

2), pH, sterilnosti i agregacije trombocita izazvane dodavanjem 3,2; 6,4 and 9,6 µg kolagena/mL (impedantna agregometrija).

Rezultati: Postoji statistički značajno manji broj trombocita, pO

2, pCO

2 i pH u KT

3 i KT

5 ($p < 0,001$). Osim ispunjenosti kriterijuma za broj trombocita, svi ostali parametri su u saglasnosti sa preporukama Vodiča. Agregacija trombocita za sve koncentracije kolagena je pokazala pad tokom skladištenja, sa statistički značajnom razlikom za KT

3 i KT

5 u odnosu na KT

1 ($p < 0,01$). Postoji statistički značajna razlika u padu aktivnosti uzoraka KT aktiviranih primenom visokih koncentracija kolegena (6,4 i 9,6 μg kolagena/mL) i manjih koncentracija kolagena (3,2 μg kolagena/mL).

Zaključak: Broj trombocita, posmatrani biohemijski parametri i funkcija trombocita se statistički značajno menjaju tokom perioda skladištenja. U cilju poboljšanja kvaliteta KT važno je skladištiti KT u propisanim uslovima, promeniti vrstu kese za skladištenje KT i koristiti aditivni rastvor za čuvanje trombocita umesto plazme.

Број речи: 262

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

1. Vacić N, Antić A, Stanojković Z, Vučić M, Lazarević M. Biochemical and functional quality assessment of platelet concentrates. *Vojnosanit Pregl* 2018 OnLine-First (00): 59-59; <https://doi.org/10.2298/VSP180226059V>.
2. Rebulla P, Vaglio S, Beccaria F, Bonfichi M, Carella A, Chiurazzi F, et al. Clinical effectiveness of platelets in additive solution treated with two commercial pathogen-reduction technologies. *Transfusion* 2017; 57(5): 1171-83.
3. Shabani NR, Baqir H. Quality Assessment of Platelet Concentrates Prepared after Whole Blood Overnight Storage. *J Med Bioeng* 2014; 3(2): 87-92.
4. Rinalducci S, Zolla Biochemistry of storage lesions of red cell and platelet concentrates: A continuous fight implying oxidative/nitrosative/phosphorylative stress and signaling. *Transf Apher Sci* 2015; 52 (3): 262 – 9.
5. Guide to preparation, use and quality assurance of blood components, 19th edition: Council of Europe publishing, 2017.

Хематоонколошка секција

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

Мере превенције карцинома дојке

**Виши медицинска сестра – на одсеку за радитерапију Сузана Ђорђевић, КЦ Ниш
Клиника за Онкологију**

Рак дојке је најчесталије малигно обољење у жена на простору Србије. Сваке године број новооболелих жена се прогресивно повећава, а смртност од ове опаке болести нажалост се не смањује.

Од свих малигних обољења у жена 25,7% је рак дојке - свака четврта жена са малигним обољењем има рак дојке!

Од свих жена које болују од малигних обољења 22,2% умире од рака дојке - свака пета умрла жена са малигним обољењем умире од рака дојке!

ПРЕПОРУЧЕНЕ МЕРЕ ПРЕВЕНЦИЈЕ РАКА ДОЈКЕ

Месечни самопреглед дојки почев од 20. године живота.

Базични (први) мамограм око 45. године живота жене.

Мамограм сваке или сваке друге године за жене између 45-49 година старости.

Мамограм сваке године за жене преко 50 година.

Клинички преглед дојки код лекара специјалисте сваке три године за жене између 20-39 година, а после сваке године.

Вођење личног календара за бележење резултата самопрегледа дојки, мамографије или заказаних лекарских прегледа.

Генетичка испитивања су пожељна за оне особе које имају породичну историју рака.

Гојазност после менопаузе треба спречити јер може повећати ризик за настанак рака дојке.

Нормалан ниво хормона можете поспешити физичким вежбањем 4-5 сати недељно, а нормалан ниво хормона смањује ризик за настанак рака дојке.

Хормонску терапију спроводите искључиво под контролом лекара.

Број речи: 190

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

1. Annals of Oncology, Volume 29, Issue 8, 1 August 2018, Pages 1634–1657, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy192>
2. Witt CM, Cardoso MJ. Complementary and integrative medicine for breast cancer patients - evidence based practical recommendations. Breast 2016; 28: 37–44.
3. <http://www.batut.org.rs/> „Здравствено Статистички Годишњак Републике Србије 2016“ ; ISSN 2217-3714 (On line)
4. Partridge AH, Pagani O, Abulkhair O et al. First international consensus guidelines for breast cancer in young women (BCY1). Breast 2014; 23: 209–220.
5. <https://www.esmo.org/> „Primary Breast Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines“ ; Published in 2015 – Ann Oncol (2015) 26 (suppl 5): v8-v30. Authors: E. Senkus, S. Kyriakides, S. Ohno, F. Penault-Llorca, P. Poortmans, E. Rutgers, S. Zackrisson, and F. Cardoso

Секција сестара и техничара у рехабилитацији

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

Балнеотерапија запаљенских реуматских болести

**доктор медицине/специјализант интерна медицина Новица Димић,
Институт за лечење и рехабилитацију "Нишка Бања"**

Балнеотерапија је комплексна терапијска дисциплина која за лечење користи природне факторе: минералне воде, лековите гасове, пелоиде, климу, промену средине, дијететски режим, активни и пасивни психофизички одмор. Ефекти балнеотерапије се базирају на хемијском и минералном саставу састојака и њиховој апсорпцији.

Начин примене балнеопроцедура код пацијената са запаљеним реуматизмом, поред инсистирања на строго индивидуалном приступу, у принципу мора да буде поштедан, што значи да сви елементи балнеотерапијске дозе мора да буду редуковани. Повољнији резултати се постижу код пацијената који су пре бањског лечења били лечени адекватном медикаментном терапијом и доведени у такозвану "термалну фазу".

Кључне речи: балнеотерапија, реуматске болести

Број речи: 100

НАВЕСТИ ПЕТ АКТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НАКОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Mihajlović D., Balneoterapija reumatskih bolesnika, Balneoklimatologija 2, 57-64, 1977.
2. Stamenković B, Stojanović A, Stojanović S, Dimić A, Karadžić M.: C- reactive protein-marker disease activity in rheumatoid arthritis during balneotherapy, Health resort medicine in 2nd Millennium, I.S.M.H. Verlag, Matz 2004; 135-136, ISBN 3-934043-05-4
3. Mihajlović D., Stanković A., Marković Z., Karadžić M., Dimić A: Dejstvo prirodnih faktora u prevenciji, lečenju i rehabilitaciji reumatskih bolesti, Klinička studija, Medicinski fakultet u Nišu, 1989.
4. Constant F, Guillemin F, Collin JF, Boulange M. School of Public Health, Institute of Hydrology, University Henri Poincare, Faculty of Medicine, Nancy, France. Use of spa therapy to improve the quality of life of chronic low back pain patients. Med Care 1998 Sep;36(9):1309-14 Related Articles, Books, LinkOut Comment in: Med Care. 1998 Sep;36(9):1303-5
5. Pizzoferrato A, Garzia I, Cenni E, Pratelli L, Tarabusi C: Beta-endorphin and stress hormones in patients affected by osteoarthritis undergoing thermal mud therapy. Laboratorio di Patologia Clinica Istituti Ortopedici Rizzoli, Bologna. Minerva Med 2000 Oct;91(10):239-45

Друштво фармацеутских техничара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**Безбедност хроничне примене инхибитора протонске пумпе****магистар фармације Милица Милинковић, Апотека Крагујевац**

Инхибитори протонске пумпе (ИПП) представљају једну од најпрописиванијих група лекова од 1988. године, када су се и појавили на тржишту, јер су лекови избора за третман различитих обољења гастроинтестиналног тракта попут гастроезофагеалног рефлуksа, пептичког улкуса изазваног *H. pylori* инфекцијом или применом НСАИЛ/аспирина, улкуса дуоденума, еозинофилног езофагитиса, Золингер-Елисоновог синдрома и других стања патолошке секреције. Механизам дејства инхибитора протонске пумпе се заснива на иреверзибилној блокади секреције желудачне киселине, која се постиже ковалентним везивањем за H^+/K^+ -АТР-азу, а лекови из ове групе доступни на тржишту су: омепразол, лансопразол, пантопразол, есомепразол (активни S изомер омепразола), рабепразол и други. Са фармакоекономског аспекта њихова примена, како код болничких тако и код ванболничких пацијената, представља велико оптерећење за здравствени систем, обухватајући све нивое здравствене заштите, што доказује и бележење континуираног пораста њиховог прописивања. Посебно је велики значај препознавања клиника значајних интеракција попут истовремене примене са антимикуробним лековима (итраконазол, кетоконазол), антиепилептицима (карбамазепин), бензодиазепинима, метотрексатом, а код кардиолошких пацијената истовремена примена са клопидогрелом и других. Нежељена дејства повезана са акутном применом ИПП-а су главобоља, наузеја, свраб, дијареја, док је фокус новијих истраживања разматрање повезаности хроничне примене ИПП-а са rebound хипергастринемијом и пратећим симптомима диспепсије, карциноидним туморима желуца, повећаном инциденцом болничких и ванболничких пнеумонија, остеопорозом и повећаном инциденцом прелома костију. Утицај на минерално-витамински статус пацијената, нарочито, у погледу настанка хипомагнезијемije, смањене апсорпције гвожђа, калцијума и витамина B12 је оно што привлачи додатну позорност научне заједнице. Нажалост, највећи број података о наведеној проблематици је добијен у оквиру ретроспективних фармакоепидемиолошких студија, типа кохортних и студија случај-контрола, а мали број у оквиру проспективних студија, које су најрелевантније. С обзиром на све веће присуство полифармације, примарно код старије популације, циљ је да здравствени радници у пракси већу пажњу посвете препознавању потенцијалних интеракција и благовременом уочавању нежељених реакција насталих услед хроничне примене инхибитора протонске пумпе.

Број речи: 292

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

1. Malfertheiner P, Megraud F, O’Morain CA. et al. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut. 2017;66(1):6-30.
2. Ingram RJM, Ragunath K, Atherton JC. Peptic ulcer disease.In: Yamada’s Textbook of Gastroenterology.6th edition, West Sussex: John Wiley & Sons,2016;p.1032-1077
3. Ashley H. Peptic ulcer disease,In:Gastrointestinal Disorders,9th edition,New York, McGraw-Hill Education,2017;p.35/1-35/4
4. Duncan SJ, Howden CW. Proton Pump Inhibitors and Risk of Rhabdomyolysis. Drug Saf. 2017;40(1):61-64.
5. Eusebi LH, Rabitti S, Artesiani ML. Proton inhibitors pump: Risk of long term use. J Gastroenterol Hepatol. 2017.

Друштво струковних медицинских радиолога и радиолошких техничара

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Нуклеарно-медицинско испитивање уринарне опструкције (УО)****Редовни професор, Проф. др Борис Ајдиновић, Институт за нуклеарну медицину
Београд**

Опструктивна уропатија може да се дефинише као прекид протока урина на било ком нивоу од бубрега (бубрежне чашице, карлица бубрега) преко уретера до бешике. Као последица блокаде протока урин се вараћа у бубрег изазивајући дилатацију уретера, бубрежне карлице и чашица што може да има за последицу оштећење бубрежног паренхима. Дилатирани пијелокаликсних систем бубрега се назива хидронефроза и знак је опструктивне уропатије.

Многи су узроци опструктивне уропатије, а најчешћи су нефролитијаза, уретеролитијаза или уролитијаза. Опструктивна уропатија може такође бити изазвана неким здравственима стањима као што су трудноћа, карцином простате, ретроперитонеална фиброза, повреде кичмене мождине, стриктуре уретера. Конгениталне аномалије (најчешће стенозе уретеропијличног споја) се најчешће налазе код деце (некада и антенатално), али се јављају и код одраслих.

Златни стандард за испитивање уринарне опструкције није успостављен мада се ту користи неколико метода медицинског сликања. Спирлани ЦТ (без контраста) у последње време замењује класично рендгенско сликање бубрега-уретра-бешикере као метода прве линије у радиолошкој евалуацији уринарног система. МРИ, где постоји могућност, постаје метода избора у испитивању болесника са УО. Интравенска пијелографија је метода избора за дефинисање анатомских карактеристика и проширености опструкције. Ултрасонографија је метода избора у утврђивању присуства хидронефрозе.

Диуретска динамска скинтиграфија (ренографија) је неинвазивна нуклеарномедицинска метода која може да направи разлику између опструктивне и неопструктивне хидронефрозе што је најважније питање у обради болесника са УО.

Динамска скинтиграфија бубрега започиње интравенским давањем радиофармака што је праћено снимањем гама камером у току 20 до 30 минута. Радиофармаци који се користе за ту врсту снимања су: технецијум-99м-обележени мерцаптоацетул тригулцине (99мТц-МАГЗ), технецијум-99м-обележени- диетхуленетриамине пентаацетиц ацид ацид (99мТц-ДТПА) и технецијум-99м-обележени етхуленедицстеине (99мТц -ЕЦ). 99мТц-МАГЗ, 99мТц -ЕЦ анд 99мТц-ДТПА се из крви брзо преузимају бубрезима И елиминишу урином. Механизам накупљања И елиминације у бубрезима се разликује за 99мТц-ДТПА, који се празни гломерулалном филтрацијом, док 99мТц-МАГЗ и 99мТц -ЕЦ накупљају ћелије проксималних реналних тубула и затим елиминише урином. Технетиум-99м-обележена- димерцаптосуциниц ацид (99мТц-ДМСА) се након накупљања у бубрежном паренхиму задржава неко време и омогућава статичку скинтиграфију бубрега. 99мТц-ДМСА се накупља

у функционалном паренхиму бубрега а зоне оштећеног паренхима И фокалне лезије ће се приказати као зоне смањеног/одсутног накупљања радиофармака.

За диуретску ренографију даје се фуросемиде (Ласиц) ИВ а процена пражњења се изражава као брзина промене ренографске кривуље након диуретске стимулације, што може да се квантификује као време $T/2$. Израчунавање сепаратног/релативног клиренса такође може да се обави у склопу обраде динамске сцинтиграфије бубрега И служе за процену оштећења сваког бубрега, а као последица опструкције. На пражњење бубрега утиче И пражњење мокраћне бешике, усправан положај болесника, као И сама функција бубрега. У последње време се уводе разни квантитативни параметри за процену пражњења бубрега као што су “оутпут ефициенцу” (ОЕ), “ециретион ефициенцу након мокрења” (ПВЕЕ) и нормализована резидуална активност (НОРА). јер објављана испитивања указују на непоузданост параметра $T/2$ код утврђивања опструкције посебно код деце са једностраном стенозом пијлоуретеричног споја. И поред тога не постоји универзалан параметар на основу кога ће се са сигурношћу дефинисати опструкција. На основу новијих објављених података могуће је да ће одређивање кортикалног транзита и визуелна интерпретација налаза динамске сцинтиграфије постати најбољи предиктивни фактори ризика конзервативног/хиришког приступа у третирању болесника са УО.

Број речи: 499

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

1. Slobodanka Lj. Beatović, Marija Radulovic, Milica M. Janković, Boris Ajdinovic, Dragana P Sobic-Saranovic>Renal output efficiency and normalized residual activity examined by technetium-99m-DTPA renography have by far greater specificity to diagnose obstructive disease as compared to other conventional parameters of the renogram. First such study of output efficiency, Hellenic journal of nuclear medicine, Jul 2018
2. Marija Radulovic, Slobodanka Lj. Beatović, Milica M. Janković, Boris Ajdinović: Diuresis renography and ultrasonography in children with antenatally detected hydronephrosis can support diagnoses and suggest related surgery treatment, Hellenic journal of nuclear medicine, Sep 2017
3. Slobodanka Lj. Beatović, Dragana P Sobic-Saranovic, Emilija D Jaksic, Boris Ajdinović: Validation of numerical outputs of IAEA software by the analysis of diuretic nephrogram in children with antenatally detected hydronephrosis Hellenic journal of nuclear medicine, Dec 2015
4. Biljana Bazić-Đorović, Marija Radulovic, Marija Šišić, Boris Ajdinović: Technetium-99m dimercaptosuccinic acid renal scintigraphy can guide clinical management in congenital hydronephrosis. Hellenic journal of nuclear medicine 20 Suppl, December 2017
5. Marija Radulovic, Ljiljana Jaukovic, Zoran Krstic, Boris Ajdinović: Diuretic 99mTc DTPA renography in assessment of renal function and drainage in infants with antenatally detected hydronephrosis Article in Vojnosanitetski preglad. Military-medical and pharmaceutical review · December 2015 DOI: 10.2298/VSP140818110R

Ендокринолошка секција

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Користи едукације инсулинзависних болесника у СБ “Меркур” Врњачка бања****Др Братислав Б. Миловановић, Специјална болница „Меркур“ Врњачка Бања****Весна Дукић,**

Шећерна болест као болест савременог доба која постаје пандемијска болест захтева све више пажње медицинске и друштвене јавности. Као комплексна, системска метаболичка болест, дуже време слабе симптоматске испољености (неми клинички ток у типу 2 шећерне болести, или оскудни општи симптоми) узима драгоцено време за добро лечење и тиме превенцију компликација. Дисфункција бета ћелије настаје и 10-ак година пре постављене дијагнозе у типу два шећерне болести. Тај предиабетесни период је изгубљен за третман а значајно је да у том периоду настају микроваскуларне компликације те већ у моменту дијагнозе имамо код око 1/3 болесника и дијагнозу дијабетесне полинеуропатије.

Друга истина када је тип 2 шећерне болести у питању велика инциденца обољевања.

1980. године је било око 30 милиона оболелих у свету; 2016. године 415 милиона са предвиђањем за 2030 годину изнад 500 милиона! Ове чињенице нас обавезују на велику озбиљност како у лечењу шећерне болести тако и у превенцији. Зато је неопходна максимална озбиљност у третману до постизања оптималних задатих вредности од момента дијагнозе болести а то захтева мултидисциплинарни приступ.

Велики број недиагностикованих болесника, значајан број дијагностикованих а не лечених још мање са постигнутим циљевима у лечењу шећерне болести а најмање са позитивним исходом је карактеристика данашњег стања болесника са шећерном болешћу.

Отруда је едукација о правилној исхрани као основном узроку (мајци) сваке болести, самоконтроли гликемија, упознавање болесника са карактеристикама болести и озбиљношћу болести када су исходи болести у питању од велике важности као добра основа за добар успех.

Упознавање карактера болести, значаја постизања оптималних задатих вредности, благовремена корекција терапије, титрације доза инсулина, осавременавање терапије, детекција компликација и оптимални приступ од кључног су интереса за пацијента.

Комплексност болести захтева мултидисциплинарни организовани приступ у третману болести у циљу спречавања компликација, одлагања или успоравања појаве компликација.

Овакав приступ се већ деценијама обавља у СБ „Меркур“ Врњачка бања као Републичком центру за лечење шећерне болести и превенцију компликација а већ 10 година као центру за едукацију инсулинзависних болесника знајући да је едукација неопходна и инсулиннезависним болесницима (можда и потребнија?).

У СБ „Меркур“ се кроз сагледавање стања болесника прегледом и увидом у документацију, проценом стања актуелне гликорегулације кроз дневни профил, као и ретроградне гликорегулације кроз ХбА1ц, основних биохемијских анализа, обављањем консултативних прегледа (офталмолога,

неуролога, кардиолога, гастроентеролога, уролога, гинеколога, физијатра, специјалисте исхране, дијететичара), едукацијом кроз циклус петодневних предавања, усклађивањем физичке активности са исхраном и терапијом до оптималне гликорегулације, психолошком потпором постиже значајна корист у лечењу шећерне болести.

Болесник боље познаје своју болест, више сазнаје о болести, озбиљније приступа лечењу и озбиљније схвата захтеве лекара и значај добре метаболичке контроле.

Добром едукацијом, бољом метаболичком контролом шећерне болести превенирамо, одлажемо или умањујемо компликације шећерне болести, смањујемо инвалидитет који болест носи, побољшавамо радну способност и квалитет живота.

Зато је организовани, искуствени, мултидисциплинарни приступ шећерној болести у СБ „Меркур“ Врњачка бања од великог значаја за популацију дијабетесних болесника у Србији.

Број речи: 432

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

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2017. Diabetes Care. 2017;37(1):S4-S128.
2. Bailey CJ, Campbell IW, Chan JCN, Davidson JA, Howlett HCS, Ritz P editors. Metformin, the gold standard: a scientific handbook. Chichester Wiley;2007:173–92.
3. Hajjar J, Amir Habra M and Naing A. Metformin: an old drug with new potential. Expert Opin Investig Drugs 2013;22(12): 1511-17.
4. Hostalek U, Gwilt M and Hildemann S. Therapeutic Use of Metformin in Prediabetes and Diabetes Prevention. Drugs 2015;75:1071–94.

Секција сестара у ортопедији

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

SURGICAL APPROACHES IN STIFF ELBOW SURGERIES

Specialist Orthopaedic In-Ho JEON, Department of Orthopaedic Surgery, Asan Medical Center, Ulsan Medical School, Seoul. Korea

Introduction In stiff elbow surgeries a few approaches are described: posterolateral, lateral, anterolateral, anteromedial, medial, posteromedial. Based on pathology stiffness could be: Extra-articular (Extrinsic) with contracture of capsule, ligament and muscle after trauma which produce bony bridge; Intra-articular (Intrinsic) with intra-articular adhesion or fracture causing mechanically limitation of motion; Intra & extra-articular (Mixed), Intrinsic with scarring of soft tissue and Extrinsic with articular adhesion.

Aim To analyze used surgical approaches for treating different causes of stiff elbow in our practice

Material and Methods

1. Surgical management of stiff elbow with extrinsic pathology in case of normal joint are: 1. Anterior capsular excision and lateral and/or medial column procedure. Indications are high grade contracture and extensive osteophytes around elbow joint. The concept of open lateral approach is to identify the supracondylar ridge and access to anterior and posterior compartment elevating extensor carpi radialis longus and brachioradialis on lateral side and triceps on posterior side. In advanced stage of Osteoarthritis, medial side osteophytes become bigger. This may result in loss of motion, especially in loss of flexion. In debridement arthroplasty, it is very important to remove these osteophyte completely with medial column procedure; 2. Arthroscopic ulnohumeral and osteocapsular arthroplasty with four major steps: removal of all loose bodies, removal of all osteophytes in the ulnohumeral articulation, total synovectomy and anterior and posterior capsulectomy; 3. Open ulnohumeral arthroplasty (OK procedure); 4. Open debridement arthroplasty

2. Surgical managements of stiff elbow with intrinsic pathology are: interposition arthroplasty and total elbow replacement.

Operative indications for surgical management of stiff elbow are stiffness, loss of extension more than 30 degrees and/or less than 110 degrees of flexion and pain that was not responsive to conservative treatment.

Results Sequential changes of extension-flexion arc were examined in 19 patients followed greater than 5 years. Preoperative extension of 32 degrees was improved 19 degrees at one year, and was aggravated 26 degrees at the latest examination. In contrast, postoperative flexion of 119 degrees remained consistent.

Conclusion There is no single answer for stiff elbow. Lateral column procedure should be used in case of mild stiffness with soft tissue pathology mainly. Medial column procedure should be used in

case of severe stiffness and with bone and soft tissue pathology. Arthroscopy is relative contraindication for high grade stiff elbow.

Key words: Stiff elbow, Column procedure, Open release, Arthroscopy

Број речи: 381

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

1. Park JW, Kim YS, Yoon JO, Kim JS, Chang JS, Kim JM, Chun JM, Jeon IH. Non-tuberculous mycobacterial infection of the musculoskeletal system: pattern of infection and efficacy of combined surgical/antimicrobial treatment. *Bone Joint J.* 2014 Nov;96-B(11):1561-5.
2. Lee HJ, Jeon IH, Kim PT, Oh CW, Deslivia MF, Lee SJ. Transtendinous Wiring of Mallet Finger Fractures Presenting Late. *J Hand Surg. Am.* 2014. Sep.
3. Kim PT, Lee HJ, Kim TG, Jeon IH. Current Approaches for Carpal Tunnel Syndrome. *Clin Orthop Surg.* 2014 Sep;6(3):253-257.
4. Adikrishna A, Kekatpure AL, Tan J, Lee HJ, Deslivia MF, Jeon IH. Vortical flow in human elbow joints: a three-dimensional computed tomography modeling study. *J Anat.* 2014 Aug 5.
5. Jeon IH, Lee HJ. Commentary on "comparison of compression screw and perpendicular clamp in ulnar shortening osteotomy". *J Hand Surg Am.* 2014 Aug;39(8):1565.
6. Lee HJ, Jeon IH, Kim PT, Oh CW. Tension wire fixation for mallet fracture after extension block pinning failed. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2014 May;134(5):741-6.
7. Lee HJ, Kim PT, Kyung HS, Kim HS, Jeon IH. Nail-preserving excision for subungual glomus tumour of the hand. *J Plast Surg Hand Surg.* 2013 Nov 21
8. Lee HJ, Kim JY, Jeon IH. Cubital tunnel syndrome due to the anconeus epimedialis muscle. *J Shoulder Elbow Surg.* 2013 Dec;22(12)