

АКРЕДИТОВАНИ РАДОВИ

ХІІІ Конгреса Националне асоцијације удружења здравствених радника Србије са међународним учешћем

Акредитациони број ХІІІ конгреса Националне асоцијације удружења здравствених радника Србије са међународним учешћем је Д-1-226/19.

Акредитован за лекаре, стоматологе, фармацеуте, биохемичаре, медицинске сестре и здравствене техничаре.

Конгрес је бодован са 13 бодова за акредитоване предаваче, 11 за усмена саопштења, 9 за постер презентације и 8 за пасивне учеснике.

Пленарна тема ХІІІ конгреса Националне асоцијације удружења здравствених радника Србије са међународним учешћем је:

„ЛЕЧЕЊЕ АФЕРЕЗАМА“

Предавач пленума: академик Проф.др сци мед Бела Балинт – научни саветник, дописни члан САНУ, Институт за кардиоваскуларне болести Дедиње

ХІІІ КОНГРЕС НАУЗРС

СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ

02.10. до 06.10.2019. Врњачка Бања „Хотел Брежа“

ПЛЕНУМ ЗА СВЕ УЧЕСНИКЕ КОНГРЕСА
02.10.2019.ГОД - 17,00 ЧАСОВА
ХОТЕЛ БРЕЗА - ВРЊАЧКА БАЊА
ТЕМА: ЛЕЧЕЊЕ АФЕРЕЗАМА
ПРЕДАВАЧ: АКАДЕМИК-ПРОФ. ДР СЦИ МЕД БЕЛА БАЛИНТ,
НАУЧНИ САВЕТНИК, ДОПИСНИ ЧЛАН САНУ -
ИНСТИТУТ ЗА КАРДИОВАСКУЛАРНЕ БОЛЕСТИ ДЕДИЊЕ.



АКРЕДИТОВАНО ЗА:
МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ,
ЗДРАВСТВЕНЕ ТЕХНИЧАРЕ,
ЛЕКАРЕ, СТОМАТОЛОГЕ
ФАРМАЦЕУТЕ И БИОХЕМИЧАРЕ
КОНГРЕС ЈЕ БОДОВАН:
АКРЕДИТОВАНИ ПРЕДАВАЧИ 13,
СТРУЧНА САОПШТЕЊА 11,
ПОСТЕР ПРЕЗЕНТАЦИЈЕ 9,
ПАСИВНИ УЧЕСНИЦИ 8 БОДОВА

РОК ЗА СЛАЊЕ РАДОВА 15.08.2019.ГОД
АКРЕДИТАЦИОНИ БРОЈ: Д-1-226/19



ПОКРОВИТЕЉ КОНГРЕСА



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА

ЗА ЧЛАНОВЕ НАЦИОНАЛНЕ АСОЦИЈАЦИЈЕ УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ БЕЗ НАПЛАТЕ КОТИЗАЦИЈЕ, ЗА ОСТАЛЕ 3600

+381184284333

info@nauzrs.rs

www.nauzrs.rs



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 Бранкица Здравковић-** Председник Друштва лабораторијских техничара Србије
11. **Сан.еко.инг.Маја Нешковић-** Председник Друштва санитарно еколошких инжињера 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:

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

Програм ће бити реализован у трајању од **37** сати акредитованих предавања и преко **50** сати стручног излагања у постер или видео бим презентацији- усмено. Конгрес се реализује са **36** предавача од тога **10** Наставника факултета Универзитета и **Високих струковних школа здравствене неге, и 2** предавача из иностранства. Конгрес ће бити реализован у Врњачкој бањи од 02.10. до 06.10.2019. 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.

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 Бранкица Здравковић**- Председник Друштва лабораторијских техничара Србије- ДЗ Ниш
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. Академик- Проф. Др сци мед Бела Балинт, научни саветник, дописни члан САНУ, Институт за трансфузиологију и хемобиологију, Војномедицинска Академија, Београд;
2. Лекар. специјалиста офталмологије, Др Јелена Пешић, Општа болница Алексинац
3. Лекар, субспецијалиста медицинске информатике, Наташа Крстић, Клинички центар Ниш
4. Наставник вештина, Здравствена нега, Сунчица Ивановић, Висока медицинска школа струковних студија Туприја
5. Лекар, субспецијалиста болест зависности, Др Војин Поповић, Специјална болница за психијатријске болести "Горња Топоница"
6. Лекар, специјалиста анестезиологије са реаниматологијом др, Небојша Стевановић, Клинички центар Крагујевац
7. Доктор по клинична психологија, Проф. Др. сци. мед. Силвия Цветкова, Факултет „Обществено здравје“, Медицински универзитет – Плевен
8. Магистър, здравен мениджмънт, Ива Димитрова Иванова, МБАЛ „Сити клиник - Свети Георги“, ЕООД – Монтана
9. Лекар, специјалиста нуклеарне медицине, Гордана Савић, Клинички центар Крагујевац, Центар за нуклеарну медицину
10. Лекар, специјалиста клиничке биохемије, Др Љиљана Савић, Дом здравља Ниш
11. Лекар, специјалиста интерне медицине, Др Јадранка Ивковић, Специјална болница Сокобања
12. Лекар, Др Слађана Влајовић, Завод за хитну медицинску помоћ Крагујевац
13. Лекар, Магистар, специјалиста хигијене, Мр. Др Снежана Глигоријевић, Институт за јавно здравље Ниш
14. Лекар, специјалиста психијатрије, Др Драган Милошевић, Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница
15. Лекар, Доцент, специјалиста ургентне медицине, Доц. Др сци. мед Владимир Гајић, Завод за хитну медицинску помоћ Крагујевац, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу
16. Струковна медицинска сестра специјалиста, Дипломирани менаџер, Соња Паравина, Клинички центар Ниш
17. Виши медицински техничар, Дејан Благојевић, Дом здравља Ражањ
18. Струковни физиотерапеут специјалиста, Златко Стојановић, Специјална болница за рехабилитацију "Рибарска Бања"
19. Струковна медицинска сестра, Драгана Радосављевић, Клинички Центар Крагујевац
20. Лекар, стоматолог, специјалиста оралне медицине и пародонтологије, Ивица Глишић, Дом здравља Пожаревац
21. Лекар, Редовни професор, специјалиста медицине рада, Проф. Др сци. мед Јовица Јовановић, Медицински факултет Универзитет у Нишу, Завод за здравствену заштиту радника Ниш

22. Лекар, специјалиста хирургије, Сарадник у настави, ужа научна област хирургија, Асс. Др сци.мед Дејан Лазић, Клинички Центар Крагујевац - Клиника за општу и грудну хирургију, Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу
23. Струковна медицинска сестра специјалиста, Данијела Стаменковић, Клинички центар Ниш - Клиника за урологију
24. Лекар стоматологије, Др Марко Гојнић, Зуботехничка школа Београд
25. Виша медицинска сестра, Љиљана Ракић, Клинички центар Србије
26. Лекар, специјалиста интерне медицине, Др Дарко Тасић, Дом здравља "Др Милорад Мика Павловић" Инђија
27. Лекар, Примаријус, доктор медицинских наука, специјалиста трансфузиолог, субспецијалиста хематологије, научни сарадник, Прим Др сци.мед Зоран Станојковић, Завод за трансфузију крви-Ниш Медицински факултет Ниш
28. Редовни професор, Лекар, специјалиста интерне медицине, субспецијалиста онкологије, Проф. Др сци.мед Светислав Врбић, Клинички центар Ниш, Медицински факултет Ниш
29. Лекар, специјалиста интерне медицине, Др Наташа Симоновић, Клинички центар Ниш
30. Лекар, Доцент, специјалиста физијатар, Доц. Др сци.мед Валентина Живковић, Медицински факултет Универзитета у Нишу
31. Фармацеут, Магистар, специјалиста клиничке фармације, Мр.фарм.Владимир Вучетић, Клинички центар Крагујевац
32. Виша медицинска сестра, Сања Бранковић, Дом здравља Ражањ
33. Лекар, специјалиста радиологије, Др Владимир З. Цветић, Центар за радиологију и магнетну резонанцу, Клинички Центар Србије, Београд
34. Лекар, Доцент, специјалиста интерне медицине и ендокринологије, Доц. Др сци.мед Виолета Младеновић, Клинички центар Крагујевац, Медицински факултет Крагујевац
35. Примаријус, Лекар, специјалиста ортопедије са трауматологијом, Прим. др, Горан Видић, Општа болница Алексинац
36. Мастер менаџер у здравству, **Асс Небојша Ваџић, 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, упознало учеснике Програма континуиране едукације, да су дужни да поштују Закон о ауторском и сродним правима (Службени гласник Републике Србије број 104/2009 и 99/2011).

У Нишу , дана 29.01.2019 године.

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

ПЛЕНАРНА ТЕМАТИКА за све учеснике Конгреса:
--

LEČENJE AFEREZAMA
Prof. Bela Balint, naučni savetnik, dopisni član SANU
Institut za kardiovaskularne bolesti Dedinje

Pored suportivne transfuzije krvi i krvnih produkata, hemoterapija podrazumeva i izvođenje afereznih procedura koje imaju za cilj uklanjanje akumuliranih (povišenih) količina određenih sastojaka i/ili zamenu patološki izmenjenih krvnih sastojaka (ćelija i sastojaka plazme, patogena, metaboličkih produkata). Zavisno od vrste izdvojenog supstrata, terapijske afereze je moguće razvrstati na izmenu plazme i citaferaze, s jedne strane, kao i na konvencionalne i selektivne afereze-otklanjanje dela plazme ili samo nekih vrsta leukocita, odnosno modulacija njihove aktivnosti. Tokom izvođenja specifičnih afereznih procedura, pacijent je reinfundovan sopstvenom (autolognom) prečišćenom plazmom ili krvnim ćelijama nakon ex vivo modulacije njihove funkcije.

Hemoterapija takođe uključuje i sakupljanje i primenu matičnih ćelija hematopoeze (MČH) sa ciljem rekonstitucije hematopoeze u okviru regenerativne medicine. Prema tome, osnovna primena hemoterapije je rekonstitucija i održavanje hemobiološke ravnoteže (homeostaze) dodavanjem sadržaja ili komponenti koje su deficitarne, izvođenjem afereznih ili drugih „hemo-modulatorno-zavisnih“ procedura. Na ovaj način, utiče se na ukupni volumen cirkulišuće krvi, ali takođe i kapacitet krvi za vezivanje i transport kiseonika, hemostazu i aktivnost medijatora imunog odgovora. Racionalna i vremenski vezana hemoterapija doprinosi povećanju preživljavanja pacijenata sa brojnim bolestima.

Tokom primene hemoterapije potrebno je izvesti najpouzdanije procedure na najpogodniji način, što podrazumeva optimizaciju indikacija, u realnom vremenskom okviru izbor najoptimalnije terapijske procedure, kao i najpogodnije verzije te procedure. To znači da u okviru hemoterapije, za koju očekujemo zadovoljavajući terapijski odgovor, neophodno je odabrati odgovarajući protokol i regiovati što pre je moguće. Primena najpogodnijih terapijskih modaliteta, na najprihvatljiviji način, znači u isto vreme razmatranje svih dostupnih terapijskih procedura i tehnika savremenog doba. Takođe, najosetljivija tačka tokom planiranja i izvođenja afereznih procedura, posebno citaferaza, je određivanje najoptimalnijeg pristupa u terapiji-ili čak bolje od toga „vreme-frekvenciju-intenzitet-kontinuitet“ u izvođenju procedura. Uvođenja citaferaza zahteva određivanje ukupnog broja krvnih ćelija u organizmu, određivanje odnosa

krvnih ćelija u ekstra- i intravaskularnom prostoru (na primer, rezerve u hematopoeznom tkivu), kao i procenu intenziteta ćelijske produkcije (kinetiku citogeneze) u periafereznom periodu.

Ovaj rad će ukrate prikazati znanja vezana za lečenje afereznim procedurama (bez opisa procedura za izmenu plazme) koje su sprovedene u periodu od 1981. do 2017. godine sa posebnim akcentom na afereznu citoredukciju ili trombocitodepleciju, i sa kratkom prezentacijom sopstvenih rezultata, kao i poređenje efikasnosti različitih verzija i generacija separatora krvnih ćelija sa kontinuiranim i diskontinuiranim krvnim protokom (Hemonetics M-30, IBM-2997, Cobe-Spectra and Spectra-Optia) tokom izvođenja terapijskih trombocitaferenza.

Reference:

1. Balint B, Stanojevic I, Todorovic M, Stamatovic D, Pavlovic M, Vojvodic D. Relative frequency of immature CD34+/CD90+ subset in peripheral blood following mobilization correlates narrowly and inversely with the absolute count of harvested stem cells in multiple myeloma patients. *Vojnosanit Pregl* 2017; 74(11): 1071–7.
2. Balint B, Todorovic-Balint M, Ljubenov M, Tarabar O, Pavlovic M, Kanjuh V. Apheretic "rescue-protocol" designed for treatment of CLL associated life-threatening hemolytic crisis. *Transfus Apher Sci* 2015; 52(2): 256–8.
3. Prakash S, Hans R, Sharma Malhotra P, Marwaha N. Therapeutic Thrombocytapheresis for Symptomatic Thrombocytosis in Hemato-Oncology Patients. *Therap Apher Dialysis* 2017; doi: 10.1111/1744-9987.12635
4. Tefferi A, Barbui T. Polycythemia vera and essential thrombocythemia: 2015 update on diagnosis, risk-stratification and management. *Am J Hematol* 2015; 90(2) :162–73.
5. Balint B, Vucetic D, Ostojic G, Ljubenov M. Osnovi transfuziologije sa hemobiologijom. Beograd: Medicinski fakultet VMA – Medija centar Odbrana; 2015.

Офталмолошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Дијабетична ретинопатија и савремени дијагностички и терапијски приступ
специјалиста офталмологије Јелена Пешић, Општа болница Алексинац

ЦИЉ: је приближити и предочити савремене дијагностичке и терапијске процедуре, у вези са шећерном болешћу и оштећењем ретине до кога долази услед овог обољења.

МЕТОД: ДР је болест ока које доводи до оштећења ретине и као за последицу може имати слепило. Што дуже пацијент болује од ове болести, веће су шансе да дође до оштећења вида.

ДР се дели на: непролиферативну, репролиферативну и пролиферативну дијабетичну ретинопатију.

Подела је извршена на основу промена на ретини, односно на очном дну. Пацијент се јавља офталмологу ради редовног прегледа очног дна, због његовог основног обољења, или због одређених симптома, као и што су лебдећа замућења у видном пољу, која често могу да буду крв, или због губитка централног вида, када су промене локализоване у жутој мрљи.

Пацијента треба озбиљно саслушати, узети добро анамнезу, видну оштрину, измерити и ОП и прегледати очно дно у мидријази, најбоље индиректном офталмоскопијом.

Након дијагностиковања промена, неопходно је урадити и одређена снимања, као што су: ФА, ОЦТ макуле, КВП. Зависно од врсте и распрострањености промена, предузимају се одређени терапијски третмени: ПРП, анти ВЕГФ терапија, дугоделујући Кс, као и парс плана витректомија.

РЕЗУЛТАТ: постављањем праве дијагнозе, локализацијом промена, и правим избором терапије, пацијенту који живи са овом болешћу треба омогућити нормалан живот.

ЗАКЉУЧАК: захваљујући доброј анамнези, коплетном прегледу, савременој дијагностици и терапијским третманима могуће је превенирати и лечити различите форме ДР.

Број речи: 221

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

1. Jack Kanski-Klinicka oftalmologija, novije izdanje, 2015. godina
2. V. Misita-Dijabetična retinopatija, izvod iz 2017. godine
3. A. Paovic-OCT, 2017.godina
4. Jean Philippe Nordmman-OCT, 2017.godina
5. Semjuel Grosman, Novi tretman dijabetične retinopatije, 2015. Godina

Секција сестара у нефрологији и хемодијализи

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ (максимално 500 речи)

Епидемиолошке карактеристике хепатитис С вирусне инфекције

Субспецијалиста медицинске информатике Наташа Крстић, Клинички центар Ниш

Инфекција хепатитис Ц вирусом (ХЦВ) представља глобални проблем. Процењује се да је овим вирусом инфицирано око 3% светске популације или 170 милиона људи. Међу свим узроцима хроничне болести јетре, ХЦВ је најчешћи и присутан је око 25% до 50%. ХЦВ је најзначајнијих фактора ризика за настанак хепатоцелуларног карцинома, који је по учесталости на 5. месту међу свим малигнитетима код мушкараца и на 8. међу женама и региструје се код преко 60% пацијената са овим малигнитетом. ХЦВ је најчешћи узрок трансплантације јетре и око 40% пацијената којима се обави трансплантација јетре је инфицирана овим вирусом. У свету 2010. год., ХЦВ се као узрок смрти налазио на 25. месту, годишње у свету умре око 500.000 људи, у Европи око 86.000 људи.

Дистрибуција оболелих у свету је неравномерна. Највиша преваленција је у земљама Блиског истока (4,7%), Африци (3,2% до 70%), Азији (2,1%). У САД око 1,8%, Европи око 1,5%. Број инфицираних је око 9 милиона. У Европи је број инфицираних у развијеним северним земљама (0,1-0,2%), у централној Европи (0,5-1,5%), Балкански регион (1,5%), медитеранске земље (1,9-2,7%) и бивши Совјетски савез (Украјна 4%). У Србији око 100 000 људи има ХЦВ, доказана код 25% инфицираних због некарактеристичних симптома. Процењује се да ће максимални број инфицираних бити после 2030. године. Акутни хепатитис Ц се бележи међу млађим одраслим особама. Манифестни облици хроничне ХЦВ инфекције су присутни код старијих особа.

ХЦВ припада породици Хепативирус у оквиру фамилије Флавивиридае. Постоје 6 генотипова ХЦВ и 74 подтипова. Генотип 1 узрокује агресивнији ток болести и бржу прогресију хроничног хепатитиса Ц (ХХЦ) у цирозу јетре. У нашој средини су најчешћи генотип 1 и 3. Учесталост генотипа 1 је већа, код 65% болесника. Генотипови 2 и 4 су ређе заступљени, генотипови 5 и 6 нису забележени. ХЦВ је отпоран на ниске температуре, на собној температури преживљава 2-3 дана. Излагање температури од 65°C дуже од 30 минута инактивира вирус. Вирус је осетљив на замрзавање и одмрзавање, деловање јонизујећег и ултраљубичастиг зрачења, на органске раствараче и детерџенте.

Извор инфекције је човек, са акутном или хроничном ХЦВ инфекцијом. Преношење хепатитис Ц вируса - преноси се пре свега парентералним путем. Вирус је доказан у готово свим телесним течностима. Трансфузије крви, корисници интравенских дрога, (преваленца ХЦВ је 45-80%), боду пирсинг, тетоважа, верски обреди, употреба туђих предмета за личну хигијену и коришћење медицинских инструмената и уредјаја за прегледе и лечење (сонде, ендоскопи,

апарати за хемодијализу), инфекција полним путем уколико постоје озледе и ранице на кожи и слузницама, промискуитетне особе у већем ризику, верикална трансмисија са мајке на дете током порођаја (2- 5%) код хроничне ХЦВ мајке. Особе на хемодијализи (развијене земљама испод 10%, у неразвијеним 50-70%). Код 40% инфицираних, и поред квалитетно узете епидемиолошке анкете, остаје нејасан начин трансмисије.

ЗАКЉУЧАК: Трошкови лечења и неге пацијената са ХЦВ инфекцијом показују да се у САД-у троши више од 1 милијарде долара годишње. Европски центар за превенцију и контролу болести (ЕЦДЦ) је 2006.год. увео систем активног мониторинга ХЦВ инфекције, који предвиђа праћење епидемиолошких карактеристика ХЦВ. На 63. скупу СЗО 2012.године су установљени циљеви и стратегије на контроли, унапређењу знања, скринингу и едукацији инфицираних ХЦВ. Хронични хепатитис због ХЦВ инфекције смањује преживљавање хемодијализних пацијената. Праћење водича за контролу инфекција, изолација серопозитивних пацијената и стриктне превентивне хигијенске мере могу спречити сероконверзију код хемодијализираних пацијената

Број речи: 532

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

1. American Association for Study of Liver Diseases (AASLD), Infectious Diseases Society of America (IDSA). Recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C. [updated 2014 Aug 11; cited 2016 Sep. 23]. Available from: <http://www.hcvguidelines.org/>.
2. Testing for HCV infection: an update of guidance for clinicians and laboratorians. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2013 May 10; 62(18):362–5.
3. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015 Jan 10; 385(9963):117–71.
4. Gower E, Estes C, Blach S, Razavi-Shearer K, Razavi H. Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection. J Hepatol. 2014 Nov; 61(1 Suppl):S45–57.
5. Messina JP, Humphreys I, Flaxman A, Brown A, Cooke GS, Pybus OG, et al. Global distribution and prevalence of hepatitis C virus genotypes. Hepatology. 2015 Jan; 61(1):77–87.

Секција студената здравствене струке

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****ПРОФЕСИЈА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА-ПОШТОВАЊЕ, НЕДОСТАТАК
КАДРА И ДА ЛИ ВАМ СМЕТА ОВО ЋУТАЊЕ О НАМА?****Наставник вештина, Здравствена нега Сунчица Ивановић, Висока медицинска
школа струковних студија Ћуприја****Светлана Николић, Сузана Милутиновић,**

Увод: Све сложенији облици болести и коморбидитети узроковали су увођење сложених метода и поступака здравствене неге, а континуирани развој науке у сестринству захтевнију и сложенију улогу медицинске сестре у 21. веку. Једноставно, све наведене промене довеле су до повећања не само броја здравствених услуга, њихову различитост већ и до повећања нивоа степена образовања медицинских сестара. Квалитет здравствене неге данас, захтева постојање медицинских сестара са високим степеном знања, стручности, морала, као и мотивације и креативности. Данас се поставља питање да ли је професија сестринства призната у нашем образовном систему и да ли је медицинској сестри са високим образовањем додељено адекватно место у здравству? Сестринство као професија треба да буде регулисано образовним стандардима на нивоу Европске уније, посебно директивом 2005/36 ЕЦ а да у складу са њеним образовањем буде препозната њена адекватна улога у здравству и просвети.

Циљ: Приказати положај медицинских сестара у Републици Србији, описати проблематику стално растућег броја одласка медицинских сестара/техничара у иностранство, недостаци у систему који се односе на медицинске сестре/техничаре, не могућност континуираног усавршавања, оптерећеност административним пословима, не задовољавајућа структура медицинских сестара/техничара и неусклађеност са правним актима, потребе интеграције сестринства као аутономне професије не само у систему здравства већ и у просвети, 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.

Резултати: образовање медицинских сестара/техничара у Р Србији није усклађено са образовањем у земљама европске уније и потребна је хитна израда програма академског и постдипломског усавршавања. Систем игнорише признавање високе стручне спреме медицинских сестара/техничара на радним местима која су најзахтевнија у здравству и просвети. У болничким условима образовна структура медицинских сестара/техничара не задовољава садашње услове прописане важећим правилницима, а није ни у складу са Каталогом радних места у здравству. Такође, медицинске сестре су изложене притисцима у болницама да током 24 часа обављају многобројне поступке који превазилазе њихове законом прописана овлашћења или која нису у складу са њиховим образовањем. Здравствене установе на свим нивоима здравствене заштите престале су да образују медицинске сестре/ техничаре а

они који су сами платили своје образовање добијају као одговор да их установа није послала да се образују и да је то разлог не распоређивања на прописана радна места кршећи свесно важеће прописе и угрожавајући сигурност пацијената. Промене су само евидентиране не и спроведене или се спорадично спроводе.

Закључак: У систему образовања и у здравству трансформација сестринства која се спроводи у циљу прилагођавања променама а ради побољшања исхода здравствене неге пацијената, захтева темељну реконцептуализацију сестринског образовања. Ради постизања овог циља потребно је омогућити сагледавање потреба пацијената, медицинских сестара, друштва као целине система здравствене заштите и омогућити бољу комуникацију и заједнички рад медицинских сестара/ техничара и представника академске заједнице ради израде студијских програма за образовање сестара. Програми треба да буду засновани на механизме који у исто време подстичу на академско напредовање медицинских сестара/техничара и побољшавају исходе промоције здравља, превенције болести и здравствене неге оболелих пацијената.

Број речи: 478

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

1. Volkmer RS, Barbarić I, Cindrić Ž, Pišćenec I. Basic laws and their regulations to define the nursing practice. SG/NJ 2014;19:224-7 DOI:10.11608/sgnj.2014.19.046
2. Mrnjec V. Historical overview of the education of nurses in Croatia. SG/NJ 2014;19:246-9 DOI: 10.11608/sgnj.2014.19.052
3. Ljubičić M. Šare S. The connection between theory and practice in nursing care. SG/NJ 2015;20:254-6 DOI: 10.11608/sgnj.2015.20.050
4. Bišćan J, Krešić V. Society for Quality – Croatian Nurses Association, Hospital Days 2015. Nursing in Croatia after the EU. SG/NJ 2015;20:278-80 DOI: 10.11608/sgnj.2015.20.057
5. Gavranic D, Iveta V, Sindik J. Perception of the nurse profession in general population. SG/NJ 2015;20:115-20 DOI: 10.11608/sgnj.2015.20.025

Психијатријска секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ (максимално 500 речи)

СЕКСУАЛНОСТ АЛКОХОЛИЧАРА

subspecijalista bolesti zavisnosti др Војин Поповић, Специјална болница за психијатријске болести "Горња Топоница"

Алкохолизам једног члана породице је само израз дисфункционалности породице као целине. У алкохоличарској породици поремећено је све: партнерски односи, односи са децом, финансијски односи, емотивни односи, сексуални односи.

Циљ рада био је сагледавање аспеката сексуалног понашања алкохоличара. За спровођење истраживања користили смо два упитника. Један упитник са 21 питањем, други са 47 питања. Питања из првог упитника обухватила су социодемографске податке (8) као и питања везана за сексуално понашање (13). Истраживање је обухватило 26 алкохоличара на Одељењу за алкохолизам Специјалне психијатријске болнице у Горњој Топоници. Под условом да су искрено одговорили на сва питања (мада је основна карактеристика алкохоличара лаж и манипулација!), резултат истраживања је следећи: најчешћи пацијент Одељења за алкохолизам је мушког пола, старости 50 година, висине 178 цм, тежине 76 кг, из града (62%), са средњом школском спремом (58%), ожењен (50%), са једним дететом (53%), одслужио војни рок (92%), са првим сексуалним односом у 16-ој години, са честим сексуалним маштањима и сексуалним сновима (77%), са дужином полног органа од 19 цм (!), са мастурбацијом почео са 13 година, и даље мастурбира (65%), иако има 7 сексуалних односа месечно, до сада имао 14 сексуалних партнера (!), предигра му траје 12 минута (!), коитус траје 17 минута (!), у току односа увек доживи оргазам, често упражњава орални секс (50%), ретко анални (12%), а нешто чешће групни секс (19%).

Други упитник испитивао је ставове алкохоличара према сексу (на основу Ајзенка, 1972.), а састојао се од 47 питања. Примећено је да у популацији од 61 до 65 година има већи број одговора са сасвим нетачно и нетачно, док у млађој друпи од 30 до 40 година преовлађују одговори тачно и сасвим тачно. Сви се слажу да их узбуђује задњица супротног пола и да их не привлачи особа истог пола. Млађи тврде да могу да уживају у сексу где год им се пружи прилика, док старији тврде да када неког воле ништа им на њима не смета. Већина мисли да деца треба да уче о сексу у основној и средњој школи и да има ствари у области секса које не би никада и ни са ким радили. Нешто више од половине испитаника мишљења су да је невиност веома важно обележје сваке девојке, а већина нема осећај кривице због својих сексуалних искустава.

Број речи: 371

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

1. Bergman B, Brismar B, Ruusa J. COHABITING RELATIONSHIPS AND SEXUAL INTEREST OF MALE ALCOHOLICS. J Addict Dis. 1996;15(1):53-63.
2. Crosby GM, Stall RD, Paul JP, Barrett DC. SUBSTANCE USE AND HIV RISK PROFILE OF GAY/BISEXUAL MALES WHO DROP OUT OF SUBSTANCE ABUSE TREATMENT. AIDS Educ Prev. 2000 Feb;12(1):38-48. Hall JM. THE EXPERIENCES OF LESBIANS IN ALCOHOLICS ANONYMOUS. West J Nurs Res. 1994 Oct;16(5):556-76.
3. Hall JM. THE EXPERIENCES OF LESBIANS IN ALCOHOLICS ANONYMOUS. West J Nurs Res. 1994 Oct;16(5):556-76.
4. Jensen SB. SEXUAL FUNCTION AND DYSFUNCTION IN YOUNGER MARRIED ALCOHOLICS. A COMPARATIVE STUDY. Acta Psychiatr Scand. 1984 Jun;69(6):543-9.
5. Nadeau L, Truchon M, Biron C. HIGH-RISK SEXUAL BEHAVIORS IN A CONTEXT OF SUBSTANCE ABUSE: A FOCUS GROUP APPROACH. J Subst Abuse Treat. 2000 Dec;19(4):319-28.

Секција инструментара и сестара у анестезији

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

Акутни панкреатитис у труднићи

Приказ случаја

Акутни панкреатитис је ретка појава у трудноћи, инциденца се креће око 0,01%. Најчешће се јавља у току другог и трећег триместра трудноће. Као најчешћи етиолошки фактори издвајају се хипер триглицеридемија (39%) и билијарна болест (19%).

Учесталост тешких форми панкреатитиса јечешћа код пацијенткиња са хипер триглицеридемијом, приче му се матерналниморталитет процењујена 20%, а феталнина 50%.

Дијагноза се поставља на основу клиничке слике и минималног троструког пораста серумске концентрације амиллаза или паза као и других дијагностичких метода које се изводе уз мерење преко могућег ризика за рачења за фетус (ехотрансабдоминални или ендоскопски као и МРИ).

Лечење се не разликује битно од лечења уобичајних случајева акутног панкреатитиса, приче му се конзервативно лечење парентералном надокнадом течности, аналгезијом, и другим симптоматским мерама чини окосницу терапијског приступа.

Код билијарног панкреатитиса ЕРЦП као и лапароскопска холецистектомија се трају се потпуно сигурним методама. Ау случају панкреатитиса узрокованог хипер триглицеридемијом, очему ће у нашем приказу случаја бити реч, плазмафереза је основна терапијска мера.

Како акутни панкреатитис повећава ризик за превремено порођај, спонтану побачај, и интраутеринусмрт плода већма је битна интензивна терапија као и мултидисциплинарни приступ лечењу.

Већма је важна редовна контрола липидног профила у трудноћи, нарочито код трудница са придруженим факторима ризика (DM, гојазност, позитивна анамнеза фамилијарне хиперлипидемије...).

Код пацијенткиња са факторима ризика треба спровести превентивне мере ради спречавања настанка акутног панкреатитиса (хипокалоријска дијета са ниским садржајем масти, омега 3 масне киселине, употреба фибрата, статина, ниацина, интензивно праћење липидног профила).

Приказ случаја

Број речи: 262

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

1. Ducarme G, Maire F, Chatel P, Luton D. Acute pancreatitis during pregnancy: a review. *J Perinatol* 2014;34:87-94.
2. Pitchumoni CS, Yegneswaran B. Acute pancreatitis in pregnancy. *World J Gastroenterol* 2014 15(45):5641-6.
3. Papadakis EP, Sarigianni M, Mikhailidis DP, et al. Acute pancreatitis in pregnancy: an overview. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;159:261-6.
4. Eddy JJ, Gideonsen MD, Song JY, et al. Pancreatitis in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2015;112(5):1075-81.
5. Hernandez A, Petrov MS, Brooks DC, Banks PA, Ashley SW, Tavakkolizadeh A. Acute pancreatitis and pregnancy: a 10-year single center experience. *J Gastrointest Surg* 2007;11(12):1623-7.
6. Cain MA, Ellis J, Vengrove MA, Wilcox B, Yankowitz J, Smulian JC. Gallstone and severe hypertriglyceride-induced pancreatitis in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2015;70(9):577-83.
7. Vonlaufen A, Wilson JS, Apte MV. Molecular mechanisms of pancreatitis: current opinion. *J Gastroenterol Hepatol* 2008;23:1339-48.
8. Igbiosa O, Poddar S, Pitchumoni C. Pregnancy associated pancreatitis revisited. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2016;37(2):177-81.

Секција кућне неге

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

**Екипността - съвременното поведение на професионалистите по
здравни грижи**

(Доктор по клинична психология Силвия Цветкова, Факултет „Обществено здраве”,
Медицински университет – Плевен)

Резюме: Актуалността на темата на настоящето изследване произтича от важното значение на екипния подход в сферата на здравеопазването, което е важна част от социалната система на обществото. Тъй като системата за предоставяне на здравни грижи става все по-интегрирана, то условията за работа в екип придобиват нарастващо значение. Работата в екип осъществява в най-голяма степен био-психо-социалния модел в здравеопазната дейност. За да осъществява качествено професионалните си задължения, здравният специалист трябва да развие умения за работа в екип, а именно: умения за общуване, за взимане на решения, умения за сътрудничество, за споделяне на идеи, открити взаимоотношения и взаимна подкрепа и др. Доброто взаимодействие и сътрудничество между отделните специалисти и звена в мултидисциплинарния екип подобрява ефективността при изпълнение на задачите, повишава професионално удовлетворение на членовете на екипа и чувството за свързаност с цялата група.

Въведение: Здравеопазването е важна част от социалната система на обществото и като колективна дейност в неговото ръководство по принцип е заложено екипното начало.

В научната литература са известни различни дефиниции на понятието “екип”. Често цитирано е определението на Каценбах и Смит. Те дефинират екипа като „малка група от хора с допълващи се умения, които са обвързани с общо намерение, работни цели и подход, за които те са взаимно отговорни” Екипът е дефиниран чрез неговите основни характеристики от редица автори (Кандула, Бърнс, Брадли, Уейнър и други). Кандула определя екипа като група от хора, които си сътрудничат чрез специфичните си умения за постигане на общи цели по най-ефикасния начин[8; 115]. Бърнс, Брадли и Уейнър дефинират екипа като група, която има цел, структура, специфични процеси и лидерство [6; 125]. По-различна концепция за екипа представят Харизанова, Обер, Коен и Бейли. Тези автори разглеждат екипа като общност, която се формира на основата на ценности. Коен и Бейли определят екипа като набор от индивиди, които са взаимно зависими в своята дейност, споделят ценности и отговорности за резултати, управляват техните взаимоотношения и които се самоопределят, както и се възприемат от външните субекти, като малка социална общност [7; 240]. Обер характеризира екипа по следния начин [5; 248]: 1) Членовете на екипа трябва да бъдат обединени от обща

цел; 2) Структурата на ролите и статуса трябва да посочват тяхната професионална диференциация; 3) Членовете на екипа се подчиняват на възприетите от тях норми на поведение; 4) Сплотеността на членовете показва степента на съвпадение на мнения, оценки и позиции по отношение на обекти и проблеми, най-значими за тях ; 5) Колективна отговорност на членовете на екипа.

Създаването на екип е сложен процес, още повече в една динамична среда, в която здравната грижа е непрекъснат процес. Изисква не само време, но и правилни подходи към служителите, чрез които те да осъзнаят принадлежността си към екипа (идентичност). Екипът, разглеждан като група, подкрепяща и реализираща управленската политика, трябва да притежава качества като сплотеност, единомислие, готовност за поемане на колективна отговорност, сътрудничество, готовност за консултиране, активно участие при обсъждане на решения [2]. Екипната дейност подобрява мотивацията; подпомага намаляване на текучеството; повишава качеството на труда; подобрява удовлетвореността от извършваната дейност; способства за полесното преодоляване на проблемите [4].

Број речи: 497

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

1. Джей, Р., Ръководство на мениджъра, С., 2014
2. Стратегија за развитие на здравните грижи в РБългария 2013 – 2020 г.
3. С. Цветкова, Влияние на психо-социалната атмосфера на работното място върху риска от Бърнаут при професионалистите по здравни грижи, Национална Научно-практическа конференция „Съвременни тенденции в развитието на здравните грижи – реалност и предизвикателства”, БАПЗГ, С., 2015
4. Цветкова, С., Психология на управлението, Пл., 2014
5. Aubert, N. et etc. Management. PUF, Paris, 2014

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Brnaut sindrom

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

През последните 30 години специално внимание се обръща на един феномен, свързан със стреса и резултатът от хроничния стрес в организацията – професионалното изпепеляване (burnout).

За първи път терминът бърнаут е формулиран през 1974 г. от американския психиатър Хърбърт Фрейденбергер, като характеристика на психологическото състояние при здравихора, които работят в емоционално напрегната трудова среда. Професионалното прегаряне / бърнаут / според дефиницията на Фрейденбергер е “изчерпване на енергията при професионалистите в сферата на социалната помощ, когато те се чувстват претоварени от проблемите на хората, с които работят”.

Като “синдром на емоционално и физическо изтощение, включващ развитието на отрицателна самооценка, отрицателно отношение към работата и загуба на разбиране и съчувствие по целта на настоящето проучване е да се установи наличието на бърнаут симптоми при професионалистите по здравни грижи и се установи наличие/отсъствие на корелация с психосоциалната атмосфера на работното място. Обект на проучване са 124 професионалисти по здравни грижи – медицински сестри, акушерки, рехабилитатори, фелдшери, работещи в различни звена на здравния сектор.

Проучването е проведено през месеците юни-август 2012 г.

Приложените методи са: социологически и статистически методи.

За целите на изследването са използвани два въпросника: на К.

Маслач за диагностициране на бърнаут и стadiите в развитието му, включващ 22 въпроса с три подскали: „Емоционално изтощение“, „Дехуманизация“, „Работоспособност“ и Въпросник за оценка на конфликтните отношения в организацията (М. Радославова и А. Величков, 2005) отношение на пациентите“ определя бърнаута Кристина Маслач и подчертава, че “изгарянето – това не е загуба на творчески потенциал, не е реакция на скука, а по-скоро е проблем, който “възниква на фона на стреса, предизвикан от междупersonното общуване”.

Број речи: 114

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

1. Цветкова, С., Психологија на управлението, Пл., 2014
2. Aubert, N. et etc. Management. PUF, Paris, 2015
3. Burns, L., Bradley, E., Weiner, B. Shortell and Kaluzny's health care management, Organization design & behaviour. „Delmar Cengage learning”, USA, 2016
4. Cohen, S., Bailey, D. What Makes Teams Work: Group Effectiveness Research From the shop floor to executive suite
5. Kandula, Sr. Performance management: Strategies - interventions - drivers, „Prentice-Hall of India Private”, New Delhi, 2016

Пнеумофтизиолошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Улога вентилационо-перфузионе скинтиграфије плућа у преоперативној припреми пацијената са карциномом плућа

специјалиста нуклеарне медицине Гордана Савић, Клинички центар Крагујевац, Центар за нуклеарну медицину

Перфузиона скинтиграфија плућа ^{99m}Tc -обележеним макроагрегатом хуманог серумског албумина (^{99m}Tc -МАО) је дијагностичка метода омогућава визуализација регионалне перфузије плућа. Физиолошка основа ове методе се заснива на пролазној микроемболизацији капилара плућа и прекапиларних артериола честицама ^{99m}Tc -МАО. Вентилациона скинтиграфија плућа је метода која омогућава визуализују бронхопулмоналне дистрибуције инхалираних радиообележених аеросоли или радиоактивног гаса. Код вентилационе скинтиграфије радиоактивним аеросолима најчешће је примењиван пертехнетатом ($^{99m}\text{TcO}_4$ -) обележена диетилентриаминопентасирћетна киселина (ДТПА) или честице угљеника обележене технецијумом (Технегас).

Перфузијска скинтиграфија плућа се надопуњује и комбинује са вентилационом скинтиграфијом плућа, а користи се за процену вероватноће постојања акутуелне или раније тромбоемболије плућа; процену плућне функције код конгениталних болести срца и плућа (десно-леви срчани шантови, стеноза плућне артерије, артериовенске фистуле), код плућне хипертензије, после трансплантације плућа, у емфизему, хроничној опструктивној болести плућа, карциному плућа пре ресекције, цистичној фибрози и саркоидози.

Већ неколико деценија, карцином плућа је најчешћи узрок обољевања и умирања од малигних тумора код мушкараца, а код жена је четврти најчешћи малигни тумор и други најчешћи узрок смрти од малигнитета. С обзиром да је хируршка терапија тј. ресекција плућа најчешћа метода избора у лечењу пацијената у раним стадијумима (NSCLC, I и II) карциномом плућа, параметри дисајне функције директно условљавају обим ресекције, независно од индикације за операцију. Пре операције карцином плућа, поред процене респираторне функције, неопходна је процена непосредног периоперативног ризика, као и одложеног ризика настанка респираторне инсуфицијенције.

Вентилационо-перфузиона скинтиграфија плућа (ВПС) је метода која омогућава процену доприноса сваког плућног крила општој респираторној функцији преоперативно и постоперативно, чиме је потврдила своје значајно место у селекцији пацијената са карциномом плућа за ресекцију плућа.

Број речи: 253

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

1. Georgieva N., Kalaydjiev G., Obretenov e. et al. Lung perfusion scintigraphy in pulmonary carcinoma and pneumectomy. Scripta Scientifica Medica. 2013; 45: 21-26
2. Joshua Eichhorn j., Eluvathingal T. Non-embolic causes of perfusion defects on VQ scan. J Nucl Med. 2018; 59: 1219
3. Tang G., Zhou l. Lobar ventilation function and lobar perfusion function determined by pulmonary V/Q scintigraphy using SPECT/CT. J Nucl Med. 2018; 59: 1611
4. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. CA Cancer J Clin 2018; 68:7.
5. Spyrtatos et al. Preoperative evaluation for lung cancer resection. J Thorac Dis 2014;6(S1):S162-S166.

Друштво лабораторијских технолога и техничара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ (максимално 500 речи)

БИОХЕМИЈСКИ МАРКЕРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Др спец. клиничке биохемије Љиљана Савић, Дом здравља Ниш

Атеросклероза представља обољење артеријских крвних судова у којем зидови артерија постају задебљали и отворднели присуством плакова. Плакови су састављени од холестерола и других липида, инфламаторних ћелија и депозита калцијума. Атеросклероза почиње у детињству, лагано прогредира кроз дуги претклинички ниво и евентално се манифестује клинички, обично у средњим годинама. Током последњих 30 година постало је јасно да иницијација и прогресија болести и њена каснија активација која повећава ризик појаве болесних догађаја зависи од дубоких динамичких измена у васкуларној биологији.

У патогенези атеросклерозе улогу имају: 1. Хронични инфламаторни одговор васкуларног зида на ендотелијално оштећење или дисфункцију 2. Повећани плазматски нивои ЛДЛ који узрокују таложење ЛДЛ у субендотелијуму крвних судова 3. Оксидација трансмигрираних ЛДЛ 4. Активација ендотелних ћелија 5. Привлачење моноцита/макрофага који врше ингестију оксидованог ЛДЛ 6. Формирање пенастих ћелија – масних пруга 7. Пролиферација глатко мишићних ћелија 8. Таложење екстрацелуларних матрикс протеина

Ендотел је кључни регулатор васкуларне хомеостазе у којој нема само функцију баријере већ учествује као активни сигнални трансдуксер за циркулаторне утицаје који модификују фенотип зида крвног суда. Измене у ендотелној функцији претходе развоју морфолошких атеросклеротских промена и могу такође утицати на развој лезије и касније клиничке компликације. Иако је једноставан једнослојни, здрави ендотелијум је оптимално смештен и способан да одговори на физичке и хемијске сигнале продукцијом различитих фактора који регулишу: васкуларни тонус, целуларну адхезију, тромборезистенцију, пролиферацију глатко мишићних ћелија и инфламацију зида крвног суда. Значај ендотелијума је најпре препознат по његовим ефектима на васкуларни тонус. Ово се постиже продукцијом и ослобађањем неколико вазоактивних молекула који релаксирају или констикују зидове крвних судова, као и преко одговора на и модификацијом циркулишућих вазоактивних медијатора као што су брадикинин и тромбин. Ова вазомоција игра главну улогу у балансу кисеоничког снабдевања ткива и метаболичком одговору путем регулације тонуса крвних судова и дијаметра и такође је укључена у ремоделирање васкуларне структуре и дуготрајне перфузије органа. Пионирски експерименти Фурцхготт и Завадски први су показали ендотелијумом створени релаксирајући фактор за који се касније утврдило да је азот моноксид (НО). НО се ствара из Л аргинина акцијом ендотелијалне НО синтетазе (еНОС) у присуству кофактора као што је тетрахидробиоптерин. Овај гас дифундује до васкуларних глатко мишићних ћелија и активира гуанилат циклазу која доводи до цГМП посредоване вазодилатације. Стрес је кључни активатор еНОС у нормалној физиологији и он адаптира органску перфузију на измене у кардијалном оутпуту. Надаље, ензим може бити активисан сигналним молекулима као што су

брадикинин, аденозин, васкуларнио ендотелни фактор раста (у одговору на хипоксију) и серотонин (ослободјен током агрегације тромбоцита).

Пролонгирано и/или понављано излагање кардиоваскуларним факторима ризика може надмашити протективне ефекте ендогених антиинфламаторних система у ендотелним ћелијама. Као последица тога, ендотел не само да постаје дисфункционалан већ ендотелне ћелије губе и интегритет, прогредирајући до старења и откину се у циркулацију. Циркулишући маркери оваквог оштећења ендотелних ћелија укључују ендотелне микропартикуле пореклом из апоптотичних ћелија и целе ендотелне ћелије. Ови маркери су повећани и у коронарној артеријској болести и у периферној артеријској болести, као и другим инфламаторним стањима удруженим са повећаним васкуларним ризиком као што је реуматоидни артритис и СЛЕ. Липопротеин је биохемијску склоп који се састоји од протеина и липида. Основна функција липопротеина је транспорт липида. Протеински део липопротеина се састоји од апопротеина (аполипопротеина) који се могу поделити у шест класа, а неке од класа у подкласе. Тако разликујемо: А (апо А-И, апо А-ИИ, апо А-ИВ, и апо А-В), Б (апо Б48 и апо Б100), Ц (апо Ц-И, апо Ц-ИИ, апо Ц-ИИИ, и апо Ц-ИВ), Д, Е, Х

Према различитим уделима појединих хемијских молекула који се налазе у одређеном липопротеину, липопротеини се могу сврстати у различите класе: хиломикрони ,липопротеин врло мале густине (ВЛДЛ) липопротеин средње густине (ИДЛ), липопротеин мале густине (ЛДЛ) липопротеин велике густине (ХДЛ).

Број речи: 595

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

1. Gooding HC, and de Ferranti SD. Cardiovascular risk assessment and cholesterol management in adolescents: getting to the heart of the matter. Curr Opin Pediatr. 2010 August ; 22(4): 398–404. doi:10.1097/MOP.0b013e32833a6e22.
2. Ge Y and Wang TJ. Circulating, imaging, and genetic biomarkers in cardiovascular risk prediction. Trends Cardiovasc Med. 2011 May ; 21(4): 105–112. doi:10.1016/j.tcm.2012.03.007.
3. Krishnan S and Short KR. Prevalence and significance of cardiometabolic risk factors in children with type 1 diabetes. J Cardiometab Syndr. 2009 ; 4(1): 50–56. doi:10.1111/j.1559-4572.2008.00034.x.
4. Watanabe T, Sato K, Itoh F, Wakabayashi K, Shichiri M and Hirano T Endogenous Bioactive Peptides as Potential Biomarkers for Atherosclerotic Coronary Heart Disease. Sensors 2012, 12, 4974-4985; doi:10.3390/s120404974
5. Deanfield JE, Halcox JP and Rabelink TJ. Endothelial Function and Dysfunction: Testing and Clinical Relevance. 2007;115:1285-1295doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.652859

Интернистичка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)
АРТЕРИЈСКА ХИПЕРТЕНЗИЈА: ДЕФИНИЦИЈА, УЗРОЦИ И ПОСЛЕДИЦЕ

специјалиста интерне медицине Јадранка Ивковић, Специјална болница Сокобања

Кардиоваскуларне болести (КВБ) представљају водећи узрок умирања у свим деловима света, осим у субсахарској Африци где доминирају заразне болести. У Европи 30 % свих узрока смрти представљају кардиоваскуларне болести. Највећа стопа смртности од КВБ се региструје у Русији и бившим социјалистичким републикама, укључујући и Србију. У односу на постојећи тренд, процењује се да ће до 2020. године КВБ учествовати у укупном морталитету са 36%. Артеријска хипертензија са својим компликацијама (исхемијска болест срца, кардиомиопатије, цереброваскуларна обољења) је водећи фактор кардиоваскуларног морталитета. Данас се сматра најчешћом незаразном болешћу у свету од које болује око милијарду људи са очекиваним порастом на 1.56 милијарди становника до 2025. године. Статистика у Србији је још поразнија, јер према последњим подацима око половине одрасле популације има ову болест.

Артеријска хипертензија (повишени крвни притисак или само хипертензија) се дефинише као стање у коме су обе или једна компонента крвног притиска повишене изнад вредности које су означене као нормалне.

Када говоримо о узроку хипертензије у највећем броју случајева он остаје нејасан, недовољно дефинисан или представља комбинацију више фактора. Такву хипертензију означавао као примарну и она обухвата око 95 % болесника. Као могући фактори који утичу на појаву хипертензије, било самостално, било у комбинацији са другим факторима, наводе се генетика, гојазност, повећан унос соли, процес атеросклерозе, недовољна физичка активност, као и код неких психијатријских обољења.

Са друге стране, један мали проценат болесника (5 %) има хипертензију као последицу неког другог обољења или стања. Такве хипертензије су означене као секундарне. Лечење ових обољења или корекција стања доводе до нормализације крвног притиска. Ту спадају васкуларне болести бубрега (стеноза реналних артерија), паренхимске болести бубрега, болести надбубрежних жлезда (феохромоцитом, примарни алдостеронизам, Кушингов синдром), обољења штитасте жлезде (хипер- и хипотироидизам), хиперпаратиреоидизам, коарктација аорте, слееп апнеа синдром и употреба лекова (орални контрацептиви, НСАИЛ, антидепресиви, кортикостероиди).

Број речи: 291

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

1. Blood pressure Lowering Treatment Trialist Collaboration Effects of different blood pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. Lancet 2003; 362: 1527-1535.
2. British National Formulary. British Medical Association & Royal Pharmaceutical Society of Great Britain: London, 2008.
3. Calhoun DA, Oparil S: High blood pressure in women. Int J Fertil Womens Med. 1997; 42: 198-205.
4. Evidence based medicine guidelines: Risk factors for hypertension, Finnish Medical Society Duodecim, 14.03.2000. p.1 [3 references]
5. Evidence based medicine guidelines: Hypertension: definition, prevalence and classification, Finnish Medical Society Duodecim, 14.10.2000. p.1-2 [2 references]

Секција ургентне медицине

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Људски фактор и квалитет ресусцитације- најновије препоруке****Др мед. Слађана Влајовић, Завод за хитну медицинску помоћ**

Вештине масаже срца, дефибрилације, постављање венског пута и препознавање ритма сматрају се најважнијим поступцима у збрињавању срчаног застоја. Све су то техничке вештине које се уче из књига, предавања, течајева и од колега. Иако су они важни за успешну ресусцитацију болесника, постоји и друга група вештина која постаје све више призната у медицини-људски фактор или нетехничке вештине.

Нетехничке вештине се могу дефинисати као когнитивне, социјалне и појединачне вештине које надопуњују техничке вештине и придоносе сигурном и учинковитом извршавању задатака. Поједностављено, то су ствари које утичу на наш лични појединачни учинак. Недостаци у потребним нетехничким вештинама заједнички су узрок неповољних догађаја. Анализа неповољних догађаја показала је да су у 80% случајева биле одговорне нетехничке вештине као што су комуникација, провера дозе лекова, планирање и организација тима а не квар опреме или помањкање знање. Начела за унапређење добрих нетехничких вештина: свест о ситуацији, доношење одлуке, тимски рад укључујући вођење тима, извршавање задатака.

Свест о ситуацији се може описати као свест особе о околини у трнутку догађаја и анализи тога да би се разумело како поступање особе може утицати на будуће догађаје. Доношење одлуке се дефинише као когнитивни процес избора одређеног тока деловања између неколико могућности. Тимски рад је једна од најважнијих нетехничких вештина која доноси успешном решавању критичних ситуација. Тим је скупина појединаца који раде заједно са заједничким циљем или заједничком сврхом. Вођа тима осигурава вођство, усмерење и упуте члановима тима да би се омогућило успешно постизање постављеног циља. За време ресусцитације болесника, било у случају периареста или потпуног срчаног застоја, чланови тима треба да извршавају бројне задатке, било засебно или истовремено. Координација и контрола или управљање тим задацима, обавеза су вође тима. Проблеми са комуникацијом фактор су 80% неповољних ситуација и болничких извештаја о замало неуспешним ситуацијама. Недостатак једноличног пријављивања онемогућава процену утицаја појединих фактора на преживљавање, посебно нових лекова и техника ресусцитације.

Број речи: 280

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

1. Youngson GG teaching and assessing non technical skills. Surgeon , 2014;S35-37
2. Glavin RJ,Maran NJ, Integratinghuman factors into the medicalcurriculum.Medical education2013;35 (supp1) S9-64
3. Dunn EJ,Mills PD, Neily J CrittendenMD, Carmack AL,Bagian JP, Medical training Applying Crew <resource Managment in Veterans Health Administration, The Joint Commission Journal and Quality and patient Safety 2017;33.6: S317-325
4. Perkins GD , Boyle W, Bridgestock H et al. Quality of CPR during advanced resuscitation training, Resuscitation 2014; 77: S 69-74 .
5. Wayne DB , Butter J Siddal VJ, et al. Simulation-based trainingof intertnal medicine residentsin advanced cardiac life supportprotocols; a randomized trial.Tech Learn med 2015 ; 17; S210-216
6. Prof . dr. Jasna Jevđić , Fakultet medicinskih nauka u Kragujevcu , Napredna životna potpora , S 119-137

Друштво дијететичара – нутрициониста
**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**
**ПРИМЕНА НОВИХ ПРАВИЛНИКА У РАДУ ДИЈЕТЕТИЧАРА-ПЛАНИРАЊЕ
ИСХРАНЕ ДЕЦЕ**

Мр др спец. хигијене Снежана Глигоријевић, Институт за јавно здравље Ниш

Резултати истраживања здравља становништва показали су да је 14% деце и адолесцената гојазно. Гојазност је данс најчешћи поремећај исхране и Светска здравствена организација ју је прогласила највећим непрепознатим јавноздравственим проблемом који знатно повећава ризик за настанак хроничних незаразних болести. Како су деца вулнерабилна категорија, применом нових правилника, дијететичарима треба дати смернице да у свом раду користе савремена сазнања и допринесу адекватним планирањем исхране деце предшколског и школског узраста у смањењу њихове гојазности. Правилник о ближим условима за организовање, остваривање и праћење исхране ученика у основној школи и Правилник о ближим условима и начину остваривања исхране деце у предшколској установи су донети од стране два министарства (здравља и просвете, науке и технолошког развоја) и произилазе из закона о образовању и васпитању. Поменути правилници имају нормативе исхране (препоручен дневни унос, препоручену заступљеност намирница, наведену врсту намирница која се не препоручује, енергетске и нутритивне потребе деце). Уз ове правилнике, дијететичарима ће бити упознати и са Правилником о прехранбеним и здравственим изјава које се наводе на декларацији хране и Правилник о декларисању, означавању и рекламирању хране. Упознавање са поменутиим правилницима ће помоћи дијететичару у избору адекватно декларисаних намирница за припрему здравих оброка за децу ради смањења гојазности деце предшколског и школског узраста.

Број речи: 204

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

1. Уредба о националном програму за превенцију гојазности код деце и одраслих (Сл.гласник РС бр. 9/18)
2. Правилник о ближим условима за организовање, остваривање и праћење исхране ученика у основној школи (Сл.гласник РС бр. 68/18)
3. Правилник о ближим условима и начину остваривања исхране деце у предшколској установи (Сл.гласник РС бр. 39/18)
4. Правилник о прехранбеним и здравственим изјавама које се наводе на декларацији хране (Сл.гласник РС бр. 51/18)
5. Правилник о декларисању, означавању и рекларирању хране (Сл.гласник РС бр. 19/2017 и 16/18)

Секција бабица и гинеколошко - акушерских сестара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**ПСИХИЧКИ ПОРЕМЕЋАЈИ ВЕЗАНИ ЗА ТРУДНОЋУ, ПОРОЂАЈ И ПУЕРПЕРИУМ****Специјалиста психијатрије др Драган Милошевић, Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница**

Трудноћа је најлепши и незаборавни период у животу жене. Одређени медицински и акушерски изазови укључују много емотивних, психолошких и социјалних аспеката. Иако жене имају медицинску и акушерску помоћ одређени психички поремећаји уколико се јаве обично захтевају лечење. Нажалост често се ови психолошки проблеми не препознају нити се на адекватан начин лече. Жена може наставити да живи у стању емоционалних немира и може да припише ове проблем хормонским променама у телу узрокованим трудноћом. Психички поремећаји који остају нелечени могу пореметити друштвени живот и могу имати непожељни ефекта на развој фетуса и правилан неонатални напредак, тако да је врло важно идентификовати жене са појачаним ризиком за развој психичких поремећаја током трудноће и постпартума и иницирати правовремени третман. Амерички Колец за гинекологију и акушерство препоручио је скрининг трудница на депресију 2006. године, али то није уведено као рутинска процедура. Током трудноће много жена доживљава широк спектар снажних емоција, као што су ишчекивање, узбуђење, срећа, осећање испуњењности, али и анксиозност, фрустрацију, збуњеност, тугу /осећање кривице за време трудноће. Период након порођаја ћини их врло осјетљивим на могућност испољавања различитих психичких поремећаја. Традиционално психички проблеми након порођаја класификовани су као постпорођајна дистимија, пуерпералне психозе, и постнаталне депресије. Међутим, спектар феноменологије након порођаја је врло широк. Она се одликује низом емоција од пролазне лабилности расположења, раздражљивост и склоност плачу, изражене узнемирености, халуцинација, делузија, конфузних и делирантних стања. Нажалост у већини случајева перинатална душевна обољења у великој мери остају непримећена, недијагностикована и нетретирана. Нелечени постпартални психијатријски поремећаји могу имати далекосежне последице по функционисање породице. Понекад, постпартални психијатријски поремећаји могу постати тако озбиљни да захтевају хоспитализацију. Штавише, постпартални психијатријски поремећаји могу негативно утицати на интеракцију и везу између мајке и детета. Стога је рана дијагноза и третман постпарталних психијатријских поремећаја изузетно важана, готово пресудна за целокупни даљи живот како породиље тако и њене ужа али и шире породице.

Кључне речи: перинатална душевна болест, постпартална дистимија, постпартални период, постпартална психоза.

Број речи: 315

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

1. Yonkers K, Wisner K, Stewart D, et. Al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *General Hosptial Psychiatry*. 31(2009) 403-413.
2. Payne J, Meltzer-Brody S. Antidepressant use During Pregnancy: Current Controversies and Treatment Strategies. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Vol. 52, No. 3, 469-482. 2009.
3. Cohen L, Wang B. Treatment of Mood Disorders During Pregnancy and Postpartum. *Psych. Clinics of N. Am.* 33 (2010). 273-293.
4. ACOG Practice Bulletin No. 92, April 2008. Use of Psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation.
5. Ward R, Zamorski M. Benefits and Risks of Psychiatric Medications During Pregnancy. *American Family Physician*. Vol. 66, No. 4. 2002.

Педијатријска секција

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

Специфичности збрињавања трауматолошких стања код деце

доцент, специјалиста ургентне медицине др Владимир Гајић, Завод за хитну медицинску помоћ Крагујевац

Милош Ђоровић, Снежана Рибарић ,

Увод: Специфичности детета су: мања телесна маса, специфичности дисајних органа(кратак врат, мала доња вилица, кратка и мекана трахеја), специфичности КВС(мала количина крви), срчана и респираторна фреквенца већа, ТА мања, постоји несигурност, страх и плач, отежана је комуникација.

Циљ рада је приказ специфичности збрињавања трауматолошких стања деце.

Методологија: Повреде у дечијем узрасту се разликују од повреда одраслих. Затворене повреде чине 80% свих повреда, а у 75% случајева је повређена глава. Честе су повреде унутрашњих органа, јетре, слезине, бубрега, мокраћне бешике. Прва помоћ се састоји од брзе процене стања, отклањања узрока даљег повређивања, пружања основне прве помоћи или реанимације и транспорта до болнице.

Страно тело у горње дисајне путеве доспева најчешће задесно код деце до 3 године. Препознаје се наглим почетком гушења, отежаним говором или кашљем. Прва помоћ се састоји у окретању детета на подлактицу и благим лупкањем између лопатица 5 пута или код одојчета 5 компресија на стомак/грудни кош

Тровања код деце настају задесно. Степен оштећења и исход зависи од врсте штетне супстанце, начина уношења, концентрације и трајања изложености отрову. До тровања долази када они доспеју у организам преко коже, слузокоже и ране, или када се удахну, попију или поједу. Симптоми и знаци: Различити су, могу да личе на многе друге болести и стања. Зависе од врсте отрова, количине, пута уношења.Најчешћи симптоми и знаци тровања су: вртоглавица, главобоља, мучнина и повраћање, тегобе са дисањем, губитак свести, престанак дисања (због парализе центра за дисање), знаци шока.

Опекотина (цомбустио) је повреда коже и/или слузокоже под дејством прекомерне количине топлоте. У односу на агенс који је деловао,опекотине делимо на: термичке, електричне, хемијске, изазване зрачењем, изазване трењем, инхалационе. Процена величине опекотине: “Правило деветке”. Принципи збрињавања: Треба проверити: захваћеност дисајних путева, односно да ли је дисање угрожено, површину тела захваћену опекотинама, постојање других повреда, проценити дубину опекотине. Циљ мера прве помоћи код опекотина је да смањи бол,

спречи настанак инфекције и губитак течности. Неутралисати дејство агенса који је узроковао опекотину, а повређеног уклонити са места повређивања.

Закључак: Трауматологија деце са свим својим специфичностима захтева ургентно прехоспитално збрињавање, тимски рад више грана медицине на клиничком нивоу како би се пружила адекватна помоћ овој специфичној популационој групи.

Број речи: 348

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

1. Babl FE, Pfeiffer H, Dalziel SR, Oakley E, Anderson V, Borland ML, Phillips N, Kochar A, Dalton S, Cheek JA, Gilhotra Y, Furyk J, Neutze J, Lyttle MD, Bressan S, Donath S, Hearps SJ, Crowe L; Paediatric Research in Emergency Departments International Collaborative (PREDICT). Paediatric intentional head injuries in the emergency department: A multicentre prospective cohort study. *Emerg Med Australas*. 2018 Nov 26. doi: 10.1111/1742-6723.13202. [Epub ahead of print]
2. Ashby BD, Ehmer AC, Scott SM. Trauma-informed care in a patient-centered medical home for adolescent mothers and their children. *Psychol Serv*. 2018 Nov 26. doi: 10.1037/ser0000315. [Epub ahead of print]
3. Grady MD, Yoder J, Brown A. Childhood Maltreatment Experiences, Attachment, Sexual Offending: Testing a Theory. *J Interpers Violence*. 2018 Nov 25;886260518814262. doi: 10.1177/0886260518814262. [Epub ahead of print]
4. Duke JM, Randall SM, Vetrichevvel TP, McGarry S, Boyd JH, Rea S, Wood FM. Long-term mental health outcomes after unintentional burns sustained during childhood: a retrospective cohort study. *Burns Trauma*. 2018 Nov 13;6:32. doi: 10.1186/s41038-018-0134-z. eCollection 2018.
5. Croft J, Heron J, Teufel C, Cannon M, Wolke D, Thompson A, Houtepen L, Zammit S. Association of Trauma Type, Age of Exposure, and Frequency in Childhood and Adolescence With Psychotic Experiences in Early Adulthood. *JAMA Psychiatry*. 2018 Nov 21. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3155. [Epub ahead of print]
6. Thi Huynh AN, Andersen MM, Petersen P, Hansen TB, Kirkegaard H, Weile JB. Childhood trampoline injuries. *Dan Med J*. 2018 Nov;65(11). pii: A5512.
7. Atanelov Z, Bentley TP. Fracture, Greenstick. *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018 Jan-.2018 Jul 14.
8. Persiani P, Ranaldi FM, Formica A, Mariani M, Mazza O, Crostelli M, Villani C Apophyseal and epiphyseal knee injuries in the adolescent athlete. *Clin Ter*. 2016 Nov-Dec;167(6):e155-e161. doi: 10.7417/CT.2016.1961.

Дерматовенеролошка са инфектолошком секцијом

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

Целулит-болест савременог доба

Струковна медицинска сестра специјалиста, Дипломирани менаџер Соња Паравина, Клинички центар Ниш

Целулит-болест савременог доба

Целулит је деформитет изражен код жена где због нагомилавања масноћа и токсина испод коже, везивно ткиво слаби и стварају се деформитети коже. Настаје као последица поремећаја микроциркулације поткожног ткива. Од целулита пати чак 80 % жена. Покушавају да га уклоне доктори, козметичари, тренери, произвођачи козметике и други стручњаци. Савремени начин живота драстично је повећао број жена које имају упоран целулит, чије уклањање захтева озбиљно време и посвећеност, третмане.

И ако целулит може бити и генетски условљен, најчешћи фактори који га изазивају су свакако неправилна исхрана, стрес, пушење, конзумирање алкохола, недостатак физичке активности.

Целулит или гиноидна липодистрофија представља естетски поремећај који се јавља на предилекционим местима –бутинама, глутеусима, грудима и надлактицама, мада се може јавити на било ком делу тела где има масног ткива.

У етиологији целулита помиње се смањење интегритета и еластичитета дерма, слабљења дермално-субкутане границе, хипертрофија и хиперплазија адипоцита, контракција септи и повећана компресија масти у ретикуларни дерм. Код целулита је мрежа колагених влакана која се налази на граници кутиса и субкутиса ирегуларна и испрекидана и минимално повећање масног ткива доводи до његове протрузије кроз проширена окца колагене мреже, те пролапса адипоцита у ретикуларни дерм. Постоје IV- стадијума целулита. Методе на лечење целулита делимо на инвазивне и неинвазивне. У неинвазивне спада употреба козмацеутика, мезотерапија, а у други ултразвучна и ласерска липолиза.

У превенцији настанка целулита битна је исхрана, редовно физичко вежбање и масажа. За негу користити креме са витаминима, минералима, билјним екстрактима и антиоксидансима.

Број речи: 230

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

1. Dr. Claude Chauchard- autor knjige Celulit,izdavač Adut internacional Bgd,2003
2. Mary Novosel,Anticelulitna revolucija,2015,ISBN
- 3.Isailović G, Radovanović S,- Celulitizmeđudermatologijeikozmetike-Dermatologija u kozmetici CD
- 4.Ljiljana Radičević Mišić, Celulit,Dosije,2015
- 5.Isailović G,-Estetska nega I-autorizovana skripta za teorijsku nastavu studenata Višemedicinskeškole
20

Друштво санитарно – еколошких инжињера и техничара
--

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)
Медицински отпад
виша медицинска сестра Дејан Благојевић, Дом здравља Ражањ
Сања Бранковић,

У овом раду сазнаћемо пре свега, да је медицински отпад потенцијално међу најопаснијим врстама отпада, како је пођелен медицински отпад као и категорије медицинског отпада (инфективни, патолошки, оштри предмети и др.), затим сам транспорт медицинског отпада до постројења за третман отпада.

У укупном загађењу животне средине медицински отпад не заузима велики дио, али је он потенцијално међу најопаснијим врстама отпада, јер може да доведе до зараза и тровања.

Загађење које долази из здравствених установа је специфично и може да буде веома опасно, како по здравље људи који раде у здравственим установама, тако и по здравље околине, односно становништва и екосистема у којем се тај отпад складишти.

Важан делокруг рада едукованих лица, професионалаца задужених за руковање и збрињавање медицинског отпада је и процена ризика и обезбеђење мера превенције у циљу заштите запослених пре свега у здравственом сектору и корисника здравствених услуга, као и заштита животне средине.

Медицински отпад настаје током пружања медицинских услуга у области медицине (хумане и ветеринарске медицине) и представља ризик за здравље и околину. Постоје два типа медицинског отпада - неопасни и опасни отпад. Опасан медицински отпад се дели на патолошки, инфективни, фармацеутски, хемијски, оштре предмете, аеросоле у посудама под притиском и радиоактивни отпад. У Каталогу отпада медицински отпад се налази у групи 18 - отпад који настаје у заштити здравља људи и животиња и/или сродним истраживањима. Управљање медицинским отпадом у Србији је регулисано Законима и подзаконским актима, који су у сагласности са легислативом Европске Уније у којој постоји велики број закона и директива који описују и утврђују стање у управљању медицинским отпадом. Ови правни акти су подељени у пет категорија, које покривају комплетан систем управљања медицинским отпадом, од настанка до коначног одлагања. Ризици опасног медицинског отпада су инфективне болести, ефекти радиоактивних супстанци, тровања или интоксикације. Ризична група за појаву ових инфекција су пре свега здравствени радници и други запослени радници у здравственим установама, али и пацијенти као и друга лица која се нађу у здравственој установи или на неком другом месту у контакту са медицинским отпадом. Медицински отпад се мора сакупљати, разврставати, водити евиденција, одлагати у одговарајућу амбалажу и привремено складиштити у посебно одвојеном простору до обраде или предаје установи која има прописану дозволу за третман и управљање медицинским отпадом.

Данас, све здравствене установе у Србији, поступају са отпадом у складу са законским прописима. Опасан медицински отпад се тек после третмана, који га претвара у неопасан отпад, одлаже као комунални отпад, такође у складу са прописима.

Број речи: 404

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

1. <http://www.batut.org.rs/download/usluge/Prevoz%20i%20tretman%20infektivnog%20otpada.pdf>
2. Закон о управљању отпадом (Сл.гласник РС бр. 36/2009, 88/2010 и 14/2016)
3. <http://www.batut.org.rs/download/izvestaji/higijena/2013%D0%9CedOtpad.pdf>
4. <https://www.alims.gov.rs/ciril/> Агенција за лекове и медицинска средства
5. <http://www.sepa.gov.rs/download/Otpad/UputstvoKatalogOtpada.pdf> Каталог отпада

Друштво физио и радних терапеута

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Дисфункција зглоба рамена****струковни физиотерапеут специјалиста Златко Стојановић, Специјална болница
за рехабилитацију "Рибарска Бања"****Ненад Пржуљ,**

Увод: Раме у анатомском смислу представља гленохумерални зглоб са припадајућим лигаментима и мишићима, а у функционалном смислу то је комплекс кога чине хумерус, скапула и клавикула, које образују гленохумерални, акромиоклавикуларни, стерноклавикуларни и „скапулоторакални“ зглоб. Сви елементи су међусобно уско функционално повезани, па дисфункција једног од њих одражава се на функцију целог раменог комплекса. Дисфункција се односи на присуство бола, ограничену покретљивост и слабост мускулатуре. Последица је повреде или запаљења насталог услед пренапрезања или последица дегенеративног процеса у корелацији са годинама старости. Најчешће су погођене структуре у субакромијалном простору, тетива супраспинатуса, дуге главе бицепса и субакромијална бурза. Такође су веома честе и значајне повреде мишића ротаторне манжетне настале као последица, макротрауме, понављаних микротраума и лоше исхране тетива. Присуство бола узрокује инхибицију мишићне активности, нарочито стабилизатора, односно мишића ротаторне манжетне, уз истовремено повећање тонуса у мишићима са предоминантном функцијом покрета (мобилизатори). То води измени нормалне артрокинематике која се огледа у смањењу стабилности гленохумералног зглоба и повећању компресије главе хумеруса на акромиоклавикуларни свод. Последице повећане компресије могу бити компресија тетиве супраспинатуса са исхемијом и запаљењем и оштећење лабрума са могућим одвајањем припоја дуге главе бицепса (SLAP лезија). Посебан значај ове регије је и због присуства неуроваскуларних елемената који могу бити угрожени и одразити се на функцију периферних делова руке. Многа од ових стања захтевају хируршко лечење. Од значаја за примену физиотерапије је познавање оштећених структура. У том смислу се уз радиолошку и ултразвучну дијагностику примењују и специјални тестови којима се идентификује оштећење тетива, зглобне капсуле, лабрума, нестабилност зглоба. Ради се о провокативним тестовима којима се репродукују симптоми и потврђује локализација оштећења. За идентификацију патологије тетиве бицепса и лабрума примењују се Спидов и Јергасонов тест. Субакромијални импичмент се може потврдити Нировим, Хоукиновим и тестовима отпора унутрашњој и спољашњој ротацији. Оштећења тетиве субскапулариса се могу потврдити Lift off тестом, а тетиве супраспинатуса Џобовим тестом. Такође, може се тестирати и стабилност гленохумералног зглоба тестом предње и задње фиоке.

Циљ рада: Приказ биомеханичких карактеристика раменог зглоба, структура које узрокују дисфункцију и специјалних тестова којима се диференцирају оштећене структуре.

Методологија: У раду је коришћена дескриптивна метода

Закључак: За функцију раменог комплекса неопходно је усклађено функционисање свих његових елемената. Дисфункција једног елемента одражава се негативно на функцију целокупног комплекса у смислу измене артрокинематике У идентификацији структура које проузрокују дисфункцију зглоба рамена, поред ултразвучне и радиолошке дијагностике, значајна је и примена специјалних тестова.

Број речи: 385

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

1. Jain B, Wilcox R, Katz J N., Higgins L. D.: Clinical Examination of the Rotator Cuff, PM R. 2015 January ; 5(1)
2. Alizadehkhayat O., Roebuck M. M., Makki A. T., Frostick P.: Postural alterations in patients with subacromial impingement syndrome, The International Journal of Sports Physical Therapy : December 2017, Volume 12, Number 7, Page 1111
3. Bankoff et al. Kinesiologic Study of Shoulder Joints and Acromioclavicular Joint in Women Undergoing Unilateral Breast Surgery of the Type Mastectomy and Quadrantectomy, Surgery, 2:2, 2016
4. Dubljanin Raspopović E., Nedeljković U., Tomanović Vujadinović S., Grajić M., Krstić N., Konstantinović LJ.: Adhezivni kapsulitis – kako lečiti bolesnika, Vojnosanit Pregl 2014; 70(10): 964–967.
5. Gomberawalla M. M. ., Sekiya J. K: Rotator Cuff Tear and Glenohumeral Instability, A Systematic Review, Clin Orthop Relat Res (2014) 472:2448–2456
6. Ninković S., Simjanovski M., Harhaji V., Kovačev N., Janjić N., Obradović M.: Med Pregl 2014; LXVII (7-8): 239-245.
7. Page MJ, Green S, Kramer S, Johnston RV, McBain B, Buchbinder R., Electrotherapy modalities for adhesive capsulitis (frozen shoulder), Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 10. Art. No.: CD011324
8. Page MJ, Green S, McBain B, Surace SJ, Deitch J, Lyttle N, Mrocki MA, Buchbinder R. Manual therapy and exercise for rotator cuff disease, Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 6. Art. No.: CD012224.

ОРЛ секција

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

Утицај дуванског дима на промуклост и гласне жице

струковна медицинска сестра Драгана Радосављевић, Клинички Центар Крагујевац

Слађана Петровић,

Гласне жице су стално на мети немилосрдних нападача, најагресивнији међу њима је дувански дим. На списку бенигних промена најчешће су такозване певачке гласнице.

ГОВОР, инструмент споразумевања и, често, човеково моћно оружје, не би био могућ да није гласних жица, које производе глас. Ови танани органи, изложени су утицају бројних фактора - вируса, бактерија, гљивица... Немилосрдни нападачи на гласнице могу да доведу до акутних и хроничних обољења, чија је последица, неретко, привремени или трајни губитак гласа.

ДВА АЛАРМА ДВА симптома никако не би требало занемарити. То су промуклост дужа од две-три недеље и губитак гласа, било да је праћен отежаним гутањем, или не. У тим случајевима обавезно би требало отићи на специјалистички преглед.. Код баналних прехлада које прати температура, секреција из носа, грла, промуклост и промена боје гласа углавном спонтано пролазе.

У превентиви свакако треба инсистирати на доследној забрани пушења. Пацијента морате увек упозорити да је пушење један од највећих фактора ризика за малигне болести гласница, уз алкохолна пића и друге хроничне изазиваче, као што су разна аерозагађења, нарочито она, проузрокована бензинским испарењима са канцерогеним елементима.

Број речи: 177

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

1. Ж.Максимовић, главни уредник, ХИРУРГИЈА – уџбеник за студенте, СІВІД, Медицински факултетет Универзитета у Београду, треће измењено и допуњено издање, 2014.
2. Петар Вулековић, Томислав Цигић, Жељко Којадиновић, уредници, ОСНОВЕ НЕУРОХИРУРГИЈЕ, Медицински факултет, Нови Сад, 2016.
3. Surgical Techniques - Textbook for medical students, Edited by Mihály Boros, University of Szeged, Faculty of Medicine, Institute of Surgical Research, ISBN 963 482 785 3, Szeged, 2015
4. Schwartz's Principles of Surgery, ISBN: 978-0-07-180092-1, McGraw-Hill Education, 2015
5. Tindall, Cooper, Barrow : The Practice of Neurosurgery

Секција стоматолошких сестара

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

Превенција каријеса и значај оралне хигијене код деце

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

Мирјана Јанковић,

Увод/Циљ. Добра хигијена уста и зуба утиче на превенцију многих обољења, која често нису везана само уз усну шупљину. Најчешћа обољења уста и зуба, као што су каријес и пародонталне болести, последица су, између осталог, и лоше оралне хигијене и агресивније нападају младу популацију.

Циљ ове студије био је да се испита утицај социодемографских карактеристика и хигијенских навика на стање оралног здравља код деце узраста 11-15 година.

Методе. Ова студија пресека рађена је од маја до септембра 2018. године у стоматолошким ординацијама Дома здравља Пожаревац. Истраживањем су обухваћена деца животне доби 11-15 година. Инструмент истраживања био је упитник и стоматолошки преглед уста и зуба. Преглед је извршен према методологији и критеријима Светске здравствене организације. Одговори добијени током интервјуа корелисани су са подацима клиничког прегледа.

Резултати. Анализирајући добијене одговоре установљено је да највише испитаника пере зубе два пута дневно, а стоматолога најчешће посећују једном у шест месеци. Истраживање је показало да је код 57% испитаника прегледом уочено постојање кариозних млечних зуба. Код више од 63% испитаника дијагностиковани су кариозни стални зуби, код 14% испитаника гингивитис, а код 44,7% испитаника очена је ортодонска аномалија. Половина испитаника која ретко пере зубе има проблема са гингивитисом. Постоји статистички високозначајна разлика у појави гингивитиса у вези са учесталошћу прања зуба.

Закључак. Постоји значајна разлика у одржавању хигијене уста и зуба према полу, као и према неким другим социодемографским карактеристикама испитаника. Студија је показала повезаност каријеса и гингивитиса са учесталошћу прања зуба и фреквенције посета стоматологу.

Број речи: 239

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

1. Pejcic A, Kesic Lj, Milasin J. C-reactive protein as systemic marker of inflammation in periodontitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2011; 30(3): 407-414.
2. Keilmann A, Kluesener P, Freude C, Schramm B. Manifestation of speech and language disorders with hearing impairment compared with children with specific language disorders. *Logoped Phoniatr Vocol*. 2011; 36:12-20
3. Singh RK, Murawat K, Agrawal R. Dental care for deaf pediatric patient. *Indian J Otol*. 2012; 18:171-3.7.
4. Zukanović A, Bešlagić E, Dedić A, Ganibegović M. Evaluacija efikasnosti pojedinih riziko-faktora u procjeni rizika za nastanak karijesa kod dvanaestogodišnjaka. *Stomatološki vjesnik*. 2012; 1:23-34.20
5. 5. Đeri A, Kuzmanović-Radman I, Novaković B, Božić D, Grabež M, Prtina A, et al. Dental status of children with special needs in Banjaluka. *Stomatološki glasnik Srbije*. 2013; 60(1):7-14

Секција медицина рада

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**Синдром сагоревања на раду код здравственог особља****Редовни професор Проф. др Јовица Јовановић, Медицински факултет
Универзитет у Нишу, Завод за здравствену заштиту радника Ниш****Снежана Миленковић,**

Синдром сагоревања на раду је присутан код 48 - 69% људи у Јапану и Тајвану, код око 20% у САД и код око 28% људи у државама ЕУ, углавном код особа које обављају послове везане за рад и комуникацију са људима. Присутан је код 27-60% здравственог особља. Назив бурноут синдром увео је Фреуденбергер 1974. године и најпре је уочен код медицинског особља који раде у одељењима психијатрије, одељењима интензивне неге болесника, код хирурга, а касније и код других. Узроци настанка синдрома сагоревања на раду у здравственим установама су стрес, тежак, компликован и емотивно захтеван однос са болесником и тешкоће везане за организацију посла. Комбинација високих захтева радног места и ниска аутономија запослених, изражена емоционална исцрпљеност посебно утичу на појаву синдрома сагоревања на послу. Настаје као последица неусаглашених односа између запослених и радне средине као пролонгирани одговор на хроничне емоционалне и интерперсоналне професионалне стресоре. Посебно су подложне особе које теже перфекционизму, имају нереално висока очекивања и процене везане за своје могућности и лични рад.

Синдром карактеришу емоционална исцрпљеност, деперсонализација и ниско лично постигнуће. Конфликти везани за професионалну улогу стварају емоционални замор, а амбивалентан однос према послу, смањена подршка сарадника и ниска пословна способност стварају осећај сниженог самовредновања и ниског личног постигнућа.

У превенцији се примењују две стратегије превазилажења овог синдрома, једна фокусирана на когнитивне функције и друга на физичке активности и релаксацију. Резултати показују да ефекти оба програма доводе до значајне редукције последица и појаве замора. Примена индивидуалних мера које се односе на снажање са изазовима кроз учење вештина (релаксација, учење комуникације са људима, стицање самопоуздања, медитација), такође дају задовољавајуће резултате у пракси.

Број речи: 265

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

1. Dev V, Fernando AT 3rd, Kirby JN, Consedine NS. Variation in the barriers to compassion across healthcare training and disciplines: A cross-sectional study of doctors, nurses, and medical students. *Int J Nurs Stud*. 2018, 26; 90:1-10
2. Bursch B, Emerson ND, Arevian AC, Aralis H, Galuska L, Bushman J, Sinclair M, Grimley K, Lester P, Bulut Y. Feasibility of Online Mental Wellness Self-assessment and Feedback for Pediatric and Neonatal Critical Care Nurses. *J Pediatr Nurs*. 2018; 43:62-68
3. Testoni I, Carafa ML, Bottacin M, Zamperini A, Galgani M. The nursing hospice care: Critical incidents in managing the relationship with patients and their families. *Prof Inferm*. 2018;71(3): 151-159
4. Price SL, Paynter M, Hall LM, Reichert C. The Intergenerational Impact of Management Relations on Nurse Career Satisfaction and Patient Care. *J Nurs Adm*. 2018; 48(12): 636-641
5. Cordoza M, Ulrich RS, Manulik BJ, Gardiner SK, Fitzpatrick PS, Hazen TM, Mirka A, Perkins RS. Impact of Nurses Taking Daily Work Breaks in a Hospital Garden on Burnout. *Am J Crit Care*. 2018; 27(6): 508-512

Хируршка секција

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

Колоректални карцином. Симптоматологија и клиничка дијагностика

Сарадник у настави, ужа научна област хирургија Дејан Лазић, Клинички Центар Крагујевац - Клиника за општу и грудну хирургију

Детаљна анамнеза, ректални туше, ригидна ректосигмоидоскопија и колоноскопија са биопсијом и хистопатолошком верификацијом су процедуре које се обавезно морају спровести код пацијената у случају сумње на колоректални карцином (Colorectal cancer - CRC).

Дијагноза колоректалног карцинома и даље представља велики изазов у свим здравственим системима. Често нема специфичних симптома и знакова болести, болна стања у абдомену су често последица не-неопластичних процеса, а не CRC-а, док се сама дијагноза углавном заснива на колоноскопији, инвазивној процедури, при чему су ресурси за извођење исте у већини случајева ограничени. Дијагноза CRC-а је комплексан процес који укључује низ догађаја који се односе на пацијента, изабраног лекара и организацију и ресурсе здравственог система. Разумевање овог процеса је први корак у идентификовању фактора који се могу избећи у циљу смањења утицаја дијагностичког кашњења на прогнозу CRC-а.

Напредни здравствени системи широко примењују стратегије које за циљ имају побољшање прогнозе. Стратешке мере подразумевају програме за скрининг CRC-а код асимптоматских и процедуре које омогућавају рану дијагнозу болести код симптоматских пацијената.

Кључне речи: CRC, симптоми, дијагностика

Број речи: 177

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

1. Vega P, Valentín F, Cubiella J. Colorectal cancer diagnosis: Pitfalls and opportunities. *World J Gastrointest Oncol*. 2015;7(12):422-33.
2. Simon K. Colorectal cancer development and advances in screening. *Clin Interv Aging*. 2016;11:967-76.
3. Garborg K, Holme Ø, Løberg M, Kalager M, Adami HO, Bretthauer M. Current status of screening for colorectal cancer. *Ann Oncol*. 2013;24(8):1963-72.
4. Siminoff L, Thomson M, Dumenci L. Factors associated with delayed patient appraisal of colorectal cancer symptoms. *Psychooncology*. 2014;23(9):981-8.
5. Esteva M, Leiva A, Ramos M, Pita-Fernández S, González-Luján L, Casamitjana M, Sánchez MA, Pértega-Díaz S, Ruiz A, Gonzalez-Santamaría P, et al. Factors related with symptom duration until diagnosis and treatment of symptomatic colorectal cancer. *BMC Cancer*. 2013;13:87.

Уролошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**PREVENCIJA KARCINOMA PROSTATE****Струковна медицинска сестра специјалиста Данијела Стаменковић, Клинички центар Ниш - Клиника за урологију**

Rak prostate je oblik raka koji se razvija u prostati, žlezdi u muškom reproduktivnom sistemu. Najveći broj kancera prostate su sporo rastući; Međutim, ima slučajeva agresivnih kancera prostate. Čelije kancera mogu metastazirati (proširiti se) iz prostate u druge delove tela posebno u kosti i limfne površine (čvorove). Kancer prostate može uzrokovati bol, teškoće u mokrenju, probleme tokom seksualnog odnosa ili erektilnu disfunkciju. Drugi simptomi mogu se razviti tokom kasnijih stadijuma ove bolesti.

Stopa otkrivanja kancera prostate razlikuje se širom sveta, te se u Južnoj i Istočnoj Aziji okrija ređe nego u Evropi, pogotovo ređe nego u Sjedinjenim Američkim Državama. Kancer prostate pokazuje sklonost da se javlja kod muškaraca starijih od 50 godina i mada je on jedna od najrasprostranjenijih vrsta kancera kod muškaraca, mnogi nikada nemaju simptome, ne podvrgavaju se lečenju i konačno umru zbog drugih razloga. Ovo zato jer je rak prostate, najčešće, sporo napredujući, bez simptoma i što je oboleli čovek stariji, to češće umire od uzroka nevezanih za rak prostate, kao što su bolesti srca i krvnih sudova, upala pluća, drugi nepovezani kanceri ili starost. Sa druge strane, agresivniji oblici raka prostate odgovorni su za smrtnost povezanu sa kancerom među muškarcima u Sjedinjenim Američkim Državama više od bilo kog drugog oblika raka, sem raka pluća. Oko 2/3 slučajeva raka prostate su sporo rastući, dok je 1/3 agresivnijih i brzo rastućih.

Mnogi uzroci, uključujući genetske i dijetetske, su povezani sa razvojem raka prostate. Postojanje raka prostate može se otkriti prema simptomima, fizičkim pregledom, specifičnim antigenom prostate (PSA) ili biopsijom. PSA test povećava otkrivanje raka prostate, ali ne smanjuje smrtnost.

Zaštita testom prostate je, čak, u ovom trenutku sporna i može dovesti do nepotrebnih, pa i štetnih posledica kod nekih pacijenata. No, sumnja na kancer prostate uobičajeno se proverava uzimanjem biopsije prostate i mikroskopskim pregledom uzetog uzroka. Dalja ispitivanja kao što su CT (magnetna rezonanca), ili ispitivanje kostiju (koštana scintigrafija) mogu se sprovesti da bi se utvrdilo da li se rak prostate proširio (metastazirao).

Strategija ispitivanja raka prostate treba da bude određena ozbiljnošću bolesti. Mnogi niskorizični tumori mogu se bezbedno pratiti aktivnim nadzorom. Tretmani lečenja obično uključuju hiruršku intervenciju, različite oblike terapije zračenjem, ili, ređe, kriohirurgiju; hormonska terapija i hemoterapija su, uopšteno rezervisane za slučajeve uznapredovale bolesti (mada se hormonska terapija može davati uz zračenje u nekim slučajevima).

Starost i zdravstveno stanje u osnovi, raširenost metastaza, mikroskopski nalaz i odgovor kancera na početni tretman su važni za određivanje ishoda bolesti. Odluka da li, ili ne tretirati lokalizovani rak

prostate (tumor koji je sadržan unutar prostate) sa namerom lečenja, je stvar pacijentove odluke između očekivane koristi tretmana i štetnih posledica vezanih za preživljavanje i kvalitet života.

ZNAKOVI I SIMPTOMI

Rani rak prostate obično ne izaziva simptome. Ponekad, međutim, rak prostate pokazuje simptome, često slične benignom uvećanju prostate. Oni uključuju često mokrenje, nokturiju (učestalo noćno mokrenje), teško započinjanje i održavanje neprekidnog toka mokraće, hematuriju (krv u mokraći) i disuriju (bolno mokrenje).

Rak prostate je povezan sa urinarnim poremećajima pošto žlezda prostata okružuje uretru. Promene u žlezdi, zbog toga, neposredno utiču na urinarnu funkciju. Zato što se depoziti semene tečnosti nalazi u uretri prostate, kao i same izlučevine iz žlezde prostate, koje se nalaze u semenom sadržaju, rak prostate takođe može izazvati probleme seksualne funkcije i mogućnosti, poput teškoća u postizanju erekcije ili bolne ejakulacije.

Rak prostate u odmaklom stadijumu može se proširiti na druge delove tela i može izazvati dodatne simptome. Najčešći simptom je bol u kostima, najčešće u pršljenovima (kosti kičme), karlici ili rebrima. Širenje kancera u druge kosti kao što je femur (butna kost), je obično u najbližem delu kosti. Rak prostate u pršljenovima može takođe izvršiti pritisak na kičmenu moždinu uzrokujući slabost noge i nekontrolisano pražnjenje bešike ili debelog creva.

Број речи: 616

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

1. Ficarra, V., et al. Systematic review and meta-analysis of studies reporting urinary continence recovery after robot-assisted radical prostatectomy. Eur Urol, 2012. 62: 405.
2. Yossepowitch, O., et al. Radical prostatectomy for clinically localized, high risk prostate cancer: critical analysis of risk assessment methods. J Urol, 2007. 178: 493.
3. Novara, G., et al. Systematic review and meta-analysis of perioperative outcomes and complications after robot-assisted radical prostatectomy. Eur Urol, 2012. 62: 431.
4. Pilepich, M.V., et al. Androgen suppression adjuvant to definitive radiotherapy in prostate carcinoma-long-term results of phase III RTOG 85-31. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2005. 61: 1285.
5. D'Amico, A.V., et al. Androgen suppression and radiation vs radiation alone for prostate cancer: a randomized trial. JAMA, 2008. 299: 289.

Друштво зубних техничара

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

МЕХАНИЗАМ НАСТАНКА И ПРОМЕНЕ НА ЗУБИМА

Доктор стоматологије Марко Гојнић, Зуботехничка школа Београд

Жарко Вукашиновић,

Термин „орална траума“ подразумева повреде мастикаторних структура, у ужем смислу. Ове структуре обухватају: зубе, потпорни апарат зуба, горњу и доњу вилицу укључујући и мишиће и лигаменте који се на њима припајају, темпоромандибуларни зглоб, усне, језик и неуроваскуларне елементе који опслужују ова ткива.

Фактори који фаворизују настанак и утичу на интензитет повреда у овој регији деле се на:

1. Локална стања (немогућност отварања усана, обично комбинована са протрузијом предњих зуба, постојање већих денталних реконструкција, претходна обољења зуба укључујући и потпорни апарат, ендодонтски третмани и коштане цисте без обзира на порекло)

2. Општа стања (животно доба, дијабетес, епилепсија и оштећења мозга)

3. Системска стања (хиперпаратиреоизам, метаболичке болести, леукозе и сва обољења праћена ререракцијом костију).

Трауматске повреде зуба могу настати у периоду ембриогенезе као и у постнаталном периоду. Извесни трауматски догађаји у пренаталном периоду могу се манифестовати у постнаталном периоду и то како у примарној, тако и у секундарној дентицији. Међу овим стањима описују се:

- Калцификациони дефекти који се јављају у облику жућкастих или жућкасто-браонкастих мрља на лабијалним површинама зуба. Ова оштећења су у вези са раним лезијама заметка зуба перманентне дентиције

- Псеудоодонтоми – туморима сличне формације односе се само на примарну дентицију и такође везују за трауматсе догађаје у раној фази трудноће

- Дисторзија корена или крунице зуба такође се сматра трауматским оштећењем у раној фази трудноће која може погодити заметке примарне и секундарне дентиције. У ову групу оштећења спадају и фацијална асиметрија, микрогнатија и абнормалне ерупције зуба.

Узрочне везе набројаних стања са трауматским догађајем у време гестације исувише су хипотетичке, што умањује њихов практични судскомедицински значај.

Повреде зуба у постнаталном периоду су веома честа трауматска оштећења у максилофацијалној регији. Јављају се као изоловане, али често и удружене са повредама меких

и коштаних ткива лица и вилица. Због своје експонираности, фронтални зуби у горњој вилици су најчешће повређени, а посебно централни секутић (70% свих повреда). Овим променама најчешће су изражена деца и адолесценти.

Најчешћи етиолошки узрок су падови у игри, спорт, а знатно ређе туче. Обим повреде зависи од интензитета, смера и начина дејства силе, старости повређеног, односно физиолошког и патолошког стања зубног органа у тренутку трауме. Врло јака траума може довести до оштећења апикалних крвних судова и поремећаја пулпарног крвотока и сензибилитета зуба. Код одраслих особа у којих је апикални отвор узан, лакше долази до оваквих поремећаја, често иреверзибилних, него код младих код којих је релативно широк, а пулпа добро васкуларизована.

Повреде зуба силом мањег интензитета у примарној или секундарној дентицији доводи до дилатације и хиперемije капилара у пулпи, која је најчешће реверзибилни процес. У неким случајевима, најчешће уз постојање локалних или општих предиспозиционих фактора, може довести до ексудације плазме и целуларних елемената при чему настаје стање трауматског пулпитиса.

Слично пулпитисима друге етиологије и трауматски може ићи према реституцији или пак пурулентној упали, са могућношћу преласка у хроничитет, са формирањем полипа пулпе, слободних пулпних калцификата или зубног гранулома. Фрактура зубне крунице најчешће је последица директних удара, те се и најчешће појављује у пределу ицизива. Лакши облик ове фрактуре ограничен је на предео изнад глејно-цементне везе, док се тежи облик простире преко ове границе и увек је повезан са повредом потпорног апарата зуба.

Број речи: 541

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

1. Стоматолошка протетика: парцијалне протезе (2017 год.), Драгослав Стаменковић
2. Клиничка фиксна протетика - Крунице (2015 год.), Аднан Ћатовић, Драгутин Комар, Амир Ћатић
3. Локална анестезија у денталној медицини (2015 год.), Драгана Габрић
4. Мандибуларни прогнатизам (2014 год.), Татјана Чутовић
5. Медицинска инструментација и мерења (2014 год.), Дејан Поповић

Неуролошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Brnaut sindrom u sestrinstvu - lični, zdravstveni ili socio-ekonomski problem

Вмс Љиљана Ракић, Клинички центар Србије

Наташа Јевтовић,

Sestrinstvo je profesija koja doživljava visok nivo stresa suočava sa patnjom, bolom, smrću kao što se malo njih suočava mnoge sestrinske intervencije nisu zahvalne i produhovljene mnoge su po normalnom standardu neprijatne, a neke su prosto zastrašujuće, degradirajuće. Sestre se nalaze u grupi poslova sa visokim zahtevima, a malom slobodom odlučivanja koji rezultiraju stvaranje napetosti.

U medicinsku klasifikaciju nedavno uvršćeno još jedno, novo oboljenje modernog poslovnog čoveka, poznato pod imenom (burnout) ili sindrom izgaranja. Ovaj sindrom je u stvari sinonim za nezadovoljstvo radnim mestom i okruženjem. Stres je pojačan ukoliko čovek nije sposoban da sve te probleme reši. stres proces koji se odigrava u organizmu kada je on izložen bili kakvo agresiji, koja u takvoj meri ugrožava i remeti njegovo dotadašnje stanje Burnaut je posledica stalnog izlaganja nezadovoljstvu (radnim mestom i okruženjem, poslovnom ili porodičnom ulogom) koje ne rešavamo, već taložimo... i onda se sve to akumulira u osećaj da gubimo kontrolu nad vlastitim životom.

Ciljevi rada

- Ukazati na eventualne izvore stresnih situacija, kako bi ih izbegli ili uspešno eliminisali i prevazišli
- Utvrditi postojanje stresa u sestrinskoj profesiji

Metodologija rada

- Deskriptivna
- Instrument istraživanja,- Anketa, Anketiranje sestara

Rezltati rada biće tabelarno i grafički prikazani.

Zaključak rada sa predlog mera

Razvijanje stavova empatije, Kontiniirana edukacija osoblja, jasniji ciljevi organizacije su neophodni, Podizanje nivoa samopuzdanja jedinice, Osposobljanje da kontroliše svoje emocije, Razvijanje sposobnosti kritičkog razmišljanja, analiziranja i donošenja sopstvenih odluka, Razdvajanje veština komunikacije i veštine socijalnog preilagođavanja. Ključne reči; sestrinstvo, stres, profesija

Број речи: 235

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

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* (2001) 52:397–422.10.1146/annurev.psych.52.1.397 [PubMed] [CrossRef]
2. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* (1974) 30:159–65.10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x [CrossRef]
3. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int* (2009) 14:204–20.10.1108/13620430910966406 [CrossRef]
4. Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup Med* (2000) 50:512–7.10.1093/occmed/50.7.512 [PubMed] [CrossRef]
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed Washington, DC: Author; (2013).
6. Friberg T. Burnout: from popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden. *Cult Med Psychiatry*(2009) 33:538–58.10.1007/s11013-009-9149-z [PubMed] [CrossRef]

Секција опште медицине

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**Неговање терминално оболелих као фактор ризика по здравље****специјалиста интерне медицине Дарко Тасић, Дом здравља "Др Милорад Мика Павловић" Инђија****Sanja Alković,**

Увод: Терминално оболели пацијент је особа која болује од неизлечиве болести која се доступним терапијским процедурама не може задовољавајуће лечити и која је таквих карактеристика да води ка сигурном смртном исходу у периоду од неколико недеља или месеци до највише годину дана. У таквој ситуацији, чланови породице и пријатељи оболелог најчешће преузимају улогу неговатеља (у англосаксонској литератури означени као неформални пружаоци неге „informal caregivers“). Наш здравствени систем мало или нимало пажње посвећује онима који негују овакве болеснике. Бити неговатељ терминално оболелог болесника је фактор ризика по здравље самог неговатеља. Да би се истакао утицај бриге о терминално оболелом на саме неговатеље они се означавају као „секундарни пацијенти“.

Циљ: подизање свести стручне јавности о значају неговања терминално оболелих као фактори ризика по здравље.

Метод: анализа доступне литературе.

Рад: Особе које негују терминално оболеле пружају помоћ оболелом у свакодневним активностима (купње, храњење итд) и терапијским процедурама (правилно и редовно узимање медикамената, нега централних венских и уринарних катетера, руковање респиратором итд) на шта троше значајан део свог слободног времена. Због тога имају мање времена за обављање других послова у циљу обезбеђења финансијских средстава. Ово заједно са повећањем трошкова у циљу лечња и неге болесника често доводи целу породицу у финансијске проблеме додатно повећавајући стрес коме је неговатељ изложен. Како што је претходно наведено неговатељи често спроводе и различите медицинске процедуре у склопу неге терминалног оболелог. У већини случајева они немају довољно знања о тим процедурама што им даје осећај несигурности и додатно повећава ниво стреса коме су изложени. Неговатељи су изложени емотивној нестабилности и менталним променама самог оболелог (бес, туга, ментална дезоријентација итд) али се и врло често самопроцењују и преиспитују у погледу своје успешности у пружању неге особи која им је емотивно важна. Изложени су и емотивном стресу јер „гледају како вољена особа пати и умире“. Све су то фактори који могу довести до сповећаног стреса и имати негативан ефекат на здравље неговатеља али и на квалитет неге коју оболели добија.

Негативни ефекти по особу која пружа негу оболелом од терминалне болести могу се умањити добром обуком неговатеља како у погледу спровођења саме неге и терапијских процедура тако

и у бољем разумевању стреса коју улога неговатеља носи. Од велике је важности да неговатељи не забораве да брину о сопственом здрављу. Да воде рачуна о својој исхрани, буду физички активни, обезбеде довољно времена за одмор као и за личне активности. У случају појаве знакова стреса потребно је одменити неговатеља на одређени временски период тако што ће нека друга особа преузети обавезу неге болесника или смештајем болесника у установу за краткотрајну хоспитализацију.

Закључак: Медицинска сестра/техничар има кључну улогу у спровођењу мера заштите здравља неговатеља терминално оболелих особа. Пре отпуста терминалног болесника из Болнице потребно је спровести едукацију неговатеља. При сваком контакту неговатеља са здравственом службом треба проценити да ли постоје знаци стреса код неговатеља и предузети мере за његово умањење. Чланови патронажних медицинских екипа морају директно на терену да процене и препознају проблеме са којима се неговатељи сусрећу и помогну у проналажењу решења.

Број речи: 489

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

1. Đorđević V. i dr.: "Palijativna skrb-brinimo zajedno", Medicinska naklada , Zagreb 2014.
2. Hughes RG at al.: "Patient safety and quality: an evidence based handbook for nurses"; Agency for healthcare research and quality US; april 2014
3. Jill S. at al.: "A study of family caregiver burden and the Imperative of practice change to address family caregivers unmet needs"; Health Affairs, January 2018.
4. Ronald D. at al.: "Caregiver Burden a clinical review"; Jama 2014; 311(10): 1052-1060.
5. Susan L. at al.: "Relationship between caregiver burden and health related quality of life"; The Gerontologist Vol. 39, No.5, 534-545.

Трансфузиолошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**AKTIVISANO PARCIJALNO TROMBOPLASTINSKO VREME (aPTT) KAO INDIKATOR PROCENE EFEKTA DABIGATRANA KOD PACIJENATA SA NE-VALVULARNOM ATRIJALNOM FIBRILACIJOM**

Примаријус, доктор медицинских наука, специјалиста трансфузиолог, субспецијалиста хематологије, нау Зоран Станојковић, Завод за трансфузију крви-Ниш Медицински факултет Ниш

Uvod: Dabigatran, antikoagulans nove generacije, je po svojoj strukturi direktni inhibitor trombina, primenjuje se u fiksnoj dozi, ima brzi početak delovanja i relativno širok terapijski opseg, a njegova primena ne zahteva praćenje efikasnosti, kao što je to slučaj sa antagonistima vitamina K. Međutim, postoje određena hitna stanja koja zahtevaju procenu efikasnosti ovog leka.

Cilj ovog rada je bio utvrditi da li se aPTT, kao skrining koagulacijski test, može pouzdano koristiti za procenu antikoagulantnog efekta dabigatrana.

Pacijenti i metode: Ispitivanje je obuhvatilo 32 pacijenta sa nevalvularnom atrijalnom fibrilacijom koji su uzimali dabigatran (Pradaxa, Boehringer Ingelheim) u pojedinačnoj dozi od 110 mg ili 150 mg dva puta dnevno. Svim pacijentima je pre početka terapije dabigatranom urađen skrining koagulacije (PT, aPTT, INR). Posle dve nedelje od početka terapije pacijenti su se ponovo javili transfuziologu, kada su im u toku istog dana uzeta po tri uzorka krvi za određivanje aPTT-a, i to 4 sata posle poslednje uzete doze dabigatrana, 8 sati posle i 12 sati posle uzimanja leka. Određen je stepen produženja aPTT-a u odnosu na dozu leka i vreme od uzimanja poslednje doze, kao i korelacija između inicijalnog aPTT-a i ukupnog produžavanja aPTT-a nakon uzimanja dabigatrana.

Rezultati: Postoji statistički znajno veće produženje vrednosti aPTT-a posle 4 sata i 8 sati od uzimanja leka kod pacijenata koji su na terapiji dabigatranom od 150 mg u odnosu na pacijente koji uzimaju 110 mg dabigatrana ($p < 0,001$), dok se posle 12 sati ne uočava statistički značajna razlika u vrednostima aPTT-a između pacijenata ove dve grupe. Postoji jaka korelacija između kontrolnih vrednosti aPTT-a i ukupnog porasta aPTT-a nakon uzimanja dabigatrana ($r = 0,96$ za dozu od 150 mg i $r = 0,83$ za dozu od 110 mg).

Zaključak: aPTT je koristan test za procenu efekta dabigatrana i može se koristiti kao skrining test kod pacijenata kod kojih je potrebno hitno odrediti efikasnost leka.

Ključne reči: dabigatran, aPTT, antikoagulans, krvarenje

Број речи: 308

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

1. Antić A, Stanojković Z, Jelić M, Vučić M. Activated partial thromboplastin time (aPTT) as indicator of dabigatran efficiency in patients with non-valvular atrial fibrillation. AMM 2018; 57(1): 135-40.
2. Pollack CV. Coagulation assessment with the new generation of oral anticoagulants. Emerg Med J 2015; 0: 1-8.
3. Hernandez I, Baik SH, Piñera A, Zhang Y. Risk of bleeding with dabigatran in atrial fibrillation. JAMA Intern Med 2015; 175(1): 18-24.
4. Pollack CV, Reilly PA, Eikelboom J, Glund S, Verhamme P, Bernstein R, et al. Idarucizumab for Dabigatran Reversal. N Eng J Med 2015; 373: 511-20.
5. Cuker A, Siegal DM, Crowther MA, Garcia DA. Laboratory measurement of the anticoagulant activity of the non-vitamin K oral anticoagulants. J Am Coll Cardiol 2014; 64(11): 1128-39.

Хематоонколошка секција**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)****Медикаментозна терапија малигних тумора главе и врата****Редовни професор Проф. др Светислав Врбић, Клинички центар Ниш**

Primarna terapija tumora glave i vrata je hirurška. Zbog blizine vitalno važnih struktura, početka aerodigestivnog trakta, radikalna hirurška terapija često nije moguća. Zbog toga adjuvantna radioterapija i medikamentozna terapija imaju sve veći značaj kod ovih tumora. Kako se radi uglavnom o planocelularnim karcinomima različitog stepena diferencijacije, medikamentozna terapija podrazumeva citostasku, ciljanu medikamentoznu terapiju („targeted“) i imunoterapiju.

Najaktivniji citostatski agens je cisplatin u visokim dozama, koji produžava preživljavanje ali je nefrotoksičan, tako da ima pacijenata koji su nepodobni za ovaj tip lečenja. Kod ovih pacijenata terapija cetuximab-om i blokatorima kontrolnih tačaka imunog sistema („checkpoint inhibitors“) omogućava produženo preživljavanje i viši kvalitet života.

Hemoiradijacija takođe može uticati na produženo preživljavanje kod pacijenata sa tumorima glave i vrata.

Poseban tumor glave i vrata je UCNT („undifferentiated cancer nasopharyngeal type“) koji se leči sekvencijalno hemio i radioterapijom.

Број речи: 135

НАВЕСТИ ПЕТА КТУЕЛНИХ РЕФЕРЕНЦИ НА КОЈИМА ЈЕ БАЗИРАНА НЕОПХОДНОСТ ИЗВОЂЕЊА ОВЕ КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

1. Colevas AD, et al. NCCN Guidelines Insights: Head and Neck Cancers, Version 1.2018. J Natl Compr Canc Netw 2018;16:479-490.
2. Wray J, Amdur RJ, Christopherson KM, et al. Lingual Tonsillectomy Likely Does Not Improve Outcomes for Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck From an Unknown Primary Site. Am J Clin Oncol 2018; 41:1216.
3. Part II Head and Neck. In: AJCC Cancer Staging Manual, 8th ed, Amid MB (Ed), Springer, New York 2017. p.53., corrected at 4th printing, 2018.
4. Stubblefield MD. Clinical Evaluation and Management of Radiation Fibrosis Syndrome. Phys Med Rehabil Clin N Am 2017; 28:89.
5. Husain ZA, et al. A comparison of prognostic ability of staging systems for human papillomavirus-related oropharyngeal squamous cell carcinoma. JAMA Oncol. 2017;3:358-365.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Палијативна радиотерапија

Др Наташа Симоновић, Клинички центар Ниш

Palijativna radioterapija predstavlja brzi i efektivni način redukovanja fokalnih simptoma inkurabilnog kancera, bilo da oni nastaju zbog primarnog tumora ili zbog metastatskih depozita. Ona može da popravi kvalitet života, ali sa skromnim uticajem na ukupno preživljavanje. Za palijativnu radioterapiju se koriste linearni akceleratori u specijalizovanim onkološkim centrima. U kurativnoj radioterapiji se uglavnom koriste male dnevne doze (frakcije) da bi se minimizirala dugotrajna toksičnost na okolna zdrava tkiva. Palijativna zračna terapija zahteva manje totalne doze sa cijem kontrole simptoma.

Pacijenti na palijativnoj zračnoj terapiji moraju biti u stanju da prate verbalna uputstva radioterapeuta koji su u prostorijama van samog linernog akcelatora. U palijativnoj terapiji se najčešće koriste pojedinačne („single“) doze, a ređe kraći kurs terapije u trajanju od jedne do tri nedelje. Retretman je moguć kod rekurentnih simptoma, ali su tada neželjeni efekti veći.

Najčešće indikacije za palijativnu zračnu terapiju su:

- bole koštane metastaze
- obstruktivna disfagija zbog karcinoma ezofagusa
- maligna kompresija kičmene moždine
- multiple ili simptomatske metastaze u mozgu
- simptomi pelvičnih kancera: krvarenje je prisutno u oko 90% pacijenata sa uznapredovalim kancerom mokraćne bešike, rektuma i ginekološkim tumorima, crevna obstrukcija, karlični bol
- bol, krvarenje ili neprijatni miris kod kutanih i egzulcerisanih carcinoma

Број речи: 188

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

1. Spencer k, et al. Palliative radiotherapy. BMJ 2018;360:k821
2. Tey J, et al. Palliative radiotherapy for gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. Oncotarget 2017;8:25797-805.
3. Mulvenna P, et al. Dexamethasone and supportive care with or without whole brain radiotherapy in treating patients with non-small cell lung cancer with brain metastases unsuitable for resection or stereotactic radiotherapy (QUARTZ): results from a phase 3, non-inferiority, randomised trial. Lancet 2016;388:2004-2014.
4. Cameron MG, et al. Palliative pelvic radiotherapy for symptomatic rectal cancer—a prospective multicenter study. Acta Oncol 2016;55:1400-7140.
5. Spencer K, et al. 30 day mortality in adult palliative radiotherapy—A retrospective population based study of 14,972 treatment episodes. Radiother Oncol 2015;115:264-271.

Секција сестара и техничара у рехабилитацији

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)**ПРЕВЕНЦИЈА ПРИМАРНЕ И СЕКУНДАРНЕ ОСТЕОПОРОЗЕ****Доц. др Валентина Живковић, Медицински факултет Универзитета у Нишу****Зорица Петровић,**

Остеопороза представља скелетно обољење са поремећеном коштаном чврстином које доводи до повећаног ризика за појаву прелома. Остеопороза и повећани ризик за преломе су међу најчешћим последицама старења код жена. Да би се успешно смањило оптерећење јавног здравља нужно је развити стратегије које омогућавају ранију идентификацију жена које су на ризику од прелома и омогућити сигурност и ефикасност превентивних мера. Фактори ризика за остеопорозу су поред старости и женског пола, такође и генетика, постменопаузални статус, хипогонадизам или превремена инсуфицијенција јајника, низак индекс телесне масе, етничка припадност, реуматоидни артритис, низак боне минерал денситу (БМД), недостатак витамина Д, низак унос калцијума, пушење, алкохол, имобилизација и дуготрајна употреба одређених лекова, као што су глукокортикоиди, антикоагуланси, антиконвулзиви, инхибитори ароматазе, хемотерапијски лекови за канцер и агонисти хормона који ослобађају гонадотропин. Превенција појаве остеопорозе уклањањем поменутих фактора ризика на које се може утицати, селекција особа са високим ризиком за фрактуру и рано постављање дијагнозе су од пресудног значаја у борби против остеопоротских прелома. Стратегије превенције и лечења остеопорозе и остеопоротских пријелома укључује следеће мере: избегавање пада корекцијом видне оштрине, смањење потрошње лекова који мењају будност и равнотежу, смањење опасности од пада код куће (уклањање клизавих подова, препрека, недовољне светлости), извођење вежби за побољшање мишићне снаге, равнотеже и одржавање коштане масе, престанак пушења и прекомерног уноса алкохола, адекватан унос протеина, калцијума и витамина Д. Године 2017. су објављене најновије препоруке Америцан Цоллеге оф Рхеуматологу за превенцију и лечење глукокортикоидима индуковане остеопорозе. Ове препоруке обухватају процену ризика од прелома код пацијената који почињу или настављају дуготрајну терапију глукокортикоидима на основу историје остеопоротских прелома, вредности БМД и десетогодишњег ризика за фрактуру кука и главне фрактуре процењеног на основу ФРАХ скорa код одраслих старијих од 40 година, а процену ризика од прелома код деце и млађих особа од 40 година на основу историје остеопоротских прелома и БМД. Препоруке укључују код одраслих особа са ниским ризиком за прелом лечење само калцијумом и витамином Д, док код одраслих особа са умереним и високим ризиком за прелом лечење калцијумом и витамином Д уз додатно лечење остеопорозе, при чему су орални бисфосфонати прва линија лечења глукокортикоидима индуковане остеопорозе.

Број речи: 348

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

1. Komm BS, Morgenstern D, A Yamamoto L, Jenkins SN. The safety and tolerability profile of therapies for the prevention and treatment of osteoporosis in postmenopausal women. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2015;8(6):769-784.
2. Akkawi I, Zmerly H. Osteoporosis: Current Concepts. *Joints*. 2018;6(2):122-127.
3. Kuo T R, Chen C H. Bone biomarker for the clinical assessment of osteoporosis: recent developments and future perspectives. *Biomark Res*. 2017;5:18.
4. Lorentzon M, Cummings S R. Osteoporosis: the evolution of a diagnosis. *J Intern Med*. 2015;277(06):650–661.
5. Cosman F, de Beur S J, LeBoff M S et al. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int*. 2014;25(10):2359–2381.
6. Ensrud K E, Crandall C J. Osteoporosis. *Ann Intern Med*. 2017;167(03):ITC17–ITC32.
7. Tawaratsumida H, Setoguchi T, Arishima Y et al. Risk factors for bone loss in patients with rheumatoid arthritis treated with biologic disease-modifying anti-rheumatic drugs. *BMC Res Notes*. 2017;10(01):765.

Друштво фармацеутских техничара

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

Интеракције лекова и цитостатика

мр.фарм. специјалиста клиничке фармације Владимир Вучетић, Клинички центар Крагујевац

Лечење различитих обољења често захтева симултану употребу различитих лекова. Комбинације различитих лекова могу да буду врло корисне и ефикасне са једне стране, али исто тако могу довести до интеракција и појаве нежељених ефеката лекова или изостанка терапијског ефекта. Нежељене интеракције између лекова представљају значајан разлог морбидитету и морталитету. Интеракције лекова у онколошкој пракси се често јављају, а последица су примене различитих цитотоксичних лекова и супортивне терапије ради лечење малигнитета, као и терапије за лечење коморбидитета код ових пацијената. Већина ових пацијената су старије животне доби који често имају смањену метаболичку функцију јетре, као и смањење гломеруларне функције бубрега, који потенцијално повећавају токсичност лекова.

Број речи: 110

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

1. Kheshti R et al. A comparison of five common drug–drug interaction software programs regarding accuracy and comprehensiveness. J Res Pharm Pract. 2016 Oct-Dec;5(4):257-263.
2. Tenkoramaa JS, Fudin J. Drug Interactions in Cancer Patients Requiring Concomitant Chemotherapy and Analgesics. Practical Pain Management 2013. Vol 13, Issue 4.
3. Sutiman N, Chowbay B. Pharmacogenetics and its relevance to clinical practice. Ann Acad Med Singap. 2013 Sep;42(9):429-31.
4. Beakley BD, Kaye AM, Kaye AD. Tramadol, Pharmacology, Side Effects, and Serotonin Syndrome: A Review. Pain Physician. 2015 Jul-Aug;18(4):395-400.
5. Kötter T, da Costa BR, Fässler M, Blozik E, Linde K, Jüni P, Reichenbach S, Scherer M. Metamizole-associated adverse events: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2015 Apr 13.
6. McCormick JW, Vogel PD, Wise JG. Multiple Drug Transport Pathways through human P-Glycoprotein. Biochemistry. 2015;54(28):4374-4390.
7. Lindner K, Borchardt C, Schöpp M, et al. Proton pump inhibitors (PPIs) impact on tumour cell survival, metastatic potential and chemotherapy resistance, and affect expression of resistance-relevant miRNAs in esophageal cancer. J Exp Clin Cancer Res. 2014 Sep 1; 33: 73.

Секција поливалентне патронаже

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

**Патронажна посета бабињари и новорођенчету са посебним освртом на дојење
виша медицинска сестра Сања Бранковић, Дом здравља Ражањ**

Александра Стоилковић, Дејан Благојевић, Марија Симоновић Јоцић,

Теренска сестра мора да буде здравствени мисионар. Зато мора да буде школована. Њена служба није ни давање материјалне помоћи, ни лекарска служба а не значи ни вршење уносне приватне праксе. Она мора да негује по упутствима лекара и пре свега да пази да не омета лечење. Мора да буде породична пријатељица а не наредбодавка... Овим речима се Флоренс Најтингел, медицинска сестра,, 1860. Године обратила својим будућим колегиницама када је у Лондону основала прву школу за цивилне сестре. Енглеска се сматра колевком овог занимања. Још 1816.године у Енглеској су постојале организоване кућне посете неговатељица које су радиле исто оно што данас раде патронажне сестре

Обавезне патронажне посете бабињари и новорођенчету дефинише Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији Републичког завода за здравствено осигурање. Односи се на здравствено – васпитни рад у , контролу здравља породиље и новорођенчета и обучавање мајке за дојење и негу детета. Обавезан део је јасна и снажна подршка дојењу као искључивом начину исхране у првих 6 месеци живота.

По добијању информације о отпусту породиље и новорођенчета из породилишта, патронажна сестра од првог наредног дана започиње прву од укупно пет предвиђених узастопних посета.

Учешће патронажне сестре у посети бабињари и новорођенчету је од великог значаја. Кроз здравствено васпитање акценат се ставља на:

- Подстицај и подршку чланова породице да помогну у нези бебе и мајке;
- Неговање добрих породичних односа;
- Љубав између родитеља и бебе;
- Одговорно родитељство;
- Значај дојења;
- Значај редовне здравствене контроле код педијатра;

Патронажна сестра спроводи контролу здравственог стања кроз:

- Збрињавање пупчане ране;

Стицање вештина

Организација / помоћ у сарадњи са заједницом

Поштујући препоруке СЗО и УНИЦЕФ-а патронажна сестра здравствено-васпитним радом пеомовише садржај:

- Дојење је најбоља храна у првих 6 месеци живота
- Одојчету не треба давати замену за мајчино млеко
- Мајка треба да доји дете до друге године живота или дуже уз правилну допунску исхрану

Кроз здравствено-васпитни рад патронажна сестра упознаје будућу мајку и остале чланове породице а и шире заједнице са предностима дојења а то су: заштита од инфекција, заштита од алергија, предности за одојче, предности за мајку, предности за породицу, предности за друштво и опасност од узимања замена за мајчино млеко.

Циљ рада: Испитати информисаност о значају дојења

Врста студије: Студија пресека

Време и место истраживања: Служба поливалентне патронаже Дома здравља „ др Милорад Михајловић“ Ражањ у периоду 15.03.2018. – 31.03.2018.

Популација и узорак: Узорак састављен од 20 породиља које су добровољно пристале да попуне анкетни упитник.

Техника и инструменти истраживања: Техника је анкетирање. Инструмент истраживања је анкетни упитник за породиље.

Статистичка обрада података: Прикупљени подаци су обрађени једноствним статистичким методама и приказани табеларно у процентима.

На основу истраживања спровеног на територији Општине Ражањ бројни су закључци које можемо извести. Истакла бих, по мени најважније:

- Породиљама су најбитније информације које добијају од здравствених радника
- Све анкетиране породиље су задовољне пруженом помоћи од стране патронажне сестре везано за дојење
- Велика већина испитаница (95%) доји.

Број речи: 454

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

1. Богдановић Р., Радловић Н. (2016.)- Уџбеник за последипломско усавршавање лекара;
2. Властелица М. – Рани однос мајка – дете (2014.)
3. Бранковић Д. – Бол и стрес код новорођенчади – патофизиологија, дијагностика, превенција, терапија (2013.)
4. Стручно – методолошко упутство за спровођење уредбе о националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине – Издавач: Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „ др Вукан Чупић“
5. Патронажа – најдражи посетилац за време бабиња са сајта [http:// www.yumama.com](http://www.yumama.com)

Друштво струковних медицинских радиолога и радиолошких техничара

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

Каротидни стентинг

Специјалиста радиологије Владимир З. Цветић, Центар за радиологију и магнетну резонанцу, Клинички Центар Србије, Београд

Moždani udar je opšti socioekonomski problem. Cerebrovaskularni insult preživi 6 od 10 bolesnika, polovina kasnije ima teške posledice, a trećina pacijenata postaje nesposobna za život bez tuđe pomoći. Jednogodišnje preživljavanje nakon šloga je oko 52%, a petogodišnje oko 30%. Stenozantno-okluzivna arterijska bolest ekstrakranijalnog dela karotidnih arterija je najčešći uzrok (60-80%) cerebralne ishemije i šloga

Endovaskularni tretman sa implantacijom karotidnih stentova (CAS) je postao standardna alternativa hirurškom lečenju pacijenata sa hemodinamski značajnom karotidnom stenozom.

Shodno literaturnim preporukama poštujući jasne indikacije za CAS (restenoza nakon karotidne endarterektomije, hirurški nedostupne lezije, pacijenti sa ishemijskim srčanim oboljenjem, pacijenti sa izraženim ožiljnim tkivom na vratu u regiji karotidne arterije ili nakon zračenja, odnosno drugi komorbiditeti koji otežavaju ili onemogućavaju hirurški tretman pacijenta), počev od juna 2006. godine do juna 2018. u Kliničkom centru Srbije izvedeno preko 700 endovaskularnih procedura na karotidnim arterijama. Implantirani su karotidni stentovi otvorenog i zatvorenog dizajna, u zavisnosti od tipa lezije, uz obaveznu primenu cerebralne protekcije, uglavnom distalne (filter).

Komplikacije tokom ovih procedura mogu biti na mestu punkcije (hematom, AV fistula, pseudoaneurizme, perforacije krvnog suda), prilikom plasmana katetera, uvodnika (Mb Leriche, elongacije, tortuozitet arterija, kompleksni aortni luk, anatomske varijacije), tokom ugradnje stenta (migracija, deformacija, fraktura, akutna tromboza, pomeranje plaka van stenta), prilikom balon dilatacije (distalna embolizacija) i komplikacije vezane za korišćenje cerebralne protekcije. Kasne komplikacije podrazumevaju restenozu, odnosno trombozu stenta.

CAS je metoda izbora u lečenju karotidne bolesti, kod adekvatno selektovanih pacijenata uz izbor optimalnog materijala. Prepoznavanje komplikacija tokom endovaskularnog tretmana karotidnih stenoza, kao i mogućnost njihovog rešavanja uslovljen je krivom učenja, iskustvom operatera i brojem procedura koje se izvode u specijalizovanim centrima.

Број речи: 263

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

1. Brott TG, Halperin JL, Abbara S, Bacharach JM, Barr JD, Bush RL, et al. 2011 ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS guideline on the management of patients with extracranial carotid and vertebral artery disease: Executive summary. *Stroke* 2011;42:e420-63
2. Li Y, Sun W, Yin Q, Wang Y, Cai Q, Sun W, et al. Safety and efficacy of simultaneous bilateral carotid angioplasty and stenting. *J Thromb Thrombolysis* 2014;37:202-9.
3. Patel NJ, Heuser RR. Which embolic protection device is ideal during carotid artery stenting?. *Catheter Cardiovasc Interv*. 2018 Nov 15;92(6):1136-1137.
4. Sun Ho Ahn et al. Carotid Artery Stenting: Review of Technique and Update of Recent Literature. *Semin Intervent Radiol* 2013; 30:288–296

Ендокринолошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)
Гестацијски дијабетес мелитус

Доцент, специјалиста интерне медицине и ендокринологије Виолета Младеновић,
Клинички центар Крагујевац

Gestacijski diabetes mellitus (GDM) se definiše kao bilo koji stepen glukozne intolerancije, sa početkom ili prvim pojavljivanjem tokom trudnoće, i razvija se kada funkcija pankreasa žene nije dovoljna da prevaziđe dijabetogeno okruženje trudnoće. Faktori rizika za GDM su: anamneza makrozomije deteta u prethodnoj trudnoći, sindrom policističnih jajnika, trudnoćom izazvana hipertenzija, anamneza spontanih abortusa i neobjašnjiva mrtvorodenost, gojaznost, više od 25 godina starosti i anamneza GDM u prethodnim trudnoćama. Dijagnoza se postavlja izvođenjem OGTT-a sa 100 g glukoze u 24 - 28.n.g., i zasniva se na prisustvu dve ili više sledećih vrednosti: glikemija našte > 5.3mmol/L, posle 1h > 10.0mmol/L, posle 2h >8.6mmol/L, posle 3h >7.8 mmol/L, ili OGTT-a sa 75 g glukoze u 24 - 28.n.g., i zasniva se na prisustvu bar jedne ili više sledećih vrednosti: glikemija našte > 5.1mmol/L, posle 1h > 10.0mmol/L, posle 2h >8.5mmol/L. GDM se obično prezentuje u trećem trimestru trudnoće kada sazreva placenta, obično je blag i ne ugrožava život trudnice, ali hiperglikemija povećava fetalni morbiditet. Standardni pristup u lečenju GDM je insulinska terapija kod trudnica koje ne mogu da postignu zadovoljavajuću glikemijsku kontrolu dijetom, i to konvencionalna intenzivirana insulinska terapija u četiri dnevne doze. Preporuka Američke Dijabetesne Asocijacije je da se porođaj obavi tokom 38.n.g. Svrha prevencije i lečenja GDM je ne samo normalizacija poremećenog metabolizma glukoze majke, već i poboljšanje izgleda za adekvatan prenatalni, perinatalni i postnatalni razvoj dece majki sa GDM, kao i smanjenje metaboličkog i kardiovaskularnog rizika ove dece u kasnijem životu.

Број речи: 247

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

1. Mladenović V, Djukić A, Varjačić M, Macut Dj. Gestacijski dijabetes mellitus. Med Čas (Krag). 2016; 50(1): 26-32.
2. Koning SH, van Zanden JJ, Hoogenberg K, Lutgers HL, Klomp AW, Korteweg FJ, van Loon AJ, Wolffenbuttel BHR, van den Berg PP. New diagnostic criteria for gestational diabetes mellitus and their impact on the number of diagnoses and pregnancy outcomes. Diabetologia (2018) 61:800–809.
3. HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study: associations with neonatal anthropometrics. Diabetes 2014;58:453-459.
4. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. Diabetes Care 2016; 33:676-682.
5. Qvigstad E. The diversity of gestational diabetes: a therapeutic challenge. Eur J Endocrinol. 2018 Mar;178(3):C1-C5.

6.

Секција сестара у ортопедији

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**(максимално 500 речи)****ХЕМИКОРТИКОТОМИЈА И СПОЉНА ФИКСАЦИЈА УЗ ПРЕОПЕРАТИВНУ АРТРОСКОПИЈУ – МЕТОДА ИЗБОРА У ЛЕЧЕЊУ АНГУЛАРНИХ ДЕФОРМИТЕТА КОЛЕНА****Специјалиста ортопедије са трауматологијом, Прим. др Горан Видић, Општа болница Алексинац**

УВОД: Ангуларни деформитети колена представљају велики здравствени и социјални проблем. Код ових болесника постоји поремећај механичке осе доњих екстремитета, што временом доводи до даљег оштећења хрскавице зглоба и развоја тежих дегенеративних промена. У ортопедској хирургији постоји више оперативних метода за решавање ангуларних деформитета. Све методе имају за циљ редистрибуцију резултујуће силе оптерећења зглоба медијално односно латерално, чиме се биомеханичка функција зглоба доводи у физиолошко стање. Преоперативна артроскопија доприноси бољој функционалности колена, а избор оперативне технике може пресудно утицати на квалитет живота ових болесника.

МЕТОД РАДА: Ретроспективном, експерименталном клиничком студијом ће бити испитано 60 болесника са ангуларним деформитетом колена, оба пола. Истраживање је спроведено у Клиници за ортопедију и трауматологију КЦ Ниш, у временском периоду од 10 година. Преоперативно су испоштовати преоперативни принципи планирања операције по Werner Mueller-у [2], при чему су испитаници у односу на врсту оперативне технике бити подељени у две групе: Група А - Болесници код којих је примењена корективна остеотомија са спољном, фиксацијом уз истовремену корекцију деформитета (n=30). Група Б - Болесници који су оперисани методом корективне остеотомије уз спољну фиксацију и постепену корекцију (n=30)

Степен корекције деформитета је одређиван након зарастања кости у испитаника свих група, а терапијски бенефит артроскопије Womak индексом.

РЕЗУЛТАТИ: Резултати су показати да је бољи степен корекције ангуларних деформитета применом хемикортикотомије уз спољну фиксацију са постепеном корекцијом, уз преоперативну артроскопију оба компартмана колена, у односу на остале анализиране оперативне технике. ($P < 0,01$). Дужина трајања оперативног захвата почев од пре оперативне припреме у испитаника А групе је била 128,26 мин., а испитаника Б групе је била значајно краћа 103,13 мин. ($P < 0,01$) Артроскопијом која претходи остеотомији, а којом ће се отклонити слободна зглобна тела, вршити хондректомија, фораж и дебридман хрскавице, ресекција ретинакула остварен је бенефит у функционалности коленог зглоба у испитаника свих група код којих је ова хируршка метода примењена, што је од значаја за превенцију напредовања

постојећих гонартротичних процеса и спречавања настанка дефинитивних анкилоза и контрактура зглоба које воде ка артропластици колена($p < 0,05$).

ЗАКЉУЧАК: Хемикортикотомија уз артроскопију оба компартмана колена у истом акту може бити оперативна метода избора у лечењу ангуларних деформитета потколенице и у значајној мери доприноси побољшању квалитета живота болесника са ангуларним деформитетима колена.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: Ангуларни деформитети, спољна фиксација, артроскопија.

Број речи: 361

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

1. French SD, Bennell KL, Nicolson PJ, Hodges PW, Dobson FL, Hinman RS. What do people with knee or hip osteoarthritis need to know? An international consensus list of essential statements for osteoarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014 Nov 21. doi: 10.1002/acr.22518.
2. Clément J, Hagemeister N, Dumas R, Kanhouou M, de Guise JA. Influence of biomechanical multi-joint models used in global optimisation to estimate healthy and osteoarthritis knee kinematics. *Comput Methods Biomech Biomed Engin*. 2014 Aug;17 Suppl 1:76-77
3. Zeng WN, He JH, Zhou ZK, Shen B, Yang J, Kang PD, Pei FX. Open high tibial osteotomy through small incision with annular external fixator for treating genu varum deformity *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2013 Sep;44(5):839-42
4. Benazzo F, Perticarini L, Padolino A, Castelli A, Gifuni P, Lovato M, Manzini C, Giordan N. A multi-centre, open label, long-term follow-up study to evaluate the benefits of a new viscoelastic hydrogel in the treatment of knee osteoarthritis *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2016 Mar;20(5):959-68.
5. Mitković M, Milenković S, Micić I, Gajdobranski Đ, Radenković M, Karaleić S, Pavlović P, Stojiljković P, Kostić I, Bumbaširević M., Vidić G, Stanojković M, Stanojlović M, Stamenić S, Kutlešić-Stojanović K, Ćirić T, Jovanović V, Mitković Mi. Hemikortikotomija i kalusna distrakcija spoljnim fiksatorom u cilju korekcije angularnih deformiteta u predelu kolena i prikaz novog usavršenog uređaja za korekciju angularnih deformiteta proksimalne tibije ; *Acta chirurgica iugoslavica*. (2013) ; vol. 60, br. 2 :103-108.