

Акредитациони број: Д-1-1964/15

МАЈ 2016

ЗБОРНИК РАДОВА

АКРЕДИТОВАНИХ ПРЕДАВАЊА
ШЕСТОГ МЕЂУНАРОДНОГ КОНГРЕСА
НАЦИОНАЛНЕ АСОЦИЈАЦИЈЕ УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ

ВРЊАЧКА БАЊА 25.05. – 29.05.2016.

Пленарна тема Шестог међународног конгреса Националне асоцијације удружења здравствених радника Србије: „**ПРЕВЕНЦИЈА МАЛИГНИХ ОБОЉЕЊА КОЖЕ**“
Предавач: Прим др Александар Адамовић, Градски завод за кожне и венеричне болести Београду

СПИСАК

АКРЕДИТОВАНИХ ПРЕДАВАЧА ШЕСТОГ МЕЂУНАРОДНОГ КОНГРЕСА НАЦИОНАЛНЕ АСОЦИЈАЦИЈЕ УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ

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

1. Виша медицинска сестра, Данијела Цвејић, Клинички центар Ниш
2. Магистър, здравен мениджмънт, Ива Димитрова Иванова, МБАЛ „Сити клиник - Свети Георги“, ЕООД- Монтана
3. subspecijalista bolesti zavisnosti др, Војин Поповић, Специјална болница за психијатријске болести "Горња Топоница"
4. Доктор по клинична психологија, Силвия Цветкова, Факултет „Обществено здравје“, Медицински универзитет - Плевен
5. Струковни медицински техничар специјалиста, Слијепчевић Петар, Дом здравља Алексинац
6. Специјалиста анестезиологије са реаниматологијом др, Небојша Стевановић, Клинички центар Крагујевац
7. Специјалиста интерне медицине др, Војислав Ђупурдија, Клинички центар Крагујевац - Клиника за пулмологију
8. Струковни санитарно-еколошки инжењер, спец., Летица Јосић, Завод за јавно здравље Пожаревац
9. доктор медицине др, Предраг Цветковић, Клинички центар Ниш
10. Прим. др, Иван Илић, Клинички Центар Србије
11. Специјалиста ургентне медицине др, Душан Гостовић, Завод за хитну медицинску помоћ Ниш
12. Наставник практичне наставе, Бранка Родић Трмчић, Виска здравствена школа струковних студија у Београду
13. Интерниста специјалиста исхране здравих и болесних људи, Данијела Карамарковић, Специјална болница "Меркур" Врњачка Бања
14. Струковна медицинска сестра, Соња Митић, Дом здравља Ниш - служба Кућно лечење и медицинска нега са палијативним збрињавањем
15. специјалиста гинекологије и акушерства др, Моника Матејић, Дом здравља Ниш
16. мед.сестра/ отговарящ за цялостната дейност на Оптика с очен кабинет, Кресемирка Петева-Јанева, МБАЛ"Св.Екатерина" ЕООД
17. виша медицинска сестра, Александра Стоилковић, Дом здравља Алексинац
18. асистент педијатар- неонатолог, Драгана Савић, КЦ Крагујевац
19. Редовни професор Проф. др, Драган Јовановић, Медицински факултет Ниш, Клинички центар Ниш
20. Истраживач-сарадник, Драган М Угринов, Завод за јавно здравље Панчево

21. Преподавател по практика на специалност „инспектор по општествено здравје”, Илия Костадинов Тасев, Медицински колеж „Йорданка Филаретова” при Медицински универзитет-гр. Софија
22. струковни физиотерапеут, Душан Поповић, Институт Нишка Бања
23. dr specijalista sportske medicine, Emil Marinov Svetanov, Sv.Kl.Ohridski-Pleven
24. Специјалиста - струковна медицинска сестра, дипл.еџц - економиста менаџмента у здравству, Миладиновић Бојана, Медицински факултет Ниш
25. Специјалиста парадонтологије и оралне медицине др, Ивица Глишић, Дом здравља Пожаревац
26. специјалиста стоматолошке протетике, доктор медицинских наука Проф. др, Милена Костић, Медицински факултет у Нишу, Клиника за стоматологију
27. Редовни професор Проф. др, Јовица Јовановић, Медицински факултет Универзитет у Нишу, Завод за здравствену заштиту радника Ниш
28. виша хирушка сестра, Пепа Стоянова, МБАЛ”Д-р Стамен Илиев” – Монтана
29. „Асистент у настави-ужа научна област хирургија, Дејан Лазић, Клинички центар Крагујевац
30. Примаријус др мед, Срећко Д. Босић, Општа болница Пожаревац
31. струковна медицинска сестра, Милица Станковић, Општа болница "Свети Лука" Смедерево
32. специјалиста стоматолошке протетике, доктор медицинских наука Проф. др, Милена Костић, Медицински факултет у Нишу, Клиника за стоматологију
33. Доцент доктор специјалиста ортопедије вилица Доц. др, Зорана Стаменковић, Стоматолошки факултет у Београду, Клиника за ортопедију вилица
34. Струковна медицинска сестра, Наташа Јевтовић, Клинички центар Крагујевац - Клиника за неурологију
35. Струковна медицинска сестра, Босиљка Томић, Дом здравља Жагубица
36. специјалиста опште медицине др, Драгољуб Петровић, Дом здравља Сокобања
37. Специјалиста трансфузиолог, доктор медицинских наука, Др сци.мед., Ана Антић, Завод за трансфузију крви - Ниш
38. specijalista strukovnih studija med.nauka, TatjanaKostadinova Slavkova, MBAL Dr Stamen Ilijev, hirurhija
39. Специјалиста интерне медицине др, Весна Николић, Клинички центар Ниш
40. Ванредни професор Проф. др, Светислав Врбић, КЦ Ниш - Клиника за онкологију
41. доктор медицинских наука, специјалиста физикалне медицине и рехабилитације Проф. др, Розита Филипов, Институт за лечење и рехабилитацију Нишка Бања
42. специјалиста клиничке фармакологије, Никола Росић, Клинички центар Крагујевац
43. др медицине, специјалиста социјалне медицине др, Весна Андрејевић, Институт за јавно здравље Крагујевац
44. Специјалиста радиологије, радиотерапеут др, Наташа Симоновић, Клинички центар Ниш
45. магистар, Шишић Марија, Институт за нуклеарну медицину, Београд, Војномедицинска академија

46. лекар специјалиста радиолог др, Магдалена Матић, Дом здравља Лесковац
47. Доцент, специјалиста интерне медицине и ендокринологије , Виолета Младеновић, Клинички центар Крагујевац
48. Интерниста ендокринолог др, Братислав Б. Миловановић, Специјална болница „Меркур“ Врњачка Бања
49. Примаријус доктор специјалиста ендокринолог Прим. др, Драгана Живојиновић, Специјална болница "Меркур", Врњачка Бања
50. доцент, Нина Ђорђевић, Медицински факултет Ниш
51. Редовни професор, Зоран В. Голубовић, Медицински факултет Ниш, Клинички центар Ниш

Секција сестара у нефрологији и хемодијализи

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Улога медицинске сестре у дијагностичком приступу болесницима са бубрежном инсуфицијенцијом

**Виша медицинска сестра Данијела Цвејић, Клинички центар Ниш
Загорка Сладојевић, Даница Митровић,**

Масовне хроничне незаразне болести су болести које су веома распрострањене у популацији, имају дуготрајан ток, а етиолошки фактори нису познати. Постоји велики број ових болести, а међу њима спада и хронична бубрежна инсуфицијенција (ХБИ).

ХБИ, као иреверзибилан процес, пролази кроз пет стадијума, а сваки од њих има своје карактеристике, те самим тим захтева и специфично праћење болести.

У дијагностичким и терапијским процедурама учествује мултидисциплинарни тим, кога чини велики број медицинског особља различите специјалности, међу којима спадају и едуковане нефролошке сестре.

Нефролошка брига обухвата низ различитих мера и поступака које предузима медицинска заједница у сврху откривања и смањења фактора ризика за развој бубрежне болести у општој популацији, раном откривању особа које су изложене ризичним факторима, праћења и лечења болесника који имају регистровано бубрежну болест.

Нефролошка сестра има искуства у нефролошкој пракси и има великог удела у постављању правовремене дијагнозе, јер се она прва сусреће са пацијентом, и најдуже је са њим у контакту, те може на време да открије битне симптоме и знаке који указују на ХБИ. Веома је битна и улога сестре у адекватној припреми болесника за дијагностички поступак, али и у правовременом примећивању компликација изазваних током дијагностичких процедура.

Нефролошке медицинске сестре чланице су медицинског тима који збрињава пацијената у свим стадијумима бубрежне болести. Њихов рад усмерен је на спречавање бубрежне болести и процену здравствених потреба болесника и њихових породица.

Осим основног знања стеченог током школовања, оне се морају додатно едуковати за рад у свим радним јединицама нефрологије. Своју улогу остварују у различитим амбулантама поликлиничке службе, на оделјењима стандардне или интензивне неге, јединицама за дијализу и у домовима пацијената. У свом окружењу медицинске сестре делују као директни испоручитељи здравствене неге, заступници, педагози, саветници, и координатори неге.

Без добро постављене дијагнозе, и дијагнозе која је на време постављена, нема адекватног

лечења, а за то је задужен нефролог у сарадњи са едукованом нефролошком сестром.

Број речи: 298

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

1. Suzana Vidrih, Marina Colić, Bosiljka Devčić, Berislav Poje, Uloga medicinske sestre u nefrološkoj nezi, Zavod za nefrologiju i dijalizu, Klinika za internu medicinu, Rijeka 2010.
2. Kostić: Hronična bubrežna insuficijencija, Interna medicina / S. Plić - 2.izd. - Niš: Medicinski fakultet Univerziteta, 2009.
3. Kostić: Hronična bubrežna insuficijencija, Nefrologija: principi i praksa / Strahinić S. - Niš: Medicinski fakultet Univerziteta, 2002.
4. Đorđević: Nefrologija, prvo izdanje, Vranje, 1977.
5. Vukušić, V. Đorđević: Akutna bubrežna insuficijencija, 1988.

Психијатријска секција

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 обрнато на един феномен, свързан със стреса и резултатът от хроничния стрес в организацията – професионалното изпепеляване (burnout).

За пръв път терминът бърнаут е формулиран през 1974 г. от американски психијатър Хърбърт Фрејденбергер, като характеристика на психологично състояние при здравихора, които работят в емоционално напрегната трудовасреда. Професионалното прегаряне / бърнаут/ според дефиницията на Фрејденбергер е “изчерпване на енергията при професионалистите в сферата на социалната помощ, кога то те се чуват претоварени от проблемите на хората, с които работят”.

Като “синдром на емоционално и физическо изтощение, включващо развитието на отрицателна самооценка, отрицателно отношение към работата и загуба на разбиране и съчувствие по целта на настоящето проучване е да се установи дали емоционалните симптоми при професионалистите по здравни грижи и се установи дали е/отсъствието на корелация с психосоциалната атмосфера на работното място. Обект на проучването са 124 професионалисти по здравни грижи – медицински сестри, акушерки, рехабилитатори, фелдшери, работещи в различен здравен сектор.

Проучването е проведено през месеците юни-август 2012 г.

Приложените методи са: социологически и статистически методи.

За целта 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 оценката 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 междуличностното 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, 1991
3. Burns, L., Bradley, E., Weiner, B. Shortell and Kaluzny's health care management, Organization design & behaviour. „Delmar Cengage learning”, USA, 2012
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, 2006

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Алкохолизам - епидемија нашег доба

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

У првом делу предавања-семинара слушаоци ће обновити знање о етиологији, клиничкој слици, лечењу, здравственим и социо-економским последицама алкохолизма:

Алкохолизам је неинфективна епидемија (пандемија) ХХИ века. По морбидитету и mortalitetу алкохолизам се налази на трећем месту међу свим поремећајима здравља. Око 15% пунолетне светске популације чине алкохоличари. 5% ученика у основној школи и до 20% ученика средњих школа свакодневно конзумирају алкохол. Просечан животни век алкохоличара је око 55 година. Већ са 40 година, 75% алкохоличара има значајне сомато-психичке компликације болести. Десет година проведу на боловању, три пута чешће се повређују на послу. Сваки трећи пацијент који се прими у психијатријску болницу је алкохоличар. Око 50% саобраћајних несрећа узроковано је алкохолом. Лечење алкохоличара кошта државу десет пута више него зарада од пореза на алкохол. Око 20% свих самоубица чине алкохоличари. Бројне су психичке и соматске компликације алкохолне болести (делиријум тремнс, алкохолна халуциноза, алкохолна љубомора, Корсаковљева психоза, алкохолна епилепсија, обољења нервног система, органа за варење, кардиоваскуларног система)...

Затим ће се слушаоци упознати са класичним, али и новим лековима који се користе у терапији.

Главни део састанка биће посвећен упитницима и компјутерским програмима који се користе у постављању дијагнозе алкохолизма:

1. MAST (Мичиген алкохолизам скрининг тест)
2. SADD=Упитник о тежини алкохолне зависности.
3. EADS=Упитник алкохолне зависности.
4. MALT=Минхенски тест алкохолизма.
5. CAGE=Најједноставнији и најпопуларнији тест
6. SKINEROV UPITNIK (INDEKS)
7. SCO-39 (упитник ситуацијског самопоуздања)
8. DMQ-R
9. Obsessive-Compulsive Drinking Scale (OCDS)
10. AUDIT

Од компјутерских програма биће представљен LAT software. Ради се о компјутерском програму заснованом на Lesch-овој типологији алкохолизма, која се данас највише користи, као и о његовој примени у пракси. Презентоваће се резултати добијени анализом 70 пацијената помоћу овог компјутерског програма. Lesch-ова типологија алкохоличара омогућава лекарима лакше и

успешније одређивање терапије (медикаментозне, социо- и психотерапије), која обезбеђује алкохоличарима дужу апстиненцију.

Циљ овог стручног састанка је упознавање са горе наведеним упитницима за дијагностику алкохолизма, као и у њиховој примени у пракси, да би се дијагноза алкохолизма код пацијената што пре поставила, нарочито у примарном здравству.

Број речи: 304

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

1. Doggrell SA. WHICH TREATMENT FOR ALCOHOL DEPENDENCE: NALTREXONE, ACAMPROSATE AND/OR BEHAVIOURAL INTERVENTION? *Expert Opin Pharmacother.* 2006 Oct;7(15):2169-73.
2. Lesch OM, Kefer J, Lentner S. DIAGNOSIS OF CHRONIC ALCOHOLISM -CLASSIFICATORY PROBLEMS. *Psychopathology* (23), 2, 88-96, 1990
3. Lesch OM, Walter H. SUBTYPES OF ALCOHOLISM AND THEIR ROLE IN THERAPY. *Alcohol Alcohol* 1996; 31, Suppl 1: 63-67.
4. Mezquita L. at al. DRINKING MOTIVES IN CLINICAL AND GENERAL POPULATIONS. *Eur Addict Res* 2011;17:250–261
5. Moak DH at al. FURTHER VALIDATION OF THE OBSESSIVE-COMPULSIVE DRINKING SCALE (OCDS): RELATIONSHIP TO ALCOHOLISM SEVERITY. 1998, Vol. 7, No. 1, Pages 14-23

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Екипността - съвременното поведение на професионалистите по здравни грижи
Доктор по клинична психологија Силвия Цветкова, Факултет „Обществено здраве”, Медицински универзитет - Плевен

Резюме: Актуалноста на темата на настоящетоа изследване произтича от важно то значење на екипниот пристап во сферата на здравеопазувањето, кое то е важна част од социалната система на општеството. Тъј како системота за предоставяне на здравни грижи става все по-интегрирана, то условјата за работа во екип придобиват нарастващо значење. Работата во екип остварува во нај-голема степен био-психо-социалниот модел во здравеопазувањата дејност. За да остварува квалитетно професионалните си задолженија, здравниот специјалист треба да развије умения за работа во екип, а именито: умения за општување, за взимане на решенија, умения за сьтрудничество, за споделяне на идеи, открити взаимоотношенија и взаимна подкрепа и др. Доброто взаимодействие и сьтрудничество междо отделните специјалисти и звена во мултидисциплинарниот екип подобрува ефективността при исполнување на задачите, повишава професионално удовлетворение на членовете на екипата и чувството за сьвзраност со сьвратата група.

Въведение: Здравеопазувањето е важна част од социалната система на општеството и како колективна дејност во неговото ръководство по принцип е заложено екипното начало.

Во научната литература са известни различни дефиниции на понятието “екип”. Често цитирано е определението на Каценбах и Смит. Те дефинираат екипата како „малка група од хора со допълващи се умения, които са обвързани со опщо намерение, работни цели и пристап, за които те са взаимно отговорни” Екипът е дефиниран чрез неговите основни карактеристики од редица автори (Кандула, Бърнс, Брадли, Уейнър и други). Кандула определя екипата како група од хора, които си сьтрудничат чрез специфичните си умения за постигане на опщи цели по нај-ефикасниот начин [8; 115]. Бърнс, Брадли и Уейнър дефинираат екипата како група, която има цел, структура, специфични процеси и лидерство [6; 125]. По-различна концепција за екипата представяат Харизанова, Обер, Коен и Бейли. Тези автори разглеждат екипата како опщност, която се формира на основата на ценности. Коен и Бейли определят екипата како набор од индивиди, които са взаимно зависими во својата дејност, споделят ценности и отговорности за резултати, управљават техните взаимоотношенија и които се самоопределят, както и се възприемат од външните субекти, како малка социална опщност [7; 240]. Обер карактеризира екипата по следниот начин [5; 248]: 1) Членовете на екипата треба да бьдат обединени од опща цел; 2) Структурата на ролите и статусата треба да посочват тяхната професионална диференциација; 3) Членовете на екипата се подчиняват на възприетите од тях норми на поведение; 4) Сплотеността на членовете показва степената на сьвпадение на мненија, оценки и позиции по отношение на обекти и проблеми, нај-значими за тях ; 5) Колективна отговорност на членовете на екипата.

Създаването на екип е сложен процес, опче повеќе во една динамична среда, во която здравната грижа е непрекъснат процес. Изисква не само време, но и правилни пристапи към служителите, чрез които те да остварат припадљеността си към екипата (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., 2001
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., 2013
4. Цветкова, С., Психология на управлението, Пл., 2014
5. Aubert, N. et etc. Management. PUF, Paris, 1991

Секција инструментара и сестара у анестезији

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

ИНТУБАЦИЈА

Струковни медицински техничар специјалиста Слијепчевић Петар, Дом здравља Алексинац

ИНТУБАЦИЈА

Мануелна вештина успостављања дисајног пута у анестезији, реанимацији и интрузивној терапији. Индикације за интубацију код оперативних захвата, код потребе за контролисања интрапулмоналног притиска, код операција у абдомену и грудном кошу интубација се такође изводи ради спречавања регургитације и аспирације повраћеног садржаја у дисајне путеве да би се обезбедио дисајни пут код унесрећених без свести, да олакша реанимацију код респираторног и кардиогеног ареста .

Да би се извела интубација неопходан је прибор за интубацију; ларингоскоп, ендотрахеални или насо трахеални тубус ,увођач и материјал за фиксацију тубуса.Интубација се изводи тако што се шпатула ларингоскопа уводи десном страном уста и језик се помера у лево и врх шпатуле се подвлачи под врх епиглотиса и благо подизањ ларингоскопа на горе и напредизложи се ларингс кад се уради скопија гласница тад се пласира ендотрахеални тубус тад се провери вентилације грудног коша , надува каф и и започиње се вештачка вентилација. Тешка интубација када није могуће било који деогласница при класичној ларингоскопији и то код конгениталних и стечених аномалија, код реуматоидног артритиса , код патолошке гојазности, код трудноће и код политраума где су захваћени регија уста , врата и дисајних путева.

Број речи: 226

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

1. Анестезиологија и реаниматологија П Лалевић Београд 1978 издање
2. Б,Јовановић З Марковић Љ Мирчић М Пејаквелики фактори за процену степена и тежине шокаВојно санитетски преглед, 48:2, 142 - 145,1991.
3. Јовановић Ц Дуњић ЈС Јанкуловски Војно санитетски преглед , 1969; 26:10,487 - 491.
4. Калстром Г Олеруд С Критикал евалуацион тратменталтернативесклин ортхоп(Kalstrom G, Olerud S.: Critical evaluation of treatment altrnatives. Clin.Orthop, 1974; 105:82-115.)
5. Мелис Ц Сотгиу Ф,ЛепориМ. Гвидо П. Стање шока (Melis C, Sotgiu F, Lepori M, Guido P.:stanje šoka. J. Bone and JointSurg. 1981.63(8), 1310-1318.)

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ (максимално 500 речи)

Опиофобија проблем или не?

Специјалиста анестезиологије са реаниматологијом др Небојша Стевановић,
Клинички центар Крагујевац

Све је већи број оболелих од малигнух болести, како у свету тако и у Србији, тај број у Србији се креће око 30 000 новооболелих сваке године. Скоро 90% њих у одмаклој фази трпи бол. Многи су разлози због којих пацијенти у Србији трпе болове и умиру недостојанствено. То су непросвећеност пацијената, лоша економска ситуација, лоше организована здравствена служба, неинформисаност али можда и највећи проблем је постојање опиофобије како код здравствених радника тако и код пацијената и породица оболелих.

Опиоиди су основни и незамањиви лекови за отклањање умереног и јаког канцерског бола(1,2).

Опиофобија је прекомерна забринутост за последице употребе опиоида у медицини (3,4). То је страх од употребе опијата, на првом месту Морфина, у лечењу канцерског бола а све због развоја зависности, толеранције као и нежељених дејства опијата а највише депресије дисања. Ризик од употребе опиоида се врло често процењује као превелик у односу на корист од њих. Избегавање терапије опиоидима је једна од највећих баријера за успешно лечење канцерског бола(5,6)

Према спроведеним испитивањима здравствене раднике најчешће брине:

- рестриктивни прописи у прописивању опиоида,
- развој зависности,
- депресија дисања,
- толеранција,
- друга нежељена дејства опиоида.(7,8,9,10,1)

Пацијенти највише плаши:

- зависност,
- нежељена дејства,
- толеранција,
- примена опиоида указује на терминалну фазу болести.

Потребни су велики напори као и улагања у образовање како здравствених радника тако и пацијената ради превазилажења страха од опиоидних аналгетика. Као и већа и законом предвиђена слобода у прописивању опиоида у терапији како канцерског тако и других хроничних болова.

Број речи: 228

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

1. NICE clinical guideline, 2012. Opioids in palliative care: safe and effective prescribing of strong opioids for pain in palliative care in adults (guidance.nice.org.uk/cg140)
2. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence based recommendations from EAPC. *Lancet Oncol.* 2012; 13:e58-8
3. National Cancer Center Network (NCCN), Adult Cancer Pain: NCCN practice guidelines. 2013:v.2 2013
4. Bosnjak S, Susnjar S, Dimitrijevic J. Barriers Relating To Knowledge And Attitudes About Opioids Among Healthcare Professionals In Serbia. *Support care Cancer* (2010) 18(Suppl 3):S 144
5. Bošnjak S, Šušnjar S, Dimitrijević J. Opiofobija: šta brine zdravstvene radnike. *Colorgafx*, Beograd, 2009

Пнеумофтизиолошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Нерационалности у лечењу значајно повећавају укупан износ трошкова лечења ванболничке пнеумоније

Специјалиста интерне медицине др Војислав Ћупурдија, Клинички центар Крагујевац - Клиника за пулмологију

Иван Аћимовић,

У земљама централне и источне Европе значајна средства из лимитираних фондова здравственог осигурања се издвајају за лечење инфекција респираторног тракта, посебно пнеумонија. Подаци из САД и ЕУ указују на велику разлику у износу трошкова лечења ове болести у болничким и амбулантним условима, који могу бити и до 51 пут већи код пацијената лечених у болници у односу на пацијенте лечене амбулантно. Стога се велики напори улажу у развијање стратегија редуције и рационализације ових трошкова. Циљ овог фармакоекономског истраживања је био да утврди износ трошкова лечења ове болести у болничким условима, у КЦ Крагујевац и да истражи детерминанте које у највећој мери утичу на износ тих трошкова, као и евентуалне нерационалности у лечењу.

Сprovedено је проспективно истраживање трошкова, уз процену тежине болести и ризика од mortalитета код пацијената на пријему на болничко лечење употребом индекса тежине пнеумоније (Pneumonia Severity Index - PSI) i CURB-65 скале. Узорак је обухватао 100 пацијената, лечених у Клиници за пулмологију КЦ Крагујевац.

Директни медицински трошкови по пацијенту леченом од ванболничке пнеумоније, изражени у еврима, износили су 696 ± 531 . Највећи утицај на укупан износ трошкова је имала дужина хоспитализације. Иницијална процена тежине болести није била у корелацији са висином трошкова лечења.

Ова чињеница проистиче из нерационалности у лечењу, пре свега због непотребних пријема на болничко лечење пацијената који би могли бити лечени амбулантно, као и због дугог трајања хоспитализације и прекомерне употребе антибиотика. Креатори здравствене политике морају уложити додатне напоре у едукацију лекара и здравственог особља у погледу рационализације трошкова лечења и у увођење економски и медицински ефикасних стратегија лечења болесника.

Кључне речи: Пнеумонија; Трошкови лечења; Хоспитализација; Индекс тежине болести.

Број речи: 273

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

1. American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171:388–416.
2. Tablan OC, Anderson LJ, Besser R, Bridges C, Hajjeh R; CDC; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guidelines for preventing health-care—associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR Recomm Rep* 2004; 53(RR-3):1–36.
3. Klevens RM, Edwards JR, Richards CL Jr, et al. Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002. *Public Health Rep* 2007; 122:160–166.
4. Krüger S, Ewig S, Papassotiriou J, et al; CAPNETZ Study Group. Inflammatory parameters predict etiologic patterns but do not allow for individual prediction of etiology in patients with CAP: results from the German competence network CAPNETZ. *Respir Res* 2009; 10:65.
5. Ibrahim EH, Sherman G, Ward S, Fraser VJ, Kollef MH. The influence of inadequate antimicrobial treatment of bloodstream infections on patient outcomes in the ICU setting. *Chest* 2000; 118:146–155.

Друштво лабораторијских технолога и техничара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Управљање медицинским отпадом

Струковни санитарно-еколошки инжењер, спец. Летица Јосић , Завод за јавно здравље Пожаревац

Биљана Марјановић, Драган М Угринов,

Отпад чини сваки материјал или предмет који настаје у току обављања производне, услужне или друге делатности, предмети искључењи из употребе, као и отпадне материје које настају у потрошњи и које са аспекта произвођача, тј. потрошача нису за даље коришћење и морају да се одбаце. Отпад који настаје у медицинским установама (приватним и државним) у установама за обављање медицинских процедура дијагностике, лечења или истраживачког рада дефинише се као медицински или биохазардни отпад. Овим едукативним излагањем почетници биће информисани о количини отпада које настаје у здравственим установама као и врсти отпада, акцентовање на опасан медицински отпад који настаје у здравственим установама и чини 10-25% од укупне количине настаог отпада. Овом врстом едукације полазницима стављамо акценат значаја ове врсте отпада који може штетно утицати на здравље запослених, на здравље пацијената и посетилаца здравствених установама као и на животну средину. Неправилним управљањем (разврставање, сакупљање, транспорт, складиштење отпада, третман медицинског отпада, трајно одлагање) постоји професионална експозиција изложености запослених како од повређивања (оштрим предметима) неправилним управљањем медицинским отпадом тако и ризик од повређивања свих учесника у управљању медицинским отпадом на самом месту настанка отпада као и у другим фазама управљања отпадом тако и од неправилног одлагања и складиштења амбалаже средстава која се користе у дијагностичке или терапеутске сврхе. Полазници биће упознати са основном поделом отпада по месту настанка и по пореклу отпада. Управљање отпадом код нас је регулисано законским регулативама и то Законом о управљању отпадом (Сл.гласник РС 36/09) и Правилником о управљању медицинским отпадом (Сл.гласник РС 78/10), полазници биће упознати са основним начелима ових законских регулатива. Поред основне поделе отпада полазници ће бити упознати са врстама медицинског отпада и класификацијом отпада према Европском Каталогу отпада. Количина и врсте отпада које могу настати у здравственим установама и применом знања и вештина за смањење медицинског отпада, разврставање медицинског отпада на месту настанка, прикупљање и складиштење отпада као и транспорт отпада унутар здравствене установе и до места за третмане отпада, прерада отпада и коначно одлагања. Упознавање полазника са вођењем неопходне документације о току управљања отпада од места настанка до крајњег складиштења отпада након третмана. Основни циљ едукације је упознавање полазника са професионалним ризицима и изложености при управљању медицинског отпада као и стицање основног знања и проширења свести и одговорности запослених о значају примене законских регулатива и применом стечено знања при управљању медицинског отпада. Упознавање са могућим опасностима и повредама које могу настати код лица која су укључена при управљању медицинским отпадом и значајем коришћења личне заштитне опреме у циљу смањења ризика за настанак акцидентних ситуација.

Број речи: 412

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

1. Одрживо управљање медицинским отпадом (основна литература за решавање теста
2. Безбедно управљање медицинским отпадом, Министарство здравља РС, Београд, 2008
3. Бера,М.: Одрживо управљање медицинским отпадом, НИС Нафтагас, Пословна политика, Нови Сад, 2007
4. Procedures for regulated medical waste removal, Cornell University, EH&S, RMW Procedures, 2008
5. Угринов Д., Стојанов А.: Одрживо управљање медицинским отпадом, Заштита материјала,(2011), бр.52 (1), стр. 55-60
6. Угринов Д., Стојанов А. Законодавни оквир и надлежности у области управљања медицинским отпадом. Заштита материјала.2013;54(2):стр.193-203
7. Препоруке за стерилизацију инфективног отпада , Приручници за управљање МО, Публикација 13/002, април 2013.год.
8. Правилник о управљању медицинским отпадом, Сл.гласник РС 78/10

Интернистичка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Метода за постављање дијагнозе синкопе нејасног узрока-Loop Recorder доктор медицине др Предраг Цветковић, Клинички центар Ниш

Имплатибилни loop рекордер (ILR) представља метод у кардиологији за дијагностификовање синкопа неразјашњеног порекла, овај метод је у новије време све више прихватљив и у нашој земљи. Имплатибилни loop рекордер је дијагностички апарат који се хируршким путем имплантира испод коже грудног коша, апарат који нема ендовенско увођење електрода већ су електроде на кућишту апарата причвршћене са периодом снимања до 14 месеци. Поновљене синкопе нејасног порекла представљају значајан проблем како код нас тако и у свету, у САД годишње се региструју нових милион болесника.(1,2). После примене доскорашњих дијагностичких метода око 35% синкопа су остале неразјашњене. Болесници са синкопама немогу да обављају одређене врсте послова (вожња аутомобила, мотора..). (3)

Код болесника са синкопама неразјашњеног порекла, али када се сумња на њихову кардиолошку етиологију неопходан је следећи дијагностички методолошки приступ: стандардни 12-канални ЕКГ мониторинг, континуирани ЕКГ холтер мониторинг од 24 до 168 часова и провокативни тзв. Head-up tilt тест. Код неких болесника поред горе наведених метода неопходна је и додатна неинвазивна обрада: ехокардиографски преглед, тест физичког оптерећења док је код неких неопходна и инвазивна обрада, катетеризација срца. Узевши у обзир непредвидиву природу синкопа, конвенционалним методама континуираним ЕКГ мониторингом показало се да има малу дијагностичку вредност и без обзира на понављање у више наврата (4,5). Према неким резултатима истраживања оваквом методом регистрована је синкопа у 1,6% испитаника, док је несвестица регистрована код 14,5% испитаника (1,7). Тилт тестови и електрофизиолошка испитивања представљају покушај провоцирања симптома у контролисаним условима на основу којих се може претпоставити узрок њиховог настанка, они могу да дају негативне резултате без обзира на поновљене симптоме.

Циљ овог рада је да се опише метод за детекцију кардијалних синкопа уз помоћ имплатибилног loop рекордера

Кључне речи: имплатибилни loop рекордер, кардијална синкопа

Закључак

Имплатибилни loop recorder је важно средство у кардиологији у постављању дијагнозе код болесника са синкопама нејасног порекла у односу стандардним конвенционалним методама тиме што има продужени мониторинг а самим тим и успостављање коралације између симптома и у то време забележеног срчаног ритма.

Број речи: 337

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

1. Krahn AD, Yee R, Klein GJ, Skanes AC, Syncope: Experience with the implantible loop recorder. ACC Current Journal Review 1999; 8 (1): 80-4.
2. National Disease and Therapeutic Index on Syncope and Collapse ICD-9-CM 780.2 IMS America; 1997
3. Kapoor W. Evaluation and outcome of patients with syncope. Medicine 1990; 69(3):160-75
4. Bjelakovic Lj, Sokolovic D, Stojanovic M, Bjelakovic B, Pejicic Lj, Djindjic B,. Intermittent antiarrhythmic therapy of atrioventricular nodal reentry tachycardia in children. Acta medica Medianae 2008; 47(2):25-7
5. Kostic T, Perisic Z, Milic D, Martinovic S, Živkovic M, Božinov N, Mitov V. Todorovic L, Krstic N. Implantible Loop recorder in diagnosis of unexplained syncope. Acta Medica Medianae 2009; 48(1): 12-14
6. Sarasin PF, Pruvot E, Louis-Simonet M, Hugli WO, Sztajzer MJ, Schlapfer J et al. Stepwise evaluation of syncope: A prospective population-based controlled study. Int J Cardiol 2008; 127(1): 103-11
7. Krahn AD, Yee R, Klein GJ, Skanes AC. Randomized assessment of syncope trial: conventional diagnostic testing versus a prolonged monitoring strategy circulation 2001; 104(1): 46-56

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Проблеми соматизације у психотерапији младих пацијената

Прим. др Иван Илић, Клинички Центар Србије

Присуство соматских сметњи код младих пацијената који се јављају психијатрији/психотерапеуту је прилично чест феномен, било да је реч о коморбидитету или неком облику узрочно-последичне везе. Неки од ових пацијената имају јасно дијагностиковане соматске симптоме или поремећаје док је код већине присутна недовољно јасно структурирана телесна симтоматологија, из разних домена органских система. Ови пацијенти најчешће се јављају предходно лекару специјалисти из других области медицине (пре свега интерне медицине) и тек након виšekратних прегледа бивају упућени психијатру или психотерапеуту. Највећи број ових пацијената, на основу резултата прегледа и анализа, не задовољава критеријуме за постављање јасне соматске дијагнозе али постоје и такви који су већ развили функционални или патоанатомски психосоматски поремећај.

У раду покушавамо да установимо везу између развојне ситуације и психолошке проблематике младог пацијента и соматских тегоба и стања која испољавају. Сагледана је референтна динамика развојног процеса која упливише јављање соматских тегоба као и специфични проблеми који се јављају у психотерапијском раду са овим пацијентима, што је поткрепљено приказом два илустративна клиничка случаја.

У закључку је посебно акцентована сарадња специјалиста соматске медицине и психијатра/психотерапеута као кључни императив од пресудног значаја у третману ових пацијената.

Број речи: 177

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

1. Ivan Ilić, Nadja Marić, Biljana Šaula-Marojević i sar... : Intenziviran eksplorativni rad sa mladima - mogućnost rane detekcije psihoza, Engrami 2010.god, Vol 32. No.4
2. Ivan Ilić, Živorad Kastratović, Biljana Šaula Marojević: Eksplorativni i terapijski rad sa mladim suicidalnim pacijentom, Engrami 2004. vol.26, no.3-4
3. Ivan Ilić: Kontratransfer u inicijalnoj fazi psihoterapije adolescenta, Engrami 2005. vol.27, no.1-2
4. Ivan Ilić: Akademska inhibicija i kriza finalizacije kod mladih, Engrami 2005. vol.27, no.1-2
5. Ivan Ilić, Boris Jojić : Racionalno u psihoanalitičkoj psihoterapiji, Engrami 2006.god. Vo.28. No.3-4

Секција ургентне медицине

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Нови тријажни алгоритам за медицинске сестре-здравствене техничаре у масовним несрећама asav

Специјалиста ургентне медицине др Душан Гостовић, Завод за хитну медицинску помоћ Ниш

Иван Штибрић,

Морталитет у масовним несрећама је и даље већи него у појединачној трауми. Тријажа и тријажни алгоритми су од великог значаја у збрињавању повређених /оболелих. Тријажни алгоритми омогућавају стандардизован преглед и разврставање повређених/оболелих у приоритетне категорије. До сада ниједан од постојећих, широко прихваћених алгоритама није показао изражену предност у односу на друге.

ASAV (Amberg-Schwandorf-Algorithmus für die Vorsichtung), Амбер- Швандов алгоритам за примарну тријажу је нови алгоритам, који је у себи сјединио све позитивне особине претходних алгоритама модификовани START (Start Triage and Rapid Treatment) и SALT (Sort Asses Life Treatment).

ASAV разврстава повређене оболеле у једну од четири категорије. Црну (мртви/ погинули), црвену (неодложан третман и транспорт), жуту (одложен третман и транспорт) и зелену (мање повреде и лакша оболења). ASAV припада групи СДЦ алгоритама, тестира виталне знакове за свест, дисање и циркулацију а поред тога усмерава и на спровођење третман за заустављање видљивог обилног спољашњег крвавлјења.

Као и његови претходници ASAV у првом кораку разврстава повређене/оболеле на покретне и непокретне. Покретни се обележавају зеленом бојом. У даљем току одбацује оне са повредама које су инкомпатибилне са животом (обележавају се црном бојом). Следећи корак је тестирање и тражење повређених /оболелих са поремећајем у дисању (обструирани дисајни путеви, апнеја, брадипнеја, диспнеја, тахипнеја и цијаноза), ако их има сврставају се у црвену категорију. Затим се тестира циркулација (пипањем радијалног пулса), ако се он не пипа повређени/ оболели се сврстава у црвену категорију а ако постоји у категорију жутих.. Упоредо са тим се трага за спољашним обилним видљивим крварењем и ако се оно не може зауставити сврстава се у црвену категорију. Свест се тестира на тај начин што се тражи од повређеног/оболелог да извршава просте налоге, уколико то може сврстава се у категорију жутих а ако не извршава налоге у категорију црвених.

ASAV је лак за учење, брзо се памти и није временски захтеван зато што је избачено квантитативно одређивање дисања и циркулације (нема бројања респираторне фреквенце, срчане фреквенце и мерења систолног притиска).

У експерименталној студији ASAV је показао исту поузданост као и његови алгоритми претходници али је за разлику од њих захтевао мање времена за рад по једном повређеном/оболелом.

Број речи: 335

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

1. Wolf P, Bigalke M, Graf B M, Birkholz T and Dittmar M S. Evaluation of a novel algorithm for primary mass casualty triage by paramedics in a physician manned EMS system: a dummy based trial. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2014; 22:50 - 60.
2. Arshad FH, Williams A, Asaeda G, Isaacs D, Kaufman B, Ben-Eli D et al. A Modified Simple Triage and Rapid Treatment Algorithm from the New York City (USA) Fire Department. *Prehosp Disaster Med.* 2015 Apr;30(2):199-204.
3. Lerner EB, McKee CH, Cady CE, Cone DC, Colella MR, Cooper A, et al. A Consensus-based Gold Standard for the Evaluation of Mass Casualty Triage Systems. *Prehosp Emerg Care.* 2015;19(2):267-71.
4. Culley JM, Svendsen E. A review of the literature on the validity of mass casualty triage systems with a focus on chemical exposures. *Am J Disaster Med.* 2014 Spring;9(2):137-50.
5. Cross KP, Cicero MX. Head-to-head comparison of disaster triage methods in pediatric, adult, and geriatric patients. *Ann Emerg Med.* 2013 Jun;61(6):668-676.

Друштво дијететичара – нутрициониста

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

m-Здравство као компонента е-здравство у области исхране и велнеса
Наставник практичне наставе Бранка Родић Трмчић, Виска здравствена школа
струковних студија у Београду

Данас је готово незамисливо пословање, односно пружање квалитетних здравствених информација и услуга и размена информација и услуга и размена информација између субјекта у здравству без савремених информационо-комуникационих технологија и веза. Примена савремених информационо-комуникационих технологија, рачунских или крајњих система, рачунске мреже и на њима заснованих система, данас представљају детерминанту ефикасности и успешности пословања у здравству.

Електронско здравство или е-здравство је настало као подручје где се укршта медицинска информатика, јавно здравље и процеси који се тичу пружања здравствених услуга и информација које се генеришу и преносе преко Интернета и припадајућих технологија. Е-здравство не чини само технички тазвој, већ и промењен начин размишљања, позитивне навике, повезивање и побољшање квалитета услуга на свим нивоима здравствене заштите.

Појам m-здравство (енг. mHealth) је проистекло из појма е-Здравство, односно чини један његов сегмент и према дефиницији СЗО, користи се код пружања здравствених и медицинских услуга и у јавном здрављу, а уз подршку модилних уређаја. Путем мобилних апликација, сензора, медицинских уређаја и удаљене дијагностике, отварају се бројни путеви преко којих могу да се пруже услуге или спроведу превентивни програми из области исхране, велнеса и других области здравства, а све у циљу унапређења здравља.

Број речи: 188

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

1. Klemetti R, Sevón T, Gissler M, Hemminki E. Health of children born as a result of in vitro fertilization. *Pediatrics*. 2006;118(5):1819-27.
2. Koivurova S1, Hartikainen AL, Gissler M, Hemminki E, Sovio U, Järvelin MR. Neonatal outcome and congenital malformations in children born after in-vitro fertilization. *Hum Reprod*. 2002;17(5):1391-8.

3. Petrović B, Ljubić A, Nikolić L. Chromosomal aberrations as etiological factors of intrauterine growth retardation. *Vojnosanit Pregl.* 2008;65(3):195-8. Sullivan EA, Chapman MG, Wang YA, Adamson GD. Population-based study of cesarean section after in vitro fertilization in Australia. *Birth.* 2010;37(3):184-91.
4. Nikolić T, Janković B. Bakterijska neonatalna sepsa i meningitis. In: Vodič za osnovno i specijalizovano zbrinjavanje novorođenčeta. Ed: Janković. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta. 2011:185-92.
5. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Hypoxic-ischaemic encephalopathy. 2015:1-25.
6. Mulholland J, Mallidis C, Agbaje I, McClure N. Male diabetes mellitus and assisted reproduction treatment outcome. *Reprod Biomed Online.* 2011;22(2):215-9.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Гојазност-епидемиологија, дијагноза и терапија

Интерниста специјалиста исхране здравих и болесних људи Данијела Карамарковић, Специјална болница "Меркур" Врњачка Бања

Гојазност је обољење које се карактерише увећањем масне масе тела у мери која доводи до нарушавања здравља и развоја низа компликација (1) Усвајајући ову дефиницију као општеприхваћену, СЗО јасно је истакла разлику гојазности од других обољења која прати увећање телесне масе, с обзиром да увећањем масне масе долази до развоја читавог низа компликација.

У одраслих особа, гојазност је дефинисана као $\text{БМИ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$ (2). Међутим у извесним стањима БМИ има одређена ограничења, односно неприхватљив је код деце у фази раста и развоја, код трудница и доиља, као и код особа код којих постоји развијена мускулатура (билдер, атлете ...), као и код особа са деформитетом кичме (сколиоза, кифоза ...) где се висина не може тачно измерити.

Абдоминална гојазност удружена је са метаболичким и кардиоваскуларним болестима, а може се проценити мерењем обима струка. (3,4) Она говори о дистрибуцији масног ткива, тј. Величини интраабминалног масног ткива одговорног за појаву инсулинске резистенције и пре свега метаболичких компликација. Жене са обимом струка > 80 цм имају повећан ризик а > 88 цм јако повећан ризик од компликација на кардиоваскуларном систему; мушкарци са обимом струка > 94 цм имају повећан ризик, > 102 цм јако повећан ризик од компликација на кардиоваскуларном систему.

Особе које имају БМИ преко 40.0 кг/м^2 не морају да мере обим струка јер је њихов здравствени ризик већ екстремно висок (5).

Типови гојазности: АНДРОИДНИ ТИП, централни или висцеларни тип гојазности карактерише се депоновањем масног ткива у пределу раменог појаса и горњег дела трбуха. Ове особе без обзира на пол имају повећан ризик за развој инсулинске резистенције, убрзане атеросклерозе, кардиоваскуларних болести, хипертензије, хиперлиппротеинемие, типа 2 шећерне болести и некужих облика малигнитета

ГИНОИДНИ ТИП гојазности, периферни или субкутани тип гојазности, карактерише се накупљањем масног ткива углавном поткожно, претежно у карлично појасу, бутинама, бедрима и глутеалном пределу Ови пацијенти су склони појави механичких компликација у виду отежаног кретања, инсуфицијенције периферне циркулације и респираторне инсуфицијенције. И овај тип гојазности може бити присутан у оба пола.

Последњих година, нарочито у индустријски високо развијеним земљама гојазност показује

тенденцију сталног пораста, у неким подручјима је до 20-40%, а у неким и преко 50% одраслог становништва. Сматра се да ако тенденција раста броја гојазних настави темпом као до сада, у САД 2230 године биће 100% гојазног становништва. (5,6)

У нашој земљи гојазност поприма карактеристике масовне метаболичке болести с озбиљним реперкусијама на опште здравствено стање.

По последњим истраживањима које је објавио ИЗЗО из 2000 год., епидемиолошки подаци за нашу земљу су следећи: Више од половине одраслог становништва Србије (54%) има проблема прекомерне ухрањености (предгојазност и гојазност), при чему је 36,7% одраслих предгојазно, док је 17,3% гојазно. Највећу укупну преваленцу (предгојазност+гојазност) има Војводина (58,5%).

Просечна вредност БМИ у популацији одраслог становништва Србије је $26 \pm 4,74$ кг/м².

Због оваквог пораста гојазности потребно је активно учествовати у превенцији гојазности а самим тим превенирамо друге хроничне болести које су последице исте. У превенцији гојазности промена животних навика је најуспешнија метода за смањење инциденце дијабетеса, хипертензије, дислипедија и др.хроничних незаразних болести. Лечење гојазности је комплексно и обухвата:

-правилну исхрану по индивидуалном принципу тј. медицинска нутритивна терапија по типу прилагођеног редуccionог режима

-физичка активност,

-медикаментна терапија (медикаменти са: централним деловањем, периферним и централним и периферним дејством) и

-хирушко лечење. То су показале студије које су до сада рађене.

Број речи: 520

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

1. Obesity ,Preventing end managing the global epidemic.Riport ofa WHO, Consultation on Obesity,Geneva 1997;9-12.
2. WHO : Obesity:Preventing and managing the global epidemic.Report of a WHO Technical Report Series 894,Geneva ,2000
3. Janssen I,Katzmarzyk PT,Ross R. Body Mass Index, Waist circumference and Helth Risk. Evidence in support of current National Institutes of health guidelines.Arch Intern Med, 2002;162: 2074-2079.
4. Despres JP,Lemieux I, Prud home D.Treatment of obesity : need to focus on high risk abdominally obese patients.Clinical review. BMJ, 2001;322 24: 716-720.
5. Stokić Edita Gojaznost je bolest koja se leči Monografija , Novi Sad ,2004
6. Must A,Spadano J, Coakley EH. The disease burden associated with overweight and obesity .JAMA 1999; 282: 1523-1529.

Секција кућне неге

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ (максимално 500 речи)

Процена и контрола бола код пацијената на палијативном збрињавању Струковна медицинска сестра Соња Митић, Дом здравља Ниш - служба Кућно лечење и медицинска нега са палијативним збрињавањем

Међународна асоцијација за проучавање бола дефинише бол као непријатељ чулни и емоционалне доживљај, који се повезује са постојећим или могућем оштећењем ткива или се описује речима које одговарају том оштећењу. Често су цитиране речи Алберта Швајцера који каже да је бол „страшнији Господар човечанства него што је и сама смрт“. Када пацијент осећа сталан бол то утиче на све аспекте његовог живота.

У оквиру палијативног збрињавања највећи бол пацијената који осећају хронични бол су онколошки пацијенти. Процењено је да приближно 70-80% онколошких болесника са одмаклом болешћу осећа болове. Ако имамо у виду процену Светске здравствене организације да око 17 милиона људи у свету болује од малигних болести долазимо до података да око 12-13 милиона људи пати од хроничног канцерског бола. Треба имати у виду да и многи други пацијенти који болују од других хроничних болести такође осећају хронични бол.

Сестрински приступ пацијенту који је на палијативном збрињавању и који трпи бол треба да буде обележен највећом отвореношћу и искреношћу. Ово треба да буду доминирајуће особине и када се бирају средства и начин лечења болова. Брига и пажња које сестра пружа пацијенту, нису одлучујући медикамент у процесу лечења, али они постичу његово поверење према читавом лечењу и самим тим дају ненадане позитивне ефекте.

Број речи: 205

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

1. Backonja M (2003) .Defining neuropatic pain. Anesthesia&Anglesija,97(3), 785-90
2. Вошњак S.et al (2007) Farmakoterapija kancerskog bola; Akademija medicinskih nauka Srpskog lekarskog društva . Beograd
3. Dean M, Harris J and Regnar C (2011).Symptom Relief in Palliative Care. Milton Keynes: Redcliffe Publishing
4. Dicman A (2010). Drugs in Palliative Care.Oxford: Oxford University press
5. Doyle D et al.(2007).Oxford Textbookof Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press

Секција бабица и гинеколошко - акушерских сестара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ (максимално 500 речи)

Насиље над женама

специјалиста гинекологије и акушерства др Моника Матејић, Дом здравља Ниш

У свакодневној клиничкој пракси, поред пружања лекарске помоћи жртвама, неопходно је објективно и адекватно документовање телесних повреда на начин који ће обезбедити највећу могућу употребљивост ових медицинских докумената као доказног средства у судском поступку.

Лекари у својим извештајима описују само оне повреде које захтевају медицинско збрињавање. То су тешке телесне повреде. Остале спољашње повреде које не захтевају збрињавање најчешће не буду регистроване или се наведу збирно без описа. Ове лаке спољашње повреде због своје локализације и изгледа могу да буду веома значајан доказ насиља и начина његовог извршења.

- У склопу насиља над женама могу се појавити разноврсне повреде, како по врсти и изгледу тако и по тежини. Најчешће су механичке повреде, али се неретко срећу и физичке и асфиктичке повреде.
- Механичке повреде најчешће су нанесене тупим механичким оруђем (шака, стопало, колена), предметима (каиш, металне и дрвене шипке итд.)
- Спољашње повреде настале тупином механичког оружја су крвни подливи, огуљотине, нагњечења и раздерине коже и слузокоже.
- Неретко се могу констатовати и уједи и термичке повреде тј. опекотине нанесене упаљеном цигаретом.

Насиље над женама је значајан јавно-здравствени проблем. Препознато је такође и као значајан фактор који доприноси не смртним и смртним последицама по здравље и дуготрајним психо-социјалним последицама по жену, децу и породицу.

Здравствени радници/це треба да буду свесни своје одговорности у пружању помоћи женама са искуством насиља,

У склопу повећања свести о нултој Толеранцији насиља, препоручује се истицање тематских постера на видљиво место у здравственим установама (чекаонице, ходници и слично). Памфлети у различитим форматима, едукативни материјал, и адресе и телефони ресурса у заједници за пружање помоћи, су предуслов за успешну примену Протокола. Они треба да буду доступни у свим ординацијама.

Не бележење, односно недокументовање повреда лекари грубо крше права пацијента и тиме се

нехотично стављају на страну злостављача.

Број речи: 276

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

1. Moise J, Laor A, Armon Y, Gur I, Gale R. The outcome of twin pregnancies after IVF. *Hum Reprod.* 1998;13(6):1702-5.
2. Kim HA, Kim MJ. Perinatal outcomes of preterm twins <34 weeks after IVF pregnancies versus natural conception: same oral feeding tolerance? *J Korean Soc Neonatal.* 2012; 19(2):84-90.
3. Sweet DG, Carnielli V, Greisen G, et al. European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infant -2013 update. *Neonatology.* 2013;103:353-68.
4. Jackson RA, Gibson KA, Wu YW, Croughan MS. Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2004;103(3):551-63.
5. ACOG Committee on Obstetric Practice; ACOG Committee on Gynecologic Practice; ACOG Committee on Genetics. ACOG Committee opinion. No 324. Perinatal risks associated with assisted reproductive technology. *Obstet Gynecol.* 2005. 106(5):1143-6.
6. Dong Y, Yu JL. An overview of morbidity, mortality and long- term outcome of late preterm birth. *Word J Pediatr.* 2011;7(3):199-204.
7. Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, et al. Effect of late- preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. *Pediatrics.* 2008;121(2):223-32.

Педијатријска секција

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

**„Роля и мястона здравните професионалсти в създаването на навици „култура на храненето“, у подрастващите между 3 – 6 години
мед. сестра/ отговарящ за цялостната дейност на Оптика с очен кабинет
Кресемирка Петева-Янева, МБАЛ "Св.Екатерина " ЕООД**

Правилното хранене и възпитание на децата от ранна възраст определя здравето, разтежа и развитието им.

Активната работа с родителите и внавременните здравни грижи и контрол, са преразказ за създаването на трайни хранителни навици у децата. Ролята на здравните професионалсти в изграждането на здравословен модел на хранене е определяща.

От една страна се избягват неблагоприятните последици за здравето, недокхранване, прехранване и небалансирано хранене, а от друга се изграждат здравословно хранително поведниенаречено още „култура на храненето“, която е определяща за бъдещето на всякаличност и най-вече определя здравият статус през целия живот.

Број речи: 42

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

1. Н. Василева, К. Богданова. 2014. Здравни потребности - същност, фактори, задачи и приоритети. Тридесет и четвѐрта научно-технолошка сесия – Софија.;Интердисциплинната идеја в действие;. Стр. 104-110.
2. Д. Благоева, П. Кантарева, С. Георгиева. 2014. Ролята на медицинската сестра в профилактиката на остеопорозата, Трета научна сесия на медицински колеж- Варна. Варненски медицински форум. Том 3, приложение 4, стр. 11-15.
3. Д. Благоева, К. Богданова. 2014. Намалена ефективност при комуникацијата с възрастни хора в болнична обстановка. Тридесет и четвѐрта научно-технолошка сесия –Софија. ''Интердисциплинната идеја в действие'';. Стр. 111-115.
4. Вентафрида, В. 1996. Палиативни грижи – нова реалност в медицината. В кн. Въведение е палиативните грижи, Фондација „Борба с рака“, С., стр.3-7

5. Иванов, Евг., Р. Радева. 2015. Квалитетот на здравното обслужвање во отделение медицинска онкологија при МБАЛ „Надежда“ Софија. XXXV Научно-технолошка сесија „Контакт 2015“, 26.06.2015 г. Софија. Изд. Темто. ISSN 1313-9134. Стр. 257-261.
6. Чанева, Г., И. Стамболова. 2003. Квалитет на здравните грижи. Протокол за здравни грижи. В: Управление на здравните грижи под ред. на С. Попова, Филвест, Софија, с. 15-21.
7. Чанева, Г. 2006. Квалитет на сестринските грижи во болницата. Дисертационен труд. Медицински универзитет. Софија. 173 стр.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

**Улога медицинске сестре у спровођењу и организацији редовне вакцинације деце
виша медицинска сестра Александра Стоилковић, Дом здравља Алексинац
Лидија Митровић,**

Вакцинација је намерно уношење у организам мртвих или живих, ослабљених, узročника болести, њихових производа или делова произведених генетским инжињерингом, како би се у људском телу подстакао развој специфичних одбрамбених чинилаца.

Овај начин заштите од болести називамо активном имунизацијом и њоме се постиже дугогодишње специфично одбрамбено памћење. Ревакцинацијом се овако стечена заштита појачава.

Деца немају довољно снажне одбрамбене механизме да би се успешно бранила од тешких заразних болести. Ове болести су некада доводиле до великог оболевања међу децом од којих су нека смртно завршавала или преживљавала са трајним оштећењима здравља. Данас, захваљујући вакцинама, многе од ових болести су сузбијене а неке у потпуности искорењене.

Улога медицинске сестре је:

- Планирање и припрема имунизације, ревизија картотеке..
- Реализација: припрема вакциналног пункта, набавка вакцине, надзор над хладним ланцем, позивање за вакцинацију, спровођење вакцинације, евиденција одлагања медицинског отпада, здравствено васпитни рад.
- Извештаји о спроведеној имунизацији

У 2014 години Дома здравља Алексинац је у служби за здравствену заштиту деце планирао 5000 прегледа и 7500 медикација. Процент спроведене имунизације:

- DTP 120%, ревакцинација 102%
- DT – 80%
- dT – 79%
- HB – код новорођене деце 132%
- HB – у 12 год. 76%
- Hib – 100%
- MMR-100%, ревакцинација 73%

Вакцинацијом се не штити само појединац. Вакцинацијом штитимо и људе око нас јер колективни имунитет штити целу популацију. Вакцинацијом штитимо и будуће генерације.

Број речи: 211

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

1. Правилник о имунизацији и начину заштите лековима 32/2015
2. Препоруке добре праксе за безбедно давање ињекција новембар 2014
3. Национални водич за безбедно управљање медицинским отпадом септембар 2008
4. Водич за прехоспитално збрињавање хитних стања Београд 2013 год.
5. Закон о здравственој заштити становништва од заразних обољења 36/2015

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Утицај асистираних репродукција на морбидитет новорођене деце асистент педијатар- неонатолог Драгана Савић, КЦ Крагујевац

Увод:

Сматра се да сваки 5-ти пар (око 20%) у Србији има проблем са стерилитетом. Када се исцрпе све могућности за спонтано зачеће, приступа се некој од медицински помогнутих метода лечења. Иако се метода дуго користи у свету, истраживања су још увек непотпуна.

Циљ:

Циљ рада је приказати учесталост морбидитета новорођене деце зачете асистираним репродукцијом. Примарни циљ нашег истраживања јесте да у групи новорођенчади зачетих асистираним репродукцијом, прикажемо преваленцу: морбидитета, конгениталних аномалија, исхода порођаја, оптерећеност трудноће болешћу труднице, као и старост трудница у моменту оплодње, почетка и толеранције ентералне исхране и једноплодних и вишеплодних трудноћа.

Материјал и методе:

Ово истраживање је опсервационог карактера по моделу дизајна студије пресека. У истраживању је укључено 64 новорођенчади рођене након *in vitro* fertilizacije (IVF) у петогодишњем периоду, хоспитализованих у неонаталној интензивној нези (НИН). Контролну групу чинило је 64 новорођенчади из спонтаних трудноћа изабраних методом случајног узорка од укупно примљених пацијената. Анализирани су подаци добијени из историје болести као и завршне

дијагнозе пацијената.

Статистика:

Категоријске варијабле приказане су χ^2 тестом, а континуиране варијабле студентовим Т тестом (за варијабле са нормалном расподелом) и Mann Whitney тестом (за остале континуиране варијабле без нормалне расподеле).

Резултати:

Новорођенчад из ИВФ трудноћа су углавном била прворођена (97,3%) или близанци (60,9%). Неонатални морбидитет је везан за превремено рођење што карактерише боравак у НИН, чешћи респираторни дистрес синдром, неонаталне конвулзије и анемије. У групи превремено рођене деце из IVF-а значајније је више било новорођенчади ниске гестационе зрелости и ниске порођајне телесне масе у односу на контролну групу. Хромозомске аберације и интраутерини застој у расту нису забележени, али је морталитет био значајније виши (9,4%) у односу на новорођенчад из спонтаних трудноћа где су сва новорођена деца преживела (морбидитет 0%, $p=0,037$).

Закључак:

Није забележена статистички значајна разлика у структури морбидитета по испитиваним

групама. Морталитет је био сигнификантно виши у IVF групи и повезан је са превременим рођењем. Акутна бубрежна инсуфицијенција је била главни разлог.

Кључне речи:

IVF, новорођенче, морбидитет

Број речи: 334

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

1. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile male: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2012;98(2):294-301.
2. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2012;98(2):302-7.
3. Shiva M, Shiva MR, Mohammadi Yeganeh L. The Survival of a 580 g Infant Conceived by In vitro. *Int J Fertil Steril.* 2011 Jul;5(2):116-8.
4. Narayan S, Rana C, Sharma C, et al. Profile of Live-born Infants of In-vitro Fertilisation. *Med J Armed Forces India.* 2010; 66(1):18-21.
5. Sutcliffe AG1, Ludwig M. Outcome of assisted reproduction. *Lancet.* 2007; 28;370(9584):351-9.
6. Räisänen S, Randell K, Nielsen HS, et al. Socioeconomic status affects the prevalence, but not the perinatal outcomes, of in vitro fertilization pregnancies. *Hum Reprod.* 2013;28(11):3118-25.
7. Moussa HN, Arian SE, Sibai BM. Management of hypertensive disorders in pregnancy. *Womens Health (Lond Engl).* 2014;10(4):385-404.
8. Ombelet W, Campo R. Affordable IVF for developing countries. *Reprod Biomed Online.* 2007;15(3):257-65.
9. Cai L, Izumi S, Koido S, et al. Abnormal placental cord insertion may induce intrauterine growth restriction in IVF-twin pregnancies. *Hum Reprod.* 2006;21(5):1285-90.
10. Mitrović P, Matavulj N, Mladenović-Mihailović A. Porodaj posle asistiranе репродукције. *Materia medica.* 2012;28(4):725-32.
11. Colpin H, Munter AD, Nys K, Vandemeulebroecke L. Parenting stress and psychosocial well-being among parents with twins conceived naturally or by reproductive technology. *Hum Reprod.* 1999;14(12):3133-7.
12. Multiple gestation pregnancy. The ESHRE Capri Workshop Group. *Hum Reprod.* 2000;15(8):1856-64.
13. Pinborg A. IVF/ICSI twin pregnancies: risks and prevention. *Hum Reprod Update.* 2005;11(6):575-93.
14. Aytoz A, Van den Abbeel E, Bonduelle M, et al. Obstetric outcome of pregnancies after the transfer of cryopreserved and fresh embryos obtained by conventional in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Hum Reprod.* 1999;14(10):2619-24.

Дерматовенеролошка са инфектолошком секцијом

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Лечење и нега коже код деце са атопијским дерматитисом

**Редовни професор Проф. др Драган Јовановић, Медицински факултет Ниш,
Клинички центар Ниш**

Соња Паравина,

Атопија је породична хиперреактивност коже и мукозних мембрана према супстанцијама из околине, удружена са појачаном IgE продукцијом и/или измењеном неспецифичном реактивношћу. Атопијски дерматитис је део класичног тријаса атопијских болести. Карактерише се хроничним или хронично рецидивантним, пруритичним, карактеристично распоређеним екземским кожним лезијама варјабилне морфологије.

Атопијски дерматитис је често обољење. У последње три деценије бележи се повећање преваленције за 2-3 пута, вероватно под утицајем фактора околине. Преовлађује у урбаним срединама и свежијим поднебљима. Нешто је чешћи код мушкараца 1,2:1. У највећем броју случајева атопијски дерматитис се јавља у првој години живота, просечно између 6. и 7. месеца, мада може почети још од рођења.

Мноштво фактора учествује у етиологији атопијског дерматитиса а најважнији су генетски фактори и фактори околине (иританси, сензибилизатори, микробни агенси, климатски и психички фактори).

Мада у патогенези атопијског дерматитиса учествују разни поремећаји, укључујући генетску пријемчивост, имунолошку дисрегулацију и физиолошке и фармаколошке абнормалности, вероватно је основни механизам поремећена интеракција имунокомпентентних ћелија.

Клиничка слика зависи од старости болесника па се тако разликују инфантилна фаза (0-2 год.), Фаза детињства (2-12 год.) и фаза адолесценције.

Основни елементи за постављање дијагнозе атопијског дерматитиса подразумевају: Податке о флексуралном дерматитису, појаву болести до друге године живота, осип са сврабом, астму у личној анамнези, суву кожу и видљив флексурални дерматитис.

Ток болести је хроничан или хронично рецидивантан.

Комплексност етиопатогенезе атопијског дерматитиса захтева комплексну терапију, која је ипак у највећој мери симптоматска и уперена против три основна елемента болести: суперинфекције, сувоће коже и свраба. Може бити локална (пре свега кортикостероиди и инхибитори калцинеуринских рецептора, уз редовну примену емолијенаса) и системска (антибиотици, антихистаминици, кетотифен, кортикостероиди, имуномодулатори, хипосензибилизација специфичним алергенима). У фази без активних екземских промена, веома је важна адекватна нега која пре свега подразумева адекватно хидрирање и примену емолијенаса. Такође, у периоду непосредно по смиривању промена, проактивна примена кортикостероида или инхибитора калцинеуринских рецептора може позитивно утицати на дуже трајање периода ремисије и блажи интензитет рецидива.

Број речи: 312

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

1. Larsen FS, Hanifin JM. Epidemiology of atopic dermatitis. Immunol Allergy Clinics NA 2002;22:1-25.
2. Williams HC, Burney PGJ, Hay RJ, et al. The Uk working party's diagnostic criteria for atopic dermatitis I-III. Br J Dermatol 1994;131:383-416.
3. Williams HC, Pembroke AC, Burney PGF, et al. Validation of the UK diagnostic criteria for atopic dermatitis in a population setting. Br. J Dermatol 1996;135:12-17.
4. Kuehr J, Frischer T, Karmaus, et al. Clinical atopy and associated factors in primary school pupils. Allergy 1992;47:65-5.
5. Wahlgren CF. Itch and atopic dermatitis: an overview. J Dermatol 1999;26:770-9.

Друштво санитарно – еколошких инжињера и техничара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ (максимално 500 речи)

ВОДНИ РЕСУРСИ СА АСПЕКТА ОДРЖИВОСТИ

Истраживач-сарадник Драган М Угринов, Завод за јавно здравље Панчево

Обзиром да развој индустријске цивилизације иде узлазном линијом, те се очекује да ће повећање броја становника на Земљи, индустријализацијом, технолошким развојем и напредаком, економским просперитетом, стандардом живљења доћи и до нових еколошких проблема пре свега проблема у снабдевању хигијенски исправном водом за пиће.

Конференцији о водама и околини, одржној у Даблину 1992.год., вода је окарактерисана као „ограничени извор и економско добро“ чијем очувању треба стремити и којим треба управљати на начин да се не угрозе интереси будућих генерација.

Девиза процеса одрживог развоја подразумева девизу- не потрошити све ресурсе већи их користити рационално и оставити и будућим генерацијама у наслеђе. Један од кључних закључака ове Конференције је да је „ одрживост постала основни принцип свих развојних стратегија, посебно у домену развоја водених ресурса“.

Генеза показује да се на институционалном и теоријском плану постепено искристалисао појам одрживи развој, који је дефинисан као интегрални економски, технолошки, социјални и културни развој усклађен са потребама заштите и унапређења животне средине, и који омогућава садашњим и будућим генерацијама. У економској теорији, вредност одређеног добра мери се реткошћу, потребама и корисношћу датог ресурса у овом случају воде.

- Да ли ће моћи на превентивне активности, (спречити загађење, улагати и финансирати чистије технологије), које су наравно и много скупље, или ће моћи куративно лечити већ деградиран природни ресурс. Економски трошкови ће се повећавати, јер не пречићавамо у другом случају само загађивача, већ и деградирану средину која има свој организам и читаву палету био-хемијских интеграција који су међусобно повезани узрочно-последичним везама.

- Каква је економска оправданост прераде сирове воде, од које категорије, којим поступцима ...и наравно по којој цени?

- Да ли је економска цена воде као ресурса (воде за пиће) оправдана, да ли је то оно што становништво жели и може да плати?

- Има ли економске оправданости поделити воду крајње потрошње на воду за пиће, и техничку воду?

- Каква нам је економска поставка прераде отпадних индустријских и комуналних вода ?

Одговоре на ова питања као и многа друга која произлазе из економије вода могуће је направити уз претходну кост-бенефит анализу, уз познавање свих еколошких и економских законитости.

ЗАКЉУЧАК

Проблем воде се може издвојити као најозбиљнији, пошто се преко воде добрим делом преламају проблеми производње хране, енергије и заштите животне средине

Криза воде је изражена у низу видова, али су посебно уочљиви следећи проблеми:

- Увећавају се тешкоће при обезбеђивању потребних количина воде за све врсте коришћења,
- Заостравају се проблеми заштите од штетног деловања вода,
- Повећавају се опасности које прете човеку и његовој околини због загађења вода, деструкције водених екосистема.
- При планирању одрживог развоја кључни принципи у области вода садржани су у следећем :
- Вода је предуслов за опстанак свих живих бића на Земљи,
- Вода је незаменљив(обновљив) ресурс који служи у свим процесима као сировина и/или као средство за рад. У том контексту она је једини природни ресурс који је непрекидно у оптицају као општи предмет рада.
- Само чиста (незагађена) вода је здрава вода. Спречити њено загађење значи остварити један од основних принципа одрживог развоја.
- Вода је најраспрострањенији биотоп, кога насељавају најбројније биоценозе, те је као такав кључни елемент животне средине кога треба штитити од деструкције.

Савет Европске Уније и Европски парламент утврдили су 1996. год. да циљеви „ одрживе политике у области вода“ треба да обезбеде:

- Сигурност снабдевање водом за пиће ,
- Извор воде треба да буде задовољавајућег квалитета и квантитета ради задовољења и других економских потреба,
- Квалитет и квантитет извора воде треба да буде довољан да заштити и одржи добро стање животне средине и функционисање водене средине, као и да задовољи потребе за водом мочварних и компнених екосистема и станишта.
- Водама треба да се управља тако да се спречи или смањи негативан утицај поплава и минимизира утицај суше.

Проблем заштите животне средине најбоље разумеју управо локалне власти и грађани, јер су они ти који у случају њеног угрожавања трпе последице лошијег стандарда живота и угроженог здравља.

Неопходно је развити бољи систем управљања ресурсима, како би се ублажио негативан утицај

човека на животну средину. У том смислу треба интегрисати науку, Закон, политичку акцију и реакцију јавности у логичан оквир рада.

Број речи: 649

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

1. Вељковић Н., Јовичић М.: „Квалитет и квантитет водних ресурса“. Агенција за заштиту животне средине Р. Србије, Београд, 2010
2. Вељковић Н.: „Индикатори одрживог управљања водим ресурсима Србије“ Агенција за заштиту животне средине Р. Србије, Београд, 2015
3. Биондић Б.: „Водни ресурси и одрживо развој“ Пројекат Министарства животне средине Р. Хрватске бр. 0160006, Загреб, 2007
4. Acemoglu, D., & Robinson, J. A. (2015). The Rise and Decline of General Laws of Capitalism. *Journal of Economic Perspectives*, 29(1), 3-28. doi=10.1257/jep.29.1.3
5. Дудаш, А. (2013) Начела политике заштите животне средине у праву Европске уније. Зборник радова Правног факултета, Нови Сад, вол. 47, бр. 3, стр. 377-390

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Национално проучване за нивата на радон в сгради върху здравето на българското население

**Преподавател по практика на специалност „инспектор по обществено здраве“
Илия Костадинов Тасев, Медицински колеж „Йорданка Филаретова“ при
Медицински университет-гр. София**

Радонът е естествен източник на йонизиращо лъчение и има най-голям принос за вътрешното облъчване на населението на Земята.

Облъчването на населението от радон се посочва като втора по важност причина за белодробен рак след тютюнопушенето, а за хора които никога не са пушили тя е номер едно.

Данните от проведените изследвания до момента идентифицират необходимостта от провеждане на по-задълбочени проучвания за нивата на радон, както и предприемане на мерки за намаляване на нивата на радон в сградите.

Број речи: 80

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

1. Благоева, Д., Н. Василева, К. Богданова. 2014. Здравни потребности - същност, фактори, задачи и приоритети. Тридесет и четвѐрта научно-технолошчна сесия – София. „Интердисциплинната идеја в дејствие“. Стр. 104-110.
2. Богданова, К., Д. Благоева, П. Кантарева, С. Георгиева. 2014. Ролята на медицинската сестра в профилактиката на остеопорозата, Трета научна сесия на медицински колеж- Варна. Варненски медицински форум. Том 3, приложение 4, стр. 11-15.
3. Василева, Н., Д. Благоева, К. Богданова. 2014. Намалена ефективност при комуникацијата с възрастни хора в болнична обстановка. Тридесет и четвѐрта научно-технолошчна сесия – София. „Интердисциплинната идеја в дејствие“. Стр. 111-115.
4. Вентафрида, В. 1996. Палиативни грижи – нова реалност в медицината. В кн. Въведение е палиативните грижи, Фондација „Борба с рака“, С., стр.3-7
5. Иванов, Евг., Р. Радева. 2015. Качеството на здравното обслужване в отделение медицинска онкологија при МБАЛ „Надежда“ София. XXXV Научно-технолошчна сесия „Контакт 2015“, 26.06.2015 г. София. Изд. Темто. ISSN 1313-9134. Стр. 257-261.

Друштво физио и радних терапеута

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Кинезитерапијски третман код periarthritis humeroscapularis-a струковни физиотерапеут Душан Поповић, Институт Нишка Бања

УВОД: Периартритис хумероскапуларис спада у групу екстраартикуларних болести. Карактерише га јак бол, синдром болног рамена. Промене су у подручју великог туберкулума хумеруса, или испод акромиона који у каснијем току болести калцифицира.

Физиотерапеутска процена показује да често долази до великог ограничења покрета у самом раменом зглобу, што отежава активности свакодневног живота. Такође се из резултата процене види евидентна ослабљеност појединих мишића, као што су делтоидни мишић, надгребени мишић и други. У налазу процене такође су присутни затегнутост и скраћење појединих тоничних мишићних група које се појачавају током извођења покрета и представљају генераторе ломоторног бола и психичке тензије.

ЦИЉ РАДА: приказати начин третмана при чему тракција представља основу за савладавање контрактуре, а као припрема користимо хидрокинези и балнеофизикалну терапију.

Тракција је техника мануелне методе мобилизације, којом се постиже растерећање зглоба рамена и смањење бола приликом извођења покрета.

МЕТОДОЛОГИЈА: пратили смо пацијента М.М. старог 57 година у хроничниј фази са смањеном амплитудом покрета и смањеном мишићном снагом леве руке.

ЗАКЉУЧАК: на крају третмана дошло је до повећања обима покрета у раменом зглобу, до ојачања мишића руке и рамена, губитка бола у веома значајној мери, што све заједно доводи до побољшања квалитета живота.

Субјективне тегобе ублажене уз боље опште стање.

Кључне речи : периартритис хумероскапуларис, тракција, кинезитерапија

Број речи: 205

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

1. Анатомија - Бошковић
2. Кинезиологија - Зец
3. Клиничка кинезитерапија - Јефтић
4. Медицинска рехабилитација - Јефтић
5. Ортопедија - Николић

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

**Промени в познавателните способности на деца с нарушения на ученето под
влияние на сензорномоторна терапия**

dr specijalista sportske medicine Emil Marinov Cvetanov, Sv.Kl.Ohridski-Pleven

Резюме: Целтана настоящетоизследване е да се установи влиянието на подобрани кинезитерапевтичними методи върху развитието на познавателните процеси при деца с нарушени на ученето.

За корекцията на тези нарушения наред с педагогическите въздействия, в ЕГ е използвана и сензорно-моторна кинезитерапевтична програма.

Системата от подобрани кинезитерапевтични методи е отлично допълнение в комплексната терапия на нарушенията на ученето, с явни и неоспорими добри резултати по отношение на познавателното развитие.

Ключови думи: дислексия, кинезитерапия, когнитивни функции

CHANGES IN COGNITIVE ABILITIES OF CHILDREN WITH DISORDERS OF LEARNING UNDER THE IMPACT OF SENSORY- MOTOR THERAPY

Emil Marinov SU "St. Kl. Ohridski", Silvia Tsvetkova Medical University Pleven, Krasimira Staneva Forestry University Sofia

Abstract: The aim of the study was to determine the impact of selected kinesi therapy methods on the development of cognitive processes of children with impaired learning. A sensory-motor kinesi therapy program was implemented for the correction of these violations in addition to educational influences in examined group (EG). The applied kinesi therapeutic methods were an excellent addition in the complex therapy of disorders of learning, with obvious and undeniable good results in terms of cognitive development.

Key words: dyslexia, kinesi therapy, cognitive functions

Въведение

Нарушенията на ученето представляват борна група хетерогенни нарушения, които се манифестираат със значителни трудности в овладяването и употребата на уменията за слушане, говорене, спелуване, четене, писане и извършване на математически изчисления [9]. Терминът не включва деца с проблеми в ученето, които са първичен резултат от зрителни, слухови или двигателни увреждания, умствена изостаналост, емоционални нарушения или в неравностойно средово, културно или икономическо положение.

Нарушенията в ученоседемонстрират с когнитивендефицитзасягащ в различнастепенсензорнатаинтеграция, зрителино-моторнатакоординация, конструктивнитеумения,

Број речи: 168

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

1. Стратегија за развитие на здравните грижи в РБългария 2013 – 2020 г.
2. Светкова, С., Психологија на управлението, Пл., 2014
3. Aubert,N. et etc. Management. PUF,Paris, 1991
4. БатоеваД., Т, Попов, Е. Драголова. Педагогическа и психологическадиагностика, CV, Асконииздат. 2006
5. МариновЕ., Л. Јанчева, Рехабилитация и ерготерапияпридислексия, Год. наСъюзанаучените-Благоевград, т.1, част 1, УИ” НеофитРилски”, Благоевград, 2007, с. 54-59.ствениите и времевите

ОРЛ секција

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

Планирање здравствене неге у клиничкој пракси

Специјалиста - струковна медицинска сестра, дипл.ецц - економиста менаџмента у здравству Миладиновић Бојана, Медицински факултет Ниш

Увод:

Планирање здравствене неге је трећа фаза процеса здравствене неге и надовезује се на сестринску дијагнозу и психофизичко стање болесника. Планирање здравствене неге има неколико секвенци:издвајање приоритета,постављање циљева,избор стратегије неге,преузимање лекарских налога,избор и формулисање одговарајућих сестринских налога, документовање планиране неге.

Методологија:

Методе у планирању програма здравствене неге које се користе у клиничкој пракси најчешће су:

- Анализа циља:
- интервенције,
- извршиоци радње.

Разрада:

Програм здравствене неге произилази из циљева. Циљеви су опис психичког физичког социјалног субјективног и функционалног стања које можемо да постигнемо у највећој мери. У клиничко- болничкој пракси циљеви се односе како на болесника тако и на медицинску сестру. Могу бити: краткорочни, средњорочни, дугорочни. У постављању циљева учествује болесник , медицинска сестра и породица болесника.

Циљ рада:

- приказати новине из здравствене неге,
- документацију која се формира и чува,
- квалитет и квантитет који се постиже овом методом.

Закључак:

Планирање здравствене неге произилази из стања болесника у којем се он тренутно налази , мора бити реално и јасно а уловљено је променама код болесника. Анализа је „ хоризонтална“ и формира се из сестринске дијагнозе и колаборативног проблема.

Број речи: 175

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

1. Милисављевић Д, Станковић М, Живић М, Радовановић З. Factors affecting results of treatment of Hürorharrungeal Carcinoma. Hippokratia. 2009. Jul
2. Сестринске процедуре- превод са енглеског „Nursing Procedures-2009.-Београд.
3. Терзић Н.- Здравствена нега у хирургији, Београд 2006.
4. Коњикушић В, Коцев Н., Здравствена нега у процесу рехабилитације, Београд 2005.
5. Harris R.P, Daly K.J, Jones L.S, Kiff E. S, Stoma formation for funcionalis boweldiseaser. Colorectal Dis 2004;6 280-284.
6. Тијанић М., Ђуровић Д, Радић Р, Милојевић Љ., Здравствена нега: Савремено ИТП научна Д.О.О. Београд 2002.
7. Јолић М, Виловић Љ, Ђорђевић Д., Општа и специјална нега болесника са организацијом сестринске службе, Београд-Загреб 1982.

Секција стоматолошких сестара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Пацијенти ризика у стоматологији

**Специјалиста парадонтологије и оралне медицине др Ивица Глишић, Дом здравља Пожаревац
Мирјана Јанковић,**

Увод: Примена антикоагулантне терапије има за циљ спречавање интраваскуларног стварања коагулума- тромба (крвног угрушка). Знатан је број болести који захтевају ову врсту терапије: тромбозе, емболије, инфаркт миокарда, цереброваскуларни испади, артериосклерозе, уграђени вештачки залиски, аортнокоронарни by –pass, пацијенти на хемодијализи и друга обољења. Све су то данас болести у порасту, а самим тим већа је и могућност да се стоматолог сусреће са оваквим пацијентима.

Циљ рада: Овај рад има за циљ да пружи кратак осврт на поступке и мере које стоматолог треба да има у виду када збрињава пацијенте који су на антикоагулантној терапији.

Методe: Усмено предавање рада

Резултат: Упознавање са значајем редовних посета стоматологу ради превенције болести зуба и уста, као и са последицама које носе хирушке интервенције и појавама до којих може доћи прекидом антикоагулантне терапије. Значајем посебно припремљених књижица евиденције антикоагулантне терапије које се употребљавају у појединим земљама и које су се показале као веома корисне. Оне садрже све актуелне информације о врсти антикоагулантне терапије, њено спровођење, интензитет и учинак, као и комуникацију између доктора опште праксе, стоматолога и хематолога и сарадњу чине сигурнијом, прецизнијом и поузданијом.

Закључак: Према тренутно тачно прихваћеним сазнањима, утемељена на великом броју клиничких истраживања, сматра се да велика већина стоматолошких захвата не узрокује појачано оперативно нити продужено постоперативно крварење које би било тако изражено да би требало прекинути антикоагулантну терапију. Последице привременог прекида терапије код неких обољења могу бити фатална, док са друге стране крварење из зубне алвеоле може релативно једноставно и сигурно контролисати.

Број речи: 243

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

1. Drewes HW, Lambooi MS, Baan CA, Meijboom BR, Graafmans WC, Westert GP. Needs and barriers to improve the collaboration in oral anticoagulant therapy: a qualitative study. *BMC Cardiovasc Disord* 2011;11:76.
2. Schurgers LJ, Shearer MJ, Hamulyák K, Stöcklin E, Vermeer C. Effect of vitamin K intake on the stability of oral anticoagulant treatment: doseresponse relationships in healthy subjects. *Blood* 2004;104(9): 2682-9
3. Paliwal R, Paliwal SR, Agrawal GP, Vyas SP. Recent advances in search of oral heparin therapeutics. *Med Res Rev* 2012; 32(2): 388-409.
4. Arun G, Sandeep A. Oral Anticoagulation in Clinical Practice. *JACM* 2005; 6(1): 53-66.
5. De Simone N, Sarode R. Diagnosis and management of common acquired bleeding disorders. *Semin Thromb Hemost* 2013; 39(2): 172-81]

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Узроци заразе и мере спречавања инфекције у стоматолошкој ординацији специјалиста стоматолошке протетике, доктор медицинских наука Проф. др Милена Костић, Медицински факултет у Нишу, Клиника за стоматологију Мирјана Јанковић,

Увод. Интервенције у зубним ординацијама подразумевају директни контакт са пљувачком и крвљу пацијената па је, самим тим, стоматолошко особље изложено сталном ризику од преноса различитих инфективних обољења. Усна дупља је колектор различитих бактеријских и гљивичних врста које се преко аеросоли шире ординацијом за време стоматолошких интервенција, што може резултовати респираторним и инфекцијама ока стоматолога. Пораст оболелих од хепатитиса В и С, као и инфицираних вирусом хумане имунодефицијенције (HIV), цитомегаловирусом (CMV) и херпес симплекс вирусом (HSV тип I и II) захтева додатни опрез у свакодневној стоматолошкој пракси, како би се општим и посебним мерама опреза сачувало здравље стоматолошког особља као и пацијената.

Циљ рада био је приказ начина и путева ширења инфекције у стоматолошким ординацијама, као и мера њиховог спречавања ради заштите здравља стоматолошког особља и пацијената.

Резултати и дискусија. Евиденција трансмисије инфекција у стоматолошким ординацијама базирана је на резултатима серопревалентних студија, епидемиолошких истраживања и на приказима случајева. Ипак, треба имати у виду да 50% трансмисија вируса није документовано јер су дале симптоме на субклиничком нивоу.

Данашња стоматолошка доктрина захтева да се сваком пацијенту који на стоматолошкој столици приступа као потенцијалном извору заразе. То значи да чланови стоматолошког тима морају спроводити све предвиђене хигијенско-превентивне мере како би заштитили сваког од својих пацијената али и себе саме. Са друге стране, без обзира на медијску заступљеност мера опреза и превенције ширења вирусних инфекција у здравственим установама, истраживања бројних аутора показала су слабо познавање начина заштите од стране запослених у стоматолошкој пракси и студената стоматологије.

Број речи: 244

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

1. Mahboobi N, Agha-Hosseini F, Mahboobi N, Safari S, Lavanchy D, Alavian SM. Hepatitis B virus infection in dentistry: a forgotten topic. Journal of Viral Hepatitis, 2010; 17: 307–316.

2. Nagao Y, Matsuoka H, Kawaguchi T, Ide T, Sata M. HBV and HCV infection in Japanese dental care workers. *Int J Mol Med.*2008; 21(6):791-799.
3. Guruprasad Y, Chauhan Knowledge, attitude and practice regarding risk of HIV infection through accidental needlestick injuries among dental students of Raichur, India. *Natl J Maxillofac Surg.* 2011; 2:152-155.
4. Kanjirath PP, Coplen AE, Chapman JC, Peters MC, Inglehart MR. Effectiveness of Gloves and Infection Control in Dentistry: Student and Provider Perspectives. *Journal of Dental Education* 2009; 73: 571-580.
5. Khangahi BH, Jamali Z, Azar FP, Behzad MN, Azami-Aghdash Knowledge, Attitude, Practice, and Status of Infection Control among Iranian Dentists and Dental Students: A Systematic Review. *Journal of Dental Research Dental Clinics Dental Prospects.* 2013; 7:55-60.

Секција медицина рада

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Бука у радној и животној средини

Редовни професор Проф. др Јовица Јовановић, Медицински факултет Универзитет у Нишу, Завод за здравствену заштиту радника Ниш

Бука је нежељан звук који угрожава људско здравље. У данашње доба технолошког напретка и урбанизације, коликогод се модерном човеку олакшава начин живита и комуникације, ипак се јављају могући нежељени учинци.

Проблем буке свакако спада у те нежељене учинке и треба му посветити потребну пажњу. Бука се данас налази на сваком кораку- на улици, у индустријским постројењима исве више и у домаћинству.

Бука делује на нервни систем, шкоди концентрацији и смањује радну способност а дугорочно може узроковати и разне болести и поремећаје у организму.

Бука подстиче факторе ризика коронарних болести, ремети рад срца, а промене се лако уочавају на електрокардиограму.

Нискофреквентна бука великог интензитета може да доведе до исхемије миокарда. Обољења ендокриног, гастроинтестиналног, периферног и централног нервног система настала повећаном буком лако се могу константовати биохемијском анализом. Биохемијска анализа радника изложених буци и контролне групе показале су да радници изложени буци на радном месту имају статистички значајно веће вредности укупног холестерола, триглицерида, LDL холестерола и значајно ниже вредности HDL холестерола. Неповољни звук доводи до раздражљивости, невољности, несигурности, нарушавања психомоторне равнотеже (која код појединих активности може бити крајње опасна), ствара стрес, смањује радну способност, онемогућава спавање и одмор.

Постоје три начина одбране од прекомерне буке: физиолошки (реакција организма), техничка (примена различитих техничких средстава) и социјално- правни (различите врсте прописа). Тамо где се бука не може спречити само општим и техничким мерама примењују се личне мере заштите од буке (заштитни чепови, шкољке, наушнице, заштитна одела). Један од најважнијих задатака заштите од буке јесте доношење прописа о начинима мерења буке, о дозвољеним нивоима буке, као и о начину контроле и санкционисања загађивача буком. У већини земаља ови прописи се доносе на бази међународних препорука или међународних стандарда. Код нас ова проблематика обухваћена стандардима, правилницима, Законом о заштити животне средине и будућим Законом о заштити од буке (сада је у нацрту).

Број речи: 302

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

- 1.Симоновић,М.Калић,Д.Правица, Бука штетно дејство”
- 2.Прашчевић, Цветковић-,Бука у животној средини” Универз. У Нишу
- 3.Закон о заштити животне средине.
- 4.Правилник о мерама и нормативима заштите на раду од буке у радним прост.
- 5.Министарство животне средине и просторног планирања

Хируршка секција

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

Изработване и въвеждане на алгоритъм на поведение на медицинската сестра при пациенти с операция на злокачествени новообразувания на кожата в отделение по хирургия

виша хируршка сестра Пепа Стоянова, МБАЛ”Д-р Стамен Илиев” – Монтана

В статијата се разглеждат въпроси, свързани диагностицирање и лечение на различните видове злокачествените онкологични новообразувания налагащи незабавно и радикално хирургично лечение. Целта е изработване на алгоритъм за поведение на медицинската сестра към пациенти със злокачествени тумори на кожата за повишаване на качеството на грижите. Подробно са описани задълженията и методите при постъпване и грижа за пацијента в пред и следоперативниот период.

Пряко набљудение и анализ на сестринските грижи на 35 оперирани пациенти в Одделение по Хирургија на МБАЛ – Монтана за периодот август 2013 до мај 2014г.

Въвеждането на алгоритъм за специални сестрински грижи при пациенти с операция на злокачествени новообразувания на кожата, допринася за високо качество на сестринските грижи и влијае оптимално върху минималниот болничен престој / от 2 дни/ и недопускането на следоперативни усложнения. Тоа повишава удовлетвореноста на пациентите од сестринските грижи по време на болничниот престој.

Прогнозата при злокачествените тумори на кожата во повеќето случаи е добра. Во началните стаии пълно излекување се постига во околу 97% од случаите. Решаващо значење има ранната дијагноза и адекватното лечение.

Клучови думи: Онкологични заболувања, хирургично лечение, качество, медицинска сестра.

Број речи: 178

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

1. "Дерматологија и венерологија" Н.Ботев и Ц. Цанков.
2. "Медицинска онкологија" В. Цекова и К.В. Тимчева
3. "Кожни и венерически болести" П. Михайлова
4. "Грижи за болните и сестринска техника" Џонко Белоев.
5. "Сестрински грижи и соматични заболявания" проф. Стамболова

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Кронова болест

„Асистент у настави-ужа научна област хирургија Дејан Лазић, Клинички центар Крагујевац

Кронова болест (CD) је хронична инфламаторна болест дигестивног тракта која може захватити све његове делове од усне дупље до ануса. Подједнако је распрострањена у оба пола, с највећом инциденцом у узрастној доби између 15 и 40 година. Други, мањи пик, је у седмој и осмој деценији живота. Етиологија CD је нејасна иако различите студије указују на улогу инфективних, имунолошких, нутритивних и психо- социјалних фактора у генетски и имунолошки осетљивих особа. CD карактерише трансмурална инфламација- запаљенски процес захвата све слојеве зида дигестивног тракта. Лезије се јављају на прескок- "skip" лезије. Патофизиолошки супстрат су стриктуре делова дигестивног тракта што може довести до формирање фистула, синуса, перфорације и/или формирања гнојних колекција. Смањење функционалне површине интестинума може бити узрок дехидратације и малапсорбције. Поред манифестација на дигестивном тракту, CD може захватити и екстраинтестиналне органе и органске системе укључујући очи, кожу, зглобове, јетру и жучне путеве. Неке од ових манифестација у основи имају аутоимуне механизме. Клиничка презентација CD варира у зависности од тога који су делови дигестивног тракта захваћени процесом, од степена инфламације и присуства компликација. Дијагноза се поставља на основу анамнестичких података, детаљним физикалним прегледом, спровођењем иницијалних и проширених лабораторијских испитивања и коришћењем "imaging" метода. Дефинитивна потврда CD се постиже ендоскопским прегледом дигестивног тракта, биопсијом и хистопатолошком верификацијом. Диференцијалну дијагнозу никако не треба занемарити. Лечење је комплексно и у опсегу је од опсервације до хируршког збрињавања. Иако је CD хронична болест са променљивом учесталашћу рецидива и више моућних компликација, одговарајући медицални и хируршки третман пацијентима може да омогући разуман квалитет живота. Рано постављање дијагнозе, правовремено започињање адекватне терапије и периодична контролна дијагностика оболелих у већини случајева битно смањује учесталост компликација и потребу за хируршким лечењем. Стопа смртности корелира са дужином трајања болести и настанком карцинома на терену хроничне инфламације.

Кључне речи: Кронова болест, дијагностика, третман

Број речи: 294

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

1. Podolsky DK. Inflammatory bowel disease. *N Engl J Med.* 2002;347:417-429.
2. Gasche C, Scholmerich J, Brynskov J, et al. A simple classification of Crohn's disease: report of the Working Party for the World Congresses of Gastroenterology, Vienna 1998. *Inflamm Bowel Dis.* 2000;6:8-15.
3. Baumgart DC, Sandborn WJ. Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies. *Lancet.* 2007;369:1641-1657.
4. Barreiro-de Acosta M, Domínguez-Muñoz JE, Nuñez-Pardo de Vera MC, et al. Relationship between clinical features of Crohn's disease and the risk of developing extraintestinal manifestations. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2007;19:73-78.
5. Burgmann T, Clara I, Graff L, et al. The Manitoba Inflammatory Bowel Disease Cohort Study: prolonged symptoms before diagnosis - how much is irritable bowel syndrome? *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006;4:614-620.
6. Joossens M, Simoens M, Vermeire S, et al. Contribution of genetic and environmental factors in the pathogenesis of Crohn's disease in a large family with multiple cases. *Inflamm Bowel Dis.* 2007;13:580-584.
7. Felder JB, Korelitz BI, Rajapakse R, et al. Effects of nonsteroidal antiinflammatory drugs on inflammatory bowel disease: a case-control study. *Am J Gastroenterol.* 2000;95:1949-1954.
8. Danese S, Fiocchi C. Etiopathogenesis of inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol.* 2006;12:4807-4812.
9. Sartor RB. Mechanisms of disease: pathogenesis of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* 2006;3:390-407.
10. Lapidus A, Einarsson C. Bile composition in patients with ileal resection due to Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis.* 1998;4:89-94.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

САВРЕМЕНО ЛЕЧЕЊЕ ХРОНИЧНИХ РАНА

Примаријус др мед Срећко Д. Босић, Општа болница Пожаревац

Марија Рајић Јовичић,

Хроничне ране представљају велики, здравствени, социјални и економски проблем хумане популације.

Најчешћи узрок настанка хроничних рана је васкуларна патологија, венски и артеријски улкуси, дијабетесно стопало, ране атипичне етиологије, малигне природе и др,

Последњих година се драстично променио концепт лечења рана.

Нова схватања иду у правцу стварања услова за влажну и топлу средину у окружењу рана, тако да се и лечење креће у том правцу.

Савремени трендови у лечењу рана иду ка дебридману рана разним средствима и агенсима, посебним облогама за ране зависно од типа рана. Коришћење разних антисептика је такође препорука за третман рана, уз редовна превенијања, и инспекцију рана.

Посебан део представљају помоћна средства за лечење хроничних рана, лечење негативним притиском и ХБО (хипербарична оксигенација)

Медјутим поред свих средстава технике и напретка, остаје најважније, обученост и едукација особља које се бави лечењем рана, тако да на томе треба радити стално и што више омасовити едукације.

Број речи: 148

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

1. Diploc, A.T., Aggett, P.J., Ashwell, M., Bornet, F., Fern, F.B., Roberfroid, M.B., (1999): Scientific concepts of functional foods in Europe: consensus document, *Br J Nutr*, 81 supp. 1 (S1–S28)
2. Gilbert, L. (2000): The functional food trend: What's next and what Americans think about eggs, *Journal of the American College of Nutrition*, 19 (507S–512S)
3. Uredba Europskog parlamenta i vijeća o dodavanju vitamina, minerala i drugih određenih tvari u hranu, (EZ) 1925/2006 Uredba Europskog parlamenta i vijeća o prehrambenim i zdravstvenim tvrdnjama na hrani, (EZ) 1924/2006
4. Van Kleef, E., Van Trijp, H. C. M., Luning, P., & Jongen, W. M. F. (2002): Consumer-oriented functional food development: How well do functional disciplines reflect the voice of the consumer?, *Trends in Food Science & Technology*, 13 (93–101)
5. Van Kleef, E., Van Trijp, H. C. M., Luning, P. (2005):
6. Functional foods: Health claimfood product compatibility and the impact of health claim framing on consumer evaluation, *Appetite*, 44 (299–308) Wildman R.E.C., (2007): *Handbook of Nutraceuticals and Functional Food*, Boca Raton, Taylor and Francis

Уролошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Превенција интрахоспиталних инфекција

струковна медицинска сестра Милица Станковић, Општа болница "Свети Лука" Смедерево

УВОД: Интрахоспиталне инфекције или болничке инфекције постоје и евидентне су колико и саме институције болничког лечења. То су све врсте инфекција настала у пацијената и медицинског и немедицинског особља у болници или некој другој здравственој установи. Болничке инфекције представљају значајан здравствени и опште друштвени проблем, са низом могућих последица медицинске, економске, етичке и законске природе. Учесталост болничких инфекција је различита у различитим болничким срединама. Тачна учесталост је непознаница, због непотпуног откривања и пријављивања ових инфекција, хетерогености података прикупљаних применом различите методологије у различитим временским периодима и земљама.

ЦИЉ: Стицање и обнављање знања о превенцији интрахоспиталних инфекција, као и указати на значај медицинске сестре у превенцији.

Основне мере у спречавању ИХИ: Правилна изградња болница, довољна удаљеност болесничких постеља, прописан број болесника у болесничкој соби, довољан број изолатора на одељењима, правилно уклањање отпада, адекватна вентилација, едукација помоћног особља, минималне посете болесницима, правилна организација рада у циљу спречавања и ширења ИХИ.

ЗАКЉУЧАК: Медицинске сестре, као важна карика у систему пружања здравствене заштите, треба да схвате значај и да унутар система подигну свест о превенцији интрахоспиталних инфекција. Стално унапређење квалитета представља континуирани процес чији је циљ достизање више нивоа ефикасности и успешности у раду, као и веће задовољство корисника и давалаца здравствених услуга.

Број речи: 204

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

1. Н. Терзић, Здравствена нега у хирургији, Ауторско издање, Београд, 2006.
2. М. Стаменовић, Здравствено васпитање, Клипарт, Туприја, 2011.
3. Ж. Максимовић, Хирургија, Медицински факултет Београд, 2009.
4. М. Тијанић, Д. Ђурановић, Р. Рудић, Љ. Миловић, Здравствена нега и савремено сестринство, Научна КМД, Београд, 2010.
5. З.Пувачић и сарадници, епидемиологија заразних болести, Сарајево, 2007.

Друштво зубних техничара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ (максимално 500 речи)

Акрилати као биолошки материјали

специјалиста стоматолошке протетике, доктор медицинских наука Проф. др Милена Костић, Медицински факултет у Нишу, Клиника за стоматологију

Савремена научна достигнућа и брз технолошки напредак иницирали су појаву многобројних нових, рестауративних, стоматолошких материјала. Са друге стране, акрилати се у стоматологији користе већ пуних 80 година и још увек су незаменљиви за своје индикативно подручје. Обзиром да су се захваљујући својим физичким и механичким својствима, као и свом естетском учинку, у стоматолошкој протетици најдуже задржали, акрилатни полимери у стоматологији се могу слободно назвати и акрилатним стоматопротеским материјалима.

Пошто у устима пацијента имају улогу морфолошког и функционалног субституента, акрилати се сврставају у групу био материјала. Међутим, клиничка пракса показује да поједини токсични састојци акрилата могу довести до нежељених промена локалног, а знатно ређе и системског карактера. Степен осетљивости ткива на акрилате повећава се са порастом процента потенцијално токсичних супстанци у материјалу. Ове материје имају способност напуштања надокнадом дифузије у пљувачку посредством које делују на слузокожу усне дупље. Количина потенцијално токсичних супстанци у акрилатном материјалу је различита и зависи од типа и времена полимеризације.

Како је све већи притисак јавности да стоматолошка наука да прецизан одговор на питање да ли је одређени материјал нешкодљив или не, намеће се потреба за комплекснијим сагледавањем његових биолошких особина. Узимајући у обзир развој нових технологија истраживања, испитивање биокompatбилности је постало незаобилазан фактор у оцењивању сваког новог материјала, али и оних који су већ у употреби. Биокompatбилност означава квалитет материјала да након апликације обавља одређену функцију у организму, при томе неузрокујући нежељене ефекте. Како ниједан материјал није апсолутно безбедан, одлука да ли ће се користити или не зависи од баланса између очекиваних ризика и клиничких бенефита.

Број речи: 229

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

1. Костић Милена, Крунић Н. Најман С. Николић Љ. Николић С. Рајковић Ј- Artificial saliva effect on release of toxic substances from acrylik resins, Војносанитарни преглед 2015; 72(10); 899-906
2. Костић И. Михаиловић Д. Стојановић С. Најман С. Костић М- The rabbit gingival tissue response to retraction liquids and tetrahydrozoline, Војносанитарни преглед 2014; 71(1); 46-51
3. Petrović D, Krunic N, Kostić M. Risk factors and preventive measures for occupational diseases in dental technicians. Vojnosanit Pregl. 2013; 70(10): 959–963.
4. Kostić M, Krunic N, Nikolić Lj, Nikolić V, Najman S, Kostić I, Rajković J, Manić M, Petković D. Influence of residual monomer reduction on acrylic denture base resins quality. Hemijska Industrija 2011; 65: 171-177
5. Kostić M, Krunic N, Nikolić Lj, Nikolić V, Najman S, Kocić J. Residual monomer content determination in some acrylic denture base materials and possibilities of its reduction. Vojnosanit Pregl. 2009; 66(3): 223-227.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Терапијски ефекти примене Френклових регулатора функције у раном третману скелетно дисталног и мезијалног загрижаја

Доцент доктор специјалиста ортопедије вилица Доц. др Зорана Стаменковић, Стоматолошки факултет у Београду, Клиника за ортопедију вилица

Скелетне неправилности сагиталног правца представљају често присутне ортодонтске аномалије у савременој популацији. Ради се о нескладу у развијености и међусобном односу и положају горње и доње вилице који резултира особеним променама краниофацијалне морфологије и променом начина извођења орофацијалних функција.

Скелетне неправилности захтевају благовремен ортодонтски третман да би се у периоду раста могао кориговати несклад и спречити касније појављивање развојних сметњи. Циљ овог предавања је да укаже на терапијске могућности и ефекте примене Френклових регулатора функције у раном третману скелетно дисталног и мезијалног загрижаја.

Френклови регулатори функције су особени по томе што су једини ткивно-ношени функционални апарати, који делују по принципима апликације притиска, елиминације притиска и апликације силе вуче. Такође, карактеристични су по томе што се примењују у раном узрасту, посебно у третману псеудопрогеног загрижаја, између 6 и 8 година живота.

Да би терапијски ефекти били очекивани, неопходна је врло прецизна израда апарата, на основу правилно узетог конструкционог загрижаја, мотивација и сарадња пацијента и ношење апарата 24 сата дневно, изузев током оброка. Активна фаза терапије траје 2 године, а ретенциони период, у ком се апарат носи само ноћу, траје још 2 године.

Клинички ефекти Френклових регулатора функције могу се пратити на контролним студијским моделима и профилним телерендгенским снимцима. Промене се огледају у стимулацији сагиталног раста и апозицији кости на вилице која има дефицијентан раст, уз пратеће промене у инклинацији фронталних зуба, позицији оклузалне равни, променама на структурама мекоткивног профила, ТМЗ и кранијалне базе. Апарат истовремено коригује морфолошке неправилности и присутне функционалне сметње, па се често истиче да је вилично-ортодонтски апарат, са континуираном наметнутом телесном вежбом.

Примена Френклових регулатора функције тип 1 и 3 може се сматрати једном од метода избора за постизање најбољих терапијских ефеката у раној терапији скелетно дисталног и мезијалног загрижаја.

Број речи: 258

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

1. Примена Френкловог регулатора функције код скелетно дисталног загрижаја (2012.год.)
2. Употреба Френкловог регулатора функције у третману скелетне класе 3 (2014.год.)
3. Aubert,N. et etc. Management. PUF,Paris, 1991
4. Burns,L., Bradley, E., Weiner, B. Shortell and Kaluzny's health care manadement, Organization design & behaviour. „Delmar Cengage learning”, USA, 2012
5. Cohen, S., Bailey, D. What Makes Teams Work: Group Effectiveness Research From the shop floor to executive suite

Неуролошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Учесталост дискус херније код медицинских сестара, мере превенције Струковна медицинска сестра Наташа Јевтовић, Клинички центар Крагујевац - Клиника за неурологију

Идеја да се и спроведе истраживање код медицинских сестара и техничара о заступљености оваквих здравствених проблема везаних за дегенеративну болест кичменог стуба (дискус хернију лумбалног или цервикалног сегмента). Овакви проблеми свакако нарушавају радну способност и повећавају могућност за трајну онеспособљеност здравственог радника. Обзиром да је спроведен анкетни упитник и да су резултати статистички значајни сматрали смо да приказом резултата можемо пронаћи пут за евентуална решења и да се овакви проблеми могу у неком тренутку назвати професионалном болешћу. Укупан број испитаника је 56 од чега су у 78% особе женског пола, у 40% је дијагностички потврђена дискус хернија лумбосакралног дела у мањем проценту цервикалног, 23% су већ имали хируршку интервенцију а тегобе су почеле након физичког напора који је био на послу, чак 30% су имале болне сензације у лумбосакралном делу кичменог стуба. Такође обавештеност медицинских сестара и техничара о правима везаних за повреду на раду је веома ниска и из тога произилазе проблеми везани за коришћење 100% накнаде у току боловања.

Могућност за додатно здравствено осигурање од повреде на раду нико није разматрао иако постоји већи број опција које пружају значајну финансијску подршку уколико се деси повреда на раду.

Велики проблем представља када и послодавац у здравственој установи не може да понуди лакше радно место (нема га у систематизацији). Покушаћемо да на одређене начине приближимо здравственим радницима начине самозаштите од оваквих обољења, начине да се додатно информишу о евентуалној пријави у прва 24 сата за повреду на раду, начине да се додатно осигурају. Некако су се друге професије боље организовале нпр. грађевинска индустрија.

Један од проблема јеи недовољна обученост медицинског особља да користи заштитне положаје током рада.

Неопходно је рећи да проширивањем знања везаних за дискус хернију као професионалну болест можемо на време и детектовати и оне које називају „болним синдромом“ све што не желе да ураде а предвиђено је описом радног места а могућност као заштиту од професионалне болести изаберу погрешан односно лаж као пут за решење.

Број речи: 330

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

1. Бошковић К. Лумбална радикулопатија, Критички приступ дијагностици и лечењу лумбалне радикулопатије, Мед. Прег 2008, Lxi (11-12), 553-556 Нови Сад
2. Раичевић Р. ; Петковић С. ; Лепић Т. ; Основи војне неуроологије, Болести интервертебралног диска, стр. 260-266, ВМА Београд, 2004
3. Вукићевић М., Милинковић З., Басара В., Лалошевић В., Дожић Д., Миличковић С., Значај физикалне терапије у лечењу пацијената са лумбалном дискус хернијом 13030
4. Appenzeller O. In handbook of Neurology vol 4(48) Clifford Rose F(ed) Headache, Elsevier, Amsterdam. 1986:395-405.
5. Hadley DM. The Chiari Malformations. J Neurology Neurosurg 2002;72 38-40

Секција опште медицине

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ (максимално 500 речи)

Младост имамо да бисмо чинили глупости

**Струковна медицинска сестра Босиљка Томић, Дом здравља Жагубица
Драгана Павловић,**

Увод: Према званичним подацима здравствене статистике у групацијама младих региструје се најчешћа стопа разбољевања и умирања. Међутим, најновија истраживања у Србији откривају генерацију младих чије је здравље угрожено. Сва истраживања указују да су водећи ризици по здравље младих злоупотреба алкохола, дувана и опојних дрога, што иза себе повлачи велики број повреда (саобраћајни трауматизам, занемаривање и злостављање)

Циљ: Основни циљ рада да се на испитном узорку ученика оба пола утврди став према алкохолу, када су први пут пробали, колико воле алкохолна пића, који су разлози због којих млади најчешће пију, какав је став родитеља према алкохолизму и пијењу алкохолних пића.

Методологија: Истраживање је обављено у основној школи „Јован Шербановић“ у Крепољину 07.09.2015. године и у основној школи „Моша Пијаде“ у Жагубици 15.09.2015. године. Узорак су чинили 107 испитаника оба пола ученика основних школа. Као инструмент истраживања коришћен је анкетни лист конструисан за ове потребе који садржи 24 питања затвореног и отвореног типа. Сви подаци добијени анкетирањем обрађени су статистички и представљени табеларно.

Резултати: Највећи број ученика пије у посебним приликама, воле највише пиво, а и друга жестока пића. Забрињавајућа је чињеница да у 65,42% уз знање и инсистирање родитеља пробало алкохолно пиће са 5,6,7 и 8 година. Најчешће се пије због уживања, убеђивања од стране вршњака и радозналости у 78,51% а мање због проблема у породици и школи 21,49%. У 48,11% ученика сматра да је алкохолизам болест. Дају и разноврсне одговоре из схватања алкохолизма - мане, порок, зависнот. Ово указује да готово половина ученика не зна за последице пијења алкохола од повремениог, неупадљивог преко повећане количине и чешћег пијења до прве токсикоманије. Родитељи испитаних сумњају или знају у 50,47% да они пију, јер у значајној мери да ли понекад или у посебним приликама родитељи пију и као такви могу утицати у стварању ставова о употреби алкохола код младих.

Закључак: Алкохолизам представља алармантно упозорење јер један од водећа четири фактора односно узрока амрти код младих - саобраћајне несреће, тровања, убиства и самоубиства. А да је економска добит од алкохола знатно већа од економских последица. Саму превенцију усмерити на едукацију односно учење неупотребе алкохола, дувана и опојних дрога - односно смањити употребу, него апстинирати и смањити позитивна очекивања од алкохола. Подстаћи младе на бављење неким другим здравијим активностима (спорт). Сву едукацију треба усмерити прво на породицу. Зашто? Јер почетак узимања алкохола, пре свега треба тражити у породици, јер она веома често представља основни узрок. Затим на просветне раднике,

здравствене раднике, патронажну службу и ширу друштвену заједницу. Уз њихову ангажованост и едукацију може се доћи до позитивних резултата.

Број речи: 416

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

1. Димитријевић, И (1992) Алкохолизам младих. Београд: Нина-Пресс
2. Димитријевић, И ; Гачић, И; Настасић, Б; Здјелар, П; Поповић, С; Чупић, А; (1992) Специфичност пијења ученика основних и средњих школа- предлог превентивних мера Психијатрија данас;
3. Станковић, З. 2001 Алкохолизам - како помоћи младима у невољи. Југословенски Црвени Крст, међународна фондација друштва Црвеног Крста и Црвеног Полумесеца. Београд
4. Психијатрија данас. 1992. 1-2. Клиничка алкохологија. Институт за ментално здравље Београд
5. Психијатрија данас. 1989. 1. Породична терапија алкохолизма Институт за ментално здравље. Београд

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Утицај психосоцијалних фактора на пружање здравствене заштите на терену специјалиста опште медицине др Драгољуб Петровић, Дом здравља Сокобања Miodrag Nikolić, Marko Todorović,

УВОД

Познато је да психосоцијални фактори значајно утичу на здравље човека. Такође, ови фактори су у пракси и најзначајнији у остваривању права на здравствену заштиту, али и у процесу пружања здравствене заштите од стране здравствених радника.

ЦИЉ

Указати на значај утицаја психосоцијалних фактора, пре свега занемаривање старих особа и живота у лошим хигијенским условима, на пружање здравствене заштите на терену са којима се суочава Одсек за кућно лечење и палијативно збрињавање Дома здравља Сокобања.

МЕТОД

Приказ случаја пацијенткиње из околине Сокобање која поред тога што је непокретна са многобројним компликацијама дуготрајне имобилизације, упркос пристојним социоекономским условима остатка најближе породице, живи у помоћном објекту који се урушава са домаћим животињама, чиме је у моменту посете била угрожена и безбедност медицинске екипе приликом указивања медицинске помоћи.

РЕЗУЛТАТ

Екипа Одсека за кућну негу и палијативно збрињавање Дома здравља Сокобања по налогу лекара хитне помоћи добила је налог да врши свакодневно превијање и тоалету хроничних улкуса обе подколенице и декубита сакралне регије пацијенткиње старе 80 година, у једном селу у околини Сокобање. На терену затичемо, у дворишту обраслом растињем око 1 метра, кућицу од блата и сламе са знацима урушавања, не претпостављајући да у њој неко може да живи. Међутим, пацијенткиња се налази унутра. При уласку у објекат још од самих врата види се стари зарђали отоман на којем лежи скоро непомична старица до које допире урушени кров, на једва пола метра од ње. И поред велике спољне температуре (40 степени) у објекту је заложена пећ, поред кревета на узици везано прасе, а на поду животињски измет. С обзиром да преко пута овог објекта живи остатак породице наше пацијенткиње, у сасвим пристојној кући са свим хигијенским и санитарним условима, на питање зашто она живи у наведеним условима, добијамо одговор да она тако жели. Пошто је сам објекат био небезбедан и рушио се при покушају уласка екипе, схватили смо да медицинску помоћ није могуће пружити у таквим условима, пре свега јер се радило о потреби за стерилном обрадом рана. Након претње да ћу случај пријавити Центру за социјални рад, али и изричитог одбијања старице да пређе у нову кућу оправдавајући неаргументовано своје најближе, постигнут је компромис да се заједно са прасетом које је њен љубимац, пребаци у гаражу поред куће. Наша пацијенткиња се и данас годину дана након прве посете превија три пута недељно окружена животињским фекалијама и сада већ одраслом животињом.

ЗАКЉУЧАК

И поред савремених тековина технологије, науке и медицине, унапређење здравствене заштите и доступности исте, и даље постоје психосоцијалне прилике које утичу на процес пружања здравствене заштите и које захтевају прилагођавање условима рада на терену.

Број речи: 428

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

1. Lipowski ZJ. Psychosomatic medicine: past and present. *Can J Psychiatry* 1986;31:2-21
2. Fava GA, Sonino N. Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. *Psychother Psychosom* 2000;69:184-97
3. McEwen BS. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiol Rev* 2007;87:873-904
4. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859-77
5. Djousse L, Driver JA, Graziano JM. Relation between modifiable lifestyle risk factors and lifetime risk of heart failure. *JAMA* 2009;302:394-400

Трансфузиолошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Периоперативно трансфузиолошко збрињавање пацијената са хематолошким обољењима

Специјалиста трансфузиолог, доктор медицинских наука, Др сци.мед. Ана Антић, Завод за трансфузију крви - Ниш

Преоперативна припрема сваког пацијента треба да обухвати испитивање комплетне крвне слике и коагулацијска тестирања, како би се благовремено открили примарни или секундарни хематолошки поремећаји који могу бити узрок бројних пери- или постоперативних компликација.

Анемија је најчешћи преоперативни поремећај код хируршких пацијената, а терапијски приступ зависи од врсте и степена анемије, као и врсте и тежине хируршке интервенције. Концентрацију хемоглобина треба одређивати најдуже у року од 28 дана пре планиране хируршке интервенције, како би се евентуално кориговала постојећа анемија применом препарата гвожђа, витамина Б12, фолне киселине или еритропоетина уместо трансфузије концентрата еритроцита. Циљани преоперативни ниво хемоглобина би требао да буде у складу са препорукама СЗО (за жене >12 г/дЛ, за мушкарце > 13 г/дЛ).

Код пацијената са еритроцитозом препоручује се смањење укупног волумена еритроцита венепункцијом, узимајући у обзир степен периоперативног крварења. Тромбоцитопеније захтевају преоперативну корекцију броја тромбоцита, а у случајевима масивног крварења индикована је трансфузија концентрата тромбоцита. Постоје стриктно одређени критеријуми минималног броја тромбоцита за одређене врсте хируршких интервенција или извођење одређених инвазивних процедура.

Периоперативно праћење система коагулације обухвата стандардна и “поинт-оф-царе” коагулацијска тестирања, која омогућавају директно увођење резултата тестирања у трансфузијске алгоритме и рационално вођење терапије. Посебан терапијски приступ у периоперативном периоду захтевају пацијенти са урођеним поремећајима коагулације (хемофилија А, хемофилија Б, вон Виллебрандова болест), зависно од степена коагулацијског поремећаја и врсте хируршке интервенције. Најдраматичнији секундарни коагулацијски поремећај је дисеминована интраваскуларна коагулација (ДИК), где је неопходна брза дијагноза и хитна и интензивна терапија.

Број речи: 237

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

1. Marjanović V, Mihajlović M, Budić I, Janković R, Marjanović G. Treatment of hematological emergencies in surgical patients. Sixth Annual Spring Scientific Symposium in Anesthesiology and Intensive Care, April 25-27, 2014, Niš, Serbia; p.79-84.
2. Wada H, Matsumoto T, Yamashita Y. Diagnosis and treatment of disseminated intravascular coagulation (DIC) according to four DIC guidelines. J Intensive Care 2014; 2:15.
3. Guralnik JM, Eisenstaedt RS, Ferrucci L. Prevalence of anemia in persons 65 years and older in the United States: evidence for a high rate of unexplained anemia. Blood 2004; 104: 2263-8.
4. Wu WC, Schiffner TL, Henderson WG. Preoperative hematocrit levels and postoperative outcomes in older patients undergoing noncardiac surgery. J Am Med Assoc 2007; 297: 2481-8.
5. Stanojković Z, Antić A, Stanojević G, Stanojković M. Point-of-care testiranja sistema hemostaze. Bilt Transfuziol 2011; 57(1-2): 41-8.

Хематоонколошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Проучване мнението на онкологично болни за необходимоста от палиативни грижи
specijalista strukovnih studija med.nauka TatjanaKostadinova Slavkova, MBAL Dr Stamen Ilijev,hirurhija

В статијасеразглеждатвъпроси, свързанисъсзначението на палиативните грижи и тяхнатанеобходимост, прионкологичноболни. Палиативните грижи представляват комплексни грижи за пациенти, чиетозаболяваненесеповлияваотметодитенатрадиционнатамедицина (терминалноболнипациенти). Тезигрижисепредоставятнахора с активно, прогресивно и напредналозаболяване. Припалиативнитегрижипациентът и неговотосемействосеразглеждаткатосвързанасистема. Проучено е мнението на онкологичноболни за качеството на здравните грижи и отношението на здравния специалист към пациента, както и мнението на медицинските сестри към мотивационните фактори.

Ключовидуми: палиативнигрижи, онкологичноболни, отношение, качество, медицинска сестра, мотивационни фактори.

Въведение

Палиативните грижи за почват своето развитие преди няколко десетилетия, катосепревръщат в специфична област на здравната помощ. Посветасенаблюдавазначително нарастване на броя и видана службите за палиативни грижи. Съгласно определението на СЗО теса активни медицински грижи и действия, които утвърждават живота като подкрепят болния и неговото семейство в техните планове за бъдещето, включително техните надежди за излекуване и удължаване на живота, а също така и в надеждата за спокойствие, и запазване на достойнството през време на боледуването, умирањето и смъртта (Вентафрида, 1996).

Медицинският стандарт е базиран на разбирањето, че палиативните грижи треба да бидат интегрална част од здравна система, подкрепяща хората на всеки етап од техния живот и осигуряващи им нормална социална среда (Благоева и кол., 2014). Всичките терминално болни и техните семейства, треба да имаат достъп до палиативни грижи с цел намалување на страданията на пациента, подобрување на качеството на живот и достоинство.

Палиативните грижи се позовават на специални знания и умения

Број речи: 116

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

1. Т. Попов, Е. Драголова. Педагогическа и психологическа дијагностика, CV, Аскони издат. 2008
2. Л. Јанчева, Рехабилитација и ерготерапија при дислексија, Год. на Съюза на учените-Благоевград, т.1, част 1, УИ” Неофит Рилски”, Благоевград, 2007,
3. Вентафрида, В. 1996. Палиативни грижи – нова реалност в медицината. В кн. Въведение е палиативните грижи, Фондација „Борба с рака”, С., стр.3-7
Иванов, Евг., Р. Радева. 2015.
4. Качеството на здравното обслужване в отделение медицинска онкологија при МБАЛ „Надежда” София. XXXV Научно-технологична сесија „Контакт 2015”, 26.06.2015 г. София. Изд. Темто. ISSN 1313-9134. Стр. 257-261.
5. Чанева, Г., И. Стамболова. 2003. Качество на здравните грижи. Протокол за здравни грижи. В: Управление на здравните грижи под ред. на С. Попова, Филвест, София, с. 15-21.
6. Чанева, Г. 2006. Качество на сестринските грижи в болницата. Дисертационен труд. Медицински универзитет. София. 173 стр.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

**Савремени приступ оболелима од хроничних лимфопрлиферативних обољења
Специјалиста интерне медицине др Весна Николић, Клинички центар Ниш
Милан Павловић,**

Малигнитети порекла лимфоцита и плазмочита обухватају широк спектар различитих морфолошких и клиничких синдрома, акутна лимфобластна леукемија, хронична лимфоцитна леукемија, Хочкинов лимфом, нехочкински лимфоми, мултипли мијелом, и др. Лимфоцитне неоплазме могу настати на нивоу раних, матичних ћелија хематопоезе (пре диферентовања Б или Т ћелија) или су порекла Б и Т лимфоцита на њиховом даљем путу сазревања. Овде ће се говорити управо о зрелим лимфоидним неоплазмама.

Интернационална лимфомска студијска група је у циљу уједначавања резултата у овој области предложила класификацију под називом Revised European American Lymphoma, REAL класификацију. Ова класификација је први пут ревидирана 2001. год. од стране Светске здравствене организације (WHO). REAL/WHO класификација је обједињавала патолошке, имунофенотипске и генетске карактеристике као и клиничку слику. Код појединих лимфопрлиферативних обољења неопластични лимфоцити имају препознатљиве цитогенетске абнормалности које се могу идентификовати техникама молекуларне биологије. Актуелна је последња ревидирана WHO класификација Светске здравствене организације (WHO) свих хематолошких обољења која датира из 2008. год.

Класификација лимфопрлиферативних обољења није могућа само на основу морфологије, јер лимфоми сличне хистологије могу имати различит клинички ток. Т ћелијски лимфоми имају агресивнији клинички ток у односу на Б ћелијске лимфоме. Ради лакше клиничке употребе у оптицају је подела лимфоидних тумора на 2 основне подгрупе, индолентне и агресивне, а на основу карактеристика болести у време презентације и очекиваног времена преживљавања уколико се болест не би лечила.

Поједини лимфоми поред попут дифузног Б крупноћелијског лимфома, слабо диферентованих лимфома и Хочкиновог лимфома имају клиничку слику коју често прати повишена телесна температура, ноћно знојење, губитак на тежини и аногексија. Свраб је чест код лимфоидних неоплазми, а интензитет обично прати активност болести.

Метаболички поремећаји су чести код лимфоидних малигнитета, из разлога што поједини лимфоми и лимфоцитна леукемија имају високу стопу ћелијске пролиферације са високим процентом ћелија које умиру, дакле значајан обрт нуклеопротеина, што проузрокује хиперурикемију.

Број речи: 301

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

1. Mihaljevic B. Maligna limfoidna oboljenja. Limfoproliferativna oboljenja. Acta clinica 2010;10(3):19-25
2. Harris NL, Jaffe ES, Stein H, et al: A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: A proposal from the International Lymphoma Study Group. Blood 84:1361, 1994.
3. Anderson JR, Armitage JO, Weisenburger DD Epidemiology of the non-Hodgkin's lymphomas: distributions of the major subtypes differ by geographic locations. Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project. Ann Oncol. 1998;9:717-72
4. Jaffe ES. The 2008 WHO classification of lymphomas implications for clinical practice and translational research. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2009:523-531
5. Tay K, Dunleavy K, Wilson WH. Novel agents for B cell non-Hodgkin's lymphoma: science and the promise. Blood Rev. 2010;24:69-82.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Савремени приступ терапији канцерског бола

Ванредни професор Проф. др Светислав Врбић, КЦ Ниш - Клиника за онкологију
Милан Павловић,

Упркос великом напретку медицине у задњих неколико декада канцер је и даље застрашујућа дијагноза за било кога, углавном због свог углавном лошег исхода. Процењује се да ће до 2030. године сваки четврти становник оболети од ове болести. За све оболеле вреоватно најстрашнији симптом, без обзира на врсту рака, ће бити бол. И поред тога што су онколози широм света свесни значаја адекватне терапије бола, ипак је установљено да више од половине пацијената има недовољну контролу бола, а скоро 25% од њих умире у боловима. Због ових чињеница у овом раду разматрамо првенствено медикаментозну терапију хроничног канцерског бола, полазећи од тростепенастог приступа који је дала Светска здравствена организација. Први степен је слаб бол и терапија се базира на нестероидним антиреуматичима плус адјуванс. Други степен је умерено јак бол где поред нестероидних антиреуматика користимо и благе опијате уз додатак адјуванса. Трећи степен су изузетно јаки болови када користимо јаке опијате на бази морфина, уз додатак адјуванса, посебно код неуропатског бола (прегабалин, гебапентин). Поред најбољих модалитета и комбинација антидолорозних лекова, посебну пажњу треба поклонити нежељеним ефектима самих лекова који се користе у терапији бола, посебно при примени јаких опијата.

Број речи: 190

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

1. Ripamonti C.I, Bandieri E, Riota F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol (2011) 22 (suppl 6):vi69-vi77.
2. Tan P, Bany S, Reken S, et al. Pharmacological management of neuropathic pain in non-specialist settings: summary of NICE guidance. BMJ 2010;340:c1079.
3. Frankish H. 15 million new cancer cases per year by 2020, says WHO. Lancet2003;361:1278.
4. Van den Be Van den Beuken M, De Dijke JM, Kesseles AG, et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Ann Oncol2007;18:1437-1449.
5. Deandrea S, Montanari M, Moja L, et al. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. Ann Oncol 2008;19:1985-1991.

Секција сестара и техничара у рехабилитацији

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Клинички фактори ризика и минерална коштана густина: одлука о лечењу остеопорозе

доктор медицинских наука, специјалиста физикалне медицине и рехабилитације
Проф. др Розита Филипов, Институт за лечење и рехабилитацију Нишка Бања
ЂОКИЋ АНИЦА, АНЂЕЛКОВИЋ,

Остеопороза је хронично, дифузно скелетно обољење које је веома распрострањено на свим континентима и код свих раса. Сматра се да 10% светске популације има остеопорозу, али и да ће се број оболелих од остеопорозе увећати за 30% до 2020.год., због продуженог животног века становништва и све већег утицаја негативних фактора на здравље костију.

У свакодневној пракси за рану дијагнозу остеопорозе, пре настанка прелома, а према препоруци Светске здравствене организације (СЗО), користи се метод који процењује квантитет кости - остеодензитометрија. Метода која се примењује је двострука X зрачна апсорпциометрија (DXA), а мерење се врши на слабинском делу кичме (L1- L4) и куку (трабекуларна кост, јер се у њој дешавају прве промене).

Експерти СЗО који се баве проблемом остеопорозе сматрају да су клинички фактори ризика за прелом значајнији од остеодензитометријског налаза остеопорозе и да их треба тражити, посебно код постменопаузалних жена, које су циљна група за рану дијагнозу остеопорозе. Због тога је направљен ФРАХ индекс који процењује десетогодишњи ризик за настанак прелома код сваког болесника индивидуално. Десетогодишњи ризик за фрактуру кука већи од 3%, а за главне фрактуре (кук, кичма, подлактица, надлактица) већи од 20% сматра се великим и такве особе треба лечити.

На основу процењених остеодензитометријских налаза и клиничких фактора ризика за прелом треба донети одлуку о лечењу: уз помоћ ФРАХ индекса или на основу личног искуства. еба донети одлуку о лечењу: уз помоћ ФРАХ индекса или на основу личног искуства.

Број речи: 239

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

1. Dimić A. Bisfosfonati u lečenju osteoporoze. *Balneoclimatologia* 2001;25:21-225
2. Kanis JA et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporosis International* 2008;19(4):399-428
3. Kanis JA et al. FRAX – WHO Fracture Risk Assessment Tool *Bone* 2000;26:387-391
4. Rizzoli R. Microarchitecture in focus. *Osteoporosis Int* 2010; 21 (Supl. 2): S403-S406
5. Pilipović N. Značaj osteodenzitometrije u dijagnozi osteoporoze, *Balneoclimatologija* 2006, 34-39

Друштво фармацеутских техничара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ (максимално 500 речи)

Лечење гљивичних инфекција

специјалиста клиничке фармакологије Никола Росић, Клинички центар Крагујевац

Гљивичне инфекције заузимају све битније место у инциденци инфекција уопште. Најчешће су то кутане инфекције, али могу бити и суперфицијалне, субкутане и системске инфекције, посебно честих код имунокомпромитованих пацијената. Како постоји потенцијал за развој виталних компликација, потребно је унапредити дијагностичка знања, мониторинг и третман ових инфекција. Овај прегледни рад има за циљ упознавање са дијагностиком и лечењем гљивичних инфекција. Кроз праћење важних протокола упознаћемо се концептима рационалне фармаколошке терапије, правилним избором антимикотика, а све базирано на валидним доказима проистеклим из најсавременијих научних истраживања.

Број речи: 88

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

1. Walsh TJ, Anaissie EJ, Denning DW, et al. Treatment of Aspergillosis: Clinical Practice Guidelines of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2008; 46: 327–60.
2. Pappas PG, Kauffman CA, Andes D, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Candidiasis: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2009; 48: 503–35.
3. Galgiani JN, Ampel NM, Blair JE, et al. Coccidioidomycosis. Clin Infect Dis 2005; 41: 1217–23.
4. Perfect JR, Dismukes WE, Dromer F, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Cryptococcal Disease: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2010; 50: 291–322.
5. Wheat LJ, Freifeld AG, Kleiman MB, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Patients with Histoplasmosis: 2007 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2007; 45: 807–25.

Секција поливалентне патронаже

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Значај познавања вештина комуникације у раду патронажних сестара др медицине, специјалиста социјалне медицине др Весна Андрејевић, Институт за јавно здравље Крагујевац

Поливалентна патронажна служба представља непосредну примену концепта примарне здравствене заштите у пракси, где се посебно истиче утицај заједнице на очување и унапређење здравља породице. У оквиру програмских активности патронажне службе, обавезан део активности представља рад у породици, здравствено васпитни рад у дому здравља и рад у локалној заједници. Много тога се променило у начину комуникације међи људима уопште, захваљујући великим научним и технолошким достигнућима у последњим декадама. Слободно се може рећи да је дошло до промена у култури комуникације, која је својствена свакој друштвеној средини. И у здравственој струци се осећа промена културе комуникације са различитим последицама.

Темељне вештине којима се користи патронажна сестра су вештине потпоре и утврђивања потреба за здравственом негом, вештине подучавања, вештине подршке и утехе.

Интерперсонална комуникације је од суштинске важности у свакој области живота, али је од посебног значаја у сестринству и раду патронажних сестара. Патронажна сестра је здравствени васпитач како у породици тако и у заједници. Florence Nightingale је описала теренску сестру као здравственог мисионара који представља пријатеља породице. Ради остваривања ове мисије неопходно је познавање вештина и техника добре комуникације.

Према дефиницији (Lange & Jakubowski, 1976), асертивност је: „Изражавање мисли, осећања и уверења на директан (поштен) и социјално адекватан начин уз уважавања права других“.

Комуникација је веома сложена појава јер се одвија вербално и невербално, свесно и несвесно. Може бити добра или сиромашна. Добра комуникација, познавање вербалне и невербалне комуникације, правила асертивности је од изузетног значаја у раду патронажних сестара ради остваривања што приснијег и искренијег односа са члановима породице. Едукована сестра која добро комуницира задобиће поверење чланова породице у коју долази с једне стране, а поруке које преноси чланови породице примиће са уважавањем.

Неопходно је „скројити“ поруку тако да је људи разумеју и интегришу у свој живот. Поруке које су далеко од њихове стварности неће допрети до њих, нити ће променити њихово понашање.

Број речи: 299

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

1. Bach S., Grant A. Communication And Interpersonal Skills for Nurses. 2014.
2. Первиз Л. Асертивна комуникација у теорији и пракси. Љубљана, септембар, 2009.
3. Stanhope, M., Lancaster Jeanette Lancaster: Foundations of Nursing in the Community. Second Edition, Mosby, 2006
4. Мојсовић, З. и сур. "Сестринство у заједници И", Висока здравствена школа, Загреб, 2005
5. Parrott R. Emphasizing "communication" in health communication. J Commun 2004;54:751-87. doi:10.1111/j.1460-2466.2004.tb02653.

Друштво струковних медицинских радиолога и рентген техничара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ (максимално 500 речи)

Критеријуми за процену одговора солидних тумора

Специјалиста радиологије, радиотерапеут др Наташа Симоновић, Клинички центар Ниш

Промене у величини тумора као и време до развоја болести важни су моменти у пракси за процену одговора на терапију. При првом прегледу и каснијим контролама током терапија важно је постовати једнака правила код прегледа и тумачења налаза, односно, процена радиолога о стадијуму болести мора да се ослања на широко прихваћене и јасно применљиве стандарде. 1981 год светска здравствена организација (WHO - World Health Organisation) први пут је покушала да направи критеријуме за процену туморске величине, углавном за потребе трајала, који су се заснивали на сабирању дводимензионалне величине тумора. Међутим кооперативне групе су у наредним декадама, пратећи овај документ, често мењале приступ како би га прилагодиле новим технологијама или појасниле делове који су били нејасни у оригиналном документу. То је довело до конфузије у интерпретацији резултата трајала и различите процене ефикасности истог препарата. Да би решила те проблеме формирана је радна група средином деведесетих да стандардизује и упрости критеријуме за одговор тумора. Нови критеријуми, познати као RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumor) објављени су 2000- е год.

RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumor) је скуп правила која дефинишу када оболели од рака одговарају на третман, имају стабилну болест или прогресију. Иако се ови стандарди користе пре свега за праћење одговора на терапију у различитим фазама трајала, данас се схвата да је њихова примена и у редовној клиничкој пракси неопходна. Овај документ укључује дефиницију минималне величине мерљивих лезија, инструкције колико лезија мерити, укупно и по органу и користи једну димензију радије него две за мерење величине тумора. Ови критеријуми су врло брзо прихваћени од стране академских институција, кооперативних група и индустрије за процену ефикасности лека где је примарни значај објективан одговор или прогресија.

Број речи: 283

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

1. Therasse P, Eisenhauer EA, Verweij J. RECIST revisited: a review of validation studies on tumour assessment. *Eur J Cancer* 2006;42:1031–9.
2. Therasse P, Arbuck SG, Eisenhauer EA, et al. New guidelines to evaluate the response to treatment in solid tumors (RECIST Guidelines). *J Natl Cancer Inst* 2000;92:205–16.
3. Bogaerts J, Ford R, Sargent D, et al. Individual patient data analysis to assess modifications to the RECIST criteria. *Eur J Cancer* 2009;45:248–60.
4. Moskowitz CS, Jia X, Schwartz LH, Goñen M. A simulation study to evaluate the impact of the number of lesions measured on response assessment. *Eur J Cancer* 2009;45:300–10.
5. Sargent D, Rubinstein L, Schwartz L, et al. Validation of novel imaging methodologies for use as cancer clinical trials end-points. *Eur J Cancer* 2009;45:290–9.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Нуклеарна кардиологија-основни принципи, технички аспект и клиничка примена

магистар Шишић Марија, Институт за нуклеарну медицину, Београд, Војномедицинска академија

Нуклеарна кардиологија представља област нуклеарне медицине која се бави испитивањем болести кардиоваскуларног система. Најзаступљенија метода је перфузиона сцинтиграфија миокарда, неинвазивна дијагностичка процедура за процену коронарне резерве. SPECT метода има примат за процену коронарне резерве у савременој нуклеарној медицини. Раније се радила планарна сцинтиграфија. SPECT студија омогућава процену перфузије, вијабилности миокарда а у комбинацији са Gated- SPECT- ом и процену функције миокарда леве коморе (глобала ејекциона фракција, покрет зида леве коморе, систолно задебљање). Нешто ређе користе се методе за приказ срчаних шупљина (радионуклидна вентрикулографија) и методе за приказ десно-левог шанга (метода првог пролаза).

Број речи: 114

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

1. Holly TA, Abbott BG, AL-Mallah M, Calnon DA, Cohen MC, Difilippo FP, et al. ASNC Imaging Guidelines for Nuclear Procedures: Single Photon Emission Computed Tomography. J Nucl Cardiol 2010; 17: 941-73
2. ACC/AHA/ASNC Guidelines for the Clinical Use of Cardiac Radionuclide imaging. A Report of the American College of Cardiology American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/ASNC Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Clinical Use of cardiac Radionuclide Imaging). Journal of the American Coll Cardiol October.2003. ACC/AHA/ASNC Practice Guidelines 01-69
3. George A. Beller, MD, Barry L. Zaret, MD: Contributions of Nuclear Cardiology and Prognosis of patients with coronary artery disease. Circulation 2000; 101:1465-1478
4. Barry L. Zaret, MD, George A. Beller, MD: Clinical Nuclear Cardiology, State of the art and future directions, 3rd Edition 2005, 213-297

5. Schinkel A.F.L., Van J.J., Geleijnse M.L., Beersma E., Elhendy A., Roelandt J.R.T.C., Poldermans D., Noninvasive evaluation of ischaemic heart disease: myocardial perfusion imaging or stress echocardiography? *European Heart Journal* 2003, 24,789-800

6. Hansen CL, Cerqueira MD, Goldstein RA, Akinboboye OO, Berman DS, Botvinick EH, Churchwell KB et al. ASNC Imaging Guidelines For Nuclear cardiology Procedures. Myocardial perfusion and function: Single photon emission computed tomography. *J Nucl Cardiol* 2007; 14:339-60

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Скрининг мамографија,важност скрининг мамографије у раном откривању карцинома дојке код жена

лекар специјалиста радиолог др Магдалена Матић, Дом здравља Лесковац

Карцином дојки је глобални проблем јер представља најчешћи малигни тумор код жена у свету,а у Републици Србији је један од најчешћих узрока превремене смрти код жена,јер се карцином открива у одмаклој фази.

Циљ скрининг мамографије је да се превентивним мерама могу открити малигни тумори у раним стадијумима када су изгледи за излечење велики.

Мамографија је суверена метода у откривању болести дојке у раном стадијума када су промене исувише мале да би се откриле клиничким прегледом.

Скрининг карцинома дојке на територији града Лесковца обавља се у две здравствене установе..Скринингом је обухваћена, циљна популација жена од 50 до 69 година и тежи се да се обухвати најмање 75% .У скринингу као и у дијагностичкој мамографији постоји бирадс класификација и потребно је бити крајње прецизан у категоризацији лезије.

Показатељи спровођења скрининга и успешност обављеног скрининга су елементи за планирање даљих активности у здравственом систему ради смањења смртности од карцинома дојке.

Број речи: 163

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

1. Measures of benefit for breast screening from the pathology database for Scotland, 1991-2001
J. Clin. Pathol. (2003) 56 (9): 654-659
2. Duffy, S.W., Michalopoulos, D., Sebuødegård, S. et al, Trends in aggregate cancer incidence rates in relation to screening and possible overdiagnosis: a word of caution. J Med Screen. 2014;21:24–29.
3. Bleyer, A., Welch, H.G. Effect of three decades of screening mammography on the incidence of breast cancer. N Engl J Med. 2012;367:1998–2005.
4. Waller, J., Douglas, E., Whitaker, K.L. et al, Women's responses to information about overdiagnosis in the UK breast cancer screening programme: a qualitative study. BMJ Open. 2013;3:e002703
5. Welch, H.G., Passow, H.J. Quantifying the benefits and harms of screening mammography. JAMA Intern Med. 2014;174:448–454.

Ендокринолошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Гестацијски дијабетес мелитус

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

Гестацијски дијабетес мелитус (ГДМ) се дефинише као било који степен поремећаја толеранције гликозе који је први пут откривен у трудноћи. Дефиниција се примењује без обзира да ли се користи инсулин или само дијета у лечењу, и уколико стање перзистира и после трудноће. То не искључује могућност да се непрепозната интолеранција глукозе испољила са трудноћом. ГДМ се обично презентује у трећем триместру трудноће када сазрева плацента.

Преваленција ГДМ значајно варира од 1 до 14 %, у зависности од испитиване популације. Фактори ризика за испољавање ГДМ су старија животна доб труднице, анамнеза макрозомије детета у претходној трудноћи, етничка припадност групи са већом преваленцијом Т2ДМ, синдром полицистичних јајника, есенцијална хипертензија или трудноћом изазвана хипертензија, анамнеза спонтаних абортуса и необјашњива мртворођеност, позитивна породична анамнеза за дијабетес у рођака првог колена, гојазност ($ТМ > 110\%$ од идеалне или $БМИ > 30 \text{ кг/м}^2$), ацантхосис нигрицанс, употреба кортикостероида, перзистентна гликозурија и анамнеза ГДМ у претходним трудноћама.

Од стране Америчке асоцијације за дијабетес и интернационалне групе са представницима из различитих удружења за дијабетес и акушерство (Интернационал Асоциатион оф Диабетес анд Прегнанцу Студу Гроупс (ИАДПСГ), су усаглашени критеријуми за дијагнозу ГДМ, којима се значајно повећава преваленција овог поремећаја, зато што је довољна само једна гликемија из 2х ОГТТ да буде већа од граничне да би се поставила дијагноза ГДМ, а не две вредности, како је била претходна препорука. Препорука је да се све жене без раније постављене дијагнозе дијабетеса тестирају између 24. и 28. недеље гестације. Новији дијагностички критеријуми за дијагнозу ГДМ заснивају се на вредностима бар једне повишене вредности током гликемија оралног теста толеранције на глукозу (ОГТТ) са 75 г глукозе (гликемија наште $\geq 5,1 \text{ ммол/л}$, гликемија након 1х $\geq 10 \text{ ммол/л}$, гликемија након 2х $\geq 8,5 \text{ ммол/л}$).

Када се дијагностикује ГДМ, постоје 3 аспекта лечења: хигијенско-дијететски режим, самоконтрола гликемије и примена инсулина. Перинатални морталитет је данас сличан као и у нормалној трудноћи захваљујући модерној и координисаној мајчино-феталној нези. Постоји јасна повезаност између субоптималне метаболичке контроле и перинаталне смртности.

Незадовољавајућа метаболичка контрола током трудноће је повезана са повишеним ризиком за појаву нежељених исхода како за мајку, тако и за новорођенче. Тако да стриктна метаболичка контрола има велики значај за ток и исход трудноће како у ГДМ, тако и када је трудноћа компликована претходно постојећим дијабетесом типа 1 или типа 2.

Потребно је ретестирати жене са дијагнозом ГДМ 6 -12 недеља након порођаја. Код жена које су имале ГДМ постоји повећани ризик за развој дијабетеса у току живота, тако да је препорука да их треба тестирати сваке 3 године

Број речи: 422

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

1. Diabetes in Pregnancy: Management of Diabetes and Its Complications from Preconception to the Postnatal Period National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK) et al. . (2015)
2. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. *Diabetes Care* 2010; 33:676-682.
3. Singh SK, Rastogi A. Gestational diabetes mellitus. *Diabetes, Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 2008;2:227-234.
4. Verhaeghe J, Van Herck E, Benhalima K, Mathieu C. Glycated hemoglobin in pregnancies at increased risk for gestational diabetes mellitus. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2012;161:157-162.
5. Retnakaran R, Qi Y, Sermer M, Connelly P, Hanley A, Zonman B. Glucose Intolerance in Pregnancy and Future Risk of Pre-Diabetes or Diabetes. *Diabetes Care* 2008;31:2026-2031.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Новине у лечењу шећерне болести тип 2

Интерниста ендокринолог др Братислав Б. Миловановић, Специјална болница „Меркур“ Врњачка Бања

Шећерна болест као модерна болест новог доба и поред свег знања о самој болести у времену напретка науке, све више је у порасту. Сваким даном све је више оболелих. Последња предвиђања говоре о 592 милиона оболелих у свету за 2030. годину?

Од укупног броја оболелих око 90% припада типу 2 шећерне болести а око 70% њих има прекомерену телесну тежину.

Поред гојазности у типу 2 шећерне болести удружени су и други поремећаји са непходном потребом терапијске интервенције, као хипертензија, хиперлипидемија. Комплексан приступ лечењу шећерне болести је неопходан у циљу превенције васкуларних компликација.

У основи лечења шећерне болести су дијета и физичка активност, промена стила живота, лоших навика, ограничења калоријског дневног уноса, контролисана исхрана, свакодневна физичка активност, добра рехидратација.

У медикаментном приступу лечења наука упорно тражи нове моделе лечења у складу са патофизиолошким поремећајима гликорегулације. У медикаментном лечењу шећерне болести дуже време присутни препарати сулфонил уреје се у последње време потискују савременом терапијом.

Инхибитори алфагликозидазе се све мање примењују у данашњем времену због примене нових препарата. Примена препарата метаформина и тиазолидиндиона у циљу савладавања проблема инсулинске резистенције је јако затупљена имајући у виду број гојазних пацијената са типом 2 шећерне болести.

Открићем ГЛП агониста очекује се велики напредак у лечењу шећерне болести типа 2 као и саме гојазности као удружене болести. Примена ДПП 4 инхибитора у свету више присутна у нашој средини мало искуство. Нови препарати који делују на нивоу бубрега инхибирајући реапсорпцију гликозе из табула (СГЛТ-2 инхибитори) су нова нада у лечењу типа 2 шећерне болести.

Исцрпљивањем могућности ОАХ лечења шећерне болести типа 2 се наставља инсулином са могућношћу комбиноване терапије (ОАХ, инсулин) или применом две или више доза инсулином.

Могућности инсулинске терапије хуманим инсулинима и инсулинским аналозима и новим

молекулама дугоделујућих инсулинских аналога (Деглудек) или комбинацијом дугоделујућег инсулинског аналога и ГЛП агониста.И поред стално нових приступа у лечењу шећерне болести инциденца обољевања је увек у порасту,број нових случајева стално се увећава тако да се страхује од губитака корака са шећерном болешћу.

Трагање за новим препаратима у лечењу шећерне болести се наставља.

Број речи: 311

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

1. Национални комитет за израду Водича клиничке праксе у Србији,радна група за дијабетес: Diabetes mellitus:Национални водич клиничке праксе;2002.
2. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus,Diabetes Care 2002.25:S5-S20
3. American Diabetes Association.Standards of Medical Care in Diabetes,Diabetes Care .2008;31(1)S12-S54
4. Shaw JE,Boulton AJ.The pathogenesis of diabetic foot problems an over view.Diabetes 1997;46:S-58-S61
5. Медић -Замлакар М. Diabetes mellitus Одбрана поглавља I-III, Ladateks eli Medica Београд, 1997.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Хроничне дијабетесне микроваскуларне компликације

**Примаријус доктор специјалиста ендокринолог Прим. др Драгана Живојиновић,
Специјална болница "Меркур", Врњачка Бања
Весна Дукић,**

Хроничне компликације представљају значајан узрок морбидитета и морталитета у свакој земљи и огромно оптерећење и за појединца и за здравствени систем. Зна се да након дужег трајања болести код већег броја оболелих долази до појаве хроничних компликација: микро и макроваскуларних у чијој основи су ангиопатске промене. Сазнања о метаболичкој меморији шећерне болести су променила терапијски став и активирала концепт раног увођења инсулина у терапију с циљем постизања оптималне гликозилације као превенција у развоју пратећих компликација. Поред хроничне хипергликемије од несумњивог је значаја и генетска предиспозиција: податак указује да 20-50% никад не оболи од ангиопатије. Постоји садејство више независних фактора ризика: неки се јављају често удружени са дијабетесом, други с и сама компликација дијабетеса, а трећи су последица начина живота и навика.

Микроваскуларним компликацијама најчешће су захваћени нерви, ретина и гломеруле бубрега (дијабетесна неуропатија, ретинопатија и нефропатија). Слепило је 25 пута чешће код оболелих од дијабетеса него код опште популације и приближно је двоструко већи ризик од појаве катаракте. Дијабетесна нефропатија је један од водећих терминалне бубрежне исуфуцујенције. Периферна нефропатија значајно смањује квалитет живота оболелог.

Просечна старост оболелих од дијабетеса тип 2 у тренутку откривања је 61 година, а преко 60% већ има једну или више хроничних компликација: један податак говори да трећина има почетно оштећење бубрега и да 30-50% има промене на нервима што може довести до дијабетесног стопала, једне од најтежих компликација. Такође се зна да је повишен ниво триглицерида назвисан маркер ризика и за дијабетесну ретиналну болест. У том смислу, посебно је значајно да су подаци великих мултицентричних студија последњих година указали да се применом метаболичке интервенције и модификацијом фактора ризика, може утицати на успорење прогресије или чак заустављања хроничних компликација. Студије као УКПДС и Стено-2 су показале да интензивирани терапија значајно смањује ризик и од микроваскуларних компликација. Проспективна мултицентрична истраживања у САД и другим земљама започета крајем прошлог века, резултирала су важним подацима на којима се базира и потврђује данашњи терапијски приступ.

Број речи: 295

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

1. International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 4th ed 2009. IDF, Brussels
2. UKPDS Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ* 1999;17-708
3. The ACCORD Study Group (2010) Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 362:1575-1585
4. Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča kliničke prakse. Nacionalni vodič dobre kliničke prakse Diabetes mellitus. Beograd, 2012.
5. 25. The Royal College of Ophthalmologists for diabetic retinopathy. London: The Royal College of Ophthalmologists, 2005.
6. The DCCT Research Group :Effect of intensive therapy on the development and progression of diabetic nephropathy in the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). *Kidney Int* 1995;47:1703-1720

Секција сестара у ортопедији

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Инфекције костију и зглобова - заједничка одговорност и изазов **доцент Нина Ђорђевић, Медицински факултет Ниш**

Инфекције костију и зглобова су у порасту задњих година чак и у најразвијенијим земљама. Разликују се по механизму настанка. На једној страни се налазе хематогене инфекције које се јављају у ризичним групама и дијагностикују се у интернистичкој патологији. Са друге стране су инфекције које су последица опсежних траума скелета и директној изложености костију и зглобова изазивачима инфекције из спољашње средине. У овој групи је појава инфекције јако честа и просто се не може сматрати компликацијом, већ саставним делом клиничке слике. Сасвим посебну и са позиција превенције најосетљивију групу чине инфекције после хируршке фиксације затворених прелома или уградње ендопротезе.

У превенцији хируршких инфекција костију и зглобова врло је важно придржавати се јасно дефинисаних правила у одржавању хигијене хируршких просторија и пацијената. Потребно је стриктно дефинисати протокол преоперативне припреме пацијента и обезбедити да све карике у ланцу функционишу. У адекватном термину треба дати препоручену антибиотску профилаксу и не злоупотрабљавати употребу антибиотика после хируршке интервенције.

Свака инфекција у ортопедији је хируршки проблем, па је иИ дефинитивно лечење хируршко. Наравно, опсежност операције зависи од степена изражености инфекције и општег стања пацијента.

Врло је важно препознати инфекцију што раније. Овде значајну улогу има медицинска сестра или техничар који су увек на првој линији у период раног постоперативног праћења. Њихова комуникација са ортопедом је од кључне важности, како у припреми пацијента за операцију, тако и за указивање на ране знаке инфекције.

Када се жариште инфекције хируршки очисти постоји више агенаса који се користе за локалну примену у борби против заосталих узрочника инфекције. Ови агенси се директно убацују у место инфекције, рана се затим затвара а парентерално се укључују антибиотици према преоперативно урађеном антибиограму из секрета или пунктата. Понекад се рана остави отвореном и овде је адекватна нега императив. Производња локалних производа за негу рана је у експанзији у овом веку и одабир средстава која ће се користити за сваки појединачни случај зависи од знања професионалца који рану лечи.

Познавањем и применом протокола за превенцију коштано-зглобних инфекција стичу се услови за њихово значајно смањење. Ако се ова тешка компликација ипак јави треба удружити све снаге и знања да се проблем рано препозна и адекватно лечи.

Број речи: 358

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

1. The management of an infected total knee arthroplasty. Gehrke T, Alijanipour P, Parvizi J. *Bone Joint J.* 2015 Oct;97-B(10 Suppl A):20-9. doi: 10.1302/0301-620X.97B10.36475. Review.
2. Applications of Local Antibiotics in Orthopedic Trauma. Cancienne JM, Tyrrell Burrus M, Weiss DB, Yarboro SR. *Orthop Clin North Am.* 2015 Oct;46(4):495-510. doi: 10.1016/j.ocl.2015.06.010. Epub 2015 Aug 6. Review.
3. Life- and limb-threatening infections following the use of an external fixator. Jauregui JJ, Bor N, Thakral R, Standard SC, Paley D, Herzenberg JE. *Bone Joint J.* 2015 Sep;97-B(9):1296-300. doi: 10.1302/0301-620X.97B9.35626.
4. The Effectiveness of Local Antibiotics in Treating Chronic Osteomyelitis in a Cohort of 50 Patients with an Average of 4 Years Follow-Up. Leung AH, Hawthorn BR, Simpson AH. *Open Orthop J.* 2015 Jul 31;9:372-8. doi: 10.2174/1874325001509010372. eCollection 2015.
5. A descriptive study on the surgery and the microbiology of Gustilo type III fractures in an university hospital in Switzerland. Yusuf E, Steinrücken J, Buchegger T, Trampuz A, Borens O. *Acta Orthop Belg.* 2015 Jun;81(2):327-32.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Лечење отворених прелома потколенице спољном скелетном фиксацијом
Редовни професор Зоран В. Голубовић, Медицински факултет Ниш, Клинички центар Ниш

Otvoreni prelomi potkolenice spadaju u najteže prelome potkolenog segmenta. Najčešće nastaju u saobraćanim nesrećama, poljoprivrednom traumatizmu i strelnom ranjavanju. Otvoreni prelomi potkolenice veoma često se sreću kod politraumatizovanih bolesnika. Lečenje otvorenih preloma potkolenice obuhvata primarnu obradu rane otvorenog preloma, spoljnu skeletnu fiksaciju, antibiotsku terapiju i antitetanusnu zaštitu. U radu se prikazuje lečenje otvorenih preloma potkolenice u periodu od 2010 do 2015 godine. Analizirano je lečenje 30 otvorenih preloma potkolnog segmenta, koji su lečeni u navedenom periodu. Lečenje otvorenih preloma potkolenice prati čitav niz komplikacija, kao što se infekcija mekih tkiva, osteomijelitis, septične i aseptične pseudoartroze i amputacije ekstremiteta. Posebno su analizirane komplikacije otvorenih preloma potkolenice i njihovo rešavanje.

Број речи: 113

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

1. Golubović Zoran, Stoljković Predrag i sar. Lečenje otvorenih preloma potkolenice metodom spoljne skeletne fiksacije. Vojnosanitetski Pregled 2008; 65 (5) : 343-7. (SCI).
2. Golubović Zoran, Stanić V. i sar. Penetrating injury of the lungs and multiple injuries of lower extremities caused by aircraft bombs splinters. Vojnosanitetski Pregled 67 (8) : 688-93; 2010. (SCI).
3. Golubović Zoran, Vidić G. i sar. Treatment of open tibial shaft fracture with soft tissue and bone defect caused by aircraft bomb – case report. Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo, 138 (7-8) : 510-4. 2010 (SCI)
4. Golubović Zoran, Stoilković P, Mitković M. I sar. Višestruki prelomi kostiju ekstremiteta izazvani gelerima avionske bombe – prikaz slučaja. Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo, 138 (5-6): 362-6, 2010. (SCI).
5. Golubović Zoran, Vukašinović Z, Stanić V i sar. Spoljna skletna fiksacija ramenog zgloba nakon strelnog ranjavanja sa kompletnom destrukcijom glave humerusa – prikaz slučaja. Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo, 139 (5-6): 376 – 381, 2011. (SCI).

Организатор конгреса:
Национална асоцијација удружења здравствених радника Србије
www.nauzrs.rs/info@nauzrs.rs

All abstracts are published in the e-book of abstracts in the form in which they were submitted by the authors, who are responsible for their content.

Сви сажети су публиковани у електронском зборнику резимеа у облику у коме су достављени од стране аутора, који су одговорни за њихов садржај.