

Акредитациони број: Д-1-372/16

ОКТОБАР 2016.



ЗБОРНИК РАДОВА

АКРЕДИТОВАНИХ ПРЕДАВАЊА
СЕДМОГ МЕЂУНАРОДНОГ КОНГРЕСА
НАЦИОНАЛНЕ АСОЦИЈАЦИЈЕ УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ

ВРЊАЧКА БАЊА 05.10. – 09.10.2016.

Пленарна тема Седмог конгреса Националне асоцијације удружења здравствених радника Србије са међународним учешћем: „**Информатика у здравству**“

Предавач: Проф. др Небојша Здравковић, Факултет медицинских наука – Универзитета у Крагујевцу

**СПИСАК
АКРЕДИТОВАНИХ ПРЕДАВАЧА СЕДМОГ КОНГРЕСА
НАЦИОНАЛНЕ АСОЦИЈАЦИЈЕ УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА СРБИЈЕ
СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ**

СПИСАК ПРЕДАВАЧА

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

1. Прим.др.сци.мед Каролина Пауновић, Клинички центар Ниш
2. Субспец.судске психијатрије др Снежана Владејић, Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница
3. Струковни медицински техничар специјалиста Слијепчевић Петар, Дом здравља Алексинац
4. Струковна медицинска сестра Виолета Томић, Специјална болница за плућне болести "Озрен" Сокобања
5. Спец.клиничке биохемије др Љиљана Савић, Дом здравља Ниш
6. Специјалиста интерне медицине др Владан Миодраговић, Специјална болница "Меркур"
7. Стручни сарадник др Данијела Ђорђевић Радојковић, Клинички центар Ниш
8. Др Горан Бабичковић, Општа болница Суботица
9. Магистар медицинских наука-област епидемиологија, специјалиста хигијене др Снежана Глигоријевић, Институт за јавно здравље Ниш
10. Струковна медицинска сестра Соња Митић, Дом здравља Ниш
11. Специјалиста гинекологије и акушерства др Душан Симић, Дом здравља Ниш
12. Редовни професор, специјалиста гинекологије и акушерства др Мирјана Варјачић, Клинички центар Крагујевац
13. Струковна медицинска сестра Александра Стоилковић, Дом здравља Алексинац
14. Мед.сестра Кресемирка Петева-Јанева, МБАЛ"Св.Екатерина " ЕООД
15. Специјалиста инфектолог, др Весна Михаиловић, Клинички центар Ниш, Клиника за инфективне болести
16. Магистър, здравен мениџмънт Ива Димитрова Иванова, МБАЛ „ Сити клиник - Свети Георги” , ЕООД– Монтана
17. Специјалиста санитарно-еколошки инжењер, Тања Антић, "Sani Eco Vita" Београд
18. Преподавател по практика на специалност „инспектор по општествено здравје”, Илија Костадинов Тасев, Медицински колеж „Йорданка Филаретова” при Медицински универзитет-гр. Софија
19. Струковни физиотерапеут Милан Пешић, Институт "Нишка Бања"
20. Специјалиста - струковна медицинска сестра, дипл.еџ - економиста менаџмента у здравству, Миладиновић Бојана, Медицински факултет Ниш
21. Доктор медицине др Катарина Милићевић, Дом здравља Пожаревац

22. Специјалиста парадонтологије и оралне медицине др Ивица Глишић, Дом здравља Пожаревац
23. Специјалиста стоматолошке протетике, др Милена Костић, Медицински факултет у Нишу, Клиника за стоматологију
24. Редовни професор Проф. др Јовица Јовановић, Медицински факултет Универзитет у Нишу, Завод за здравствену заштиту радника Ниш
25. Специјалиста пластичне и реконструктивне хирургије др Ненад Сретеновић, Општа болница Пожаревац
26. Струковна медицинска сестра Марија Маринковић, Клинички центар Ниш
27. Виши зубни техничар Мирјана Мрдаковић, Зуботехничка школа -Београд
28. Специјалиста стоматолошке протетике др Наташа Божић, Зуботехничка школа Београд
29. Специјалиста патологије др Матић Стеван, Клинички центар Крагујевац
30. Струковна медицинска сестра Маријана Николић, Дом здравља Сокобања
31. Струковна медицинска сестра Сања Петровић, Дом здравља „Свети Ђорђе,, Топола
32. Специјалиста трансфузиолог, научни сарадник, Прим др сци. мед Зоран Станојковић, Завод за трансфузију крви - Ниш
33. Ванредни професор Проф. др Горан Марјановић, Клинички центар Ниш, Медицински факултет Ниш
34. Прим. др Мирјана Караџић, Институт "Нишка Бања"
35. Психијатар, субспец болести зависности др Драган Вукадиновић, Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница
36. Виша медицинска сестра Сунчица Баџић, Дом здравља"Др Милан Бане Ђорђевић" Велика Плана
37. Прим. др сц. мед. Специјалиста радиологије др Ђорђе Лалошевић, КБЦ "Драгиша Мишовић - Дедиње" Служба за радиолошку дијагностику
38. Редовни професор Проф. др Борис Ајдиновић, Институт за нуклеарну медицину Београд
39. Интерниста ендокринолог др Братислав Б. Миловановић, Специјална болница „Меркур“ Врњачка Бања
40. Виша медицинска сестра Весна Дукић, Специјална болница "Меркур" Врњачка Бања
41. Виша медицинска сестра Данијела Миодраговић, Специјална Болница "Меркур" Врњачка Бања
42. Клинички асистент др Владан Стевановић, Институт за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ Београд
43. Специјалиста ортопедије, доктор медицинских наука, др Предраг Стојиљковић, Клинички Центар Ниш Ортопедско трауматолошка Клиника

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

Секција сестара у нефрологији и хемодијализи

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Превенција хроничних хепатитиса В и С у јединицама за хемодијализу

Прим.др.сци.мед Каролина Пауновић, Клинички центар Ниш

Загорка Сладојевић, Даница Митровић,

Хронични вирусни хепатитиси В и С су значајан здравствени проблем у јединицама за хемодијализу . Хронични хепатитис С се у јединицама за хемодијализу јавља са различитом учесталошћу од 1-70 % . Северну и Западну Европу , као и Северну Америку , одликује ниска преваленција вируса хепатитиса С међу болесницима на хемодијализи и креће се до максималних 10 % . Насупрот томе медитеранске земље , Блиски Исток и Северна Африка имају значајно већу учесталост HCV инфекције у јединицама за хемодијализу и оне се крећу од 30-50 % , а највећа је забележена у Египту и износи више од 70 % .

У ситуацији када нема апсолутно ефикасне терапије и вакцине, превенција представља најважније меру у сузбијању ширења вируса хепатитиса С у одељењу хемодијализе. Превентивне мере обухватају стриктну примену општих хигијенских мера заштите и сепарацију болесника са хроничном HCV инфекцијом у посебне сале за хемодијализу.

Превенција ширења инфекције вирусом хепатитиса В ,уз опште хигијенске мере и сепарацију HbsAg позитивних болесника у посебне сале за хемодијализу , подразумева и обавезну вакцину против вируса хепатитиса В .

Спровођење вакцинације се одвија по шеми која је прилагођена за популацију болесника на хемодијализи и један је од најважнијих фактора који доприносе сузбијању инфекције вирусом хепатитиса В у хемодијализној јединици. Стриктно спровођење превентивних мера у јединицама за хемодијализу на територији читаве Европе , а нарочито у регионима са већом учесталошћу инфекција вирусним хепатитисима је резултирало значајним снижењем како преваленције , тако и инциденције , хроничног хепатитиса В и С.

Број речи: 243

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

1. Hamissi J, Mosalaei S, Yousef J, Ghoudosi A, Hamissi H: Occurrence of hepatitis B and C infection among hemodialyzed patients with chronic renal failure in Qazvin, Iran: a preliminary study. *HealthMED* 2011; 5: 301-306.
2. Seyed-Moayed A: A shield against a monster: Hepatitis C in hemodialysis patients. *World J Gastroenterol* 2009; 15: 641-646.
3. Te HS, Jensen DM: Epidemiology of hepatitis B and C viruses: A global Overview. *Clin Liver Dis* 2010; 14: 1-21.
4. Fabrizi F, Messa P, Martin P: Transmission of hepatitis C virus infection in hemodialysis: current concepts. *Int J Artif Org* 2008; 31:1004-1016.
5. Akyuz F, Besisik F, Pinarbasi B, Demir K, Kaymakogly S, Cakalogly Y, Sever MS, Okten A: The quality of life in hemodialysis patients with chronic hepatitis C virus infection. *Turk J Gastroenterol* 2009; 20: 243-246.

Психијатријска секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Форензички пацијент – пацијент или затвореник?

Субспец.судске психијатрије др Снежана Владејић, Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница

ИРЕНА ПОПОВИЋ, Владислав Миленковић,

Форензичка психијатрија као наука представља интердисциплинарни грану, која повезује психијатрију – грану медицине, са правном науком. Сам појам форензике потиче од латинске речи „форум“ и повезан је са одржавањем јавних судјења у старом Риму на форуму, где се одмах понекад и спроводила пресуда.

Развој судске психијатрије повезан је са потребом да се одреди да ли су поступци особе, који се косе са морално – етичким и друштвеним нормама, потекли са пуним сазнањем те особе и њеном способношћу да влада собом, или су на њено расуђивање и одлучивање утицали одређени фактори, који потпадају под психијатријске чиниоце.

Да би се одредила способност индивидуе да адекватно расуђује и спроводи своје одлуке у дело, као и да ли је та способност била нарушена у временски тачно одређеном периоду, спроводи се поступак судско – психијатријског вештачења. Према важећим законским прописима у нашој држави, овај поступак спроводи се комбинованом биолошко – психолошком методом, тј., потребно је утврдити да ли су код особе која је извршила неко кривично дело или прекршај постојала одређена стања (тачно дефинисана у закону) и да ли су та стања утицала, и у којој мери, на способност те особе да схвати значај свог дела и управља својим поступцима у време извршења дела за које се терети.

Уколико се утврди да је душевно здравље извршиоца кривичног или прекршајног дела било нарушено, и имало утицаја на извршење тог кривичног дела, може се изрећи једна од мера безбедности обавезног психијатријског лечења, које се разликују према врсти душевног обољења, опасности од понављања кривичног дела и томе, да ли се ради о кривичном или прекршајном поступку.

Након изрицања мере безбедности, наш закон недовољно јасно дефинише начин спровођења мере безбедности, надлежности лекара који их спроводе и не разграничава одговорности медицинског особља и надлежних правних структура у спровођењу мера безбедности. Циљ психијатрије – ресоцијализација пацијента и циљ правника – умањење опасности по друштво, у више наврата су супротстављени један другом. Иако је криминалитет психијатријских пацијената мањи од општег, они носе стигму сталне друштвене опасности, а посебно они који су већ услед болести дошли у сукоб са законом.

Овај рад има за циљ да представи начин рада са форензичким пацијентима у Специјалној болници за психијатријске болести „Горња Топоница“ и да укаже на позитивне смернице, али и на тешкоће и многобројне дилеме у свакодневном раду. Такође, има за циљ да умањи стигматизацију ових пацијената и фокусира се на њихово лечење, а не чување, то јест, да их дефинише као пацијенте, а не затворенике.

Број речи: 401

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

1. Jovanović, A. (2004.) Pravni status osoba sa poremećajem duševnog zdravlja u Srbiji. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo. 132(11/12): 448-452.
2. Zakon o izvršenju krivišnih sankcija Republike Srbije. Službeni glasnik RS, 85/2005.
3. Jovanović, A. (2004.) Sudsko-psihijatrijski aspekt shizofrenije. U "Shizofrenija na razmeđu milenijuma" Paunović, V. Medicinski Fakultet u Beogradu.
4. Higgins, N., Watts, D. Bindman, J., et al. Assessing violence risk in general adult psychiatry. Psychiatric Bulletin 29: 131-133.
5. Grann, M., Belfrage, H., Tengstrom, A., (2000.) Actual assesment of the violence risk: predictive validity of the VRAG and historical part of the HCR-20. Criminal Justice and Behavior 27:97- 114.

Секција инструментара и сестара у анестезији

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Шок и његове карактеристике

Струковни медицински техничар специјалиста Слијепчевић Петар, Дом здравља Алексинац

Увод; Системска анафилаксија данас се дефинише као тешка и за живот угрожавајућа генерализована реакција преосетљивости.

Циљ Обука сестара и техничара у реанимацијском поступку пацијената у превенцији шока или збрињавању и то раној фази шока. Могу се јавити четири стадијума системске анафилаксе. Благи осећај генерализоване топлоте, осећај пуноће у грлу уз стакласти едем увуле и отежаног гутања, локализовани ангиоедем, пруритис и уртикарија, благи гастро интестинални знаци Мука гађенје надутост, осећај недостатка ваздуха, отежаног дисања, осећај вртоглавице, што је знак да се реакција продубљује. Умерена реакција генерализована уртикарија, ангиоедем, јасан бронхоспазам(wheezing)ринореја,сузење, изражени гастроинтестинални знаци анафилаксије (повраћање, дијареја, грчевну трбуху), тахикардија, пад артеијске тензијеи појава аритмије.Тешки облици бронхоспазам, до „меких плућа“, ларингеални едемпраћен стридором, цијанозом, хипотензијом кардио аритмије, и тешки гастроинтестинални знаци системске анафилаксе. Дистрибутивни шок са изразитим падом васкуларног тонуса и иреверзибилна хипотензијаи кардиореспираторни арест пацијент је по правилу миран све до губитка свести и фаталног исхода. Важно је нагласити да претходни напад системске анафилаксе у благој или умереној клиничкој форми не искључује следећи напад у тешком облику.

Закључак Основни принципи терапије своде се на мере реанимације као што су одржавање проходности дисајних путеваи одржавање вентилације и одржавање циркулације инфузионим растворима, давање адреналина 05 мл/1000раствора им у надлакти цу или Sc 5-15 мин. до 1 мл зависно од артеријске тензије и срчане акције дати аминофилин у инфузији, кортико препарате и код хипоксије поставити ларингеал маску или ендотрахеална интубација и вентилација болесника и кардио пулмаоанална еанимација.

Број речи: 237

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

1. Anesteziologija i reanimatologija P. Lalević Beograd 1978 I izdanje
2. Jovanović Z, Marković Lj, Mirčić M, Pejak V.: Faktori relevantni za procenu stepena težine šoka. Vojnosanit. Pregled, 48:2, 142 - 145, 1991
3. Jovanović C, Dunjić S, Jankuloski A.: Vojnosanit. Pregl., 1969; 26:10,487 - 491.
4. Jovanović Z, Marković Lj, Mirčić M, Pejak V.: Faktori relevantni za procenu stepena težine ŠOKA i njihova klasifikacija. Vojnosanit. Pregled, 48:2, 142 - 145, 1991.
5. Jovanović C, Dunjić S, Jankuloski A.: Bifokalni prelomi i politrauma. Vojnosanit. Pregl., 1969; 26:10,487 - 491.
6. Melis C, Sotgiu F, Lepori M, Guido P.: stanje šoka. J. Bone and Joint Surg. 1981.63(8), 1310-1318

Пнеумофтизиолошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Хронична опструктивна болест плућа и специфичности сестринске неге код погоршања ове болести

Струковна медицинска сестра Виолета Томић, Специјална болница за плућне болести "Озрен" Сокобања

Увод: Хронична опструктивна болест плућа (ХОБП) болест је прогресивног тока и напредује брже или спорије ка терминалној фази или леталном исходу.

Она се данас налази на четвртом месту на лествици узрока смрти а 10 година се процењује да ће бити на трећем месту.

Клинички ток хроничне обструктивне болести плућа одликују фазе стабилног стања и егзацербације.

Циљ здравственог особља је да спречи колико је то могуће појаву егзацербације.

Егзацербација хроничне обструктивне болести плућа је појава у природном току болести. Одликује се променама у тежини диспнеје, кашљу и / или изгладу спутума. Егзацербација погоршава плућну функцију, погоршава квалитет живота, повећава трошкове лечења, а понекада доводи и до леталног исхода. Зато је код сваког болесника са ХОБП неопходно на време препознати знаке погоршања болести, утврдити узрок, проценити тежину погоршања и на основу тога применити правилно лечење у кућним или болничким условима.

Узроци егзацербације ХОБП су различити али су најчешћи респираторне инфекције (вирусне и бактеријске), срчана инсуфицијенција, поремећај срчаног ритма, аерозагађење, плућна тробоеболија. Главни знаци егзацербације су погоршање диспнеје, кашаљ, појава обојеног спутума као и повећање количине спутума. На основу ових знакова егзацербација може бити: блага, умерено тешка и тешка. Блага и умерено тешка се лече у кућним условима, а тешка у болничким условима.

Егзацербација болести се лечи бронходилататорима, кортикостероидима, у случају хипоксемије оксигенотерапија и антибиотицима ако се сумња на бактеријску инфекцију као узрок погоршања.

У тиму за добру процену стања болесника поред лекара који узима анамнезу и обавља физикални преглед од великог значаја су и медицинске сестре које по налогу лекара самостално обављају дијагностичке и терапијске процедуре. То су: РТГ грудног коша, ЕКГ, пулсна оксиметрија, мерење основних виталних функција (Т, срчана фреквенца, ТА, фреквенца дисања),

спирометрија, гасне анализе, примена медикаментозне (оралне и парентералне) терапије и оксигено терапије.

Да би сестра могла на време да препозна егзацербацију ХОБП она мора да обрати пажњу на: измењено стање свести, дисање, срчану фреквенцу, крвни притисак, да ли постоје едеми, температуру, кашаљ, искашљавање и изглед спутума, кожу, слузокожу усне дупље, језик, сан болесника као и могућност самозбрињавања. На основу претходне сестринске процене сестра прави план неге. Ако и поред спроведене медикаментозне и оксигене терапије не дође до

побољшања стања болесника примењује се механичка вентилација која може бити инвазивна и неинвазивна.

Прикључивање болесника на механичку вентилацију захтева посебан надзор и ангажовање медицинске сестре техничара.

Закључак: Основне мере лечења егзацербације ХОБП су лечење инфекције, сузбијање бронхијалне опструкције, елиминације секрета и адекватна здравствена нега болесника.

То подразумева добру сарадњу свих чланова тима перманентни надзор и праћење, одржавање проходности дисајних путева и спречавање компликација.

Број речи: 413

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

1. Prof.dr sc.med. Đurica Matić, Zdravstvena nega u internoj medicini, Beograd, 1998. godina.
2. Global initiative for Chronic obstructive Lung Disease, Vodič za djagnostikovanje, lečenje i prevenciju, 2007. godina.
3. Prof. dr Vesna Bošnjak-Petrović, Hronična opstruktivna bolest pluća, klinički centar Srbije, Beograd 2004. godina
4. Prof. dr sc. med. Snežana Đurica, Interna medicina, Viša medicinska škola, Beograd 2002. godina.
5. Srboљjub Sekulić, Plućne bolesti, Elit Medika, Beograd 2000. godina

Друштво лабораторијских технолога и техничара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Метаболизам воде и електролита

Спец.клиничке биохемије др Љиљана Савић, Дом здравља Ниш

Биљана Марјановић,

Све биохемијске реакције одвијају се у воденој средини па је стога она основни и универзални растварач органских и неорганских материја интра и екстрацелуларне средине. У хидролитичким реакцијама има активно учешће а у реакцијама ткивног дисања и хидроксилације је главни продукт. Има високи топлотни капацитет и високу температуру испаравања и може да апсорбује или отпусти велику количину топлоте у односу на мале промене температуре у спољашњој средини и тако практично представља врсту температурног „puferskog“ система.

Телесна вода је распоредјена у интра и екстрацелуларном одељку. Интрацелуларна вода (ИСТ) укључује воду и растворе унутар ћелије и представља средину у којој се одигравају реакције ћелијског метаболизма. Није у слободном облику, већ се налази у саставу мицела хидрофилних колоида (беланчевине) или хидратационих поља структурних макромолекула и липопротеинских комплекса ћелијске мембране. Екстрацелуларну течност (ЕСТ) чине: крвна плазма, лимфна и интерстицијска течност, вода везивног ткива, и трансцелуларна течност (ликвор, очна водица, течност бубрежних тубула, и мокраћне бешике као и гастроинтестинални секретори жлезда са спољашњим лучењем.

Телесне течности и ткива сисара одликују се константним садржајем воде и електролита. Главни катјон ЕСТ је Na^+ , док су K^+ и Mg^+ катјони ИЦТ. Главни ањони ћелије чине протеински ањони, органски сулфати, органски фосфати, слободни нуклеотиди, глицерофосфат, креатин фосфат). Ањони ЕСТ чине Cl^- и HCO_3^- . Укупна јонска концентрација у интраћелијском простору је знатно већа од јонске концентрације екстрацелуларног простора. Међутим, укупан број осмотски активних честица је идентичан с обзиром да одредјен број интраћелијских јона није слободан већ се у ћелији налази у везаном облику, што условљава њихову осмотску неактивност, односно једнаку ефективну осмоларност у интра и екстрацелуларном простору.

За промет воде и електролита одговорни су:

1. ADH (antidiuretski hormon)
2. Aldosteron
3. Sistem renin-angiotenzin-aldosteron
4. АНП ANP (atrijalni natriuretski peptid)

Електролити присутни у организму човека су подељени на макроелементе, чија појединачна количина прелази 0,01 % телесне масе, и на микроелементе (у траговима) чија је укупна количина испод 0,01% телесне масе. Макоеlemente чине катјони (Na^+ , K^+ , Mg^{++} , Ca^{++}) и ањони (хлориди, бикарбонати, фосфати и сулфати).

Натријум је главни катјон ЕЦТ и његове функције су

У одржавању и регулацији осмотског притиска крвне плазме и других ЕЦТ.

Учествује у регулацији ацидобазне равнотеже као компонента бикарбонатног и фосфатног

пуферског система.

Значајна улога је и у одржавању мембранског потенцијала и у процесу раздражења ћелијске мембране. Поремећаји у регулацији метаболизма су хипер и хипонатремија.

Калијум је главни интрацелуларни јон. Функције:

Калијум утиче на мишићну активност, нарочито срчаног мишића.

Активно регулише осмотски притисак у ћелији као главни интрацелуларни катјон, представља главни неоргански пуфер ћелија где улази у састав фосфатног пуферског система.

Делује на синтезу протеина у рибозомима и активира неке ензиме (нпр. Piruvat kinazu).

Од свих минерала калцијума има највише у организму. Функције калцијума су:

Састав чврстих ткива (кости, хрскавица, зубна глеђ, дентин, цемент)

Неуромускуларне: контрола екситабилности, ослобађање неуротрансмитера, иницијација контракције мишића, улога у коагулацији крви као коензима или IV фактора, и Са представља интрацелуларни секундарни гласник.

Магнезијум је главни катјон меких ткива. Његове су улоге многобројне: Кофактор је или активатор великог броја ензима, снижава неуромускуларну раздражљивост, учествује у активацији аминокиселина и синтези протеина, и чини структурне компоненте протеина, нуклеинских киселина и рибозома.

Хлор представља главни ањон екстрацелуларне течности његове функције су: одржавање и регулација осмотског притиска и промета воде, регулација ацидобазне равнотеже, синтеза желудачног сока, активатор неких ензима.

Бикарбонати у организму имају искључиво ендогено порекло и они улазе у састав бикарбонатног пуферског системе крвне плазме и еритроцита где доприносе одржавању ацидобазне равнотеже. Одржавање сталног рН крви омогућују пуферски системи плазме и еритроцита, бубрези и респираторни систем. Стање у којима долази до пораста концентрације H^+ јона а сто доводи до пада рН крви је ацидоза, а алкалоза је смањење концентрације H^+ јона и пораст рН крви. Према узроку тих поремећаја могу бити метаболичка ацидоза и алкалоза и респираторна ацидоза и алкалоза.

Олигоелементи су присутни у траговима али су врло важни раст и развој и нормално одвијање метаболизма. Деле се на есенцијалне и неесенцијалне од којих су многи токсични у условима пораста њихове концентрације у организму. То су: гвожђе, бакар, цинк, хром, манган, флуор, јод, стронцијум, кобалт, селен, никл и молибден.

Број речи: 534

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

1. Dočev, D. Klinička laboratorija .Medicina i fizkultura, Sofija 1984
2. Sinively, W.D: Body Fluid Disturbances. Grune and Straton Inc., New York, 1962.
3. Tietz, N.W: Textbook of clinical chemistry. W.B Sanders company, Philadelphia, 1986.
4. Underwood, E.J.: Trace elements in human and animal. Second edition, Academic Press, 1962.
5. Zilva, J.F., Panall, P.R. and Mayne, P.D.: Clinical Chemistry in diagnosis and treatment. First Edition, E. Arnold, London, 1988.

Интернистичка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Пептичка улкусна болест

Специјалиста интерне медицине др Владан Миодраговић, Специјална болница "Меркур"

Пептички улкус отворена је упала или повреда заштитног слоја и слузнице на желуцу, дванаестопалачном цреву (дуоденуму) или једњаку. Улкус настаје под деловањем хлороводоничне киселине желуца и ензима пепсина, када постоји оштећење заштитног слоја на слузници наведених пробавних органа. Данас је познато да је око 80% желудчаног улкуса и око 90% улкуса дуоденума последица упале и оштећења заштитног слоја слузнице које изазива бактерија Хеликобацтер пулори. Та бактерија несметано се задржава у желуцу због своје отпорности на желудачну хлороводичну киселину излучивањем специфичних ензима. Остали могући узроци појаве пептичког улкуса последица су дуготрајне примене нестероидних протупалних лекова и лекова против болова, као што су ацетил-салицилна киселина (аспирин), ибупрофен, диклофенак и други. Ти лекови оштећују заштитни слој слузнице пробавних органа, па заједно с деловањем желудачне хлороводичне киселине и ензима пепсина, оштећују слузницу и у дубљим слојевима изазивајући улкус. Најчешћи симптом пептичког улкуса је равномерна и тупа бол, која повремено престаје, па се онда опет појављује. Најинтензивнија је у задњој фази пробаве, кад је концентрација желудачне киселине највећа, тј. 2-3 сата након оброка, али се јавља и код празног желуца, ако је нечим потакнуто излучивање желучане киселине (нпр. глађу).

У остале симптоме можемо убрајати углавном оне који су последица успорене пробаве: надутост, подригивање, мучнина и повраћање. Први је поступак потврда пептичког улкуса на основи симптома, његова локација, величина и стање рендгенским путем и ендоскопијом, с могућом биопсијом ткива у сврху микроскопске анализе.

Како постоји разлика у лечењу пептичког улкуса код узрока бактерије Хеликобацтер пулори и осталих узрока те болести, неопходно је најпре утврдити да ли је бактерија узрок улкуса. У ту сврху обавља се претрага крви, даха, столице и ткива (код обављене биопсије). У крви и столици траже се антитела на ту бактерију, а у даху се анализира садржај посебног угљеника који се ослобађа када та бактерија разграђује уреу.

Лечење пептичког улкуса код присуства Хеликобацтер пулори у основи се своди на узимање антибиотика који уништава ту бактерију. Преписивање осталих лекова зависи од пацијента, тј. о:

- пацијентовој старости, општем здравственом стању и других болести,
- опсегу саме болести,
- подношењу појединих лекова,
- очекиваном току болести,
- пацијентовом односу према болести.

У остале лекове можемо убројати оне који смањују концентрацију желудачне киселине и оне

који облажу слuzницу заштитним слојем. У случају компликација некада је неопходно провести и хируршке захвате. Правилним лечењем постиже се излечење у око 90% случајева.

Број речи: 378

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

1. Ford, A.C., Delaney, B.C., Forman, D., Moayyedi, P. Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicobacter pylori* positive patients. The Cochrane Database of Systemic Reviews 2007, Issue 1:4-5
2. Rostom, A., Dube, C., Wells, G., et al. Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers. The Cochrane Database Systemic reviews 2007, Issue 1:8-9.
3. Stoisavljević-Šatara, S., urednik, Registar lijekova Republike Srpske sa osnovama farmakoterapije 2008. Banja Luka, agencija za lijekove Republike Srpske, 2008.
4. Malfertheiner, P., Megraud, F., O Moran, C., et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection-The Maastricht III Consensus report. Gut (published online 17. Jan 2007) doi:10.1136/gut.2006.101634.1-
5. Quan S, Frolkis A, Milne K, Molodecky N, Yang H, Dixon E, Ball CG, Myers RP, Ghosh S, Hilsden R, van Zanten SV, Kaplan GG. Upper-gastrointestinal bleeding secondary to peptic ulcer disease: Incidence and outcomes. World J Gastroenterol 2014;20(46): 17568-77.
6. Al Dhahab H, McNabb-Baltar J, Al-Taweel T, Barkun A. State-of-the-art management of acute bleeding peptic ulcer disease. Saudi J Gastroenterol 2013;19(5): 195-204

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Фармаколошка реперфузиона терапија акутног инфаркта миокарда са елевацијом СТ сегмента

Стручни сарадник др Данијела Ђорђевић Радојковић, Клинички центар Ниш

Узрок акутног инфаркта миокарда са СТ елевацијом (СТЕМИ) у највећем броју случајева је нагли прекид коронарног протока узрокован тромботском оклузијом релативно велике и проксималне коронарне артерије. Реперфузиона терапија (тх) има за циљ што раније успостављање протока крви у исхемични миокард отварањем инфарктне артерије, било фармаколошким средствима – тромболитичким лековима, или механички – примарном перкутаном коронарном интервенцијом (ПЦИ). Иако је механичка реперфузија успешнија, још увек није свима доступна, па се значајан број пацијената лечи тромболитичком терапијом. Поред тога, сама ПЦИ није довољна за одржавање протока крви, па је и пацијентима који се лече механичком реперфузијом неопходна медикаментна, пре свега антиромботска тх.

Тромболитичка тх обухвата фибринолитичку, антиромбоцитну и антиромбинску тх. Од фибринолитика, данас су у употребу стрептокиназа, алтеплаза и тенектеплаза, која је посебно погодна за прехоспиталну тромболизу, јер се даје у болусу. Најбржи развој у последњој деценији имала је антиромбоцитна тх. Први антиромбоцитни лек у лечењу СТЕМИ, који се и данас користи је аспирин, али се данас користи у комбинацији са новим антиромбоцитним лековима у двојној, а понекад и тројној антиромбоцитној терапији. Ако се пацијент лечи фибринолизом, аспирин се комбинује са клопидогрелом, са дозом увођења од 300 мг и дозом одржавања од 75 мг дневно. Ако се пацијент лечи примарном ПЦИ, аспирин се може комбиновати са клопидогрелом 600 мг у ударној дози, па 75 мг дневно за одржавање, али најновије препоруке за лечење СТЕМИ дају предност још новијим и моћнијим антиромбоцитним лековима: прасугрелу и тикагрелору. Код нас је доступан тикагрелор, који се даје у дози од 180 мг одједном, а потом 2x90 мг. Уз антиромбоцитну тх, без обзира да ли се пацијент лечи фибринолизом или примарном ПЦИ, неопходна је и антиромбинска тх, коју код пацијената са СТЕМИ чине енохапарин и нефракционирани хепарин. У препорукама је и бивалуридин, али га на нашем тржишту још нема.

Сви поменути лекови су моћни у растварању тромба и спречавају стварања новог тромба у коронарној артерији, али повећавају ризик од хеморагијских компликација, од којих су најчешћа гастроинтестинална крварења. Ризик од крварења је већи код старијих и пацијената са коморбидитетима, посебно оних са бубрежном слабошћу или претходним крварењем. Да би се број компликација смањило, неопходна је гастропротекција (пантопрозол) и модификовано дозирање лекова у ризичним популацијама пацијената.

Број речи: 365

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

1. Steg G, et al, for The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2012;1-51.
2. Abate A, Agostoni P, Biondi-Zoccai GLG. ST-segment elevation myocardial infarction: reperfusion at any cost? *Eur Heart J* 2005; 26:1813-1815.
3. Sabatine SM, Cannon PC, Gibson CM, et al, for the CLARITY-TIMI-28 investigators. Addition of clopidogrel to aspirin and fibrinolytic therapy for myocardial infarction with ST-segment elevation. *N Engl J Med* 2005; 352:1179-1189.
4. Steg PG, James S, Harrington RA, Ardissino D, Becker RC, Cannon CP, Emanuelsson H, Finkelstein A, Husted S, Katus H, Kilhamn J, Olofsson S, Storey RF, Weaver WD, Wallentin L. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with ST-elevation acute coronary syndromes intended for reperfusion with primary percutaneous coronary intervention: A Platelet Inhibition and Patient Outcomes (PLATO) trial subgroup analysis. *Circulation* 2010;122:2131–2141.
5. Jernberg T, Johanson P, Held C, Svennblad B, Lindback J, Wallentin L. Association between adoption of evidence-based treatment and survival for patients with ST-elevation myocardial infarction. *J Am Med Assoc* 2011;305:1677–1684.

Секција ургентне медицине

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

**Пријем и тријажа политрауматизованих лица
Др Горан Бабичковић, Општа болница Суботица
Татјана Зубелић,**

Број повређених који по обиму значајно одступа од уобичајеног броја за једну здравствену установу има карактер масовне несреће. Збрињавање већег броја повређених лица у кратком временском периоду захтева додатно ангажовање материјалних и кадровских ресурса као и ванредну организацију рада здравствене установе. Активирање плана организације рада у масовним несрећама од пресудног је значаја за успешно окончање изненадно насталих околности. Основ плана чини правилна тријажа којом се утврђују приоритети медицинског третмана а који се разликују у односу на уобичајене услове рада. Могућност повређивања већег броја људи у кратком временском периоду је реална и од здравствене установе се очекује припремљеност и увежбаност за такве ситуације.

Предпоставка је да повређени стижу колима СХМП те да је на терену извршена селекција повређених према приоритету указивања медицинске помоћи, али постоји могућност пристизања повређених другим средствима због чега је одма на улазу неопходно спровести тријажу повређених. Најподеснији за брзу оријентацију о повређеном је Care flight тријажни критеријум. Care flight тријажни систем за процену хитности користи следеће критеријуме: Да ли повређени хода? Да ли извршава налоге? Да ли повређени дише са отвореним дисајним путем? Да ли повређени има палпабилан радијални пулс? У односу на процену пацијенти се смештају према тријажној групи у одређену амбуланту и наставља са радом.

Број речи: 196

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

1. Tintinalli's Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide Eighth Edition, 2016
2. Koenig and Schultz's Disaster Medicine: Comprehensive Principles and Practices Cambridge University Press 2009
3. Emergency Medicine - Christopher R.H. Newton, Rahul K Khare Oxford Emergency Medicine Handbook
4. Guideline on Treatment of Patients with Severe and Multiple Injuries, German Trauma Society (DGU) 2011
5. Rosen's emergency medicine 8th edition, 2014 Elsevier

Друштво дијететичара – нутрициониста

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Снабдевањ водом за пиће у ванредним ситуацијама

**Магистар медицинских наука-област епидемиологија, специјалиста хигијене др
Снежана Глигоријевић, Институт за јавно здравље Ниш**

Вода за пиће је најстроже контролисана намирница, јер је под континуираним мониторингом овлашћених здравствених установа-института и завода за јавно здравље. Институт за јавно здравље Ниш (ИЗЈЗ Ниш) је овлашћена здравствена установа за територију Нишавског и Топличког округа која брине о заштити здравља становништва. У акредитованој лабораторији ИЗЈЗ Ниш по стандарду ИСО 17025, у редовним приликама се анализира на годишњем нивоу око 10000 воде за пиће, док је због ванредних ситуација у 2014.години тај број био знатно већи. На територији Нишавског и Топличког округа су честе ванредне ситуације везане за водоснабдевање-настају због замућења изворишта. И у другим врстама ванредних ситуација, безбедно водоснабдевање је један од приоритетних задатака јединица локалне самоуправе.

У ванредним ситуацијама, неопходно је обезбедити довољне количине хигијенски исправне воде не само за пиће, него и за припрему хране и планирање оброка. То се односи посебно на јавне објекте од виталног значаја за функционисање насеља као што су здравствена установа, школа, вртић и друго.

Институт за јавно здравље Ниш је израдио упутство за обезбеђивање безбедног водоснабдевања у ванредним ситуацијама. Добро познавање терена, водоводних система, алтернативних водних објеката, распореда хидраната, расположивих мобилних цистерни и процедура ангажовања стационарних резервоара Црвеног крста Србије је разрађено од стране стручног тима ИЗЈЗ Ниш. Захваљујући богатом искуству, стручни тим ИЗЈЗ Ниш је активно учествовао у обезбеђивању безбедног водоснабдевања и ван своје територије-током ванредних ситуација на територији Мачванског округа, Обреновца и Града Панчева.

Поред познавања теорије и законских норми, неопходно је израдити поред акционих планова и конкретне процедуре, које ће олакшати реаговање у ванредним ситуацијама како јединици локалне самоуправе, тако и дијететичару.

Број речи: 289

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

Секција кућне неге

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Свеобухватна процена симптома у палијативном збрињавању
Струковна медицинска сестра Соња Митић, Дом здравља Ниш

Процена пацијената у палијативном збрињавању усмерена је на ублажавање патње. Патња може да има физичке, психолошке, социјалне и духовне компоненте. Процена мора да укључи све ове аспекте стања и искуства пацијента. Свеобухватна процена се разликује од традиционалних медицинских процена. Процена пацијента у палијативном збрињавању разликује се од других врста клиничке процене јер је њен циљ и ублажавање патње. Стратегија за ублажавање патње код пацијената којима се ближи крај живота треба да се заснивају на свеобухватној процени пацијента као целовите личности. У том смислу, неопходно је препознати и прихватити да искуство болесника са болешћу има више димензија. Ублажавање патње је важно колико и излечење контрола болести и изискује тимски приступ. Спровођење свеобухватне процене патње пацијента је значајно јер је олакшање патње једнако важан медицински циљ као и лечење и контрола болести. Свако члан тима за палијативно збрињавање игра посебну улогу у овој процени. Свако од њих у обављање задатка уноси специфичне вештине и пацијент можеса различитим члановима тима да разговара на различите теме. Оздрављење се традиционално дефинише као излечење пацијента од болести. Пацијентима са прогресивном болешћу, чији се живот ближи крају, потребно је оздрављење које подразумева више од тога. Умирање може бити период личног развоја и „оздрављења“. Емпатија коју медицинска сестра показује када настоји да разуме како се неко осећа, топлина којом зрачи и поверење које показује пацијенту даје наду и храброст да се суочи и нос са ситуацијом у коју се налази.

Број речи: 236

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

1. Backonja M (2003) .Defining neuropatic pain. Anesthesija&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)

Суплементација у трудноћи

Специјалиста гинекологије и акушерства др Душан Симић, Дом здравља Ниш

Суплементација није намењена само женама у периоду гравидитета.

Суплементација је препорука, а често и неминовност, поготово у случајевима када:

- Трудница носи два или више плода
- Интолеранције на лактозу
- Неадекватна исхрана
- Пуши, пије алкохол или користи недозвољена сретства
- Адолесцент

У глобалу најидеалније је кренути са суплементацијом пар месеци пре остварене трудноће, у току самонг гравидитета, као и у периоду дојења.

Енергетске потребе у трудноћи расту до 300 Кцал/дану, али су тако потребе за витаминима и минералима далеко веће.

Препоручени дневни унос најбитнијих нутрижената у трудноћи расте за:

- Фолну киселину за 30%
- Гвожђе за 50%
- Тиамин, ниацин, рибофлавин, б12 27-29%

С обзиром на толику несразмеру између повећаних калоријских потреба и потреба за појединачним нутриентима, жена би у току трудноће требало да уноси енормне количине хране.

Исто тако у периоду лактације расте потреба за хранљивим материјама.

Здрава дојилца дневно, у првих 4-6 месеца, производи око 400-650 мл млека.

Макро елементи углавном остају стабилни, док минерали се заиста у млеку одржавају до максималних граница уредним, што временом и продужењем дојења, исцрпљује резерве мајке.

Такође је битан и период пре затрудњавања.

Наиме, доказано је крозбројне студије да коришћење фолне киселине у месецима пре затрудњавања као и пар месеци по затрудњавању, смањује ризик од оштећења неурале цеви за 70%.

Закључак је да је, свакако искоришћење хранљивих нутритивних из хране најбоље, али да је суплементација не само препорука, већ врло често неопходност.

Број речи: 211

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.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Хипертензивни синдром у трудноћи

**редовни професор, специјалиста гинекологије и акушерства др Мирјана Варјачић,
Клинички центар Крагујевац**

Прееклампсија је специфични синдром за трудноћу који се карактерише повишеним крвним притиском и протеинуријом. Компликује око 8 % трудноћа и један је од водећих узрока повећаног матерналног и неонаталног морбидитета и морталитета.1Повећан перинатални морталитет и морбидитет у овој групи трудница узрокован је застојем у расту фетуса, превременим порођајем са малом порођајном тежином неонатуса, препарталном асфиксијом. Повећан морбидитет и морталитет мајки са хипертензивним поремећајем у трудноћи узрокован је чешћим абрупцијама постелице, инсуфицијенцијом функције бубрега и јетре, конвулзијама.2Инциденца у свету износи 2-7%, а код нас 5,3%. Етиологија је непозната, зове се и „болест теорија“. Еклампсија је најтежи облик који представља појаву конвулзија или коме у присуству симптома прееклампсије. У основи свих патофизиолошких збивања је постелица. Због недовољно јасних патофизиолошких збивања и терапијски поступци су недовољно јасни.Постоји широк дијапазон предлаганих терапијских процедура. Велики број антихипертензивних студија испитивао је много лекова, хиљаде трудница укључено је у клиничке студије, али најбоља терапијска процедура још није презентована. У употреби су: централно делујући алфа2 адренергички агонисти(Метил-допа), периферно делујући антагонисти адренергичких рецептора (Лабеталол,Атенолол), блокатори калцијумових канала (Нифедипин), директни вазодилататори (Хидралазин). Некада суверени у терапији диуретици данас немају место у терапији прееклампсије, а примена АЦЕ инхибитора у трудноћи је контраиндикована због негативних утицаја на фетус у другом и трећем триместру трудноће.3И поред великог броја антихипертензива који су доступни у основи терапијског приступа овом поремећају је превенција.У циљу превенције испитиван је ефекат физичке активности, унос соли и протеина, надокнада магнезијума и цинка, повећан унос рибљег уља и калцијума, ниских доза аспирина, антиоксиданаса (вит. Ц и Е).У случају тешких облика прееклампсије коришћене су различите комбинације наведених лекова и ниједна се није издвојила као доминантна. Превремени порођај се наметнуо као добра одлука, у интересу мајке, код тешких облика прееклампсије пре 34 недеље гестације.4,5,6,7.

Број речи: 286

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

1. Goodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: sector wide approaches be the key. *Br Med J* 322:917-920, 2001.
2. Hill K, AbouZahr C, Wardlaw T. Estimates of maternal mortality for 1995. *Bulletin of the World Health Organization* 182-193, 2001.
3. Alwan S, Polifka JE, Friedman JM. Angiotensin II receptor antagonist treatment during pregnancy. *Birth defects Res A clin Mol Teratol* 73:123-130, 2005.
4. Varjačić M.: "Urgentna stanja u ginekologiji i akušerstvu" u *Hitna stanja u medicini*, Poskurica M. i sar. izdavač Medicinski fakultet u Kragujevcu, 2006.
5. Duley L. Pre-eclampsia and the hypertensive disorders of pregnancy. Resource center for Randomised Trials, Institute of Health Sciences, Headington, Oxford, UK. *British Medical Bull* 67: 161_176, 2006.
6. Folić M., Folić N., Varjačić M., Jakovljević M. And Janković S. Antihypertensive drug therapy for hypertensive disorders in pregnancy. *Acta Medica Medianae* 47(3); 65-72, 2008.
7. Folić M, Janković S, Varjačić M, Folić M. Effects of methyldopa and nifedipine on uteroplacental and fetal hemodynamics in gestational hypertension. *Hypertension in pregnancy* 2012; 31(1): 31-9.

Педијатријска секција

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

**Здравствена нега деце са обољењима бубрега и мокраћне бешике
струковна медицинска сестра Александра Стоилковић, Дом здравља Алексинац**

Здравствена нега је базична дисциплина у науци и пракси медицинских сестара, чији је предмет и интересовање неговање здравља људи у интерактивном односу са њима, на свим нивоима њихове старости, у зависности од потреба за негом, уз примену свог специфичног знања, искуства, вештине и стручних компетенција, као и уз деловање личности медицинске сестре.

Главне фазе процеса здравствене неге су :

- утврђивање потреба болесника за негом
- стварање сестринске дијагнозе
- планирање неге
- реализовање планираних активности
- евалуација

Бубрези су парни органи, који представљају централни део уринарног система. Смештени су у ретроперитонеалном простору на задњем зиду абдомена, и налазе се са обе стране кичменог стуба. Медијална страна овог органа садржи улазни отвор или бубрежни хилус који води у бубрежну дупљу (*sinus renalis*), а кроз који пролазе крвни и лимфни судови, нерви и мокраћовод.

Основна функционална јединица бубрега је нефрон. Сваки бубрег се састоји од преко милион нефрона, и сваки од њих може потпуно самостално да ствара мокраћу. Човек може да живи док му је функционална барем 1/3 нефрона.

Akutni glomerulonefritis представља најчешћу болест гломерула код деце, а настаје 1 - 3 недеље након прележане инфекције горњих дисајних путева или кожных инфекција. Болест може бити веома блага, али и веома тешка и опасна по живот. Осим неспецифичних симптома, као што су: малаксалост, анорексија, фебрилност, главобоља, бол у абдомену или лумбалној регији, ову болест карактеришу и: едеми, хематурија, протеинурија, олигурија, цилиндрурија и хипертензија.

Здравствена нега код акутног гломерулонефритиса

Пацијентови проблеми и сестринске дијагнозе;

- Развој компликација које могу угрозити живот болесника (*hipertenzivna enefalopatija*, *srčana insuficijencija sa znacima edema plića*, *akutna renalna insuficijencija*).
- Смањено излучивање урина у вези са гломерулском дисфункцијом.
- Повећан волумен течности повезан са инсуфицијенцијом бубрега, манифестује се стварањем едема
- Главобоља и нелагодност повезана са повећањем токсина у крви.
- Измењена исхрана, мања од телесних потреба због анорексије.
- Забринутост због неизвесног тока болести и хоспитализације.
- Неактивност или смањена активност због замора, узрокована болешћу.
- Недостатак знања у погледу тока и лечења болести.

- Непридржавање прописане дијете.

- Измењен раст и развој у вези са ефектима продужене хоспитализације.

Сестринске интервенције:

- Обезбедити лежање и мировање детета у кревету како би се олакшао рад бубрега код оболеле деце, све док трају патолошке промене у мокраћи и хипертензија, потребно је мирно лежање у кревету.

- Обезбедити адекватну исхрану у сагласности са препорукама лекара..

Закључак: Од укупног броја испитаника већина истиче да деца делимично сарађују са здравственим радницима и да делимично прихватају промене везане за начин исхране, па је с тога битно да медицинске сестре деци са највећим стрпљењем и на њима прихватљив начин објасне зашто је веома важно да сарађују и да се правилно хране.

Број речи: 447

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

1. Тијанић М., Ђурановић Д., Радић Р., Миловић Љ.,: Здравствена нега и савремено сестринство, Београд 2008год.
2. Анђелковић, А.Стајковац, А.Илић: Анатомија и физиологија, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 2000.год.
3. Здравствена нега деце, Б.Путниковић, М.Терзић, С.Мазич: Здравствена нега деце
4. Здравствена нега , Кулић Љ., ВМШ струковних студија М.Миланковић, Београд 2011.
- 5.Мардешаић Д. и сарадници: Педијатрија, Школска књига, Загреб, 2005.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Профилактика на гръбначните изкривявания при деца в начална училишна възраст

**мед.сестра/ отговарящ за цялостната дейност на Оптика с очен кабинет
Кресемирка Петева-Янева, МБАЛ"Св.Екатерина " ЕООД**

Профилактика на гръбначните изкривявания в детска възраст, гарант за създаване на здраво поколение нацията. Създаването на правилна двигателна култура и подържането и още в детска възраст е претоварка за изграждане на неправилно организиран дневен двигателен режим, съобразен с възрастта на индивида. Значително ранно тодиагностиране на отклоненията в детска възраст, създават възможност за коригиране на гръбначните деформации. Хармонично то физическо развитие в тази възраст, създава благоприятни условия за нормално функциониране на органите и системите при всяко дете.

Грижата на здравните професионалисти са свързани само с естетика на правилната стойка у децата, а и със създаването на двигателна култура за силни, здрави и хармонично развити, личности - наследници на рода и нацията.

Број речи: 45

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 четвѣрта научно-технолошка сесија – Софија. „Интердисциплинатата идеја во дејствие“; Стр. 104-110.
2. Богданова, К., Д. Благоева, П. Кантарева, С. Георгиева. 2014. Ролята на медицинската сестра во профилактиката на остеопорозата, Трета научна сесија 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 со возрастни хора во болнична обстановка. Тридесет и четвѣрта научно-технолошка сесија – Софија. „Интердисциплинатата идеја во дејствие“; Стр. 111-115.
4. Вентафрида, В. 1996. Палиативни грижи – нова реалност во медицината. Во кн. Въведение во палиативните грижи, Фондација „Борба со рака“, С., стр.3-7
5. Иванов, Евг., Р. Радева. 2015. Квалитетот на здравното обслужување 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.

Дерматовенеролошка са инфектолошком секцијом

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Превенција ХИВ-а вертикалне трансмисије инфекције

**Специјалиста инфектолог, др Весна Михаиловић, Клинички центар Ниш,
Клиника за инфективне болести**

Соња Паравина, Гордана Стевовић,

Перинатална (Вертикална трансмисија) за ХИВ инфекције је у опадању од појаве специфичне АРВ терапије и елективног царског реза. Почетком деведесетих година прослог века вертикална трансмисија ХИВ-а је износила 15%, док је последњих година око 2%. Такође постпартална инфекција новорођенчета се може спречити, уколико мајка не доји дете. Са упознавањем ХИВ-инфекције и осавремењавањем АРВ терапије, мењали су се и принципи за профилаксу у трудноћи. Према најновијим подацима трудноћа више не представља контраиндикацију за примену АРВ терапије.

Добро је познато да је АРВ терапија обавезна у трудноћи уколико је: 1. Број ЦД4 Ли <350, 2. вируса 50000-100000 ц / мл, спроводи се код свих трудница. Током трудноће обавезан је праћење концентрације хемоглобина, аминотрансфераза ЦД4 Ли и ПЦР ХИВ РНК вируса. Препоручена терапија је АЗТ + ЗТЦ и / или неверапин, обзиром да та је комбинација лекова најмање токсична и потпуно пролази трансплацентарну баријеру.

Са аспекта тератогености АРВ лекова још увек нису рађене студије на хуманој популацији али се закључује после многих експеримената на животињама да је тератогеност минимална и односи се на поједине лекове. Препорука је да одмах по рођењу новорођенче наставља са постнаталном профилаксом АЗТ током 4 недеље.

Захваљујући благовременој примени АРВ терапије у трудноћи ХИВ-инфициране жене, као и применом препоручених мера постнаталне терапије, може се спречити ХИВ-инфекција новорођенчета.

Број речи: 218

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

1. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of HIV type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994; 331:1173-80.
2. European Collaborative Study. Levels and patterns of neutrophil cell counts over the first 8 years of life in children of HIV-infected mothers. *AIDS* 2004; 18: 2009-2017.
3. European Collaborative Study. Mother- to- child transmission of HIV infection in the era of HAART. *Clin Infect Dis* 2005; 40: 458-65.
4. Galli L, Puliti D, Chiappini E, et al. Is the interruption of antiretroviral treatment during pregnancy an additional major risk factor for mother-to-child transmission of HIV type 1? *Clin Infect Dis* 2009; 48: 1310-17
5. Chi BH, Sinkala M, Mbewe F, et al. Single-dose tenofovir and emtricitabine for reduction of viral resistance the non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor drugs in women given intrapartum nevirapine for perinatal HIV prevention: an open-label randomised trial. *Lancet* 2007; 370:1698-705.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Ролята на стандартните предпазни мерки за превенција на нозокомиални инфекции

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

Превенцијата на нозокомиалните инфекции има за цел преку свана на веригата на инфекцијата чрез универзални (стандартни) заштитни мерки, дополнителни (изолационни) мерки и заштитни мерки при мунокомпромитирани пациенти.

Стандартните предпазни мерки вклучуваат комплексот безбедна метода на работа и лични предпазни средства со бариерни функции.

Задолжителното прилагане на комплексот стандартни предпазни мерки при грижата за пациентите е осигурена висока степен на заштита на пациенти, персонал и трети лица.

Превенцијата на нозокомиалните инфекции (ВБИ) е отговорност на целиот персонал на лечебното заведение: лекари, медицински специјалисти, фармацевти, немедицински персонал

Дасе установи степен на информираност на медицинскиот персонал односно ролята на стандард. Објект: 49 медицински специјалисти

Предмет:

Знанијата на медицинските специјалисти за ролята на стандартните предпазни средства при превенција на ВБИ

Постановка на проучувањето: Социолошко проучување

Место на провеждане:

СБАЛНБ “Свети Георги” – Монтана

МБАЛ “Акта Медика” – Севлиево

ДКЦ “Акта Медика” - Севлиево артните предпазни мерки и тяхното прилагане за превенција на ВБИ

Број речи: 45

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

1. Григорова И., С. Цветкова, Влияние на психо-социалната атмосфера на работното место 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
2. Джей, Р., Ръководство на мениджъра, С., 2001
3. Стратегия за развитие на здравните грижи в РБългария 2013 – 2020 г.
4. Цветкова, С., Психология на управлението, Пл., 2014
5. Aubert, N. et etc. Management. PUF, Paris, 1991

Друштво санитарно – еколошких инжењера и техничара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Анимални отпад као део еколошке свести

Специјалиста санитарно-еколошки инжењер Тања Антић, "Sani Eco Vita" Београд

Анимални отпад представља велики проблем за животну средину, самим тим и има велики утицај на здравље људи. Оваква врста отпада, као органска материја, брзо се разграђује у спољашњој средини. Услед процеса распадања, поред стварања гасова непријатног мириса, долази и до

загађења ваздуха, воде и земљишта.

Јака сточна индустрија је од суштинског значаја за економску стабилност свих земаља, одрживост многих руралних заједница, али и здраве и квалитетне хране. Међутим, све већи развој ове индустрије доприноси повећању негативног утицаја на здравље људи и животну средину.

Решење проблема који су овде истакнути везаних за сакупљање, превоз и правилно одлагање анималног отпада, постоји у изградњи спалионица мањих капацитета које су технолошки савременије и еколошки прихватљивије.

Број речи: 127

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

1. Uticaj koncentracije fosfora I putevi njegovog izlučenja, Morse, D., H.H. Head, C.J. Wilcox, H.H. VanHorn, C.D. Hissem, and B. Harris, Jr, 1992, J. Dairy Sci. 75:3039-3049.
2. Efekti dijetetskih protein na izlučenja i karakteristike laktacije krava na azotna đubriva, Tomlinson, A.P., W.J. Powers, H.H.
3. VanHorn, R.A. Nordstedt, and C.J. Wilcox, 1996, Trans. ASAE 39:1441-1448.
4. Animalni otpad, preuzeto sa <http://www.epa.gov/region9/ag/dairy/tech/dairy-input.html>
5. Methemoglobinemija, <http://www.stetoskop.info/Methemoglobinemija-843-c26-sickness.htm>

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

**Обобщени резултати за квалитет на водите за купане за периода 2011-2014.г.
Преподавател по практика на специалност „инспектор по општествено здравје“
Илија Костадинов Тасев, Медицински колеж „Йорданка Филаретова“ при
Медицински универзитет-гр. Софија**

Изискванията за квалитет на водите за купане (топаводите, открити водни площи, използвани масово от хората за купане – море, язовири, реки, езера) са регламентирани в Директива 2006/7/ЕО за управление на квалитет на водите за купане и изискват провеждане на ежегодна мониторинг. По Българското Черноморско крайбрежие зоните за купане са 89 на брой, а общо за страната са 93. Във всяка от тях има пункт за взимане на проби, с точно определени географски координати.

Резултатите от провежданите мониторинги за всяка зона за купане се обобщават след края на съответния сезонна база данни за всички проведени изследвания в зоната за купане по два микробиологични показателя – чревни ентерококи и ешерихии коли. Настоящото проучване предоставя данни за квалитет на водите за купане за периода 2011-2014 г. на базата на което е направено първоначално класифициране на зоните съобразно европейските изисквания.

Број речи: 47

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

1. Григорова И., 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
2. Джей, Р., Ръководство на мениджъра, С., 2001
3. Стратегија за развитие на здравните грижи в РБългария 2013 – 2020 г.
4. Цветкова, С., Психологија на управлението, Пл., 2014
5. Aubert, N. et etc. Management. PUF, Paris, 1991

Друштво физио и радних терапеута

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Физиотерапија паркинсонове болести

Струковни физиотерапеут Милан Пешић, Институт "Нишка Бања"

Бранислав Јовановић,

Увод - Извођење аутоматских покрета и покрета који се понављају поремећено настају као резултат фундаменталних проблема са унутрашњом контролом пацијента. Примена стратегија комплексне (аутоматске) активности представља бројне засебне елементе који се спроводе у одређеном броју секвенци и састоје од релативно једноставних се покрета. На тај начин, сложени покрети се организују у виду активности која се свесно спроводи а избегавају дуални задаци током комплексних (аутоматских) активности у свакодневном животу.

Циљ третмана је стимулисање увида у оштећења функција и ограничености у активностима, посебно у погледу држања тела и покретању.

Методологија - Свесно нормализовање држања тела чини увежбавање лежерних и координисаних покрета, пружање повратних информација и савета. Програм за вежбања заснива се на осам принципа, обухватајући седам фаза - од лаке (лежећи положај) до тешке (стојећи положај). Држање тела и оптимизација равнотеже приликом обављања активности побољшава се вежбама за равнотежу, у којима је пацијент научио да корисити визуелне и вестибуларне повратне информације, јачање мишића колена (флексори и екстензори) и мишића чланка до 60 % од максималне снаге. Побољшање хода постиже се применом стратегије сигнализације и когнитивног кретања, давање инструкција и јачање снаге и мобилности мишића трупа.

Резултати - Стратегије когнитивног кретања могу да се користе после блокаде или периода престанка хода. Заустављање при ходању може се делимично превенирати применом ритмичких, периодичних сигнала и свођењем инструкција на минимум. Важно је проценити стање пацијента после одређеног временског периода. Због прогресивне природе паркинсонизма за пацијенте је битно да остану активни. Закључак - Ефекти физичке активности постају видљиви након годину дана. Физиотерапеут треба да подстакне пацијента да настави са вежбањем и након завршетка третмана.

Број речи: 259

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

1. Michael J. Fox Foundation for Parkinson's Research
2. Parkinson's disease - Mayo Clinic
3. <http://www.parkinsons.org.uk/>
4. The Parkinson's Institute and Clinical Center, Sunnyvale, CA 94085
5. Freire C, Koifman S (October 2012). "Pesticide exposure and Parkinson's disease: epidemiological evidence of association". *Neurotoxicology* 33 (5): 947–71. doi:10.1016/j.neuro.2012.05.011. PMID22627180.

ОРЛ секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

**Формирање сестринских дијагноза у секундарној здравственој заштити
Специјалиста - струковна медицинска сестра, дипл.ецц - економиста менаџмента у
здравству Миладиновић Бојана, Медицински факултет Ниш**

ПЗН је научно заснован систем рада медицинске сестре, усмерен на идентификовању и решавању потреба појединаца, породице и заједнице за негом, које произилазе из њихових реаговања на здравствени проблем и друге животне ситуације у вези са здрављем.

Али дефинисати квалитет је доста тешко. Према међународном стандарду ИСО 8402, квалитет је скуп свих карактеристика неког ентитета које се односе на његову могућност да задовољи исказане потребе које се подразумевају.

Циљ рада:

Указати младим медицинским сестрама на важност нове методе ЗН и формирање сестринских дијагноза из психофизичке анализе и нарушених здравствених потреба код лежећих болесника.

Методологија:

Метода је истраживачка и научна

Анализа нарушених здравствених потреба и психофизичког стања.

Инструмент: здравствена документација

Резултати:

На основу нарушених потреба болесника почиње процес прикупљања података, анализа и синтеза истих, процена њихових вредности, издвајање приоритета проблема, индуктивни дедуктивни пут разматрања истих и закључивање постојећег проблема као и његово претварање у актуелну или потенцијалну сестринску дијагнозу. Затим доносимо одлуку за издвајање и третирање здравственог проблема по хијарархији приоритета и решавамо га самостално, нпр. назив: поремећен ритам сна, етиолошки фактор би био у вези са предстојећом операцијом а карактеристика би била често буђење са изјавом да се боји исхода операције.

Закључак:

Сестринска дијагноза треба да буде јасна, прецизна и кратка, да сугерише сестринске активности. Формулација сестринске дијагнозе омогућава следеће: прати токове задовољења потреба за негом, прати постигнуте циљеве неге и вреднује сестринске интервенције и омогућава развој сестринске професије на виши ниво.

Број речи: 240

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 bowel diseaser. 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)

Значај и сарадња доктора медицине и стоматолога у превенцији и лечењу болести усне дупље код онколошких пацијената

**Доктор медицине др Катарина Милићевић, Дом здравља Пожаревац
Мирјана Јанковић,**

Увод: Орално здравље је важан сегмент општег здравља сваке популације, а посебно је важан код специфичних група људи који су под посебним ризицима у склопу свог основног обољења. Велику и важну групу у популацији данашњице представљају онколошки пацијенти. Њихово основно обољење је само по себи специфично и посебан је проблем при било ком медицинском, а посебно при стоматолошком третману. Осим промена које су проузроковане самом болешћу, специфична терапија и њени нежељени ефекти на организам, а самим тим и усну дупљу су терапијски изазов сам по себи. Ове промене могу да дају манифестације у усној дупљи у склопу примарних промена, али и као секундарне манифестације малигне болести или компликације терапије. Као такве оне могу да захвате све структуре у усној дупљи: гингиве, зубе, меко и тврдо непце, букалну слузницу.... Како је животни век ових пацијената продужен због напредовања медицине и иновација у области онкологије, тако је и учесталост оваквих проблема у ординацијама доктора медицине и стоматолога све већа. Опсежност и озбиљност ових промена се креће у широком дијапазону, од благих тегоба, па до оних које могу угрозити живот пацијента и самим тим је познавање ових промена веома важна за квалитетан рад и доктора медицине и доктора стоматологије.

Циљ рада: Сагледавање типова и опсежности промена у усној дупљи код онколошких пацијената и могућности превенирања њиховог настанка као и могућности третмана.

Методе: Приказ случаја.

Резултат: Упознавање са значајем сарадње доктора медицине и стоматолога у превенцији и лечењу болести зуба и уста код онколошких пацијената.

Закључак: Од изузетне је важности сарадња доктора медицине и стоматолога у превенцији и лечењу болести уста и зуба код онколошких пацијената. Раном откривањем ових проблема могуће је спречити настанак или ублажити већину симптома ових стања, што је посебно значајно у побољшању квалитета живота ових пацијената. Уколико се, пак предуго чека, неки од ових проблема могу оставити трајне, па чак и по живот угрожавајуће последице.

Број речи: 292

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

1. Hermanek P, Sobin LH. TNM Classification of Malignant Tumours, UICC International Union Against Cancer. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, 3987
2. William C, Lawrence E. Management of oral mucositis during local radiation and systemic chemotherapy: A study of 98 patients. J Prosthet Dent 1991;
3. Sonis S. T. Oral complication of cancer therapy. In: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. Cancer: principles and practise of oncology, 4th ed Philadelphia: JB Lippincott 1993;
4. Стоматолошки третман оралних компликација у току радијационе терапије тумора главе и врата; Д.Даковић, Б.Љушковић, Н.Јовић, Д.Милеуснић- Клиника за стоматологију ВМА Бгд, Клиника за МФХ ВМА Бгд, Клиника за радиологију ВМА Бгд; ИР Стоматолошки гласник С 2002,49:106-109
5. Малигни тумори усне шупљине са посебним освртом на савремене концепције лечења; Зборник радова X стоматолошке недеље; Стоматолошки гласник Србије, 1975.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Орално здравље психијатријских болесника

**Специјалиста парадонтологије и оралне медицине др Ивица Глишић, Дом здравља Пожаревац
Слободан Петровић,**

Увод: Здравље уста и зуба и опште здравље нераскидиво су повезани. Орално здравље је одраз општег здравственог стања особе, узимања лекова, штетних навика и начина исхране. Јасно је да бројне системске болести и стања, као и многе медикаментозне терапије, имају оралне манифестације. Такође, постоји однос оралног здравља и квалитета живота. Здравље уста и зуба утиче на исхрану, говор, سموпоштовање, узајамно деловање у друштву, образовање, развој каријере и емоционално стање и стога је тесно повезано са благостањем и квалитетом живота када се мери у функционалној, психолошкој и економској димензији. Обољења уста и зуба су значајан укупан друштвени терет који настаје као резултат лошег здравља

Циљ рада: Сагледавање типова и опсежности промена у усној дупљи код психијатријских пацијената и могућности превенирања њиховог настанка као и могућности третмана.

Методе: Приказ случаја.

Резултат: Упознавање са значајем сарадње доктора спец. неуропсихијатра и стоматолога у превенцији и лечењу болести зуба и уста код психијатријских пацијената.

Закључак: Раним откривањем ових проблема могуће је спречити настанак или ублажити већину симптома ових стања, што је посебно значајно у побољшању квалитета живота ових пацијената. Узнапредовала орална обољења често се срећу код људи са психотичним поремећајима из неколико разлога. Због основне болести, код особа са психотичним поремећајима долази до измене понашања, социјални контакти су занемарени, брига за опште и орално здравље је смањена и долази до формирања незадовољавајућих здравствених навика, које се огледају и у занемаривању или одсуству одржавања оралне хигијене што је нарочито изражено код хоспитализованих болесника. Истраживања у свету и код нас су показала да ова популација, у односу на општу популацију, има више екстрахованих зуба, мање пломбираних зуба, више несанираних зуба с каријесом, већу распрострањеност обољења пародонцијума, знатно нижи ниво оралне хигијене и чешћу појаву сувоће уста, жарења и пецкања у усној дупљи, задаха из уста и поремећаја чула укуса. Камен темељац стратегије лечења болести уста и зуба код особа са психотичним поремећајима је превентивна стоматолошка едукација. Орално здравље особа са психотичним поремећајима може се побољшати путем превентивних стоматолошких програма, чији је циљ побољшање понашања ове популације у области оралне здравствене заштите. Али сваки превентивни програм за унапређење оралног здравља захтева модификацију у значајном степену да би могао да се прилагоди потребама ове специфичне популације.

Број речи: 355

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

1. Svetska zdravstvena organizacija. ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, 1992.
2. Stefan M, Travis M, Murray R. An atlas of schizophrenia. The Parthenon Publishing Group, 2002.
3. Adamović V, redaktor. Enciklopedija psihijatrije. Beograd: Nolit, 1990.
4. World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization, 2002.
5. Republički statistički zavod. Komunikacija br. 295, br. LI. 2002.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Преосетљивост на акрилате

Специјалиста стоматолошке протетике, др Милена Костић, Медицински факултет у Нишу, Клиника за стоматологију

Мирјана Јанковић,

Акрилатни материјали сматрају се биолошки прихватљивим, што оправдава њихову широку примену у медицини и стоматологији. Ипак, постоје бројни докази штетног дејства појединих компоненти акрилатних материјала на организам, како на локалном, тако и на системском нивоу.

Нежељени ефекти везани за акрилатне материјале су, у највећем броју случајева, локалног карактера и манифестују се као хеилити и стоматити, жарења и печења у устима, болне сензације различитог интензитета и кандидијаза. Описане промене чешће су код пацијената чија је слузокожа усне дупље већ инфицирана, упаљена и оштећена разним лековима или повраћањем. Највећи број иритација у усној дупљи врло брзо нестаје уколико се њихов узрочник уклони. Хронични протетски стоматити су знатно ређи и јављају се, углавном, код старијих пацијената у виду фиброзне хиперплазије. Хронична иритација зубном протезом, врло ретко, може довести и до развоја карцинома усне дупље.

Системске реакције пацијената на зубне надокнаде од акрилата су ретке и манифестују се у виду респираторних и гастроинтестиналних дисфункција, као и генерализованих дерматолошких реакција, најчешће уртикарије.

Преосетљивост на акрилате забележена је код чак 17% носиоца зубних протеза. Имунолошка реакција се везује за неполимеризовани метил метакрилат, тако звани резидуални мономер, али и остале компоненте ових материјала, као што су бензоил-пероксид, хидрохинон и умреживачи. Слабија полимеризација карактеристика је хладно полимеризујућих акрилата.

Алергијске реакције на акрилате срећу се и код стоматолошког особља, посебно зубних техничара. Подаци из литературе говоре да, у данашње време, на акрилате имунолошки реагује чак 20 до 40% зубних техничара. Реакције на акрилате могу бити врло озбиљне, радно онеспособити или животно угрозити особу која је у сталном контакту са материјалом. Заштитне рукавице не обезбеђују увек адекватну заштиту приликом обраде акрилата. Због могућности инхалације честица и мономера акрилата, неопходно је ношење заштитне маске приликом њихове припреме и обраде.

У циљу побољшања биолошких карактеристика надокнада израђених од акрилата препоручује се њихово потапање у воду собне температуре 3-7 дана пре предаје протезе пацијенту. У свакодневном раду предност треба дати топло полимеризованом акрилату и где год је то могуће избегавати хладно полимеризујуће материјале. У случају доказане алергије на поли (метил-метакрилат) треба користити хипоалергијске акрилате или базу протезе израдити од метала.

Број речи: 337

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

1. Jorge JH, Giampaolo ET, Vergani CE, Pavarina AC, Machado AL, Carlos IZ. Effect of microwave postpolymerization treatment and of storage time in water on the cytotoxicity of denture base and relined acrylic resins. *Quintessence Int* 2009; 40(10): 93-100.
2. Zamperini CA, Machado AL, Vergani CE, Pavarina AC, Giampaolo ET, da Cruz NC. Adherence in vitro of *Candida albicans* to plasma treated acrylic resin. Effect of plasma parameters, surface roughness and salivary pellicle. *Arch Oral Biol* 2010; 55(10): 763-770.
3. Melilli D, Curro G, Perna AM, Cassaro A. Cytotoxicity of four types of resins used for removable denture bases: in vitro comparative analysis. *Minerva Stomatologica* 2009; 58(9): 425-434.
4. Ebadian B, Razavi M, Soleimanpour S, Mosharraf R. Evaluation of tissue reaction to some denture-base materials: an animal study. *J Contemp Dent Pract*. 2008; 9(4): 67-74.
5. Wataha JC. Principles of biocompatibility for dental practitioners. *J Prosthet Dent* 2001; 86: 203-209.

Секција медицина рада

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Јонизујуће зрачење

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

Здравствени радници могу бити изложени јонизујућем зрачењу при њиховој примени у дијагностици, терапијске процедуре или терапијске сврхе, током редовног обављања својих радних активности.

Циљ рада је сагледавање здравственог стања радника професионално изложених јонизујућем зрачењу и утицај утврђеног здравственог стања на њихову даљу радну способност за рад у условима изложености јонизујућем зрачењу.

Испитивањем су обухваћени здравствени радници који раде са отвореним или затвореним изворима зрачења и којима су обављени контролно-периодични прегледи у Заводу за здравствену заштиту радника Ниш.

Код испитиваних радника доминирају болести кардиоваскуларног система, затим респираторног и коштаномишићног система.

Од промена у крвној слици најчешће се региструју анемија и леукоцитоза, а могу се јавити и малигна обољења.

Редовни и Законом прописани прегледи радника професионално изложених јонизујућем зрачењу су неопходни за рано откривање и праћење промена у здравственом стању изложених радника, ради предузимања адекватних превентивних мера и мера заштите.

Број речи: 142

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

- 1.Закон о заштити од зрачења
- 2.Љиљана Мијатовић- биолошки ефекти зрачења..
- 3.Милачић С. - Хромозомске аберације као биомаркери експоз. Јон.зрачења.
- 4.Exposures from Natural radiation UNSCEAR
- 5.M.Pavlović;D.Jovičić-Institut med.rada Beograd.

Хируршка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Опекотине - Најчешће кућне повреде

Специјалиста пластичне и реконструктивне хирургије др Ненад Сретеновић,

Општа болница Пожаревац

Марија Рајић Јовичић,

Опекотине (lat.combustio) је повреда коже која настаје дејством влажне или суве топлоте, догађа се у тренутку, а последице остају заувек. Опекотине су локална оштећења ткива која настају када температура коже пређе 450Ц. Могу настати под утицајем топлоте али и дејства хемијских агенаса, радијације и електричне струје. Тежина повреда се креће од лаких, по живот безбедних па до оних које директно угрожавају живот повређеног. На тежину стања поред степена опекотине утичу и старост, опште здравствено стање повређеног. Опекотине поред топлотом, могу да буду изазване и под утицајем хемијских агенаса, радијације и електричне струје.

зависности од тога која су површина и дубина коже захваћене, опекотине могу бити првог, другог, трећег или четвртог степена. Опекотине првог степена су благе, захваћена је мања површина и површински слој коже. Кожа је црвена, болна, топла и благо отечена. Ове опекотине спонтано пролазе у кратком временском периоду (3 - 5 дана). Опекотине другог степена настају услед интензивнијег дејства топлоте. Оштећени су епидермис и површински слој дермиса. Кожа је црвена, влажна, са пливовима и јако болна. Ове опекотине захтевају посебан третман који подразумева спречавање развоја инфекције. Оне спонтано зацељују после 10 - 15 дана а на месту опекотине остаје појачана пигментација која се постепено губи. Код опекотина трећег степена захваћен је дубљи слој дермиса, опечена површина је црвенкасто смеђе боје и идеална је средина за развој бактерија па је неопходан додатни опрез. Најмање 40 дана је потребно да овај тип опекотина зарасте. На кожи остају ожиљци који настају због фиброзових промена дерма. За разлику од опекотина другог степена, место повреде код опекотина трећег степена је суво. Ове опекотине нису јако болне јер су уништени нервни завршци у кожи. Спонтано зарастање није могуће, већ су неопходни хирушка обрада и специјално лечење. У случају опекотина четвртог степена оштећени су сви слојеви коже, а понекад и поткожно ткиво, мишићи и кости. Опечена кожа је бледосива до тамносмеђа, сува, неосетљива. Неопходноје хирушко одстрањивање овог ткива и трансплатација коже. Опекотине могу бити безазлене повреде али могу бити и узрок фаталног исхода. Непосредно после већих опекотина уз локалне, развијају се и општи поремећаји. Због губитка плазме кроз оштећену кожу може доћи до развоја хиповолемијског шока. Шок се развија код деце и старијих када је 10% укупне површине тела опечено а код одраслих када је опечено 15 - 20% коже. У деце до 2 године шок настаје када је оштећено само 5% укупне површине тела. Услед оштећења крвних судова и еритроцита јавља се анемија а услед интензивирања метаболичких процеса губи се на тежини. Сви ови процеси смањују отпорност организма па бактерије са опечене површине могу да се лакше шире на околно ткиво и продру у крв што даље доводи до погоршања стања. Непосредан узрок смрти у више од 50% случајева је сепса.

Број речи: 445

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

1. Brusselaers N, Monstrey S, Vogelaers D, Hoste E, Blot S: Severe burn injury in europe: a systematic review of the incidence, etiology, morbidity, and mortality. *Critical Care* 2010; 14:R188.
2. Macedo J L S, Santos J B.: Predictive factors of mortality in burn patients. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo* 2007; 49(6):365-370
3. Alharbi Z, Piatkowski A, Dembinski R, Reckort S, Grieb G, Kauczok , Pallua N: Treatment of burns in the first 24 hours: simple and practical guide by answering 10 questions in a step-by-step form. *World Journal of Emergency Surgery* 2012, 7:13
4. Brusselaers N, Monstrey S, Blot S: The FLAMES score accurately predicts mortality risk in burn patients. *J Trauma* 2009; 67:415
5. Lundgren RS, Kramer CB, Rivara FP, Wang J, Heimbach DM, Gibran NS, Klein MB: Influence of comorbidities and age on outcome following burn injury in older adults. *J Burn Care Res* 2009;30(2):307-314

Уролошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ
(максимално 500 речи)

Уринарни катетери-пласирање,нега,компликације

Струковна медицинска сестра техничар Марија Маринковић, Клинички центар Ниш

Данијела Стаменковић,

Катетеризација мокраћне бешике представља инвазивну методу приступа кроз уретру пласирањем уринарног катетера са балоном за причвршћивање. Представља златни стандард у многим профилактичким, дијагностичким и терапијским поступцима и протоколима. Постоје једнократни и стални уринарни катетери. Уринарни катетери за једнократну употребу се пласирају кроз уретру са циљем једнократног пражњења мокраћне бешике. Стални уринарни катетери се у мокраћну бешику пласирају са циљем континуиране евакуације урина у дужем временском интервалу. Уринарне катетере можемо поделити с обзиром на дужину, промер, материјал од којег су изграђени, облогу, број канала и облик катетера. Индикације за постављање катетера: привремено, дијагностички, терапијски и трајно. За пласирање уринарног катетера неопходна је припрема болесника и припрема материјала. Интервенцију изводи искусна и едукована медицинска сестра по налогу лекара. Компликације које могу настати као последица катетеризације су: инфекција уринарног тракта, немогућност уклањања катетера из мокраћне бешике, повреда уретре, хематурија. Нега пацијената са уринарним катетером је од посебног значаја у циљу превенције компликација. Стога је потребна одговарајућа перинеална хигијена пацијената са катетером. Циљ неге катетеризованих болесника је осигурати несметану евакуацију урина из мокраћне бешике. Посебно је важно поштовање индикација за катетеризацијом. Потребно је познавање процедуре пласирања и уклањања уринарног катетера. Ови кораци оптимизују процедуру од евентуалних нежељених дејстава.

Број речи: 202

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

1. Ćukuranović R i sar. Anatomija urinarnog trakta Medicinski fakultet Niš 2008
2. Đurković P. Sestrinske procedure, Data status, Beograd 2010
3. Vojković N. Zdravstvena nega, Kodef, Beograd 2002
4. Guyton C. Medicinska fiziologija, IX izdanje Beograd 1999
5. A guide for nurses. Management and care of catheters and collection systems 2001

Друштво зубних техничара

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

**Билатерално уравнотежена оклузија, лабораторијске фазе студија случаја
Виши зубни техничар Мирјана Мрдаковић, Зуботехничка школа -Београд**

Када су упитању тоталне протезе, пацијенти имају три основна захтева, а то су естетика, комфор и функција. Комфор и функција су директно су везани за избор оклузалног концепта поставе зуба. Рад кроз приказ конкретног случаја прати збрињавање безубог пацијента. Биће представљен целокупни ток израде тоталне протезе по фазама, са посебним освртом на правила и технику постављања зуба по принципима уравнотежене оклузије.

Лабораторијски протокол:

Приказан је целокупни лабораторијски ток израде тоталне протезе по фазама са освртом на клиничке фазе како би се у потпуности обухватио и приказао ток израде рада и повезале ординацијске фазе и фазе израде рада у лабораторији.

материјали и технике израде су конвенционални и самим тим лако применљиви у свакодневној пракси. За израду индивидуалне кашике коришћен је аутополимеризујући акрилат. Припрема анатомског модела је за узимање селективног компресивног функционалног отиска са комбинованом заштитом тврдих и осетљивих места. База загрижајног шаблона је прављена од светлосно полимеризујућег акрилата. За уношење модела у артикулатор и постављање зуба коришћен је полуподесиви Артекс артикулатор, подешен на просечне вредности. Завршне фазе су урађене рапидним топлополимеризујућим акрилатом.

Рад има за циљ актуелизацију теме о избору оклузалне шеме при реконструкцији оклузије безубих пацијената и афирмацији савремених оклузалних концепата и метода поставе зуба. Закључак након приказа случаја је да билатерално уравнотежена оклузија јесте добар концепт избора и да њена примена може задовољити комфор и функцију.

Број речи: 204

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

1. Стоматолошка протетика предклиника-Добривоје Трифуновић
2. Стоматолошка протетика тотална протеза-Мирјана Крстић

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Уравнотежена оклузија-студија случаја, клиничке фазе

Специјалиста стоматолошке протетике др Наташа Божић, Зуботехничка школа

Београд

Жарко Вукашиновић,

Кроз израду тоталне протезе у конкретном случају, према принципима уравнотежене оклузије приказана је предност таквог рада у рехабилитацији орофацијалног система.

Кроз клиничке фазе представљена је израда тоталне протезе коришћењем конвенционалних материјала и стандардне технике у погледу узимања отисака, одређивања међувичних односа, пробе поставе зуба и предаје рада. Фаза пробе поставе зуба јасно показује специфичност контакта зуба успостављеног према принципима уравнотежене оклузије што је представљено кроз поинт презентацију.

Циљ рада је истицање предности израде тоталне протезе према принципима уравнотежене оклузије у рехабилитацији функције и очувању околних структура.

Број речи: 89

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

1. Стоматолошка протетика клиника-Војкан Лазић, Љиљана Тихачек, Александар Тодоровић
2. Стоматолошка протетика предклиника-Петровић А., Крстић М., Станишић-Синобад Д.

Неуролошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Кројцфелд-Јакобова болест

Специјалиста патологије др Матић Стеван, Клинички центар Крагујевац

Наташа Јевтовић,

Кројцфелд-Јакобова болест је врста спонгиоформне енцефалопатије (једне од варијанти тзв. прионских болести). Ово је веома тешко неуродегенеративно обољење које се увек завршава смртним исходом, а јавља се најчешће код људи старијих од 60 година.

За пренос спонгиоформних енцефалопатија одговорни су приони. То супротеини без нуклеинске киселине, а иначе су уобичајени састојци ћелијских мембрана. У око 85% случајева није познато како настаје болест, у мањем броју случајева се ради о мутацији гена за прионе, евентуално се може пренети приликом трансплантације са зараженог на здравог човека или током неких терапијских и дијагностичких процедура.

Почетни симптоми су: несаница, депресија, збуњеност, промене понашања, проблеми са памћењем, видом и равнотежом. Са напредовањем болести, све је израженија деменција и јављају се миоклонуси (нагле, кратке, неритмичне, неусклађене и брзе контракције делова или читавих мишића и мишићних група). Касније манифестације могу укључивати невољне покрете, халуцинације, губитак координације, измењено стање свести, кому

Дијагноза се поставља на основу анамнезе, клиничке слике, клиничког прегледа, електроенцефалографије, нуклеарне магнетне резонанце, комјутеризоване томографије и биопсије.

Не постоји посебан вид лечења, односно терапија је само симптоматска.

Тачна потврда дијагнозе патохистолошка.

Приказом случаја од првих симптома до леталног исхода и патохистолошке потврде биће приказане све неспецифичне промене као и визуелизована патохистолошке слика.

Број речи: 207

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

1. Кемал Диздаревић: Кројцфелд-Јакобова болест
2. Creutzfeldt–Jakob Disease Foundation((en))
3. The National Creutzfeldt–Jakob Disease Surveillance Unit (NCJDSU) in UK((en))
4. What is Creutzfeldt–Jakob disease (CJD)?((en))
5. BSE and blood transfusion (The Lancet - Vol. 368, Issue 9552, 09 December 2006, Pages 2061-2067)

Секција опште медицине

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Рано откривање карцинома дебелог црева

Струковна медицинска сестра Маријана Николић, Дом здравља Сокобања

Карцином дебелог црева је један од најчешћих тумора дигестивног тракта. У нашој земљи се налази на другом месту, одмах иза карцинома плућа. Карцином настаје као последица поремећаја у митозама ћелија а на бази мутације гена.

Етиологија је нејасна. Једно је јасно, узрочник доводи до разарања ћелијских елемената, чиме се ослобађају одређени ензими и фактори који доводе до обољења и запаљења нападнутог органа. Сметње које рак изазива у почетку су локалне природе (на свом месту где се појавио). Ширењем рака повећавају се и проширују сметње које он изазива својим присуством, док не дође до распадања ткива, онда се надовезују инфекције. Организам пропада док се болест не заврши смртним исходом, што је неминовно ако се рак не лечи. Ако се карцином дебелог црева открије у раној фази болести и хирушки одстрани омогућава потпуно излечење без нарушавања квалитета живота.

По принципу “боље спречити него лечити” велики је значај превенције која у случају карцинома дебелог црева има два нивоа. Примарна превенција се односи на борбу да се обољење не појави, кроз правилну исхрану која ће обезбедити одговарајућу столицу и уз физичку активност која ће спречити гојазност. Исхрана треба да буде заснована на великим количинама свежег воћа и поврћа, избацивањем црвеног меса из јеловника. Више воћа и поврћа значи више витамина који су изванредни антиоксиданти, па се тиме онемогућава настанак ћелијских мутација и болести које проистичу из њих. Препоручљиво је свакодневно пити веће количине воде.

Секундарна превенција на једној страни подразумева одстрањивање малих лезија које могу довести до тумора, а на другој страни представља скрининг који се углавном односи на малигна обољења. Скрининг значи откривање лезија на дебелом цреву у раним фазама, док још не постоји ни један симптом. Скрининг за карцином дебелог црева се дели у две подгрупе:

- скрининг групе са повећаним ризиком и
- скрининг групе опште популације.

Циљна група скрининг програма опште популације се односи на особе старије од 50 година живота пошто је карцином дебелог црева знатно учесталији у старијој популацији. За програм скрининга у општој популацији користи се:

- дигитални преглед ректума (обавезан преглед једном годишње код особа старијих од 50 година живота)
- тест на присуство окултне крви у столицу
- рендгески преглед дебелог црева са баријумом
- сигмоидоскопија
- колоноскопија

Други део скрининга се односи на испитанике са повишеним ризиком, а то су испитаници:

- са болестима црева
- генетским оптерећењем

- породичном анамнезом
- личном анамнезом

Спровођење скрининга за рано откривање карцинома дебелог црева веома је важно, јер открива значајно раније болест, а самим тим доводи до значајног преживљавања код ове тешке болести. Сви лекари морају се трудити да се скрининг ове тешке болести редовно спроводи код читавог становништва у нашој земљи, јер његовим спровођењем повећава се здравље читаве нације.

Број речи: 405

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

1. Радна група за израду водича (руководилац Радан Џодић). Превенција малигних болести. Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити. Министарство здравља Р Србије, Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича у клиничкој пракси. Београд. 2005
2. Нагорни А. Тумори дебелог црева. У. Илић С (главни уредник). Интерна медицина. Књига 1. Медицински факултет и Просвета Ниш. 2004:267-273
3. Крстић М. Примарна превенција ЦРЦ. Концензус конференција. Дијагностика и лечење колоректалног карцинома. Београд, 2003:19-26
4. Теодоровић Ј. Малигни тумори колоне и ректума. У. Теодоровић Ј. и сарадници. Гастроентерологија, други део excelsior, Београд 1998:502-519
5. Шарановић Ђ. Иригографија у дијагностици и праћење колоректалног карцинома. Концензус конференција. Дијагностика лечења колоректалног карцинома. Београд 2003:27-31

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Терапија канцерског бола

Струковна медицинска сестра Сања Петровић, Дом здравља „Свети Ђорђе,, Топола

Бол је непријатан сензорни и емотивни доживљај који је последица тренутног или претећег остећења ткива.

Канцерске бол, као посебна врста бола, јавља се у свим фазама малигне болести, а учесталост и јачина бола повећавају се како болест напредује.

Према подацима Светске здравствене организације (СЗО), 15 милиона људи болује од малигних болести, а 66% пацијената током своје болести имају болове, или око 10 милиона људи у свету у овом часу пати од хроничног канцерског бола.

Сваке године у Републици Србији дијагностикује се око 32.000 нових случајева малигне болести, а годишње од рака умре око 20.000 људи. Бол је најчешћи и најтежи симптом малигне болести, који највише плаши болесника и породицу. Канцерски бол јавља се код око 60% пацијената, у свим фазама малигне болести, с тим да се учесталост и јачина бола повећавају како болест напредује. Око 25-30% пацијената у Србији има јаке пробијајуће болове.

На основу резултата великог европског истраживања преваленце и третмана бола везаног за канцер показали су да је бол присутан у свим фазама канцера (раном и метастатском), и да код великог броја пацијената (од 56% до 82,3%) бол није био лечен адекватно.

Лечење канцерског бола је мултидисциплинарно, као и лечење других врста бола.

Потребно је поставити основне принципе терапије бола, мерити бол и применити одговарајућу терапију.

Поред медикаментозног лечења аналгетцима, терапију подразумева и примена коаналгетика, хируршких техника, психијатријска подршка, а улога медицинске сестре је од великог значаја у примени терапије и праћењу пацијената.

Циљ је да се отклони бол и спрече пробоји бола.

У раду ће бити приказани:

- Облици пробијајућег бола
- Врсте бола према трајању
- Фазе кроз које пролазе болесници са хроничним болом (табела)
- Најчешћи болни синдроми у оквиру канцерског бола (табела)
- Врсте скала за процену бола (вербална, нумеричка, визуелно - аналогна)
- Терапија канцерског бола(аналгетичке степенице СЗО)
- Метода лечења СЗО канцерског бола у пет тачака.
- Терапија опоидима
- Терапија коаналгетцима.

Број речи: 289

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

1. Палијативно збрињавање онколошких болесника; национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити, Београд 2004 год.
2. „Институт за заштиту здравља Србије“, Др Милан Јовановић-Батут. Центар за превенцију и контролу незаразних обољења (2002): Ихциденција и морталитет од рака у Централној Србији 2000 год.
3. Налић, Д. и сарадници (2003) Здравствена заштита особа са посебним потребама - наша мисија, Зборник радова Осми сручни сусрети Домова здравља Београда. ДЗ, Др Симо Милошевић, Београд.
4. Персоли-Гудељ М, Лончарић-Катушин М. Бол у онколошких болесника. У: Шамија М, Немет Д и сур. Потпорно и палијативно лијечење онколошких болесника, Медицинска наклада Загреб, 2010. год.
5. Републички завод за статистику Републике Србије (РЗСРС) (2004) табела С-03. Умрли према узроку смрти.

Трансфузиолошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Примена фибринског лепка код лапароскопске холецистектомије

Примаријус, доктор медицинских наука, специјалиста трансфузиолог, научни сарадник, Прим др сци. мед Зоран Станојковић, Завод за трансфузију крви - Ниш

Фибрински лепак (ФЛ) је природни хемијско - адхезивни систем, са важном улогом у коагулацији крви и зарастању рана. Састоји се из две основне компоненте: фибриногена и тромбина. Активација фибриногена и његово претварање у фибрин под дејством тромбина представља трећу фазу коагулације крви. Наведене особине фибрина навеле су на размишљање о његовој употреби као природног хируршког адхезива још почетком овог века. Међутим шира примена комерцијалних или препарата припремљених из аутологне крви почела је у задњих двадесетак година.

Примена ФЛ код лапароскопске холецистектомије (ЛХЦ) представља технички једноставну и ефикасну процедуру у збрињавању оперативних повреда ложе жучне кесе. Ова метода, као алтернатива традиционалним енергетским и механичким методама хемостазе или другим хемијским средствима за хемостазу, показује бројне предности, међу којима је пре свега краће време хемостазе, оптималнији и бржи ток процеса зарастања и регенерације ледиране јетре. Патоанатомски је процењено да ФЛ изазива мањи степен интраабдоминалних адхезија, што се приписује минималном оштећењу ткива и одсуству исхемије паренхима јетре, због чега долази до мањег системског инфламаторног одговора на рану и мање продукције фибринског ексудата који формира лепљиве коагулуме.

ФЛ је погодан агенс за оклузију малих жучних водова, јер захваљујући ниском вискозитету оклудира и најмање жучне каналиће у ложи жучне кесе, који се приликом ЛХЦ могу превидети (акцесорни, аберантни жучни водови). На овај начин се смањује учесталост постоперативних компликација, у смислу настајања холаскоса и билијарног перитонитиса или билијарне фистуле, због цурења жучи из превиђеног ледираног малог жучног вода.

ФЛ код ЛХЦ треба примењивати у следећим ситуацијама:

- код појаве интраоперативног дифузног крваваљења из јетре, када није могућа контрола електрокоагулацијом;
- код цурења жучи из ложе жучне кесе након холецистектомије или повреда дуктуса холедохуса;
- код цирозе јетре са тешким поремећајем коагулације;
- код болесника на антикоагулантној терапији.

Број речи: 274

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

1. Stanojković Z. Procena vrednosti lokalne primene fibrinskog lepka sa antibioticima u prevenciji dehiscencije anastomoze kolona. Doktorska disertacija Medicinski fakultet Univerzitet u Nišu 2008.
2. Stanojković Z, Stanojević G, Stojanović M, Milić D, Živić S. Ispitivanje uticaja primene fibrinskog lepka sa antibioticima na produkciju kolagena kod anastomoza kolona. *Vojnosanit Pregl* 2008; 65 (9): 681-7.
3. Stanojković Z, Milić D, Živić S, Perišić Z. Application effect of fibrin sealent in patients undergoing pacemaker implantation. XIX th Regional Congress of ISBT-Easteran Mediterranean Cairo. *Vox Sanguinis* 2009; 96(suppl.1): P-238.
4. Emir S, Bali İ, Sözen S, Yazar FM, Kanat BH, Gürdal SÖ, Özkan Z. The efficacy of fibrin glue to control hemorrhage from the gallbladder bed during laparoscopic cholecystectomy. *Ulus Cerrahi Derg* 2013; 29(4): 158-61.
5. Milic DJ, Pejic VD, Zivic SS, Jovanovic SZ, Stanojkovic Z, Jankovic RJ, Pecic VM, Nestorovic MD, Jankovic ID. Coagulation status and the presence of postoperative deep vein thrombosis in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2007;21(9):1588-92.

Хематоонколошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Новине у терапији анафилактичке реакције

Ванредни професор Проф. др Горан Марјановић, Клинички центар Ниш, Медицински факултет Ниш

Инциденција системских алергских манифестација је у порасту током последњих 20 година због смањења изложености бактеријама и вирусима током детињства у условима побољшаних санитарних услова живота и вакцинације. У одсуству стимулуса који би поларизовали Тх1 одговоре и антагонизовали силе које скрећу према Тх2 долази до скретања имуног одговора у алергијски тип.

У овом ревијалном раду се приказују савремена знања из области патогенезе и терапије системских алергских манифестација. Представљају се и побољшани алгоритми за дијагностику тешких системских алергија као и унапређени водичи за лечење. Приказују се и резултати мета анализа које из темеља мењају принципе раног лечења анафилаксе. Посебна пажња је усмерена на резистентне и рефрактарне тераписке случајеве.

Поред савремених теоријских разматрања, ревија садржи и практична разматрања корисна за свакодневну праксу.

Број речи: 122

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

1. Simons FER, Arduzzo LRF, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, Sanchez-Borges M, Senna GE, Sheikh AZ, Thong BY and the World Allergy Organization: World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis W A O Journal 2011, 4:13-37
2. Simons FER, Arduzzo LRF, Bilò MB, Dimov V, Ebisawa M, El-Gamal YM, Ledfordg DK, Lockey RF, Ringh J, Sanchez-Borges M, Senna GE, Sheikh A, Thongl BY, Wormm M, for the World Allergy Organization: 2012 Update: World Allergy Organization Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis Curr Opin Allergy Clin Immunol 2012, 12:389–399
3. Middleton: Allergy: 5h ed. Mosby-year book 1998.
4. Simons F.E.R. · Arduzzo L.R.F · Dimov V · Ebisawa M · El-Gamal Y.M Lockey R.F. Sanchez-Borges M Senna G.E Sheikh A Thong B.Y Worm M for the World Allergy Organization World Allergy Organization Anaphylaxis Guidelines: 2013 Update of the Evidence Base Int Arch Allergy Immunol 2013;162:193-204
5. Ђорђевић Д, Марјановић Г. Болести имуног система. Интерна Медицина, Стеван Илић (уред), Медицински факултет Универзитета у Нишу, Просвета Ниш, 2004: 25-46

Секција сестара и техничара у рехабилитацији

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Примена балнеофизикалне терапије у серонегативним спондилоартропатијама примаријус др Мирјана Карацић, Институт "Нишка Бања"

Зорица Петровић, Јадранка Стојановић,

Серонегативне спондилоартропатије су група запаљенских реуматских болести непознате етиологије клинички обележених појавом периферног артритиса, променама на сакроилијачним зглобовима и кичменом стубу.

Болешћу су захваћена хваташта тетива, а могу се појавити и промене на кожи, очима, срчаним залисцима и аорти.

Циљ лечења и рехабилитације ове групе болесника је ублажити бол, поправити функционални статус кичменог стуба уз очување покретљивости периферних и коренских зглобова, поправити мишићну снагу, очувати функцију дисања, капацитет кардиоваскуларног система.

Након едукације и примене општих мера, приступа се комбинованој терапији физикалним, кинезитерапијским и балнеотерапијским процедурама.

Индивидуално дозирање које је зависно од фазе активности и болести узраста болесника је есенцијално у прављењу рехабилитационог плана. Започету медикаментозну терапију није неопходно прекидати.

Број речи: 118

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

Друштво фармацеутских техничара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

**Марихуана између примене у хуманој медицини и њеног социопатолошког значаја
Психијатар, субспецијалиста болести зависности др Драган Вукадиновић, Специјална
болница за психијатријске болести Горња Топоница
Миомир Хофман,**

Последњих година широм света, а и у нашој земљи, честе су полемике о могућој употреби марихуане (канабисовог уља) за „лечење рака“.

Сведоци смо интензивне кампање појединаца и невладиног сектора која тврди да ригидна, класична, медицина спречава употребу марихуане и деривата марихуане као лек за широки спектар болести са посебним акцентом на тези да лечи “рак”. Обично лаици оптужују здравствене раднике да не прате савремена научна истраживања у којима они виде потврду о готово магичном деловању марихуане на људско здравље. Питани за научне доказе који апсолутно потврђују такву тезу, тврде да „фармаколошка мафија“ поседује те доказе, али их свесно крије да би сачувала свој висок профит од производње синтетичких лекова.

Чињеница је да и поред значајног напретка савремене медицине, нажалост и данас постоје болести које неминовно брзо доводе до смрти, често у тешким боловима и психичким мукама. У народу се под колоквијалним термином „рак“ подразумева широк спектар болести изазваних различитим узроцима и са различитим динамиком развоја. Под појмом „рак“ се сврставају и поједине врсте карцинома за које и данас постоје лекови који обезбеђују потпуно излечење.

Хиљадама година људи су лекове за своје болести тражили у природи, међу биљкама и у томе били више или мање успешни. У оквиру таквог „експериментисања“ за одређене биљке, или делове биљака, апсолутно су утврдили да њихова примена доводи до побољшања или излечења одређених болести. Оваква искуства сачувана су и у колективном сећању савременог човека.

У склопу овог предавања, ревијално се приказују најактуелнија истраживања из ове области. Приказани су и регистровани лекови на бази канабиса. Али су презентовани и озбиљни социопатолошки феномени узроковани широко заступљеном злоупотребом марихуане у "рекреативне сврхе".

Марихуана, због својих психоактивних својстава, широко је заступљена и злоупотребљава се то њено дејство, посебно међу адолесцентима. Број оних који злоупотребљавају марихуану је добио већ епидемијске карактеристике и то је суштински разлог због чега је ова биљка на листи забрањених. И у нашој земљи је поседовање, стављање у промет марихуане или делова ове биљке кривично дело.

Широка злоупотреба, огроман профит оних који је нелегално производе и дистрибуирају са једне стране, а са друге стране нада да ће се даљим истраживањима алкалоида ове биљке доћи до лека за неку од тешких и данас неизлечивих болести доводе до полемике о реалној вредности марихуане.

Број речи: 362

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

1. Cannabis-In-Cachexia-Study-Group, Strasser F, Luftner D, Possinger K, et al. Comparison of orally administered cannabis extract and delta-9-tetrahydrocannabinol in treating patients with cancer-related anorexia-cachexia syndrome: a multicenter, phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial from the Cannabis-In-Cachexia-Study-Group. *J Clin Onc.* 2006;24:3394-3400
2. Koppel BS, Brust JC, Fife T, et al. Systematic review: efficacy and safety of medical marijuana in selected neurologic disorders: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2014;82(17):1556-1563 Mathalon, DH., Rappaport, JL. et al. Letter: neurotoxicity, neuroplasticity, and magnetic resonance imaging morphometry. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60 (8): 846- 848.
3. National Cancer Institute. Cannabis and Cannabinoids (PDQ®) Health Professional Version, updated 12/17/14. Accessed at www.cancer.gov/cancertopics/pdq/cam/cannabis/healthprofessional on March 4, 2015.
4. Smith PF. New approaches in the management of spasticity in multiple sclerosis patients: role of cannabinoids. *Ther Clin Risk Manag.* 2010;6:59-63.
5. Woolridge E, Barton S, Samuel J, et al. Cannabis use in HIV for pain and other medical symptoms. *J Pain Symptom Manage.* 2005;29:358-367.

Секција поливалентне патронаже

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Препоруке о исхрани и здрављу за превенцију рака

Виша медицинска сестра Сунчица Бацић, Дом здравља”Др Милан Бане Ђорђевић” Велика Плана

Увод

Стара изрека :“Боље спречити него лечити“, савршено описује предности превенције рака путем исхране и начина живота. Не може се контролисати сваки случај рака на овај начин, али здравија исхрана може имати драстичан утицај на инциденцу рака и стопу смртности у нашој земљи а и широм света.

Циљ

Циљ рада је да истакнемо значај рада патронажних сестара у циљу оспособљавања појединца, породице и заједнице на превенцији, раном откривању и контроли малигних болести. Основни циљ деловања патронажних сестара је формирати здраве стилове живота, кориговати здравствено понашање које оштећује здравље, са редуковањем фактора ризика (избалансираном исхраном, адекватном физичком активношћу, без пушења, алкохола, стреса...)

Метод

Презентација „Препоруке о исхрани и здрављу за превенцију рака“, Светског Фонда за Истраживање Рака (WCRF) , кроз групни здравствено васпитни рад и предавања у заједници (основним, средњим школама, месним заједницама, радним организацијама и здравственој установи) у циљу подизања нивоа здравственог образовања и формирања здравих навика понашања. Организовање здравствених изложби, здравствених трибина, спровођење скрининга на карцином дојке, грлића материце и колоне.

Резултати спроведеног рада показују да је у мушкој популацији најчешће регистрован малигни тумор плућа 21,6%, а у женској популацији малигни тумор дојке 28,1%.

- Узимање препоручених пет оброка поврћа и воћа свакога дана смањују стопу обољења од рака за више од 20%
- 30-40% случајева рака може се спречити избором хране уз редовну физичку активност и одржавање идеалне телесне тежине.
- Престанак пушења може спречити и до 30% случајева рака.

Закључак

У циљу подизања нивоа здравствене културе превентивно можемо деловати само заштитом животне и радне средине и то борбом против пушења, правилном исхраном и умереним начином живота. Ако се хранимо умереном и разноврсном храном, без великих количина масти, са довољно биљних влакана и витамина, сигурно можемо рећи да се хранимо здравом храном која нас штити од малигних обољења.

Број речи: 267

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

1. Ares, G., Gámbaro, A. (2007): Influence of gender, age and motives underlying food choice on perceived healthiness and willingness to try functional foods, *Appetite*, 49 (148–158)
 2. DeFelice, S.L. (1995): The nutraceutical revolution, its impact on food industry research and development, *Trends Food Sci Technol*, 6 (59–61)
 3. 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)
 4. 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)
 5. Uredba Europskog parlamenta i vijeća o dodavanju vitamina, minerala i drugih određenih tvari u hranu, (EZ) 1925/2006
 6. Uredba Europskog parlamenta i vijeća o prehrambenim i zdravstvenim tvrdnjama na hrani, (EZ) 1924/2006
 7. 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)
 8. Van Kleef, E., Van Trijp, H. C. M., Luning, P. (2005):
 9. 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

Друштво струковних медицинских радиолога и радиолошких техничара

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Карцином дојке

Прим. др сц. мед. Специјалиста радиологије др Ђорђе Лалошевић, КБЦ "Драгиша Мишовић - Дедиње" Служба за радиолошку дијагностику

Карцином дојке је други најчешћи тип карцинома након карцинома плућа (10,4 % свих карцинома) и пети најчешћи узрок смрти од карцинома. Код жена карцином дојке налази се на првом месту и по инциденци и по узроцима смрти. Ретко се јавља код жена млађих од 20 година, а најчешћи је између 55. и 70. године старости. Карцином дојке јавља се и код мушкараца.

Ултразвук као дијагностичка метода нарочито је погодан за млађе жене (због одсуства јонизујућег зрачења) и за „густе“ дојке, код којих мамографија не пружа довољно информација. Међутим, не може да замени мамографију као скрининг методу, јер не омогућава визуализацију микрокалцификација. Слично мамографији, и за сваки ултразвучни налаз даје се одговарајућа БИ-РАДС оцена, на основу критеријума прилагођених ултразвучној дијагностици. Ултразвук нам такође омогућава детаљну евалуацију лимфних нодуса аксиларне регије.

Ултразвучна технологија МицроПуре омогућава детекцију ситних солидних структура помоћу филтрирања Б-моде слике. Ова технологија је намењена детекцији веома ситних калцификација и осталих екстремно малих лезија. Примарна сврха МицроПуре технологије је детекција микрокалцификација код дојке и меких ткива.

Софтверском обрадом материјала добијеног приликом ултразвучне еластографије и његовом даљом квантификацијом могуће је са великом прецизношћу одредити ниво еластичности ткива. Што је структура чвршћа, то је већа вероватноћа да је у питању малигна промена.

Број речи: 205

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

1. Kopans D. Breast Imaging, Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
2. Stavros A. T., Rapp. C. L., Parker S. H. Breast Ultrasound, Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
3. Cardenosa G. Breast Imaging Companion, Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
4. Berg WA, Yang WT. Diagnostic Imaging: Breast, Second Edition. Amirsys, 2014.
5. Tohno E, Cosgrove DO, Sloane JP. Ultrasound Diagnosis of Breast Disease. Churchill Livingstone, 1994.

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Нуклеарномедицинска дијагностика хидронефрозе

Редовни професор Проф. др Борис Ајдиновић, Институт за нуклеарну медицину Београд

Диуретска ренографија (динамска скинтиграфија бубрега) је широко прихваћена метода за дијагностиковање и праћење болесника, посебно деце, са хидронефрозом. Сепаратна функција бубрега и облик ренографске кривуље су основни параметри одређивања функционе способности бубрега и могућности његовог пражњења. Врло је важно да начин извођења и тумачења налаза буду стандардизовани и омогуће репродукцибилност између центара који испитују хидронефротичан бубрег.

^{99m}Tc -ДТПА, ^{99m}Tc -МАГ3 и ^{99m}Tc -ethylenedicysteine (ЕС) су радиофармаци који се користе за диуретско ренографију. ДТПА, мали молекул који се празни искључиво гломеруларном филтрацијом са ефикасношћу екстракције од 20%, се најшире примењује. ДТПА лако напушта капиларну мрежу резултирајући високом екстраваскуларном дистрибуцијом радиофармака и високом активношћу background-а. МАГ-3 се искључиво елиминише секрецијом преко проксималних каналића са знатно већом ефикасношћу екскреције од ДТПА (око 50% је екстракциона ефикасност), остаје у васкуларном простору дајући много бољи однос између циљног ткива и околних структура, што резултује квалитетнијим скинтиграмима и тачнијим квантитативним параметрима, посебно код смањене функције и незрелих бубрега. Екстракција ЕС је још већа (70%) и због тога је тај радиофармак нарочито погодан за испитивање болесника са оштећеном функцијом бубрега или код деце са незрелим бубрезима.

Снимање болесника у усправном положају омогућава гравитациони ефекат на пражњење бубрега, што није случај ако се болесник снима на традиционалан начин у лежећем положају. Снимање болесника само у лежећем положају, због изостанка гравитационог ефекта, даје резултат слободог пражњења бубрега у трећине нормалних, контралатералних у односу на хидронефротичне, бубрега на диуретској ренографији. Због тога се препоручује снимање у усправном положају и након мокрења да би се утврдило има ли заостале активности у сабирном систему бубрега.

Облик ренографских кривуља као и кривуља након диуретске стимулације по протоколу F+20 је свакако под утицајем функције бубрега. Смањена функција бубрега изазива недовољно и споро пуњење бубрежне карлице, посебно хидронефротичног бубрега, због чега одговор на диуретик може да буде слаб. Из тога разлога су уведени објективни параметри пражњења бубрега као што су „output efficiency (OE)“ и „normalized residual activity (NORA)“ који узимају у обзир и функцију бубрега.

Број речи: 325

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

- 1.,Donoso G, Ham H, Tondeur M, Piepsz A. Influence of early furosemide injection on the split renal function. Nucl Med Commun 2003; 24: 791–5
- 2.Piepsz A. Radionuclide studies in paediatric nephro-urology. Eur J Radiol 2002; 43: 146–53
- 3.Conway JJ. ‘Well-tempered’ diuresis renography. its historical development, physiological and technical pitfalls, and standardized technique protocol. Semin Nucl Med 1992; 22: 74–84
- 4.O’Reilly PH, Lawson RS, Shields RA, Testa HJ. Idiopathic hydronephrosis – the diuresis renogram. a new non-invasive method of assessing equivocal pelviureteral junction obstruction. J Urol 1979; 121: 153–5
- 5.Piepsz A, Tondeur M, Ham H. NORA: a simple and reliable parameter for estimating renal output with or without frusemide challenge. Nucl Med Commun 2000; 21: 317–23
- 6.Chaiwatanarat T, Padhy AK, Bomanji JB, Nimmon CC, Sonmezoglu K, Britton KE. Validation of renal output efficiency as an objective quantitative parameter in the evaluation of upper urinary tract obstruction. J Nucl Med 1993; 34: 845–8
- 7.Gordon I, Mialdea-Fernandez RM, Peters AM. Pelviureteric junction obstruction. The value of a post-micturition view in 99mTc DTPA diuretic renography. Br J Urol 1988; 61: 409–12
- 8.Donoso G, Kuyvenhoven JD, Ham H, Piepsz A. 99mTc-MAG3 diuretic renography in children. a comparison between F0 and F+20. Nucl Med Commun 2003; 24: 1189–93
- 9.Piepsz A, Ham H. Factors influencing the accuracy of renal output efficiency. Nucl Med Commun 2000; 21: 1009–13
- 10.Piepsz A, Kuyvenhoven JD, Tondeur M, Ham H. Normalized residual activity. Usual values and robustness of the method. J Nuclear Med 2002; 43: 33–8

Ендокринолошка секција

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Новине у терапији Д.М.тип 2

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

Весна Дукић,

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 прекомерну телесну тежину.

Поред гојазности у типу два шећерне болести удружени су и други поремећаји са неопходном 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, ограничење дневног калоријског 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 постискују савременом терапијом.

Инхибитори алфагликозидазе се све мање примењују у данашњем времену због примене нових препарата.

Примена препарата метформина и тиазолидиндиона у циљу савладавања проблема инсулинске резистенције је јако затупљена имајући у виду број гојазних пацијената са типом два шећерне болести.

Открићем ГЛП агониста очекује се велики напредак у лечењу шећерне болести типа два 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 тубула (СГЛТ-2 инхибитори) су нова нада у лечењу типа 2 шећерне болести.

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

Могућности инсулинске терапије хуманим инсулинима и инсулинским аналозима и новим молекулама дугodelујућих инсулинских аналога(Деглудек) или комбинацијом дугodelујућег 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 губитка корака са шећерном болешћу.

Број речи: 320

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Процес здравствене неге на ендокринолошком одељењу

Виша медицинска сестра техничар Весна Дукић, Специјална болница "Меркур"

Врњачка Бања

Данијела Миодраговић,

Процес здравствене неге је савремени приступ у неговању. То је интерактивни однос између медицинске сестре и пацијента где учествује његова породица у нези. Процес је флексибилна метода и обезбеђује континуирану негу. Он подиже сестринску професију на виши и сложенији ниво и захтева обавезно вођење документације. Иако се чини да вођење процеса здравствене неге кошта више јер је потребно више медицинских сестара у раду, на крају се увиђа да вођењем процеса смањује се боравак пацијента на одељењу што одељење и болницу кошта мање, па тако долази до уштеде новца. Процес се може прилагодити најлошијим условима рада, то значи да медицинска сестра треба да га прилагоди условима своје праксе (кадровски, материјални и др). Логично је да ће ефекти неговања бити бољи у бољим условима али и у лошијим условима квалитет рада ће бити бољи ако се нега обавља по процесу. Ако нема кадровских услова сестра ће укључити чланове породице у негу или планирати одређену радњу сваки други дан уместо свакодневно. Процес је истраживачка метода и преко њега можемо истраживати квалитет и квантитет и успешност примењене неге.

Структуру процеса здравствене неге чине следеће фазе :

- Утврђивање потреба за негом
- Постављање сестринских дијагноза и колаборативних проблема
- Планирање неге
- Реализација неге
- Евалуација неге

Да би утврдили потребе за негом медицинска сестра мора да зна шта су потребе када и како се испољавају и њихову међусобну повезаност. Проблем настаје ако потреба не може да се задовољи. Најважније је прикупити добро податке, успоставити контакт са пацијентом.

Методе прикупљања података, сестрински интервју, физикални преглед, анализа документације. Ако пацијент не може да да аутоанамнезу добијамо од неког члана породице.

Број речи: 249

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

1. Alfaro,L. "2005" : Workshop "2" critical thinking in nursing practice, ACENDIO "2005", the European Conference of ACENDIO,Bled
2. Egerod,M. Rosendal Darmer "2005" Implementation of the VIPS model - a look at nursing diagnosis , ACENDIO "2005", the European Conference of ACENDIO,Bled
3. M. Tijanić, D.Đuranović,R.Rudić,Lj.Milović: Zdravstvena nega i savremeno sestinstvo, Beograd 2004
4. R.Rudić,N.Kocev,B.Munćan : Proces zdravstvene nege, visoka zdravstvena škola strukovnih studija Beograd,Beograd 2008
5. Simić M.,Kovačević K. "2004" mentalna higijena Beograd,autorsko izdanje

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Сестринске дијагнозе и примери процеса здравствене неге на ендокринолошком одељењу

**Виша медицинска сестра Данијела Миодраговић, Специјална Болница "Меркур"
Врњачка Бања
Весна Дукић,**

Дијагнозе неге и колоборативни проблем произилазе из утврђивња потреба за негом.

Шта је дијагноза неге?

Од почетка развоја термина и дефиниција дијагноза неге педесетих година прошлог века , америчке сестре су публиковале више дефиниција дијагноза неге. Група високообразованих и истакнутих медицинских сестара из Америке је 1973. год. објавила листу 51 дијагнозом неге . Ова група је формирала Северно америчку асоцијацију за дијагнозе неге (НАНДА) .

Данас је опште прихваћена дијагноза здравствене неге коју је дало то друштво , а ову дефиницију су М. Тијанић и Д. Ђурановић усмериле према подручјима неге и она гласи:

„ Сестринска дијагноза је специфичан закључак о реаговању појединца, породице, заједнице на актуелни или потенцијални здравствени проблем или друге процесе везане за здравље које служба здравствене неге може самостално да спречи, ублажи или реши . “

Врсте дијагноза су: 1. Актуелне , 2. Потенционалне, 3. Могуће , 4. Дијагнозе усмерене према здрављу

Актуелан дијагноза неге је актуелни проблем појединца, породице или заједнице које сестре могу самостално да тестирају у циљу умањења и решавања проблема. Актуелни проблем је дакле присутан, он има симптоме и знаке или неку другу манифестацију

Потенцијална дијагноза неге је потенцијални проблем. Код ње морамо идентификовати факторе ризика . Могуће дг су недоречени проблеми . Вредност ових дијагноза је да опомену сестру да се не залеће и да допуни непотпуне податке пре формирања дг.

Дијагнозе неге орјентисане према здрављу представљају закључак сестре о одређеном нивоу здраља појединца , породице или заједнице.

Разлика између сестринских и лекарских дијагноза је првенствено што се нега не заснива на медицинским дијагнозама, већ на утврђивању потреба за негом. Али медицинска сестра треба пре свега да се упозна са медицинском дијагозом јер она пружа значајне информације медицинској сестри. Она садржи главне здравствене проблеме што је сестри корисна информација . Медицинске дијагнозе су латински називи, док сестринске дијагозе немају везе са латинским називима.

Код нас на одељењу се делимично води процес здравствене неге и то се ради на делу где су нам непокретни пацијенти са дијабетесом , али зарад заједничког рада са колегиницом која је предствила Процес здравствене неге на ендокринолошком одељењу урадили смо малу статистику и обрадили неколико пацијената кроз процес здравствене неге са сестринским дијагозама.

Број речи: 361

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

1. R.Rudić,N.Kocev,B.Munćan: proces zdravstvene nege,Visoka zdravstvena škola strukovnih studija Beograd,Beograd 2008
2. M.Tijanić,D.Đuranović,R.Rudić,Lj.Milović: Zdravstvena nega i savremeno sestinstvo,Beograd 2004
3. R.Rudić "2003": Zdravstveno vaspitne intervencije i prirodni tok bolesti,Nefrodijal br. 4 Zemun
4. Alfaro,L. "2005" Workshop "2" Critical thinking in nursing practice,ACENDIO 2005,the European Conference of ACENDIO,Bled
5. Egerod,M. Rosendal Darmer "2005":Implementation of the VIPS model - a look at nursing diagnosis,ACENDIO 2005,the European Conference of ACENDIO,Bled

Секција сестара у ортопедији

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Од хеми до реверзне ендопротезе рамена: шта смо (и да ли) научили?

Клинички асистент др Владан Стевановић, Институт за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ Београд

Хирургија рамена, посебно артропластика, ради решавања трауматолошких и патолошких стања, није развијена попут хирургије доњих екстремитета. У литератури су присутне контроверзе према индикацијама и врстама имплантата, рехабилитацији, клиничком праћењу, односно начину вредновања (не)успешности примењене хируршке технике.

Индикационо, највећи број пацијената је оперисан због акутне, односно последица неоперативно лечене трауме проксималног хумеруса, а потом због компликација претходне хемиартропластике рамена. Последњих година у фокус долазе примарне артрозе као и артропатије услед оштећења ротаторне манжетне, уз новије тоталне и реверзне имплантате.

С обзиром на хетерогеност пацијената и временског оквира операција, индикација, претходно коришћених хируршких техника, као и врста имплантата, резултати одговарају серији случајева чијом анализом се, уз компарацију са референтним подацима из литературе, дошло до развоја кривуље учења и успостављања критеријума у хирургији и рехабилитацији који оправдавају артропластичне процедуре зглоба рамена

Артропластичне процедуре рамена су у константном развоју како технолошки тако и у учешћу на тржишту, а овакав тренд се оправдава добрим резултатима код пацијената након прецизно изведене хируршке технике и избора имплантата, сходно објективним подацима из успостављених регистара.

Основна сврха алоартропластичне хирургије јесте отклањање тегоба, успостављање функције и повратак радним и квалитетним активностима свакодневног живота. Протезе рамена не треба да одступају од наведеног, а за такве резултате треба успоставити јасне едукативне и критичке критеријуме

Кључне речи: протезе рамена, хируршка техника, критеријуми успешности

Број речи: 218

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

1. sio MF, Miller LR, Siegel EJ, Higgins LD. 2015 Sep 1;38(9):e773-9. doi: 10.3928/01477447-20150902-54.
2. Shoulderprosthetic arthroplasty options in 2014: what to do and when to do it. Pinkas D, Wiater JM, Spencer EE Jr, Edwards TB, Uribe JW, Declercq G, Murthi AM, Hertel R. Instr Course Lect. 2015;64:193-202. Review.
3. [Shoulderarthroplasty: the situation in 2014].Oztürk M, Cunningham G, Holzer N, Hoffmeyer P. Rev Med Suisse. 2014 Dec 17;10(455):2398-402. Review. French.PMID:25752009
4. Shoulderarthroplasty and its effect on strain in the subscapularis muscle. Wright T, Easley T, Bennett J, Struk A, Conrad B. Clin Biomech (Bristol, Avon). 2015 May;30(4):373-6. doi: 10.1016/j.clinbiomech.2015.02.010. Epub 2015 Feb 23. PMID:25740229
5. Reverse shoulderarthroplasty. Part 1: Systematic review of clinical and functional outcomes. Samitier G, Alentorn-Geli E, Torrens C, Wright TW. Int J Shoulder 2015 Jan-Mar;9(1):24-31. doi: 10.4103/0973-6042.150226. Review. PMID:25709242
6. Use of reverse totalshoulder arthroplasty in the Medicare population. Day JS, Paxton ES, Lau E, Gordon VA, Abboud JA, Williams GR. J Shoulder Elbow Surg. 2015 May;24(5):766-72. doi: 0.1016/j.jse.2014.12.023. Epub 2015 Feb 18. PMID:25704826
7. Infection after primary anatomic versus primary reverse totalshoulder arthroplasty. Florschütz AV, Lane PD, Crosby LA. J Shoulder Elbow Surg. 2015 Aug;24(8):1296-301. doi: 1016/j.jse.2014.12.036. Epub 2015 Feb 19. PMID:25704211

САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

Спољни и унутрашњи фиксатор митковић у лечењу прелома доњих екстремитета код политрауматизованих

Специјалиста ортопедије, доктор медицинских наука, др Предраг Стојиљковић, Клинички Центар Ниш Ортопедско трауматолошка Клиника

Траума је главни узрок смрти и инвалидности људске популације испод 50 година старости. Савремену трауму карактеришу и све тежи облици, нарочито у виду политрауме, која је праћена највећим морталитетом, морбидитетом и инвалидношћу.

Политраума је истовремени настанак две или више повреда у различитим регионима људског тела од којих једна или њихове комбинације угрожавају живот повређеног.

Правилан избор хируршке интервенције уз поштовање принципа приоритета (предност има збрињавање виталних органа и функција) и добра процена могућности повређеног да издржи једну или већи број хируршких интервенција као додатне трауме су од великог значаја за успешан исход хируршког лечења политрауматизованих.

Преломи дугих кости доњих екстремитета (бутна кост, кости подколенице) у склопу политрауме имају у односу на изоловане преломе већи значај и у многоме утичу на ток и исход политрауме. Правилно лечење прелома дугих кости код политрауматизованих може значајно смањити морталитет и морбидитет.

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

Данас се у савременој трауматологији за хируршко лечење дугих костију у склопу политрауме користе две стратегије:

- рано тотално збрињавање – early total care
- контрола штете – damage control

У нашем центру се последњих 10 година рутински за привремено (контрола штете) и дефинитивно збрињавање прелома дугих кости у склопу политрауме, користи спољни фиксатор Митковић и самодинамизирајућу унутрашњи фиксатори Митковић (екстремедуларни имплантат).

Спољни фиксатор Митковић и самодинамизирајући унутрашњи фиксатори Митковић представљају моћна средства у хирушком лечењу прелома дугих кости код политрауме и успешно се користе код стратегије “раног тоталног збрињавања - early total care” као и код стратегије “контрола штете – damage control”.

Број речи: 287

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

1. Treatment of stable and unstable intertrochanteric fractures with selfdynamisable internal fixator (concept of double dynamisation). Kostić IM, Mitković MM, Mitković MB. *Vojnosanit Pregl.* 2015 Jul;72(7):576-82.
2. Treatment of open tibial fracture with bone defect caused by high velocity missiles: a case report. Golubović Z, Vukajinović Z, Stojiljković P, Golubović I, Visnjić A, Radovanović Z, Najman S. *Srp Arh Celok Lek.* 2013 Sep-Oct;141(9-10):693-7.
3. [Minimally invasive treatment of bilateral femoral shaft fractures in polytrauma patient using selfdynamisable internal fixator. A case report]. Stojiljković PM, Micić ID, Milenković SS, Mitković MM, Golubović IZ, Pesić SM. *Acta Chir Iugosl.* 2013;60(2):59-64. Serbian.
4. Results of the femur fractures treated with the new selfdynamisable internal fixator (SIF). Mitkovic M, Milenkovic S, Micic I, Mladenovic D, Mitkovic M. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2012 Apr;38(2):191-200. Epub 2011 Oct 28.
5. Treatment of subtrochanteric femoral fractures using Selfdynamisable internal fixator. Micic ID, Mitkovic MB, Park IH, Mladenovic DB, Stojiljkovic PM, Golubovic ZB, Jeon IH. *Clin Orthop Surg.* 2010 Dec;2(4):227-31. doi: 10.4055/cios.2010.2.4.227. Epub 2010 Nov 5.

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.