

***"Акредитациони број: Д-1-1384/16"***

**ОСМИ КОНГРЕС  
НАЦИОНАЛНЕ АСОЦИЈАЦИЈЕ УДРУЖЕЊА ЗДРАВСТВЕНИХ  
РАДНИКА СРБИЈЕ СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ**

---

**Електронски зборник радова  
акредитованих предавања**

---

**ВРЊАЧКА БАЊА, 17 – 21. МАЈ 2017. ГОДИНЕ.**

## СПИСАК ПРЕДАВАЧА

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

- Проф. др сци. мед Владимир Јаковљевић, редовни професор, катедра за физиологију, Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу,
- коаутор: Доц. др сци мед Владимир Живковић, доцент, Катедра за физиологију Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
- 1. Струковна медицинска сестра, Загорка Сладојевић, Клинички центар Ниш
- 2. Наставник вештина, Славица Николић, Висока медицинска школа струковних студија у Ћуприји
- 3. Специјалиста психијатрије др Драган Милошевић, Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница
- 4. Специјалиста анестезиологије са реаниматологијом др Небојша Стевановић, Клинички центар Крагујевац
- 5. Струковни медицински техничар, Предојевић Немања, Клинички центар Крагујевац
- 6. Специјалиста патолог др Наташа Видовић, Клинички центар Ниш
- 7. Интерниста кардиолог др Невенка Живковић, Специјална болница "Меркур"
- 8. доцент, специјалиста ургентне медицине др Владимир Гајић, Завод за хитну медицинску помоћ Крагујевац
- 9. Струковна медицинска сестра, Соња Митић, Дом здравља Ниш
- 10. Magistar akušerska sestra, Delčeva Svetlana, Mbal Haskovo AD "Gr. Haskovo"
- 11. Професор струковних студија Проф. др Љиљана Антић, Висока медицинска школа струковних студија у Ћуприји
- 12. Мед.сестра –общ профил, Veselina Lambova Bratanova, SDJA "SNEŽANKA"
- 13. Доктор медицине, специјалиста педијатрије, др Марина Тењовић, Дом здравља Алексинац
- 14. Master zdravstvene nege , SILVIJA KOSTADINOVA GALDAŽIEVA, Mbal Haskovo AD "Gr. Haskovo"
- 15. Специјалиста дерматовенерологије др Драгана Љубисављевић, Клинички центар Ниш
- 16. Специјалиста ургентне медицине др Драгана Деспот, Завод за биоциде и медицинску екологију
- 17. Виши физиотерапеут, Александар Марић, Специјална болница "Меркур" Врњачка Бања
- 18. Magistar kineziterapije , Nedim Halil Šaban, EAD HASKOVO
- 19. Dr. sci dr med., Стеван Стојановић, Клинички центар Крагујевац
- 20. Доктор стоматологије, специјалиста ортопедије вилица, др Војислав Милосављевић, Дом Здравља Пожаревац
- 21. Специјалиста парадонтологије и оралне медицине др Ивица Глишић, Дом здравља Пожаревац
- 22. Специјалиста медицине рада, Мр др Саша Лукић, Завод за здравствену заштиту радника Железнице Србије Београд огранак Ниш
- 23. Специјалиста хирургије, др Милош Стевановић, Општа болница Пожаревац
- 24. Струковна медицинска сестра специјалиста, Данијела Стаменковић, Клинички центар Ниш - Клиника за урологију

25. Професор, специјалиста оралне хирургије, Проф. др Ранко Голијанин, Завод за стоматологију Крагујевац
26. Струковна медицинска сестра, Наташа Јевтовић, Клинички центар Крагујевац
27. Специјалиста ортопедије са трауматологијом, Прим. Др Горан Видић, Општа болница Алексинац
28. Magistar zdravstvene nege, Mr Kresimirka Todorova Peteva - Janeva, MBAL "SV.EKATERINA" EOOD
29. Специјалиста трансфузиолог, доктор медицинских наука, Др сци.мед. Ана Антић, Завод за трансфузију крви - Ниш
30. Доктор медицинских наука, Проф. др Иван Петковић, Клинички центар Ниш
31. Специјалиста физикалне и рехабилитационе медицине, Прим.мр.сц мед. Др Катарина Марковић, Институт за лечење и рехабилитацију реуматских и срчаних болести Нишка Бања
32. Дипломирани фармацеут,специјалиста, Тања Арсић, Здравствена установа Апотека Ниш
33. Доктор медицине, специјалиста социјалне медицине др Весна Андрејевић, Институт за јавно здравље Крагујевац
34. Редовни професор, Проф. др Борис Ајдиновић, Институт за нуклеарну медицину Београд
35. Интерниста ендокринолог др Маријана Бабић Првуловић, Специјална болница „Меркур“,Врњачка Бања
36. Специјалиста опште медицине, др Данијела Митић, Дом здравља Алексинац
37. Ванредни професор Проф. др Иван Мицић, Медицински факултет Универзитета у Нишу
38. Специјалиста ортопедије са трауматологијом, Прим. др Горан Видић, Општа болница Алексинац
39. Специјалиста ортопедије, доктор медицинских наука, др Предраг Стојиљковић, Клинички центар Ниш

**Пленарна тема**

Осмог конгреса Националне асоцијације удружења здравствених радника Србије са међународним учешћем је:

**„ТРАДИЦИОНАЛНИ И НОВИ ФАКТОРИ РИЗИКА ЗА РАЗВОЈ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ“**

**Аутор:**

- Проф. др сци. мед. **Владимир Јаковљевић**, редовни професор,  
катедра за физиологију, Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу,

**Коаутор:**

- Доц. др сци. мед. **Владимир Живковић**, доцент,  
катедра за физиологију, Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу.

**Секција сестара у нефрологији и хемодијализи**

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

**Едукација младих сестара у центру за хемодијализу  
Струковна медицинска сестра Загорка Сладојевић, Клинички центар Ниш  
Даница Митровић,**

Промене у образовању сестара дешавају се, како код нас, тако и у земљама Европе. Реформа у образовању, у складу са донетим законом у нашој земљи, наглашава доживотно образовање свих професионалаца. У пракси сестара заступљено је континуирано образовање у већини здравствених установа. Сестре, данас, размењују своја искуства на разним семинарима, конгресима, и другим видовима усавршавања.

Када су у питању младе сестре са завршеном, било средњом или вишом медицинском школом, не постоје у свим здравственим установама програми за њихово континуирано образовање, као ни менторски рад. Младе сестре са успешно завршеном школом, доласком у здравствене установе, без претходне едукације из одређених грана медицине, теже се сналазе у обављању својих активности. Младим сестрама је потребно посветити посебну пажњу у увођењу у посао, организовању едукативних програма, менторско праћење - све док не савладају специфичности рада и стекну одређене вештине.

Едукација младих сестара у пракси данас је неопходна како би сестре, доласком у здравствене установе, научиле нове приступе и постале компетентне за свој део посла.

Према дефиницији америчког Удружења нефролошких сестара (АННА), нефролошко сестринство је специјализована пракса у систему здравствене заштите, чији је циљ заштита, унапређење и оптимизација здравственог стања и добробити особа које имају обољење бубрега. Ове циљеве нефролошки медицински техничари и сестре постижу непосредним учествовањем у превенцији и лечењу повреда и/или обољења бубрега, те помагањем пацијенту, његовој породици и друштвеној заједници у ублажавању тегоба и/или последица болести бубрега.

Данас, нефролошко сестринство обухвата следећа подручја и активности: рад са преддијализним пацијентима (стадијуми 1-4), у нефролошким амбулантама и саветовалиштима, рад на нефролошким одељењима, клиникама и институтима, рад у јединицама за хемодијализу, рад у јединицама за перитонеумску дијализу, рад у јединицама за трансплантацију бубрега (или бубрега и панкреаса), спровођење аферезних техника, терапијских измена плазме, рад у јединицама интензивне нефролошке неге и спровођење континуираних дијализних процедура.

Улога медицинске сестре у хемодијализи:

- припрема третмана
- преддијализне техничке провере
- разговор са пацијентом (анамнеза)
- преглед пацијента

- преглед крвног приступа за хемодијализу
- припрема сета за хемодијализу
- започињање третмана
- мониторинг третмана (надзирање)
- праћење и решавање компликација
- завршетак третмана.

Нефролошку бригу обухвата низ различитих мера и поступака које предузима медицинска заједница у сврху откривања и смањења фактора ризика за развој бубрежне болести у општој популацији. Обухвата проналажење особа које су изложене ризичним факторима, праћења и лечења пацијената који имају регистровану бубрежну болест и пружање квалитетне супституционе терапије у завршном стадијуму хроничног бубрежног затајења.

**Број речи: 367**

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

1. Mahon A Jenkins K., Cruz Casal M.:Chronic Kidney Disease, European dialysis and Transplant Nurses association / European Renal Care Association ( EDTNA/ERCA), Spain, 2007
2. Mahon A Jenkins K., Cruz Casal M.:Chronic Kidney Disease, European dialysis and Transplant Nurses association / European Renal Care Association ( EDTNA/ERCA), Spain, 2008
3. Stupar Božica.: Specificne standardizovane sestriinske procedure u nefrologiji. Udruženje nefroloških sestara Srbije 2013
4. Kidney disease of Diabetes. Aviable from:URL:htpp// National Diabetes Information Clearing house//www.diabetes.niddk.nih.gov
5. J.M.Wierdsma, S.C.J.M. Vervoort, A.D. van Zuilen, N.C. Berhout, P.J. Gundlach.: Evaluation of the Role of Nurse Practitioners in Masterplan, Journal of Renal Care of the European Renal Care Association, 2016

**Секција студената здравствене струке**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Сексуално преносиве инфекције и њихов утицај на репродуктивно здравље младих  
Наставник вештина Славица Николић, Висока медицинска школа струковних  
студија у Ћуприји**

Сексуално преносиве инфекције представљају обољења са изузетно високом стопом инциденце и преваленце. До данас је идентификовано преко 20 врста споменутих инфекција са највећом инциденцом у популацији до 25 година. По истраживању у САД-у, две трећине регистрованих случајева налази се у овој старосној групи, а по подацима Националног центра за здравствену статистику САД-а, у току 2006. године број новооткривених случајева сифилиса је износио 36935, за инфекције узроковане хламидијом тај број је 1030911, а за гонореју 358366. Такође, треба имати у виду да је реч о инфекцијама које могу у великој мери да угрозе репродуктивно здравље и мушкарца и жене. По доступним подацима, у скандинавским земљама 90% случајева пелвичне инфламаторне болести узроковано је *Chl. trachomatis*, од чега се у 20% случајева као последица јавља инфертилитет. Истраживање спроведено у Београду на Институту за здравствену заштиту мајке и детета на узорку од 300 сексуално активних адолесценткиња пружа податак о учесталости цервицитиса узрокованог *Chl. trachomatis* од 30,3%. Посебан проблем када је реч о сексуално преносивим инфекцијама представља недовољан степен информисаности о њиховом преношењу и мерама заштите. Уколико се узме у обзир чињеница да је просечна старост приликом ступања у сексуалне односе све нижа, уз недовољан степен сазнања о последицама ране сексуалне активности, ово питање добија свој пун значај. По подацима епидемиолошке студије спроведене у Београду, добијени су подаци да је око 40% тинејџерки које су затражиле помоћ у Градском заводу за кожне и венеричне болести први сексуални однос имало пре 16.-е године живота, а оболеле су у односу на контролну групу, коју су чиниле тинејџерке које су се јавиле ради гљивичних инфекција коже, имале већи број сексуалних партнера, чешће су практиковале сексуалне односе непосредно по упознавању са партнером, као и аналне односе, ређе су користиле кондоми и чешће су у анамнези имале полне инфекције. По подацима епидемиолошке студије рађене такође на територији Београда на узорку од 101 испитаника који су у два или више наврата лечени од сексуално преносивих инфекција и контролне групе коју су представљали оболели од гљивичних инфекција коже, као фактори ризика за поновно оболевање од сексуално трансмисивих инфекција истакнути су: нижи степен образовања, раније ступање у сексуалне односе, већи број сексуалних партнера, ступање у односе непосредно по упознавању партнера и ређа употреба кондома.

Ови подаци јасно указују на то да проблем у вези сексуално преносивих инфекција захтева предузимање врло конкретних мера у циљу њиховог сузбијања и превенције, како на националном, тако и на глобалном нивоу.

**Број речи: 395**

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

1. G Rathfisch, M Aydin, M Dereli Pehlivan. Evaluation of reproductive health and sexual behaviors of university students: Case study from Istanbul. Contemporary Nurse Volume 43, 2012
2. N.Copper. N.Kizilikaya Beige. Sexually transmitted infection knowledge levels of Unoversity students. Journal of Duzce University Institute of Health Sciences. Volume 5, Issue 3. 2015.
3. S.Nikolić, A.Kapamadžija. Level of knowledge about sexually transmitted infectiones in the population of female students at the University of Novi Sad. Medicinski pregled, 64 (1-2), 84-88, 2011.
4. T. Susanto. I.Rahmawati. E. Wuryaningsih et all.Prevalence and related factors of reproductive health behavior: A cross-sectional study based on the society and culture of Indonesian adolescents.Epidemiol. Health. 2016 Sep 30. doi: 10.4178/epih.e2016041
5. Ljiljana Antić. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet Beograd.2015.



## Психијатријска секција

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

#### Ургентна стања у психијатрији

Специјалиста психијатрије др Драган Милошевић, Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница

УВОД: Хитна-ургентна психијатријска стања представљају акутне поремећаје понашања, мисли или емоција-расположења пацијената који, ако нису адекватно третирани, могу довести до оштећења, било појединца, било лица из његовог непосредног или ширег окружења.

МЕТОД: Рад је заснован је на прегледу доступне медицинске литературе, коришћењем WEB претраживача (Kobson, Pubmed, Medline).

РЕЗУЛТАТИ: Дефинисање психијатријских стања у многоме се разликује од дефинисања ванредних ситуација у другим областима медицине, пре свега због могућности да постоји потенцијално висок ризик односно непосредна опасност по живот не само у односу на појединца већ и у односу на ширу друштвену заједницу. Хитни случајеви се према степену ове врсте ризика могу класификовати као велики или главни, када постоји оправдано висок ризик односно опасност по живот било болесног лица било људи из његовог непосредног окружења, односно мали или споредни када не постоји непосредна опасност по живот али постоји висок ризик од изазивања озбиљног онеспособљавања-повређивања оболелог лица или других лица која су у непосредном контакту са њим. Треба истаћи и чињеницу да постоји и много шири појам тзв. кризна стања у психијатрији која подразумевају знатно шири опсег ургентности, односно укључују и многе друге околности, осим самих психичких поремећаја, које могу утицати на испољавање одређених психичких поремећаја а у слоју њих и елементе ургентности по горе наведеним типовима. Због обима материје пажња је усмерена само на најургентније психијатријске поремећаје узроке акутних ургентних испољавања. У ту категорију спадају: суицид, акутно психотични виолентни пацијенти ( психозе или поремећаји личности ), акутна интоксикација и апстиненцијални синдром алкохоличара и других зависника од ПАС ( посебно алкохолни делириум тремс), неалкохолни делириум, органски ментални поремећаји, стања предозираности прописаним лековима, неуролептички малигни синдром и серотонински синдром.

ЗАКЉУЧАК: Све већа учесталост злоупотребе ПАС и алкохола, злостављања и насилничког понашања, пораст броја случајева униполарне депресије и БАП-а(у депресивној фази) праћених покушајима суицида, узрокују повећан број ургентних психијатријских пацијената како у јединицама хитне психијатријске помоћи тако и у јединицама опште хитне медицинске помоћи али и у најширем обиму амбулатних служби. Стога је потребно оспособити медицинско особље свих профила, посебно лекаре и медицинске техничаре за правилно препознавање и збрињавање оваквих ургентних психијатријских стања на свим нивоима кличке и амбулатне праксе.

Посебан акценат треба обратити пацијентима након покушаја суицида и у случајевима агресивног виолентног понашања, како у смислу правилног збрињавања пацијената тако и у превенцији њиховог повређивања или значајнијег дугорочнијег онеспособљавања. Не сме се изгубити из вида ни латентна и увек присутна могућност повређивања особља које збрињава болесника као и могућност повреде и значајнијег физичког оштећења свих осталих лица која су са таквим пацијентом током ових стања долазе у непосредни контакт. Примена савремених лекова, обезбеђивање адекватне комплиансе и праћења психичког стања болесника неопходни су предуслови за значајније смањивање тежих последица оваквих иземна у понашању појединца. Такође је неопходна правилна едукација свих медицинских радника а посебно оних запосљених на свим нивоима психијатријске службе у смислу раног препознавања и адекватног реаговања у оваквим ургентним стањима.

**Број речи: 468**

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

1. Kropp S, Andreis C, Wildt B, Sieberer M, Ziegenbein M, Huber TJ. Characteristics of psychiatric patients in the accident and emergency department. *Psychiat Prax.* 2007;34:72–75.
2. Pajonk FG, Schmitt P, Biedler A, et al. Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems: a prospective comparison of two urban settings. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30:360–366.
3. Pajonk FG, D Amelio R. Psychosocial emergencies-agitation, aggression and violence in emergency and search and rescue services. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2008;43:514–521.
4. Neu P. Stuttgart: Schattauer; 2008. Akutpsychiatrie.
5. Abderhalden C, Nedham I, Dassen T, Haifens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2008;193:44–50.
6. Thomas P, Alptekin K, Gheorghe M, Mauri M, Olivares JM, Riedel M. Management of patients presenting with acute psychotic episodes of schizophrenia. *CNS Drugs.* 2009;23:193–212.

**Секција инструментара и сестара у анестезији**

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

**Интервентне процедуре у лечењу бола**

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

Са болом се срећу лекари разних специјалности а најчешће:

Лекари опште медицине, неуролози, реуматолози, ортопеди, неурохирурзи.

Само 23 % пацијената се среће са специјалистом за бол! Огроман број пацијената са хроничним болом пријављује неадекватну контролу бола. Тај проценат у развијеним земљама се креће од 30-60%. Интервентне процедуре за лечење бола су до скоро биле на скали за Тх бола WHO на последњем месту тј. Тек након исцрпљивања свих осталих могућности конзервативног лечења (лекови, физикална тх) прелазило се на неку од интервентних процедура. На срећу тај став је промењен те се са инетрвентним методама сада започиње веома брзо након постављене дијагнозе и почетка лечења. Те методе се могу сврстати у:

1. Ињекције лекова у болно место,
2. Циљна аблација нерава,
3. Имплатација спиналне неуростимулације
4. Имплатација интратекалних инфузионих пумпи.
5. Минимално инвазивне хируршке технике.

Предности оваквог начина лечења су у томе што:

1. Лек се даје у непосредној близини патолошког места,
2. Компатибилност ове врсте терапије са другим врстама (физикална, лекови),
3. Смањење узимања пероралних лекова,
4. Смањење седације узроковане другим лековима за лечење бола,
5. Уклањање бола у златном периоду тј спречавање централне сензитације.
6. Релативно кратке и безбедне амбулантне процедуре.

Ове врсте терапија се најчешће спроводе код ЛБП ( Low Back Pain Sy) тј јест код најчешћег бола у светској популацији 70-85%. Најчешће си изводе:

1. Блок фацетних зглобова,
2. Блок медијалне гране,
3. Епидуралне блокаде стероидима,
4. Радиофреквентна ризотомија,
5. Интрадискална зермална анулопластика

6. Спинална неуростимулација,
7. Интра текалне пумпе.

Поставља се питање када је време за примену ових метода:

1. Пацијенти код којих није дошло до побољшања након 4 недеље конзервативне терапије ( физикалан Тх, лекови),
2. Пацијенти код којих су симптоми и даље такви да захтевају лечење,
3. Пацијенти који не могу користити пероралне лекове ( контриндиковани, не толеранција),
4. Пацијенти који су услед јаких болова непокретни и не могу да нормално функционишу тј не могу бити третирани физикалном терапијом.

Све ове технике имају месту у савременој терапији бола и уз поштовање критеријума за примену ових техника и правилно коришћење, може довести до брзог ослобађања пацијената од боли.

**Број речи: 297**

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

1. Breivik et al., EJP 2006;10:287-333.
2. Stojanovic MP, Dey D, Hord ED, et al: A prospective crossover comparison
3. study of the single and multiple needle techniques for facet joint
4. medial branch block. Reg Anesth Pain Med 30:484-490, 2005
5. Chou R et al:Ann Intern Med 2007 147:478
6. Smart KM, Man Ther 2010; 15:80-87.
7. Guzman j. et al: 2008, Spine 33.5199-5213.
8. Caragee E.J Treatment of Neck Pain Eur Spine J (2008) 17 (Suppl 1): S153-S169.

**Пнеумофтизиолошка секција**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Значај и улога медицинске сестре техничара код компликованих пнеумонија**  
**Струковни медицински техничар Предојевић Немања, Клинички центар**  
**Крагујевац**  
**Наташа Јевтовић,**

Деловање различитих штетних агенаса ремете физиолошко стање плућног паренхима. Свакако да је водећи фактор ризика нарушеног здравља пушење али саме инфекције не морају бити учесталије код пушача. Пнеумоније се јављају у раном дечијем добу али и код одраслих који су хронични болесници нпр. дијабетичари.

Пнеумоније које захтевају хоспитални третман јесу компликоване и захтевају интензивну терапију и здравствену негу. Медицинска сестра техничар као равноправни члан тима на пулмолошким одељењима учествује у лечењу у колаборацији са лекаром али коз низ сестринских самосталних интервенција

Овај рад има за циљ да прикаже најучесталије сестринске интервенције код пацијената са компликованим пнеумонијама.

Ако би смо приказивали специфичне сестринске интервенције онда би свакако то било узимање трахеобрахиалног аспириата код пацијената који нису у могућности да дају спутум на преглед. Узимање лабораторијских анализа и узорковање крви за запаљенске факторе ( ЦРП, ПЦТ, пресептин...)

Сама дијагностика не подразумева инвазивну пулмолошку дијагностику али рентгенолошка дијагностика обавезује медицинску сестру техничара да обезбеди заштиту пацијента оловним кецељама.

Сам тренд пораста запаљенских фактора захтева вишеструку антиботску , антивирусну терапију а оно што свакако мора да се прати јесте појављивње ретких столица. Чињеница је да медицински техничар први може приметити евентуалне проблеме који могу бити знак гљивичне инфекције али услед велике примене антибиотика и појаву кластридијума .

Мерама превенције интрахоспиталне инфекције унапређује се квалитет здравствене неге.

Кључне речи : пнеумонија, сестринске интервенције , превенција чирења инфекције.

**Број речи: 219**

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

1. Lee FE, Treanor J. Viral infections. In: Mason RJ, VC Broaddus, Martin TR, et al, eds. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 5th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2010: chap 31.
2. Limper AH. Overview of pneumonia. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2011: chap 97.
3. Vrhovac B, Jakšić B, Reiner Ž, Vucelić B. Interna medicina. Četvrto, promijenjeno i dopunjeno izdanje; Naklada Ljevak, Zagreb; 2008: poglavlje VII.5
4. Braunwald E, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson JL. Harrisonova načela interne medicine. 15. izdanje, Bard-Fin & Romanov, Beograd-Banja Luka, 2008: IX deo, odeljak 2, 255
5. Marcos MA, Camps M, Pumarola T, et al. The role of viruses in the aetiology of community-acquired pneumonia in adults. Antivir Ther. 2009; Vol. 11:351-359.

**Друштво лабораторијских технолога и техничара**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Патохистолошка дијагноза тумора мозга**

**Специјалиста патолог др Наташа Видовић, Клинички центар Ниш**

Паренхим мозга и кичмене мождине грађен је претежно од тела и цитоплазматских наставака неуроепителних ћелија као што су неурони и различите глијалне ћелије. Појам глијалне ћелије обухвата потпорне астроците, мијелинизирајуће олигодендроците и епендимске ћелије које облажу површину можданих комора. Све ове ћелије имају и одговарајуће придружене неоплазме, а то су астроцитоме, олигодендроглиоме и епендимоми. Епендиму су врло блиске специјализоване епителне ћелије хориоидног плексуса, а које међу туморима мозга представљају папиломе и карциноми хориоидног плексуса. Прекурсори и диферентоване неуросекреторне паренхимске ћелије пинеалне жлезде, смештене на крову средњег мозга, такође су подложне трансформацији којом настају пинеобластом и пинеоцитом.

Положај промене, посебно код тумора, има изузетан значај у диференцијално-дијагностичком разматрању клиничке и хистолошке дијагнозе. Патолог суочен са неурохируршким интрааксијалним тумором неће на почетку ни помислити на менингеом, али ће му то бити прва претпостављена дијагноза када је тумор у додиру са дуром или испуњава понтоцеребеларни угао (у том се случају може посумњати и на шваном). Насупрот томе, дифузни фибриларни астроцитоме, олигодендоглиоме и метастатски карциноми чине већину тумора можданих хемисфера.

Поред микроморфологије и класичног НЕ бојења у патохистолошкој дијагностици тумора мозга користе се и помоћне методе: хистохемијске (нпр. АВ-PAS) и имунохистохемијске (бојења на глијални кисели фибриларни протеин GFAP, виментин, ЕМА, ТТФ1, Ки67 итд.

**Број речи: 202**

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

1. Boele FW, Heimans JJ, Aaronson NK, Taphoorn MJ, Postma TJ, Reijneveld JC, Klein M. Health-related quality of life of significant others of patients with malignant CNS versus non-CNS tumors: a comparative study. *J Neurooncol.* 2013;115(1):87-94.
2. Moriya J, Tanino MA, Takenami T, Endoh T, Urushido M, Kato Y, Wang L, Kimura T, Tsuda M, Nishihara H, Tanaka S; R-IHC Study Group. Rapid immunocytochemistry based on alternating current electric field using squash smear preparation of central nervous system tumors. *Brain Tumor Pathol.* 2016;33(1):13-8.
3. Ostrom QT, Gittleman H, Farah P, Ondracek A, Chen Y, Wolinsky Y, Stroup NE, Kruchko C, Barnholtz-Sloan JS. CBTRUS statistical report: Primary brain and central nervous system tumors diagnosed in the United States in 2006-2010. *Neuro Oncol.* 2013;15 Suppl 2:ii1-56.
4. Chen L, Zou X, Wang Y, Mao Y, Zhou L. Central nervous system tumors: a single center pathology review of 34,140 cases over 60 years. *BMC Clin Pathol.* 2013;13(1):14.
5. Hamilton JD, Rapp M, Schneiderhan T, Sabel M, Hayman A, Scherer A, Kröpil P, Budach W, Gerber P, Kretschmar U, Prabhu S, Ginsberg LE, Bölke E, Matuschek C. Glioblastoma multiforme metastasis outside the CNS: three case reports and possible mechanisms of escape. *J Clin Oncol.* 2014;32(22):e80-4.



**Интернистичка секција**

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

**Примарна и секундарна превенција коронарне артеријске болести  
Интерниста кардиолог др Невенка Живковић, Специјална болница "Меркур"**

Увод: примарна превенција смањује појаву миокардног инфаркта, потребу за реваскуларизацију, побољшава хвалитет живота. Смернице American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines 2010 указују на процену кардиоваскуларног ризика код асимптоматских пацијената. Кардиоваскуларни морталитет нижи код смањења систолног крвног притиска за 10 ммХг 20-40%, хиперхолестеролемије (пад ЛДЛ за 1мм/л) за 21 %, пораст ризика од акутни инфаркт миокардакод пушача (5,6%) и гојазности. Дијабетес је еквивалент коронарној болести(CHD) постепено почиње за 10г, 20-30% развија компликације у време постављања дијагнозе. Регулација HbA1c(око 7%) смањује ризик за CHD и CVB за 57%.

Циљ рада: значај превенције кроз утврђивање утицаја гојазности на хипертензију(HA) у дијабетичара тип 2 на инсулинској терапији, гликорегулације и хипертриглицеридемије на HA,CHD, CVI.

Методe: урађена је проспективна студија у периоду од два месеца 2013г у Специјалној болници Меркур-Врњачка Бања. Описано селекционално истраживање спроведено на 200 пацијената оболелих од дијабетеса из „Програма едукације дијабетичара“ на инсулинској терапији. Евалуирани параметри: трајање дијабетеса, инсулинске терапије, хипертензије, обим струка гојазност (BMI), HbA1c, гликемија наше (PPG), постпрандијално (FPG), триглицеридемије( TG), конвенционално мерење TA, CHD, CVI.

Резултати: у испитиваној групи сви дијабетичари су бли гојазни ( BMI>30кг/м2), доминира женски пол 118(59%), мушкарци 82(41%). Просечна старост 62,94г±8,8, жене 64,67г, мушкарци 60,45г. Просечно трајање: дијабетеса 14,08г±8,06, дужине инсулинске терапије 6,43г±5,25, HA 9,28г±7,7. Mann-Whitney U тест показује повезаност HA и CHD (z=2,795,p<0,01), HA и CVI(z=2,957,p<0,01). Рангиран степен гојазности BMI: Io(30-34,9кг/м2), IIo(35-39,9кг/м2), IIIo(>40кг/м2) и степен HA:Io (140-159/90ммХг), IIo(160-179/100ммХг), IIIo(>180/80ммХг). Ni-kvadrat теаст показује повезаност степена гојазности са степеном хипертензије, ( $\chi^2=1,018$ , p<0,01, са великим утицајем Cramer 's,V=0,558). HbA1c>7 је повезан са CHD ( $\chi^2=0,961$ ,p<0,01). Повезаност степена гојазности и хипертриглицеридемије није значајна ( $\chi^2=0,148$ , p>0,05, средњи утицај Cramer 's V=0,148).

Закључак: садашње налази указују на значај и потребу за комплексну превенцију. Код гојазних дијабетичара на инсулинској терапији дужина хипертензије утиче на појаву коронарне и цереброваскуларне болести. Гојазност је повезана са степеном хипертензије. Неадекватна гликорегулација је одговорна за настанак CHD.

**Број речи: 312**

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

1. Mohamad TN, MD; Chief Editor: Subhi YA MD, FACC, FACP, MSCI more..Primary and Secondary Prevention of Coronary Artery Disease 2015.
2. Awad AI, Alsaleh FM 10-year risk estimation for type 2 diabetes mellitus and coronary heart disease in Kuwait: a cross-sectional population-based study. PLoS One. 2015 Jan 28;10(1):e0116742. doi: 10.1371/journal.pone.0116742. ECollection 2015.
3. Ades PA, Savage PD Potential benefits of weight loss in coronary heart disease..Updated: Apr 01, 2015 Prog Cardiovasc Dis. 2014 Jan-Feb;56(4):448-56. doi: 10.1016/j.pcad.2013.09.009. Epub 2013 Oct 9.
4. Ades PA, Savage PD, MS, Potential Benefits of Weight Loss in Coronary Heart Disease Division of Cardiology, University of Vermont College of Medicine, Burlington, VT 05403 DOI
5. Hu G, Tuomilehto J, Borodulin K, Jousilahti P (2007) The joint associations of occupational, commuting, and leisure-time physical activity, and the Framingham risk score on the 10-year risk of coronary heart disease. Eur Heart J 28: 492–498. pmid:17242011 doi: 10.1093/eurheartj/ehl475
6. View Article
7. PubMed/NCBI
8. Google Scholar

**Секција ургентне медицине**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**„Прехоспитални приступ пацијенту без свести“**

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

**Драган Милојевић,**

Појам свест у клиничкој пракси означава тренутно стање свесности себе и своје околине, и одговор на спољне стимулусе и унутрашње потребе. Два основна предуслова нормалног нивоа свести су будност и ментални садржај свести, односно квантитет и квалитет свести. У клиничкој пракси се појам свести изједначава са стањем будности. Зато се термини губитак свести и криза свести користе како би указали на краткотрајност прекида свести и по правилу, потпуни опоравак. Термин криза свести, , користи се да означи сваки пароксизмални и пролазни поремећај стања свести, без обзира да ли је праћен прекидом свести или не. Међутим, термин губитак свести подразумева пароксизмални, краткотрајни потпуни рекид, односно одсуство свести.

Губитак свести је врло важан и чест клинички проблем. Иако доносе велики страх и забринутост пацијентима, прогноза је најчешће повољна. Највећи број губитака свести се не опсервира непосредно од стране лекара, већ се дијагноза поставља ретроспективно. Ово захтева детаљно узимање анамнезе од стране пацијента и детаљно узимање хетероанамнезе од стране евентуалних очевидаца, јер само правилно вођена анамнеза може допринети откривању правог узрока губитка свести.

Два најважнија, а и најчешћа узрока епизодичног губитка свести су синкопа и епилептички напад. Веома је важно разликовање ова два клиничка ентитета због различитих узрока, дијагностичких поступака и лечења ова два поремећаја. У свакодневним ситуацијама губитак свести на јавном месту и у приатном амбијенту представља изазов за сваког медицинског радника. Када пацијент изгуби свест од виталног интереса је утврдити узрок, дубину и природу губитка свести како би се примениле све неопходне терапијске мере.

**Број речи: 246**

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

1. Serrano LA, Hess EP, Bellolio MF, Murad MH, Montori VM, Erwin PJ, Decker WW. Accuracy and quality of clinical decision rules for syncope in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Ann Emerg Med.* 2010;56(4):362-373
2. Giada F, Ammirati F, Bartoletti A, Del Rosso A, Dinelli M, Foglia-Manzillo G, Francese M, Maggi R, Quartieri F, Santomauro M. The Syncope Unit: a new organizational model for the management of patients with syncope. *G Ital Cardiol* 2010;11(4):323-8
3. Can I, Cytron J, Jhanjee R, Nguyen J, Benditt DG. Neurally-mediated syncope. *Minerva Med.* 2009;100(4):275-92.
4. Ungar A, Morrione A, Rafanelli M, Maraviglia A, Landi A, Caldi F, Chisciotti VM, Ruffolo E, Marchionni N, Del Rosso A. Evaluation of "complex syncope: what are the indications for second-level investigations? *G Ital Cardiol* 2009;10(1):6-17.
5. Piñol-Ripoll G, Gómez Bitrian J, Puerta González-Miró Ide L, Royo Hernández R, Mauri-Llerda JA. Characteristics and management of epileptic seizures in emergency department and diagnostic correlation at discharge. *An Med Interna.* 2008;25(4):168-6

**Секција кућне неге**

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

**Тимски рад и самосвест у палијативном збрињавању  
Струковна медицинска сестра Соња Митић, Дом здравља Ниш**

Жеље и потребе пацијената са узнапредовалим, неизлечивим болестима, као и њихових породица, су веома сложене. Поред контроле симптома болести, неопходно је пружити практичну, психолошку, духовну и емоционалну подршку, не само пацијентима већ и њиховим ближњима. Бројни изазови и проблеми са којима се суочавају пацијенти са болестима које угрожавају њихове животе и утичу на њихове породице, које покушавају да се навикну на постојање болести и предстојећу смрт, превазилазе знања и умећа било ког професионалца. Зато је тимски рад саставни део филозофије палијативног збрињавања од самог почетка. Холистичко палијативно збрињавање пружају мултидисциплинарни тимови, при чему су пацијент и његова породица кључни чланови тима. Већину тимова чине лекар, медицинска сестра – техничар, социјални радник, духовник и волонтери. Остали стручњаци се укључују када је потребна њихова експертиза. На самом почетку збрињавања, док је присутан мањи број симптома, основни тим је обично у стању да издржи под контролом. Како се ближи смрт пацијента, јављају се сложенији симптоми, па је потребна и обухватнија подршка.

Изградња тима није лак задатак. Зависно од потребе, могућности и клиничког окружења, тимови могу бити мали мање од четири члана, али је боље да их има више. Кључни елементи изградње успешног тима је одабир стручњака и волонтера.

Медицинска сестра – техничар има најважнију улогу у пружању палијативног збрињавања у различитим службама и околностима. Она проводи сате са пацијентима и њиховим породицама и познаје их боље него други чланови тима. Стога, медицинске сестре – техничари учествују у различитим проценама пацијената и имају своју улогу у контроли симптома болести. Једна од најважнијих улога је пружање емоционалне подршке пацијентима и њиховим породицама.

**Број речи: 260**

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

1. Hawkins AC, Howard RA and Oyebode JR (2007). Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. *Psychooncology* 16(6). 563-72
2. Vachon MLS and Muller M (2009). Burnout and symptoms of stress in staff working in palliative care. In *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine* (236-264)
3. Kissane D, Bultz B, Butow P and Finlay I (2010). *Handbook of communication in oncology and palliative care*. Oxford: Oxford University Press
4. Yoo JS, Lee JH and Changa SJ (2008). Family experiences in end-of-life care: A literature review. *Asian Nursing Research*, 2(4), 223-236
5. Dyregrov A (2008). *Grief in Children*. London: Jessica Kingsley

**Секција бабица и гинеколошко - акушерских сестара**

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

**Нагласи на акушерките за самостојателна практика  
Magistar akušerska sestra Delčeva Svetlana, Mbal Haskovo AD "Gr. Haskovo"**

Съвременната акушерка притежава компетентност да прилага качествени акушерски грижи за пациентките. Тя е обучена в различни техники и модели за комуникация и общуване, поради което ролята ѝ на информатор и консултант непрекъснато ще нараства. Законите регламенти дават възможности за автономни дейности, свързани в консултиране, информирание и общуване с пациентките.

Целта на разработката е да се проучат нагласите на акушерките в гр. Хасково за самостојателна практика или в сътрудничество с колеги - акушерки.

Материали и методи. Изследването е проведено чрез собствено разработена пряка анонимна анкета. Анкетирани са акушерки от АГО Хасково и гинекологични кабинети в региона. Проучването е проведено на случаен принцип за времето от месец март – месец юни 2016 година. Обхванати са 50 лица. Приложени са документален, социологически и статистически методи.

Резултати.

1. Изследваните акушерки имат необходимото образование, опит и желание за самостојателна акушерска практика.
2. Законската база в България дава възможност за самостојателни практики в областта на здравните и акушерски грижи.
3. Все още се наблюдава известна нерешителност при част от изследваните, които сапо-склонни да работят в екип с колегите си.

Ключови думи: самостојателна практика, акушерки, информираност, компетентност

**Број речи: 176**

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

1. Приложна психологија в медицината и здравните грижи” - "Хосписни и палиативни грижи – световна практика иопит в България", изд. МУ-Плевен, 200 С. Александрова-Янкуловска. Биотика. Издателски център на МУ-Плевен, 2009
2. Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху здравето на българското население 2013-2017 г.
3. Процедура за провеждане на национално представително проучване за нивата на радон в сгради, Министерство на здравеопазването;
4. Наредба за основните норми за радиационна защита;
5. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs291/en/>



## САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

### **ХПВ вакцинација: „За“ и „Против“**

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

Данас је превенција ХПВ инфекције усмерена ка примарној превенцији, односно ХПВ вакцинацији, као и дијагностици ХПВ инфекције. Промотери вакцинације сматрају да би ХПВ вакцинација могла би да спречи до 70 % сквамозелуларних карцинома и до 85% аденокарцинома грлића материце, упркос чињеници да клиничке студије нису показале до сада да су вакцине спречиле развој карцинома грлића материце. Вакцина нема терапијски ефекат и не може се корисити за лечење постојећих лезија изазваних ХПВ. Примену ХПВ вакцине и њен значај у превенцији карцинома грлића материце потврдиле су неке студије, док има и оних које наводе ограничен допринос и негативне ефекте вакцинације. Бројне студије разматрају различита отворена питања везана за препоруке за вакцинацију, како за циљну популацију, тако и интервал апликовања вакцине и интервал заштите, као и исплативост вакцинације.

Вакцинација девојчица ( од девет до тринаест година) против онкогених типова ХПВ, која је сада постала широко распрострањена и даље оставља многа отворена питања, а период примене ХПВ вакцине је сувише кратак, да би се проценила њена ефикасност. Како постојеће вакцине / дво и четворо-валентна не покривају све врсте онкогених вируса, у примени је већ 9-валентна вакцина, против ХПВ типова, 6/11/16/18/31/33/45/52/58/. Како ће ефекти вакцинације бити видљиви тек после много година примене, нужност цитолошког скрининга ће остати неопходна. У Европи, поред вакцинације девојчица, вакцинација 12-годишњих дечака против ХПВ, повезује се са значајним додатним клиничким користима у смислу смањења учесталости цервикалног карцинома.

Светска здравствена организација је 2009. године дала препоруке за увођење ХПВ вакцинације као додатне методе превенције рака грлића материце. У случају вакцинације, важно је да се настави са редовним скринингом како би се осигурала заштита од последица инфекције ХПВ типовима против којих вакцине не пружају заштиту и на адекватан начин мерио успех примарне и секундарне превенције рака грлића материце.

2009. године, три домаћа струковна удружења у Србији: удружење за дечију и адолесцентну гинекологију (удружење за гинеколошку онкологију Србије и Српско лекарско друштво – Секција за цитологију и цитодијагностику, дала су позитивну препоруку за примену вакцина.

Неке студије су потенцирале високе цене вакцине, посебно у земљама у развоју, где је ова вакцина најпотребнија. Бројне студије су као најбољи вид превенције цервикално карцинома навеле примену вакцинације уз редовне скрининг програме. Контроверзе око ХПВ вакцинације подразумевају високу цену, неизвесно трајање заштите и бриге о прећутном одобрењу сексуалне активности и лажног осећаја сигурности, као и то што се институције и законске регулативе које доносе одлуке о имплементацији ХПВ вакцинације, базирају искључиво на подацима добијеним од произвођача вакцина.

Систематски преглед литературе који се односи на примену вакцине, показује да се смањење инциденције рака грлића материце најбоље постиже оптимизацијом прегледа и утицајем на кофакторе, а не ослањањем на вакцине чија ефикасност није доказана клинички, а значајан је и безбедоносни ризик. Од 2013. године, ХПВ вакцинација је део националних програма 66 земаља, укључујући готово све земље у Северној Америци и Западној Европи, али свим напорима појединих земаља, стопе покривености су ниже него што се очекивало.

**Број речи: 472**

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

1. Antić LJ. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet Beograd. 2015.
2. Wright T, Huang J, Baker E, Garfield S, Hertz D, Cox JT. The budget impact of cervical cancer screening using HPV primary screening. *Am J Manag Care*. 2016; 22(3):e95-e105.
3. Serrano B, Alemany L, Tous S, Bruni L, Clifford GM, Weiss T, Bosch FX, de Sanjose S. Potential impact of a nine-valent vaccine in human papillomavirus related cervical disease. *Infect Agent Cancer*. 2012;7(1):38.
4. Brotherton JM. Human papillomavirus vaccination: where are we now? *J Paediatr Child Health*. 2014;50(12):959-65.
5. Pils S, Joura EA. From the monovalent to the nine-valent HPV vaccine. *Clin Microbiol Infect*. 2015;21(9):827-33.
6. Inbar R, Weiss R, Tomljenovic L. Behavioral abnormalities in female mice following administration of aluminum adjuvants and the human papillomavirus (HPV) vaccine Gardasil. *Immunol Res*. 2016 Jul 16. [Epub ahead of print]

**Педијатријска секција**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

(максимално 500 речи)

**„Роля и место на здравните професионалисти в създаването на навици „култура на храненето „ у подрастващите между 3 – 6 години  
Мед.сестра –общ профил Veselina Lambova Bratanova, SDJA "SNEŽANKA "**

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

Активната работа с родителите и навременните здравни грижи и контрол , са претпоставка за създаването на трайни хранителни навици у децата. Ролята и място на здравните професионалисти в изграждане на здравословен модел на хранене е определяща.

От една страна се избягват неблагоприятните последици за здравето , недохранване, прехранване и небансирано хранене, а от друга се изграждат здравословно хранително поведение наречено още „култура на храненето,, която е определяща за бъдещето на всяка личност и най-вече определя здравият статус през целия живот.

**Број речи: 98**

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

1. WHO Handbook on Indoor Radon: A Public Health Perspective, 2009;
2. IAEA Safety Standards Series No. GSR Part 3;
3. Radon in civil engineering – building code, building standards, guidelines for building professionals, Olli Holmgren, STUK- Finland;
4. Radon action plan Requirements on education of professionals, Olli Holmgren, STUK- Finland;
5. Establishing Enhanced Approaches to the Control of Public Exposure to Radon, IAEA;
6. Protection of the Public against Exposure Indoors due to Radon and Other Natural Sources of Radiation, Specific Safety Guide IAEA, 2015, No. SSG-32;

## САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

### **Деформитети кичменог стуба код деце школског узраста**

**Доктор медицине, специјалиста педијатрије, др Марина Тењовић, Дом здравља Алексинац**

**Александра Стоилковић,**

Увод: На систематском прегледу у обданишту, школи или код куће, где родитељи први примете промене код детета, као што је жалба на бол, замор и укоченост, упућује дете у здравствену установу где се почиње са дијагностиком његовог здравственог статуса. Дијагноза се поставља на основу клиничког и радиографског налаза. Према резултатима систематских прегледа ученика, свако треће дете у Србији пати од неког облика деформитета, а нека деца имају и више њих истовремено, подаци су Института за јавно здравље, “Др Милан Јовановић Батут”. Како би се овом проблему бар делимично стало на крај, Национални просветни савет (НПС) је усвојио мере како би се унапредило физичко васпитање у школама.

Систематски прегледи ученика спроводе се редовно, како би се пратио њихов раст и развој, али и како би се неки деформитети открили на време и адекватно лечили.

При систематским прегледима откривају се и обољења и стања због којих ученици углавном не траже лекарску помоћ, као што су деформације коштаног система, лоше телесно држање, недовољна ухрањеност. Међу њима је и низ других, која имају значајног утицаја на способност ученика: сметње вида, слуха, недовољна психичка развијеност, говорне мане, урођене срчане мане, каријес – истичу у Институту за јавно здравље.

Систематски прегледи школске деце јасно говоре да су деформитети кичменог стуба у порасту јер је коштаног мишићни систем деце у развоју под утицајем неповољних спољашњих фактора подложен деформацијама. Наслеђе и лоше навике у држању, претешке школске торбе, кратковидост, као и недовољна физичка активност воде у поремећај статике кичменог стуба што за резултат има лоше телесно држање.

Циљ: утврдити учесталост лошег телесног држања ученика петог и седмог разреда у алексиначкој основној школи.

Методe и материјал: систематским прегледом ученика петог и седмог разреда (инспекцијом и тестом предклона) одређен је њихов постурални статус.

Резултати: прегледом је обухваћено 187 ученика и то 69 ученика петог и 118 ученика седмог разреда и добијени следећи резултати: у петом разреду 19 ученика ( 27,5%) имало је лоше телесно држање и то: од 34 девојчице 11 (32,3%) и од 35 дечака њих 8 ( 22,8%) имало је деформитете кичменог стуба. У седмом разреду 29 (24,57%) деце имало је лоше телесно држање и то : од 58 девојчица њих 17 (29,3%) и од 60 дечака њих 12 ( 20% ). Код све деце радило се о функционалним деформитетима са доминацијом сколиозе у 78%, док је кифоза нађена у 18% а лордоза била присутна код 4% деце.

Закључак: деформитети кичменог стуба представљају чест здравствени проблем основаца. У оба

узраста чешћи је проблем код девојчица, вероватно због слабије физичке активности. Повећана инциденца коштано мишићних деформитета код деце указује на важност и неопходност превенције, континуираног праћења и раног откривања.

**Број речи: 418**

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

1. Паушић Ј. ( 2013 ), Конструкција и вредновање мерних поступака за процену телесно држања у дечака узраста од 10 до 13 година . Кинезиолошки факултет Универзитета у Загребу .
2. Педијатрија, Жарко Д. Барјактаревих, Башо Н. Церових ( 2010 )
3. Мирсад Муфтић, Исмет Гавран Капетанових, Јасна Башич, Горан Павловић: Најчешћи деформитети кичменог стуба и локомоторног апарата дијете и омладине, Сарајево 2010. године
4. Стефанових Н., Анатомија човека: грудни кош за студенте медицине, Ниш 2008
5. Радиоица Јокић и Душанка Добановачки, уредници, ДЕЧЈА ХИРУРГИЈА, Медицински факултет, Нови Сад, 2013

## САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

### Сестрински грижи при деца в кетоацидоза

Master здравствене неге SILVIJA KOSTADINOVA GALDAŽIEVA, Mbal Haskovo AD "Gr. Haskovo"

Захарниот диабет е широко разпространено социално значимо заболување. Диабетната кетоацидоза е остро метаболично усложнение на диабета и обично се асоциира со тип 1 захарен диабет, но може да се развие и при захарен диабет тип 2.

Живото застрашувајќиот карактер на диабетната кетоацидоза често поставя редица дијагностични и терапевтични проблеми, свързани со късното започвање на лечение при децата. Това налага добро познавање на проблемот од медицинските специјалисти со оглед брза, адекватна и компетентна намеса и намалување на ризикот од неблагоприятен исход. Прилагането на алгоритмите за поведението на професионалистите по здравни грижи при дете со кетоацидоза има решавачко значење за исходот од тоа тешко состојание.

**Број речи: 103**

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

1. Национална програма за намалување на влијанието на радон во сгради врху здравјето на бугарското население 2013-2017 г.
2. Процедура за спроведување на национално представително истражување за нивоа на радон во сгради, Министерство за здравеопазување;
3. IAEA TC Project RER9127/04 Workshop, Sofia, 25-26 January 2016, Advice on measures to reduce radon levels in buildings, IAEA;
4. np-radon.org
5. <http://www.mh.government.bg>
6. <http://www.ncrrp.org>

**Дерматовенеролошка са инфектолошком секцијом**

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

**Прекомерно знојење као терапијски проблем у дерматологији и његови психолошки и социјални аспекти**

**Специјалиста дерматовенерологије др Драгана Љубисављевић, Клинички центар Ниш**

Прекомерно знојење је значајан медицински проблем, најчешће присутан код млађих људи, којима ствара социјалне и психолошке потескоће у комуникацији са околином у сваком погледу. Назива се у стручном жаргону Хиперхидроза и представља неконтролисано и претерано лучење зноја које превазилазе потребе нормалне термохомеостазе. Она се најчешће јавља још у детињству или пубертету у виду свакодневног знојења дланова, табана, лица и пазушних јама.

Функција знојења је заправо одржавање телесне температуре адекватном у условима повишене спољашње температуре. Она је значи даноцно у функцији и то по кожи читавог тела. Други тип знојења је тзв. емоционално, које је увек дневно и углавном ограничено на лице, пазухе, дланове и табане. Центри за ова два типа се налазе у различитим регијама мозга јер је први у физиолошким оквирима а други представља психосоматску манифестацију.

Подела хиперхидроза:

Идиопатска или примарна хиперхидроза (када не постоји никакво друго обољење или стање, када узрок заправо није познат)

Секундарна хиперхидроза, која се јавља у оквиру инфекција, малигних неуролошких, психијатријских, ендокринолошких болести, повреда кичменог стуба и, системских болести везивног ткива, болести симпатичког система, употребе неких лекова (Пропранолол, Пхусостигмине, Пилокарпин, трициклични антидепресиви, антиеметици и др)

Примарна хиперхидроза може бити фокална и генерализована стим сто је примарна скоро увек фокална а секундарна најчешће генерализована.

Прецизна скала интензитета хиперхидрозе заправо не постоји али се примарна најчешће квалитативно дели на благу (милд), умерену (модерате) и озбиљну (севере)

Како хиперхидроза утиче на зивот људи?

Утицај овог поремећаја на квалитет живота људи може бити у виду 1) физичких проблема, 2) социјално психолошких и 3) ограничења у радним активностима, што значи да најшире сфере свакодневних делатности трпе због овог проблема и бивају деградиране у квалитету и задовољству које би требало да доносе појединцу. У истраживањима за процену негативног утицаја хиперхидрозе на живот људи, користе се различите скале тј. путници. Најчешће су део

делокруга рада психолога и социолога али и дерматолога у различитим студијама о хиперхидрози, што сугерише потребу о тимском раду у решавању овог широко распрострањеног проблема.

Најчешћи физички проблеми код особа са хиперхидрозом, последица су стално влажне одеће и обуће. Мацерисана кожа је одлична подлога за колонизацију гљивица али и бактерија и других микроорганизама. У пазушној регији је чест феномен бромхидрозе, на стопалима кератолиза и колонизација гљивица (Тинеа педис).

О социјално психолошким проблемима најбоље говори једна студија спроведена у САД где је код више од 50% испитаника евидентиран пад самопоуздања, код 38% осећај непријатности у свакодневном животу, код 20% знаци депресије.

Ограничења у радним активностима чине читаву палету проблема од отежаног коришћења електронских уређаја, свирања музичких инструмената, ломљења стаклених предмета, опасности од струјног удара, до суженог избора занимања посебно код особа која пате од хиперхидрозе дланова од раног детињства и младости.

Терапија хиперхидроза је стога важна и неопходна; чине је антиперспирантна средства, као најраспрострањенији облик локалне терапије, затим јонофореза, терапија ботулинским токсином, системска терапија и хирушка терапија у виду ексцизије, субкутане киретаже и симпатекомиије ( грудне и ЦТ вођене перкутане ). Сва ова средства и методе имају добре и лоше стране терапијског учинка и можемо слободно рећи да смо још увек далеко од идеалног терапијског средства за решавање хиперхидрозе у свим њеним видовима. Рад на откривању све бољих препарата део су наше обавезе као терапеута према људима који истински пате због превелике активности својих знојних жлезда.

**ЗАКЉУЧАК:** Особе са хиперхидрозом не могу се сматрати болесницима у правом смислу те речи, јер се не ради о правој болести али како здравље није само одсуство болести већ и социјално и психолошко благостање (став СЗО) хиперхидрозу можемо сматрати једном врстом болести која утиче на физички и психички интегритет појединца. Уколико је у питању интегритет младих људи, лако рањивих и сензитивних бића, онда је јасно колика је наша обавеза да им помогнемо велика.

**Број речи: 556**



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

1. Epidemiologija pervičnogo gipergidroza, Ru - сайт о Gipergidroze для pacientov i врачей, Pristupljeno 7. novembar 2010
2. Ro KM, Cantor RM, Lange KL, Ahn SS Palmar hyperhidrosis: evidence of genetic transmission. J Vasc Surg. 2002 Feb;35(2):382-6. Abstract PMID: 11854739, Pristupljeno novembar 2010
3. Primary palmar hyperhidrosis locus maps to 14q11.2-q13. - Am J Med Genet A. 2006 Mar 15 ; 140(6):567-72. Pristupljeno novembar 2010
4. Boni R. Generalized hyperhidrosis and its systemic treatment. Curr Probl Dermatol 2002;30:44-7. PubMed, Pristupljeno novembar 2010
5. Sato K, Kang WH, Saga K, Sato KT. Biology of sweat glands and their disorders II. Disorders of sweat gland function. J Am Acad Dermatol 1989;20(5 Pt 1):713-26. Medline Abstract, Pristupljeno 29. 4. 2013.

**Друштво санитарно – еколошких инжењера и техничара**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Значај спровођења дезинсекције у циљу превенције трансмисивних заразних болести у условима појачаних миграција становништва**

**Специјалиста ургентне медицине др Драгана Деспот, Завод за биоциде и медицинску екологију**

**Маријана Мачужић, Катарина Шеовић,**

Миграција је трајно пресељење појединца из једне земље у другу. Последњих година забележен је повећан прилив миграната из Азије и Африке у Европу. Обимне миграције становништва са собом носе ризик од појаве болести нетипичних за неко поднебље. У оваквим ситуацијама нарочито се повећава ризик од појаве трансмисивних заразних болести нарочито у подручјима где су присутни вектори који су преносиоци. Вектори су живи организми који преносе инфективне агенсе између људи или са животиња на људе. Већина вектора су хематофагни инсекти који током свог крвног оброка преносе инфективне агенсе са заразног домаћина на другог. Вектори могу бити механички или биолошки. Механички вектори преко свог тела (длаке, ноге, усни апарат) преносе инфективне агенсе са једног места на друго где може доћи до контаминације хране и воде као и инфицирања људи и животиња. Најзначајнији механички вектори су мрави, бубашвабе и муве. Биолошки вектори су хематофагни инсекти који уносе патоген током крвног оброка из инфицираног домаћина и касније га инокулирају у новог домаћина током следећег крвног оброка. Да би дошло до појаве и ширења трансмисивних заразних болести неопходно присуство узрочника болести, одговарајућег резервоара, вектора и домаћина, као и повољни климатски услови за опстанак како узрочника тако и вектора. Најзначајнији биолошки вектори су комарци, крпељи, ваши, буве и папатаћи.

Болести које преносе комарци су: маларија, жута грозница, денга, грозница западног Нила, Чикунгуња, зика. Крпељи су преносиоци Лајмске болести, вирусног крпељског енцефалитиса, хумане гранулоцитне анаплазмозе и Конго – Кримске хеморагичне грознице. Папатаћи преносе лајшманиозу. Ваши су преносиоци пегавог тифуса, Буве преносе кугу. Трансмисивне заразне болести су веома заступљене у свету, а са климатским променама и миграцијом становништва постоји ризик за појаву у нашој земљи неких које се нису јављале до сада. Спровођење превентивних мера за спречавање њихове појаве је најефикаснији начин контроле векторски преносивих болести.

Превентивне мере подразумевају мере личне заштите, као и спровођење дезинсекције којом се сузбијају вектори. Мере дезинсекције се спроводе у виду мониторинга вектора и њиховог сузбијања. Мониторинг се састоји од праћења врсти и бројности самих вектора, а сузбијање се спроводи применом биоцида који су регистровани за ту намену. Како је све већи ризик од појаве трансмисивних заразних болести које нису ендемске за наше подручје или се нису појављивале дужи низ година, од изузетног је значаја радити на унапређењу мера дезинсекције.

**Број речи: 370**

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

1. Милутиновић, М... [и др.], Крпељи (Acari: Ixodidae, Argasidae) Србије – Београд : САНУ, 2012;
2. D. Petric, I. Hrnjakovic Cvjetkovic, J. Radovanov, D. Cvjetkovic, V. Jerant Patic, V. Milosevic, G. Kovacevic, M. Zgomba, A. Ignjatovic Cupina, A. Konjevic, M. Dusan, M<sup>a</sup> Paz Sánchez-Seco. West nile virus surveillance in humans and mosquitoes and detection of cell fusing agent virus in Vojvodina province (Serbia). HealthMED – Vol. 6, No 2, 2012.
3. Reiter P., West Nile virus in Europe: understanding the present to gauge the future, Euro Surveill, 2013.
4. European centre for Disease Prevention and Control. Expert Opinion on the public health needs of irregular migrants, refugees or asylum seekers across the EU's southern and south-eastern borders. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2015.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2014 – emerging and vector-borne diseases. Stockholm: ECDC; 2014.

**Друштво физио и радних терапеута**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Диференцијални приступ клиничкој евалуацији и рехабилитацији у проблематици бола у леђима**

**Виши физиотерапеут Александар Марић, Специјална болница "Меркур" Врњачка Бања**

**Ивана Младеновић,**

Увод : Велике су потребе болесника да буде обавештен о узроку, појавама деловања, могућностима лечења и отклањању тегоба због његовог кичменог диска. На овај начин је говорио Драјзен, и био свестан, да нису сви болови у леђима и ногама, који муче човечанство столећима, изазвани обољењима кичменог диска, као и да не постоји рецепт за све животне ситуације. Исто тако, људи нису вољни да прихвате свој проблем као судбински предодређен, што покреће наш медицински активизам.

Циљ рада : Јачање одговорности за стање болова које проузрокује проблематика леђа, посебно код људи који су томе склони, подстицање њихове сопствене иницијативе за превентиву знањем и понашањем. Рехабилитациони процес мора да препозна болест, детерминише је, и употреби најбољи „алат“ како би је санирао. Сматра се да постоји преко 30 могућих узрока настанка бола у леђима.

Методe : Стандардизовани тестови евалуације имају улогу да трасирају пут опоравка. У клиничком расуђивању неопходна је одређеност. Диференцијацију појава хернијације диска, лумбага, дископатије, дискартрозе, фасета, спондилозе, спондилолистезе, спиналне стенозе, инстабилности, и тд., добијамо обогаћењем свог клиничког прегледа модерним дијагностичким испитивањем, применом SLR, Faber, Slump, Valsalva, Pheasant, Quadrant, Miligram, Menell, Spring теста, теста спиналне покретљивости, феморалног истезања, тензионог и пронираног теста нестабилности, лумбалног торзионог теста.

Покушај да, правилном детекцијом, процес опоравка усмеримо, а растеретимо конзервативних схватања, доводи до новог приступа лечењу, тако да заблуде пацијената о брзом „клик“ опоравку, и рефункционализацији без сопственог и побољшаног терапеутског учинка, престају да постоје. „Механичар може имати пуну кутију кључева, а да не зна који од њих и на који начин решава проблем“. Технике подразумевају мануелне методе, сложене кинезитерапијске поступке, специјализоване, активне и пасивне, примену физикалних агенаса, топле воде, метода додатне екстерне подршке, рекреативних захтева, поспешивање дубоке перцепције положаја и односа сегмената. Ниједна метода није свемогућа, ни искључена, ни искључива, али као што у духу постоји једна истина, тако и свака од техника има само једну примену за један конкретан проблем.

Закључак : Континуирана едукација је прозор, који није увек разгледница лепог времена, али уноси свеж ваздух. Ако у свакодневном раду, у лечењу пацијената са проблемом бола у леђима,

буде инсистирано на концепту јачања због јачања, хипомобилности због немобилности, нови приступ биће „светионик“ у условима такве праксе. Утицај глобалних стабилизатора трупа и кичменог стуба у аутоматизованим телесним активностима је минимална, а максимална упорност струке да под заблудом „пресе“ третира сваки различити болни проблем леђа, доприноси неизвесности опоравка.

**Број речи: 406**

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

1. Braddom Physical medicine & Rehabilitation, David X. Cifu, 2016
2. Netter Orthopaedic Clinical Examination, Joshua A. Cleland, Shane Koppenhaver, Jonathan Su, 2015
3. Assessment And Treatment of Muscle Imbalance - The Janda Approach, Phillip Page, Clare Frank, Robert Lardner, 2010
4. The Mulligan Concept of Manual Therapy, Brian Mulligan, 2015
5. [www.spine-health.com](http://www.spine-health.com), Understanding Lower Back Strain, Stephanie Burke, Blog story, 2016

## САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

**Организација и извођење на работата в дневен център за възрастни хора с увреждания.**

**Magistar kineziterapije Nedim Halil Šaban, EAD HASKOVO**

Създаване и развитие на Дневен център за възрастни хора с увреждания е подходяща форма за социално включване чрез активното участие на възрастни хора с увреждания.

Специфични цели:

- Преодоляване на социалната изолираност, чрез създаване на условия за интегриране в обществото в съответствие с желанията, способностите и възможностите на възрастните с увреждания.
- Гарантиране на равноправното положение на възрастните хора с увреждания и създаване на възможност за тяхната инициативност.
- Придобиване на нови знания, умения и навици за по-добро справяне с нуждите на ежедневието и укрепване на психическото равновесие на възрастните хора с увреждания.
- Създаване на условия за възрастните хора да продължат да оказват активна подкрепа на обществото, особено на общността, в която живеят и осигуряване на постоянна и качествена грижа за всеки човек с увреждане.
- Повишаване на компетентността и квалификацията на доставчици на социални услуги, работодатели, нестопански организации и създаване на нови работни места в сферата на социалната икономика.

Целева група - самотни възрастни хора с различна степен на увреждания запазили активното си отношение към социалния живот.

Крайните потребители на социалната услуга са възрастни хора с увреждания, нуждаещи се от допълнително обгрижване и социално включване.

**Број речи: 187**

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

1. Cooper, C., G. Champion, L. J. Melton. Hip fractures in the elderly: A world-wide project. Osteoporosis International. III, 2, 285 – 289.
2. Gueldher, S. H., M. S. Burke, H. Smiciklas-Wright. Preventing and Managing Osteoporosis. Springer Publishing Company. New York . 2000. ISBN 0-8261-1318-4.
3. Приложна психологија в медицината и здравните грижи” - "Хосписни и палиативни грижи – световна практика и опит в България", изд. МУ-Плевен, 200 С. Александрова-Янкуловска. Биоетика. Издателски център на МУ-Плевен, 2009
4. WHO Handbook on Indoor Radon: A Public Health Perspective, 2009;
5. IAEA Safety Standards Series No. GSR Part 3;

**ОРЛ секција**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Палпација и ултразвук у дијагнози метастатских депозита врата код патохистолошки верификованих примарних карцинома ларинкса и фаринкса  
Dr. sci dr med. Стеван Стојановић, Клинички центар Крагујевац**

Увод. Палпација представља субјективну, а ултрасонографија објективну методу детекције лимфонодуса врата.

Циљ рада је одредити вредност палпације и ултразвука у детекцији цервикалне лимфаденопатије код патохистолошки верификованих примарних тумора ларинкса и фаринкса.

Метод рада: Испитивањем је обухваћено 25 болесника лечених на Клиници за оториноларингологију Клиничког центра у Крагујевцу од 01.01.2012. до 01.01.2013. године, који су после клиничког оториноларинголошког прегледа подвргнути ултразвучном прегледу у Центру за радиологију КЦ-а Крагујевац. Палпацијом су одређивани максимални и минимални дијаметар, конзистениција, локална осетљивост, мобилност и локализација. Ултрасонографијом су детектовани максимални и минимални дијаметар, ехогеност, хомогеност и локализација. Палпацијом је нађено 36, а ултразвуком 90 секундарних депозита врата.

Резултати наших истраживања су показали да ултразвучни метод у односу на палпацију значајно боље одређује максимални и минимални дијаметар. Квалитети палпације за рано регионално ширење примарног малигнома су мека конзистениција, патолошка болна неосетљивост и мобилност, а атрибути унапредовале пропагације су чврста конзистениција, патолошка болна осетљивост и фиксираност.

Закључак. Ехосонографска хипоехогеност и хетерогеност лимфонодуса представљају еквивалент за малигну лимфаденопатију. При детекцији лимфонодуса у појединим регионима врата ултразвучни метода има несумњиву предност над палпацијом. Наша студија показује да код постојања секундарних депозита врата поред палпације треба незаобилазно применити и ултразвучну методу са акцентом на квалитативним својствима лимфонодуса.

**Број речи: 197**

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

1. Tshering Vogel DW, Thoeny HC. Cross-sectional imaging in cancers of the head and neck: how we review and report. *Cancer Imaging* 2016;16(1):20.
2. Badran K, Jani P, Berman L. Otolaryngologist-performed head and neck ultrasound: outcomes and challenges in learning the technique. *J Laryngol Otol* 2014;128(5):447-53.
3. Sureshkannan P; Vijayprabhu, John R. Role of ultrasound in detection of metastatic neck nodes in patients with oral cancer. *Indian J Dent Res* 2011;22(3):419-23.
4. Wu M. A comparative study of 200 head and neck FNAs performed by a cytopathologist with versus without ultrasound guidance: evidence for improved diagnostic value with ultrasound guidance. *Diagn Cytopathol* 2011;39(10):743-51.
5. Wensing BM, Merckx MA, De Wilde PC, et al. Assessment of preoperative ultrasonography of the neck and elective neck dissection in patients with oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2010;46(2):87-91.
6. Ashraf M, Biswas J, Jha J, et al. Clinical utility and prospective comparison of ultrasonography and computed tomography imaging in staging of neck metastases in head and neck squamous cell cancer in an Indian setup. *Int J Clin Oncol* 2011;16(6):686-93.
7. Kruk-Zagajewska A, Paprzycki W, Gawecki W, et al. Paratracheal lymph nodes in patients with larynx and hypopharynx cancer in radiological and clinical examination. *Otolaryngol Pol* 2008;62(3):278-82.
8. Dabirmoghaddam P, Sharifkashany S, Mashali L. Ultrasound-guided fine needle aspiration cytology in the assessment of cervical metastasis in patients undergoing elective neck dissection. *Iran J Radiol* 2014;11(3):e7928.
9. Lee DW, Ji YB, Sung ES, et al. Roles of ultrasonography and computed tomography in the surgical management of cervical lymph node metastases in papillary thyroid carcinoma. *Eur J Surg Oncol* 2013;39(2):191-6.
10. Agcaoglu O, Aliyev S, Taskin HE, et al. The utility of intraoperative ultrasound in modified radical neck dissection: a pilot study. *Surg Innov* 2014;21(2):166-9.
11. Shetty D, Jayade BV, Joshi SK, et al. Accuracy of palpation, ultrasonography, and computed tomography in the evaluation of metastatic cervical lymph nodes in head and neck cancer. *Indian J Dent* 2015;6(3):121-4.
12. Lorenzo G, Saindane AM. Pitfalls in image guided tissue sampling in the head and neck. *Neuroimaging Clin N Am* 2013;23(1):167-78.
13. Dangore-Khasbage S, Degwekar SS, Bhowate RR, et al. Utility of color Doppler ultrasound in evaluating the status of cervical lymph nodes in oral cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;108(2):255-63.



**Секција стоматолошких сестара**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Клиничка примена принципа краниофацијалног раста у ортодонцији**

**Доктор стоматологије, спедијалиста ортопедије вилица, др Војислав Милосављевић, Дом Здравља Пожаревац**

Познавање краниофацијалног раста и развоја потребно је сваком стоматологу. Концетрисање на чекање претпубертетског скока раста носи ризик да терапија закасни, с обзиром да је највећи скок раста већ прошао. Чињеница је да многи ортодонти почињу третман када је дете узраста 12 година, кад је већ 90% фацијалног раста завршено. Интерцептивна ортодонција је строго повезана са скелетним растом, а сам ефекат терапије ће бити повезан са адекватним тајмингом, врстом малоклузије и врстом терапије за коју се определимо.

Термин интерцептивна ортодонција не мора бити повезан са годинама пацијента. Она означава директно и екстерно деловање да би се комплетно или парцијално спречило постизање очекиваног ефекта. То се може применити у млечној, мешовитој (касној и раној), као и у сталној дентицији.

Ова врста терапије се може сматрати формом терцијарне превенције, процедуром која има за циљ спречавање погоршања дисморфозе која већ постоји код пацијента.

Потребно је у стоматолошкој служби створити амбијент за јачање мулти и интердисциплинарне сарадње са циљем препознавања неправилности у расту и развоју краниофацијалног комплекса. Како би се то остварило непоходно је препознати и одабрати прави тренутак за започињање интерцептивне терапије. У пракси, могућност предвиђања тог тренутка само на основу стања дентиције пацијента није поуздано, с обзиром да је корелација денталног и хронолошког узраста свега 50%, тако да је за комплетну слику стадијума раста потребно анализирати и корелацију између скелетног и хронолошког узраста, узимајући у обзир и психичке и физичке индикаторе развоја пацијента.

**Број речи: 233**

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

1. Claes, P., Walters, M., Vandermeulen, D., Clement, J.G. (2011) Spatially-dense 3D facial asymmetry assessment in both typical and disordered growth. *Journal of anatomy*, 219(4): 444-55
2. Moffitt, A.H. (2011) Discovery of pathologies by orthodontists on lateral cephalograms. *Angle Orthod*, 81: 60-65
3. Z. Stojanović, P. Nikolić, A. Nikodijević, J. Milić, B. Stojanović. Cephalometric assessment of maxillary length in Serbian children with skeletal class III. *Vojnosanit Pregl*, in pres br. 35-2011.
4. Zhao XG, Lin J, Jiang JH, Wang Q, Ng SH (2011). Validity and reliability of a method for assessment of cervical vertebral maturation. *The Angle Orthodontist* 0(0):0000.
5. van Gasteren-Oosterom HBM, van Dommelen P, Oudesluys-Murphy AM, Buitendijk SE, van Buuren S, van Wouwe JP (2012). Healthy Growth in Children with Down Syndrome. *PLoS ONE* 7(2):e31079.

## САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

### **Стоматолошко збрињавање пацијената са бубрежном инсуфицијенцијом Специјалиста парадонтологије и оралне медицине др Ивица Глишић, Дом здравља Пожаревац**

Увод: Поред основне улоге, формирање мокраће, задатак бубрега је да одржавају унутрашњу равнотежу метаболизма у организму (хомеостаза). Подешавају излучивање воде и електролита према њиховом уношењу, елиминишу крајње производе измене материја: уреје, креатина, мокраћне киселине, билирубина, разних токсина, лекова и додатака храни. Утичу на излучивање соли и воде, па је њихова улога пресудна у регулисању крвног притиска. Заједно са плућима регулишу ацидобазну равнотежу (равнотежа киселих и базних састојака у крви). Уз то, учествују у стварању црвених крвних зрнаца, имају и ендокрину улогу лучећи ренин (беланчевина која повећава крвни притисак), као и витамин Д.

Као што се многа системска обољења манифестују у усној дупљи („Уста су огедало здравља”), тако и код особа с оштећеном функцијом бубрега настају различите промене у оралној регији. Оне су нарочито изражене код болесника код којих је дошло до хроничног, тешког и ирверзибилног оштећење бубрежног ткива и настанка крајњег стадијума болести – реналне инсуфицијенције (слабост, слаб рад). Испитивања су показала да 90% ових пацијената имају промењено стање у устима.

Циљ рада: Овај рад има за циљ да пружи кратак осврт на поступке и мере које стоматолог треба да има у виду када збрињава пацијенте са оштећеном функцијом бубрега.

Методe: Истраживање је реализовано у Стоматолошкој служби Дома здравља Пожаревац и Општој болници у Пожаревцу у месецу јулу и августу 2016. године, кроз разна тестирања, увидом у медицинску документацију као и кроз лично радно искуство.

Резултат: Упознавање са значајем редовних посета стоматологу ради превенције болести зуба и уста. Озбиљни су проблеми са којима се стоматолог сусреће у лечењу ових пацијента, јер су склони инфекцији, крварењу, а и ограничен им је избор и доза лекова (нпр. нарочито важних антибиотика) које је потребно ординирати како у профилактичке тако и у терапијске сврхе.

Закључак: Ризик од инфекције усне дупље може се смањити редовном и детаљном оралном хигијеном која подразумева добру личну негу, честе стоматолошке. Оралнохируршки захвати морају бити добро планирани и спроведени с најмање могућим стресом. Често су потребне додатне мере превенције крварења, као и опрезност при прописивању лекова. Код тешких оралних инфекција пацијента треба хоспитализовати.

Не заборавити да су пацијенти са трансплантираним бубрезима под имуносупресивном терапијом. У стоматолошком третману оваквих пацијената неопходна је сарадња између стоматолога и нефролога.

**Број речи: 351**

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

1. Janković - Lj -Oralna medicina. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd. 2001 ; 135 – 6
2. Bevenius J. Caries risk in patients with Crohn &#039; s disease. Oral - Surg - Oral - Med -Oral - Pathol, 1988 ; 65 : 304 - 7
3. Ђукановић Љ, Вишња Л, Димковић Н. Препоруке за превенцију и лечење хроничне болести бубрега. У: Ђукановић Љ, Лежаић В, Димковић Н, уредници. Хипертензија и хронична болест бубрега. Монографије Академије медицинских наука СЛД 2010; 1: 149-172.
4. McClellan WM, Ramirez SPB, Jurkovitz C. Screening for Chronic Kidney Disease: Unresolved Issues. J Am Soc Nephrol 2003; 14: S81-S87.
5. Hallan SI, Coresh J, Astor BC, et al. International Comparison of the Relationship of Chronic Kidney Disease Prevalence and ESRD Risk. J Am Soc Nephrol 2006; 17: 2275–2284.

**Секција медицина рада**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Здравствена способност за поседовање и ношење оружја**

**Специјалиста медицине рада, мр др Саша Лукић, Завод за здравствену заштиту радника Железнице Србије Београд огранак Ниш  
Снежана Миленковић,**

На основу члана 12. ст. 3. и 9. и члана 45. став 2. Закона о оружју и муницији, („Службени гласник РС”, број 20/15), Министар здравља је донео ПРАВИЛНИК о утврђивању здравствене способности физичких лица за држање и ношење оружја. Прегледи су обавезни на сваких пет година и ригорознији су од прегледа за продужење возачке дозволе. На првом месту обавезни су психијатријски и психолошки налази како би се утврдио евентуални пад прага толеранције услед чега би оружје могло да представља проблем за његовог власника и за околину. Посебан акценат стављен је на психолошки интервју, као и на процену особина личности, њене емоционалне стабилности, сензибилитета и психичког статуса.

Занимљиво је да грађани Србије поседују чак 447.343 комада ловачког оружја, регистровано у Министарству унутрашњих послова. Од укупног броја регистрованог ловачког оружја, чак 338.816 има неолучене цеви (сачмаре), 102.859 олучене цеви и 5.668 су комбиноване пушке. Трофејног оружја има 17.675 комада.

Циљ овог рада је да прикаже резултате прегледа у од априла до децембра 2016 године у оквиру 3333Р Железнице Србије Београд, организациона јединица у Нишу. Поред броја прегледаних, броја неспособних и ограничено способних посебан осврт је дат на патологију И разлоге неспособности прегледаних који су до сад већ поседовали регистровано оружје.

**ЗАКЉУЧАК:**

Први резултати показују оправданост прегледа за поседовање И ношење оружја. Како због евиденције И праћења здравствене способности људи који поседују И рукују оружјем а то им није радна обавеза, тако И због великог броја повређивања И самоповрђивања регистрованих од стране надлежних служби МУП а Србије

**Број речи: 246**

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

1. Правилник о утврђивању здравствене способности физичких лица за држање и ношење оружја "Службени гласник РС", број 25 од 9. марта 2016.
2. Правилником претходним и периодичним лекарским прегледима запослених на радним местима са повећаним ризиком ("Службени гласник РС", број 120/2007 и 93/2008)
3. Закон о оружју и муницији („Службени гласник РС“, бр. 9/92, 53/93, 67/93, 48/94, 44/98, 39/2003, 101/2005 – др. закон, 85/2005 – др. закон, 27/2011 – одлука ус и 104/2013
4. Анализа показатеља за процену професионалног ризика Универзитет у Нишу, Факултет заштите на раду у Нишу Институт за квалитет радне и животне средине "1.мај" а.д. Ниш , Иван Крстић, Дејан Крстић, Ана Кусал 2015.
5. Закон о оружју објављен у "Службеном листу ЦГ“, бр. 10/2015 од 10.3.2015. године а ступио на снагу 18.3.2015.

**Хируршка секција**

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

**Карцином дојке-мултидисциплинарни приступ  
Специјалиста хирургије, др Милош Стевановић, Општа болница Пожаревац  
Марија Рајић Јовичић,**

Увод: Око ¼ свих жена ће оболети од КД.Ризик за настајање КД 12,5%,1 од 8 жена.Морталитет у Србији износи око 20/100000.Стопа инциденце у Србији 61,4%/100000.Учесталост болести на глобалном нивоу расте последњих 30 година за 3,1%годишње.У развијеним земљама 60% КД се открије у стадијуму локализоване болести,само 10% у одмаклом стадијуму.

Циљ: Тријажа и постављање дијагнозе што раније,адекватно хируршко лечење.Праћење суспектних промена,праћење и обрада оперисаних болесница;едукација шире популације кроз медије као и организовањем трибина.

Метод:Дескриптивни,статистички

Резултат: Успешност лечења зависи од више фактора-Одговарајући простор и кадар,УЗ апарати од којих је један са водичима за цоре биопсију,мамограф,игле за ФНА и ЦОРЕ биопсију,могућност цитолошке као и ЕХ темпоре провере

Закључак:Реконструкција дојке након учињене мастектомије не утиче на поновну појаву тумора нити на ток или прогнозу болести.Реконструкција дојке има снажан утицај на квалитет живота кроз позитиван психолошки ефекат.

**Број речи: 137**

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

1. Gadzicki D, Evans GD, Harris H et al. Genetic testing for familial/hereditary breast cancer – comparison of guidelines and recommendations from UK, France, the Netherlands and Germany. J Community Genet 2011; 2:53-69.
2. National Comprehensive Cancer Network: NCCN Clinical Guidelines in Oncology. Genetic/Familial high risk assessment. Breast and Ovarian, NCCN.org, version 1.2012.
3. Rebbeck TR, Kauff ND, Domchek SM. Meta-analysis of risk reduction estimates associated with risk-reducing salpingo-oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. J Natl Cancer Inst 2009; 101:80-87.
4. Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group (EBCTCG) Overview of the randomized trials of radiotherapy in ductal carcinoma in situ of the breast. JNCI Monogr. 2010,41;162-77.
5. NCCN Guidelines Breast Cancer Version 1.2012
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and treatment. London: NICE; 2009. NICE Clinical guideline 80.
7. Filipović S. Karcinom dojke. U: Osnovi kliničke onkologije, 2009, 165-186

**Уролошка секција**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

(максимално 500 речи)

**Повреда мокраћне бешике**

**Струковна медицинска сестра специјалиста Данијела Стаменковић, Клинички центар Ниш - Клиника за урологију**

Повреде настају деловањем спољашње силе или су јатрогене (урошке, гинеколошке, хируршке операције)

**ПОДЕЛА:**

Спољашње силе могу довести до отворених и затворених повреда бешике, изоловане или удружене са повредама околних органа (црева, уретери, простата, ректум, вагина). Око 15% механички насталих траума мокраћне бешике удружено је са фрактурама карличних костију.

**ПРЕМА ВРСТИ ПОВРЕДЕ**, најчешће се ради о руптури. Код руптуре јавља се комплетна деструкција свих слојева зида бешике. Уколико се ради о оштрој трауми, линије руптуре правилнија, глатких ивица. Тупа, поготово експлозивна траума даје већи степен разарања зида бешике, као и већи степен „невидљиве“ лезије м. детрусора-опсежна контузија непосредно настављена на руптуру.

По **ОБЛИКУ** руптура може бити овална, кружна, ређе линеарна, и може бити опсежна.

Специфичност ових повреда је то што могу протицати из две различите клиничке слике, зависно од екстензивности, а што опет зависи од функционалног стања органа, мокраћне бешике када је пуна у тренутку трауме руптура интраперитонеално, а празна екстраперитонеално, захваљујући блиском топоанатомском односу перитонеума са кровом мокраћне бешике.

**СИМПТОМАТОЛОГИЈА И ДИЈАГНОЗА** се разликују код ове две врсте повреда код интраперитонеалне руптуре може бити прима „абдоминална“ клиничка презентација. Акутни абдомен због уринарног перитонитиса, што не мора да се развије одмах, него тек после неколико дана. Од јатрогених повреда најчешће су оне из урошке преке, углавном трансуретрална ресекција простате или тумора бешике, затим код тешких цистоскопија или бужирања уретре. У гинекологији, лезије бешике се дешавају код екстирпација већих тумора у малој карлици, што важи и за хирургију.

**СИМПТОМАТОЛОГИЈА:**

У анамнези постоји податак о трауми која је не ретко видљива голим оком. Постоји бол у пределу доњег стомака или костима карличног појаса. Повређени најчешће није у стању да мокри или ако мокри у питању је хематурија. Може да се јави масивније крварење из уретре (уретрорагија) уколико је повреда бешике удружена са повредом уретре или крварење из повређених



перивезикалних венских плексуса које даје знаке хеморагичног шока. Код затворених повреда, изливени урин у крв могу да доведу до присуства палпабилне масе у хипогастријуму. Акутни абдомен постоји када се ради о интраперитонеалној лезији мокраћне бешике, али уколико је особа старија, хиперактивна, уколико се дају антибиотици, акутни абдомен може настати касније, и бити са тежом прогнозом.

#### ДИЈАГНОЗА:

Нативни ренгенограм мале карлице даје податке о пелвичној фрактури, која увек може бити удружена са повредом бешике. Ултразвук показује знаке екстравазације течности. Дефинитивна дијагноза, која је обавезна у овом ургентном стању поставља се контрастном радиографијом. Дакле, код руптуре мокраћне бешике обавезно је ретроградна уретроцистографија. Ради се кроз предходно пласиран катетер у мокраћну бешику, што је такође обавезна процедура. Међутим, не може се увек убацити уринарни катетер при оваквим повредама. Зато је потребно да се контрастно средство разблажено физиолошким раствором убаци преко катетера чији је балон надуван у фосу навикуларис. Тако се могу открити евентуалне удружене лезије уретре. Међутим, најважнији разлог због којег је неопходна катетеризација је дренажа урина, која побољшава стање болесника до дефинитивне интервенције. Построји могућност да мале, изоловане повреде бешике, нарочито јатрогене, добро исходују само уз катетер у бешици током 8-10 дана и антибиотску терапију. Када се учини јатрогена уретроцистографија, код интраперитонеалних повреда, контраст се разлива по трбушној дупљи.

#### ЛЕЧЕЊЕ

Уколико постоје знаци хеморагијског шока они се морају кориговати. Код екстраперитонеалних повреда, приступ може бити сектио алта. Експлорише се бешика, виђена руптура се сутурира ресорптивним материјалом у два слоја, остави се дренпревезикални простор, а катетер је у бешици бар 8 дана. Уколико нисмо сигурни у егзакну хемостазу, а постоји могућност настанка или одржавања инфекције, може се додатно дренирати бешика супрапубичним катетером.

**Број речи: 484**

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

1. Nikolić.J i saradnici "Operativna urologija" Radunić III prošireno izdanje, Beograd 2010.g.
2. Ležajić B Đukanović "Transplatacija bubrega" Zavod za udbenike i nastavna sredstva, Beograd 2011.g
3. Smith D urlogy 7 Mosby.Com 2011
4. Campan "Urologi" 8 W.B Saunders Compani London, Toronto 2013
5. Vukotić-Maletić B "Povrede mokraćne bešike" Beograd 2009.g

**Друштво зубних техничара**

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

**Компјутерско планирање уградње имплантата**

**Професор, специјалиста оралне хирургије, Проф. др Ранко Голијанин, Завод за стоматологију Крагујевац  
Жарко Вукашиновић,**

Развојем савремене стоматологије развија се и њен саставни део имплантологија, у циљу усавршавања дизајна и перформанси имплантата. Циљ је пронаћи технику уградње имплантата која ће имати одлике некомплицоване уградње имплантата, која неће захтевати велике хирушке захвате, наиме пронаћи технику уградње имплантата која ће свести на минимум појаву компликација после уградње имплантата.

Појава компјутерског планирања уградње имплантата, односно софтверско планирање места уградње, димензије имплантата, као и смер уградње имплантата помоћу компјутерско планираног и израђеног стента, увелико ће олакшати технику уградње имплантата, као и минимум појаве могућих постоперативних компликација.

Процедура компјутерски вођене имплантологије подразумева:

- израду тоталне протезе уз додавање куглица за маркирање
- цбцт снимак пацијента
- слање диком фајлова у 3д центар
- штампање хирушког стента помоћу 3д штампача
- уградња имплантата

**Број речи: 106**

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

1. Општа хирургија за стоматологе-дијагностика, Бранислав Донфрид, Марко Контић; Стоматолошки факултет у Београду, 2012
2. Хирургија за студенте медицине-Живан Максимовић; Медицински факултет Београд, 2011
3. Практикум из оралне хирургије-Марковић А., Чолић С., Стојчев-Стајчић, Гачић Б., Дражић Р.; Стоматолошки факултет у Београду, 2011
4. Стоматолошка анестезиологија-Брковић Б., Дражић Р., Тодоровић Љ., Милосављевић Р.; Стоматолошки факултет у Београду, 2012
5. Рестаурација ендодонтски лечених зуба-Ивановић В.; Стоматолошки факултет Београд, 2011

**Неуролошка секција**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Сиромаштво и хроничне незаразне болести**

**Струковна медицинска сестра Наташа Јевтовић, Клинички центар Крагујевац  
Мирјана Петровић,**

Социологија здравља и болести испитује међусобна деловања друштва и здравља. Предмет проучавања ове социолошке дисциплине је утицај социјалног живота на стопу морбидитета и морталитета и обрнуто. Ова област социологије се разликује од медицинске социологије по томе што она разматра здравље и болест повезано са социолошким институцијама као што су породица, посао, школа... Истовремено, она проучава социолошку патологију (узроци обољења), разлоге за тражење одеђене врсте медицинске помоћи и одобравање или неодобравање медицинског режима.

Ова тема захтева глобални приступ анализи, јер утицај социјалних фактора варира у различитим деловима света, што се показује највећим и најопаснијим болестима сваког континента. Ове болести су социолошки испитане и упоређене на основу традиционалне медицине, економије, религије и културе, које су специфичне за одређени регион.

Тренутне промене у економији, медицинској терапији, технологији па чак и осигурању могу утицати на начин на који индивидуа види и одговара на доступну медицинску негу.

Сиромаштво пре свега у смислу здравствене не просвећености или не заинтересованости има значајан утицај на глобално здравље становништва, породицу и друштво у целини. Недостатак материјалних средстава за пун медицински третман такође има велики утицај.

Како утицај на крајњи исход лечењ аима и рехабилитација и физичка и социјална мали је број оболелих који себи могу обезбедити овакву завршницу третмана болести па је учесталост инвалидности велика. Као таква на друштво у целини.

Због сиромаштва у самој породици, дефициту основног знања за сопствено здравље и здравље чланова породице , због економског лошег стања у породици или недостатка осигурања инциденца хроничних масовних незаразних болести дегенеративног карактера је у порасту. Заједно са наслеђем и штетним навикама понашања сиромаштво је последња и вема битна карика у настанку хроничних незаразних болести дегенеративног карактера.

**Број речи: 268**

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

1. Слободан Цвејић и други, „Социјална искљученост у руралним обатима Србије “.УНДП Србија,Центар за инклузивни развој, Београд,2010.
2. Timmermans, Stefan & Steven Haas. Towards a sociology of disease. *Sociology of Health and Illness*, Vol. 30, No. 5. стр. 659-676: 2008
3. Александар Југовић: Друштвена патологија и нормалност – теоријске и практичне перспективе, Службени гласник, Београд, 2007.
4. Miljuš D, Rakočević I, Plavšić S, Savković S. Incidencija i mortalitet od dijabetesa u Srbiji, Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut", Beograd, 2007.
5. rugi izveštaj o implementaciji Strategije za smanjenje siromaštva u Srbiji: Vlada Republike Srbije; 2007 25.
6. Terpstra J, Coleman KJ, Simon G, Nebeker C. The Role of Community Health Workers (CHWs) in Health Promotion Research: Ethical Challenges and Practical Solutions. *Health Promot Pract.* 2009 Apr 3

**Секција опште медицине**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Значај неге пацијената након уградње ендопротезе зглоба кука**

**Специјалиста ортопедије са трауматологијом, Прим. др Горан Видић, Општа болница Алексинац**

**Маријана Николић,**

Са старењем људског тела долази до великих промена у свим ткивима организма. Посебан значај има старење локомоторног апарата, јер промене доводе до ограниченог кретања, неретко и до тешке инвалидности. Преломи ове регије такође доводе до губитка функције, а посебан проблем је што су знатно чешћи код људи у старијем животном добу. Уз већ присутна дегенеративна оболења у овој популацији, уз постојећи коморбидитет, ризик од компликација и фаталног исхода експоненцијално расте са годинама старости. Након завршеног лечења основна је борба за повратак функције, за покрет.

У лечењу одмакле артрозе зглоба кука, као и код прелома врата бутне кости, готово да је незамењиво оперативно лечење – имплантација ендопротезе кука, тоталне или парцијалне. Зависно од животног доба пацијента, квалитета кости, животне активности, занимања, постојећег коморбидитета, ортопедски хирург доноси одлуку о врсти ендопротезе коју ће уградити. Са оперативним лечењем завршава се тек прва фаза опоравка пацијента. Она јесте кључна, даје основ свим наредним активностима, али се тек са првим постоперативним даном и у наредном периоду, који неретко траје више месеци, заправо долази до правог бенефита за пацијента.

У спровођењу лечења учествује читав тим: у раној фази ортопед, као вођа тима, и медицинске сестре/техничари, од интензивне неге до оделења. У тој фази започиње и рад другог дела тима, не мање важног: физијатра и терапеута. Све време у опоравак пацијента мора бити укључе породица, и наравно сам пацијент, што је од круцијалног значаја. По потреби ангажују се и социјални радник и психолог. Наша тема односи се на рад ортопеда и техничара у раном постоперативном току. Ортопед одређује динамику активације пацијента као и време и дозирање ослонца. Техничари, уз поштовање неких принципа (хуманости, поштовање личности, индивидуализације у приступу,...), праве план неге за сваког пацијента понаособ, и то за сваку фазу понаособ (постанестетичка фаза, фаза интензивне и полуинтензивне неге. Сестринске интервенције морају бити јасно дефинисане, прецизно планиране и стручно изведене, уз вођење медицинске документације.

Уз брзу и прецизну дијагностику и адекватно и правовремено лечење у постоперативном току суштински је важно рано активирати пацијента, пружити му максималну негу, омогућити му пуну активност примерену његовом здравственом стању и што пре га социјализовати, како би ефекат саме операције био у потпуности у функцији његовог што ранијег опоравка.

**Број речи: 357**

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

1. KONKVASANTNA POVREDA POTKOLENICE GAŽENJEM TOČKOVIMA KAMIONA - Golubović I., Stojiljković P., Golubović Z., Radovanović Z., Ristić B., Micić I., Karalejić S., Stojanović S., Vidić G., Najman S., Stevanović G., Stamenić S., Jovanović V., Sikimić L., Kutlešić –Stojanović K., Mladenović M., Trenkić M., Trajanović M., III Kongres STA 2013, Zbornik radova, Vrnjačka banja 2013
2. KONKVASANTNA POVREDA NATKOLENICE I POTKOLENICE FREZOM - Golubović Z., Jeremić S., Stojiljković P., Golubović I., Radovanović Z., Ristić B., Micić I., Stojanović S., Vidić G., Najman S., Trenkić M., Stamenić S., Sikimić L., Stevanović G., Jovanović V., Karalejić S., Mladenović M., Trajanović M., III Kongres STA 2013, Zbornik radova, Vrnjačka banja 2013
3. KONKVASANTNI PRELOM POTKOLENICE I STOPALA NAKON POVREĐIVANJA FREZOM - Golubović I., Stojiljković P., Golubović Z., Ristić B., Radovanović Z., Stevanović G., Jančić S., Kutlešić-Stojanović K., Stojanović S., Vidić G., Najman S., Micić I., Višnjić A., Stamenić S., Jovanović V., Trajanović M. Klinika za Ortopediju i Traumatologiju, III Kongres STA 2013, Zbornik radova, Vrnjačka banja 2013
4. PRIMENA PLAZME OBOGAĆENE TROMBOCITIMA – PRP – KOD PACIJENATA SA OSTEOARTRITISOM KOLENA-Jovanović V., Jovanović J., Mileusnić M., Vidić G., Matijević D.,IV Kongres STA, Zbornik radova, Beograd 2014
5. THE AO TYPE B AND C TIBIAL PILON FRACTURES TREATED WITH THE EXTERNAL FIXATION AND MINIMAL INTERNAL FIXATION METHOD - Saša Milenković, Milorad Mitković, Ivan Micić, Desimir Mladenović, Mile Radenković, Miloš Stanojlović, Predrag Stojiljković, Goran Vidić, Miodrag Stanojković, Saša Karalejić, Saša Stojanović, Milan Mitković, Sonja Stamenić. - Drugi Kongres Srpske traumatološke asocijacije (STA) sa međunarodnim učešćem, Zbornik radova, 30-32, Niš, 2011.
6. ANALGETSKI EFEKAT INTRATEKALNOG FENTANILA KOD OPERATIVNO LEČENIH PRELOMA POTKOLENICA - Sonja Stamenić, Kristina Veličković, Sunčica Pešić, Goran Vidić, Predrag Stoiljković, Milan Mitković, Marko Mladenović, Milorad Mitković., Drugi Kongres Srpske traumatološke asocijacije (STA) sa meĀunarodnim učešćem, Zbornik radova, 39-40, Niš, 2011.
7. LEZIJA ROTATORNE MANŽETNE – DIJAGNOZA, Vidić G., IV Simpozijum Udruženja za rame i lakat Srbije, Beograd 2014
8. ARTROPLASTIKA ZGLOBA KUKA–INDIKACIJE I PRINCIPI LEČENJA - Vidić G., - IV Sokobanjski medicinski dani 2014, Zbornik radova, Sokobanja 2014
9. TREATMENT OF PERIPROSTHETIC FEMORAL FRACTURES WITH SELFDYNAMISABLE INTERNAL FIXATOR - Vidić G., Milenković S., Golubović Z., Stojanović S., Antić Zo., Antić Zv., Acta medica Medianae, biće štampan sa doi brojem 10.563/amm.2017.0305

## **САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Роля, място и функции на здравните професионалисти в домашните грижи в здравеопазната практика – хосписи за домашни грижи**

**Magistar zdravstvene nege Mr Kresimirka Todorova Peteva - Janeva, MBAL "SV.EKATERINA" EOOD**

За да научим нашите пациенти да живеят с, и въпреки заболяването си, здравните професионалисти имат основополагаща роля и място в лечебният процес. Те са отговорни за създаване на оптимални условия във всяка фамилия, заела се да полага целесъобразни мероприятия, за да се създадат стереотип на хронично болните, както и трайно инвадирани лица в домашни условия. Здравните професионалисти са хората които създават здравни навици, провеждат мероприятия, образоват цялата семейна общност с цел пациента оставен на тяхната грижа да се чувства активен участник на здравните грижите подпомагащи, комуникация и осъществяващи 12-те базови грижи, гарантиращи човешкото му достойнство. с цел проживяне на оставащи дни за едни пациенти, а за други възможно социализиране с придобитата инвадирация.

**Број речи: 121**

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

1. Байкова, Д. Остеопороза – хранителни ризикови фактори. Остеопороза. 2007. ISSN 1311-8625. Бр.3, стр.1-5.
2. Борисова, А. М. Вторична остеопороза. Ендокринологија. Том VIII, кн. 2. 2003. Стр. 59 – 68.
3. Боянов, М. Клинична и рентгенова дензитометрија и количествен ултразвук на костите. Софија. 2006.
4. Кривошиев, С., А. М. Борисова. От реналната остеодистрофија до сенилната остеопороза. Ендокринологија. 2003. Том VIII, кн. 2, стр. 68 – 75.
5. Несторова, Р. Остеопороза и остеопенија – въпросите, на които нај-често търсим отговор. Медицинфо. 2010. Бр. 4, стр. 1 – 5.



## Трансфузиолошка секција

### САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

#### **Улога импедантне агрегометрије у превенцији периперативног крварења код кардиохируршких пацијената**

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

Увод: Преоперативна процена повећаног ризика за периперативно крварење је од суштинског значаја за кардиохируршке пацијенте. Специфичност рада на отвореном срцу не огледа се само у сложености саме хируршке процедуре и екстракорпоралној циркулацији која ремети нормалну хемостазу, већ и у чињеници да су ови пацијенти најчешће преоперативно на антиромбоцитној терапији, што повећава ризик периперативног крварења. Агрегација тромбоцита као лабораторијски тест за процену функције тромбоцита је изузетно ефикасна у вођењу антиромбоцитне терапије, али може значајно да утиче и на процену повећаног ризика за постоперативно крварење и периперативну примену алогених трансфузија еритроцита.

Циљ овог рада је био утврдити да ли преоперативно испитивање функције тромбоцита у смислу резидуланог ефекта ацетилсалицилне киселине (ASA) на агрегацију тромбоцита може да корелира са повећаним ризиком за интраоперативно крварење у току кардиохируршких интервенција.

Пацијенти и методе: Ретроспективно испитивање је обухватило 60 пацијената који су били подвргнути хируршким процедурама на Клиници за кардиоваскуларну и трансплантациону хирургију Клиничког центра у Нишу, а који су претходно узимали ASA у дози од 100 mg дневно (терапија је прекинута 5 дана преоперативно). Пацијенти су оперисани према стандардним кардиохируршким протоколима, који су између осталог подразумевали интраоперативно прикупљање крви коришћењем апарата Хаеомонетицс Cell Saver 5 + и перфузиони систем за екстракорпоралну циркулацију Terumo S1. Хепаринизација је праћена одређивањем активисаног времена коагулације (ACT). Агрегација тромбоцита је мерена на дан операције коришћењем импедантног агрегометра Multiplate (Multiplate Platelet Function Analyzer, Dynabite, Germany), тестовима TRAP i ASPI. Пацијенти су подељени у две групе: Контролну групу (КГ), коју су чинили пацијенти са очуваном функцијом тромбоцита, и Испитивану групу (ИГ), коју су чинили пацијенти са инхибисаном агрегацијом тромбоцита у ASPI тесту.

Резултати: Постоји статистички значајна разлика у периперативном крварењу између група ( $p < 0,0001$ ), као и у количини аутологне крви која је трансфундована интраоперативно ( $587,60 \pm 210,87$  ml u IG vs  $388,3 \pm 76,07$  ml u KG,  $p < 0,0001$ ). С друге стране, не постоји статистички значајна разлика у броју трансфундованих алогених јединица крви између КГ и ИГ ( $p > 0,05$ ).

Дискусија: Иако је опште прихваћени став да преоперативно треба обуставити узимање аспирина, поједини аутори предлажу да се ASA не обуставља, сем у случајевима када се

пацијенти подвргавају интракранијалним или интрамедуларним интервенцијама, операцијама средњег уха и задњег ока, као и трансуретралној простектомији. Наше испитивање је показало да очувана функција тромбоцита и одсуство резидуалног АСА ефекта у преоперативним испитивањима агрегације тромбоцита су у статистички значајној корелацији са смањеним интраоперативним крварењем и смањеним бројем алогених трансфузија, што је од великог значаја за ток и исход кардиохируршке интервенције. Дакле, благовремена елиминација АСА из терапије и тестирање функције тромбоцита треба да буду приоритет у клиничкој пракси хируршког лечења артеријске коронарне болести.

**Закључак:** Резидуални ефекат ацетилсалицилата повећава ризик периоперативног крварења и тиме утиче на укупно преживљавање кардиохируршких болесника. Управо из тог разлога преоперативно испитивање агрегације тромбоцита треба да буде обавезан део клиничке праксе.

**Број речи: 448**

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

1. Gerstein NS, Schulman PM, Gerstein WH, Peterse TR, Tawil I. Should More Patients Continue Aspirin Therapy Perioperatively? *Ann Surg* 2012; 255: 811–9.
2. Petričević M, Biočina B, Konosić S, Ivančan V, Milošević M, Burcar I, Gasparović H. Bleeding risk assessment using multiple electrode aggregometry in patients following coronary artery bypass surgery. *J Thromb Thrombolysis* 2013; 35(1): 31-40.
3. Görlinger K, Shore-Lesserson L, Dirkmann D, Hanke AA, Rahe-Meyer N, Tanaka KA. Management of hemorrhage in cardiothoracic surgery. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2013; 27(4): 20-34.
4. Myles P. Stopping aspirin before coronary artery surgery. *Circulation* 2011; 123: 571-3.
5. Antić A, Stanojković Z, Stanojević G, Mačukanović-Golubović L. Laboratorijsko praćenje efekta primene aspirina i klopidogrela. *Bilt Transfuziol* 2011; 57(1-2): 64-9.

**Хематоонколошка секција**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

(максимално 500 речи)

**Мантле ћелијски лимфом - изазови и дилеме**

**Доктор медицинских наука, Проф.др Иван Петковић, Клинички центар Ниш  
Милан Павловић,**

Мантле ћелијски лимфом (MCL) представља non-Hodgkin лимфом (NHL) агресивног биолошког тока. Инциденца MCL се креће 2-10% свих NHL В ћелијског порекла, са преминацијом мушког пола (2.3-2.5:1) и медијаном презентације близу 70 година старости (1). Стадијум болести је веома често узнатреовао на презентацији, са честим екстранодалним захватањем (коштана срж, слезина, Waldeyer-ов прстен, гастроинтестинални тракт) (2,3). Карактерисан је транслокацијом t(11;14)(q13;q32) што води конституционалној активности циклина Д1 и консекутивној дисрегулацији у скоро свих случајева (4).

Конвенционална хемиотерапија је палијативног карактера, сем примене алогене трансплантације коштане сржи. Кривуља преживљавања болесника се карактерише континуираним падом са медијаном преживљавања од 3 до 7 година (5).

**Број речи: 103**

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

1. Smedby KE, Hjalgrim H. Epidemiology and etiology of mantle cell lymphoma and other non-Hodgkin lymphoma subtypes. *Semin Cancer Biol* 2011;21:293-8.
2. Trozzi PL, Borowitz MJ, Gockerman JP. Gastrointestinal involvement and multiple lymphomatous polyposis in mantle-zone lymphoma. *J Clin Oncol* 1986;4:866-7.
3. Petkovic I, Mihailovic D, Krstic M, et al. Primary mantle cell lymphoma of gastrointestinal tract-a case report. *Acta Medica Medianae* 2012;51:41-6.
4. Dreyling M, Kluin-Nelemans HC, Bea S, et al. Update on the molecular pathogenesis and clinical treatment of mantle cell lymphoma:report of the 11th Annual Conference of the European Mantle Cell Lymphoma Network. *Leuk Lymphoma* 2013;54:699-707.
5. Vose JM. Mantle cell lymphoma: 2013 Updates on diagnosis, risk-stratification, and clinical management. *Am J Hematol* 2013;88:1082-8.

**Секција сестара и техничара у рехабилитацији**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Третман парезе фацијалног нерва**

**Специјалиста физикалне и рехабилитационе медицине, Прим.мр.сц мед. др  
Катарина Марковић, Институт за лечење и рехабилитацију реуматских и срчаних  
болести Нишка Бања**

Фацијални живац је мешовит мождани живац, који поред моторних и сензитивних влакана садржи и парасимпатичка влакна.

Анатомија фацијалног нерва

Класификација повреда фацијалног нерва: NEUROPRAKSIJA, AKSONOTMEZA и NEUROTMEZA

Поремећаји функције фацијалиса могу се јавити у виду одузетости (pareze и paralize) и грча (hemispasmus facialis). Зависно од места обољења, pareze и paralize могу бити: централне и периферне.

Зависно од времена настајања могу бити: конгениталне и стечене

Према месту настанка (Ramos): radikularne, intratemporalne и ekstratemporalne

Најчешће обољење n. facialis је Bellova paraliza perifernog типа. То је акутно обољење n. facialis које се манифестује млитавом слабошћу половине лица. Симптоми настају акутно. Етиологија није позната. Често се као узрок наводи прехлада, нпр. седење поред отвореног прозора у аутомобилу или возу. До лезије живца могу довести и следећи узроци: прелом пирамиде темпоралне кости, запаљење средњег ува, тумор pontocerebelarnog угла, сарком базе лобање, poliradikuloneuritis, leukoze, demijelinizacione lezije у можданом стаблу (multipla skleroza), тумори можданог стабла, запаљења можданог стабла, васкуларне лезије можданог стабла, sarkoidoza, neuroborelioza, lepra, herpes zoster i dr.

Дијагноза се поставља на основу анамнезе, клиничког прегледа, рентгенског снимка, електродијагностички тестови, лабораторијска испитивања.

Потребно је извршити процену снаге мускулатуре лица.

Лечење: медикаментозне терапије, физикална терапија, акупунктура, кинезитерапије и хируршких интервенција.

**Број речи: 186**

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

1. 2005 - dobila stipendiju Fonda za Otvoreno društvo za učešće na internacionalnom Weil Cornell seminaru iz Medicinske rehabilitacije u Salzburgu, Austrija
2. 2005 - dobila Licencu ECPD iz Laseroterapije
3. 2009 - dobila licencu ISCD – The International Society for Clinical Densitometry
4. 2009 - dobila licencu SLD-a
5. 2014 - Rukovodi radom wellness&spa centra Instituta "Niška Banja" Niš

**Друштво фармацеутских техничара**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Комплијанса препоруке и мере за побољшање пример апотеке Ниш**

**Дипломирани фармацеут, специјалиста Тања Арсић, Здравствена установа Апотека Ниш**

Правилна употреба лекова је од суштине важности за повољан исход лечења. Степен у коме се пацијент придржава упутстава о правилној употреби лекова и примењује терапију која му је здравствени радник прописано/издао назива се комплијанса. Adherenca је појам који се често поистовећује с појмом комплијанса, а подразумева веће ангаžовање пацијента при доношењу одлука везаних за његову терапију. Не придржавање у потпуности прописаног терапијског режима дефинишемо као „neadherenca“. Neadherenca велики проблем који утиче на све узрасте, оба пола и људе свих друштвеноекономских слојева. Побољшање комплијансе може се постићи увођењем терапије што мањим бројем лекова, смањење учесталости дозирања, избором фармацеутско - технолошког облика лека, подсетником и едукацијом пацијената/корисника услуга. Апотека Ниш је предузела мере којима је дала допринос бољој комплијанси саветима фармацута и фармацеутских техничара у апотекима, израдом флајера „Комплијанса“, „Правилна употреба лекова“, „Правилна примена инсулина у неколико корака“ потом путем стручних текстова на сајту [www.apotekanis.co.rs](http://www.apotekanis.co.rs), али и консултацијама које пацијенти могу диобити у Јединици за фармакоинформатику. Број консултација у апотекима и Јединици за фармакоинформатику beleže се у Свеску консултација. Породица, друштвена заједница и удружења пацијената такође поседују потенцијал који би требало да се искористи за побољшање комплијансе. Закључак: Да би лекови били ефикасни, неопходно их је узимати довољно дуго и у одговарајућој дози. Тада кажемо да је комплијанса или adherencija добра. Улога здравственог радника, фармацеута и фармацеутског техничара је веома важна када је реч о комплијанси јер својим саветима, едукацијом пацијената и подршком доприносе правилном лечењу и бољем ishodu болести. Кључне речи: фармацеути, фармацеутски техничари, комплијанса, adherenca

**Број речи: 250**

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

1. Đurić D., Mitrović M., Jovanović D., Jovanović Z., Pavlović I., Milovanović O., Sokolović T., Jevtović I., Komplijansa, adherenca, konkordanca i perzistenca u savremenoj farmakoterapiji, 2012
2. Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, et al. Clinical Guidelines and Evidence Review for Medicines
3. Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, 2009.
4. [www.apotekanis.co.rs](http://www.apotekanis.co.rs), Vaš farmaceut, Komplijansa,
5. Tasić LJ., Krajnović D., Jocić D., Jović S., Komunikacija u farmaceutskoj praksi, 2011
6. Tasić LJ., Krajnović D., Petrić M., Lakić D., Tadić I., Farmaceutska praksa, 2010

**Секција поливалентне патронаже**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Улога патронажних сестара у препознавању злостављања, занемаривања и свих облика насиља над децом**

**Доктор медицине, специјалиста социјалне медицине др Весна Андрејевић, Институт за јавно здравље Крагујевац**

Проблем злостављања и занемаривања деце и адолесцената је међународно признат проблем који се јављао током људске историје и који је присутан у готово свим културама. Појам повреда деце је регистрован још у старим друштвима, али је као таква препознат као нежељен и неприхватљив облик третирања детета тек у скорије време. С друге стране, опште је познато да појам злостављања у многим културама није на прави начин прихваћен и представља термин око кога се многе заједнице и даље не слажу.

Злостављање деце је појава на коју утичу сложени сплетови условљавајућих фактора. Она је феноменолошки разноврсна и производи комплексне последице.

Према доступним статистичким подацима, у Србији свако дете је бар једном било изложено неком облику насиља, а око 10% их је перманентно изложено тежим облицима физичког или сексуалног злостављања. У 29% случајева деца се психички злостављају, у 22% физички, док је 4% деце приморано да ради.

Здравствени радници имају значајну улогу у свим фазама заштите деце од злостављања и занемаривања: од превенције преко раног откривања и дијагностике, па до третмана, праћења и евалуације. Један од основних задатака здравствених радника је сензибилизација шире јавности и стручњака других области. При посети породици патронажна сестра сагледава здравствене, хигијенске и социјално-економске прилике и дефинише потребе ради предузимања одговарајућих мера здравствене и социјалне заштите. Улога патронажне сестре у породици је да у породици научи чланове породице вештинама чувања свога здравља, укључи их у превентивне програме дома здравља, оснажи и подржи партнерски однос у породици и тиме задобије поверење чланова породице.

У заједници патронажна сестра препознаје приоритете, прави мрежу организација које су потребне за решавања питања која се тичу здравља становништва. Здравствено просвећивање родитеља и њихово усмеравање на препознавање развојних потреба деце, елиминисање добар део могућих узрока њиховог евентуалног занемаривања. Улога здравствених радника огледа се и у раном препознавању случајева злостављања и/или занемаривања, пријављивања надлежном органу или служби; процени ризика, стања и потреба детета и породице, као и у планирању услуга и мера за заштиту детета.

Од посебног је значаја едукација здравствених радника и сарадника примарне здравствене заштите о реализацији специфичног циља Националног програма здравствене заштите жена, деце и омладине који се односи на Спречавање, злостављавање и занемаривање деце.

Све особе које су у контакту са децом су у ситуацији да посумњају на злостављање и занемаривање детета, а посебно особље здравствених и образовних установа, породичних саветовалишта или других организација које се баве проблемима насиља.

У процесу заштите детета од злостављања и занемаривања треба да учествују установе и појединци из различитих система (здравство, социјална заштита, полиција, правосудје и др), сваки од њих у оквиру својих надлежности. Да би се права детета на заштиту од злостављања и занемаривање остварила, неопходно је успостављање система који ће деловати превентивно у смислу спречавања злостављања и занемаривања деце и, истовремено омогућити да се у ситуацијама злостављања и занемаривања обезбеђује адекватна интервенција за опоравак и даљи безбедан развој детета.

**Број речи: 464**

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

1. Stručno metodološko uputstvo za sprovođenje Uredbe o nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2010.
2. Posebni protokol sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja; Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Beograd, april 2009
3. Đorđe Alempijević i sar.; Priručnik za primenu Posebnog protokola sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja. UNICEF, 2013.
4. Long – Term Consequences of Child Abuse and Neglect. Child Welfare Information Gateway, July 2013.
5. Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања; Министарство здравља Републике Србије. Београд, април 2009.



**Друштво струковних медицинских радиолога и радиолошких техничара**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Медицинско сликање (imaging) у испитивању деце са инфекцијом уринарног тракта**  
**Редовни професор, Проф. др Борис Ајдиновић, Институт за нуклеарну медицину**  
**Београд**

Инфекција уринарног тракта (ИУТ) је једна од најчешћих инфекција код деце. ИУТ може да буде ограничена само на мокраћну бешику (циститис) или да захвати паренхим бубрега (пијелонефритис). Клиничка слика ИУТ је често неспецифична и зависна од многих чинилаца, као што су старост детета и ниво инфекције. Тачна дијагноза, која се базира на клиничкој слици и позитивној уринокултури, често се тешко постиже, нарочито кад новорођенчади и одојчади.

Код деце код којих је инфекцијом захваћен паренхим бубрега постоји ризик од трајног оштећења бубрега, што може да има за последицу хипертензију, компликације у трудноћи или у најгорем случају, бубрежну инсуфицијенцију. Фактори ризика за развој прогресивног оштећења бубрега су рекурентне инфекције, ожиљавање бубрега, као и везикоуретерални рефлукс (ВУР).

Најчешћа манифестација ВУР је инфекција која се понекад открива у одмаклом стадијуму болести, а најзначајнија последица је формирање ожиљака на бубрегу и појава рефлуксне нефропатије. Због свега тога неопходно је наћи метод који ће омогућити рано откривање болесника са ризиком од прогресивног оштећења бубрега.

Метода избора у дијагностици ВУР-а је микциона цистоуретрографија (МЦУГ).

Сцинтиграфија бубрега применом радиофармака Технецијум 99м димеркаптосукцинилне киселине (Тс 99м – ДМСК) најтачнија је у откривању паренхимског оштећења бубрега изазваних ИУТ.

Ултразвук бубрега (УЗ) је неинвазивна метода (омогућава процену бубрежног сабирног система, морфологију и величину бубрега), која може да да и информације о ризицима за развој инфекције доњег уринарног тракта код деце јер може да открије абнормалности мокраћне бешике. Због тога је УЗ уринарног тракта код деце са сумњом на ИУТ свакако индикован као метода медицинског сликања прве линије.

Не постоји општеприхваћен став о даљем поступку медицинског сликања деце са ИУТ: да ли после УЗ радити код све те деце МЦУГ („bottom up“ приступ) са циљем откривања ВУР-а или статичку сцинтиграфију бубрега са циљем откривања оштећења паренхима (“top down” приступ).

**Број речи: 285**

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

1. Henderson D. Abnormal Scan After UTI Raises Kids' Risk for Renal Scarring. *Medscape Medical News*. Aug 4 2014. [Full Text].
2. Shaikh N, Craig JC, Rovers MM, et al. Identification of Children and Adolescents at Risk for Renal Scarring After a First Urinary Tract Infection: A Meta-analysis With Individual Patient Data. *JAMA Pediatr*. 2014 Aug 4. [Medline].
3. [Guideline] Subcommittee on Urinary Tract Infection; Steering Committee on Quality Improvement and Management. Urinary Tract Infection: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of the Initial UTI in Febrile Infants and Children 2 to 24 Months. *Pediatrics*. 2011 Aug 28. [Medline].
4. Finnell SM, Carroll AE, Downs SM. Technical report—Diagnosis and management of an initial UTI in febrile infants and young children. *Pediatrics*. 2011 Sep. 128(3):e749-70. [Medline].
5. Zaffanello M, Malerba G, Cataldi L, Antoniazzi F, Franchini M, Monti E, et al. Genetic risk for recurrent urinary tract infections in humans: a systematic review. *J Biomed Biotechnol*. 2010. 2010:321082. [Medline]. [Full Text].
6. Shaikh N, Morone NE, Bost JE, Farrell MH. Prevalence of urinary tract infection in childhood: a meta-analysis. *Pediatr Infect Dis J*. 2008 Apr. 27(4):302-8. [Medline].
7. Ajdinović B, Jauković Lj, Krstić Z, Dopuđa M. Impact of micturating cystoureterography and DMSA renal scintigraphy on the investigation scheme in children with urinary tract infection. *Ann Nucl Med* 2008; 22(8): 661–5.

**Ендокринолошка секција**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

(максимално 500 речи)

**Дијабетесно стопало**

**Интерниста ендокринолог др Маријана Бабић Првуловић, Специјална болница „Меркур“, Врњачка Бања  
Весна Дукић,**

Епидемиологија и патогенеза дијабетесног стопала : Хронична компликација шећерне болести као последица неуро-исхемијских промена уз пратеће инфекције . 70% свих ампутација дешава се код оболелих од Дијабетеса.

Фактори ризика за развој дијабетесног стопала : Фактори ризика за развој ПVB , трајање шећерне болести дуже од 10 година , лоша гликорегулација , присуство других хроничних микро и макро ангиопатских компликација које прате дијабетес , лоша едукација пацијената о нези и бризи стопала, небрига о гликорегулацији, неправилна брига о стопалима, ношење неадекватне обуће о чарапа, неадекватни педикир...

Превенција на примарном и секундарном нивоу : Деловање на сваки фактор ризика појединачно , едукација пацијената о могућим компликацијама и о самоконтроли,о контроли гликемије и правилној исхрани , као и о физичкој активности.

Клиничка слика и дијагностика на примарном и секундарном нивоу : Дијабетесно стопало шематски се дели на два типа : неуропатско и неуроисхемијско. Дијагноза се поставља на основу анамнезе , физикалног прегледа , процене неуролошког и васкуларног статуса, неуро пад теста , ЕМНГ..

Терапијски поступци на примарном и секундарном нивоу : Лечење дијабетесног стопала обухвата низ мера и поступака у чему је неопходан мултидисциплинарни приступ и тимски рад.У тимском раду учествују сви од неуролога, васкуларног хирурга, одабраног лекара до медицинске сестре која је кључан фактор јер од правилне неге дијабетесног стопала зависи да ли ће доћи до ампутације или оздрављења.

Физикалне процедуре и дејство хипербаричне коморе: Физикални агенси имају највећи значај у превенцији настанка дијабетесног стопала. Улога им је да поправе циркулацију , тиме и метаболичке процесе , ојачају мишићну снагу..Док о хипербаричној комори мишљења су подељена.Поједини случајеви показују да долази до побољшања и бржег зарастања ране,али поједини стручњаци сматрају да кисеоник нема утицаја на брже зарастање већ да је то утицај свакодневне и добре неге стопала која се врши пре уласка и након изласка из Хипербаричне коморе.

**Број речи: 289**

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

1. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича клиничке праксе. Национални водич добре клиничке праксе Дијабетес мелитус . Београд ,2012.
2. The ACCORD Study Group (2010) Effescts of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus.N Engl J Med 362:1575-1585
3. American Diabetes, Association (2012). „Diagnosis and classification of diabetes mellitus”. Diabetes Care. 35 Suppl 1: S64—71. doi:10.2337/dc12-s064. PMID 22187472.
4. Acta medica Croatia, Загреб , 2010.
5. Клиничка неурологија, Боривоје М. Радојичић, 2011.

## САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

**Утврђивање заступљености симптома полинеуропатије код дијабетичара, фактора ризика код оболелих и улога саветовалишта за дијабетес у превенцији, раном откривању и лечењу дијабетичне поли**

**Специјалиста опште медицине Данијела Митић, Дом здравља Алексинац  
Јелена Симоновић,**

Једна од најчешћих хроничних компликација шећерне болести је дијабетична полинеуропатија, оштећење нерава проузроковано њиховом исхемијом.

Јавља се у 40-50% оболелих од дијабетеса. Постоје подаци да 7-12% новодијагностикованих пацијената има дијабетичну полинеуропатију, а проценат се повећава са трајањем болести, тако да након 10 година износи 65%.

Процењује се да у свету има 246 милиона оболелих од дијабетичне полинеуропатије, а да ће их до 2030.године бити двоструко више. 30 милиона људи има симптоматску дијабетичну полинеуропатију чија се прогресија може спречити.

Нелечена дијабетична полинеуропатија доводи до компликација које воде у инвалидност, смањења радне способности и вишеструког повећања трошкова лечења, услед хоспитализације, неопходности хируршке интервенције... 15% оболелих развија улцерације које тешко зарастају, а улцерације су у 85% разлог за ампутацију доњих екстремитета.

Због свега тога, првенствено због побољшања квалитета живота оболелих, неопходна је превенција, рано откривање и лечење.

### Дијагноза

Пацијенти се ретко јављају лекару са иницијалним симптомима, већ кад тегобе постану перзистентне.

Пацијента доводе лекару болне парестезије у стопалима и потколеницама, у виду печења, жарења, боцкања. Болови су севајући и у виду грчева. Погоршавају се у миру, нарочито ноћу. Појављују се спонтано или су провоцирани и најблажим додиром. Долази до губитка сензибилитета за бол и температуру. Јављају се и аутономни знаци, као последица оштећења контрактилности крвних судова и циркулације, смањено знојење, сува кожа, хладна стопала.

Слабе миотатски рефлекси, развија се хипотрофија мускулатуре, прво у мишићима стопала и шака, а касније и просимално. Могу да се јаве промене на кожи стопала у виду истањене коже склоне пуцању и раница.

Клинички преглед поред инспекције подразумева испитивање мишићних рефлекса, тактилног, вибрационог и сензибилитета на температуру. Најједноставнији начин утврђивања дијагнозе је ЕМНГ, којом се проверава брзина проводљивости нерава.

### Превенција

Један од најважнијих начина превенције је одржавање нормалних вредности гликемије. Неопходно је утицати на факторе ризика: пушење, гојазност, висок крвни притисак, холестерол, неправилна исхрана, недовољна физичка активност и едуковати пацијенте о значају неге стопала и самопрегледу како би се искључило постојање раница, жуљева, ураслих ноктију...као и ношењу удобне обуће и чарапа.

### Лечење

Лечење се заснива на примени антиоксидативних препарата. Рана употреба алфа-липоинске киселине, док још није дошло до неповратног оштећења нерава, може да спречи последице .

За смиривање болова користи се карбамазепин и антидепресиви. Пацијентима са блажим

облицима обољења даје се комплекс витамина Б.

Од физикалних процедура примењују се ТЕНС методе и кинезитерапија.

#### ЦИЉ

Испитивање заступљености симптома полинеуропатије код дијабетичара ДЗ Алексинац, као и фактора ризика код оболелих: нивоа гликемије, дужине болести, гојазности, висине крвног притиска, нивоа холестерола и триглицерида, пушења, неправилне исхране, уноса алкохола, слабе физичке активности и истицање значаја саветовалишта за дијабетес .

#### МЕТОД

Анкетно испитивање дијабетичара на основу унапред припремљене анкете.

#### ЗАКЉУЧАК

Дијабетична полинеуропатија представља скуп симптома и знакова дисфункције периферног нервног система код особа са дијабетесом. Болест почиње подмукло и пацијент може дуго да буде без субјективних тегоба, иако постоји оштећење нерава. Рано постављање дијагнозе и лечење је важно због заустављања прогресије болести и спречавања појаве компликација.

**Број речи: 453**

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

1. Клиничка неурологија, Боривоје М. Радојичић 2011.
2. Hsu WC, Yen AM, Liou HH, Wang HC, Chen TH. Prevalence and risk factors of somatic and autonomic neuropathy in prediabetic and diabetic patients. *Neuroepidemiology* 2009; 33 (4): 344-9
3. Boulton AJ. Diabetic neuropathy: classification, measurement and treatment. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2007; 14: 141-5
4. Tracy JA, Dyck PJ. The spectrum of diabetic neuropathies. *Phys Med Rehabil Clin* 2008; 19 (1): 1-26
5. Barrett AM, Lucero MA, Le T, Robinson RL, Dworkin RH, Chappell AS. Epidemiology, public health burden and treatment of diabetic peripheral neuropathic pain: a review. *Pain Med* 2007; 8 Suppl 2: 50-62

**Секција сестара у ортопедији**

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Остеоартритис**

**Ванредни професор Проф. др Иван Мицић, Медицински факултет Универзитета у Нишу**

Остеоартритис је дегенеративно обољење зглобова које семанифестује ерозијом хрскавице, ремоделирањем субхондралнекости, формирање мостеофитаи инфламацијом синовије. Савремена сазнања сугеришу да упрогресији болести под једнако учествују механичкии биохемијски фактори. Најзаступљенијеје обољење зглобова, 10% целокупног становништва има радиографске знаке остеоартрозе док 50% имасимптоме остеоартрозе. Захвата носеће зглобове мада сече стојавља и напрстимаи кичменом стубу.

Зглобне повреде које доводе до појаве остеоартритисасу: контузија зглобне хрскавице, парцијална илитоталнаме нисцектомија, лигаментарнанае стабилност, прекомерна употреба или понављана траума, посттрауматски деформитети зглоба. Зглобни деформитет и који доводе до појаве остеоартритиса су: варускукаи колена, валгускукаи колена, деформитети скочног зглоба и стопала који доводе до поремећаја уходу.

Пре 45 године остеоартритис се чешће јавља код мушкараца. После 45 године чешће се јавља код жена.

Истраживања показују да преко 70% популације старије од 60 година пати због симптома изазваних овим поремећаје мкоштано-зглобног система. Симптоми који доминирају су: бол, оток, излив, спазам мишића, отежана покретљивост. Фактори ризика за појаву остеоартритиса су: гојазност, малпозиција зглобних површина, раније операције на зглобовима, повреде зглобова, зглобна нестабилност, особе којераде тежак физички посао, спортисти, генетска предиспозиција, године, пол (жене чешће).

Терапија остеоартритиса може бити: примена Глукозаминаили Глукозамин/Хондроитин су племената, редуцирање повреда зглоба (смањење тежине, лечење гихта, итд), примена антиреуматика Ианалгетика, интра артикуларне (ИА) ињекције кортикостероида, ИА ињекције хијалуронске киселине, реконструктивна хирургија

**Број речи: 205**

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

1. World Health Organization (2002) World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, WHO.
2. European Medicines Agency CPMP/EWP/784/97 Rev. 1. Guideline on clinical investigation of medicinal products used in the treatment of osteoarthritis. Jan 2010
3. Reginster JY, Reiter-Niesert S, Bruyère O, Berenbaum F, Brandi ML, Branco J, Devogelaer JP, Herrero-Beaumont G, Kanis J, Maggi S, Maheu E, Richette P, Rizzoli R, Cooper C. Recommendations for an update of the 2010 European regulatory guideline on clinical investigation of medicinal products used in the treatment of osteoarthritis and reflections about related clinically relevant outcomes: expert consensus statement. *Osteoarthritis Cartilage*. 2015 Dec;23(12):2086-93. doi: 10.1016/j.joca.2015.07.001. Epub 2015 Jul 14. Review.
4. Timmermans EJ, van der Pas S, Dennison EM, Maggi S, Peter R, Castell MV, Pedersen NL, Denkiner MD, Edwards MH, Limongi F, Herbolsheimer F, Sánchez-Martínez M, Siviero P, Queipo R, Schaap LA, Deeg DJ. The Influence of Weather Conditions on Outdoor Physical Activity Among Older People With and Without Osteoarthritis in Six European Countries. *J Phys Act Health*. 2016 Aug 24:1-29.
5. Cucchiaroni M, de Girolamo L, Filardo G, Oliveira JM, Orth P, Pape D, Reboul P. Basic science of osteoarthritis. *J Exp Orthop*. 2016 Dec;3(1):22. doi: 10.1186/s40634-016-0060-6. Epub 2016 Sep 13.
6. Antony B, Jones G, Jin X, Ding C. Do early life factors affect the development of knee osteoarthritis in later life: a narrative review. *Arthritis Res Ther*. 2016 Sep 13;18(1):202. doi: 10.1186/s13075-016-1104-0. Review



## САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

### **Остеоартроза зглоба кука – принципи хируршког лечења**

**Специјалиста ортопедије са трауматологијом, Прим. др Горан Видић, Општа болница Алексинац**

Процес одрастања и старења људског тела повезан је са променама у свим ткивима и органима. Локомоторни апарат омогућава кретање и даје потпору људском телу. Током еволуције човека зглобови су претрпели можда највеће промене у односу на друге органе. Старење, велико физичко оптерећење, повређивање, наследни фактор, доводе до трајног оштећења зглобова и промена у њиховој структури.

Савремено лечење одмаклих артроза кука подразумева готово искључиво хируршки приступ – уградња тоталне ендопротезе зглоба кука: цементне, бесцементне или хибридне. Посебну димензију овом проблему даје чињеница да се ради најчешће о старијој животној популацији, са пратећим коморбидитетом. Нажалост, све чешће се људима у млађем животном добу уграђује ендопротеза кука због дегенеративног оболења.

Са напретком технологије повећале су се могућности избора имплантационог материјала, те је стога важно начинити избор адекватне ендопротезе и поштовати индикационо подручје за сваку од њих.

На материјалу из Ортопедске клинике КЦ Ниш, на преко 2.500 болесника, доминира старосна популација изнад 60 година, преко 70%, претежно жене, 65%, у 60% уграђене код дегенеративног оболења, доминантно бесцементне, скоро 50%.

Чињеница је да се тренд уградње ендопротеза наставља и убрзава и да се развијају нове технологије израде имплантата и материјала, због чега се овом проблему треба приступати мултидисциплинарно и радити тимски, јер упркос сваком напретку технологије, остаје круцијална улога хируршког тима. Из тих разлога, треба дати највећи значај даљој едукацији и усавршавању како би се одговорило све сложенијим задацима у овој области ортопедске хирургије.

**Број речи: 230**

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

1. Бошковић М.: Анатомија човека, Медицинска књига, Београд-Загреб, 1982
2. Ђорђевић В.: Геријатрија, Ниш, 2005
3. Конечки Ј.: Клиничка реуматологија, Медицинска књига Београд-Загреб
4. Лазић Ј., Шобић В.: Радиологија, Медицинска књига Београд, 1997
5. Миленковић С., Митковић М., Рукавина Д., Раденковић М., Младеновић Д.: Зборник радова са XIX Симпозијума о хирургији кука код одраслих, Београд, 2002
6. Ранањат А.С.: Примару тотал кнее артхропласту, Цхаптер 63:699-700, Спрингер-Парис, 2012
7. Русзкоњски И. и сарадници: Ортопедија, Југословенска медицинска наклада Јумена, Загреб, 1979
8. Вељковић М.: Медицинска рехабилитација, Крагујевац, 2004
9. Вишњић М.: Хирургија, Ниш, 2005
10. Златић М, Радојевић Б.: Дегенеративна оболења кука-хируршко лечење, 9:168-196, Завод за стручно усавршавање и издавачку делатност, Београд, 1989

## САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

**Савремени принципи лечења и здравствене неге пацијената који се подвргавају ревизионој артропластици кука .**

**Специјалиста ортопедије, доктор медицинских наука, др Предраг Стојиљковић, Клинички центар Ниш**

У савременом друштву све је више млађих пацијената код којих је неопходна артропластика кука због остеоартрозе кука. Савремени материјали и дизајни ендопротеза који се унапређују из године у годину дозвољавају безболан и пун обим покрета у куку уз дуги век протезе.

Са порастом броја примарне артропластике кука очекивано расте и број ревизионих артропластика услед асептичног или септичног разлабављења ендопротеза кука. Неке студије пројектују да ће се до 2026 удвостручити број ревизионих артропластика кука у свету.

На Ортопедској трауматолошкој клиници у Нишу у последњих 20 година успешно се раде ревизионе артропластике кука, како услед асептичног разлабављења протезе тако и у случају инфекције.

У просеку годишње на нашој клиници радимо од 20 до 30 ревизионих артропластика кука.

Код асептичног разлабављења протезе радимо реимплантацију обичним протезама кука уколико нема великог коштаног дефекта на ацетабулуму и фемуру а у случају постајања већих коштаних дефекта користимо ревизионе феморалне компоненте цемента или бесцемента. Дефект у ацетабулуму попуњавамо коштаним гrefонима из коштане банка уз коришћене ацетабуларних кавеза у случају протрузије.

Код септичних ревизионих артропластика на нашој клиници користим хирургију у два акта. У првој операцији одстрањујемо ендопротезу кука уз опсежан дебридман свих ткива, и постављамо антибиотски коштани цемент. Након 6 месеци у случају да нема локалних знакова инфекције уз контролу лабораторијских параметара имплантирамо нову ендопротезу кука обичним или ревизионим у зависности од оштећења коштаног ткива.

Истичемо значај правилне и адекватне дијагнозе тј. постављања индикације када је потребно приступити ревизионој артропластици кука. Такође истичемо и значај здравствене неге која код ових најтежих операција у ортопедији мора бити на највишем нивоу од момента пријема пацијента у болницу па до завршетка рехабилитације.

**Број речи: 261**

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

1. Sheth NP, Nelson CL, Springer BD, Fehring TK, Paprosky WG. Acetabular bone loss in revision total hip arthroplasty: evaluation and management. *J Am Acad Orthop Surg.* 2013; 21:128–139.
2. Yu R, Hofstaetter JG, Sullivan T, Costi K, Howie DW, Solomon LB. Validity and reliability of the Paprosky acetabular defect classification. *Clin Orthop Relat Res.* 2013; 471: 2259–2265.
3. Engesaeter LB, Dale H, Schrama JC, Hallan G, Lie SA. Surgical procedures in the treatment of 784 infected THAs reported to the Norwegian Arthroplasty Register. *Acta Orthop.* 2011; 82: 530–537.
4. Brown JM, Mistry JB, Cherian JJ, Elmallah RK, Chughtai M, Harwin SF, Mont MA.
5. Femoral Component Revision of Total Hip Arthroplasty. *Orthopedics.* 2016 Aug 30: 1-11.
6. Jang HG, Lee KJ, Min BW, Ye HU, Lim KH. Mid-term Results of Revision Total Hip Arthroplasty Using Modular Cementless Femoral Stems. *Hip Pelvis.* 2015 Sep; 27(3): 135-40.