

**Електронски зборник радова акредитованих предавања**

**IX КОНГРЕСА**

**НАЦИОНАЛНЕ АСОЦИЈАЦИЈЕ УДРУЖЕЊА  
ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ  
СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ**

**ОКТОБАР 2017**

**Намењен лекарима, стоматолозима, фармацеутима,  
биохемичарима, медицинским сестрама и здравственим техничарима**



**Акредитациони број: Д-1-281/17**

**Конгрес је бодован са 12 бодова за акредитоване предаваче, 9 за усмена саопштења, 8 за постер презентације и 6 за пасивне учеснике**

**Хотел „ZEPTEP“ Врњачка Бања  
11 – 15. октобар 2017. Године**

## СПИСАК ПРЕДАВАЧА

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

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

- Акне и исхрана: чињенице и контроверзе

Предавач:

- Проф. др Ивана Бинић - редовни професор Медицинског факултета Универзитета у Нишу

1. Струковна медицинска сестра, Загорка Сладојевић, Клинички центар Ниш
2. Мр др Јелена Младеновић, Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница
3. Др Братислав Бранковић, Институт за лечење и рехабилитацију "Нишка Бања", Ниш
4. Специјалиста клиничке биохемије, Жарко Бабић, Дом здравља Пожаревац
5. Др Виолета Динић Радовић, Клинички центар Ниш
6. Магистар здравствене неге струковних студија, Златко Кврзић, Здравствена енота Љубљана
7. Ванредни професор Проф. др Маја Николић, Медицински факултет Универзитета у Нишу
8. Др Симона Дашић, Завод за здравствену заштиту студената Ниш
9. Струковна медицинска сестра, Мира Аврамовић, Клинички центар Крагујевац
10. Струковна медицинска сестра специјалиста, Соња Паравина, Клинички центар Ниш
11. Специјалиста санитарно-еколошки инжењер, Тања Антић, "Sani Eco Vita" Београд
12. Др Славица Козомара, Институт за лечење и рехабилитацију „Нишка Бања“, Ниш
13. Др Јасмина Стојановић, Клинички Центар Крагујевац
14. Др Ивица Глишић, Дом здравља Пожаревац
15. Прим. др Весна Глишић, Завод за здравствену заштиту радника д.о.о. Крагујевац
16. Струковна медицинска сестра, Милица Станковић, Општа болница "Свети Лука" Смедерево
17. Зубни техничар - демонстратор, Самир Берисалић, Интердент д.о.о. Љубљана
18. Зоботехник, Андреј Лазић, Зуботехнични лабораториј Лазић Андреј - Љубљана
19. Ванредни професор Проф. др Предраг Николић, Клиника за ортопедију вилица стоматолошки факултетет универзитет у Београду
20. Вмс Љиљана Ракић, Клинички центар Србије
21. Др Миодраг Савовић, Дом здравља Ниш
22. Прим др сци. мед Зоран Станојковић, Завод за трансфузију крви - Ниш
23. Редовни професор Проф. др Светислав Врбић, Клинички центар Ниш
24. Др Наташа Симоновић, Клинички центар Ниш
25. Доц. др Валентина Живковић, Медицински факултет Универзитета у Нишу
26. Др Часлав Миладиновић, Дом здравља Дољевац

27. Начелник одељења за промоцију здравља, Цвија Стојановић, Завод за јавно здравље  
Пожаревац
28. Магистар Шишић Марија, Институт за нуклеарну медицину, Београд,  
Војномедицинска академија
29. Др Братислав Б. Миловановић, Специјална болница „Меркур“ Врњачка Бања
30. Прим. др Токовић Ненад, Клинички центар Крагујевац

## Секција сестара у нефрологији и хемодијализи

### САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

#### Трансплатација бубрега - живот пацијента пре и после трансплатације Струковна медицинска сестра Загорка Сладојевић, Клинички центар Ниш

Здрав човек има хиљаду жеља, а болестан само једну-да оздрави.

Чему се нада особа која има узнапредовалу бубрежну инсуфицијенцију?

Постоје само две могућности:

- хемодијализа
- трансплатација.

Дијализа и трансплатација бубрега су третмани за замену бубрежне функције који се примењују код последњег стадијума болести бубрега. Постоје два типа дијализе: хемодијализа и перитонеумска дијализа.

Када бубрези више не функционишу довољно ефикасно, отпадни производи (токсини) и течности се нагомилавају у крви. Дијализа преузима део функција бубрега који отказују и уклања течност и отпадне материје.

Трансплатација бубрега се сматра најбољим третманом за све пацијенте са бубрежном слабошћу јер су квалитет живота и преживљавање често бољи него код људи третираних дијализом. Међутим, због недовољног броја органа за трансплатацију многи пацијенти који су кандидати за трансплатацију бубрега се налазе на листама чекања и дијализа им је неопходна док се не пронађе одговарајући орган за трансплатацију.

Бубрег може да се добије од живог сродника, живе особе са којом пацијент није у крвном сродству или од преминуле особе (кадаверски донор); Уопштено, органи живот донора функционишу боље и дуже него када потичу од преминулих донора.

Неке особе са отказивањем бубрега нису кандидати за трансплатацију. За старије особе или пацијенте са тешким срчаним и васкуларним обољењима безбедније је да остану на дијализи него да се подвргну трансплатацији. Друга стања која спречавају трансплатацију бубрега могу да буду:

- активни или недавно лечени канцер,
- тешка хронична оољења других органа,
- лоше контролисана ментална болест (психоза),
- тешка гојазност (индекс телесне масе преко 40),
- актуелна злоупотреба лекова или алкохола,
- неке хроничне вирусне инфекције.

Особе са другим медицинским проблемима се процењују од случаја до случаја како би се утврдило да ли је трансплантација бубрега могућа опција.

Код хроничних бубрежних болесника хемодијализа је неопходна до краја живота. Често пацијенти дођу на хемодијализу, а да пре тога нису ни знали за своју болест. Најчешћи узрок хроничне бубрежне инсуфицијенције су:

- не регулисан крвни притисак
- наследни полицистизам
- запаљење бубрега
- шећерна болест.

Пацијенти који започну са хемодијализом, на почетку веома тешко прихватају лечење. Зато је особље хемодијализе задужено за све, најпре за психичко стање пацијента и стручне здравствене услуге.

#### Приказ случаја

Пацијенткиња М.М.је са 17 година сазнала за своју болест. Врхунски спортиста, право из школе нашла се у дијализној јединици. Пацијенткиња је суочена са огромним стресом и захтевима који су јој постављени. Живот на хемодијализу укључује интермитентне болове , умор, строгу дијету , велики број лекова , несигурност у будућност и страх од смрти. Донору (мајка) у току припреме за трансплатацију откривају Хочкинову болест , трансплатација је отказана, пацијенткиња наставља са хемодијализом.

Особа која је доживела мождану смрт, продужила је друга два живота. Пацијенткиња М.М. је имала највећу подударност и наш тим за трансплатацију је пресадио бубрег.

**Број речи: 435**

## **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, 2008
2. 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
3. Stupar Božica.: Specificne standardizovane sestriinske procedure u nefrologiji. Udruženje nefroloških sestara Srbije 2013
4. Kidney disease of Diabetes. Aviable from:URL:[http:// National Diabetes Information Clearing house//www.diabetes.niddk.nih.gov](http://www.diabetes.niddk.nih.gov)
5. <https://dijaliza.wordpress.com/tag/skola-dijalize/>

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Вештачење видова накнаде нематеријалне штете**

**Мр др Јелена Младеновић, Специјална болница за психијатријске болести Горња Топоница**

Značajno poglavlje u forenzičkoj psihijatriji. Zakon kojim se vrednuje sistem organizacije života u ljudskoj zajednici doneo je još Hamurabi kralj Vailona oko 1700 godine .Potom je Rimsko carstvo donosilo ove zakone tako da je rimski građanin imao još tada pravo da traži odštetu za namernu povredu njegove lične časti . Ovo su temelji pravnih odredbi nematerijalne štete koje su u neposrednoj vezi sa svakodnevnim životom. Bazira se na logičnom temelju a to je da ko drugome uzrokuje štetu dužan je da mu je nadoknadi. Novčana naknada je jedini način kompenzacije ove štete jer šteta uzrokuje duševne patnje. Pokazuje se time i odnos države prema zaštiti ličnog dobra i vrednovanju tih dobara. Pravična presuda u ovim predmetima tj ostvarenje satisfakcije govori o usklađenosti opšteg društvenog i pojedinačnog interesa. Nacrt zakona o naknadi štete na našim prostorima je donet 1951 godine. Ovi stavovi su ušli gotovo u celini u Zakon o obligacionim odnosima uz stav da nematerijalnu štetu nije nikada moguće potpuno nadoknaditi ali je bolja i neadekvatna nepotpuna naknada nego nikakva. Ako je naknada u pravom smislu ona je bar nekakva satisfakcija oštećenom koji dobijenim novcem može sebi priuštiti neka izvesna zadovoljstva. Zakon o obligacionim odnosima j na našim prostorima donet 1975. godine rađene su dopune i do sada nije pretrpeo značajne izmene nego kao takav i dalje funkcioniše.

U pravnom smislu nematerijalna šteta podrazumeva povredu pravno zaštićenog dobra odnosno interesa koji nastaje mimo volje pogođenog lica i koji je neko dužan da nadoknadi .Zakon prepoznaje materijalnu i nematerijalnu štetu. Nematerijalna šteta je šteta na ličnim neimovinskim dobrima čoveka kao što su život, fizički i psihički integritet, čast ,dostojanstvo, sloboda, ugled i drugo .Zakon o obligacionim odnosima reguliše vidove naknade nematerijalne štete i to za pretrpljene fizičke bolove, za pretrpljene duševne bolove zbog umanjenja opšte životne aktivnosti, za pretrpljene duševne bolove zbog naruženosti, za pretrpljeni strah ,za pretrpljene duševne bolove zbog povrede ugleda časti i prava ličnosti , duševne bolove zbog povrede slobode, pretrpljene duševne bolove zbog smrti bliskog lica, za pretrpljene duševne bolove zbog naročito teškog invaliditeta bliskog lica .Ostaruje se na osnovu nalaza sudskog vestaka kojima se procenjuje stepen fizičkog bola , stepen naruženosti stepen pretrpljenog straha i stepen duševnih patnji .Pravo na naknadu nematerijalne štete je lično imovinsko pravo i neprenosivo je i nenasledivo. Posebno je delatnost veštaka sudske medicine stepen i trajanje fizičkog bola i stepen naruženosti . Ostalo je delatnost veštaka psihijatra i to procena stepena pretrpljenog straha , i stepena i trajanja duševnih patnji. Pravni osnov naknade štete je da je do duševnih patnji tj nematerijalne štete došlo krivicom nekog drugog. Procenjuje se pretrpljeni strah po vrsti, stepenu i trajnosti kao i trajnim posledicama pretrpljenog straha. Duševne patnje se procenjuju po intenzitetu i trajnosti. Za ovu procenu veštaka psihijatra je neophodno sagledati ličnost oštećenog, obaviti psihijatrijski pregled i medicinsku dokumentaciju.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

(максимално 500 речи)

**СОХИВ у терапији акутног и хроничног бола предности и ризици**

**Др Братислав Бранковић, Институт за лечење и рехабилитацију “Нишка Бања“,  
Ниш**

По дефиницији бол је непријатно сензорно и емоционално искуство које је увек повезано са оштећењем ткива. Бол може бити ноцицептивни када је доминантно оштећено ткиво, неуропатски када је доминантно оштећен нерв, висцерални када је оштећен орган.

Спознаја бола је сложена и исход је најмање четири процеса: трансдукције, трансмисије перцепције и модулације. Суштину патофизиологије ноцицептивног бола на периферији чини синтеза простагландина (ПГ). Они се синтетишу из арахидонске киселине која се ослобађа након лезије ткива из ћелијске мембране оштећеног ткива под дејством фосолипаза. Ослобођена арахидонска киселина се под дејством циклооксигеназа (ЦОХ) метаболише до простагландина. За настанак бола је најважнији ПГЕ2 јер директно надражује ноцицепторе а синтетише се помоћу ЦОХ2. Сматра се главном алгезичном супстанцом. Истраживања су показала да је ЦОХ2 доминантно идуцибилна и да се ствара на месту лезије, док као конститутивни ензим постоји у срцу бубрезима и мозгу где има протективну улогу. Циклооксигеназа 1 (ЦОХ1) је доминантно конститутивни ензим, налази се у срцу бубрезима желуцу и другим органима и углавном има протективну улогу. У мањој мери је индуцибилна на месту лезије.

Инхибиција синтезе индуцибилне ЦОХ2 смањује синтезу ПГЕ2 на месту лезије, надражај ноцицептора што резултира смањењем бола, док је конститутивна функција ЦОХ1 сачувана што смањује нежељна дејства. Ово чини суштину ЦОХ-2 концепта у терапији бола. Високо селективни инхибитори ЦОХ2 имају значајно место у терапији акутног и хроничног бола, како самсатално тако и у мултимодалној теапији. У терапији хроничног ноцицептивног бола соматског типа високоселективни инхибитори цијкооксигеназе 2 могу се комбиновати са благим опиоидима јаким опиоидима, ацетаминофеном, коаналгетицима ( кортикостероиди, антидепресиви, антиепилептици)

Терапија акутног бола је од великог значаја јер поред тога што смањује патње пацијената, убрзава опоравак, смањује цену лечења, смањује и могућност настанка хроничног бола.

Сматра се да је у око 40% случајева узрок хроничног бола лоше лечен акутни бол.

Хронични бол је болест за себе и представља велики тераписки финансијски и друштвени

проблем. Он смањује квалитет живота у свим сегментима као и радну способност.

⟷Концепт мултимодалне терапије бола подразумева употребу више медиамента истовремено или истовремену употребу лекова и других тераписких процедура са циљем се у исто време делује на више тачака у ланцу патофизиологије бола. Овим се смањује појединачна доза медиамента што за резултат има смањење нежељених дејстава лекова а појачава се укупни аналгетски ефекат и скраћује време лечења.

За квалитетну мултимодалну терапију неопходно је добро познавање патофизиологије бола како би се знало чиме и на којем месту у патофизиолошком ланцу се делује као и шта се тиме постиже.

Нежељена дејства високоселективних инхибитора циклооксигеназе зависе од избора пацијента и дужине примене. Са дужином примене повећавају се и нежељена дејства. Нежељена дејства ду угалвном последица инхибиције конститутивне COX2 и поремећеног односа између ПГИ2 И ТХА у корист Тромбоксана чиме се побеђава агрегација тромбоцита односно могућност стварања тромба и емболија.

**Број речи: 444**

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

1. Palmer, Greta M. "Pain management in the acute care setting: Update and debates." *Journal of paediatrics and child health* 52.2 (2016): 213-220.
2. Karabis, Andreas, et al. "High correlation of VAS pain scores after 2 and 6 weeks of treatment with VAS pain scores at 12 weeks in randomised controlled trials in rheumatoid arthritis and osteoarthritis: meta-analysis and implications." *Arthritis research & therapy* 18.1 (2016): 1.
3. Pelletier, Jean-Pierre, et al. "Efficacy and safety of oral NSAIDs and analgesics in the management of osteoarthritis: evidence from real-life setting trials and surveys." *Seminars in arthritis and rheumatism*. Vol. 45. No. 4. WB Saunders, 2016.
4. Pelletier, Jean-Pierre, et al. "Efficacy and safety of oral NSAIDs and analgesics in the management of osteoarthritis: evidence from real-life setting trials and surveys." *Seminars in arthritis and rheumatism*. Vol. 45. No. 4. WB Saunders, 2016.
5. Parada, Luis, Jens Pauli Marstein, and Andrey Danilov. "Tolerability of the COX-1/COX-2 inhibitor lornoxicam in the treatment of acute and rheumatic pain." *Pain management* 0 (2016).



**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

(максимално 500 речи)

**Клинички значај одређивања активности ензима у примарној здравственој заштити**

**специјалиста клиничке биохемије Жарко Бабић, Дом здравља Пожаревац**

Увод: Око 90% од укупног броја протеина присутних у организму показују каталитичку активност. Овај велики број разноврсних ензима омогућава нормалне метаболичке процесе који обезбеђују хемијску енергију и метаболите неопходне за раст, развој, ћелијску диференцијацију, транспорт и нормалне функције ћелија и организма у целини. Поред великог значаја синхронизованом одвијању многобројних биохемијских реакција, ферменти су за медицину важни и са дијагностичког и терапијског аспекта. Дијагностички значај ензима се огледа у кориштењу ензимских тестова за постављење дијагнозе појединих обољења, затим за утврђивање ензимопатија и у пренаталној дијагностици. Ензимска дијагностика се заснива на чињеници да су ензими ћелијског метаболизма у много већој концентрацији присутни у интрацелуларном простору него у крвној плазми, а при оштећењу ћелија ови макромолекули прелазе у циркулацију, па одређивање ензимске активности у серуму (плазми) може да послужи као драгоцен индикатор патолошких процеса у појединим ткивима и органима.

Циљ рада: Указати на значај тачности тумачења резултата налаза ензима, нарочито Трансаминазе (АЛТ и АСТ), Лактат дехидрогеназа (ЛДХ), Алкална фосфатаза (АЛП), Гама глутамил трансфераза (ГГТ),  $\alpha$  Амилаза.

МЕТОД РАДА: Истраживање је реализовано у Лабораторији Дома здравља Пожаревац и Лабораторији у Општој болници у Пожаревцу у месецу јулу и августу 2016. Године, кроз разна тестирања, увидом у медицинску документацију као и кроз лично радно искуство.

РЕЗУЛТАТИ РАДА: Добијени резултати указују на повећање броја оболелих чија је дијагноза постављена на основу горе наведених лабораторијских анализа

Закључак: Ензимска дијагностика се заснива на чињеници да су ензими ћелијског метаболизма у много већој концентрацији присутни у интрацелуларном простору него у крвној плазми, а при оштећењу ћелија ови макромолекули прелазе у циркулацију, па одређивање ензимске активности у серуму (плазми) може да послужи као драгоцен индикатор патолошких процеса у појединим ткивима и органима. Дијагностички значај ензима се огледа у кориштењу ензимских тестова за постављење дијагнозе појединих обољења, затим за утврђивање ензимопатија и у пренаталној дијагностици. Ензими који имају кратак полуживот у крви нису значајни за дијагностичке сврхе и клиничка истраживања. Узима се да су дијагностички важни ензими чији је полуживот од 3-5 сати и дужи. Дијагностички важни ензими: лактат дехидрогеназа (ЛДХ), трансаминазе (аспартат трансаминаза, АСТ или ГОТ; аланин трансаминаза, АЛТ или ГПТ), креатинфосфокиназа (ЦПК),  $\gamma$ -глутамилтрансфераза ( $\gamma$ -ГТ),  $\alpha$ -амилаза, липаза, алкална фосфатаза (Аф), кисела фосфатаза (КФ), холинестераза, химотрипсин, трипсин, алдолаза.

**Број речи: 357**

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

1. D. Koracevic, G. Bjelakovic, V B. Đorđević, J. Nikolic, D. D. Pavlovic, G. Kocić (2006). Biohemija. Savremena administracija a.d. Beograd
2. Nickells J, Walton B .SBA and MTF MCQs for the Final FRCA. 1st ed. New York: Cambridge University Press. 2012, pp. 154-155.
3. Stanković S.: Tumorski markeri: metode određivanja, Jugoslav Med Biohem, 2006;25(2): 89–101
4. Glew R, Rosenthal M. : Clinical Studies in Medical Biochemistry. 3 th ed. New York: Oxford University Press, 2007, pp. 60-61.
5. Mannem S, Ehtesham M, Praveen K, Gupta V.: Elevated CK-MB without myocardial infarction. Scientific Medicine, 2009;1(2)

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

**Карактеристике и фактори ризика настанка бактеријских инфекција код пацијената са цирозом јетре.**

**Др Виолета Динић Радовић, Клинички центар Ниш**

Цироза јетре представља хронично инфламаторно обољење, коју прати некроза хепатоцита, нодуларна регенерација паренхима и увећање колагеног везивног ткива. Истовремена инфламација и ослобађање цитокина узрокују активацију лимфоцита и макрофага, стварање фибробласта и везивног-колагеног ткива.

Комбиноване метаболичко-хемодинамске промене, слабљење одбрамбених механизма, на терену секундарне имунодефицијенције, настале због оштећења лимфоретикуларног ткива представљају главни узрок настанка бактеријских инфекција, неповољног тока болести и повећања стопе морталитета ових болесника.

Циротични пацијенти често имају бактеријску инфекцију, која је узрок погоршања и индикација за хоспитализацију код 30% до 50% оболелих. Инфекције су чешће код пацијената с узнапредовалим стадијумом болести и асцитес-ом, а директно корелишу са смртним исходом у 15,4% до 25% оболелих. Инфекција индукује погоршање болести покретањем јетрене, респираторне и бубрежне инсуфицијенције и утиче на лошу прогнозу болести. Најчешће бактеријске инфекције код оболелих од цирозе јетре су : инфекције уринарног тракта (12%-29%), спонтани бактеријски перитонитис (7%-23%), инфекције респираторног тракта (6%-10%) и бактеријемија (4%-9%).

Већи ризик имају пацијенти с ниским нивоима албумина, холестерола и ПТ, повећаним вредностима билирубина, а у корелацији с стадијумом болести. Оболели у Child-Pough С стадијуму болести имају 5 пута већи ризик за развој инфекције. Профилакса антибиотикима широког спектра би могла да буде ефикасна у лечењу ових пацијената.

**Број речи: 204**

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

1. Domenicali M, Caraceni P, Baldassarre M, Giannone F, Marasco E, Pavesi M, Mantovani V, Angeli P, Gerbes A, Moreau R, Jalan R. The TLR10 polymorphism rs4129009 is associated to poor 28-day survival in patients with cirrhosis and acute on chronic liver failure precipitated by bacterial infection. *Digestive and Liver Disease*. 2016;48:e16.
2. Bunchorntavakul C, Chamroonkul N, Chavalitdhamrong D. Bacterial infections in cirrhosis: A critical review and practical guidance. *World journal of hepatology*. 2016;8(6):307.
3. Fernández J, Acevedo J, Prado V, Mercado M, Castro M, Pavesi M, Arteaga M, Sastre L, Juanola A, Ginès P, Arroyo V. Clinical course and short term mortality of cirrhotic patients with infections other than spontaneous bacterial peritonitis. *Liver International*. 2016.
4. Merli M, Lucidi C, Di Gregorio V, Giannelli V, Giusto M, Ceccarelli G, Riggio O, Venditti M. The chronic use of beta-blockers and proton pump inhibitors may affect the rate of bacterial infections in cirrhosis. *Liver International*. 2015;35(2):362-9.
5. Sargenti, Konstantina, et al. "Bacterial infections in alcoholic and nonalcoholic liver cirrhosis." *European journal of gastroenterology and hepatology*. 2015; 27(9): 1080-1086.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**ZAUSTAVLJANJE KRVAVITEV S SODOBNIMI PRIPOMOČKI**

**магистар здравствене неге струковних студија Златко Кврзић, Здравствена еnota  
Љубљана**

**Милош Ђоровић,**

Zlatko Kvržić

Vojaška zdravstvena enota, Slovenska vojska, Štula 23a, Ljubljana - Šentvid

**Izveček**

Trauma predstavlja vodilni vzrok morbiditete in mortalitete v povezavi z nekontrolirano krvavitvijo, kot enem izmed glavnih vzrokov nastanka smrti, tako v vojaškem kot v civilnem okolju. Statistični podatki iz vojnih konfliktov v Iraku in Afganistanu pravijo, da je skoraj 50% smrti nastalo na bojišču zaradi nekontrolirane krvavite, še predno so jih uspeli evakuirati na višji nivo zdravstvene oskrbe. Uporaba hemostatskih pripomočkov je lahko ena izmed najlažjih in najučinkovitejših načinov oskrbe hudih krvavitev.

**Abstract**

Trauma represents one of the leading causes of morbidity and mortality in both the civilian and military populations with uncontrolled hemorrhage as the major cause of death. Statistics show us that in recent conflicts in Iraq and Afganistan, uncontrolled hemorrhage accounted for almost 50% of the battlefield deaths prior to evacuation. The use of hemostatic agents may be one of the easiest and most effective methods of treating hemorrhage.

Kri je tekoče tkivo, ki sestavlja 8% celotne telesne teže. Po telesu odraslega človeka kroži 5 litrov krvi, ki je sestavljena iz krvnih celic (45%) in plazme (55%). V kaplji krvi je 5 milijonov rdečih krvnih celic (eritrocitov), 8000 belih krvnih telesc (levkocitov), 250 000 krvnih ploščic (trombocitov) in plazma, ki jo v 95% sestavlja voda in v 5% raztopljen snovi. Glavne tri naloge krvi so prenos snovi, obramba organizma in porazdelitev toplote. Krvavitve so lahko zunanje (kri odteka iz telesa) ali notranje (kri odteka iz krvožilnega sistema v telesno votlino). Vsako krvavitev, bodisi iz vene ali arterije je potrebno zaustaviti, omejiti. Velika izguba krvi kljub učinkoviti oskrbi rane lahko vodi v hipotermijo, koagulopatijo, acidozo in multiorgansko odpoved. V tem prispevku se bom omejil izključno na fizično ustavljanje/omejevanje krvavitev z uporabo sodobnih pripomočkov.

Hemostatski pripomočki so se pojavili leta 2002, njihovo delovanje je bilo učinkovito vendar povezano z veliko stranskih učinkov. Prva generacija je bila v obliki granulato, ki so povzročali embolije, alergije in eksotermne reakcije, ki so poškodovale okolna tkiva. Ravno zaradi dodatnih komplikacij ran jim kirurgi niso bili naklonjeni. Sodobna generacija hemostatskih pripomočkov se je razvila do takšne mere, da je izdelana v obliki bombažnega povoja, ki je mehak, upogljiv, sterilan netkan, zviti in impregniran s kaolinom, je inerten mineral, ne vsebuje živalskih ali človeških proteinov ali botaničnih sestavin, ne povzroča nobenih eksotermnih reakcij in alergij, je učinkovit. Uporaba je

enostavna in varna. Vsak povoj je individualno zvit. Odpira se z enostavenim potegom na označenih mestih. Namenjen je začasni zunanji uporabi pri krvavitvah. Povoj je upogljiv in mehak in temu posledično namenjen pri uporabi pri vseh ranah. Uporabimo ga tako, da gazo s prsti zatamponiramo v rano in izvajamo pritisk 3 do 5 minut. S koalinom prepojena gaza omogoča, da v stiku s krvjo, takoj aktivira faktor XII, XIIa in XI in XIa, kateri pospešijo pomembne kaskadne reakcije, ki privedejo do koagulacije krvi.

**Број речи: 473**

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

1. A. E. Pusateri, A. V. Delgado, E. J. Dick Jr., R. S. Martinez, J. B. Holcomb, and K. L. Ryan, "Application of a granular mineral-based hemostatic agent (QuikClot) to reduce blood loss after grade V liver injury in swine," *Journal of Trauma*, vol. 57, no. 3, pp. 555–562, 2015. [View at Publisher](#) • [View at Google Scholar](#) • [View at Scopus](#)
2. John Emory Campbell, William Pfeifer. *International Trauma Life Support, Military second edition*, 2014.
3. D. D. Jewelewicz, S. M. Cohn, B. A. Crookes et al., "Modified rapid deployment hemostat bandage reduces blood loss and mortality in coagulopathic pigs with severe liver injury," *Journal of Trauma*, vol. 55, no. 2, pp. 275–281, 2003. [View at Publisher](#) • [View at Google Scholar](#) • [View at Scopus](#)
4. J. T. Bishoff, R. L. Cornum, B. Perahia et al., "Laparoscopic heminephrectomy using a new fibrin sealant powder," *Urology*, vol. 62, no. 6, pp. 1139–1143, 2003. [View at Publisher](#) • [View at Google Scholar](#) • [View at Scopus](#)
5. A. E. Pusateri, H. E. Modrow, R. A. Harris et al., "Advanced hemostatic dressing development program: animal model selection criteria and results of a study of nine hemostatic dressings in a model of severe large venous hemorrhage and hepatic injury in swine," *Journal of Trauma*, vol. 55, no. 3, pp. 518–526, 2003. [View at Publisher](#) • [View at Google Scholar](#) • [View at Scopus](#)

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

(максимално 500 речи)

**Актуелна сазнања о утицају исхране на репродуктивно здравље**

**Ванредни професор Проф. др Маја Николић, Медицински факултет Универзитета у Нишу**

Према дефиницији Светске Здравствене Организације, репродуктивно здравље је стање физичког, менталног и социјалног благостања у свим облицима везаним за репродуктивни систем у свим фазама живота. Ово подразумева могућност задовољавајућег и безбедног полног живота и способност добијања жељеног потомства. У првом плану је свакако женско репродуктивно здравље, тако да је разноврсна исхрана која садржи адекватне количине састојака неопходна пре и за време трудноће, као и током дојења. Прави изазов за све здравствене професионалце, а посебно оне које су у прилици да дају препоруке у вези правилне исхране јесте ускладити савремена сазнања и примере добре праксе са захтевима ове вулнерабилне категорије. Стручност и едукованост здравствених радника који пружају неоподну помоћ у исхрани је битна за репродуктивно здравље, посебно у условима демографске кризе. Протоколи који се спроводе морају се засновати на стручним медицинским основама, те је неопходно приказати и разменити искуства здравствених радника који су учествовали у решавању проблема у пракси са предавачима који прате актуелну литературу у овој области из земље и иностранства. У изазове струке спадају и контраверзни подаци који се односе на утицај исхране на асиситирану репродукцију и који ће бити посебно размотрени у оквиру ове едукације . Едукација здравствених радника о повезаности исхране и репродуктивног здравља треба да потекне од дијететичара и нутрициониста, а то ће бити покренуто на овом састанку. Промоција правилне исхране представља веома тежак и одговоран задатак како у индивидуалним, тако и у популационим размерама. Едукација кроз индивидуалне и групне облике здравствено- васпитног рада везано за најважније алиментарне факторе ризика који утичу на репродуктивно здравље је важна област деловања здравствених радника и примери добре праксе ће бити приказани и анализирани. Израда и подела здравствено-васпитног материјала у вези правилне исхране ће такође бити размотрени.

**Број речи: 282**

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

1. Kim K, Wactawski-Wende [HYPERLINK](#)

"[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wactawski-](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wactawski-Wende%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=27881593)

Wende%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\_uid=27881593" J, Michels [HYPERLINK](#)

"[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Michels%20KA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=27881593](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Michels%20KA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=27881593)" KA, Plowden [HYPERLINK](#)

"[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Plowden%20TC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=27881593](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Plowden%20TC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=27881593)" TC, Chaljub [HYPERLINK](#)

"[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Chaljub%20EN%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=27881593](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Chaljub%20EN%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=27881593)" EN, Sjaarda [HYPERLINK](#)

"[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sjaarda%20LA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=27881593](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sjaarda%20LA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=27881593)" LA, Mumford SL Dairy Food Intake Is Associated with Reproductive Hormones and Sporadic Anovulation among Healthy Premenopausal Women. [J HYPERLINK](#)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27881593>" [HYPERLINK](#)

"<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27881593>" [HYPERLINK](#)

"<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27881593>". 2016 Nov 23. pii: jn241521. doi:

10.3945/jn.116.241521

2. Mínguez-Alarcón L, Chavarro JE, Mendiola J, Roca M, Tanrikut C, Vioque J, Jørgensen N, Torres-Cantero AM. Fatty acid intake in relation to reproductive hormones and testicular volume among young healthy [HYPERLINK](#) "<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27834316>" Asian J Androl. 2016 Oct 28. doi: 10.4103/1008-682X.190323.

3. Grieger JA, Grzeskowiak LE, Clifton VL. Preconception dietary patterns in human pregnancies are associated with preterm delivery. *J Nutr.* 2014 Jul;144(7):1075-80.

4. Trenkić M, Popović J, Bjelica A, Kopitović V, Trenkić-Božinović M, Aracki-Trenkić A. Uticaj indeksa telesne mase na ishod vantelesnog oplodjenja kod pacijentkinja sa sindromom policističnih jajnika. *Med pregl* 2016;69 (7-8): 230-236.

5. Rossi BV, Abusief M, Missmer SA. [Modifiable HYPERLINK](#)

"<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27594813>" Risk Factors and Infertility: What are the

[HYPERLINK](#) "<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27594813>" Connections? *Am J Lifestyle Med.*

2014;10(4):220-231.



**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Полно преносиве болести- рано препознавање и превенција**

**Др Симона Дашић, Завод за здравствену заштиту студената Ниш**

**Радмила Михајловић,**

Увод:

Полно преносиве болести (sexually transmitted disease – STD) су велика група обољења које изазивају бројни микроорганизми које се преносе полним контактом. Број оболелих у свету и код нас је, генерално висок. Статистички подаци су често оскудни, јер се велики број болести не пријављује или се оболели не јавља лекару. Често су без симптома или су симптоми благи и у комбинацији са страхом од гинеколошког прегледа остају непрепознати и нелечени посебно код инфекција хуманим папилома вирусима који утичу на настанак премалигних и малигних обољења грлића материце.

Постоје и бројне предрасуде о полним болестима и њиховом преношењу. То нису болести које се дешавају неком другом и не постоји особа која је на њих имуна.

Разумевање основних чињеница о њима, шта их изазива, како се шире, који су симптоми и како се лече, први су корак ка превенцији.

Знањем о овим болестима, ризичном понашању и правилном употребом заштитних средстава могуће је смањити њихов број.

Циљ:

Здравственом едукацијом присутних и дискусијом на ову тему деловати превентивно у смислу заштите од полно преносивих болести али и њиховог раног препознавања као и развијања добрих навика везаних за благовремено јављање изабраном гинекологу.

Метод:

Ретроспективна анализа и увид у медицинску документацију Завода за здравствену заштиту студената Ниш а посебно увидом у Статистички извештај „Анализа социо-епидемиолошких и здравствених података студената прве и треће године студија из обављених систематских прегледа у школској 2015/2016. години“ и упоређивање са претходним статистичким извештајима ЗЗЗСтудената Ниш. Поред тога и анализа добијених лабораторијских извештаја након упућивања пацијенткиња на микробиолошко дијагностичко тестирање.

Резултати:

Указују да се број оболелих од полно преносивих болести студентске популације прве године факултета сваке године све већи, што корелира и са бројем полних партнера у младом животном добу до 19 година старости (1. година студија) и некоришћењем или недоследним коришћењем баријерних заштитних средстава при полном односу. Ово се посебно односи на студенте прве године факултета ако пратимо хронолошки кроз сваку наредну школску годину студенте управо те прве године којима је систематски преглед често и прво јављање гинекологу. Ако упоредимо пак прву и трећу годину студија овде проналазимо пад новоткривених полно преносивих болести код полно активних студената што говори о добром ефекту превентивног рада и саветовања у гинеколошкој служби.

Закључак:

Подизањем свести о полно преносивим болестима и здравственим просвећивањем може да се смањи број новооболелих и да се допринесе очувању репродуктивног здравља младе популације али и да се допринесе очувању здравља опште популације.

**Број речи: 382**

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

1. Перишић Живко. Упуство за цитолошки скрининг према Бетезда класификацији. Министарство здравља Републике Србије; ГАК „Народни фронт“, Београд, 2015.
2. Монографија: „Савремена дијагностика и терапија цервикалних интраепителних неоплазија“, Прво издање, 2015. Година Аутор: Доц. Др сци мед. Радомир С. Живадиновић, доцент на катедри за гинекологију и акушерство Медицинског факултета у Нишу
3. Уредба о националном програму раног откривања карцинома материце. Службени гласник Републике Србије бр 73/2013 и 83/2913.
4. Срђан Ђурђевић, Уџбеник: „Откривање и лечење болести цервикса, вагине и вулве“ Уредник Бранко Станимировић, Елит- медицина Бгд. 2012: 169-171
5. Вукићевић Д., Ванчетовић- Мијовић М., Ђерковић Б., Витковић Л., Плешинац Б., „Хумани папилома вируси (ХПВ) и њихова улога у настанку преинвазивних лезија и карцинома грлића материце“, Прациц Медица, 2011., Вол. 39, Бр. 3-4, стр. 115-118.
6. Релић М., Релић Г., Илић С. „Гениталне инфекције микоплазмама- ретроспективна анализа“ ЦВИИ ретроспективни гинеколошки дани. Програм и зборник сажетака. Београд, 1-3 новембар 2012.; 27
7. Stewart L. „New guidelines on cervical cancer screening: More than Just the end of annual PAP testing“ 2012. Journal of Lower genital Tract Diseases. 2012; 16 (3): 172-174.

8. Reproductive Health matters, volume 21, number 41, May 2013. „Young people, sex and relationships“
9. WHO Guidelines for Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia 2-3 and Adenocarcinoma in situ : Cryotherapy, Large Loop Excision of the Transformation Zone, and Cold Knife Conization. 2014. /Mediline/

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

**Утицај фактора ризика на учесталост неонаталног пнеумоторакса  
струковна медицинска сестра Мира Аврамовић, Клинички центар Крагујевац  
Катарина Јовановић,**

Увод: Пнеумоторакс представља присуство слободног ваздуха у плеуралном простору. Ваздух који је прешао у плеуралну шупљину отежава или онемогућава дисање. Чешће се развија једнострано ( десно ), ређе обострано. Може се развити спонтано у 1-1.5% новорођенчади, нарочито после реанимације. У току примене механичке вентилације код новорођенчади учесталост појаве пнеумоторакса је 12-15%. Код новорођенчета са пнеумотораксом долази до наглог погоршања општег стања са цијанозом, диспнејом, тахипнејом, хипоксемијом, хиперкапнијом, ацидозом балоном. Торакална дренажа је поступак којим се отклања накупљена колекција ваздуха из плеуралне шупљине. Стална торакална дренажа спроводи се системом за торакалну дренажу на принципу спојених судова, а по пункцији плеуре троакаром или иглом и аспирационим катетером.

Циљ рада: Испитивање учесталости пнеумоторакса у неонаталном периоду. Испитивање учесталости компликација, утврђивање фактора ризика.

Метод: У циљу испитивања фактора ризика који доводе до пнеумоторакса спроведена је ретроспективна студија пресека, заснована на прегледу доступне медицинске документације.

Резултати: Већина деце са пнеумотораксом већ има неку плућну болест. У клиничкој праки примећено је да се пнеумоторакс чеће развија код дечака, прематуруса, новорођенчета са ниским апгар скором, нижа порођајна маса, вентилација позитивним притиском амбу балоном.

Продор ваздуха из плућа или спољашње средине у простор између паријеталне и висцеларне плеуре јавља се у неонаталној популацији и представља потенцијално врло озбиљан проблем који се одликује високом стопом морталитета и морбидитета. Слободан ваздух се накупља ван дисајних путева у инспиријуму, а његово спонтано избацивање из грудне дупље је немогуће. Због тога настаје притисак слободним ваздухом на срце и плућа. Треба знати да пнеумоторакс може настати већ са првим удахом. Учесталост износи чак 1-2% (1). Код 2% новорођене деце плућа не доживе своју комплетну експанзију, у иницијалним удасима тако да повишени притисак који се одржава у плућима може проузорковати руптуру алвеола и продор ваздуха дуж интералвеоларних септи у правцу плеуралног простора. Повећана инциденца у групи са мањом гестационом старошћу последица је незрелости плућног паренхима услед недостатка сурфактанта и повишеног напона, који се већ првим удасима ваздуха исти заробљава у алвеолама и доводи до њихове руптуре.

Неонатални пнеумоторакс је чешћи код неонатуса са постојањем претходних плућних болести од којих респираторни дистрес синдром, аспирација меконијума, пулмонална инфекција иду у прилог развоју истог нарочито у групи прематуруса. Компликације као што су ликвидопнеумоторакс, пиопнеумоторакс, хематопнеумоторакс, медијастинални емфизем, субкутани емфизем нису забележене. Морталитет је износио 19,74% забележен је код неонатуса са малим Apgar скором, као и код неонатуса са претходном плућном патологијом.

Фактори који сугеришу чешћу појаву пнеумоторакса, што је потврђено и у литературним подацима јесу мушки пол, нижа порођајна маса, прематуритет, претходна плућна болест, низак Apgar скор. У клиничкој пракси примећено је да се пнеумоторакс чешће развија после асистираних мануелних вентилација амбу балоном и маском. Вероватно што се овим поступцима повећава средњи интрапулмонални притисак. Стога је неопходно у току ручног вентилирања балоном поступак изводити лагано не користити никада више од три прста ради дозирања запремине инсуфлираног ваздуха како би се избегао већи инспираторни притисак. Мануелна вентилација интубираног неонатуса изводи се балоном са вентилом, а вентилација преко маске балоном без вентила. Продужено трајање инспиријума у односу на ексиријум је најчешћи фактор за настанак пнеумоторакса. Реанимација која се спроводи не треба да буде превише агресивна.

Лечење може бити конзервативно и хируршко. Сматра се да је конзервативна терапија могућа само код клинички и хемодинамски стабилних неонатуса и у случајевима где је колабирано мање од 25% плућног паренхима. Терапија подразумева давање кисеоника, пажљиву аспирацију дисајних путева, примену антибиотика, континуирани мониторинг и серијске радиографије плућа до знакова комплетне реекспанзије, давање мањих а чешћих оброка, постављање детета да лежи на страни пнеумоторакса.

У слушчају да је колабирано 25% плућног крила или је стање детета нестабилно неопходно је урадити евакуацију ваздуха из олеуралног простора. У Центру за неонатологију евакуација ваздуха из плеуралног простора врши се торакалном дренажом аспирационим катетером и уздуж пресеченом иглом. Постављање дрена је у нивоу предње или средње аксиларне линије у 4 или 5 интеркостални простор. Дрен се повезује са боцама са негативним прити

Закључак: Морталитет у неонаталној популацији због пнеумоторакса чешћи код дечака, прематуруса, неонатуса на механичкој вентилацији и оних са примарном плућном патологијом, па ове неонатусе треба држати на континуираном мониторингу.

Кључне речи: пнеумоторакс, неонатологија, торакална дренажа

**Број речи: 661**

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

1. Babic R, Burazor M, Krstic M, Zivic S, Markovic N, Burazor I. Application of standard chest x-ray in detection of heart conditions. *Acta Medica Medianae* 2007
2. Wong A, Vieten D, Singh S, Harvey JG, Holland AJ. Long- term outcome off asymptomatic patients with congenital cystic adenomatoid malformation. *Pediatr Surg Int* 2009.
3. Ngercham S, Kittiratsatcha P, Pacharn. Risk factors of pneumothorax during the first 24 hours of life. *J Med Assoc Thai* 2010.
4. Al Tawil K, Abu- Ekteish FM, Tamimi O, Al Hathal MM, Al Hathol K, Abu Laimun B. Symptomatic spontaneous pneumothorax in term newborn infants. *Pediatr Pulmonal* 2010.
5. Trevisanuto D, Doglioni N, Ferrarese P, Vedovato S, Cosmi E, Zanardo V. Neonatal pneumothorax: comparasion between neonatal transfers and inborn infants. *J Perinat Med.*2010

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

(максимално 500 речи)

**ДИЈЕТА КОД ОБОЉЕЊА КОЖЕ**

**Струковна медицинска сестра специјалиста Соња Паравина, Клинички центар Ниш**

Кожа функционише нормално када је обезбеђена адекватна исхрана. Сваки дисбаланс у исхрани може довести до поремећаја еквилибријума коже ( недостак неких витамина, минерала , масних киселина). С друге стране болести коже могу довести до метаболичког дисбаланса и изазвати нутрицијентну дефицијенцију. Зависно од узрока и патофизиолошких механизма, код неких болести коже неопходно је укључити дијету. Дијететски режим укључује контролисану и дозирану исхрану којом се помаже оболелима да што пре дође до излечења. Да би се то остварило од значаја су следећи фактори: врста, трајање и тежина обољења; телесна маса пацијента; енергетске потребе пацијента; колике су потреба за беланчевинама, мастима, угљеним хидратима, минералима и витаминима; да ли постоје органичења за неке хранљиве материје. Болести коже, код којих дијета може имати улогу, су класификоване на више врста: на поремећаје код којих дијета има дефинитивну улогу; поремећаје где дијета вероватно има улогу; где има директну улогу; на генетске и метаболичке поремећаје код којих је дијета обавезна или је корисна суплементација одређених фактора;; где постоји дефицијенција или вишак специфичних нутрицијената ; и где је несигуран однос према дијети. Подроније ће бити анализирани неке болести коже у складу са овом класификацијом: Дерматитис херпетиформис, Дерматитис атопица, Ацне вулгарис, Псориасис вулгарис, Пемпхигус, Уртицариа, Дерматитис алергица цонтакта, Ерутхема фицум, Хантхома, Порпхуриа , Ацродерматиис ентеропатхица , Росацеа, Апхтае, Витилого итд.

Закључак: Медицинске сестре / теничари који раде са дерматолошким болесницима и на овом пољу могу да одиграју значајну улогу, због тога што им дужности намећу да знатно више времена проведу са пацијентом од лекара. Здравствено васпитање као важан део превенције и лечења даје могућност сестрима/техничарима да у знатнијој мери помогну оболелима, тако што ће их упознати са природом болести и упутути их на правилан режим исхране. Када је оболело дете или старја особа у питању укључивање чланова породице је неопходно, јер такође може да помогне у одржавању болести у пристојном стању или чак и у стању мировања. Нарочиту пажњу треба посветити адолесцентима који склони да своје, нарочито видљиве физичке недостатке додатно увеличају.

**Број речи: 329**

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

1. Kaimal S, Thappa DM. Diet in Dermatology: Revised. Indian J Derm Veneorol Lepros 2010; 76 (2): 103-115.
2. Story KM. Psoriasis Died: Fact or Fiction? Heathline 2013
3. Murzaku EC, Bronsnick T, Rao BK. Diet in Dermatology: Part II. Melanoma, chronic urticaria, and psoriasis. J Am Acad Dermatol 2014; 71( 6): 1o53.e1- 1053. e 16.
4. Bronsnick T, Murzaku EC, rao BK. Part I Atopic Dermatitis, acne, and nonmelanoma skin cancer. J Am Acad Dermatol 2014; 71(6): 1039.e1- 1039.e12.
5. Cumar A. Role of Diet in Dermatology. . Diet and Nutrition 2015.
6. Jensen P et al. Effect of Weight Loss on the Severity of psoriasis. A Randomised Clinical Study. JAMA Dermatol 1013; 149(7): 795-601.



**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Срчани црв**

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

Микрофиларија је паразитска развојна форма срчаног црва – *Dirofilaria immitis* и *Dirofilaria repens*. Изазива озбиљно и потенцијално смртоносно, обољење паса и мачака, а има и зоонотски карактер.

За ширење овог узрочника неопходно је присуство комараца у којима се одвија део животног циклуса диروفиларија. Обољење је присутно у нашој земљи скоро три деценије и има стални тренд повећања појављивања нарочито у северним деловима наше земље. Климатске промене су један од најважнијих еколошких проблема нашег доба, а важне су и као регулатори животне средине. Глобални пораст температуре доприноси појави неких болести, које преносе вектори, на географским подручјима где њихово присуство није било забележено. Вектори - комарци имају дужи период активности у току целе године, а благе зиме доприносе преживљавању комараца и лакшем одржавању инфективних агенаса у њима. Последњих година као последица глобалних климатских промена и адаптације вектора све чешће се код животиња и људи јављају векторске болести бактеријске, вирусне и паразитске етиологије.

**Број речи: 154**

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

**Ефекат балнео физикалних процедура код оболелих од анкилозирајућег спондилитиса**

**Др Славица Козомара, Институт за лечење и рехабилитацију „Нишка Бања“, Ниш  
Јасминка Стојадиновић,**

Увод: Анкилозирајући спондилитис је хронична, серонегативна, прогресивна запаљенска болест локомоторног система. Најчешће започиње у крсно-бедреном зглобу, а потом се шири назглобове, лигаменте и друге везивне формације кичменог стуба. У каснијим стадијумима обољење захвата и периферне зглобове, а такође се јављају манифестације на очима и структурама кардиоваскуларног, респираторног и гастро-интестиналног система.

Циљ: показати повољан ефекат балнео-физикалних процедура у рехабилитацији оболелих од анкилозирајућег спондилитиса.

Материјал и методе: Истраживањем је обухваћено 67 болесника оболелих од анкилозирајућег спондилитиса. Испитаници су подељени у 2 групе. Прва група обухватала је 31 болесника старосне доби 48+-7 година, друга група обухватала је 36 болесника старосне доби 51+-5,4 године. Прва група испитаника била је укључена у програм индивидуалне кинези терапије уз примену ултразвучне масаже за паравертебралну мускулатуру кичменог стуба у дози 1W/cm<sup>2</sup> и трајању од 10 минута. Друга група испитаника била је укључена у програм хидро терапије са хидро-кинези у базену, индивидуалне кинези терапије уз примену ултразвучне масаже за паравертебралну мускулатуру кичменог стуба у дози 1W/cm<sup>2</sup> и трајању од 10 минута. Пре укључивања у рехабилитациони третман и након завршеног третмана мерен је обим покрета у вратном и крсном делу кичме: флексија, екстензија и латеро-флексија и одређиван респираторни индекс ( разлика у обиму грудног коша при максималном инспирацији и максималном експирацији) при чему је мерење вршено у нивоу мамила. Добијени подаци статистички су обрађени у СПСС-у.

Резултати: На почетку рехабилитационог третмана није било статистички значајне разлике међу испитиваним групама у обиму покрета вратног и лумбалног дела кичме и респираторног индекса. На крају рехабилитационог третмана у трајању од 21 дан код прве групе испитаника нађена је статистички значајна разлика у повећању обима покрета- флексија у вратном и крсном делу кичме ( $p < 0,05$ ), док код екстензије и латерофлексије није нађена статистички значајна разлика ( $p > 0,05$ ). Статистички значајна разлика нађена је у повећању обима покрета у лумбалном делу кичме: антеро и латеро флексије и респираторног индекса ( $p < 0,05$ ), док код екстензија није нађена статистички значајна разлика ( $p < 0,05$ ). Код друге групе испитаника, нађена је статистички значајна разлика у повећању обима покрета вратног и лумбалног дела

кичме: флексија, латерофлексија ( $p < 0,05$ ) . Знатно повољнији ефекат постигнут је у повећању респираторног индекса код ове групе испитаника ( $p < 0,001$ ).

Закљачак: Знатно повољнији ефекат у смислу повећања обима покрета у вратном и лумбалном делу кичме као и респираторног индекса постигнут је применом хидро-кинези терапије код оболелих од анкилозирајућег спондилитиса.

**Број речи: 367**

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

1. Analay Y, Ozcan E, Karan A, et al. The effectiveness of intensive group exercise on patients with ankylosing spondylitis. Clin Rehabil 2013; 17:631–636.
2. Dougados M, Dijkmans B, Khan M, et al. Conventional treatments for ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis 2012; 61 (Suppl 3):iii40–iii50.
3. Khan MA. Ankylosing spondylitis: introductory comments on its diagnosis and treatment. Ann Rheum Dis 2012; 61 (Suppl 3):iii3–iii7.
4. Braun J, Pincus T. Mortality, course of disease and prognosis of patients with ankylosing spondylitis. Clin Exp Rheumatol 2012; 20:S16–S22.
5. Brandt J, Khariouzov A, Listing J, et al. Six-month results of a double-blind, placebo-controlled trial of etanercept treatment in patients with active ankylosing spondylitis. Arthritis Rheum 2013; 48:1667–1675.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

(максимално 500 речи)

**ЕНДОВИДЕОСТРОБОСКОПИЈА КАО НЕОПХОДНА МЕТОДА У ФОНИЈАТРИЈИ**

**Др Јасмина Стојановић , Клинички Центар Крагујевац  
Драгана Радосављевић,**

Ендовидеостробоскопија представља оптички метод посматрања брзих покрета гласница који се не могу перципирати голим оком .Корисна је за визуелизацију вибрација гласница, за процену ларинксне слузнице као и биомеханичких својстава гласница.Историја коришћења стробоскопског извора светлости у фонијатрији датира од увођења ларинксног огледала , (Мануел Гарсија, 1855). Ертел 1878.год, уводи примену стробоскопског светла у ларингологији Пионири модерне ларингостробоскопије: Dr Rolf Timke са Универзитета у Хамбургу ,Dr Hans fon Leden са Универзитета у Калифорнији .

Dr Elimar Schonharl у Ерлангеру 1960.год. написао је прву књигу о стробоскопском прегледу ларинкса.

Развојем аудио и видео технологије, достигнућима у оптичкој резолуцији и открићем фиброоптик светла, добијене су ендовидеостробоскопске слике јарких боја и увећане 4 до 5 пута

Ендовидеостробоскопија се заснива на Талботовом закону. Стробоскоп користи синхронизовано, трепћуће светло које пролази кроз флексибилни или крути телескоп .Слика примљена на ретини задржава се 0,2 с , па интервал који је непоходан да би око регистровало две узастопне слике на ретини износи најмање 0,2 с. На ретини се не може перципирати више од пет различитих слика у секунди

Ефекат се користи да би се добио приказ слика које се привидно крећу.

Из великог броја слика добија успорени приказ кретања (slow motion).

Slow motion слика је илузија континуиране слике јер брзину вибрација не мења стробоскопско светло. Из великог броја слика добија се успорени приказ кретања (slow motion) који представља појединачне слике које су посматране.

Видеостробоскопска јединица се састоји од стробоскопског извора светлости, микрофона, видео камере, ендоскопа и видео рикордера. Стробоскопски преглед може да се изврши помоћу ригидног или флексибилног ендоскопа, а сваки има своје предности и недостатке.

Ендовидеостробоскопско светло битно побољшава прецизност прегледа , омогућава преглед

када је индиректном ларингоскопијом немогуће прегледати ларинкс.

Није од користи приликом прегледа афоничних пацијената , као и у оним случајевима где не постоји добар увид у гласнице.

Значаја ендовидеостробоскопије:

1. побољшава прецизност прегледа ларинкса
2. омогућава преглед ларинкса када је индиректна ларингоскопија неизводљива
3. на минимум своди могућност грешке, тако што открива органске лезије у случају постављања дијагнозе функционалне дисфоније
4. омогућава разликовање нодула, полипа, циста гласница и последње, али најбитније је да је њен фундаментални значај у раном откривању карцинома гласница.

**Број речи: 336**

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

1. Mehlum CS, Rosenberg T, Groentved AM, Dyrvig AK, Godballe C. Can videostroboscopy predict early glottic cancer? A systematic review and meta-analysis. *Laryngoscope*. 2016 Sep;126(9):2079-84.
2. Woo P. 4K Video-Laryngoscopy and Video-Stroboscopy: Preliminary Findings. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2016 Jan;125(1):77-81.
3. Focht KL, Martin-Harris B, Bonilha HS Stroboscopic Parameters Reported as Voice Outcome Measures in Patients Treated for Laryngeal Cancer: A Systematic Review. *J Med Speech Lang Pathol*. 2013 Sep;21(3).
4. Đukić V, Milovanović J, Jotić AD, Vukašinović M. Stroboscopy in detection of laryngeal dysplasia effectiveness and limitations. *J Voice*. 2014 28(2) 262.
5. Stojanović J, Endovideostroboskopija u ranoj dijagnostici karcinoma glasnica. Докторска дисертација, Универзитет у Крагујевцу, 2012.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

(максимално 500 речи)

**Оралне манифестације кронове болести**

**Др Ивица Глишић, Дом здравља Пожаревац**

Увод: Кронова болест је хронично грануломатозно инфламаторно обољење црева непознате етиологије, које може захватити било који сегмент гастроинтестиналног тракта, укључујући и усну дупљу. Најчешће оралне манифестације Кронове болести су : едем, улцеративне и хиперпластичне лезије. Ове оралне лезије најчешће су локализоване на уснама, гингиви и букалној слузокожи. Оралне лезије у склопу Кронове болести могу предходити интестиналним симптомима. Препознавање оралних манифестација ове болести омогућава рану дијагнозу и благовремени почетак терапије Кронове болести. Ако је Кронова болест дијагностикована, стоматолог мора предузети детаљно испитивање усне дупље и спровести терапију постојећих оралних лезија. Стоматолог мора спровести и превентивне мере у циљу спречавања појаве каријеса и пародонтопатије. С обзиром на учесталост оралних манифестација Кронове болести, веома је важна сарадња између гастроентеролога и стоматолога.

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 Кроновом болешћу.

Методe: Усмено предавање рада

Резултат: Упознавање са значајем редовних посета стоматологу ради превенције болести зуба и уста, или раног откривања овог обољења.

Закључак: Оралне манифестације Кронове болести могу се јавити неколико година пре појаве интестиналне Кронове болести и зато стоматолог мора бити упознат са типовима патолошких промена које могу представљати оралне манифестације Кронове болести. Неопходно је да стоматолог на основу патолошких промена на меким ткивима у усној дупљи, а после правилно узете анамнезе и клиничког прегледа, консултује гастроентеролога, а гастроентеролог ће предузети детаљна гастроентеролошка испитивања пацијента, чак и када не постоје гастроинтестинални симптоми.

**Број речи: 238**

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

1. Bevenius J. Caries risk in patients with Crohn &#039; s disease. Oral - Surg - Oral - Med -Oral - Pathol, 1988 ; 65 : 304 - 7
2. Scheper - H ; Brand - Henk -S - Oral aspects of Crohn &#039; s disease. Int - Dent - J. 2002. Jun ; 52 (3) : 163 -72 3. Otto - Hf -Crohn &#039; s disease : morphologic findings of extraintestinal disease manifestations. Z - Gastroenterol. 1993 Apr ; 31 (4) : 253 - 9 4. Plauth - M ;Jenss - H ; Meyle - J - Oral manifestations of Crohn &#039; s disease. J - Clin. Gastroenterology. 1991 ; 13 : 29 - 37
3. Janković - Lj -Oralmedicina. Zavodzaud`benike i nastavnasredstva, Beograd.2001 ; 135 –

## САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

### Нејонизујућа зрачења и њихов утицај на здравље људи

**Прим. др Весна Глишић, Завод за здравствену заштиту радника д.о.о. Крагујевац**

Зрачење је усмерени пренос енергије преко честица или таласа. Ако се зрачење састоји од честица зовемо га корпускуларно или честично зрачење. Оно које се преноси у облику таласа зовемо електромагнетно зрачење.

Подручје нејонизујућег зрачења обухвата: ултравиолетно зрачење, видљиву светлост, инфрацрвено зрачење, радиофреквентно зрачење, електрична и магнетска поља, ниске, веома ниске и екстремно ниске фреквенције и ласерско зрачење.

Природном ултравиолетном зрачењу су у већој мери изложени људи, који због природе посла, већи део године проводе на отвореном простору. Вештачком ултравиолетном зрачењу изложени су радници у индустрији на фотохемијским процесима, особље у здравственим установама и козметичким салонима.

Ултравиолетно зрачење пореклом од сунца изазива промене на кожи.

Апсорпција интензивног ултравиолетног зрачења на рожњачи изазива акутни фотокератитис. Дуготрајно излагање ув зрачењу може да доведе и до карцинома спинозних ћелија конјуктиве, а такође и до фотохемијског оштећења мрежњаче, а доприноси и настанку катаракте. Настају и лезије на ДНК што за последицу има и канцерогене ефекте( немеланомска малигна обољења коже и малигни меланом).

Видљива светлост добро пролази кроз оптичке средине ока и пада фокусирана на ретину. Део видљивог спектра краћих таласних дужина фокусиран на очно дно може да изазове фотохемијско оштећење ретине, док светлосно зрачење већих таласних дужина доводи до термичке повреде ретине.

Природном инфрацрвеном зрачењу су изложене особе које обављају послове на отвореном простору.

Вештачким изворима су експоновани радници при топљењу и ливењу метала, вариоци, стаклодувачи, радници у керамичкој индустрији, производњи хартије и целулозе, боја, лакова и др.

При дуготрајном излагању инфрацрвеном зрачењу долази до еритематозних промена на кожи,



појаве телеангиектазија, кератоза, верукозних творевина, љушћења коже и атрофичних промена. Ове промене могу да малигно алтерирају у спиноцелуларни карцином. На очима обично настају запаљенско дегенеративне промене на коњуктиви. Загревање предње стране сочива доприноси настанку катаракте.

Природно радиофреквентно зрачење потиче од сунца и других извора из свемира, земље, па и самог човека. Вештачки извори се користе у подручју радиовеза, мобилне телефоније, телевизије, радионавигација, у индустрији, медицини и др.

У организму под утицајем овог зрачења настају поремећаји терморегулационих механизма, термичке повреде, конвулзије, промене у понашању и у отпорности организма. Под утицајем радиофреквентног зрачења описано је присуство скупа неспецифичних симптома као што су: главобоља, поремећај сна, умор, слабост, раздражљивост, поремећај и лабилност крвног притиска, пад имунитета и

сл. Повезаност ових симптома са експозицијом радиофреквентном зрачењу није поуздано утврђено и о томе постоје опречна мишљења.

Електричним и магнетским пољима су изложени, у највећој мери: заваривачи, радници на производњи електричне енергије и одржавању преносних и дистрибутивних линија и трансформатора, запослени на оправци тв и радиоапарата и др. У јачим пољима струје веће густине могу да поремете функције појединих система и органа што за последицу има развој екстрасистолије, вентрикуларну фибрилацију, а поља већег интензитета могу да поремете рад уграђеног срчаног кардиостимулатора.

Већи број аутора описује повећану осетљивост код неких особа која се манифестује црвенилом по лицу, осећајем топлоте, свраба и пецкања.

Велики број студија је посвећен канцерогеном ефекту електричних и магнетних поља. Описан је повећан број малигнух тумора на мозгу, леукемије, посебно код деце, као и тумора других локализација.

**Број речи: 477**

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

1. Јањић Д. Истине и заблуде о зрачењима. Пан-пласт, Београд, 2010.
2. Милачић С. Болести изазване нејонизујућим зрачењем. Основи медицине рада, (Александар Видаковић и сарадници, Основи медицине рада, СІВІD, Београд, 2007: 80-83.

3. Закон о заштити од нејонизујућих зрачења ( Службени гласник РС бр. 36/09).
4. ELECTROMAGNETIC RADIATION HAZARDS, David Jenn, Naval Postgraduate School, Department of Electrical & Computer Engineering, Monterey, California, 2008
5. Exposure to high frequency electromagnetic fields, biological effects and health consequences (100 kHz-300 GHz), Paolo Vecchia, Rüdiger Matthes, Gunde Ziegelber, James Lin, Richard Saunders, Anthony Swerdlow, ICNIRP 16/2009
6. ЗРАЧЕЊЕ, РЕПУБЛИКА СРБИЈА МИНИСТАРСТВО ЖИВОТНЕ СРЕДИНЕ И ПРОСТОРНОГ ПЛАНИРАЊА, Београд, октобар 2009. године

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

**Партиципација медицинске сестре код трансректалне уретрасонографке (TRUS) биопсије простате**  
**струковна медицинска сестра Милица Станковић, Општа болница "Свети Лука" Смедерево**

Увод: Биопсија представља медицинску технику која укључује узимање ткива ради испитивања. Ткиво се испитује под микроскопом, у дијагностичке сврхе, када постоји сумња на неку хистолошку промену. Трансректална ултрасонографска (ТРУС) биопсија простате је једина метода којом се са сигурношћу дијагностикује карцином простате. Биопсија се изводи трансректално уз коришћење ултразвучне визуализације простате. Број исечака који се узима се креће од 6 до 12 равномерно распоређених у оба латерална лобуса простате.

Циљ: Стицање и обнављање знања о партиципацији медицинске сестре при ТРУС биопсији простате. Указати на значај медицинске сестре у тиму који изводи ТРУС биопсију, као и на значај здравствено васпитног рада у унапређењу квалитета живота болесника након ТРУС биопсије простате.

Специфичне сестринске интервенције при извођењу ТРУС биопсије простате су:

- Сестринске интервенције пре ТРУС биопсије простате (психичка припрема болесника, физичка припрема болесника, премедикација, припрема материјала и инструмената)
- Сестринске интервенције за време извођења биопсије (позиционирање болесника, припрема материјала и инструмената, асистенција лекару)
- Сестринске интервенције после ТРУС биопсије простате (збрињавање болесника, распремање материјала, прање, дезинфекција и стерилизација инструмената, дезинфекција просторије)

Након обављене ТРУС биопсије простате са пацијентом треба обавити здравствено васпитни рад: упознати га са хигијенско дијететским режимом, саветовати редовно узимање терапије, редовне контроле код уролога.

Закључак: Медицинска сестре, као важна карика у систему пружања здравствене заштите, треба да схвате значај и да унутар система подигну свест о раном откривању карцинома простате, чиме би се постигао бољи и квалитетнији начин пружања здравствене услуге. Стално унапређење квалитета представља континуирани процес чији је циљ достизање вишег нивоа ефикасности и успешности у раду, као и веће задовољство корисника и давалаца здравствених услуга.

**Број речи: 253**

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

1. Глишић, Р. (2011). Здравствена нега у хирургији. Београд: Цицера
2. Терзић, Н. (2013). Здравствена нега у хирургији. Београд: Ауторско издање
3. Стаменовић, М. (2011). Здравствено васпитање. Ћуприја: Клипард
4. Удружење уролога Србије. (2012). ЕАУ Водич за 2012. Београд: Графиком
5. Максимовић. Ж. (2009). Хирургија. Београд: Медицински факултет

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

**Анализно-дигитално, гдје се видите у будућности?**

**Зубни техничар - демонстратор Самир Берисалић, Интердент д.о.о. Љубљана  
Жарко Вукашиновић,**

Današnji CAD/CAM sistemi su postali stvarnost zubotehničkog laboratorija. Razvoj zubne tehnike je doveo do postavljanja određenih standarda za CAD/CAM sisteme, koji su opšte prihvaćeni, i koji ne isključuju zubnog tehničara iz procesa proizvodnje zubnih nadomjestaka. Proces rada je u zubotehničkom laboratoriju bila čista manufaktura. Dugo smo se opirali industrijalizaciji, ali je isto tako ona bila i ograničena za radi specifičnosti proizvoda zubne tehnike. Strah da će nas mašine zamjeniti nije bio opravdan. Ipak radi se o ~živom~ radu za koji je još uvijek potreban ljudski dodir. Napredak softvera i računarske obrade 3D formata, prepoznavanje različitih indikacija i mogućnosti njihove računarske modelacije, su uveliko ubrzali proces razvoja CAD/CAM sistema.

Tehnologija rada zasniva se na drugim znanjima, drugih struka, te zahtjeva od zubnog tehničara dodatnu edukaciju. Savladavanjem novih znanja i vještina zubni tehničar je sa CAD/CAM-om u mogućnosti da zadovolji sve zahtjeve struke i, što je najvažnije, olakša svoj svakodnevni rad, poveća produktivnost i preciznost. Otvoreni CAD/CAM sistemi su samo ograničeni maštom zubnog tehničara, praktično je sve indikacije moguće proizvesti. Prednost precizne i pouzdane proizvodnje je najviše vidljiva i korisna pri izradi implanto-protetskih radova. U tom segmentu je prednosti računarskog dizajna i robotske proizvodnje nenadmašna.

Korištenjem CAD/CAM sistema uveli su se novi protokoli u izradi protetskog rada, tako danas govorimo o digitalnim procedurama. Digitalni procedura je ustvari virtualna stvarnost zubnog laboratorija. Nakon početnog navikavanja na virtualne modele, artikulatore i ostale komponente izrade protetskog rada, korisnici vrlo brzo savladavaju i najzahtevnije slučajeve. Možemo slobodno reći da pojedini protetski radovi doživljavaju pravu renesansu uvođenjem takvih sistema. Recimo, masivne konstrukcije, koje su prije bile veliki problem za livenje, su danas svakodnevno uspješni radovi. Također, jedan aspekt koji je umnogome ovisio o ljudskoj snazi u laboratoriju je produktivnost, koja je uvođenjem CAD/CAM-a povećana, oslobađajući prostor zubnom tehničaru za kreativniji rad. Posvećenost detaljima, koji su uvijek bili to što je krasilo zubnog tehničara, sada može doći još više do izražaja, jer sam proces proizvodnje preuzima robotska mašina.

Dakle, evolucija u našoj struci je nezaustavljiva. Ona će se nastaviti i vjerovatno je teško i zamisliti u kojem smjeru će se razvijati. Trenutna revolucija CAD/CAM-a i njegovo vraćanje zubnom tehničaru je ono što treba iskoristiti i svoj svakodnevni rad učiniti zanimljivijim i lakšim.

**Број речи: 332**

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

- 1.Kongres: Različiti vidici kvaliteta u stomatologiji,Habakuk,Slovenija,2014. i 2016.god.
- 2.Kongres: Proljeće u Varaždinu,Varaždin,Hrvatska,2015.god.
- 3.Kongres: Implanti i suprastrukture,Šibenik,Hrvatska,2015.god.
- 4.Kongres: Kontinuirana edukacija,Sarajevo,Bosna i Hercegovina,2015.god.
- 5.Kongres: Združeni protetski kongres i Dani zubne tehnike,Rovinj,Hrvatska,2013.god.

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

**Како до врхунских резултатов в фиксни протетика с помочјо обичајне-non-high-tech-опреме**

**Зоботехник Андреј Лазих, Зуботехнични лабораториј Лазих Андреј - Љубљана  
Жарко Вукашиновић,**

Namen predavanja je prikazati da za doseganje zelo dobrih, ali celo vrhunskih rezultatov, nujno ne potrebujemo izjemno drage tehnične opreme. Gre predvsem za natančno določene protokole in pa filozofijo, ki je nujna za doseg tovrstnih rezultatov. Ti protokoli večinoma ne zahtevajo najnovejše tehnologije.

Skratka, gre za predavanje, ki je namenjeno kolegom zobotehnikom ter stomatologom, ki si močno želijo izboljšati vsakodnevne rezultate ne vedo pa, kako je to možno brez prevelikih investicij v opremo.

**Број речи: 72**

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

1. Mednarodni predavatelj podjetja DENTAURUM za področje dentalne keramike in estetike
2. Referenčni zobni tehnik v Sloveniji
3. Soustanovitelj fakultete za laboratorijsko zobno protetiko ter bivši predavatelj na tej fakulteti
4. Bivši predstavnik slovenskih zobnih tehnikov v mednarodni organizaciji FEPPD
5. Organizator številnih predavanj in tečajev v Sloveniji in tujini.

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

**Плочасти ортодонтски апарати јуче данас сутра**  
**ванредни професор Проф. др Предраг Николић, Клиника за ортопедију вилица**  
**стоматолошки факултетет универзитет у Београду**  
**Жарко Вукашиновић,**

Учесталост ортодонтских аномалија у свету, па и код нас је у великом порасту. Такво стање захтева примену различитих терапијских мера и техника. Од почетка 20 века моћно терапијско сретство у терапији ортодонтских аномалија су плочасти ортодонтски апарати који се примењују и дан данас као врло ефикасна могућност. У почетку дизајнирани као апарати за ретенцију, после терапије фиксним апаратима врло брзо откривају се и њихове терапијске могућности. Од тридесетих година прошлог века, нарочито у Европи, омогућавају ортодонтску терапију "за широке народне масе" и постају доступни пацијентима како старијим тако и оним млађим са веома израженим аномалијама.

Савремени плочасти апарати могу бити многоструко модификовани, зависно од терапеутских захтева маште ортодонта и умешности техничара. Свакодневна појава нових материјала и побољшање постојећих омогућава развој нових техника које врло брзо налазе примену у свакодневној ортодонтској пракси. Неопходна је едукација и стручно усавршавање читавог тима ортодонт, зубни техничар, стоматолошка сестра, како би крајњи исход као и сам ток терапије био што успешнији, а пацијент задовољан крајњим стањем и изгледом у усној дупљи.

**Број речи: 160**

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

1. Gurkeerat Singh. Textbook of Orthodontics. 2nd edition. Jaypee, 2014  
2. Mohammad EH. Essentials of Orthodontics for dental students, 3rd edition, 2012  
3. Adams C.P., Kerr W.J.S: The Design, Construction and Use of Removable Orthodontic Appliances, Bristol, 2011  
4. Bhalajhi SI. Orthodontics-The art and science. 4th edition. 2010  
5. Houston S and Tulley, Textbook of Orthodontics, 2nd Edition. Wright, 2012.



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

**Стрес у сестринству - лични, здравствени или социо-економски проблем**  
**Вмс Љиљана Ракић, Клинички центар Србије**

Увод

Сестринство је професија која доживљава висок ниво стреса суочасва са патњом, болом, смрћу као што се мало њих суочава многе сестринске интервенције нису захвалне и продуктивне многе су по нормалном стандарду непријатне, а неке су просто застрашујуће, деградирајуће. Сестре се налазе у групи послова са високим захтевима, а малом слободом одлучивања који резултирају стварање напетости.

У медицинску класификацију недавно уврштено још једно, ново обољење модерног пословног човека, познато под именом ( бурноут ) или синдром изгарања. Овај синдром је у ствари синоним за незадовољство радним местом и окружењем. Стрес је појачан уколико човек није способен да све те проблеме реши. стрес процес који се одиграва у организму када је он изложен били какво агесији, која у таквој мери угрожава и ремети његово дотадашње стање Бурнаут је последица сталног излагања незадовољству (радним местом и окружењем, пословном или породичном улогом) које не решавамо, већ таложимо... и онда се све то акумулира у осећај да губимо контролу над властитим животом.

Циљеви рада

- Указати на евентуалне изворе стресних ситуација, како би их избегли или успешно елиминисали и превазишли
- Утврдити постојање стреса у сестринској професији

Методологија рада

- Дескриптивна
- Инструмент истраживања, - Анкета, Анкетирање сестара

Резлтати рада биће табеларно и графички приказани.

Закључак рада са предлог мера

Развијање ставова емпатије, Континирана едукација особља, јаснији циљеви организације су неопходни, Подизање нивоа самопуздања јединке, Оспособљање да контролише своје емоције, Развијање способности критичког размишљања, анализирања и доношења сопствених одлука, Раздвајање вештина комуникације и вештине социјалног прелагођавања.

Кључне речи; сестринство, стрес, професија

**Број речи: 261**

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

1. Gibbons, C. (2012). "Stress, positive psychology and the National Student Survey". *Psychology Teaching Review*. 18 (2): 22–30.
2. Jeronimus, B.F., Ormel, J., Aleman, A., Penninx, B.W.J.H., Riese, H. (2013). "Negative and positive life events are associated with small but lasting change in neuroticism". *Psychological Medicine*. 43 (11): 2403–15.
3. shishehgar, Sara. (2013). "The Relationship of Social Support and Quality of Life with the Level of Stress in Pregnant Women Using the PATH Model". *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 15 (7): 560–5. doi:10.5812/ircmj.12174. PMC 3871742. PMID 24396574
4. <http://www.mintools.com/smpage.html>
5. Sprječite sagorevanje na poslu. Michael Leiter Christina Maslach, SDB 2014

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

(максимално 500 речи)

**Менопауза**

**Др Миодраг Савовић, Дом здравља Ниш**

**Маријана Николић,**

Менопауза је потпуни прекид менструалног циклуса и настаје годину дана од последње менструације. Претходи му период постепеног смањења функције јајника.

Најчешће настаје између 45. и 50. године живота, али се може десити знатно раније и знатно касније.

Основни разлог је недостатак естрогена. Током целог репродуктивног живота жене око 400 примордијалних фоликула расте и сазрева до овулације, а стотине хиљада примордијалних фоликула дегенерише. У периоду око 45. године преостаје мали број примордијалних фоликула које може да стимулише FSH и LH, па се смањује излучивање естрогена. Када излучивање естрогена падне на критичне вредности, они не могу више да коче стварање FSH и LH. Гонадотропни хормони FSH и LH, после менопаузе се излучују у великим количинама, али пошто су преостали примордијални фоликули постали атретични, стварање естрогена у јајницима пада скоро на нулу.

Симптоми који се јављају поред неуредних и потпуног изостанка менструалних крварења су “таласи топлоте” које карактерише изразито руменило коже, психички осећај гушења, раздражљивост, умор, узнемиреност, понекад различита психотична стања, промене на кожи, слузокожама, кардиоваскуларном систему, смањење густине коштаног ткива (остеопороза), неуровегетативне сметње. Ови симптоми су код 15% жена јако изражени и захтевају лечење.

Жене које уђу пре 45. године у менопаузу изложене су двоструко већем ризику од срчаног и možданог удара.

Дијагноза се поставља на основу анамнезе, специфичних симптома, основних анализа крви, анализе хормонског статуса, гинеколошког и интернистичког прегледа.

Терапија у овом период може бити хормонска супституциона и она знатно умањује симптоме менопаузе. Употреба хормонске супституционе терапије може бити само уз редовне прегледе и консултације са лекаром.

Неопходне су промене лоших животних навика. Пре свега престанак пушења, повећање физичке активности, правилна и здрава исхрана.

**Број речи: 266**

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

1. John E. Hall, PhD, Arthur C. Guyton Professor and Chair, Department of Physiology and Biophysics, Director, Mississippi Center for Obesity Research, University of Mississippi Medical Center, Jackson, Mississippi; Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology, 13th Edition; 2016.
2. Menopause & Hormones: Common Questions; Department of Health and Human Services Food and Drug Administration; 2013;
3. The menopause years; The American College of Obstetricians and Gynecologists; 2015;
4. Menopausal Symptom Experience Before and After Stopping Estrogen Therapy in the Women's Health Initiative Randomized Placebo-Controlled Trial; Rossouw JE1, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J; 2010;
5. The 2012 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society; Gass ML, Heights M, Manson JE, Cosman F, Hayes H, Grodstein F, Lab C, Jordan V, Karas RH, Kaunitz AM, Maki PM, Schmidt PJ, Shifren JL, Stuenkel CA, Utian WH, Wisch KJ, Bilancini AM, Clarkson TB, Gass ML, Heights M, Goldstein SR, Kagan R, Kaunitz AM, Maki PM, Manson JE, Pace DT, Schiff I, Meigs JV, Obstetrics V, Schnatz PF, Shapiro M, Shifren JL, Obstetrics V, Sievert LL, Utian WH, Warren MP; 2012;
6. Menopausal hormone therapy and health outcomes during the intervention and extended poststopping phases of the Women's Health Initiative randomized trials; Manson JE1, Chlebowski RT, Stefanick ML, Aragaki AK, Rossouw JE, Prentice RL, Anderson G, Howard BV, Thomson CA, LaCroix AZ, Wactawski-Wende J, Jackson RD, Limacher M, Margolis KL, Wassertheil-Smoller S, Beresford SA, Cauley JA, Eaton CB, Gass M, Hsia J, Johnson KC, Kooperberg C, Kuller LH, Lewis CE, Liu S, Martin LW, Ockene JK, O'Sullivan MJ, Powell LH, Simon MS, Van Horn L, Vitolins MZ, Wallace RB; 2013;

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

**Примена дабигатрана код пацијената са невалвуларном атријалном фибрилацијом**

**Прим др сци. мед Зоран Станојковић, Завод за трансфузију крви - Ниш**

Антикоагулантна терапија се већ више од 50 година ефикасно примењује у терапији венског тромбоемболизма и превенцији možданог удара и системске емболије. Поред тога, антикоагуланси се примењују у превенцији исхемијског možданог удара код пацијената са атријалном фибрилацијом, у склопу акутног коронарног синдрома (АКС), у превенцији раних и касних рецидива тромбоемболије и спречавању ширења тромба код пацијената са дубоком венском тромбозом (ДВТ) или плућном емболијом (ПЕ). Стандардна антикоагулантна терапија састоји се од препарата варфарина или аценокумарола који се узимају пер ос, нефракционисаног хепарина (НХ), нискомолекуларних хепарина (НМХ) и парентералних инхибитора активираних фактора Ха (нпр. фондапарин). И поред доказане клиничке ефикасности ових препарата, постоје одређена ограничења њихове примене, као што су интеракција варфаринских препарата са другим лековима и намирницама у исхрани, продужен почетак деловања, узак терапијски опсег и обавезна лабораторијска контрола, док примена НХ и НМХ носи ризик развоја хепарином индуковане тромбоцитопеније (ХИТ), а НХ захтева лабораторијску контролу и прилагођавање дозе. Управо из тих разлога последњих година у праксу су уведени нови орални антикоагулантни лекови, који су по својој структури директни инхибитори тромбина (dabigatran) и активираних фактора Ха (rivaroxaban, apixaban, edoxaban), примењују се у фиксној дози и не захтевају лабораторијску контролу, имају брзи почетак деловања и релативно широк терапијски опсег. Ови препарати су комфорнији како за пацијенте, тако и за лекаре, до сада су показали добре клиничке резултате и високу исплативост у склопу „cost-benefit“ анализе. Сасвим је сигурно да нови орални антикоагулантни лекови доносе значајне промене у начину вођења антикоагулантне терапије, како у превенцији тако и у лечењу тромбозе.

Дабигатран етексилат (Pradaxa, Boehringer Ingelheim) је орални антикоагуланс који се у јетри хидролизује у дабигатран, који је директни инхибитор тромбина. Препоручене дозе за клиничку примену су 110 мг и 150 мг два пута дневно, при чему се максимална концентрација лека у плазми (100-400нг/мл) постиже после 2-3 сата од узимања лека. Дабигатран се у највећем делу (80%) елиминира путем бубрега, при гломеруларној филтрацији (ГФ) > 80 мл/мин полуживот је око 13 сати, док је при ГФ 30-50 мл/мин полуживот око 18 сати. Дабигатран утиче на скрининг коагулацијске тестове, у смислу њиховог продужавања, које зависи од дозе лека и времена које је протекло од последње дозе лека која је узета.

Иако није потребно рутинско лабораторијско тестирање ефикасности дабигатрана, постоје

одређена хитна стања која захтевају мерење и процену антикоагулантног ефекта овог лека. То су, пре свега, стања пре хируршке или инвазивне процедуре када постоји податак да је пацијент узео лек у протеклих 24 сата (или дуже ако је клиренс креатинина мањи од 50 мл/мин), уколико пацијент крвари, уколико је узео дозу лека већу од прописане, ако се развија бубрежна инсуфицијенција или уколико дође до развоја тромбозе док је пацијент на терапији. У литератури су описани случајеви озбиљних гастроинтестиналних и интракранијалних крварења удружених са узимањем дабигатрана, па је у тим случајевима од изузетне важности проценити да ли је постигнут супратерапијски, терапијски или субтерапијски антикоагулантни ефекат лека. У ту сврху потребно је урадити брза лабораторијска тестирања, која ће дати резултате унутар 30-60 минута, а која су осетљива на дабигатран. То су пре свега активисано парцијално тромбoplastинско време (аПТТ), тромбинско време (ТТ) и екаринско време коагулације (ЕЦТ).

**Број речи: 509**

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

1. Hernandez I, Baik SH, Piñera A, Zhang Y. Risk of bleeding with dabigatran in atrial fibrillation. *JAMA Intern Med* 2015; 175(1): 18-24.
2. Douxfils J, Mullier F, Robert S, Chatelain C, Chatelain B, Dogné JM. Impact of dabigatran on a large panel of routine or specific coagulation assays. Laboratory recommendations for monitoring of dabigatran etexilate. *Thromb Haemost* 2012; 107(5): 985-97.
3. Connolly SJ, Wallentin L, Ezekowitz MD, Eikelboom J, Oldgren J, Reilly PA, et al. The Long-Term Multicenter Observational Study of Dabigatran Treatment in Patients With Atrial Fibrillation (RELY-ABLE) Study. *Circulation* 2013; 128(3): 237-43.
4. Cuker A, Siegal DM, Crowther MA, Garcia DA. Laboratory measurement of the anticoagulant activity of the non-vitamin K oral anticoagulants. *J Am Coll Cardiol* 2014; 64(11): 1128-39.
5. You JJ, Singer DE, Howard PA. Antithrombotic therapy for atrial fibrillation: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2012; 141: e531S-575S.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Медикаментозна терапија карцинома дојке**

**Редовни професор Проф. др Светислав Врбић, Клинички центар Ниш**

**Милан Павловић,**

Од карцинома дојке у Србији оболи 4500 жена годишње. Око 20% жена се дијагностикује са раним раком дојке, када је прогноза најбоља. Исти проценат жена се дијагностикује са евидентним удаљеним метастазама.

Да би карцином постигао дијагностичку величину од 1 cm<sup>3</sup> потребно је 4 до 10 година, а за све то време појединачне ћелије дају уваљене лимфогене и хематогене микрометастазе. Тако у моменту дијагнозе ми већ имамо системску болест која захтева системску терапију.

Медикаментозна терапија (хемио, хормоно, циљана молекуларна и имунотерапија) мора бити примењена код већине жена се карциномом дојке. Системска медикаментозна терапија карцинома дојке може бити неодјувантна, адјувантна, примарна, скундрана и „салваге“ терапија. Од патохистолошких карактеристика самог тумора, посебно од присуства хормонских рецептора и хер-2 рецептора, зависи и врста медикаментозне терапије.

Цитостатска терапија је основа медикаментозне терапије карцинома дојке и најактивнији цитостатици су антрациклини и таксани, у комбинацији са дугим цитостатцима. Најчешће употребљавани хемиотерапијаки режими су CAF , AC , CMF , docetaxel , paclitaxel , cisplatin , capecitabine и др.

Хормонотерапија, као најмање токсична, може се применити код пременопаузних и постменопаузних жена са позитивним хормонским рецепторима (естрогени рецептори-ER и прогестеронски рецептори). Најчешће се користе антиестрогени (тамоксифен) и ароматаза инхибитори. Хируршка или медикаментозна кастрација су такође врсте хормонотерапија које се могу применити код пременопаузних жена.

Тумори који имају хиперекспресију (три плуса или CISH позитивни) ХЕР-2 рецептора су биолошки агресивнији од остелих. Међитим, цитостатска терапија са „target“ терапијом trastuzumabом омогућила је овим пацијенткињама исте шансе за излечење, ако не и боље, у односу на жене са ХЕР-2 негативним рецепторима.

Имуноотерапија у последње време, употребом блокатора контролних тачака имунолошког система (check point inhibitors), постиже значајне резултате код многих солидних тумора, као и код карцинома дојке.

**Број речи: 279**

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

1. Forbes JF, Sestak I, Howell A, et al. Anastrozole versus tamoxifen for the prevention of locoregional and contralateral breast cancer in postmenopausal women with locally excised ductal carcinoma in situ (IBIS-II DCIS): a double-blind, randomised controlled trial. *THE LANCET* 2016;378(10021):866-873.
2. Finn R.S. Martin M. Rugo H.S., et al. Palbociclib and Letrozole in Advanced Breast Cancer *N Engl J Med.* 2016; 375:1925-1936.
3. Sherr C.J. A New Cell-Cycle Target in Cancer — Inhibiting Cyclin D–Dependent Kinases 4 and 6. *N Engl J Med.* 2016; 375:1920-1923.
4. Hortobagyi G.N. Stemmer S.M., Burris H.A., et al Ribociclib as First-Line Therapy for HR-Positive, Advanced Breast Cancer. *N Engl J Med.* 2016; 375:1738-1748.
5. Wolff AC. CDK4 and CDK6 Inhibition in Breast Cancer — A New Standard. *N Engl J Med.* 2016; 375:1993-1994.



## САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

(максимално 500 речи)

### ТЕРАПИЈА ТУМОРА МОЗГА

Др Наташа Симоновић, Клинички центар Ниш

Милан Павловић,

Малигни тумори ЦНС-а су на седамнаестом месту по учесталости у свету, са више од 250 000 нових случајева дијагностикованих у 2012. години, 139 608 мушкараца и 116 605 жена

Постоји преко 120 типова тумора централног нервног система (ЦНС). Примарни тумори мозга настају из ЦНС ткива и грубо чине око половине случајева интракранијалних неоплазми. Преостали број тумора мозга чине метастатски тумори. Две трећине тумора мозга код одраслих су супратенторијални, док су код деце две трећине лоциране инфратенторијално. Глиоми, метастатски тумори, менингеоми, питуитарни аденоми и акустични невриноми чине око 95% свих тумора мозга. Глиобластома мултиформе је најагресивнији примарни тумор ЦНС-а и упркос доступним терапијама прогноза је веома лоша. То је девастирајућа болест, како за пацијенте тако и за лекаре. Медијана преживљавања је мања од годину дана, а већина пацијената не преживи више од две године након дијагнозе.

Хируршка терапија је примарни приступ у лечењу. Најчешћи хируршки приступ у терапији ГБМ је стандардна краниотомија у општој анестезији. Кандидати за краниотомију би требало да имају Карнофски перформанс статус (КПС) већи од 70. Обим ресекције је удружен са дужим временом преживљавања.

Радиотерапију треба започети до 4 недеље након хируршке интервенције. Постоперативна радиотерапија је довела је до даљег продужења преживљавања пацијената са туморима мозга. Због тога је тродимензионална конформална радиотерапија са туморком дозом (TD) од 60 Gy у 30 сеанси, 2 Gy дневно, пет дана у недељи стандард данас, „ external beam radiotherapy “. Код старијих пацијената са лошим перформанс статусом може се спровести краћи курс постоперативне радиотерапије. Брахиотерапија и стереотектичка радиохирургија (gamma knife) су ефективне терапијске методе за релапсирани туморе мозга, али су удружене са значајном токсичношћу.

Хемиотерапеутски агенси су администрирани неоадјуватно, конкомитантно и адјуватно у односу на радиотерапију. Мета анализе рандомизованих трајала су показале да постоперативна хемиотерапија продужва преживљавање пацијената са туморима мозга. Највећу активност су показали темозоломид, деривати нитрозоуреје (carmustin-BCNU и lomustin-CCNU) и procarbazine, у склопу РСВ режима. Carmustin такође може бити алпикован у току неурохируршке интервенције, на место претходно ресекваног GBM, у виду плочица carmustinom-пуњеног полимера (Gliadel vafers).

**Број речи: 328**

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

1. Young RM, Jamshidi A, Davis G, Sherman JH. Current trends in the surgical management and treatment of adult glioblastoma. *Ann Transl Med.* 2015; 3(9): 121- 132.
2. Chambless LB, Kistka HM, Parker SL, et al. The relative value of postoperative versus preoperative Karnofsky Performance Scale scores as a predictor of survival after surgical resection of glioblastoma multiforme. *J Neurooncol* 2015;121:359-364.
3. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. International Agency for Research on Cancer. 10, 2015.
4. Watts C, Price SJ, Santarius T. Current concepts in the surgical management of glioma patients. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2014;26:385-394.
5. Ryu S, Buatti JM, Morris A, Kalkanis SN, Ryken TC, et al. The role of radiotherapy in the management of progressive glioblastoma: a systematic review and evidence-based clinical practice guideline. *J Neurooncol.* 2014; 118 (3):489-99.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Оштећење органа у системском еритемском лупусу**

**Доц. др Валентина Живковић, Медицински факултет Универзитета у Нишу  
Зорица Петровић,**

Multisistemski karakter sistemskog eritemskog lupusa (SLE), zahvatanje vitalno važnih organa i nepredvidiv tok bolesti praćen pogoršanjima i remisijama nose mogućnost razvoja ireverzibilnih promena pojedinih organa već u ranoj fazi bolesti, a naročito posle njenog višegodišnjeg trajanja. Oštećenja organa u SLE nastaju zbog same bolesti, primenjene terapije, prvenstveno kortikosteroidne i citostatske, kao i zbog pridruženih stanja i komplikacija. Budući da je oštećenje organa glavni prediktor mortaliteta kod bolesnika sa SLE, neophodno je utvrditi faktore rizika za oštećenje organa sa trajnim sekvelama ili ireverzibilnim gubitkom funkcije. Cilj ovog rada je bio ispitivanje stepena ireverzibilnih promena na organima kod obolelih od SLE korišćenjem indeksa oštećenja SDI, utvrđivanje korelacije oštećenja organa sa aktivnošću bolesti, kvalitetom života i intenzitetom zamora, kao i utvrđivanje faktora rizika za oštećenje organa. Istraživanje je obuhvatilo 83 bolesnika sa SLE starijih od 18 godina, trajanja bolesti duže od 6 meseci, hospitalizovanih u Klinici za reumatologiju Instituta "Niška Banja", kod kojih je dijagnoza postavljena na osnovu revidiranih kriterijuma Američkog udruženja reumatologa iz 1997. god. Ispitivanu grupu je činilo 58 pacijenata sa oštećenjem organa, a kontrolnu grupu 25 pacijenata bez oštećenja organa. Procena aktivnosti bolesti vršena je korišćenjem indeksa aktivnosti SLEDAI, ECLAM i LAI i globalne ocene lekara. Stepен oštećenja organa je procenjen korišćenjem indeksa oštećenja SDI. Kvalitet života je procenjen na osnovu upitnika SF-36, a intenzitet zamora meren je Skalom zamora FSS. Najčešće su bile zastupljene muskuloskeletne, neurospihičke i kardiovaskularne promene. Oštećenje organa je u korelaciji sa starošću i trajanjem bolesti, većom aktivnošću bolesti, lošijim kvalitetom života i intenzivnijim zamorom. Faktori rizika za oštećenje organa su starost, trajanje bolesti, posebno trajanje bolesti duže od 10 godina, primena azatioprina, visoka globalna ocena lekara i intenzivan zamor. Protektivni faktori za oštećenje organa su primena hlorohina i bolji kvalitet života izražen kao fizičko, mentalno i ukupno zdravlje upitnika SF-36.

**Број речи: 300**

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

1. Roberts AL, Rizzolo D. Systemic lupus erythematosus: an update on treat-to-target. 2015;28(9):22-8.
2. Parker B, Urovitz MB, Gladman DD, et al. Impact of early disease factors on metabolic syndrome in systemic lupus erythematosus: data from an international inception cohort Ann Rheum Dis. 2015; 74(8): 1530–1536.
3. Yee CS, Su L, Toescu V, et al. Birmingham SLE cohort: outcomes of a large inception cohort followed for up to 21 years. Rheumatology (Oxford). 2015;54(5):836-43.
4. Cervera R, Doria A, Amoura Z et al. Patterns of systemic lupus erythematosus expression in Europe. Autoimmun Rev.2014;13(6):621-9.
5. Demir S, Artim-Esen B, Şahinkaya Y, et al. Metabolic syndrome is not only a risk factor for cardiovascular diseases in systemic lupus erythematosus but is also associated with cumulative organ damage: a cross-sectional analysis of 311 patients. 2016;25(2):177-84.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Поремећај цревног пражњења - опстипација или констипација**

**Др Часлав Миладиновић, Дом здравља Дољевац**

Уназад неколико година суочавамо се са све већим бројем људи који имају проблема са пражњењем црева. Узроци су вишеструки и разнолики а све више преовладавају психички фактори.

Према епидемиолошким подацима у Србији од поремећаја пражњења црева пати махом старија популација 20%, млађа око 3% и средовечна око 8%. У Немачкој је тај проценат износи 20% на укупну популацију.

Приликом приступању решавања овог поремећаја морамо узети у обзир следеће научне чињенице: нормално је имати три столице недељно. Опстипације је када пацијент има мање од три столице недељно, када је просечна тежина столице мања од 35г и када је суви остатак мањи од 25% уз присуство симптома и знакова као што су: осећај непотпуне испражњености, отежано и/или болно пражњење, изостанак спонтаног пражњења црева и да хронична опстипација подразумева трајање симптома дуже од шест недеља.

У циљу дијагностике и терапијског приступа неопходно је правовремено препознати узроке и етиолошке факторе који доводе до опстипације препознати клиничке симптоме и знаке и поставити тачну дијагнозу.

Према медицинској дефиницији опстипација може бити функционална, органска и псеудоопстипација. У анамнези су јако битни етиолошки фактори који су многоструки и многобројни почев од психичких поремећаја затим лекова, колагене, васкуларне и мишићне болести, неуролошких поремећаја, хируршких болести колоректума, дуготрајне имобилизације, поремећаја цревног мотилитета, метаболичких и ендокринолошких поремећаја, начина исхране и животних навика и друго.

Клинички знаци су: тврда столица, мала столица, сува столица, цревно претакање и надутост трбуха.

Симптоми опстипације су: осећај пуноће и притиска у ректуму, подригивање, грчеви, тенезми, флатуленција, смањења фреквенца пражњења, надимање, мучнина, повраћање, умор и главобоља.

Приликом дијагностиковања треба обратити пажњу да ли се ради о акутном или хроничном

проблему, начину исхране, физичкој активности болесима ГИТ-а, употреби фармака, парафармака и суплемената.

Када се искључе органски поремећаји приступа се примарним мерама лечења који подразумевају дијететски режим, повећан унос влакнастих материја, физичку активност, успостављању ритма пражњења и заузимању одговарајућих позиција приликом дефекације.

Код органских поремећаја примењују се секундарне мере лечења који укључују лаксативе и хируршко лечење. Лаксативе према механизму деловања делимо на хидрофилне, осмотске, стимулантне и лубриканте. Посебно треба обратити пажњу на злоупотребу лаксатива јер дуготрајна зависност доводи до vomitуса, бола у трбуху, умора, слабости, жеђи, отока и болова у костима.

**Број речи: 353**

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

- 1.Књуч тела-све о потцењеном органу, Џулија Ендерс, Београд, Лагуна 2015
- 2.Фармакотерапија, Радмила Величковић-Радовановић-уредник; Медицински факултет Ниш,2011.
- 3.Телијско буђење, Барбара Рен, Земун, Зрак-Запис, 2010.
- 4.Di Palma JA, Cleveland MV, mcgowan J, Herrera JL. “A randomized, multicenter comparison of olyethylene glycol laxative and tegaserod in treatment of patients with chronic constipation”. Am. J. Gastroenterol. 2007. 102 (9): 1964-71.
- 5.Huerta – Franco, M. R. et al.: “Effect of Psychological Stress on Gastric Motility Assessed by Electrical Bio-Impedance”. In: World J Gastroenterol. 2012 September 28; 18 (36): S. 5027-5033.

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

**Здравствено васпитни рад у установама примарне здравствене заштите – Анализа актуелне праксе и могућности за унапређење  
начелник одељења за промоцију здравља Цвија Стојановић, Завод за јавно здравље Пожаревац**

У намери дматичног прихватања података добијених из званичних извештаја домова здравља о здравствено васпитном раду, као и искључиво декларативних настојања практичара здравствена се начини искорак у пракси здравствено васпиног рада у установама ПЗЗ, у Одељењу за промоцију здравља Завода за јавно здравље Пожаревац, аналитички се приступило сагледавању обима, садржаја, метода и квалитативних показатеља здравственог васпитања, у домовима здравља првенствено Браничевског и Подунавског округа. Потреба за овим радом огледа се у превазилажењу догог васпитања да континуирано унапређују своју

Рад је заснован на анализи званичне извештајне документације за период од 2012. до 2016. године, као и анализи структурираних интервјуа са практичарима здравственог васпитања, међу којима су обухваћени координатори ЗВ рада, одговорне сестре ППС, и други медицински радници и сарадници доказани у делатност кроз едукацију и имплементацију нових метода, сазнања и трендова. овој области

**Број речи: 133**

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

1. Vuković D. Здравствено vaspitanje. U: Simić S. Socijalna medicina. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu. 2012.
2. Kekuš D. Здравствено Vaspitanje. Beograd: Kultura print. 2014.
3. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health Behavior: Theory, Research, and Practice. San Francisco: Jossey-Bass. 2015.
4. Pravilnik o Nomenklaturi zdravstvenih usluga na primarnom nivou zdravstvene zaštite. "Službeni glasnik RS", br. 24/2009.
5. Uputstvo za davanje mišljenja na izvršenje planova rada zdravstvenih ustanova. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut". 2012-2016.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

(максимално 500 речи)

**C14-уреа издисајни тест у дијагностици *Helicobacter pylori* инфекције и праћењу терапијског ефекта**

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

Сматра се да је 50% популације заражено *Helicobacter pylori*. Серопозитивност се увећава и расте са старењем и лошим социоекономским статусом. Највећи број инфицираних (више од 70%) је у току живота без икаквих тегоба. Свега 15% носиоца *Helicobacter pylori* инфекције ће током живота добити пептички улкус желуца или дуоденума, а мање од 1% карцином желуца.

*Helicobacter pylori* је Грам негативна бактерија.

Највећи значај у патогенези болести имају својства бактерије у која спадају фактори колонизације, бактеријски ензими и ендотоксини.

Уреаза ензим омогућава адхезију бактерије на слузницу желуца и тиме изазива морфолошке промене на епителним ћелијама и представља значајан фактор вируленције јер доводи до директног и индиректног оштећења ткива домаћина. Директно оштећење настаје као последица оштећења од стране амонијака као распадног продукта уреје након разградње уреазе ензимом, а индиректно оштећење као последица стимулације имунолошког одговора.

Клинички значај *Helicobacter pylori* инфекције је осим болести везаних за гастроинтестинални тракт и удруженост са другим ентитетима.

Дијагностички тестови који се изводе су инвазивни и подразумевају обраду биоптираног материјала током ендоскопског прегледа и неинвазивни који подразумевају уреа издисајне тестове, серолошке тестове и у новије време тестови из урина и фецеса.

Уреа-издисајни тестови се заснивају на уреазе активности *Helicobacter pylori*. Користи се обележена уреа нерадиоактивним C13 или радиоактивним C14 угљеником који емитује нискоенергетско бета зрачење (доза 1microCi, ефективна доза 0,0006mSv). Ако је у желуцу присутан *Helicobacter pylori* долази до разградње уреје на амонијак и угљен-диоксид. Угљен-диоксид путем крви доспева у плућа и детектује се у издисајном ваздуху приближно 15 минута након ингестије капсуле C-14 уреје. Према вредностима које се детектују у издисајном ваздуху доноси се одлука о присутности *Helicobacter pylori*. Сензитивност и специфичност ових тестова износи преко 95%. Лажно позитиван резултат могућ је у ахлорхидрији а лажно негативан последица убрзаног пражњења ресекваног желуца или примене антиулкусних лекова. Највећу



корист уреа-издисајни тестови имају у процени ефекта терапије, нарочито у случајевима када није неопходно поновити гастроскопију. Серолошки ELISA тестови одређују висину титра IgG антитела. С обзиром да је потребно да прође више од 6 месеци да би титар IgG антитела пао за 50% и више, након успешне ерадикације, серолошки тестови нису погодни за праћење ефекта терапије.

**Број речи: 345**

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

1. RİFAİOĞLU, E. N., AYDOĞAN, F., ŞEN, B. B., ŞEN, T., & EKİZ, Ö. (2014). Investigation into the frequency of Helicobacter pylori infection with carbon 14 urea breath test in patients with vitiligo. *Turkish journal of medical sciences*, 44(6), 1051-1054.
2. Pathak, C. M., Kaur, B., & Khanduja, K. L. (2010). 14C-urea breath test is safe for pediatric patients. *Nuclear medicine communications*, 31(9), 830-835.
3. Pilotto, Alberto, and Marilisa Franceschi. "Helicobacter Pylori Infection in Older People." *World Journal of Gastroenterology : WJG* 21 (2014): 6364–6373. PMC. Web. 11 Oct. 2016.
4. Kazemi S, Tavakkoli H, Habizadeh MR, Emami MH. Diagnostic values of Helicobacter pylori diagnostic tests: stool antigen test, urea breath test, rapid urease test, serology and histology. *J Res Med Sci*. 2011 Sep; 16(9):1097-104.
5. Oztürk E, Yeşilova Z, Ilgan S, Arslan N, Erdil A, Celasun B, Ozgüven M, Dağalp K, Ovalı O, Bayhan H. A new, practical, low-dose 14C-urea breath test for the diagnosis of Helicobacter pylori infection: clinical validation and comparison with the standard method. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2003 Nov; 30(11):1457-62.
6. Jonaitis LV, Kiudelis G, Kupcinskas L. Evaluation of a novel 14C-urea breath test "Heliprobe" in diagnosis of Helicobacter pylori infection. *Medicina (Kaunas)* 2007; 43(1):32-5.
7. Chey WD, Wong BCY. American College of Gastroenterology guideline for the Management of Helicobacter pylori infection. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:1808–1825.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

(максимално 500 речи)

**ВИТАМИН Д – УЛОГА И ЗНАЧАЈ СУПЛЕМЕНТАЦИЈЕ**

**Др Братислав Б. Миловановић, Специјална болница „Меркур“ Врњачка Бања  
Весна Дукић,**

Недостатак витамин Д препознат је у XVIIвеку .Тек 1920 године је препознато да рибље уље и УВ зраци спречавају развој рахитиса.

Последњих година је значајно интересовање за улогу витамина Д, оптималну дозу и максималну дозвољену дозу.

Витамин Д је одговоран за стање костију али и за превенцију шећерне болести, хипертензије, малигних болести, аутоимуних болести, инфективних болести.Откривен 1922.године.

Највећи део витамина Д се ствара у кожи.

За постизање оптималне концентрације витамина Д у серуму потребно је краткотрајно излагање сунцу.краткотрајне шетње до 10сати или после 16сати Egan 2009.).Витамин Д одржава ниво калцијума у серуму у врло уским границама.

Витамин Д настаје из холестерола ( провитамин у кожи 7-дехидрохолестерол), прва хидроксилација у јетри, друга у бубрезима која даје активни облик витамина Д 1,25дихидроксивитамин Д3 (калцитриол).

Оптимални ниво у серуму 35-40нг/мл.Природни извори витамина Д су млеко, млечни производи, цереалије, риба (лосос, туна, скуша, сардина), говеђа цигерица, жуманце.

Данас дефицит витамина Д у серуму. Суплементација витамином Д 100И.Ј подиже витамин Д за 1нг/мл после употребе од 2-3 месеца.

Храном се уноси 100-150И.Ј витамина Д, Доза од 10,000И.Ј дневно није токсична али супституција под контролом лекара.

INSTITUTE OF MEDICINE ( IOM) USA 2010године даје препоруке за супституцију витамином Д:400ј дневно за децу до навршене прве године живота, од 1-70година 600ј дневно, старијим од 70 година 800ј дневно.Горња граница дневног уноса за старије од 9 година је 4000ј.

Око 1 милијарда људи на свету има недостатак витамина Д а најчешћи узрок је недовољно излагање сунцу.

Озбиљан дефицит витамина Д узрокује рахоитис, остеомалацију, остеопорозу, значајан недостатак узрокује коштану мишићну тегобу и парадонтопатију, благи дефицит узрокује губитак апетита, дијареја, несаница, осећај жарења у грлу и устима. Нежељени ефекти и тосичност се јављају на концентрацију витамина Д изнад 88нг/мл.

Витамин Д има утицај на 229 гена ( и оне који утича на ДМ1, Кронову болест, Мултиплу склерозу).

Суплементација витамином Д 700-800ј дневно и калцијума 1200мг дневно смањује преломе за 25% ( студија 2005.г).

**Број речи: 315**

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

1. Principi interne medicine-Harison, XVII izdanje, 2007g.
2. Vitaminologija-Vladislav Daničić. 4. izdanje 2012g.
3. Pharmacol Ther. 2002 Jan;93(1):37-49. Role of Ca(2+) and vitamin D in the prevention and treatment of osteoporosis. Rodríguez-Martínez MA, García-Cohen EC.
4. Clin Interv Aging. 2016 Feb 29;11:265-73. 2016. Correlation between bone mineral density and serum trace elements in response to supervised aerobic training in older adults. Alghadir AH, Gabr SA, Al-Eisa ES, Alghadir MH.
5. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2006 Jan;9(1):13-7. Calcium, vitamin D and involutional osteoporosis. Francis RM.
6. Vitamin D supplementation in elderly or postmenopausal women: a 2013 update of the 2008 recommendations from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). Rizzoli R, Boonen S, Brandi ML, Bruyère O, Cooper C, Kanis JA, Kaufman JM, Ringe JD, Weryha G, Reginster JY.
7. Ann Intern Med. 2012 Mar 20;156(6):425-37. Dose response to vitamin D supplementation in postmenopausal women: a randomized trial. Gallagher JC, Sai A, Templin T 2nd, Smith L.
8. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 10;(1): Vitamin D supplementation for prevention of mortality in adults. Bjelakovic G, Gluud LL, Nikolova D, Whitfield K, Wetterslev J, Simonetti RG, Bjelakovic M, Gluud C.
9. Vitamin D with or without calcium supplementation for prevention of cancer and fractures: an updated meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. Chung M, Lee J, Terasawa T, Lau J, Trikalinos TA. Ann Intern Med. 2011 Dec 20;155(12):827-38.

**САЖЕТАК ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ**

**(максимално 500 речи)**

**Повреде локомоторног апарата-прва помоћ, дијагноза и лечење**

**Прим. др Ђоковић Ненад, Клинички центар Крагујевац**

Upoznavanje sa osnovnim morfoloskim karakteristikama kostanog tkiva i njegovim biomehanickim osobinama.

Pojam i definicija preloma kosti, njeno znacenje, sa posebnim osvrtom na osobine plasticnosti i elastinosti kostanog tkiva i vrste sila koje na njega deluju.

Pojedine vrste preloma i klasifikacija preloma, znacaj scheme koju je dala AO skola.

Osnovne karakteristike klinicke slike preloma kosti, u zavisnosti od vrste kostanog tkiva i lokalizacije kosti u okviru muskuloskeletnog sistema coveka.

Adekvatna prva pomoc kod osobe sa povredom lokomotornog sistema uz primenu transportne imobilizacije

Upoznavanje polaznika konkretno sa Kramerovom i Ditriksovom sinom i savremenim pneumatskim i plasticnim udlagama za imobilizaciju povredjenog ekstremiteta.

Principi imobilizacije i vrste imobilizacije primenjene na pojedinim delovima lokomotornog aparata.

Transportna i terapijska imobilizacija, primenjena za imobilizaciju povreda gornjih i donjih ekstremiteta i kicmenog stuba. Zbrinjavanje i kontrola povredjenog u okviru prve pomoci i transporta.

Postavljanje dijagnoze preloma kosti na osnovu anamneze, klinicke slike, Rtg nalaza i dopunskih dijagnostickih metoda. Savremene dijagnosticke procedure.

Postavljanje definitivne dijagnoze i donosenje odluke o nacinu lecenja.

Zanemarivanje preloma, konzervativno lecenje i hirursko lecenje preloma.

Terapijska imobilizacija- kostana i gips imobilizacija. Vrste , indikacije i kobntraindikacije za njihovu primenu. Poseban osvrt na primenu terapijske gips imobilizacije – falce i plastichni gips.

Repozicija, retencija , imobilizacija i kontrola neurovaskularnog statusa po postavljanju imobilizacije na pojedine delove lokomotornog aparata.

Hirursko lecenje povreda, pojedinih delova lokomotornog aparata, upoznavanje polaznika sa primenom savremenih ostesintetskih materijala i sistem ( DCP, LCP, DCS, DHS, Gamma klin, Philus, IM klin, Bulonage, ..... , unutrasnji i spoljasnji fiksator,. PTC, PTG).

Zdravstvena nega i terapija traumatoloskih pacijenata koji se lece konzervativno i hirurski sa posebnim osvrtom na znacaj patronazne nege i Doma zdravlja.

Komplikacija preloma, rane i kasne, njihova profilaksa, prepoznavanje, lecenje i posledice.

Rana rehabilitacija i njen znacaj kod povreda lokomotornog sistema i uloga fizioteraputa u terapijskom timu.

Kontrole i daljnja rehabilitacija i funkcionalno osposobljavanje pacijenata sa povredama lokomotornog sistema.

Savremene tendencije i buduće metode lecenja povreda lokomotornog sistema, autotransplantati, heterotransplantati, matcne celije, novostvoreni laboratoriski kostani kalemovi i kulture celija .

**Број речи: 372**

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

1. Charles A. Rockwood, Robert W. Bucholz, Charles M. Court-Brown, James D. Heckman, Paul Tornetta Rockwood and Green's Fractures in Adults, Lippincott Williams & Wilkins. New York 2013.
2. Sethi, Manish K. , Jahangir, A. Alex , Obremskey, William T. Orthopedic Traumatology. An Evidence-Based Approach. Springer – Verlag New York 2013.
3. Jevdjić J i sarad. Trauma – Primarno zbrinjavanje traumatizovanih bolesnika. Medicinski fakultet. Kragujevac 2011. (ISBN 978-86-7760-063-1) str.. 195-232
4. Stepanovic Z, Ristic B, Matic A, Grujovic Z, Jovanovic Y, Djokovic N, Ishod primene sveze smrznutog alografta u lecenju kompleksnih artikularnih preloma gornjeg okrajka Tibije, Medicinski casopis, Kragujevac, 2013, 47(1) 32
5. Timotic B, Golijanin R, Andjelski H, Djokovic N. Istorija medicine, Brcko – Evropski Univerzitet. 2016 (ISBN 978-99955-99-11-0) str. 149-210