



Iz aktivnosti Udruženja

OBILJEŽEN SVJETSKI DAN PORODIČNE MEDICINE

Razgovor s povodom: Goran Kljajčin, direktor FZO RS

OČEKUJEM KONSENZUS OKO SISTEMSKIH MJERA

Razgovor sa gospodinom Ljubom Lepirom, pomoćnikom ministra zdravlja

SOCIJALNA PODRŠKA STARIM OSOBAMA U REPUBLICI SRPSKOJ

JZU Dom zdravlja u Banjaluci

NOVE AMBULANTE PORODIČNE MEDICINE

Katedra porodične medicine Medicinskog fakulteta u Banjaluci

DAN SPECIJALIZANTSKIH PROJEKATA 2012.

Svetla budućnost u lečenju

MATIČNE ĆELIJE

Fastum® Gel u svim apotekama bez ljekarskog recepta.

Fastum® Gel dio Vaše kućne apoteke!

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

ketoprofen gel 2,5%

Fastum® Gel
analgetik/antireumatik

Snažno protiv bola i reume



Bolji izbor...

...u monoterapiji ili u kombinaciji



GLUFORMIN® metformin

film tablete 30 x 850mg
film tablete 60 x 850mg
film tablete 30 x 1000mg



BETAGLID® glimepirid

tablete 30 x 2 mg
tablete 30 x 3 mg

**metformin + glimepirid = superiorna kontrola glikemije u odnosu na
kontrolu postignutu primjenom samog glimepirida**



PLIVA

Danone Teva grupe

www.pliva.ba



PharmaS je farmaceutska kompanija za proizvodnju i promet farmaceutskih proizvoda. Naša misija je unaprijediti zdravstvene standarde kroz pouzdanu kvalitetu i cijenom povoljne generičke lijekove.

Lijekovi na pozitivnoj listi FZO RS:

Amlodipin PharmaS tbl

20 x 5 mg
20 x 10 mg

C08CA01

Bisoprolol PharmaS tbl

30 x 2,5 mg
30 x 5 mg
30 x 10 mg

C07AB07

Trandolapril PharmaS caps

56 x 0,5 mg
28 x 2 mg
28 x 4 mg

C09AA10

Pantoprazol PharmaS tbl

28 x 20 mg
14 x 40 mg

A02BC02

Paroksetin PharmaS tbl

30 x 20 mg

N06AB05

Atorvastatin PharmaS tbl

30 x 10 mg
30 x 20 mg
30 x 40 mg

C10AA05

Ibandronat PharmaS tbl

1 x 150 mg

M05BA06

Ramipril PharmaS tbl

28 x 2,5 mg
28 x 5 mg

C09AA05

Esomeprazol PharmaS tbl

14 x 20 mg
28 x 20 mg
14 x 40 mg
28 x 40 mg

A02BC05

Nije na listi FZO RS:

Meloksikam PharmaS tbl

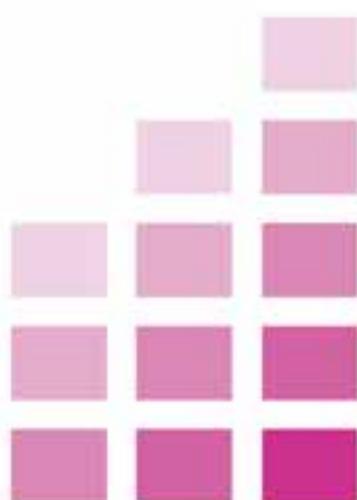
20 x 7,5 mg
20 x 15 mg

M01AC06

PharmaS BiH

1. Krajiškog Korpusa br. 22
78000 Banja Luka
Bosna i Hercegovina

T/F: + 387 (0) 51300 270



EXMAL®

okskarbazepin
tablete 300 mg
tablete 600 mg

EXMAL® je indiciran u:

- **Terapiji parcijalnih epileptičnih napada**
(kao monoterapija ili kao dodatna terapija)
- **Terapiji bolnih neuropatskih stanja**
(trigeminalna neuropatija i dijabetična polineuropatija)
- **Terapiji bipolarnog poremećaja**- dodatna terapija

Bolje, lakše, fleksibilnije

- Manje interakcija
- Manje neželjenih efekata
- Bolja podnošljivost



Pakovanje:
tablete 300 mg x 50 (br. rješenja: 04-07.1 – 1305/11 od 29.09.2011.)
tablete 600 mg x 50 (br. rješenja: 04-07.1 – 1306/11 od 29.09.2011.)

Lijek se izdaje na lijekarski recept,
Bosnalijek d.d., Jukiceva 53, Sarajevo, BH.

Odobrenje indikacije
Kontraindikacije:
Najbolje nuspojave:
Mlaka opisne:

Parcijalni napadi sa ili bez sekundarno generalizovanih toničko-kloničkih napada

Prvenstveni jez u okskarbazepinu i/ili bilo koji drugi konzervativni lijek.

Hipotenzija, stanje izbuđenosti, apsija, nemar, pospanost, glavobolja, omaglica, dijopeja, vrlaglavica; mučnina, povraćanje, osip, utor.

Posebno kod starijih pacijenata treba provoditi kontrole razine serumskog razina oksipa z mjeseca na mesečnu primjeru okskarbazepinu, a zatem tokom prva tri mjeseca terapije i/ili po potrebi. Svi pacijenti sa srednjom insuficijencijom i sekundarnim zastojima smatraju se trebaju redovno mjeriti tekuću krvnu (TT) kako bi se utvrdilo moguće zadržavanje tečnosti u organizmu. Tokom primjene okskarbazepina mogu se javiti reakcije procetljivosti: osip, surbež, urticarija, angioedem i anafilaksija. U svim slučajevima, terapiju okskarbazepinom treba prekinuti odmah. Pacijentice u reproduktivnoj dobi treba upozorniti da istovremeno primjena okskarbazepina sa hormonskim kontraceptivima može tu vrstu kontracepcije ubititi neefektivnost.

Otrasi:

Monoterapija i kombinovana terapija: Inicijalna doza 600 mg/dan u dvije podjeljene doze sa mogućnošću povećanja doze od 600 mg/dan sedmico do postizanja željenog kliničkog odgovora. Maksimalna dnevna doza 2400 mg/dan. Kada se drugi antiepileptici zamjenjuju okskarbazepinom, preporučuje se postepeno smanjivanje doze prvog antiepileptika. U kombinovanoj terapiji može se zahtijevati smanjenje doze istovremeno primjenjovanog antiepileptičkog lijeka/ lijekova i/ili sporije povećanje doze okskarbazepina. Kod pacijenata sa brzim određenjem ($ClCr < 30 \text{ ml/min}$) liječenje započeti sa polovinom preporučene doze (300 mg/dan).

Dječja uzrasta od 6 godina i starije:

Monoterapija i kombinovana terapija: Inicijalna doza 5-10 mg/kg TT/dan u dvije podjeljene doze s mogućnošću povećanja maksimalno od 10 mg/kg TT sedmico do maksimalne doze od 40 mg/kg TT/dan. Terapiju okskarbazepinom treba postepeno ukloniti.



RIJEČ UREDNIKA

*Drage kolegice
i kolege,*

Narodna izreka kaže: „Pitaće te staraost, gdje ti je bila mladost“

Ovo bi trebalo biti geslo radnoaktivnih generacija. Jesen života, takođe, može da bude sadržajna i da zahvaljujući okruženju, tim poznim godinama bude udahnut život. Pružajući međugeneracijsku solidarnost i stvarajući dobre zakonske okvire, stvaramo sistem kojim obezbjeđujemo i bezbrižnije starenje za sebe. Jedna trećina pacijenata u ordinaciji porodičnog ljekara su osobe starije životne dobi, preko 65 godina, zato je veći broj tema ovog broja posvećen tim problemima.

Pored rješavanja mnogobrojnih medicinskih, socijalnih i organizacionih problema, porodični ljekari intenzivno rade na svojoj edukaciji, aktivno učestvujući u raznim naučnim i stručnim skupovima. Spajajući ugodno sa korisnim, veća organizovana grupa doktora posjetila je jednu od najstarijih metropola starog kontinenta – Beč. Bilo je to lijepo turističko putovanje, ali ujedno i učešće na XVIII evropskoj WONCA konferenciji.

Idući u susret 7. dana porodične medicine, sumirao aktivanost Udruženja, Katedri, domova zdravlja i lične uspjehe doktora porodične medicine. Zadovoljstvo je primijetiti da u svim oblastima vrijedno radimo i postizemo dobre rezultate.

Srdačan pozdrav.

Vaš glavni urednik,
mr sc. med. dr. Verica Petrović

- **Izдавač:** Udruženje doktora porodične medicine RS
- **Za izdavača:** Mr sc. med. dr Draško Kuprešak, predsjednik Udruženja ljekara porodične medicine RS
- **Glavni i odgovorni urednik:** Mr sc. med. dr Verica Petrović, e-mail: drverica@hotmail.com
- **Redakcijski odbor:** Mr sc. med. dr Draško Kuprešak, dr Ljubica Jelovac, dr Nebojša Putnik, mr sc. med. dr Suzana Savić, dr sc. med. Maja Račić, dr Goran Birčaković, dr Igor Novaković, dr Atijas Dadijel, dr Vlado Cvijić
- **Tehnička priprema:** Medici.com Banja Luka
- **Kompjuterska priprema:** Sretko Bojić
- **Štampa:** "Atlantik bb" Banja Luka
- **Tiraž:** 1000 primjeraka

OBILJEŽEN SVJETSKI DAN PORODIČNE MEDICINE	6
SPORAZUM O SARADNJI	7
PRIVATIZACIJA PZZ-a U ZDRAVSTVENOM SEKTORU RS	8
EFIKASNIJE UPRAVLJANJE TROŠKOVIMA ZA LIJEKOVE	9
PAKET PRAVA U BROŠURI	9
DRUŽENJE S PREDSJEDNIKOM	10
OČEKUJEM KONSENZUS OKO SISTEMSKIH MJERA	12
SOCIJALNA PODRŠKA STARIJIM OSOBAMA U RS	16
DAN SPECIJALIZANTSKEH PROJEKATA 2012	20
NOVE AMBULANTE PORODIČNE MEDICINE	22
SEDMI DANI	24
WONCA EUROPE 2012	36
EKOLOGIJA, ZDRAVLJE, RAD, SPORT	39
THIRD INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS	40
III KONGRES LEKARA OPŠTE MEDICINE SRBIJE	41
NOVINE U DIJAGNOSTICI I TERAPIJI DIJABETESA	42
RAZVOJNI PROJEKAT „DIABETES MELLITUS 2010-2013“	45
HIV STIGMA I DISKRIMINACIJA	47
SMANJENJE OBIMA POVREDA U BIH	48
NJEGOM DO AKTIVNOG STARENJA	49
FIZIOLOŠKO STARENJE	52
MATIČNE ĆELIJE	54
POSLJEDICE STRESA NA FUNKCIONISANJE ČOVJEKA	56
NASILJE U PRODICI	58
KARCINOMA REKTUMA	60
MAЛО ŠALE NIJE NA ODMET	62
RIBOLOV	62



IZ AKTIVNOSTI UDRUŽENJA ■ IZ AKTIVNOSTI UDRUŽENJA ■ IZ AKTIVNOSTI UDRUŽENJA ■

OBILJEŽEN SVJETSKI DAN PORODIČNE MEDICINE



UZvorniku 18. i 19. maja 2012. nizom manifestacija je obilježen Svjetski dan doktora porodične medicine, pod geslom **PREVENCIJOM DO ZDRAVLJA**. Organizovana su stručna predavanja gdje je zaključeno da je poticanje preventivnih programa prava investicija za svako društvo i da je u organizacionom smislu model porodične medicine najoptimalniji za njihovo efikasno sprovođenje.

Takođe, na sjednici predsjedništva, koja je upriličena povodom obilježavanja Svjetskog da-

na, je zaključeno da je ulaganje u obrazovanje i edukaciju ključno za održavanje kvaliteta zdravstvenih usluga i u tom smislu udruženje treba da ima najvažniju ulogu u planiranju programa kontinuirane edukacije za sve doktore porodične medicine. Zbog toga za unapređenje edukacije je neophodno razmijeniti iskustva i intenzivirati saradnju sa svim udruženjima u regionu kao i u svim forumima WONCE.

Oko 150 zvanica svojim prisustvom dalo je podršku obilježavanju tog značajnog datuma. Veliku podršku razvoju porodične medicine u Republici Srpskoj dali su predstavnici zdravstvenih ustanova, odbora za zdravlje Skupštine RS, predstavnici Fonda zdravstva RS, resornog ministarstva i katedri porodične medicine.

U sklopu promocije instituta porodične medicine, a u cilju promovisanja zdravog stila života, u centru grada organizovana je akcija besplatnog mjerjenja masnoća i šećera u krvi, krvnog pritiska, kao i dijeljenje promotivnog materijala o značaju preventivnih programa. Akciji se odazvalo preko 300 građana Zvornika.



SPORAZUM O SARADNJI



Udruženje doktora porodične medicine Republike Srpske i Udruženje Koordinacija Hrvatske obiteljske medicine su u Kutini 31.3.2012. potpisali sporazum o saradnji u oblasti zdravstva. Sporazum je temeljen na odredbama deklaracije iz Alme Ate i potrebi za jačanjem uloge primarne zdravstvene zaštite u duhu dobre regionalne saradnje i potrebe za koordinisanom akcijom u cilju jačanja porodične medicine u nacionalnim zdravstvenim sistemima.

Sporazum podrazumijeva saradnju u oblastima istraživanja u porodičnoj medicini, razmjeni



Predsjedništvo udruženja usvojilo prijedlog akreditacionih standarda za porodičnu medicinu

Članovi predsjedništva su usvojili prijedlog akreditacionih standarda za porodičnu medicinu koji je uradila radna grupa sastavljena od predstavnika udruženja i predstavnika zdravstvenih ustanova u saradnji sa Agencijom za sertifikaciju i akreditaciju zdravstvene zaštite RS.

Ovaj set standarda treba da posluži kao osnova za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite na primarnom nivou.



iskustava u reformi i funkcionalisanju porodične medicine u nacionalnim sistemima, realizaciju projekata od zajedničkog interesa te saradnji na polju predstavljanja regiona u tijelima Evropskog udruženja porodične medicine - WONKE.

Udruženje doktora porodične medicine Republike Srpske je 2009. godine potpisalo sporazum o saradnji i sa sekcijom opšte-porodične medicine Republike Srbije kao i sa Udruženjem porodične-obiteljske medicine iz Federacije Bosne i Hercegovine.

Ministarstvo započelo proceduru izmjene Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Pravilnika o specijalizaciji

Radna grupa udruženja je dostavila Ministarstvu zdravlja i socijalne zaštite RS i Komori doktora medicine RS Prijedlog izmjene Zakona o zdravstvenoj zaštiti kao i prijedlog programa specijalizacija i subspecijalizacija.

- Dopis MZSZ - komentar na zakon
- Dopis Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske
- Program specijalizacije iz porodične medicine
- Nacrt zakona o planu i programu specijalizacija i subspecijalizacija
- Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti



IZ AKTIVNOSTI UDRUŽENJA ■ IZ AKTIVNOSTI UDRUŽENJA ■ IZ AKTIVNOSTI UDRUŽENJA

Okrugli sto

PRIVATIZACIJA PZZ-a U ZDRAVSTVENOM SEKTORU REPUBLIKE SRPSKE



Udruženje doktora porodične medicine RS u saradnji sa Fondom zdravstvenog osiguranja RS je 13.6.2012. u hotelu «San» u Latašima, organizovalo okrugli sto na temu „Privatizacija primarne zdravstvene zaštite-DA ili NE?“ Na skupu su razmijenjena iskustva sa zemljama u regionu, koji imaju sličnu koncepciju i organizaciju zdravstvene zaštite, a koje su ušle u proces privatizacije primarne zdravstvene zaštite znatno ranije.

Iznesena su interesantna iskustva iz Republike Hrvatske koji gotovo u 80% slučajeva imaju privatizovan ovaj segment zdravstvenog sistema. Naznačene su prednosti koje se ogledaju u slobodi kreiranja vlastitoga rada, boljeg životnog standarda doktora porodične medicine, ali su istaknuti i nedostaci. Neki od tih nedostataka su problem obezbjeđivanja zamjena kada su potrebna odsustvovanja s posla, finansiranju edukacija i specijalizacija i drugi problemi. Predstavnici udruženja iz Slovenije su prezentovali svoj model privatizacije koji se ogleda u davanju koncesija, odnosno prostora pod zakup, što se pokazalo kao efikasan model. Ambulante porodične medicine imaju ugovore sa Fondom zdravstvenog osiguranja i dio su mreže zdravstvenih ustanova što je svojevrsna garancija



stabilnog finansiranja i kvaliteta rada. Takođe, u pravnom smislu je uređen proces koncesionarstva koji je dobro definisan način kako se dolazi do ovakvog statusa. Predstavnici Komore doktora medicine iz Vojvodine su predstavili model koji se primjenjuje u Republici Srbiji, a koji se zasniva na izabranom doktoru iz opšte medicine, pedijatrije i ginekologije kao i specifičnom modelu finansiranja u vidu kapitacije. Učešće na skupu su uzeli i predstavnici Ministarsva zdravlja i socijalne zaštite RS sa ministrom prof. dr Rankom Škrbićem na čelu, koji je u uvodnom obraćanju naglasio da je razmjena iskustava korisna i da će Ministarstvo u narednom periodu pokušati da sva dobra rješenja ugraditi u zdravstveni sistem Republike Srpske. Direktor Fonda Goran Kljajčin je naglasio da je ovo bila



dobra prilika da čujemo iskustva naših prijatelja iz regiona i da na bazi naših procjena i trenutnih kapaciteta definišemo model privatizacije kod nas. On je naglasio da je cilj ovih promjena da se postigne suština a ne forma, a da se suština promjena ogleda u većoj odgovornosti timova porodične medicine, ali i boljem materijalnom položaju doktora i zdravstvenih profesionalaca u praksi. Sažimajući radni dan, predsjednik udruženja mr sc. dr Draško Kuprešak je naglasio da postoji potreba za kontinuiranom saradnjom u regionu u cilju unapređivanja rada svih učesnika okruglog stola i da će udruženje u ovim procesima igrati aktivnu i konstruktivnu ulogu.

Pilot projekat

EFIKASNIJE UPRAVLJANJE TROŠKOVIMA ZA LIJEKOVE



Preuzeto: Medici.com broj 52

Od početka avgusta do kraja decembra ove godine s 42 tima porodične medicine iz domova zdravlja u Doboju, Zvorniku i Trebinju, biće realizovan pilot projekat «Unapređenje kapaciteta timova porodične medicine za upravljanje troškovima lijekova na recept». Nositelj projekta koga je podržalo Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite je Fond zdravstvenog osiguranja RS, dok je realizacija povjerena Udruženju doktora porodične medicine.

Pokretanje ovog projekta je motivisano nastojanjem da budu smanjeni troškovi za lijekove na recept, koji svake godine u prosjeku budu povećani za najmanje 10 odsto i pored toga što se u RS u prosjeku propisuje manje recepata po glavi stanovnika nego u drugim zemljama u regionu. Za razliku od ranije prakse kada se na smanjenje troškova uticalo samo strogim kontrolama i sankcijama, aktivnosti iz ovog projekta su bazirane na edukaciji doktora ili bolje reći na podršci porodičnim doktorima da s većom efikasnošću obavljaju svoju odgovornu ulogu u zdravstvenom sistemu.

Na smanjenje troškova za lijekove na recept, bez negativnog uticaja na zdravstvene potrebe stanovništva i postojeći broj zastupljenih lijekova na listama koje finansira Fond, uticaće se dodatnom edukacijom porodičnih doktora da efikasnije upravljaju troškovima za lijekove na recept.

„To će biti postignuto, između ostalog, tako što će biti analizirana dosadašnja propisivačka praksa svakog tima porodične medicine obuhvaćenog projektom, izrađen godišnji plan troškova za registrovanu populaciju i date farmakoekonomske smjernice za svakodnevni rad, a krajnji rezultat projekta trebalo bi da bude smanjenje troškova za propisane lijekove za oko 10 odsto kod svih timova porodične medicine koji će biti obuhvaćeni ovim pilot projektom“, kaže dr Draško Kuprešak, menadžer projekta i predsjednik Udruženja doktora porodične medicine.

Inače, očekuje se da će analize koje budu rađene u toku realizacije projekta dati korisne informacije za kreiranje budućih aktivnosti u vezi s racionalizacijom troškova za lijekove, zbog čega su s posebnom pažnjom definisani indikatori na osnovu kojih će biti urađeni monitoring i evaluacija rezultata ovog pilot projekta.

„U 2011. godini, domovi zdravlja Doboј, Trebinje i Zvornik, prekoračili su planirane troškove za lijekove za oko 1,7 miliona maraka. Smanjenje tog prekoračenja koje većinom pada na njihov teret za ove zdravstvene ustanove će značiti mnogo i na tome zasnivamo pretpostavku da će se maksimalno uključiti u realizaciju ovog zahtjevnog projekta“, kaže dr Kuprešak dodajući da imponuje povjerenje koje su Udruženju doktora porodične medicine ukazali Ministarstvo zdravlja i Fond.

Dostupnost informacija

PAKET PRAVA U BROŠURI



Dostupnost informacija iz obaveznog zdravstvenog osiguranja Republike Srpske biće dodatno unapređena brošurom koju je nedavno izdao Fond zdravstvenog osiguranja. Jezikom koji će biti razumljiv svakom čitaocu u brošuri su sažete sve bitne informacije, od onih osnovnih koje se tiču prijave na zdravstveno osiguranje, osnovica i stopa doprinosa, do paketa prava koja osiguranicima nudi obavezno zdravstveno osiguranje. Takođe, u brošuri su objašnjene procedure za ostvarivanje propisanih prava kao i mehanizmi za zaštitu prava osiguranih lica.

«Polazeći od pretpostavke da zdravstvena knjižica vrijedi više ukoliko poznajete svoja prava, vjerujemo da će vam ova brošura u tom smislu biti od koristi i da će doprinijeti da steknete veće povjerenje u Fond zdravstvenog osiguranja i zdravstveni sistem u cjelini, ali i podići vašu svijest o tome da ste aktivan sudionik u zdravstvenom sistemu, da imate pravo na informaciju i na inicijativu davanjem prijedloga i drugim oblicima učestvovanja u izgradnji i razvoju sistema obaveznog zdravstvenog osiguranja», navedeno je, između ostalog, u uvodnom tekstu kojim se direktor Fonda Goran Kljajčin obratio osiguranicima.

U povodu izdavanja brošure u Fondu je upriličen susret s novinarima koji prate oblast zdravstva, a primjerici brošure su upućeni svim republičkim i lokalnim institucijama, udruženjima građana, centrima za socijalni rad, ombdušmanu. Za osigurana lica brošura je dostupna u poslovnicama Fonda, a objavljena je i na internet stranici Fonda zdravstvenog osiguranja www.zdravstvo-srpske.org.



IZ AKTIVNOSTI UDRUŽENJA ■ IZ AKTIVNOSTI UDRUŽENJA ■ IZ AKTIVNOSTI

Asocijacija doktora opšte/porodične medicine Jugoistočne Evrope

DRUŽENJE S PREDSJEDNIKOM

dr Ružica Nikić, predstavnik doktora opšte/porodične medicine RS u Asocijaciji Jugoistočne Evrope



Udruženje doktora opšte/porodične medicine RS postoji 15 godina. Na čelu udruženja je predsjednik mr sc. prim. dr Draško Kuprešak. Vremenom je ojačalo i postalo jedno od najaktivnijih udruženja u RS, a trenutno broji oko 650 specijalista porodične medicine.

Kako se Udruženje razvijalo postalo je ravнопravni partner u razgovoru sa predstavnicima drugih udruženja, Fonda zdravstvenog osiguranja RS i Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite RS.

Predstavnici Udruženja su aktivni članovi borda Evropske asocijacije doktora porodične medicine kao i Asocijacije doktora opšte/porodične medicine Jugoistočne Evrope. O tome svjedoči i nedavno druženje predstavnika Asocijacije za Jugoistočnu Evropu sa predsjednikom Republike Hrvatske Ivom Josipovićem. Poziv upućen Asocijaciji od strane predsjednika, cijenjenog u svim intelektualnim krugovima zemalja u okruženju, pokazuje da su i visoki državnici shvatili da osnovu i glavni temelj, ili kako mnogi kažu

"čuvara ulaznih vrata" u zdravstveni sistem predstavlja primarna zdravstvena zaštita tj. porodična medicina.

Prijemu organizovanom 2.10.2012. godine na Pantovčaku odazvali su se predstavnici Asocijacije doktora opšte/porodične medicine Jugoistočne Evrope. Predsjednik Ivo Josipović pokazao je izuzetno interesovanje za problem u radu doktora porodične medicine u regionu. U prijatnoj atmosferi, uz povremene komentare, kao i šaljive dosjetke, strpljivo je saslušao predstavnike svih zemalja jugoistočne Evrope, kako bi stekao bolji uvid u organizaciju i rad porodične medicine, kao i njihove konstruktivne prijedloge za prevazilaženje tih problema.

Nakon razgovora sa predsjednikom stekao se utisak da su problemi svih isti ili slični, te da i rješenja mogu biti takva.

Nadamo se da će slično interesovanje pokazati i visoki državnici ostalih zemalja Asocijacije.



Mudro izabrati pravi put



Hemomycin

azitromicin

Zymbaktar

klaritromicin

Marocen

ciprofloksacin

Panklav 2x

amoksicilin, klavulanska kiselina



svako dobro

Hemofarm
član STADA grupe

Intervju s Goranom Kljajčinom, direktorom FZO RS

OČEKUJEM KONSENZUS OKO SISTEMSKIH MJERA

Mr sc. med. dr Draško Kuprešak, predsjednik udruženja



Problem održivog finansiranja zdravstvenog sektora je danima udarna tema u gotovo svim medijima. Na istu temu raspravljuju i sindikati u zdravstvu. Ovako veliku zainteresovanost javnosti za zdravstveni sektor izazvala je analiza Fonda zdravstvenog osiguranja RS u kojoj su krajnje otvoreno i objektivno izneseni podaci o finansijskoj situaciji u zdravstvu, uzrocima problema i mogućnostima da oni budu prevladani. S namjerom da našim čitaocima damo informacije iz prve ruke, na ovu temu smo razgovarali s direktorom Fonda, gospodinom Goranom Kljajčinom. Intervju s prvim čovjekom Fonda iskoristili smo da saznamo i druge informacije koje su interesantne za doktore porodične medicine.

Redakcija: Gospodine Kljajčin, u medijima kažu da je zdravstvo u kolapsu. Da li je ta konstatacija tačna?

G. Kljajčin: Takve konstatcije nema u našoj analizi, ali ima upozoronja da zdravstvenom sistemu prijeti destabilizacija ukoliko ne budu preduzete sistemske mjere koje će zaustaviti nepoveljne trendove. Nalazimo se na tački kada bi najviše institucije trebalo da zauzmu stav hoćemo li problem finansiranja riješiti na način da smanjimo prava iz zdravstvenog osiguranja i plate zaposlenih u zdravstvu i tako teret krize prebacimo na građane i zdravstvene radnike, ili ćemo se opredijeliti za systemska rješenja koja će, štiteći i pacijenta i zdravstvenog radnika, obezbijediti održivo finansiranje. Mjere koje je predložio Fond zagovaraju systemska rješenja. Smanjenje prava, što bi nas vratilo u vrijeme kada je zdravstvena zaštita bila privilegija onih koji imaju novaca, ili smanjenje plata zdravstvenih radnika, što bi nas vratilo u period kada je socijalni mir obezbjeđivan preko leđa zdravstvenog radnika, uopšte ne smatram alternativom i zato sam uvjeren da će oko mjera koje smo predložili biti postignut opšti konsezus.

Dakle, naš zdravstveni sistem nije u kolapsu i nikako ne bi trebalo da dopustimo da zbog finansijskih problema budu umanjeni rezultati koje smo svi zajedno postigli obezbjedivši da se kvalitetom zdravstvene zaštite i njenom dostupnošću svakom građaninu, možemo mjeriti sa zemljama koje imaju mnogo više novaca od nas. Međutim, s ovoliko novca koliko ga sada imamo, sa postojećim stepenom finansijske nediscipline i sa stepenom zaduženosti i Fonda i zdravstvenih ustanova, nije moguće obezbijediti normalno funkcionisanje

sistema. Odgovornost Fonda je da na te okolnosti ukaže institucijama koje imaju nadležnost za donošenje neophodnih odluka.

Redakcija: *Koliko novca nedostaje zdravstvenom sistemu za održivo finansiranje i šta su glavni problemi?*

G. Kljajčin: Zdravstvu minimalno nedostaje oko 127 miliona maraka, ili četvrtina sadašnjeg godišnjeg prihoda Fonda. Sa tih dodatnih 127 miliona maraka obezbijedili bismo da prosječno izdvajanje za zdravstvo po glavi stanovnika iznosi oko 276 evra, što bi i dalje bilo najniže izdvajanje u regionu. Sada se za zdravstvo u Republici Srpskoj izdvaja manje od 200 evra što je premalo za stabilno finansiranje. U Sloveniji npr. po glavi stanovnika se izdvaja 1.700 evra, u Hrvatskoj oko hiljadu, u Sarajevskom kantonu Federacije BiH oko 400 evra. I pored tolikog izdvajanja, svi oni imaju veće troškove od prihoda, a od nas se očekuje da sa 200 evra poslujemo bez gubitaka. Nema tog čarobnjaka koji bi mogao da ispuni takvo očekivanje sa dvjesta evra.

Uzroci finansijskih problema su najvećim dijelom u izvorima prihoda Fonda zdravstvenog osiguranja iz kojih zdravstvene ustanove ostvaruju oko 90 odsto svoga prihoda. Jedini izvor finansiranja je doprinos za zdravstveno osiguranje, koji se plaća na najnižu sопу u regionu. Osim toga što je najniža, za razliku od drugih zemalja kod nas nije propisana jedinstvena stopa, već zaposleni plaćaju po stopi od 12,5 odsto, penzioneri 2 odsto, a nezaposleni zbog neprimjenjivanja Zakona po stopi od oko 6 odsto, tako da prosječna stopa iznosi oko 7,4 odsto.

Tabela 1. Struktura osiguranika

Kategorija osiguranika	Učešće u ukupnom broju osiguranika	Učešće u ukupnom prihodu
Zaposleni	35,34 %	83,60 %
Penzioneri	33,27 %	3,04 %
Poljoprivrednici	0,19 %	0,28 %
Nezaposlena lica	24,64 %	7,53 %
Ratni vojni invalidi	0,81 %	0,08 %
Izbjeglo i raseljeno stanovništvo	0,11 %	0,06 %
INO osiguranici	5,40 %	5,09 %
Centar za socijalni rad	0,24 %	0,32 %

Struktura osiguranika je krajnje nepovoljna. Zaposlena lica čine svega jednu trećinu osiguranika i za njih se mjesечно u prosjeku uplaćuje 150 maraka doprinosa za zdravstveno osiguranje. Dvije trećine ostalih osiguranika u prosjeku plaća doprinos u iznosu od 14 maraka, a polovinu čine penzioneri čiji mjesечni doprinos iznosi manje od 6 maraka. Jedna trećina zaposlenih osiguranika ne može da nadomjesti ogroman nesklad između prosječnog prihoda i prosječnog troška kod dvije trećine osiguranika. To je ključni uzrok problema održivog finansiranja pri čemu moram reći i to da Fond nema ingerencije da na njih utiče. Mi ne propisujemo stope doprinosa, ne možemo da preduzmemo ni jednu mjeru protiv onih koji ne plaćaju doprinos, ili ga obračunavaju na najnižu platu, ne možemo da uvedemo ni jedan dodatni izvor finansiranja. U našoj nadležnosti jedino je kontrola troškova i njihova racionalizacija i tu smo iscrpili gotovo sve mogućnosti. Oborili smo cijene lijekova do najniže granice i imamo upola jeftinije lijekove nego Federacija BiH. Naši doktori propisuju najmanje recepata po glavi stanovnika. Na rashodovnoj strani više gotovo da nema mogućnosti da obezbijedimo održivo finansiranje i rješenje problema je moguće samo kroz povećanje prihoda.

Redakcija: *Kako je u ovakvoj ekonomskoj situaciji moguće obezbijediti veće prihode?*

G. Kljajčin: Kod predlaganja mjera za prevazilaženje finansijskih problema imali smo u vidu situaciju u kojoj se nalazimo. Zato smo se fokusirali na dodatne izvore finansiranja, što rade i druge zemlje. Prema našem prijedlogu, oko 40 odsto nedostajućih sredstava moguće je obezbijediti iz dijela prihoda od akcize na duvan i druge štetne proizvode, zatim iz dijela premije obaveznog osiguranja od automobilske odgovornosti, od uvođenja posebnog doprinosa za zdravstveno osiguranje u inostranstvu i uvođenja dopunskog osiguranja od participacije. Konzumiranje duvana je uzrok brojnim oboljenjima za koje zdravstveno osiguranje troši mnogo novca, a do sada nismo dobijali ni marku od prihoda ostvarenog na osnovu te akcize. Slično je i sa liječenjem povrijeđenih u saobraćajnim nesrećama, koje finansiramo iz redovnog prihoda iako je premijom obaveznog osiguranja od automobilske odgovornosti obuhvaćen iznos za naknadu štete zdravstvenom osiguranju.

Četrdeset odsto nedostajućeg novca smatramo da je moguće obezbijediti realizacijom mjera poboljšanja finansijske discipline. Neophodno je dodatno uozbiljiti obavezu plaćanja doprinosa i pootkriti sankcije za one koji krše Zakon. Evo, samo zdravstvene ustanove za osam mjeseci ove godine duguju oko sedam miliona maraka doprinosa za zdravstveno osiguranje. Na zdravstveno osiguranje je prijavljeno 154 hiljade nezaposlenih lica i dosljednom primjenom Zakona o doprinosima Zavod za zapošljavanje bi trebalo da u ovoj godini uplati oko 62 miliona maraka, a uplatice samo 40 miliona jer je Vlada toliko predvidjela Budžetom. Za posljednje tri godine samo kroz doprinos za zdravstveno osiguranje nezaposlenih i ratnih vojnih invalida smo zakinuti za oko 50 miliona maraka. Inače, ukupan dug za doprinose iznosi preko 200 miliona maraka, od čega je moguće naplatiti jedva polovinu.

Preostalih 20 odsto od 127 miliona maraka nedostajućeg novca, prema mjerama koje smo predložili, trebalo bi obezbijediti racionalizacijama unutar zdravstvenog sistema.

Redakcija: *Jeste li konkretizovali racionalizacije u sistemu?*

G. Kljajčin: Jesmo. U prvom redu to je racionalizacija mreže domova zdravlja i rješavanje problema viška zaposlenih u odnosu na standarde i normative. Poznato vam je da Strategija primarne zdravstvene zaštite predviđa da dom zdravlja bude osnovan samo u opštini koja ima minimalno 25.000 stanovnika, a taj uslov ne ispunjava čak 60 odsto naših opština. Mi smo naš prijedlog bazirali samo na opštinama sa izrazito malim brojem stanovnika, onima ispod 10.000 i izračunali smo da se samo na platama direktora, sekretarice i šefa računovodstva može uštedjeti četiri miliona maraka. Znam da će ova mjera biti dočekana s negodovanjem, ali prioritet je da obezbijedimo adekvatnu zdravstvenu zaštitu. Pripajanjem manjih domova zdravlja većima stanovništvo neće biti zakinuto za zdravstvenu zaštitu i ona time neće izgubiti ni na kvalitetu, ni na dostupnosti jer će doktori pružati uslugu tamo gdje to i sada rade.

Što se tiče broja zaposlenih u zdravstvenim ustanovama najprije bih podsjetio da to u suštini ne bi trebalo da se tiče Fonda, jer mi plaćamo usluge zdravstvene zaštite, a ne plate zaposlenih. Međutim, godinama se ovaj problem gura pod

tepih, svake godine raste broj zaposlenih, naročito nemedicinskog kadra, a kad nema novca za plate, direktori kažu Fond nije uplatio tranšu ili ne daje dovoljno novca. Ne treba biti veliki matematičar da bi se znalo da nešto dijeljeno s puno daje mali količnik. Ako direktori primaju radnike preko standarda i normativa, a sindikati ne reaguju to se može tumačiti na način da zdravstveni radnici pristaju na manje plate solidarišući se sa nezaposlenima. Mi smo u analizi iznijeli podatke koji kažu da u domovima zdravlja ima minimalno 450 radnika više nego što je propisano, a u bolnicama 870. Nismo rekli da te ljudi treba otpustiti, već da osnivači zdravstvenih ustanova donesu programe rješavanja problema viška zaposlenih. Rješenje npr. može biti to da osnivači obezbijede novac za višak radnika. U svakom slučaju, stanovište Fonda je da novac od zdravstvenog osiguranja može da bude potrošen samo za ono što je usklađeno sa standardima i normativima i propisanim sadržajem i obimom zdravstvene zaštite. Uostalom, to je novac osiguranika i njih bi trebalo pitati pristaju li da imaju manje lijekova da bi neki dom zdravlja zaposlio deset vozača, a potrebna su mu samo dva.

Redakcija: *Da li je mjerama racionalizacije obuhvaćen i Fond?*

Goran Kljajčin: I Fond je dio sistema. Predložili smo smanjenje broja zaposlenih i u Fondu za najmanje 10 odsto, a planiramo i neke organizacione promjene koje bi takođe trebalo da doprinesu smanjenju troškova. S obzirom da smo centralizovali sve funkcije, nema potrebe da u većim centrima pored poslovnica imamo i kancelarije, nekadašnje filijale. Ukinanje kancelarija će svakako doprinijeti i racionalizaciji troškova. Plate smo već smanjili. Za tri posljednje godine svim rukovodećim radnicima Fonda plate smo dva puta smanjili za po 10 odsto, a ostalim radnicima za 5 odsto.

Redakcija: *Kako je moguće da ste tek sada uradili ovaku analizu, zašto ranije niste reagovali?*

Goran Kljajčin: Nije ovo prva analiza koju smo uradili. Od 2010. godine upozoravamo na problem održivog finansiranja, a krajem prošle godine smo na Upravnom odboru usvojili i Program mjera za prevazilaženje problema finansiranja. To su uglavnom iste mjeru koje predlažemo i ovom posljednjom analizom. Nažalost, nije bilo spremnosti da

se ozbiljnije razmotre naša upozorenja. Naprotiv, imali smo čak i prijedloge da bude smanjena stopa doprinosa za penzionere, da prihod Fonda dodatno bude smanjen. Kao što sam rekao, sve zemlje u regionu imaju jedinstvenu stopu doprinosa za sve osiguranike, a kod nas se za penzionere doprinos obračunava na stopu od dva odsto. U ukupnom prihodu Fonda doprinos za penzionere učestvuje sa svega 3 odsto, a u drugim zemljama od 16 do 24 odsto. Svjesni smo lošeg standarda penzionera i zato ne tražimo da doprinos plaćaju oni, već da, kao što rade i druge zemlje, veći dio doprinosa za njihovo zdravstveno osiguranje bude subvencionisan iz budžeta.

Tabela 2. Uporedni podaci o učešću pojedinih kategorija osiguranika u prihodu od doprinosa (2011. godina) – podjela rizika osiguranja

Država	Kategorije osiguranja				
	Zaposleni	Penzioneri	Poljopriv.	Budžet	Ostali
Republika Srpska	86,77 %	3,29 %	0,26 %	7,73 %	1,95 %
Srbija	70,90 %	24,00 %	1,50 %	3,20 %	0,40 %
Crna Gora	59,70 %	19,90 %	0,40 %	19,80 %	0,20 %
Makedonija	54,00 %	21,80 %	0,30 %	22,40 %	1,50 %
Slovenija	72,70 %	16,10 %	4,70 %	2,30 %	4,20 %

Redakcija: *Ima li izgleda da bude poboljšan standard zdravstvenih radnika?*

Goran Kljajčin: Sve mjere za koje se zalažemo, između ostalog, podrazumijevaju bolji standard zdravstvenog radnika. Pod tim, međutim ne podrazumijevam linearno povećanje plata, već stvaranje uslova da se razdvoji rad od nerada i da se prevlada uravnilovka koja je nepravedna prema svakom dobrom radniku. Kada je riječ o primarnoj zdravstvenoj zaštiti, planiramo promjene kod ugovaranja i plaćanja na tom nivou zdravstvene zaštite. Namjera nam je da omogućimo da ugovor zaključujemo s timom porodične medicine i da tim raspolaže budžetom za registrovanu populaciju. Kada tim bude raspolagao novcem i odgovarao za njegovo trošenje, sigurano je da nećemo imati problema s viškom zaposlenih ili nepotrebnim upućivanjem na skupu dijagnostiku. Dom zdravlja bi i dalje ostao i on bi se bavio organizovanjem zdravstvene zaštite, pružanjem usluga hitne medicinske pomoći, dijagnostičkih usluga.

Porodični doktor radi težak posao, mora da balansira između svega onoga što predlažu specijalisti i što traži pacijent s jedne strane i zahtjeva

da racionalizuje troškove s druge strane. Moramo pomoći porodičnom doktoru da ispunи očekivanja tako što ćemo mu dati adekvatne mehanizme za to.

Redakcija: *Kako ocjenjujete dosadašnju saradnju s Udruženjem doktora porodične medicine?*

Goran Kljajčin: Veoma sam zadovoljan našom saradnjom i smatram je obostrano korisnom. Zahvaljujući prijedlozima Udruženja pojednostavili smo neke procedure, a uskoro će biti objavljen novi pravilnik o medicinskim pomagalima kojeg smo, između ostalog, radili s namjerom da rasteretimo porodične doktore. Ubuduće će porodični doktor propisivati samo pomagala koja se izdaju u apoteci, dok će ostala biti u nadležnosti specijaliste. Propisali smo i to da u slučaju da je pomagalo

trajno potrebno, nalaz specijaliste vrijedi dvanaest mjeseci, da bude moguće propisati tromjesečnu količinu pomagla i neka druga rješenja koja bi trebalo da rasterete timove porodične medicine.

Nažalost, svaka administracija pa tako i Fonova sklona je pretjerivanju i izmišljaju procedura koje ničemu ne služe. Od vas očekujemo da nam na takve pojave ukazujete kako bi smo ih mijenjali.

Na kraju, u kontekstu naše saradnje, spomenuo bih i projekat unapređenja kapaciteta porodičnih doktora za upravljanje troškovima za lijekove, čiju smo realizaciju povjerili vašem udruženju. To je projekat od koga mnogo očekujemo, a prema informacijama o dosadašnjem toku realizacije s kojima raspolažem, ne sumnjam da će sva očekivanja biti ispunjena.

Fond je servis osiguranika i naš glavni cilj je njihovo zadovoljstvo. Međutim, svjesni smo da tog zadovoljstva nema bez zadovoljnog zdravstvenog radnika i zato nam je dobar partnerski odnos sa svim asocijacima zdravstvenih radnika među prioritetima. Fond već dugo nije zatvorena institucija, sama sebi dovoljna. Vjerujem da ste se u to i sami uvjereli kroz dosadašnju sardnju.

Intervju: mr Ljubo Lepir, pomoćnik ministra Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske

SOCIJALNA PODRŠKA STARIJIM OSOBAMA U REPUBLICI SRPSKOJ

Razgovor vodila: prim. mr sc. med. dr Verica Petrović



Većina pacijenata u ordinaciji porodičnog lječnika su osobe starije životne dobi. To je doba kada mentalne i lokomotorne funkcije slabe i kada se godinama pridružuju mnogobrojne hronične bolesti. Tada je potrebna adekvatna podrška porodice, susjeda i institucija, jer i jesen života može biti sadržajna i, zahvaljujući okruženju, tim poznim godinama može biti udahnut život.

Da bismo se upoznali na koji način se pruža organizovana socijalna podrška stariim licima u Republici Srpskoj, razgovarali smo sa mr Ljubom Lepirom, pomoćnikom ministra u Ministarstvu zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske.

Porodična medicina

Gospodine Lepir, da li postoji zakonski okvir za sistemsko djelovanje kada je u pitanju socijalna podrška starijim osobama u RS?

Lj.L. Socijalna podrška starim licima koja se nalaze u stanju socijalne potrebe regulisana je novim Zakonom o socijalnoj zaštiti koji definiše uslove ostvarivanja mjera socijalne zaštite, prava i usluga namijenjenih starima, ustanove socijalne zaštite putem kojih se djeluje prema stanju socijalne potrebe starih lica, kao i druga pitanja vezana za funkcionisanje sistema socijalne zaštite.

Porodična medicina

Kakve su demografske karakteristike populacije u RS?

Lj.L. Republika Srpska spada u demografski stara društva i kao takva dijeli sudbinu većine evropskih država. Udio starih u Republici Srpskoj odavno je prešao kritičnu tačku i sada, prema procjenama Republičkog zavoda za statistiku, taj udio iznosi oko 17%. Osim toga, Republiku Srpsku u demografskom smislu karakteriše sve manji udio djece i mladih do 20 godina, povećanje prosječne dužine života građana, smanjen kontingent žena u fertilnom periodu i druge karakteristike koje su zajedničke za sve zemlje koje se nalaze u fazi demografskog starenja i procesa depopulacije.

Porodična medicina

Koliki je priraštaj stanovništva u RS, kakav je odnos između umrlih i rođenih?

Lj.L. Nažalost već duži niz godina prirodni priraštaj u Srpskoj bilježi svoje negativne vrijednosti. Naime, svake godine više stanovnika umre nego što se rodi. Godišnje u Republici Srpskoj umre oko 14 hiljada ljudi a rodi se oko 11 do 12 hiljada beba. Dakle, svake godine, samo po osnovi prirodnog kretanja stanovništva, Republika Srpska gubi oko dvije hiljade stanovnika.

Porodična medicina

Koji faktori utiču na to da je procenat starije populacije veći?

Lj.L. Prije svega, treba reći da su dva faktora koja imaju najviše uticaja na povećanje broja starih u društvu. Kao prvo, to je produženje trajanja života što je posljedica kvalitetnijeg načina života i postignuća savremenih načina liječenja. Kao drugo, to je smanjenje udjela stanovnika u fertilnom periodu. Naime, smanjenje broja onih koji mogu vršiti biološku reprodukciju indirektno utiče na povećanje udjela starih u društvu.

Porodična medicina

Koje su posljedice starenja stanovništva?

Lj.L. Posljedice starenja stanovništva su višestruke i često one imaju sinergijsko djelovanje na sve oblasti društvenog i ekonomskog života. Najveće posljedice starenja stanovništva se reflektuju na demografsku sliku jednog društva gdje je proces

ranja koje obuhvata osiguranje od rizika bolesti (zdravstveno osiguranje), od rizika gubitka posla (osiguranje za nezaposlenost) i osiguranje od rizika radne nesposobnosti koja se definiše kao rizik od starosti i rizik od invalidnosti (penziono-invalidsko osiguranje). Ove vidove sigurnosti starih lica obezbjeđuju fondovi. Drugi vid obezbjeđenja sigurnosti starijih lica provodi se putem sistema socijalne zaštite koji se ne finansira iz doprinosa nego iz budžeta koji sredstva obezbjeđuje putem poreza.

Porodična medicina

Ko finansira sistem socijalne zaštite?

Lj.L. Finansiranje sistema socijalne zaštite vrši se iz budžeta Republike Srpske i budžeta lokalnih zajednica. Od ove godine, usvajanjem novog Zakona o socijalnoj zaštiti, došlo je do povećanja udjela finansiranja iz budžeta RS. Novim zakonskim rješenjem sredstva za pravo na novčanu pomoć i



depopulacije stanovništva jedan od najvećih problema prouzrokovanih tim procesom. Zatim, posljedice se očituju na ekonomskoj sferi jer povećanjem broja starih povećava se broj socijalno i ekonomski zavisnih građana za koje je potrebno obezbijediti dodatna sredstva. Posljedice se reflektuju na tržište rada, na sistem zdravstvene zaštite na sistem penziono-invalidskog osiguranja i dr.

Porodična medicina

Kako se obezbjeđuje sigurnost starijih lica?

Lj.L. Socijalna sigurnost građana, pa tako i starih lica, obezbjeđuje se putem sistema socijalnog osigu-

pravo na pomoć i njegu drugog lica, podjednako obezbjeđuje RS i lokalna zajednica.

Porodična medicina

Koje su resursi podrške starim licima u sistemu socijalne zaštite RS?

Lj.L. Resurse podrške starima možemo posmatrati kroz djelovanje primarne, sekundarne i tercijarne mreže socijalne podrške. Primarnu mrežu podrazumijevaju resursi podrške koje staro lice ostvaruje u neposrednom životnom okruženju od strane najbližih članova porodice i komšiluka. Sekundarna mreža se tiče podrske

nevladinim i humanitarnim organizacijama i konsničkim udruženjima koje djeluju na nivou lokalne zajednice gdje staro lice živi. A tercijarna mreža socijalne podrške podrazumijeva djelovanje sistema socijalne zaštite sa svojim resursima. Resursi sistema socijalne zaštite mogu se posmatrati kao organizacijski (ustanove), finansijski i ljudski resursi (stručno osoblje). Republika Srpska je oskudna sa sva tri tipa resursa. Nai-mje, u Srpskoj nema dovoljno ustanova socijalne zaštite namijenjenih starim licima, kapaciteti postojećih su nedovoljni, finansijska sredstva su nedostatna, a broj stručnih i kompetentnih radnika i saradnika je nedovoljan.

Porodična medicina

Kako se definiše staro lice?

Lj.L. Prema novom Zakonu o socijalnoj zaštiti staro lice je lice koje je navršilo 65 godina života. Novim zakonom je napuštena praksa definisanja različitih dobnih granica za muškarce i žene. U smislu ovog zakona staro lice je definisano i kao lice bez porodičnog staranja koje se smatra korisnikom sistema socijalne zaštite.

Porodična medicina

Koji su oblici prava i usluga socijalne zaštite predviđeni tim zakonom?

Lj.L. Zakonom o socijalnoj zaštiti predviđena su prava koje se starom licu pružaju u obliku novčanih davanja i prava koja se realizuju neposrednim pružanjem usluga socijalne podrške. Zakonom su definisana sljedeća prava: pravo na novčanu pomoć, pravo na dodatak za pomoć i njegu drugog lica, pravo na zbrinjavanje u ustanovu, pravo na zbrinjavanje u hraniteljsku porodicu, pravo na jednokratnu novčanu pomoć, pravo na pomoć i njegu u kući, pravo na dnevno zbrinjavanje, pravo za izjednačavanje mogućnosti djece i omladine ometene u razvoju i pravo na savjetovanje.

Porodična medicina

Ko ostvaruje ta prava?

Lj.L. Prava u socijalnoj zaštiti može ostvariti staro lice koje ispunjava zakonom zadane uslove. Na primjer, pravo na novčanu pomoć može ostvariti staro lice koje nema nikoga ko je po obavezi iz Porodičnog zakona dužan da se o njemu brine, koje nema finansijskih sredstava preko iznosa predviđenog za mjesecnu naknadu po ovom pravu i koje nema vredniju i tržišno atraktivnu imovinu. Staro

lice može ostvariti ovo pravo i ako je ekonomski u boljoj situaciji i ima vredniju imovinu ukoliko svoja sredstva i imovinu da na korištenje opštini.

Porodična medicina

Koji su principi djelovanja?

Lj.L. Djelovanje sistema socijalne zaštite zasniva se na principima poštovanja ljudskih prava i prava starijih osoba utvrđenih međunarodnim dokumentima. Sa aspekta provođenja mjera socijalne zaštite, sistem socijalne zaštite u Republici Srpskoj zasnovan je na principima koji favorizuju: vaninstitucionalni smještaj korisnika kao humaniji pristup u pružanju usluga socijalne zaštite; pružanje neposrednih usluga socijalne zaštite nasuprot isključivo novčanim davanjima; pružanje usluga u neposrednom životnom okruženju korisnika; participaciju korisnika u planiranju, provođenju i kontroli usluga socijalne zaštite.

Porodična medicina

Koja je strategija ove vlade kada je u pitanju socijalna zaštita starih?

Lj.L. Vlada Republike Srpske još nema izrađen strateški dokument vezan za socijalnu zaštitu starih. Trenutno se rade pripreme za izradu takvog dokumenta u Ministarstvu zdravlja i socijalne zaštite.

Porodična medicina

Koji su organizacioni resursi socijalne zaštite starih kod nas?

Lj.L. Organizacioni resursi sistema socijalne zaštite vezani su za djelovanje ustanova socijalne zaštite. Osnovne ustanove socijalne zaštite su centri za socijalni rad koji su koordinirajuće, stručne ustanove na nivou lokalne zajednice. Trenutno u Republici Srpskoj postoji 45 centara za socijalni rad i 16 službi socijalne zaštite koje pokrivaju rad sistema u opštinama gdje nisu formirani centri za socijalni rad. Pored centara za socijalni rad, u Republici Srpskoj djeluju tri doma za stara lica koja su u sistemu socijalne zaštite (Banja Luka, Prijedor i Istočno Sarajevo) i tri doma penzionera (Banja Luka, Trebinje i Doboј) koja djeluju unutar sistema PIO. Pored domova za stare, u kojima se stara lica trajno smještaju, u Republici Srpskoj postoje dnevni centri za stare kao i centri za usluge pomoći u kući. Novim Zakonom o socijalnoj zaštiti predviđeno je osnivanje novih ustanova socijalne zaštite među kojima su i ustanove i organizacione cjeline za zbrinjavanje starih lica.



***Odigraj
pravu kartu***



VIVACE®

(ramipril)

 Cardiology

 **actavis**
think smart medicine

Katedra porodične medicine Medicinskog fakulteta u Banjaluci

DAN SPECIJALIZANTSKIH PROJEKATA 2012.

Prim. dr Mladen Šukalo, šef Edukativnog centra porodične medicine



Porodična medicina i edukacija kadra u toj oblasti, prisutna već više od deceniju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Srpskoj, ne gubi na kvalitetu. Od samog uvođenja, specijalizacija porodične medicine je imala neke svoje specifičnosti u odnosu na sve druge specijalizacije. Nastavni plan i program je tako koncipiran da pored redovnog praktičnog dijela u vidu rada u Edukativnom centru i obavljanja staža u drugim zdravstvenim ustanovama obuhvata i niz drugih edukativnih sadržaja. Redovno se održava dvosemestralna nastava. Teoretska nastava održava se jednom sedmično u vidu poluakademskog dana, pri čemu bivaju prezentovane sve teme relevantne za porodičnu medicinu. Nastava ne podrazumjeva samo predavanja ex katedra, nego i niz drugih vidova učenja kao što su prikazi slučajeva, izrade i prezentacije seminara, nastavni rad u malim grupama kao i drugi načini učenja. Ono po čemu je naša specijalizacija posebno prepoznatljiva je

izrada specijalizantskih projekata, te će ovaj put napraviti i kratak osvrt na "Dan specijalizantskih projekata" održan u junu 2012. godine.

Kao uslov za izlazak na specijalistički ispit ove godine, kao i svih prethodnih, je izrada specijalizantskog projekta. Specijalizanti su u obavezi da urade svoj samostalan naučnoistraživački rad i da ga prezentuju na "Dan specijalizantskih projekata". Kao i svih ranijih, tako i ove godine, radovi su izlagani pred tročlanom Komisijom za ocjenu projekta u sastavu: prim. dr sc. med. Kosana Stanetić, mr sc. med. dr Suzana Savić i mr sc. med. dr Nataša Pilipović Broćeta. Ove godine je izlagano 10 radova i to 7 radova iz Edukativnog centra Banjaluka i 3 rada iz Edukativnog centra Doboј. Radovi su obrađivali razne teme iz oblasti porodične medicine i za svaki je uloženo mnogo truda. Međutim, svaki rad je bio i izuzetno kvalitetan, što je predstavljalo dodatnu poteškoću komisiji u odabiru najboljeg rada.



Teme koje obrađivane specijalizantskim projektima su:

- "Korelacija diabetes-a mellitus-a i depresije"- dr Danijela Lulić i Jelena Zolak Marjanović,
- "Uticaj gojaznosti na zdravlje stanovnika registrovanih u ambulantama porodične medicine u DZ Bijeljina"- dr Nada Lukić Šajin i dr Radmila Savić,
- "Misle li doktori (i) na svoje zdravlje"- dr Aleksandar Lazić i dr Sandra Živak Mijatović,
- "Adolescenti i kontracepcija"- dr Anja Ernaut Milovanović i dr Radoslava Runjo Keverović,
- "Korelacija stepena uhranjenosti i anemije kod djece rođene 2005. i 2006. godine"- dr Snežana Vujošević Simišić i dr Tatjana Serdar,
- "Kardiovaskularni rizik kod pacijenata oboljelih od diabetes-a mellitus-a registrovanih u timu porodične medicine"- dr Zagorka Pavlović i dr Dobrinka Marić,
- "Pojava Burnout sindroma kod ljekara zaposlenih u DZ Bijeljina i DZ Trebinje"- dr Dijana Dukić i dr Aleksandar Babić,
- "Zastupljenost faktora rizika i značaja prevencije kod bolesnika sa ishemijskom bolešću srca"- dr Slavica Pantić i dr Gordana Savin,
- "Kontrola glikemije kod pacijenata sa DM-om na insulinskoj terapiji u ambulantama porodične medicine"- dr Boro Veselinović i
- "Problem osteoporoze na području grada Doboja"- dr Željka Popović.

Na kraju izlaganja komisija je proglašila najbolji rad. To je rad pod nazivom "Korelacija diabetes-a mellitus-a i depresije", autora dr Danijele Lulić i dr Jelene Zolak Marjanović. Tradicionalno, šef Edukativnog centra, koji je ujedno i koordinator u svim pripremama za taj dan, je pobjednicima uručio skromne poklone. Naravno, uslijedilo je fotografisanje svih prisutnih, kao spomena na taj važan dan tokom specijalizacije, ali i sjećanje na još jedan dobro odrađeni zadatak. Svakako, uslijedila je i preporuka svim autorima radova da u budućnosti tokom svoje prakse uporedno rade i istraživačke projekte koje mogu i treba da izlažu na kongresima i relevantnim naučnostručnim časopisima.

Brinite o zdravlju na intelligentan način!



NORMIA®

LGG® BB-12®

Zaštita i obnova crijevne mikroflore

LGG® i BB12® štite i obnavljaju crijevnu mikrofloru kod:

- *Helicobacter pylori* infekcije
- Sindroma iritabilnog crijeva
 - povećana uspješnost liječenja
 - značajno smanjenje nuspojava
 - produljenje perioda bez smetnji

Zašto odabrati NORMIU®?

- jedini probiotik koji sadrži LGG® i BB-12®.
- sigurno i klinički dokazano djelovanje
- učinkovit i siguran
- jednostavna primjena u obliku kapsula i vrećica
- za odrasle, djece i trudnice



IZ OBITELJI JGL PROBIOTIKA

LACTOGYN®

Zaštita vaginalne mikroflore



prolife

Regeneracija crijevne mikroflore kod projeva



www.jglprobiotici.com, www.jgl.hr

jgl

JADRAN - GALENSKI LABORATORIJ d.d., Palac bba, 51000 Rijeka, Hrvatska

JZU Dom zdravlja u Banjoj Luka

NOVE AMBULANTE PORODIČNE MEDICINE

Dr Nevena Todorović, pomoćnik direktora za medicinska pitanja



Planom mreže ambulanti porodične medicine za grad Banjaluku iz 2007. godine definisan je broj i raspored objekata ambulanti porodične medicine u mjesnim zajednicama.

Skupština grada je na 44. sjednici dana 25.10.2011. godine, zadužila menadžment JZU Dom zdravlja i Odjeljenje za društvene djelatnosti da dostave Skupštini grada Prijedlog programa kojim će se definisati rokovi i način obezbjeđenja uslova za stavljanje u funkciju svih ambulanti - definisanih Planom mreže ambulanti porodične medicine koji je utvrdila skupština.

Kako bi zdravstvenu zaštitu građanima učinio što dostupnijom, grad Banjaluka je započeo izgradnju, iznajmljivanje, sanaciju i adaptaciju objekata ambulanti porodične medicine. Tako su samo u 2012. godini, građani Banjaluke dobili pet ambulanti porodične medicine. Grad je u budžetu za 2012. godinu planirao sredstva namijenjena Domu zdravlja za potrebe zakupa objekata ambulanti porodične medicine, kao i sredstva za njihovo opremanje, a sve u cilju poboljšanja dostupnosti primarne zdravstvene zaštite našim sugrađanima.

Objekat ambulante porodične medicine u MZ Motike

Ambulanta porodične medicine u MZ Motike počela je sa radom 10.5.2012. godine.

U objektu se nalazi ljekarska ordinacija, prostorija za intervencije i čekaonica sa recepcijom. Prostor je opremljen standardizovanom opremom za timove porodične medicine, kao i računarskom opremom sa programom „Dr Medic“.

Planom mreže ambulanti porodične medicine za grad Banjaluku iz 2007. godine predviđena je izgradnja objekta ambulanti porodične medicine u mjesnoj zajednici Motike. Grad Banjaluka je obezbijedio objekat za ambulantu porodične medicine, a rekonstrukcija i sanacija ovog objekta, kao i nabavka opreme, je finansirana kroz Projekat jačanja zdravstvenog sektora (HSEP) Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite RS, uz učešće grada Banjaluke i JZU Dom zdravlja u Banjaluci.



Prostorija za intervencije u ambulanti u MZ Motike

Objekat ambulante porodične medicine u MZ Česma

Ambulanta porodične medicine u MZ Česma počela je sa radom 14.5.2012. godine u prostoru koji je grad Banjaluka zakupio za potrebe rada ambulante. U objektu se nalazi jedna ljekarska ordinacija, prostorija za intervencije i čekaonica

sa recepcijom. Prostor je opremljen standardizovanom opremom za timove porodične medicine i računarskom opremom sa programom „Dr Medic“ koju je obezbijedio grad Banjaluka.



Čekaonica sa recepcijom u ambulanti MZ Česma

U toku 2012. godine, u zakupljenim prostorima, pored ambulante MZ Česma, uspostavljene su i ambulante porodične medicine u mjesnim zajednicama Paprikovac i Ada.

Objekat ambulante porodične medicine u MZ Ada

Ambulanta porodične medicine u mjesnoj zajednici Ada otvorena je 21. septembra 2012. godine i ima jednu ljekarsku ordinaciju, sobu za intervencije, te recepciju, gdje građani mogu ostvariti kontakt sa zaposlenima u ambulanti. Prostor je opremljen standardizovanom opremom



Ambulanta u MZ Ada



za timove porodične medicine i računarskom opremom sa programom „Dr Medic“ koju je obezbijedio grad Banjaluka.

Objekat ambulante porodične medicine u MZ Paprikovac

Ambulanta porodične medicine u mjesnoj zajednici Paprikovac otvorena je 28. septembra 2012. godine i ima jednu specijalističku ordinaciju, salu za intervencije, te recepciju. Prostor je opremljen standardizovanom opremom za timove porodične medicine i računarskom opremom sa programom „Dr Medic“ koju je obezbijedio grad Banjaluka.



Ambulanta u MZ Paprikovac

Otvaranje studentske ambulante u Studentskom kampusu

Predsjednik Republike Srpske Milorad Dodik i ministar zdravlja i socijalne zaštite RS Ranko Škrbić otvorili su 4. oktobra 2012. godine ambulante

za zaštitu zdravlja studenata u Studentskom kampusu. Otvaranju su prisustvovali visoki zvaničnici Republike Srpske, grada Banjaluka, univerziteta i druge brojne zvaninice.

U okviru ambulanti za zaštitu zdravlja studenata nalazi se ambulanta porodične medicine, ginekološka ambulanta, prostorija za intervencije, recepcija i čekaonica i prostor za rad psihologa. Za sanaciju i adaptaciju prostora i opremanje ambulanti finansijska sredstva obezbijedio je kabinet predsjednika Republike Srpske. Ambulante su opremljene standardnom opremom, kao i računarima sa programom „Dr Medic”.

Na ovaj način studenti Banjalučkog univerziteta su dobili mogućnost da veliki broj usluga primarnog nivoa zdravstvene zaštite mogu dobiti na jednom mjestu.



Ljekarska ordinacija u studentskoj ambulanti

“Imamo ambulante u 33 mjesne zajednice. Grad je vodio kontinuiranu politiku u ovoj oblasti zajedno sa Ministarstvom zdravlja i socijalne zaštite želeći prevashodno da usluge zdravstvene zaštite približi građanima”, rekao je Slobodan Gavranović novinarima, te naglasio da je u naredne dvije godine planirano otvaranje još pet ambulanti.

Dom zdravlja se danas nalazi u 33 mjesne zajednice i pruža zdravstvene usluge u 34 objekta u ukupno 78 ambulanti porodične medicine. Za potpunu implementaciju Plana mreže ambulantni porodične medicine planirano je da se ambulante nalaze u 38 mjesnih zajednica. U narednom periodu intenzivno će se raditi na uspostavljanju još pet ambulanti porodične medicine koje nedostaju.

SEDMI DANI

porodične medicine Republike Srpske Teslić, 02-04. novembar 2012.



Udruženje porodične medicine RS organizuje konferenciju “7. dani porodične medicine Republike Srpske sa međunarodnim učešćem” u Tesliću, hotel “Kardial” od 2-4.11.2012.

Teme konferencije:

1. Zbrinjavanje akutnih i hroničnih rana
2. Urgentna stanja
3. Bolesti respiratornog sistema
4. Upute dijagnostičko-terapijskih vodiča
5. Sve relevantne teme za porodičnu medicinu.

Pri prijavljivanju rada ispoštovati sljedeće:

- Struktura rada - uvod, cilj rada, metodologija, rezultati, zaključak.
- Broj riječi u tekstu apstrakta: do 250
- Na posebnoj strani navesti: puna imena autora, titule, naziv ustanove u kojoj su zaposleni, e-mail
- Rok: 31. septembar 2012.
- Svi radovi mogu biti prezentovani u formi oralne prezentacije.

Radovi treba da budu poslati u vidu apstrakta na adresu: porodicnamedicina@gmail.com Apstrakti prihvaćenih radova će biti objavljeni u časopisu “Porodična medicina” koji će biti sastavni dio radnog materijala konferencije. Organizator će svim predavačima uručiti sertifikat za bodovanje kod nadležne komore.

Krajnji rok za dostavljanje prezentacija u power pointu je 15.10.2012. Kompletne prihvaćene prezentacije biće dio materijala objavljenog na CD-u koji će biti distribuisan učesnicima konferencije. Skup će bodovati Komora doktora medicine RS prema važećem pravilniku.

www.porodicnamedicina.com

Naučni odbor konferencije

UČESTALOST ANEMIJE U DOJENAČKOJ DOBI U ZAVISNOSTI OD NAČINA ISHRANE

Aleksandra Mijatović¹, Gordana Matić², Mladen Šukalo³, Mara Mitrić¹, Srđan Mijatović¹, Dijana Dukić¹

¹Dom zdravlja Bijeljina, ²Dom zdravlja Gradiška, ³Dom zdravlja Banja Luka

APSTRAKT

Uvod: Nedostatak željeza je najčešći nutricionalni deficit i uzrok anemije u dojenčadi. Zdravo dijetete, rođeno na vrijeme, ima zalihe željeza koje mogu trajati 4-6 mjeseci. Budući da je dokazano da nedostatak Fe i pojava anemije može dovesti do ireverzibilnih promjena u psihofizickom razvoju, veliku pažnju treba posvetiti prevenciji, ranom otkrivanju i liječenju anemije u dojenčkoj dobi.

Cilj: Ispitati pojavu anemije, na osnovu vrijednosti hemoglobina, u homogenoj grupi dojenčadi starosti 6 mjeseci u zavisnosti od načina ishrane.

Metode rada: Korištena je metoda sistematičnog pregleda zdravstvenih kartona djece rođene od jula 2008. do jula 2010. godine. Podaci su skupljani u pedijatrijskim ambulantama Doma zdravlja Bijeljina i Gradiška. Pregledano je ukupno 400 kartona. Dojenčad smo podijelili u 4 grupe u zavisnosti od načina ishrane: 1. isključivo dojena prvih 6 mjeseci; 2. djelimično dojena sa dodavanjem mlijecne formule, koja je

podijeljena na 3 podgrupe u zavisnosti od dužine dojenja; 3. isključivo hranjena mlijecnom formulom; 4. djelimično dojena-hranjena mlijecnom formulom uz dodatak kravljeg mlijeka u periodu od najmanje 2 mjeseca. Kao dijagnostički kriterijum za anemiju uzeli smo koncentraciju Hgb < 110 g/L, prema preporukama SZO.

Rezultati: Od 400 dojenčadi 21,5% je anemično. Uvidom u kartone nađeno je da je najčešći način ishrane dojenje, kod 59,5%. U grupi 1 24,78%, u grupi 2 16,66%, u grupi 3 14,11% je anemično, a u grupi 4 anemično je 36,36%.

Zaključak: Anemija je najčešća bolest kod dojenčadi kojima je tokom prvih 6 mjeseci u ishrani uvedeno kravljje mlijeko. U grupi isključivo dojenih svako četvrti dojenče ima anemiju. Najmanji procenat anemičnih je među dojenčadi koja su hranjena mlijecnom formulom.

KLJUČNE RIJEČI:

dojenje, anemija, dojenčad, majčino mlijeko.

BRIGA O ZDRAVLJU I PREVENCJI OBOLJENJA

Gordana Papović Đukić¹, Slaviša Đukić², Brajana Nikolić¹, Nada Mirković¹, Vesna Glišić³

¹Dom zdravlja "Veljko Vlahović" Vrbas, ²Klinički centar Vojvodine, Klinika za infektivne bolesti, Novi Sad, ³Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika "Zastava", Kragujevac

APSTRAKT

Uvod: Mnoge bolesti svakodnevno odnose živote samo zato što se kasno otkriju. Prevencija bolesti predstavlja aktivnosti koje se sprovode kako bi se sprečila njihova pojava, rano otkrila hronična i maligna oboljenja i blagovremenzapočelo lečenje. Važno je da bolest bude uočena na vreme.

Cilj rada: Uzakzati na značajnost vođenja brige o zdravlju i prevenciji oboljenja u svim dobnim grupama.

Metod rada: Dat je prikaz manifestacije BAZAR ZDRAVLJA (BZ) održane jula 2011 godine u Vrbasu. Obuhvaćen je broj od 478 ispitanika različitog dobnog uzrasta, koji pri tom ne moraju biti zdravstveni osiguranici, radi pružanja zdravstvenih usluga i saveta. Vršeno je merenje krvnog pritiska (KP), nivoa šećera (ŠUK), holesterola i triglicerida u krvi, određivan body mass index. Rađen je elektrokardiogram (EKG), pružani su saveti iz oblasti interne medicine, stomatologije, ginekologije, ortopedije... "Otvorena vrata" ginekološkog odeljenja podrazumevala su pružanje ultrazvučnog pregleda, kolposkopije, briseva za laboratorijske pretrage i PAP-a test. Zakazivan je ultrazvučni pregled (UZ) dojki u prevenciji karcinoma dojki kao i edukativna simulacija samopregleda dojki. Rađeno je besplatno testiranje na HIV/AIDS.

Rezultati rada: Od 9 do 13 časova posmatrano je 290 žena sa prosečnom starošću od 64 godina i 188 muškaraca sa prosečnom starošću od 67 godina. Najmlađi ispitanik je star 24 godine, a najstariji 88 godina. Merenje ŠUK-a je vršeno kod 81 ispitanika (17%). Prosečna vrednost ŠUK-a je bila 6,53 mmol/l. Kod 40 ispitanika (49%) su nađene povišene vrednosti. Merenje holesterola je rađeno kod 49 ispitanika,

a prosečna vrednost je 5,42 mmol/l. Kod 49% ispitanika je uočena povišena vrednost holesterola. Merenje triglicerida je izvršeno kod 52 ispitanika (11%), prosečna vrednost je 2,62 mmol/l. Kod 31 ispitanika (60%) su uočene povišene vrednosti triglicerida. EKG je rađen kod 37 ispitanika (5%), a KP je izmeren kod 153 (32%) ispitanika. Kod 70 ispitanika (46%) je izmeren povišen KP. Savete vezane za prevenciju, dijagnostiku i lečenje je dobilo 112 ispitanika (23,4%). Štampani edukativni materijal je dobilo 106 (22%) ispitanika.

Zaključak: Bazar zdravlja je dobar vid prevencije bolesti i zdravstveno vaspitnog rada, koji daje pozitivne rezultate, što ukazuje da ovakve vidove manifestacije treba negovati i prihvati kao trajno opredeljenje.

KLJUČNE REČI

zdravlje, prevencija

BOL U DONJEM DIJELU LEDA

Ljubomir Šormaz¹, Pećanac Žana²

¹Spec. interne medicine, DZ dr Mladen Stojanović, Laktaši; ²Spec. porodične medicine, DZ dr Mladen Stojanović, Laktaši, zana-marijana@teol.net

APSTRAKT

Uvod: Lumbalni sindrom prvenstveno označava bol u lumbalnom, lumbosakralnom ili sakroiličnom predjelu, koji se često širi u glutealnu regiju, butine ili duž noge putevima išjadičkog ili rijetko femoralnog nerva.

Lumbalni bol doživi oko 80 % osoba tokom života. U 85 % slučajeva nakon kompletne dijagnostike, uzrok bola ostaje nepoznat. U SAD po troškovima liječenja lumbalni bol zauzima treće mjesto, nakon karcinoma i kardiovaskularnih oboljenja.

Cilj: Cilj rada je analizirati učestalost javljanja bola u donjem dijelu leđa po polu, korištenje dijagnostičkih metoda prilikom postavljanja dijagnoze. Izvršena je analiza najčešćih nalaza dobijenih metodom vizualizacije (CT, NMR, RTG). Izvršena je analiza načina liječenja kod pojedinih pacijenata.

Metodologija: Rad je retrospektivna analiza podataka dobijenih iz elektronskih kartona pacijenata Doma zdravlja Laktaši u periodu od novembra 2011 do aprila 2012. Ukupan uzorak čini 68 pacijenata. Svim pacijentima je nakon javljanja u ambulantu porodične medicine izvršen fizički pregled, a dio pacijenata je upućen na konsultativne preglede neurologa, fizijatra i neurohirurga. Prema preporukama urađene su dodatne dijagnostičke pretrage CT (kompjuterizovana tomografija), NMR (nuklearna magnetna rezonanca) i RTG (rentgensko snimanje).

Rezultati: Ukupan uzorak čini 68 pacijenata od čega 32 muškarca (47%) i 36 žena (53%).

Prosječna životna dob pacijentkinja iznosi $57,6 \pm 13,2$, dok prosječna životna dob osoba muškog pola iznosi $65,71 \pm 15,9$. Na osnovu anamnestičkih podataka i fizičkog pregleda dijagnoza je postavljena kod 18 (26, 47 %) pacijenata. RTG snimanje je urađeno kod 28 (41,1 %) pacijenata, CT snimak kod 6 (8,8 %) pacijenata i NMR kod 16 (23,5 %) pacijenata. Najveći broj pacijenata liječen je konzervativno 65 (95,24%), dok su 3 pacijenta (4,76%) pacijenata upućena na neurohirurško liječenje. Kod najvećeg broja pacijenata sa urađenim RTG snimkom L/S kičme nađene su promjene u smislu spondiloze (20 pacijenata), diskopatije su se u najvećem broju slučajeva javljale na L5-S1 segmentu. Prilikom korištenja NMR-a, najveći broj hernijacija diska javlja se na L4-L5 segmentu (4 pacijenta).

Kod postavljanja dijagnoze korištenjem CT-a hernijacija diska kod najvećeg broja pacijenata (4) ustanovljena je na L3-L4-L5 segmentu.

Zaključak: Na ispitivanom uzorku veći je udio osoba ženskog pola 53% u odnosu na osobe muškog pola.

Kod 26,47% pacijenata dijagnoza je postavljena na osnovu anamnestičkih podataka i fizičkog pregleda.

Od dopunskih dijagnostičkih pretraga najviše je korišten RTG L/S kičme 41,1 %.

Najveći broj pacijenata je zbrinut konzervativnim mjerama 95%, dok je svega 5% upućen na neurohirurško liječenje.

KVALITET ŽIVOTA BOLESNIKA SA OSTEOPOROZOM SA I BEZ VERTEBRALNIH FRAKTURA

Milijana Džajić¹, Biljana Mladenović^{1,2}, Gordana Tešanović^{1,2}, Nataša Pilipović-Broćeta^{1,2}

¹JZU Dom zdravlja Banja Luka, ²Medicinski fakultet u Banjaluci

APSTRAKT

Definicija: Osteoporoza je progresivna, sistemska metabolička bolest kostiju, čije su odlike gubitak koštane mase, ošteđenje mikroarhitekture koštanog tkiva, povedanje fragilnosti kosti, a što za posljedicu ima povedan rizik od nastanka frakture.

Cilj rada:

1. Utvrditi procenat pacijenata sa frakturama u ispitivanoj grupi
2. Procijeniti kvalitet života osoba sa osteoporozom, a to smo ispitivali QUALEFFO 41 upitnikom
3. Uporediti život osoba sa frakturama vertebralnih pršljenova u odnosu na kvalitet života osoba koje boluju od osteoporoze, a nemaju dijagnostikovanu frakturu pršljenova

Metodologija rada: Istraživanje je obavljeno u periodu od 01.10.2009.- 30.04.2010.god u 7 ambulanti porodične medicine Doma zdravlja u Banja Luci. Anketirano je 65 pacijenata oba pola. QUALEFFO 41 upitnik

Diskusija: U Republici Srpskoj nema mnogo studija

na ovu temu. Vertebralne frakture su uzrok invalidnosti i lošag kvaliteta života takvih pacijenata. Ovi podaci se slažu sa studijama obavljenim u Beogradu i Zagrebu (Pilipović i saradnici i Koršić).

Zaključak: Kvalitet života pacijenata sa frakturama vertebralnih pršljenova lošiji po svim segmentima u odnosu na kvalitet života pacijenata sa osteoporozom ali bez frakture. Najveću važnost ima prevencija ove bolesti i nju treba započeti što ranije. Smatramo da je borba za rano otkrivanje osteoporoze, njeno liječenje i prije svega već spomenuta prevencija ove bolesti, ali i frakturni veliki zadaci u našem budućem radu.

OCJENA REGULACIJE DIABETES MELLITUS-A U AMBULANTI PORODIČNE MEDICINE

Mladenko Rosić, Zlatko Škerić

APSTRAKT

Uvod: Dijabetes mellitus je grupa metaboličkih bolesti, koje se karakterišu hroničnom hiperglikemijom. Poremećen je i metabolizam masti i proteina. Pojava dijabetesa mijenja način života, pogađa ličnost, njegovu porodicu, utiče na socio-ekonomski status, ima hroničan progredijent tok i traje do kraja života. Dijabetes je rastući problem u R.S.i BiH. Jedan od najvažnijih provjeravanja nadzora nad šećernom bolesti je mjerjenje HbA1C.

Cilj: Ispitati regulisanost glikemije kod pacijenata sa diabetes mellitusom u ambulantama porodične medicine DZ Prijedor.

Metod rada: Uzeli smo kartone 50 pacijenata koji boluju 3 ili više godina od diabetesa, a koji su na pregled došli u

aprili 2011. godine na pregled kod porodičnog ljekara. Iz kartona smo izdvojili dostupne podatke o glikemiji, HbA1C, te o terapiji.

Rezultati i diskusija: Pregledano je 50 kartona, od čega je 27 žena ili 54% i 23 muškarca ili 46%, starosne dobi od 46-80 godine. Dužina trajanja bolesti je od 3-16 godina. Glukozu natašte do 7 mmol/l ima 12 pacijenata od čega 7 muških ili 58,3 % i pet žena ili 41,7%, a preko 7 mmol/l 38 pacijenata od čega 16 muških i 22 žene. HbA1C do 6,5 ima 4 pacijenta ili 8%, 6,5 do 7% ima 7 pacijenata ili 14%, od 7 do 9% 31 pacijent ili 62% a preko 9% ima 8 pacijenata ili 16%.

Zaključak: Ciljne vrijednosti su postizanje optimalne glikemijske kontrole (HbA1c <6,5%) te kontrola HbA1C svaka 3 mjeseca uz redovnu samokontrolu glikemije.

UTICAJ PRETILOSTI NA DUŽINU I UČINAK LIJEČENJA OBOLJELIH OD HRONIČNIH DEGENERATIVNIH BOLESTI LOKOMOTORNOG SISTEMA

Munevera Bećarević¹, Duška Bećirović², Izet Hasanović³; Saša Bujić⁴, Sead Ćebić⁵

¹Prim. dr. sci. Bećarević Munevera, specijalista opšte medicine, JZU DZ Banovići, BiH;

²Prim dr Bećirović Duška, specijalistica opšte medicine, JZU Dom zdravlja Živinice, BiH;

³Dr Hasanović Izet, specijalista urgente medicine, JZU Dom zdravlja Banovići, BiH;

⁴Bujić Saša, diplomirani fizioterapeut, JZU Dom zdravlja Banovići, BiH;

⁵Prim. dr Ćebić Sead, mr.sci, specijalista fizijatar, Privatna ordinacija „Ćebići“, BiH.

APSTRAKT

Uvod: Mišićno-koštani poremećaji su povezani sa bolji, funkcionalnim oštećenjima i nesposobnosti za rad te utiču na kvalitetu života. Fizikalni tretman, ambulantni i banjski, su terapijske procedure koje se često koriste u liječenju ovih oboljenja.

Cilj rada: je procijeniti uticaj pretilosti i povećanog obima struka na učestalost, dužinu korištenja i rezultate fizikalnog tretmana.

Materijal i metode: urađeno je epidemiološko ispitivanje 71-og ispitanika sa ranije postavljenom dijagnozom hroničnog degenerativnog reumatskog oboljenja kojima su uzeti podaci o broju, načinima i dužini fizikalnog tretmana. Izmjereni su im obim struka, tjelesna visina i težina i određen index tjelesne težine (BMI), i svi su po VAS skali ocijenili svoje zdravstveno stanje (nivo boli) prije i nakon fizikalnog tretmana.

Rezultati: Prema rezultatima istraživanja nema statistički značajne razlike u dužini i učestalosti korištenja ambulantnih i banjskih fizikalnih tretmana u odnosu na veličinu BMI i obima struka ($p>0,05$). Prosječna ocjena zdravstvenog stanja po VAS skali za one sa preporučenim BMI je 7,65 prije i 2,64 nakon fizikalnog tretmana, a za pretile 9 prije i 4,75 nakon tretmana. Ispitanici sa preporučenim obimom struka po VAS skali imaju prosječnu ocjenu zdravstvenog stanja 7,57 prije i 3,26 nakon fizikalnog tretmana, a ispitanici sa većim obimom struka 8,88 prije i 5,29 nakon tretmana.

Zaključak. Veličine obima struka i BMI ne utiču na učestalost korištenja i dužinu fizikalnog tretmana. Ispitanici sa većim obimom struka i BMI imaju niži nivo zdravstvenog stanja u odnosu na ispitanike sa preporučenim vrijednostima a rezultati fizikalnog tretman su bolji u osoba sa mnajim BMI i obimom struka.

DEBLJINA-SVJETSKI ZDRAVSTVENI PROBLEM PREVALENCA DEBLJINE U AMBULANTI PORODIČNE MEDICINE

Radojka Perić¹, Ratko Perić²

¹Dom zdravlja "Dr Mladen Stojanović", Laktaši, drradojkaperic@gmail.com

²Magistar Sportske Fiziologije, Zavod za Medicinu rada i sporta, Banja luka, ratkoperic@yahoo.com

APSTRAKT

Uvod: Debljina je hronična bolest sa nizom komplikacija koja poprima epidemiske razmjere u cijelom svijetu, a zahtjeva doživotno liječenje. Prekomjernu TT i debljinu danas ima više od jedne milijarde ljudi, od toga čak 10% su djeca.

Cilj: Ispitati prevalencu pretilosti kod registrovanih građana u ambulanti PM "Trn"-Laktaši u periodu od 2007. god do 2011. godine, uočiti rizičnu grupaciju, kao i najčešće riziko faktore za nastanak te bolesti.

Metodologija: Istraživanje je provedeno metodom anketiranja korisnika usluga, pregledom elektronskih kartona, kartica rizika i registara hroničnih nezaraznih bolesti. Podaci su izdvojeni i analizirani, što je dovelo do određenih rezultata.

Rezultati: U promatranom periodu od 2500 registrovanih građana, **487** je bilo prekomjerne TT, i to **272 (55,8%)** ženskog i **215 (44,2%)** muškog pola. Muškarci su adipozniji u dobi od 31-50. te godine, a žene u dobi od 51-64. godine. 86 (17,7%) osoba oba pola imaju vrijednosti BMI preko 30% (adipozne osobe), a njih 17 (3,5%) ima BMI preko 40% (osobe

velike pretilosti). Velik broj korisnika usluga prekomjerne TT imaju NK stručnu spremu, njih 270 (55,4%) i to više osobe ženskog pola. 126 (25,8%) je imalo genetsku predispoziciju za bolest, a 123 (25,2%) je bilo izloženo nekoj vrsti stresa. Od 487 osoba prekomjerne TT, 190 (39,0%) je na neki način bilo u vezi sa duvanskim dimom (pušači, bivši pušači, pasivni pušači...). Meso prevladava u prehrani kod adipoznih muškaraca, a voće i povrće je više zastupljeno kod žena, kao i tjestenina i slatkiši. Oko 60% osoba je fizički inaktivno.

Zaključak: Najvažnija uloga porodičnog ljekara u cilju smanjenja oboljelih od prekomjerne TT i pridruženih komplikacija u vezi sa tim je **edukacija građana**. I ova studija, ne odstupajući od međunarodne statistike pokušala je dokazati da se može utjecati na prevalencu adipoznog stanovništva ako znamo preventabilne faktore rizika, naravno uz pomoć zajednice.

KLJUČNE RIJEČI

Debljina, faktori rizika, porodični ljekar, zajednica

RADIOTERAPIJA ILI RADIJACIONA ONKOLOGIJA – ULOGA U TRETMANU ONKOLOŠKIH PACIJENATA

Slavica Marić, Sonja Vitorović, Jovan Babić, Božica Vujošević, Oliver Arsovski, Slavica Marić, Pavle Banović

Centar za radioterapiju IMC B.Luka

APSTRAKT

Uvod: Radioterapija ili radijaciona onkologija je grana medicine koja koristi jonizujuće zračenje visokih energija, radi liječenja pacijenata te potpune lokalne kontrole bolesti. Prema podacima ASTRO/American society of radiation oncologists/ od 1,4 miliona godišnje oboljelih pacijenata od karcinoma, 1 milion pacijenata će biti tretiran radioterapijom. Od toga 60% je sa kurativnom namjerom (cilj je izlječenje pacijenta). Prema ovim parametrima, gotovo da nema onkološkog bolesnika koji bar jednom za vrijeme trajanja bolesti neće biti podvrgnut RT tretmanu. Osnovna podjela radioterapije je na teleradioterapiju i brahiterapiju. Teleradioterapija je oblik radioterapije kod koje se izvor zračenja nalazi izvan tijela na udaljenosti do 100cm. Teleradioterapija se još naziva i spoljašnje ili transkutano zračenje. Prema energiji ionizujućeg zračenja dijeli se na ortovolatažnu i supervolatažnu radioterapiju. Ortovolatažna RT koristi energije zračenja jačine 50-300Kv. Primjena napona većeg od 400kV odgovara supervolatažnoj radioterapiji, dok megavolatažna radioterapija označava teleradioterapiju kod koje se koriste zraci energije veće od 1MeV. Brahiterapija je vrsta radioterapije kod koje se radioaktivni materijal aplicira direktno u tumor. Time se omogućuje ozračivanje tumora visokim dozama zračenja, a da se pri tome okolno zdravo

tkivo gotovo ne zrači. U radioterapiji se koriste različiti aparati i mašine koje generišu ili posjeduju izvore ionizujućih zračenja. Moderni visoko energetski LINAC obezbeđuje 2 fotonске energije (6 MV i 18 MV) i nekoliko elektronskih energija (6, 9, 12, 16, 22 MeV). U odnosu na očekivani efekat radioterapija može biti kurativna (očekujemo izlječenje), te palijativna (poboljšanje životnog komfora, smanjenje bola, opstrukcije itd). Shodno tome prilagođavamo i dozu, te može biti radikalna ili palijativna. Radijacioni onkolog je stalni član multidisciplinarnih onkoloških konzilijuma, gdje se donose odluke o modalitetu liječenja koje će biti primarno (operativni zahvat, radioterapija, hemoterapija).

Zaključak: Radioterapija ima izuzetno važnu ulogu u tretmanu onkoloških pacijenata. Postoje indikacije gdje radioterapija samostalno ili kombinovano sa drugim modalitetima liječenja dovodi do potpunog izlječenja. U inkubabilnih pacijenata u uznapredovalom stadijumu radioterapija ublažava simptome bolesti..

KLJUČNE RIJEČI

radikalna radioterapija, palijativna radioterapija, brahiterapija

UČESTALOST SKOLIOSA KOD DJECE ŠKOLSKOG UZRASTA KOJA SE BAVE SPORTOM

Snježana Milutinović Matić, Nela Janjić, Zora Zenić
JZU DZ Banja Luka

APSTRAKT

Uvod: Idiopatska adolescentna skolioza je postranicno iskrivljenje kicme koje može da se pojavi u inace zdrave osobe u dobi od 10 godina do kostane zrelosti i koje iznosi vise od 10 stepeni po Cobbu mereno na rendgenskoj slici ucinjenoj u stojecem položaju. Relativno je cesta u adolescentnoj dobi i trebalo bi je razlikovati od skolioticnog "loseg" drzanja.

Cilj: Utvrditi učestalost skolioze kod dece koja se bave sportom, i da li sport pomaze ili ne u očuvanju grade i funkcije kicmenog stuba.

Ispitanici i metode: Istrazivanje je obavljeno u sklopu sistematskog pregleda dece u Osnovnoj Skoli "Ivo Andrić" u Banja Luci. U periodu od 13.03 do 20.03. 2012 godine pregledana su deca koja pohadaju sedmi i deveti razred. Pregledano je 103 decaka. devojcice i 93 . devojcice. Kriterij je bio da se bave nekim sportom duže od jedne godine i da su jos uvek aktivni u tom ili nekom drugom sportu. Dijagnoza je postavljena na osnovu anamneze, klinickog pregleda (Adamsov test ili test preklona, kod koga se primecuje asimetrija položaja rebara).

Rezultati: Od pregledanih decaka sportom se bavi njih 64 (62,13%), desnostranu skoliosu ima 20 (31,25%), a levostranu 3 (4,68%)decaka. Od ove dece 41 decak (64,06%) se bavi sportom, i nema verifikovanu skoliozu. Od pregledanih decaka 39(37,86%)njih se ne bavi sportom. 21(53,84%) nema

verifikovane skoliose dok 15 (38,46%) ima desnostranu a 3 (7,69%) levostranu skoliozu.

Od 93 pregledane devojcice sportom se bavi njih 47 (50,53), od kojih 18 (38,29%) ima desnostranu a 4 (8,51%) levostranu skoliozu. 25 (26,88%)devojcica nema verifikovanu skoliozu i bave se sportom. 46 (49,46%) devojcica se ne bavi sportom, 27(58,69%) njih ima verifikovanu desnostranu skoliozu a 3 (6.52%) levostranu.Deset devojcica(21,7%), nema vidljive skolioze.

Od ukupno pregledane dece 86 (43,87%) ih je bilo upuceno fizijatru, od toga 37(43,02%)decaka i 49 (56,97%) devojcica, u cilju dalje dijagnosticke obrade i obnove fizičkog tretmana.Samo je troje dece sa znacajnom skoliosom > od 20 stepeni,(devojcica koja se bavi plesom vise od pet godina, druga je manekenka i decak/nije sportski tip/), i nisu predhodno bili pod kontrolom fizijatra .

Period u kom su se deca bavila sportom kretao se od jedne godine u konkretnom sportu ali su deca cesto menjala discipline i trazila se. Kosarka, karate i folklor su bili najduže trenirani sportovi , (8 godina), a plivanje, tenis, folklor, i kosarka su bili najbiraniji sportovi.

KLJUČNE REČI

idiopatska adolescentna skolioza, lečenje, sport

NEŽELJENI EFEKTI RADIOTERAPIJE

Sonja Vitorović, Slavica Marić, Jovan Babić, Božica Vujošević, Oliver Arsovski, Slavica Marić, Pavle Banović
Centar za radioterapiju IMC Banja Luka

APSTRAKT

Uvod: Radioterapija kao modalitet lečenja malignih tumora zauzima veoma značajno mesto, obzirom da se na ovaj način tretira danas oko 50% novootkrivenih slučajeva.U radioterapijskom tretmanu onkoloških pacijenata korisitimo jonizujuća zračenja veoma visokih energija. Kada je tumorsko tkivo pacijenta izloženo snopu jonizujućeg zračenja, nastaje oštećenje ne samo ozračenog tumorskog već i zdravog tkiva jer i kroz njih prolazi snop. Radi boljeg razumevanja delovanja jonizujućeg zračenja na ćeliju kako malignu tako i zdravu, treba se osvrnuti na neke osnovne radiobiološke pretpostavke. Jonizujuće zračenje deluje dvojako na ćeliju: putem slobodnih radikala (kratkotrajni hemijski spojevi) koji u interreakciji sa molekulima vode dovode do lomova lanaca DNA ili direktnim pogotkom DNA, čime dovode do njegovog direktnog oštećenja. Pojedine faze ćelijskog ciklusa (M faza - faza deobe, G1 (eng. Gap=praznina), S faza - faza sinteze DNA, G2 su različitog trajanja kod različitih vrsta ćelija. Ćelija je najosetljivija na zračenje u M fazi ciklusa. Ćelije različitih tkiva razlikuju se u dužini G1 faze.Prema načinu reakcije na oštećenje ćelija, tkiva se dele na BRZO PROLIFERIRAJUĆA (RANOODZIVNA) TKIVA (koštana srž, mukoza, jajnik, testis, folikul dlake) i NEPROLIFERIRAJUĆA (KASNOODZIVNA) TKIVA (pluća, jetra, bubreg, endokrine žlezde, endotel krvnih žila, mišići,

kosti, hrskavica i živci). Shodno tome razlikujemo dve vrste oporavka subletalnog oštećenja ćelija: Tkvni oporavak karakterističan za ranoodzivna tkiva (matične ćelije ubrzano se dele da bi nadoknadile gubitak - unutar prvih 6 h nakon prestanka zračenja) i ćelijski oporavak karakterističan za kasnooodzivna tkiva (odumrle ćelije nadoknađuju se deobom funkcionalnih ćelija, koje zadržavaju stepen diferencijacije ćelije majke). Obzirom da je radioterapija lokoregionalna terapija, efekti će biti vezani za regiju koja se zrači. Prema vremenu kada se javljaju mogu se podeliti na rane i kasne. Rani efekti se javljaju u toku zračnog tretmana (obično 2-3 nedelje od početka zračenja) i reverzibilni su, dok se kasni efekti mogu podeliti u subakutne koji se javljaju 3-6 meseci nakon završene radioterapije i hronične koji se javljaju nakon 6-12 meseci, obično su irreverzibilni, a nastaju zbog oštećenja ćelija i sitnih krvnih sudova (endarteritis obliterans).

Zaključak: Stepen radijacionog oštećenja zavisi od ukupne apsorbovane doze, veličine i lokalizacije zračnog volumena. Kombinacija hirurgije i/ili HT sa RT smanjuje toleranciju zdravih struktura na radioterapiju.

KLJUČNE RIJEČI

oštećenje tumorskog tkiva, oštećenje zdravog tkiva, efekti zračne terapije

AKUTNA TEŠKA ASTMA U SLUŽBI HITNE MEDICINSKE POMOĆI DOMA ZDRAVLJA BUELJINA U PERIODU OD 01.01.2011. DO 31.12.2011. GODINE

Srđan Mijatović, Zlatko Maksimović, Aleksandra Mijatović, Dijana Dukić
Dom zdravlja Bijeljina, Health center Bijeljina

APSTRAKT

Uvod: Akutna teška astma se definiše kao životno ugrožavajuće pogoršanje koje ne reaguje na uobičajenu terapiju i zahtijeva urgentno liječenje. FEV1 i PEF pokazuju stepen opstrukcije disajnih puteva i u jedinicama hitne pomoći čine standard za procenu težine bronhopstrukcije i praćenje odgovora na terapiju.

Cilj rada: Prikazati pacijente sa akutnom teškom astmom koji su se javili u Službu hitne medicinske pomoći Doma zdravlja Bijeljina u periodu od 01. januara 2011. do 31. decembra 2011. godine.

Metod rada: Izvršena je retrospektivna analiza ambulantnih protokola. Broj pacijenata sa teškom astmom je prikazan po mjesecima u kojima su se javljali na pregled, analizirana je polna i starosna struktura, redovnost uzimanja terapije i primjenjena terapija.

Rezultati: U navedenom periodu javilo se ukupno 835 pacijenata, najviše tokom septembra 13,29%, a najmanje

tokom januara 2011. godine 4,79% pacijenata. Prema polnoj strukturi više su zastupljeni pacijenti muškog pola 55,20% u odnosu na ženski 44,80%. Prema starosnoj strukturi najzastupljeniji su pacijenti starosti od 60 - 70 godina. Od ukupnog broja pacijenata redovno je terapiju uzimalo 72%. Terapijski postupak je takav da je inhalatorne bronchodilatatore (brzodjelujući beta-2 agonisti) primilo 66,11% pacijenata, a parenteralnu bronchodilatatornu terapiju (aminofilin) 33,89% pacijenata. Smanjenu saturaciju O_2 ispod 90% imala su 5,03% pacijenta i primjenjena oksigenoterapija. Sistemski kortikosteroid je primilo 61,44% pacijenata.

Zaključci: Obrada podataka pokazala je da je kod skoro svakog 60-og pacijenta koji se javio u Službu hitne medicinske pomoći dijagnostikovana akutna teška astma. Određivanjem FEV1 i PEF može se postići objektivizacija stanja pacijenta i postaviti pravilna dijagnoza koja je preduvjet za adekvatnu terapiju, koja se sprovodi prema GINA smjernicama.

ZNAČAJ RANOG OTKRIVANJA STRABIZMA I REFRAKCIJONIH ANOMALIJA U LIJEČENJU AMBLOPIJE

Zorana Pavlović¹, Snežana Pandurević²

¹Specijalizant oftalmologije, Opšta bolnica „Sveti apostol Luka, Doboј, zoranapavlovic83@gmail.com

²Dom zdravlja, Istočno Sarajevo, snezapandurevic@gmail.com

APSTRAKT

Uvod: Danas se računa da 3,2% cjelokupnog stanovništva ima funkcionalnu ambliopiju, što pokazuje da je to veliki, ne samo medicinski, nego i socijalni i ekonomski problem. Do nastanka ambliopije dolazi uslijed postojanja strabizma i nekorigovanih refrakcionih anomalija.

Cilj rada: Ukažati na značaj ranog otkrivanja strabizma i refrakcionih anomalija u prevenciji i adekvatnom liječenju ambliopije.

Metodologija: Retrospektivno je evaluirano 68 slabovidne djece, uzrasta 1-10 godina, liječenih u Kabinetu za pleoptiku i ortoptiku, na Očnom odjeljenju, Opšte bolnice u Doboјu, u periodu od 2009 do 2012 godine. Kod svih je izvršen kompletan oftalmološki pregled i ortoptički status, nakon čega je korigovana refrakciona greška i započeto liječenje slabovidnosti.

Rezultati: Od ukupno 68 djece, bilo je 36 (53%) dječaka i 32 (47%) djevojčica. Najveći broj 42 (65%) bio je u grupi 4-6 godina, zatim u grupi 1-3 godine, 19 (28%) i 7 (10%) u grupi 7-10 godina. Vidna oštrina prije liječenja je kod 21 (31%) djece bila do 0,3, kod 20 (29%) 0,4-0,5, dok je kod 8 (12%) iznosila 0,6-0,8. Kod 19 (28%) djece se zbog malodobnosti nije mogao odrediti vid. Konvergentni strabizam je otkriven kod 44 (65%), divergentni strabizam kod 7 (10%), dok je 17 (25%) bez strabizma. Od refrakcionih grešaka, bilo je 32 (47%) djece sa hipermetropijom, 21 (31%) sa hipermetropnim

astigmatizmom, 12 (18%) sa miopijom i 3 (4%) sa miopskim astigmatizmom. Nakon liječenja vidna oštrina kod najvećeg broja djece, 38 (56%), bila je 0,8-1,0, nešto manje, 14 (20%) je imalo vidnu oštrinu 0,6-0,8, njih 10 (15%) je neznatno popravilo vidnu oštrinu (0,4-0,5), dok je 6 (9%) ostalo bez uspjeha u liječenju (ispod 0,3).

Zaključak: Kada je u pitanju funkcionalna ambliopija promjene su reverzibilne, ukoliko je slabovidost blagovremeno otkrivena i adekvatno liječena. Uspješnost liječenja naglo pada poslije šeste godine, što je razumljivo s obzirom da binokularni vid završava svoj razvoj sa pet godina života. U pravovremenom otkrivanju i liječenju poremećaja refrakcije, strabizma i posljedične slabovidosti mora postojati saradnja ljekara svih specijalnosti, u prvom redu doktora porodične medicine, pedijatra i oftalmologa.

ZNAČAJ SMJERNICA ZA LIJEČENJE ASTME U ORDINACIJI PORODIČNOG DOKTORA

Tanja Pekez-Pavliško

specijalistica obiteljske medicine, KOHOM, Izvršni odbor EURIPA

UVOD

Medicinske ili kliničke smjernice (a možemo koristiti i izraze klinički protokol ili kliničke smjernice za praksu) su dokumenti čiji je cilj usmjeravanje pri donošenju odluka u dijagnozi, liječenju i praćenju pojedinih bolesti. Ovakvi dokumenti se, u stvari, koriste stotinama godina i možemo ih naći u cijeloj istoriji medicine.

Ali, u odnosu na istoriju, savremene smjernice se ne baziraju na tradiciji ili autoritetima nego na dokazima iz postojećih istraživanja. Tako danas govorimo o grani medicine – medicina zasnovana na dokazima – evidence based medicine. Takve smjernice uglavnom se donose putem konsenzusa a na temelju postojećih istraživanja i najbolje prakse.

Global Initiative for Asthma (GINA) je osnovana 1989. godine u saradnji sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom a u cilju smanjenja oboljevanja i umiranja od astme. Svojim upornim radom uspijevaju manje ili više unaprijediti živote bolesnika od astme. Od 1993. godine objavljaju se smjernice, koje se mijenjaju s napretkom liječenja.

EPIDEMIOLOGIJA

Bolesti dišnog sistema su na petom mjestu po uzroku smrtnosti u ovim krajevima. Nažalost, zbog loše statističke obrade, ne možemo doći do podataka o tačnom broju oboljelih od astme, broju hospitalizacija zbog pogoršanja astme, kao niti o broju smrtnih slučajeva zbog astme. Prevalencija je različita u različitim dijelovima svijeta, i navodno je manja u Estoniji, Grčkoj, Indiji i Kini. Za Hrvatsku postoje određeni podaci da je prevalencija astme u porodičnoj medicini 3 - 4%, tako da bi svaki doktor koji vodi brigu o oko 1700 pacijenata trebao imati između 60 i 110 pacijenata s astmom.

ETIOLOGIJA I PATOFIZIOLOGIJA

Klinička slika astme te etiološki faktori koji dovode do astme su vrlo različiti, ali jednom im je zajedničko: upala dišnih puteva. Upala dišnih puteva ostaje i kada se astma pojavljuje periodično, a težina astme i intenzitet upale još uvijek nisu jasno proučeni. Upalna reakcija javlja se u svim nivoima dišnih puteva, od nosa do alveola, ali je najviše izražena u bronhima srednje veličine.

Uzročnici astme

Genetska predispozicija: studije upućuju na to da nasljedni faktori utiču na nastanak astme, ali je dosadašnjim studijama pokazano da u različitim etničkim grupama različiti geni su odgovorni za astmu. Sadašnja istraživanja okrenuta su prema genima koji su odgovorni za izlučivanje IgE antiga, hipersenzitivnost dišnog puta itd. Od ostalih uzročnika vezanih za ljudsko tijelo dokazano je da debljina otežava regulaciju astme. Prevalencija astme je češća kod muškaraca (dječaka) do 14 godine, kada dolazi do promjene te se u starijoj dobi astma češće javlja kod žena nego kod muškaraca.

Niz je vanjskih rizičnih faktora koji dovode do pojave i/ili pogoršanja astme: alergeni (voditi računa o radnicima u hemijskoj industriji, pekarskoj industriji, poljoprivredi pa i zdravstvu – alergija na lateks), pušenje (aktivno i pasivno), vanjsko zagađenje, promjene vremena, infekcije dišnih puteva, zapadnjačka dijeta, dok dojenje pozitivno utiče na astmu.

Dijagnoza astme

Dijagnoza astme se postavlja na osnovu kliničke slike, kliničkog pregleda i spirometrije i/ili peakflowmetrije. Za starije osobe potrebno je učiniti i rentgensku sliku pluća i srca, 12 kanalni EKG, te provjeriti uzima li pacijent beta blokatore (čak i u obliku kapi za liječenje glaukoma). Pored ovog, potrebno je odrediti i alergijski status (određivanje IgE u serumu i kožni testovi) u cilju izbjegavanja alergena.

Klinička slika astme varira u odnosu na njenu težinu i karakteristike pacijenta: nedostatak zraka, kašalj, wheezing te težina u grudnom košu. Kašalj je simptom koji se može javiti samo noću i tada otežava postavljanje dijagnoze, a češće se javlja kod djece nego kod odraslih. U slučaju kašla kod odraslih diferencijalno dijagnostički treba voditi računa o eozinofilnom bronhitisu (eozinofili u ispljuvkama, uz normalnu plućnu funkciju), kašalu izazvanom ACE inhibitorima, gastroezofagealnom refluksu, hroničnom sinusitisu i poremećaju glasnica.

Kod uzimanja anamneze bitno je ustanoviti javlja li se pogoršanje simptoma noću (što može biti vrlo opasno, obzirom da se pacijenti bude u uznapredovalom pogoršanju), prilikom vježbe (tada se češće javlja kašalj, koji spontano prolazi nakon 30 – 45 minuta), astmi koja se teško kontroliše.

Fizikalni pregled zavisi o stepenu astme. Tako da nalaz na plućima može varirati od normalnog do wheezinga. Posebno je opasno stanje kada je šum disanja nad plućima jedva čujan ili nečujan, ali tada postoje i drugi znaci: nemogućnost izgovaranja rečenice u cijelini, dispneja, cijanoza, upotreba pomoćne muskulature.

Pitanja koja trebamo postaviti kada sumnjamo na astmu:

1. Je li pacijent imao jedan ili više napada wheezinga?
2. Kašle li pacijent noću?

3. Kašlje li pacijent ili ima wheezing nakon vježbe (fizičkog napora)?
4. Kašlje li pacijent ili ima osjećaj pritiska u grudnom košu nakon fizičkog napora, izlaganja alergenima ili zagađivačima vazduha?
5. Da li se u slučaju prehlade simptomi „prenose na grudni koš“ a pacijentu treba više od 10 dana da se oporavi?
6. Poboljšavaju li se simptomi nakon uvođenja odgovarajuće terapije za astmu?

Najteže od svega je razlikovati hroničnu opstruktivnu bolest pluća i astmu za što postoje ankete (jedna od njih objašnjena je u radu Tinkelman GD i saradnika, a preporučena od strane GINA tima, dostupno na:

<http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowPDF&ArtikelNr=000090141&Ausgabe=231763&ProduktNr=224278&filename=000090141.pdf>.

U prijašnjim smjernicama astme najveća pažnja se davala vrijednostima FEV1 i FVC prilikom spirometrije. Sada se vrijednosti spirometrije uzimaju pojednostavljenije, a za kontrolu astme bitni su i drugi faktori koji će biti prikazani kasnije. Sadašnja definicija vrijednosti spirometrije: možemo govoriti o postojanju astme ako dolazi do porasta FEV1 za 12 ili više postotaka ili 200 i više ml nakon administracije bronchodilatatora. U smjernicama postoji i preporuka ponavljanja testa. Za dijagnozu astme kod spirometrije može se koristiti i odnos FEV1/FVC koji mora biti veći od 0,75 do 0,80 kod odraslih i 0,90 kod djece.

Peakflowmetrija je idealan instrument za dijagnozu i praćenje astme. Najbolje je ako se vrijednosti peakflowmetrije uspoređuju s najboljim vrijednostima svakog pacijenta. Poboljšanje od 60 L/min (ili više od 20% nakon uzimanja bronchodilatatora) ili varijacije tokom dana veće od 20% govore u prilog astme.

Kod pacijenata s normalnom plućnom funkcijom a sa sumnjom na astmu potrebno je nekad određivanja odgovora dišnih puteva na metaholin i histamin ili vježbu.

Liječenje i kontrola astme

Za dobro liječenje astme potrebno je:

- a) Razviti odnos pacijent/doktor
- b) Identifikovati i smanjiti faktore rizika
- c) Dijagnostikovati, liječiti i promatrati astmu
- d) Liječiti pogoršanje astme.

Da bismo mogli uspješno liječiti svoje pacijente, potrebno je razviti dobar odnos s njima. S obzirom da smo uglavnom orijentirani na sebe i našu medicinsku sestru, u radu s pacijentom moramo naglasiti:

- Izbjegavanje faktora rizika
- Tačno uzimanje lijekova
- Objasniti ulogu lijekova u kontroli astme te lijekova koji se koriste u pogoršanju astme
- Praćenje statusa astme praćenjem simptoma i peakflowmetrijom
- Prepoznavanje znakova koji upućuju na pogoršanje astme
- Traženje medicinske pomoći kad je potrebno.

Bilo bi dobro imati pisane upute za pacijente o lijekovima koji moraju stalnu uzimati, lijekove koje moraju uzimati u pogoršanju, o simptomima o kojima moraju voditi računa, kada da se jave doktoru (navesti simptome i kako mogu sebi pomoći do dolaska doktoru).

Za izbjegavanje faktora rizika potrebno je navesti:

- Izbjegavanje pušenja i zadimljenih prostorija
- Izbjegavanje lijekova, hrane i aditiva koji mogu dovesti do pogoršanja astme
- Kućna higijena (sedmično pranje posteljine u vrućih vodi i sušenje na suncu, uklanjanje tepiha, tepisona – posebno u spavaćoj sobi, zamjena perjanih jastuka, redovno čišćenje kuće).
- Uklanjanje kućnih ljubimaca
- Zatvaranje prozora i vrata za vrijeme najvećih koncentracija polena

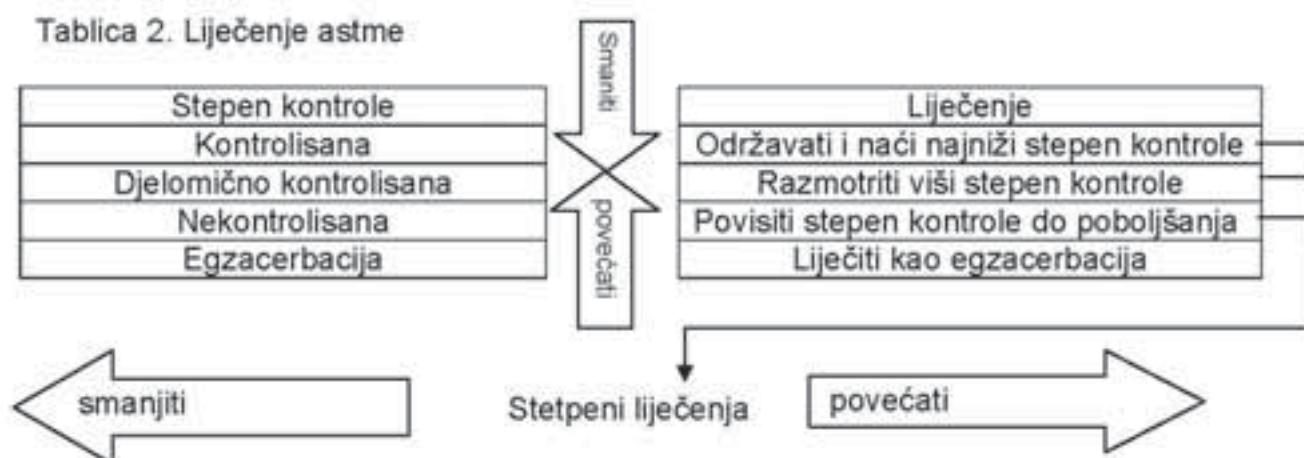
Pacijenti s astmom ne bi trebali izbjegavati fizički napor (ako astmu izaziva fizički napor prije napora koristiti beta2 agoniste – alternativa su modifikatori leukotriena).

Prilikom uvođenja inhalacijskih lijekova potrebno je prije svega odrediti način korištenja inhalacijskih lijekova (putem inhalera, diskusa ili nebulajzera) educirati pacijenta: pokazati mu korištenje, zatražiti od njega da pokaže kako koristi lijek prilikom svake posjete.

Prema ovim smjernicama za liječenje astme pored vrijednosti spirometrije potrebno je pratiti i simptome pacijenta (tablica 1). Na osnovu toga se određuje terapija astme (tablica 2).

Tablica 1. Stepen kontrole astme (prati se tokom 4 sedmice)

Karakteristike	Kontrolisana astma (sve od navedenog)	Djelomično kontrolisana (neki simptomi/mjerenja prisutni)	Nekontrolirana
Dnevni simptomi	Nema (manje od 2x sedmično)	Više od 2 x sedmično	
Ograničenje aktivnosti	Nema	Neka	
Noćni simptomi/buđenje	Nema	Ponekad	
Potreba za dodatnim liječenjem	Nema (manje od 2x sedmično)	Više od 2 x sedmično	
Funkcija pluća (PEF ili FEV1)	Normalna	<80% od najbolje vrijednosti (ako je poznata)	

Tablica 2. Liječenje astme

Korak 1	Korak 2	Korak 3	Korak 4	Korak 5
Astma edukacija. Kontrola faktora rizika. Prije prelaska na viši stepen kontrole prekontrolirati tehniku inhaliranja i provjeriti jesu li simptomi vezani za astmu.				
Kad je potrebno B2agonist	Kad je potrebno B2agonist			
	Odredi jedno	Odredi jedno	Na korak tri, Dodati jedan ili više	Na korak četiri
	Male doze inhalacijskih kortikosteroida	Male doze inhalacijskih kortikosteroida plus dugodjelujući B2agonist	Srednje do velikih doza inhalacijskih kortikosteroida plus dugodjelujući B2agonist	Oralni kortikosteroid (male doze)
	Modifikatori leukotriena	Srednje do velikih doza inhalacijskih kortikosteroida ili Male doze inhalacijskih kortikosteroida plus modifikatori leukotriena	Modifikator leukotriena Teofilin u retard obliku	Liječenje anti IgE lijekovima
		Male doze inhalacijskih kortikosteroida plus teofilin u retard obliku		

Prema stepenu kontrole astme, potrebno je mijenjati terapiju i prelaziti s jednog koraka na drugi.

Prvi lijek izbora u liječenju astme su inhalacijski kortikosteroidi. U tablici 3. prikazane su doze pojedinih kortikosteroida za male, srednje i velike doze u kontroli astme.

Tablica 3. Usپoredne doze kortikosteroida u kontroli astme

	Male doze	Srednje doze	Velike doze
Becломethasone	200-500	>500-1000	>1000
Budesonide	200-600	600-1000	>1000
Budesonide-Neb inhalacijska otopina	250-500	500-1000	>1000
Ciclesonide	80 – 160	>160-320	>320-1280
Flunisolide	500-1000	>1000-2000	>2000
Fluticasone	100-250	>250-500	>500
Mometasone furoate	200-400	> 400-800	>800-1200
Triamcinolone acetoneide	400-1000	>1000-2000	>2000

Lokalne nuspojave ovih lijekova mogu biti: kandidijaza usta, promuklost te kašalj zbog iritacije gornjih dišnih puteva. Ispiranje usta vodom nakon uzimanja lijeka može smanjiti mogućnost pojave kandidijaze. Sistemske nuspojave ovise o nizu faktora, ali u nizu studija dokazano je da ciklesonid, budenosid i flitukazon imaju najmanje sistemne nuspojave. Ipak se kao nuspojava mogu pojaviti strije, supresija nadbubrežne žlijezde i osteoporoza. Zbog toga je potrebno voditi računa o provođenju screeninga na osteoporozu.

Modifikatori leukotriena se uglavnom koriste u kombinaciji s inhalacijskim kortikosteroidima, posebno u srednje teškoj astmi. Uglavnom djeluju na smanjenje kašla, upalne komponente i broja egzacerbacija. Vrlo dobro djeluju kod astme izazvane uzimanjem acetilsalicilne kiseline. Prema sadašnjim spoznajama, ova grupa lijekova nema nuspojave.

Dugodjelujući i kratkodjelujući β_2 agonisti se ne smiju koristiti kao monoterapija, a kratkodjelujući β_2 agonisti se ne smiju koristiti u terapiji kontrole astme nego samo u egzacerbaciji.

Dugodjelujući β_2 agonisti se trebaju da

koriste u fiksnoj kombinaciji s inhalacijskim kortikosteroidima u srednje i teškoj astmi, a time se omogućava smanjenje doze kortikosteroida. Postoje studije koje su pokazale veću smrtnost ako su se dugodjelujući β_2 agonisti koristili sami i za kontrolu blažeg stepena astme. Stoga je bitno naglasiti da se β_2 agonisti uvode samo u slučaju srednje i teške astme. Nuspojave mogu biti kardiovaskularna stimulacija, tremor i hipokalijemija.

Teofilin je omiljeni lijek u povijesti liječenja astme. On se definitivno povlači kao lijek prvog izbora i može se koristiti kao dodatni lijek u liječenju srednje i teške astme. Obzirom da naši stari bolesnici još uvek vole da dobiju aminofilin u egzacerbaciji astme potrebna je pažljiva upotreba i monitoriranje pacijenta. Prvi znaci intoksikacije su mučnina i povraćanje, a teže nuspojave mogu dovesti do aritmija, epileptičkih napada pa i smrti.

Sistemski kortikosteroidi se koriste u kontroli najtežeg oblika astme i to u periodu ne dužem od dvije sedmice. Trebali bi se davati ujutro i postepeno ukidati. Nema potrebe za parenteralnim davanjem kortikosteroida kod pacijenata koji su sposobni uzimati lijekove na usta. Dugotrajna upotreba kortikosteroida može dovesti do osteoporoze, hipertenzije, dijabetesa, strije, slabosti mišića. Pacijenti koji moraju dugo uzimati sistemske kortikosteroide trebali bi se preventivno liječiti protiv osteoporoze.

U najnovijim smjernicama GINA-e prikazani su i drugi lijekovi koji se mogu koristiti u liječenju astme, ali koji prelaze okvire ovog teksta i upotrebe u ordinaciji doktora porodične medicine.

Zaključak

U zaključku bismo mogli reći da najnovije smjernice GINA-e omogućuju suvereno liječenje astme u ordinaciji porodične medicine s obzirom na nekoliko činjenica:

- Za dijagnozu astme nije potrebna sofisticirana oprema (ako doktor nema mogućnosti nabavke spirometra, može se koristiti COPD uređajem ili raditi samo peakflowmetriju)
- Potrebno je poznavanje samo nekoliko osnovnih lijekova za dobru kontrolu astme
- Istaknuta je saradnja pacijent – doktora kao jedan od bitnih faktora, a koja je jedino moguća u ambulantni porodičnog doktora
- U smjernicama je ponuđeno i niz alata kojim se unapređuje znanje doktora, daje podrška pacijentu.

Korištenje smjernica pomaže u radu svakog doktora, smanjuje mogućnost greške, štedi vrijeme potrebno za proučavanje literature i na kraju, ne manje važno, smanjuje mogućnost konflikta s pacijentom.



Snažno protiv bola i reume



Novo!

**2X veće pakovanje
prilagođeno
Vašim potrebama!**



Aktivna komponenta **Fastum® Gel** je jedinstvena hidroalkoholna formulacija ketoprofena koja omogućava mnogo brže i snažnije prodiranje kroz kožu te višu koncentraciju lijeka na mjestu boli.

Provjerite zašto je **Fastum® Gel** izbor miliona pacijenata, farmaceuta i ljekara širom svijeta!

Fastum® Gel brzo i snažno smanjuje:

- **bol i otok kod sportskih povreda**
- **bol i otok kod reumatskih i uupalnih bolesti**

**Fastum® Gel, se veoma brzo upija, ne ostavlja nikakve tragove na koži i odjeći
i prijatnog je mirisa lavande.**

**Fastum® Gel u svim apotekama bez ljekarskog recepta.
Fastum® Gel dio Vaše kućne apoteke!**

 **BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Prije upotrebe pažljivo pročitati uputstvo o lijeku. Za obavijesti o indikacijama, mjerama opreza i neželjenim efektima posavjetujte se sa ljekarom ili farmaceutom.



THE ART & SCIENCE OF GENERAL PRACTICE

WONCA EUROPE 2012, JULY 4-7

AUSTRIA CENTER VIENNA

Relaksacija i edukacija - dobitna kombinacija

WONCA EUROPE 2012

Mirjana Babić, Olivera Pejović, spec. porodične medicine



Krenuo sam u Vienu" ... negdje iz dubine, kao kroz san, dopiru taktovi nezaboravne pjesme i prate nas sve do ulaska u Carski grad.

Grad koji je vijekovima imao vodeću ulogu u kreiranju političke scene Evrope, kulturno središte, mjesto ukrštanja raznih kultura te, kako rekoše, jedna od najstarijih metropola u srcu Starog kontinenta.

Beč, turistički, univerzitetski grad. Mjesto koje ugošćava učesnike mnogobrojnih konferenciјa i kongresa. Grad koji danas predstavlja jedan od najvažnijih kongresnih centara.

Od 4.7.2012. do 7.7.2012. godine u ovoj metropoli je održana XVIII konferencija porodične medicine Evrope (Wonca 2012) koja je obuhvatila spoj umjetnosti i nauke, pod stručnim nazivom „The Art&Science of General Practice”.

Cjelokupni naučnoumjetnički program, u trajanju od 4 dana, u velejepnoj „Austria Center Vienna”, kongresnoj dvorani, okupio je 2700 učesnika iz gotovo svih zemalja Evrope, te gostiju iz Azije, Afrike...



THE ART & SCIENCE OF GENERAL PRACTICE

WONCA EUROPE 2012, JULY 4-7

AUSTRIA CENTER VIENNA



Početak konferencije je bio impresivan. Kad ste već stigli u muzički centar, sasvim logično bilo je čuti za nas maestralne Štrausove valcere i polke, kojima su nas oplemenile i počastile kolege, austrijski ljekari, članovi Simfonijskog orkeстра.

Službeni jezik bio je engleski, ali je paralelno bilo predavanje i na njemačkom.

Konferencijske teme su bile raznolike, prezentovane u vidu oralnih i petominutnih poster prezentacija i tematskih radionica.

Na naše zadovoljstvo, ljekari iz Republike Srbске su imali veoma posjećene poster prezentacije, aktivno su vodili i učestvovali u radu tematskih radionica.

Autore ovog teksta je privukla i poster prezentacija kolega iz Turske, kao i Španije koji su na interesantan način prikazali zbog čega pacijenti u suštini najčešće mijenjaju svog porodičnog ljekara. Kolege iz susjedne države su pokazale da bez adekvatne ekonomski osnove kvalitet rada porodičnog ljekara gubi na kvalitetu i ne dolazi do izražaja. U knjizi apstrakta objavljeno ih je više od 1000. Na konferenciji je bilo 269 oralnih prezentacija, 71 tematska radionica, 607 postera, 12 simpozijuma, 1 otvoreni space session, te jedinstvena slikarska egzibicija porodičnih ljekara „Docsart“, kojom se prikazuje intenzivna veza umjetnosti i medicine.

Nadamo se da će nova XIX konferencija Wonca 2013, koja se održava u Pragu, biti još kvalitetnija i da se najljepša evropska prijestonica može pokazati u još spektakularnijem izdanju.



Radovi doktora iz Republike Srpske - Knjiga apstrakta Wonca 2012.

COUNTRY REPORTS

Ongoing mumps outbreak in Republic of Srpska (BiH) - challenges faced by family doctor

Z. Dakić¹, I. Novaković¹, M. Tešanović², E. Suhaneč³, M. Dakić¹, M. Novaković⁴;

¹Health Center Bijeljina, Bijeljina, Bosnia and Herzegovina,

²Public Health Institute, RS, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina,

³Institution for Emergency Medicine, Novi Sad, Serbia,

⁴University of East Sarajevo, Medical Faculty Foča, Foča, Bosnia and Herzegovina

POSTER

Case report - the patient with neurofibromatosis

H. V. B. D. Bašić, J. Z. V. Bogdanić

Public health service, Doboj, Bosnia and Herzegovina

The frequency of diabetes mellitus type 2 among the patients with BMI higher than 30

S. Kravić¹, J. Mićić²

¹Health Centre, Gacko, Bosnia and Herzegovina, ²Health Centre, Lopare, Bosnia and Herzegovina

Incidence of dementia among the elderly patients with diabetes mellitus type 2

M. Račić¹, S. Kusmuk¹, L. Kozomara², J. Matović¹

¹Medical faculty, Foca, Bosnia and Herzegovina,

²Health Center, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina

Frequency of depression in two ambulance of family medicine Primary health care center Prijedor and Trebinje, B&H.

S. Savić^{1,2}, G. Tešanović^{1,2}, K. Stanetić^{1,2}, M. Babić³, O. Pejović⁴

¹Primary Health Center Banja Luka, B&H, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina

²Medical Faculty in Banja Luka, Department of Family Medicine, B&H, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina

³Primary Health Center Trebinje, B&H, Trebinje, Bosnia and Herzegovina

⁴Primary Health Center Prijedor, B&H, Prijedor, Bosnia and Herzegovina

Chronic kidney disease and associated diseases as risk factors for renal failure

A. Tomić¹, R. Nikolić¹, D. Pejić¹, A. Ćulafić², S. Cvijanović-Benke¹

¹Primary Health Care Center Doboj, Doboj, Bosnia and Herzegovina

²Primary Health Care Center Banja Luka, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina

The representation of the number and types of antihypertensive drugs in the regulation of arterial hypertension in the outpatient family doctor

B. Đukić¹, V. Antonić-Kovljenić¹, N. Todorović¹, S. Kecman Prodan², G. Tešanović¹

¹JZU Dom zdravlja Banjaluka, Banjaluka, Bosnia and Herzegovina

²JZU Dom zdravlja Prijedor, Prijedor, Bosnia and Herzegovina



Peti međunarodni kongres „Ekologija, zdravlje, rad, sport“ održan je od 6. do 9. septembra 2012. godine u Banjoj Luci.

Organizacioni odbor kongresa su činili dr Bakir Ajanović u svojstvu predsjednika, Jovo Rosić, Vinko Bogdan, Dušanka Danojević, Mira Kecman, Branislav Mihljović, Rajna Tepić, Zoran Aleksić i Goran Raca.

Naučni odbor kongresa su činili dr Čedomir Crnogorac u svojstvu predsjednika, Živana Gavrić, Elizabeta Ristanović, Srboljub Golubović, Vojislav Trkulja, Verica Petrović, Risto Kozomara, Snježana Pejićić, Zvezdana Rajkovača, Braco Kovacević, Drago Nedić, Branko Dikić - generalni sekretar i Srđan Dikić - tehnički sekretar.

Otvaranje kongresa je bilo 6.9.2012. u 17 časova u hotelu "Bosna", gdje su pored pozdrava učesnika održana četiri plenarana predavanja,



Peti međunarodni kongres

EKOLOGIJA, ZDRAVLJE, RAD, SPORT

Mr sc. med. Savić dr Suzana, specijalista porodične medicine



nakon čega je uslijedio svečani koktel. Radni dio kongresa, 7. i 8.9.2012, sastojao se od serija plenarnih predavanja koja su održavana u Akademiji nauka i umjetnosti Republike Srpske. Prvog dana su prezentovana 84 stručna i/ili naučna rada, a drugog 102 stručna i/ili naučna rada. Interesantne teme podstakle su učesnike na značajnu diskusiju.

Na kongresu su participirali i specijalisti porodične medicine sa izuzetno zapaženim radovima i prezentacijama. Navešću nekoliko radova:

- „Zastupljenost sindroma sagorijevanja na poslu ljekara porodične medicine u Republi-

ci Srpskoj“, autora Kosane Stanetić, Gordane Tešanović i Marije Burgić Radmanović;

- „Uticaj glikoregulacije i dužine trajanja bolesti na pojavu depresije kod ispitanika sa tipom 2 dijabetesa“ autora Suzane Savić, Gordane Tešanović, Kosane Stanetić i Bojana Stanetića,
- „Informisanost srednjoškolaca o štetnosti pušenja“ autora Ljiljane Potkonjak Panić, Dragane Grbić i Sanje Kecman Prodan.



THIRD INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS

Dr Vesna Galić



Od 12. do 15. septembra u Beogradu je održan Treći međunarodni kongres u organizaciji Asocijације лекара Југоисточне Европе. Kongres je održan u prelijepom ambijentu renoviranog hotela "Best Western Palace" u Beogradu. Kongres je akreditovan od strane Evropskog akreditacionog vijeća za kontinuiranu medicinsku edukaciju (European Accreditation Council for Continuing Medical Education - EACCME) sa 15 CME bodova. Kongresni program je bio podijeljen na četiri dijela: dijabetes, onkologija, kardiologija i imunizacija u 21. vijeku. U radu su učestvovali kolege iz Slovenije, Srbije, Bugarske, Gruzije, Rusije, Rumunije, Makedonije, Kazahstana i naravno Republike Srpske/Bosne i Hercegovine.

Rad pod nazivom THE CORRELATION BETWEEN DIABETES MELLITUS AND DEPRESSIVE DISORDERS autora dr Vesne Galić, prezentovan je u vidu postera i izazvao je veliko interesovanje prisutnih.

Na kraju su usvojeni zaključci Trećeg međunarodnog kongresa u organizaciji Ljekarske asocijacije Југоисточне Европе. U njima стоји да се сви учесници обavezuju да slijede Evropsku strategiju do 2020.



godine i to na način:

- da će svi učesnici raditi na zajedničkoj razmjeni znanja i iskustava, a s ciljem promocije zdravlja i zdravstvene njege svih građana cijelog regiona
- da će raditi na uspostavljanju uslova za bolji kvalitet života i na produženju životnog vijeka svih ljudi u regionu
- da će raditi na unapređenju zdravstvenog menadžmenta, uz pružanje jasnih smjernica, analiza i zajedničko rješavanje problema koji se javljaju u svim zemljama regiona
- da će učestovati u stvaranju ambijenta da zdravstvene usluge budu dostupne svima, i da se u promociju zdravog života uključi čitava zajednica, odnosno vlast, nevladin sektor, građani, privatne kompanije, zajednice i ostali.

Naglašeno je da vlade zajedno sa zdravstvenim radnicima treba da uspostave jasne odnose između ekonomskih i zdravstvenih politika.

Medicinske organizacije treba da štitite interes svih doktora, treba da budu samostalna tijela koja će garantovati kvalitet usluga i raditi za dobrobit profesije.

Pred sve zemlje regiona predstojeća vremena pružaju jedan novi izazov sa kojim svaka zemlja posebno treba da suoči i nađe odgovarajući odgovor. Naravno, tu se misli na ekonomsku krizu koja je pogodila region i probleme sa budžetima koji se odnose na zdravstvenu zaštitu.

Ministarstva zdravlja trebalo bi da nađu sredstva sa kojima će se osigurati osnovni demokratski i socijalni principi, da odgovornost države bude da osigura dostupnost zdravstvene njege za sve stanovnike bez obzira na njihovo imovinsko stanje. Kongres je na mene ostavio veoma jak utisak, prije svega, zbog raznovrsnih tema, korisnih predavanja, različitih iskustava i usvojenih zaključaka.

III KONGRES LEKARA OPŠTE MEDICINE SRBIJE

Dr Ružica Nikić



U periodu od 20- 23.9.2012. u Sava centru u Beogradu održan je XVII kongres lekara Srbije, III kongres lekara opšte medicine Srbije, sa međunarodnim učešćem, u organizaciji Srpskog lekarskog društva, Sekcije opšte medicine.



Na kongresu su predstavljeni mnogobrojni radovi na teme aktuelne za opštu/porodičnu medicinu, te etičke dileme ljekara opšte/porodične medicine. To je obilježilo ovaj kongres i izdvojilo ga od prethodnih, te nas navelo na razmišljanje gdje smo i kuda idemo!? Kako nas vide naši pacijenti i kako mi vidimo njih!? Koje etičke norme poštujemo, a koje su se izgubile negdje u hodu? Da li je tome uzrok preveliki obim poslova koje obavljamo svakodnevno, iz dana u dan, sve obaveze nametnute doktoru opšte/porodične medicine u svim zdravstvenim ustanovama u zemljama u okruženju, nebitno da li se radi o privatnoj praksi ili javnim zdravstvenim ustanovama?!

Zapažene su teme: "Etika u medicini" doc. dr Violete Zubanov, psihologa TIMS-a, Novi Sad, kao i najčešće etičke dileme u radu lekara porodične medicine u Republici Srpskoj" mr sc. prim. dr Draška Kuprešaka. Na istu temu održali su predavanje i predstavnici zemalja Asocijacije jugoistočne Evrope, te se stekao utisak da su naši problemi u praksi kao i naše etičke dileme slične ili iste.

U sklopu kongresa, održan je i radni sastanak borda svih zemalja članica Asocijacije Jugoistočne

Evrope. Sastanku su prisustvovali predstavnici Makedonije, Bugarske, Rumunije, Turske, Albanije, Crne Gore, Srbije, Slovenije, Hrvatske, Federacije BiH, Republike Srpske.

Pod sigurnim rukovodstvom predsjednika asocijacije prim. dr Ljubina Šukrije, određeno je vrijeme i mjesto održavanja naredne konferencije, urađen je izbor tema, te utvrđeni rokovi za prijavu radova.

Radni sastanak je zatvoren u prijatnoj atmosferi, uz šampanjac, slikanje i poziv u Kabinet predsjednika Ive Josipovica, koji je skupu prenijela prof. dr Biserka Bergman-Marković.

140 година Српског лекарског друштва

XVII конгрес лекара Србије

III конгрес лекара опште медицине Србије

са међународним учешћем

Теме

- Превенција болести зависности у примарној здравственој заштити
- Здравствена заштита старијих - доступност и приступљеност
- Превенција фактора ризика за хронична незадовољства
- Слободне теме:

20 - 23. септембар 2012.

Београд
Сава центар

www.sld.org.rs | www.rpsjgeneralni.rs

70. Dani dijabetologa Hrvatske

NOVINE U DIJAGNOSTICI I TERAPIJI DIJABETESA

Mr sc. med. Savić dr Suzana, specijalista porodične medicine



Zadovoljstvo mi je obavijestiti kolege da sam prisustvovala Simpoziju „70. dani dijabetologa Hrvatske“ koji je održan od 24-27.5.2012. godine u Rovinju u Hrvatskoj. Simpozij je organizovan u saradnji sa Hrvatskim društvom za dijabetes i bolesti metabolizma, Hrvatskim liječničkim zborom i Hrvatskom udrugom medicinskih sestara. Radni dio simpozija koji je održan 25.5.2012. godine odnosio se na novine u dijagnostici i terapiji dijabetesa melitusa u cilju rane inzulinizacije, te nove terapijske mogućnosti GLP -1 agonista. Istaknuta je važnost kontrole svih lipidnih parametara uz optimalnu prevenciju kardiovaskularnih komplikacija, kod bolesnika sa tipom 2 dijabetesa melitusa. Drugog dana simpozija, 26.5.2012. godine diskutovalo se o

hrvatskom modelu zdravstvene zaštite osoba sa dijabetesom, te važnosti adherencije u liječenju dijabetesa, sa ciljem postizanja dobre kontrole glikemije i smanjenja hroničnih mikro i makro vaskularnih komplikacija. Zanimljiva predavanja su se odnosila na dijabetes kod djece, u vidu interaktivnih radionica, gdje je tenacitet pažnje stavljen na izazove sa kojima se susreću medicinske sestre u terapiji inzulinskim pumpama. Uporedo su održavane sponzorske radionice farmaceutske kompanije "Novo Nordisk" Hrvatske, vezane za ortopedска pomagala, inzulinsku terapiju, zdravu ishranu i fizičku aktivnost. Zadnji dan simpozija predstavljeni su novi doktorati kao i članci iz dijabetoloških časopisa.

S obzirom na to da recentne studije u svijetu ukazuju na nužnost vrlo strogih kriterija za postizanje ciljnih vrijednosti glikemije i HbA1c neophodna je bila izrada smjenica za pravilno liječenje pacijenata sa dijabetesom, te su vodeća društva dijabetologa načinila sopstvene smjernice.

Postojeće smjernice vodećih društava su: ADA (*American Diabetes Association*), EASD (*European Association for the Study of Diabetes*), NICE (*National Institute of Clinical Excellence*), "Joslin" (*Joslin DiabetesCenter*) i AACE/ACE (*AACE: American Association of Clinical Endocrinologists*) i (ACE: *American College of Endocrinology*), te kanadske i njemačke smjernice. Republika Hrvatska je kreirala vlastite smjernice koristeći i prilagođavajući ih njemačkim smjernicama.

U ADA/EASD smjernicama zadani ciljevi liječenja glikoziliranog hemoglobina (HbA1c) su $< 7\%$, a individualno se teži vrijednostima HbA1c što bliže 6%, bez značajnih hipoglikemija. Manje zahtjevni ciljevi postavljaju se za pacijente koji su

imali teške hipoglikemije, jako malu djecu ili stariju populaciju, kao i pojedince sa komorbidnim stanjima.

Terapija tipa 2 dijabetesa prema navedenim smjernicama treba da se odvija u tri koraka:

- 1) promjenom načina života i terapijom metforminom;
- 2) dodavanjem novog lijeka – bazalni inzulin/preparati sulfonilureje;
- 3) intenziviranjem terapije.

NICE smjernice prepručuju ranije uvođenje dipeptidil peptidaza 4 (DPP-4) inhibitora (saxagliptin i vildagliptin) u terapijski režim, proširuju indikacije za primjenu inzulinskih analoga i preporučuju primjenu dugodjelujućeg analoga detemira uz glargin.

Smjernice koje je dao Joslin Diabetes Center (Centra za dijabetes Joslin) – zbirka smjernica za lječare opšte prakse (Klinika Joslin u Bostonu, Massachusetts, SAD, jedna je od najpoznatijih dijabetoloških institucija u svijetu), dostupna na stranici www.joslin.org.

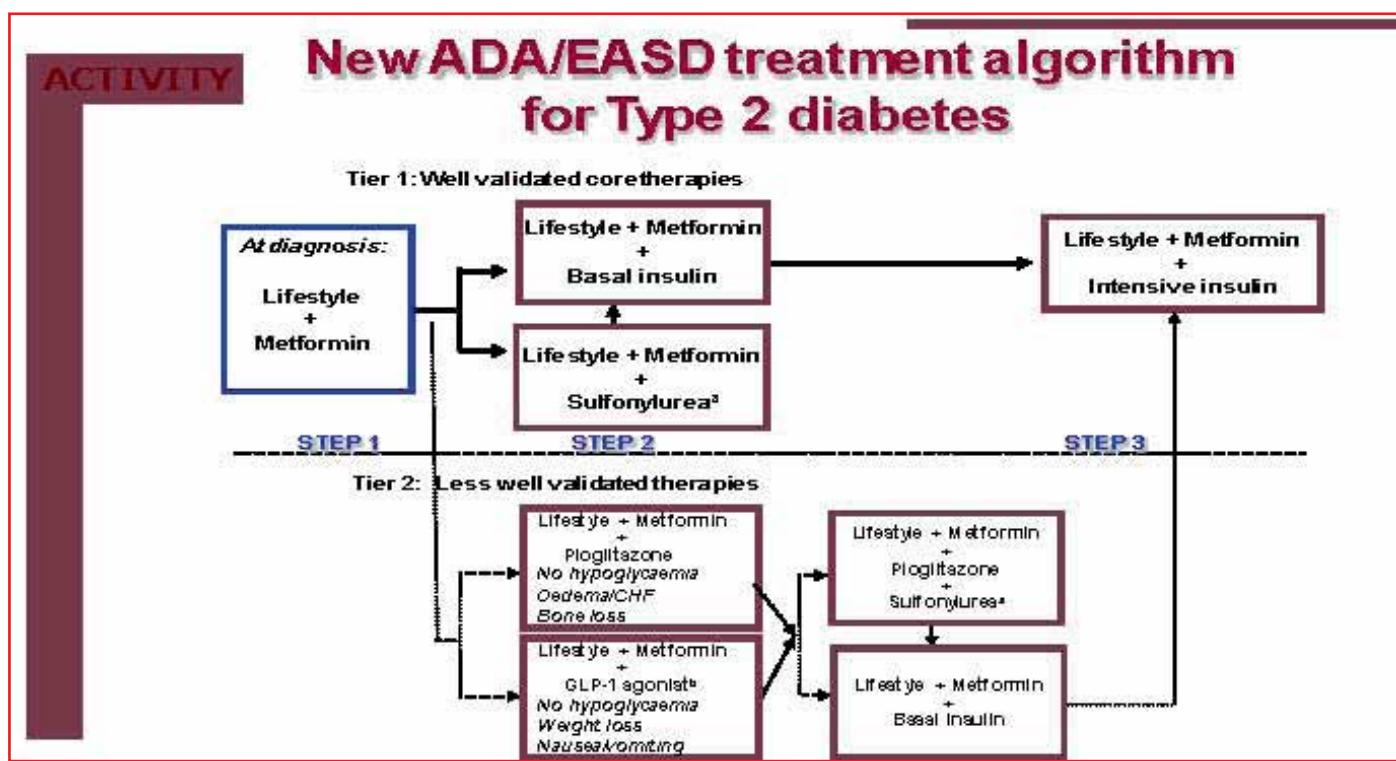
AACE/ACE smjernice imaju zadatku stimulirati optimalno liječenje i dobru praksu, olakšati razvoj edukacijskih programa, pridonijeti poboljšanju zdravstvenog sistema. Algoritam AACE/ACE za liječenje šećerne bolesti tipa 2 razlikuje 4 tipa inicijalne monoterapije (metformin, akarboza, DPP-4 inhibitor, tiazolidindioni), 9 tipova dvojne kombinovane terapije, 6 tipova trojne kombinovane terapije i 5 tipova inzulinske terapije.

Načini primjene određeni su prema vrijednostima HbA1c pri otkrivanju šećerne bolesti ili u toku liječenja: 6,5-7,5%; 7,6-9% i >9%. Zadatu ciljnu vrijednost HbA1c treba pilagođavati kod osoba sa povećanim rizikom za nastanak jatrogenih hipoglikemija i povećanim kardiovaskularnim rizikom.

Kanadsko dijabetološko društvo donijelo je 2008. godine kliničke smjernice za prevenciju i liječenje dijabetesa koje ističu da se u terapiji u trećem koraku (nakon 3-6 mjeseci), ako je HbA1c $\geq 7,5\%$ u terapiji predlažu: kombinacija OHA (metformin) i inzulina + bazalni inzulini, metformin / DPP-4 inhibitor ili druga opcija OHA + prandijalni inzulini.

Njemačke smjernice su jednostavne, temelje se na dokazima iz kliničkih studija i slijede preporuke Evropske agencije za lijekove (European Medicines Agency, EMEA). Saksonska ekspertska grupa za dijabetes izvršila je 2009. godine korekciju temeljnog teksta njemačkih smjernica, te se razdvaja bazalno liječenje šećerne bolesti (edukacija, ishrana i fizička aktivnost) od terapije sa metforminom, koji se kasnije uvodi u terapiju. Dozvoljeno je i promptno uključivanje inzulinske terapije već kod početka dijabetesa tipa 2, ukoliko su vrijednosti HbA1c $>9,0\%$. Hrvatske smjernice su usvojene u maju 2010. godine, a rađene su prema prijedlogu njemačkih smjernica te u pojedinim segmentima prilagođene nacionalnom nivou.

Neizmjerno sam srećna što sve navedeno mogu da primijenim u svakodnevnom radu i podijelim sa kolegama - specijalistima porodične medicine.



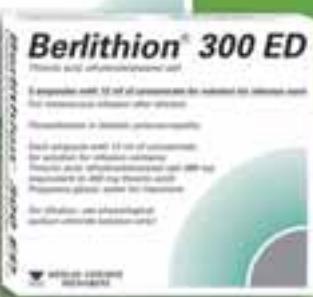


Berlithion®

alfa liponska kiselina

**ORALNI
TRETMAN**

Berlithion® kapsule u jačinama
od 300 mg i 600 mg



Berlithion® ampule u jačinama
od 300 mg i 600 mg

Pravovremena terapija daje najbolje rezultate:

- umanjuje simptome dijabetične polineuropatije
- obnavlja osjetljivost na temperaturu dodir i bol
- reducira oksidativni stres

"Lijek izbora kod oboljenja neurokranijuma je Berlithion" Prof.dr Tarik Zukic

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Specijalizirani za oralne antidijabetike

BERLIN-CHEMIE AG, Predstavništvo za Bosnu i Hercegovinu, 71 000 Sarajevo, Huseana Brčića 2/II,
Tel: +387 33 715-195, fax: +387 33 715-187, e-mail: berlinag@bih.net.ba, biouria@berlin-chemie.com, www.berlin-chemie.com

Edukacija ljekara porodične medicine

RAZVOJNI PROJEKAT „DIABETES MELLITUS 2010-2013“

Prim. dr sc. med. Kosana Stanetić, spec. opšte i porodične medicine



Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije od dijabetesa trenutno u svijetu boluje oko 300 miliona ljudi, a procjenjuje se da će do 2030. godine broj oboljelih narasti na oko 450 miliona osoba. Dijagnoza dijabetesa postavljena je kod 5% Kanađana (1998.) ili 1,5 miliona ljudi; 2,2 miliona 2000. godine i 3 miliona 2010. godine. Pre-

ma statistici Sjedinjenih Američkih Država (SAD) na svaku osobu sa dijagnostikovanim dijabetesom dolazi još jedna osoba kod koje dijabetes nije dijagnostikovan, te se pretpostavlja da je stvarna prevalenca ove bolesti dvostruko veća u odnosu na postojeće podatke.

U liječenju ove bolesti uključeni su zdravstveni profesionalci različitih specijalnosti (endokrinolozi, pedijatri, neurolozozi, fizijatri, nefrolozi, oftalmolozi i dr.), a sve veću ulogu u ranom otkrivanju oboljelih kao i tretmanu pacijenata imaju ljekari porodične medicine. Kroz provođenje Programa prevencije masovnih nezaraznih i malignih bolesti porodični ljekari aktivno učestvuju u ranom otkrivanju oboljelih. Porodični ljekari su uključeni u liječenje pacijenata oboljelih od dijabetesa farmakološkim i nefarmakološkim tretmanom. Značajnu ulogu u liječenju ovih pacijenata imaju i medicinske sestre koje su uključene u edukaciju pacijenata o pra-





vilnoj ishrani, programiranoj fizičkoj aktivnosti i samokontroli.

U cilju pružanja kvalitetnije njegu pacijentima oboljelim od šećerne bolesti za ljekare i medicinske sestre u porodičnoj medicini kontinuirano se provode dodatne edukacije. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske formiralo je prije deset godina Koordinacioni komitet za borbu protiv šećerne bolesti. Komitet čine članovi iz svih regija Republike Srpske. Članovi Koordinacionog komiteta za borbu protiv šećerne bolesti Republike Srpske kroz Razvojni projekat „Dijabetes mellitus 2010-2013“ učestvuju u kontinuiranoj edukaciji ljekara porodične medicine na cijeloj teritoriji Republike Srpske. Plan edukacije čine četiri modula: Pacijent sa novootkrivnim dijabetesom, Uvođenje insulinske terapije, Komplikacije dijabetesa i Gestacijski dijabetes.

U Domu zdravlja u Banjoj Luci u edukaciji ljekara porodične medicine i ljekara na specijalizaciji iz porodične medicine učestvuju predsjednica Komiteta prof. dr Snježana Popović Pejićić, mr sc. dr Blaženko Vuković i prim. dr sc. med. Kosana Stanetić. Edukacije se obavljaju u obliku interaktivnih radionica u malim grupama od po 12 do 15 učesnika, a trajanje edukacije je 60 do 75 minuta.

Do sada je u Domu zdravlja Banja Luka provedena edukacija prva dva modula, a u planu je nastavak edukacije. Odziv ljekara na edukacije je izuzetno dobar. Radionice daju mogućnost ljekarima porodične medicine da postave specifična pitanja iz svoje prakse, da obnove već poznata znanja i steknu sigurnost u samostalnom liječenju pacijenata sa dijabetesom. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS je u sklopu revizije Vodiča za kliničku praksu za primarnu zdravstvenu zaštitu revidiralo i novi Vodič za dijabetes mellitus kao i Brzi vodič za tretman šećerne bolesti. Vodiči su dostupni svim ljekarima koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Značajan rezultat ovog projekta osim edukacije je i uspostavljanje dobre saradnje subspecijalista endokrinologa sa ljekarima porodične medicine.



KONFERENCIJA VII DANI PORODIČNE MEDICINE REPUBLIKE SRPSKE

SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM

2. - 4. novembar 2012. Banja Vrućica, hotel "Kardijal"



POŠTOVANI,
OVOM PRILIKOM VAS POZIVAMO NA CEREMONIJU
OTVARANJA KONFERENCIJE
"VII DANI PORODIČNE
MEDICINE RS" SA
MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM,
KOJA POČINJE 02.11.2012. U
18.30 ČASOVA U SALI
"DUNAV" HOTELA "KARDIJAL"
U TESLIĆU.

Edukacija zdravstvenih radnika

HIV STIGMA I DISKRIMINACIJA



Dr Vesna Lučić-Samardžija, spec. epidemiolog



Mr sc. dr Nataša Pilipović-Broćeta, spec. porodične medicine

Trening „HIV/AIDS stigma i diskriminacija“ je organizovan i održan na Institutu za javno zdravstvo Republike Srpske u periodu od 19.9. do 22.9.2012. godine.

Na treningu su ispred JZU Dom zdravlja učestvovali: dr Vesna Lučić-Samardžija, spec. epidemiolog, Aleksandra Malinčić, viši sanitarni tehničar Higijensko-epidemiološke službe, mr sc. dr Nataša Pilipović-Broćeta, dr Rajna Tepić i dr Biljana Lakić iz Edukativnog centra Službe porodične medicine.

Trening je održavan u sklopu projekta „Jačanje kapaciteta Instituta za zaštitu zdravlja i drugih partnerskih organizacija za pružanje adekvatnog odgovora na HIV“. Prema planu treninga učesnici su upoznati sa epidemiologijom HIV infekcije, epidemiološkom situacijom u zemlji i svijetu, preventivnim mjerama, pojmovima vulnerabilnih populacija, pozitivne prevencije, stigme i diskriminacije. Prezentovano je niz informativno-edukativnih dramskih tehnika, koje se koriste na treninzima, čiji je cilj smanjenje stigme i diskriminacije prema oboljelima od HIV/ADIS-a.

Predavači na treningu su bili prof. dr Slavenka Janković i mr sc. dr Mila Paunić iz Beograda. Cilj treninga je bio da se određen broj zdravstvenih radnika adekvatno edukuje za buduće treninge iz oblasti smanjenja stigme i diskriminacije među zdravstvenim radnicima u Republici Srpskoj. Naime, rezultati istraživanja među zdravstvenim radnicima koje je provedeno prošle godine u Republici Srpskoj, pokazuju visok stepen stigme i diskriminacije u zdravstvenim ustanovama. U skladu sa rezultatima istraživanja Institut za javno zdravstvo RS je dao preporuke za aktivnosti u zdravstvenim ustanovama u narednom periodu. Po završetku treninga, mr sc. dr Mila Paunić je izvršila procjenu

sposobnosti učesnika za učešće u daljoj edukaciji, a potom i izvođenje treninga u svojim matičnim zdravstvenim ustanovama. Učesnici iz JZU Doma zdravlja Banja Luka koji su odabrani za nastavak edukacije o razvijanju trenerskih vještina su: dr Vesna Lučić-Samardžija, prim dr Rajna Tepić i mr sc. dr Nataša Pilipović-Broćeta.



U periodu od 13-14.10.2012. godine održan je radni sastanak grupe, koja će vršiti edukaciju zdravstvenih radnika u Republici Srpskoj. Sastanak je održan u Institutu za javno zdravstvo Republike Srpske uz angažovanje mr sc. dr Mile Paunić, a za cilj je imao obučavanje budućih trenera na temu HIV STIGMA I DISKRIMINACIJA. Učesnicima je objašnjeno kako da održe prezentacije i radionice na navedenu temu, nakon čega su učesnici vježbali izvođenje svih predavanja i radionica. Planirano je da se treninzi održe u Doboju, Istočnom Sarajevu, Foči i Trebinju do kraja oktobra 2012. godine. Polaznici treninga će biti zdravstveni radnici iz domova zdravlja i bolnica. Cilj treninga je da se poboljša nivo znanja zdravstvenih radnika na temu HIV infekcije puteva prenosa, primjene mjera zaštite na radu u prevenciji HIV infekcije, kao i smanjenju stigme i diskriminacije od strane zdravstvenih radnika u kontaktu sa osobama kod kojih je potvrđeno prisustvo HIV infekcije.

Međunarodna konferencija ICTIP u Zenici

SMANJENJE OBIMA POVREDA U BIH

Dr Brankica Marković, Dom zdravlja Banjaluka

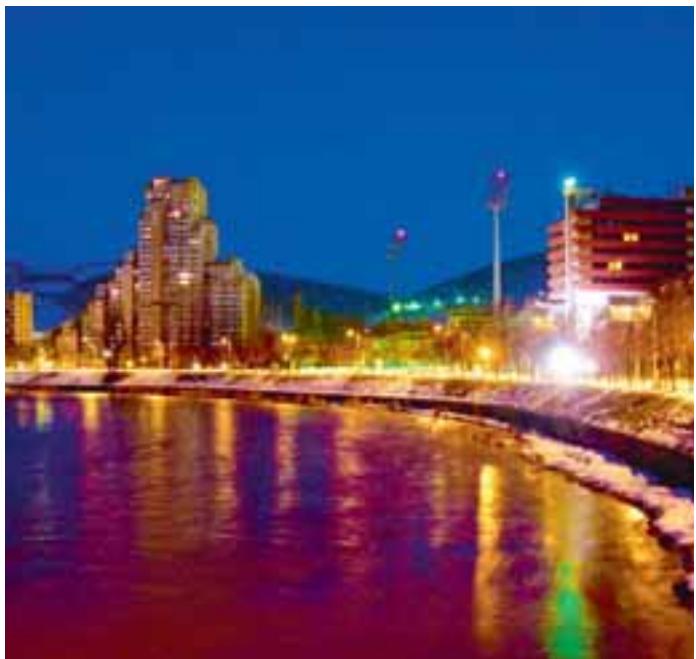


UZenici je od 5-8. septembra 2012. održana Međunarodna konferencija o traumama i prevenciji povreda sa temom - „Smanjenje obima povreda u BiH”. Organizator je Univerzitet Iowa iz SAD sa svojim Programom za prevenciju trauma i povreda, a pokrovitelj Fogarty fondacija iz SAD. Univerzitet Iowa ovakve konferencije i projekte organizuju već nekoliko godina u Rumuniji, a i Srbija se prijavila za sličan program. Ovo je prvi put u BiH da je organizovana ovakva konferencija. Domaćin je bila Kantonalna bolnica Zenica, a konferencija je održana u hotelu „Zenica”.

Učesnici su bili iz SAD, Kanade, Italije, Rumunije, Srbije, Hrvatske, Slovačke i, naravno, iz zemlje domaćina konferencije BiH. Jedini predstavnik iz Republike Srpske je bio Dom zdravlja iz Banjaluke sa prezentacijom na prvoj sesiji koja se odnosila na tjelesne povrede. Službeni jezik konferencije je bio engleski jezik i sve prezentacije i diskusije su se odvijale na engleskom jeziku. Učesnici su izlagali o: iskustvima u ovoj oblasti u SAD i Kanadi, iskustvima u Rumuniji sa romskom populacijom i djecom, povredama vezanim za padove i povredama muskuloskeletalnog sistema, raznim oblicima nasilja, profesionalnim povredama, protokolima trumatizma i sistemu

evidentiranja trauma, saobraćajnim povredama, povredama kod djece i sl. Predstavnik Italije pri Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) je prezentovao ulogu SZO u smanjenju povreda u Evropi. Svi učesnici su, vezano za vrstu traumatizma o kojoj su izlagali, iznijeli primjere uspješne prevencije i zbrinjavanja.

Konferenciju su podržali i Ministarstvo zdravlja Zeničkodobojskog kantona, Ljekarska komora Zeničkodobojskog kantona i grad Zenica tako da je skup pozdravio i načelnik opštine Zenica. Opšti je zaključak da je BiH zemlja sa brojnim problemima u oblasti različitih vrsta trauma, ali da nisu zdravstveni profesionalci jedini koji treba da rješavaju ovaj problem već da i sve druge strukture društva treba da se uključe i pomognu zdravstvenim profesionalcima u smanjenju obima i tereta trauma.



Kvalitetna njega dodaje život godinama

NJEGOM DO AKTIVNOG STARENJA

Vujanović dr Zorica, spec. porodične medicine, voditeljka obrazovnog programa SEC-a



Međunarodna konferencija pod nazivom „Njegom do aktivnog starenja - kvalitetna njega dodaje život godinama“ održana je 1. i 2. oktobra 2012. godine u Banjaluci. Organizator konferencije je Socijalno-edukativni centar Banjaluka u partnerstvu sa Ministarstvom zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Konferenciju je otvorio ministar zdravlja i socijalne zaštite Ranko Škrbić, a među uglednim gostima je, između ostalih, bio i ambasador Austrije u BiH Donatus Kok. Na konferenciji su uzeli učešće predavači iz BiH te zemalja iz okruženja. Prezentovana su i pozitivna iskustva iz gerontoloških centara iz našeg bližeg okruženja, kao i iz Italije i Austrije. Radionički dio je bio posvećen novim metodama u njezi dementnih osoba, kao i kreativnim metodama, poput art terapije, koje se koriste u radu sa dementnim osobama.

Socijalno-edukativni centar Banjaluka je ustanova za obrazovanje odraslih i to je trenutno jedina specijalizovana ustanova za obrazovanje odraslih iz područja socijalnih zanimanja u BiH. SEC je osnovan u sklopu istoimenog projekta kojeg zajednički provode Caritas Austrije i Caritas BK BiH uz finansijsku podršku Austrijske razvojne saradnje i Vlade Gornje Austrije. Program za osposobljavanje njegovatelja za stara i nemoćna lica, koji sprovodi SEC, je javno važeći program. Nakon uspješnog završetka programa polaznici dobijaju sertifikat od Zavoda za obrazovanje odraslih RS. Na osnovu sertifikata njima se u radnu knjižicu upisuje zanimanje njegovatelj za stara i nemoćna lica.

Program obuke za njegovatelje/ice za stare i nemoćne osobe u SEC-u je otpočeo 1.11.2011. godine i već je promovisana prva generacija za-

vršenih njegovatelja. Trenutno je u toku obuka druge generacije. Program obuke se sastoji od ukupno 500 časova, kombinacija teorije, vježbi i praktične nastave kojim se zadovoljavaju osnovni standardi za obavljanje poslova njege starijih osoba. Praktični dio obuke se sprovodi u Zavodu za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Dr Miroslav Zotović“ u Trapistima i Caritasovom domu za stare i nemoćne osobe u Banjaluci.



Cilj programa je ne samo ponuditi veće mogućnosti za zaposlenje socijalno ugroženim i nezaposlenim osobama, već i poboljšati njegu starih i nemoćnih osoba stvarajući kvalifikovane i obučene njegovatelje koji će taj posao obavljati. U tom smislu, uzimajući u obzir zajednički interes za razvoj obrazovanja odraslih i poboljšanje zapošljivosti sertifikovanih njegovatelja, SEC je potpisao Memorandum o razumijevanju sa Agencijom za zapošljavanje „Spektar“, koja je od samog početka upoznata sa aktivnostima koje sprovodi SEC.



Prva generacija sertifikovanih njegovatelja je osnovala Klub njegovatelja za stara i nemoćna lica, koji pruža različite vidove pomoći i podrške starijim osobama:

- organizovanje prehrane (pomoć u pripremi obroka, kupovina i nabavka namirnica i dr)
- lična higijena (pomoć pri kupanju, oblaćenju i sl)
- održavanje higijene kreveta i životnog prostora, kod inkontinentnih i nepokretnih osoba;
- razgovor, druženje i kreiranje slobodnih aktivnosti
- posredovanje u ostvarivanju različitih prava (pomoć pri obavljanju administrativnih i sličnih poslova i dr).



MOZAIK
medici.com
MEDICINSKIH
KOMUNIKACIJA
www.medicicom.com



78000 BANJA LUKA
Nikole Pašića 26
Tel/faks: +387 (0) 51 318 606
Mob. +387 (0) 65 603 346
medici.com@blic.net
medici.com@teol.net
www.medicicom.com

OD SADA I U AMPULAMA!

DEXOMEN® Inject

deksketoprofen trometamol

Prekriži bol, jače nego ikad!

**NOVO!
AMPULE**



Indikacije za ampule Simptomatski tretman akutne boli umjerenog do visokog intenziteta, kada oralna upotreba nije primjerena, kao kod post-operativne boli, renalnih kolika te boli u donjem dijelu leđa.

Doziranje Preporučena doza iznosi 50 mg svakih 8-12 sati. Ako je neophodno, doza se može ponovo dati nakon 6 sati. Ukupna doza ne smije prelaziti 150 mg.

DEXOMEN® INJECT rastvor za injekciju/infuziju nije namijenjen za dugotrajnu upotrebu i terapija mora biti ograničena na akutni simptomatski period (ne duže od dva dana).

Pakovanje 5 ampula

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

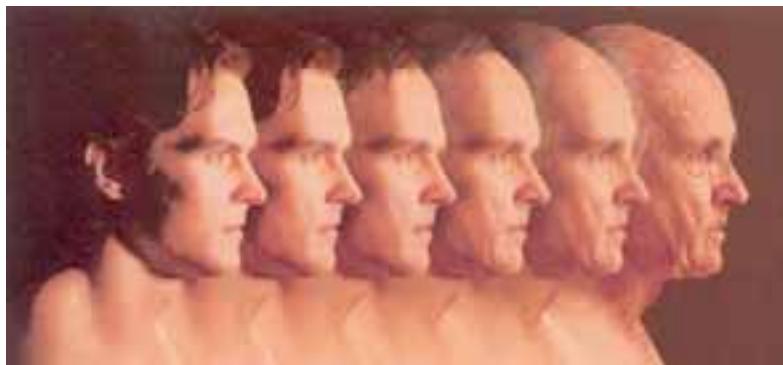


FIZIOLOŠKO STARENJE

Dr Zora Kremenović, specijalista porodične medicine



Sfiziološkog aspekta starenje se može opisati kao progresivno suženje homeostatične rezerve svakog organskog sistema. To suženje, koje se često naziva homeostenzoa, evidentno je ulaskom u treću životnu dekadu, postupno je i progresivno. Naizgled se opadanje svakog organskog sistema odvija nezavisno o promjenama u drugim organskim sistemima, a na njega utiču ishrana, okolina i lične navike, kao i genetski činioci.



Iz tih činjenica proizlazi nekoliko važnih principa:

- 1) kako stare, pojedinci se sve više razlikuju opovrgavajući stereotipe starenja
- 2) „naglo“ pogoršanje funkcije u bilo kojem sistemu ili organu uvijek je prouzrokovano bolešću, a ne „normalnim stanjem“
- 3) „normalno starenje“ se može usporiti modifikacijom rizičnih faktora (npr. povišenog tlaka, pušenja, sjedećeg načina života)
- 4) zdrava starost nije neostvariva.

I zaista, osim u slučaju bolesti, opadanje homeostatične rezerve ne prouzrokuje nikakve simptome i nameće malo ograničenja na aktivnosti svakodnevnog života, bez obzira na godine starosti.

Sagledavajući te činjenice lakše je razumjeti ogromne pomake do kojih je došlo u očekivanom

životnom vijeku. Danas je prosječni očekivani životni vijek pomjerен za 17 godina u 65. godini života, za 11 godina u 75. godini, za 6 godina u 85. godini, za 4 godine u 90. godini i za 2 godine u 100. godini života.

Te su godine okarakterisane odsustvom znatnih oštećenja. Samo 35% osoba iznad 85 godina onesposobljeno je u bilo kojoj od aktivnosti potrebnoj za svakodnevni život, a samo njih 20% živi u sanatorijima. Ali, ipak, kako pojedinci stare, podložniji su bolestima, invaliditetu i nuspojavama lijekova. Sve to u kombinaciji s opadanjem fiziološke rezerve, čini stariju osobu vulnerabilnijom na okolne, patološke i farmakološke izazove.

Nova se bolest u starijih osoba (od 75-80 godina) uopšteno pojavljuje u organskom sistemu koji je postao oslabljen zbog prethodnih fizioloških ili patoloških promjena. Budući da se taj organski sistem često razlikuje od oboljelog organskog sistema kod mlađih, manifestacija bolesti kod starijih može biti atipična. Npr. manje od ¼ starijih osoba s hipertireozom ima gušu, tremor i egzoftalmus, a češće imaju atrijsku fibrilaciju, smetenost, depresiju, sinkopu i slabost. Kako je „usko grlo“ većinom mozak ili donji dio urinarnog trakta, odnosno kardiovaskularni ili mišićno-koštani sistem, bez obzira na osnovnu bolest, dominira ograničen broj simptoma: akutna konfuzija, depresija, inkontinencija, padovi i sinkopa. Zato je za najčešće gerijatrijske sindrome, bez obzira na simptome, diferencijalna dijagnoza uglavnom slična.

Isto tako je važan zaključak da kod starijih pojedinaca postoji manja vjerovatnoća nego kod mlađih, da je organski sistem, koji se obično povezuje s određenim simptomom, ujedno izvor toga simptoma.

U poređenju sa sredovječnim pojedincima, u starijih pacijenata je npr. mnogo rjeđa akutna

konfuzija uzrokovana novom lezijom mozga, depresija psihijatrijskim poremećajem, inkontinencija disfunkcijom mokraćnog mjeđura, padanje neuropatijom ili sinkopa bolešću srca.

Zbog oštećene fiziološke rezerve, kod starijih se pacijenata bolesti često iskazuju u ranijim stadijima. Zatajivanje srca može npr. precipitirati blaga hipertireoza, spoznajnu disfunkciju Alzheimerova bolesti, urinarnu retenciju blago povećanje prostate, a neketotičnu hiperosmolarnu komu blaga intolerancija glukoze. Paradoksalno je da liječenje osnovne bolesti može biti lakše jer je u času otkrivanja bolest manje uznapredovala. U skladu s tim nuspojave se mogu javiti na lijekove i uz doze koje vjerovatno ne bi uzrokovale nuspojave u mlađih osoba. Npr. antihistaminik može uzrokovati smetenost, diuretici mogu potaknuti urinarnu inkontinenciju, digoksin može izazvati depresiju, čak i pri normalnim razinama u serumu, a simpatikomimetici koji se mogu dobiti bez recepta znaju precipitirati urinarnu retenciju u ljudi s blagom opstrukcijom na razini prostate.



Kako mnogi homeostatski mehanizmi mogu biti istodobno ugroženi, obično su mnoge abnormalnosti lječive. Mala pojedinačna poboljšanja mogu rezultirati znatnim opštim poboljšanjem. Kognitivno oštećenje u pacijenata sa Alzheimerovom bolešću može se npr. pogoršati oštećenjem sluha ili vida, depresijom, zatajivanjem srca i neravnotežom elektrolita.

Slično, urinarna inkontinencija se zna pogoršati fekalnom impakcijom, uzimanjem lijekova i prekomjernim izlučivanjem urina. U svakom slučaju, može doći do znatnog poboljšanja liječenjem dodatnih faktora, premda specifično liječenje, kao pri Alzheimerovoj bolesti, nije moguće.

Mnogi nalazi, koji su abnormalni kod mladih, relativno su česti kod starijih osoba. Npr. bakteri-

urijska, preuranjene ventrikulske kontrakcije, mala mineralna gustoča kostiju, oštećena tolerancija glukoze i neinhibirane kontrakcije mokraćnog mjeđura. Međutim, one ne moraju biti odgovorne za određeni simptom, već mogu biti samo slučajni nalazi iz kojih proizlaze promašene dijagnoze i pogrešne terapije. Nalazom bakteriurije ne smije se npr. prestati s traganjem za izvorom groznice u akutno bolesnog starijeg pacijenta, niti se nasumce povišena razina glukoze u krvi, posebno u akutno oboljelog, smije inkriminisati kao uzrok neuropatije.

S druge strane, neke druge abnormalnosti ne valja zanemariti kao posljedice starosti, npr. ne postoji anemija, impotencija, depresija ili konfuzija starosti.

Budući da su simptomi kod starijih osoba višestruki, uzrokovani dijagnostički, „zakon štedljivosti“ često ne vrijedi. Npr. groznačica, anemija, retinalni emboli i šum srca u mlađeg pacijenta odmah upućuju na refleksnu dijagnozu infektivnog endokarditisa, ali u starijeg pacijenta mogu biti odraz gubitka krvi izazvanog aspirinom, holesterolskog embolusa, manje skleroze arterije ili virusne bolesti.

Kako su kod starijih pacijenata vjerovatnije nepovoljne posljedice bolesti, liječenje pa čak i prevencija, mogu biti jednako korisni ili čak djelotvorniji nego u mlađih. Dobri učinci trombolize i terapije beta blokatorima nakon infarkta miokarda u starijih su pacijenata isto toliko impresivni kao i u mlađih, a liječenje hipertenzije i imunizacija protiv influenza i pneumokokne pneumonije u starijih su pacijenata djelotvorniji. Pored toga, na prevenciju u starijih osoba treba gledati u širem kontekstu. Mada npr. napor za povećanje gustoće kostiju u starijih mogu biti uzaludni, frakture se mogu spriječiti intervencijama koje poboljšavaju ravnotežu, ojačavaju noge, tretiraju prateća stanja, nadoknađuju nutritivne deficite, odstranjuju nepovoljne lijekove i umanjuju opasnosti iz okoline.



Svetla budućnost u lečenju

MATIČNE ĆELIJE

Dr Dragana Rakić, spec. opšte medicine - porodični doktor



Nediferentovane kolonije



Matične ćelije ljudskog embriona

Neuronska sestrinska ćelija

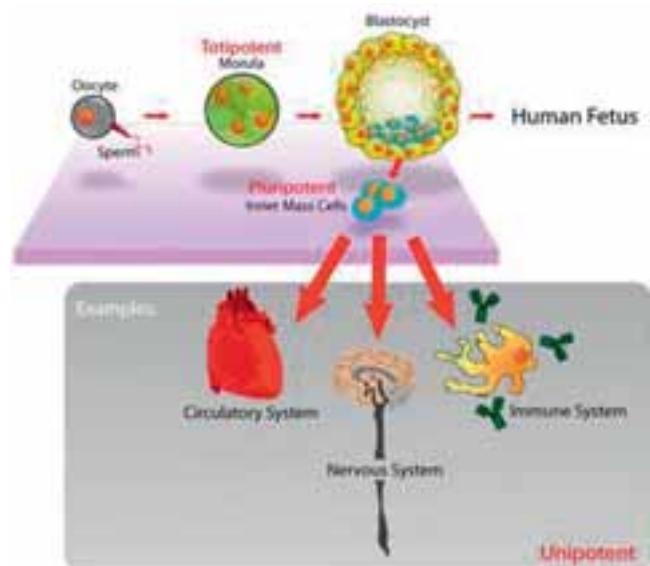
Matične ćelije su specifične ćelije koje se sreću kod svih višećelijskih organizama, posebno kod sisara, što znači i kod ljudi.

Matične ćelije, stem ćelije (čitaj izvorne ćelije) imaju sposobnost da se neprekidno dele, tj. da obnavljaju sebe, pa su samim tim neuništive. One imaju neverovatan potencijal. Od njih mogu da se stvore razne druge ćelije u organizmu, ćelije više vrsta tkiva, tj. organa. Od jedne takve ćelije uz određenu indukciju, u laboratoriji mogu da se naprave sva tkiva. Time se bavi molekularni inženjering. Isti proces se dešava u organizmu u procesu razvoja embriona, procesom koji ne zavisi od nas. Priroda je sve sama uredila.

Izvorna ćelija, klicina ili matična ćelija (*stem cell*) je nediferentovana ćelija koja ima neograničenu sposobnost deobe, pri čemu posle svake deobe jedna od novonastalih kćerki ćelija raste i differentuje se u određenom pravcu, a druga ostaje nediferentovana, izvorna ćelija. Pojavljuju se kod embriona, a u nekim tkivima postoje tokom čitavog života organizma, gde obezbeđuju prekursore iz kojih će nastati differentovane ćelije.

Razvojne mogućnosti

Prema razvojnom potencijalu mogu se razlikovati: totipotentne, pluripotentne, multipotentne, unipotentne.



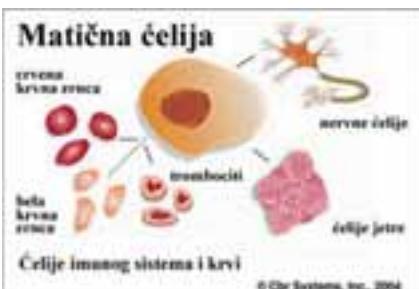
Totipotentne matične ćelije imaju najveći razvojni potencijal, od njih može nastati bilo koji tip od preko 200 ćelija koje ima organizam čoveka. Totipotentne su embrionalne ćelije do stepena od 8 blastomera.

Pluripotentne nastaju razvićem totipotentnih i od njih ne mogu nastati svi tipovi ćelija, kao od totipotentnih, ali može nastati veliki broj. Pripadaju im embrionalne matične ćelije unutrašnje ćelijске mase blastocista od koje će nastati klicini listovi. Njihov rast je moguć i u kulturi tkiva.

Multipotentne izvorne ćelije su malobrojne nediferentovrane ćelije unutar tkiva odraslog организма koje se mogu differentovati u ćelije međusobno blisko povezane kao što su ćelije hematopoeze u koštanoj srži, matične ćelije strome koštane srži i dr.

Unipotentne mogu da daju samo jedan tip ćelija, a po sposobnosti samoobnavljanja razlikuju se od nematičnih ćelija. Tipične unipotentne ćelije su ćelije bazalnog sloja epidermisa, parenhimske ćelije jetre i dr. Zaslužne su za regeneraciju.

Matične ćelije iz pupčane vrpce. One nisu više toliko pluripotentne, one su multipotentne. Krv se vadi iz pupčanika posle njegovog presecanja i obrade novorođenčeta, a pre rađanja posteljice. Krv iz pupčanika se uzima specijalnom igлом (200 - 250ml krvi), zatim se smešta u poseban set sa kojim trudnica stiže u porodilište. Ako trudnica odluči da čuva stem ćelije, potrebno je da stupi u kontakt sa nekom bankom koja čuva stem ćelije. Kad se postigne dogovor, trudnica dobija set potreban za uzimanje, čuvanje i transport materijala, koji u roku od 72h stiže do banke na obradu.



Koje bolesti se mogu lečiti matičnim ćelijama?

Bolesti koje se mogu lečiti transplantacijom matičnih ćelija:

- akutna limfocitna leukemija
- hronična limfocitna leukemija
- akutna mijelogenična leukemija
- hronična mijelogenična leukemija
- Hočkinov limfom
- nehočkinov limfom
- neuroblastom
- retinoblastom
- mijelodisplastični sindrom
- refrakterna anemija
- Fankoni anemija
- aplastična anemija
- srpska anemija
- mijelom
- Kulijeva anemija
- Kostmanov sindrom
- Omenov sindrom
- Glancmanova trombastenija
- ozbiljan nedostatak imuniteta
- Didžordžov sindrom
- Čediak-Higaši sindrom
- hemoglobinopatija
- Blackfan-Diamond anemija

Za koje bolesti su klinička ispitivanja pri kraju?

Za lečenje pojedinih bolesti već su vršena klinička ispitivanja i transplantacija matičnih ćelija sa pozitivnim rezultatima. Međutim, za ove metode lečenja potrebno je još neko vreme, jer treba da se i zvanično provere i odobre od strane međunarodnih zdravstvenih institucija.

Neke od bolesti za koje će u dogledno vreme lečenje pomoći matičnih ćelija biti i zvanično odobreno:

- rak dojke
- Hurlerov sindrom
- Juengov sindrom
- Krabeova bolest
- osteopetroza
- multipla skleroza
- Gošeova bolest
- Niman-Pikova bolest
- Hanterov sindrom
- Taj-Saksova bolest

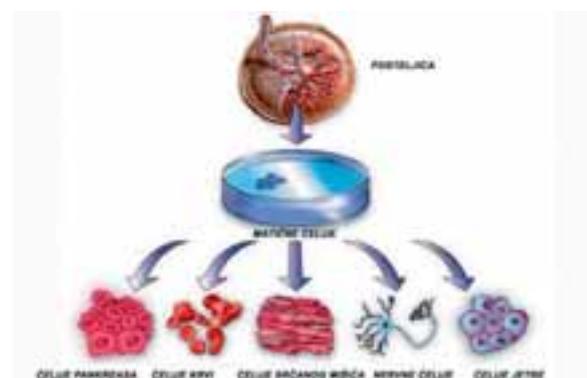
Eksperimentalni rezultati lečenja koji ohrabruju

Eksperimentalnim lečenjima uz pomoć transplantacije matičnih ćelija dobiveni su rezultati koji nagoveštavaju lečenje i drugih bolesti. Potrebno je samo još neko vreme da se rezultati ovih eksperimentata potvrde i ustanove precizne metode lečenja kako bi se i ta lečenja uvrstila u zvaničnu proceduru.

Već su postignuti konkretni pozitivni rezultati transplantacijom matičnih ćelija kada je reč o sledećim bolestima: artritis, dijabetes, lupus, Evanov sindrom, Huntingtonova bolest, Parkinsonova bolest, Alchajmerova bolest.

Pored navedenog, postignuti su i zavidni rezultati pri regeneraciji nekih oštećenih unutrašnjih organa (bubrezi, jetra...).

Transplantacijom matičnih ćelija već sada se mogu uspešno lečiti neke bolesti za koje do skora nije bilo leka. Pred matičnim ćelijama je svetla budućnost.



POSLJEDICE STRESA NA FUNKCIONISANJE ČOVJEKA

Dr Sanja Tešanović, sprecijalista porodične medicine



Stres je stanje poremećene psihofizičke ravnoteže pojedinca, nastalo bilo zbog fizičke, bilo zbog psihičke i/ili socijalne ugroženosti osobe. Definišu ga i kao cijenu koju ljudska bića moraju platiti da bi živjela, on je naš životni pratičac, koga susrećemo od prvog dana.

Sklop odbrambenih reakcija organizma koji se javlja u uvijek na isti način zove se opšti adaptacioni sindrom, a stresor je svaki činilac koji ugrožava osobu. Tjelesni činioci su npr. izloženost jakoj buci, velikoj vrućini, hladnoći, vremenskim nepogodama i dr. Psihički činioci manifestuju se kada je osoba izložena različitim međuljudskim sukobima, neuspjesima, psihološkim konfliktima, životnim promjenama, bilo lijepim ili ružnim. Socijalni činioci predstavljaju izloženost velikim socijalnim promjenama, ekonomskim krizama, ratovima i dr.

Stresni događaji se razlikuju po vremenskim karakteristikama, koje mogu imati veliki značaj za tok i posljedice djelovanja stresa. Mogu biti akutni (jak prasak, nezgoda, iznenadna opasnost) i hronični (dugotrajni život u izbjeglištvu, nemanje posla).

Veoma korisna je klasifikacija stresora s ob-

zirom na intenzitet prijetnje (ili ugrožavanja) koji stresni događaj uključuje. Najvažnije vrste stresora prema intenzitetu prijetnje su:

Traume

Ovdje spadaju događaji kao što su ratovi, prirodne i tehnološke katastrofe, saobraćajne nesreće i sl, pri čemu postoji direktna prijetnja za život osobe ili njenih bližnjih i/ili viđenje različitih strahota (pogibije, unakaženih ljudskih tijela i sl.).

Životni događaji

Ovu kategoriju čine događaji kao što su smrt bliske osobe, razvod, dijagnostikovanje teške bolesti i sl.

Hronično opterećenje (chronic role strain)

Za razliku od životnih, događaji ove kategorije nemaju jasan početak i kraj. Bračni problemi su, npr. hronično opterećenje, a razvod je životni događaj. Situacije koje predstavljaju hronično opterećenje su: problemi na poslu, problemi u roditeljstvu, problemi u usklađivanju većeg broja socijalnih uloga itd.



Dnevni mikrostresori (daily hassles)

U ovu kategoriju spadaju događaji kao što su svakodnevne gužve u autobusu, gužve u saobraćaju, čekanje u redu i sl. Dnevni mikrostresori se često javljaju u sklopu tekućeg životnog događaja ili hroničnog opterećenja.

Kao neke karakteristike koje odlikuju ličnost otpornu na stres javljaju se:

- sposobnost vladanja sobom u stresnim situacijama

- kontinuirano angažovanje u aktivnostima
- elastična adaptacija na neočekivane promjene u životu
- sposobnost korišćenja socijalne podrške
- shvatanje stresa kao izazova, šanse za rast i razvoj
- briga o tijelu
- život u skladu sa prirodom
- optimizam i humor
- rad i ljubav
- razvoj duhovnosti, potraga za smisalom.

Emocionalna reakcija čovjeka u stresnoj situaciji može se protezati između sasvim suprotnih emocionalnih značenja koja se mogu označiti kao eustres i distres.

Eustres je u emocionalnom smislu prijatan, konstruktivan doživljaj samoispunjena i radosti, bez obzira što osobi prijeti borba i izvjestan stepen iscrpljenja. Distres je suprotno, emocionalni doživljaj koji je neprijatan, nepovoljan i poražavajući u kome osoba ima osjećaj gubljenja i velikog nezadovoljstva. To je doživljaj stradanja i patnje u datim okolnostima iz koje bi osoba što prije htjela da izade.



Najčešće neprijatne emocionalne reakcije karakteristične za stres su:

- anksioznost
- depresivnost, tuga
- agitiranost, iritabilnost, nestrpljivost
- umor, nemogućnost odmora
- niska frustraciona tolerancija
- stid, krivica
- prezasićenost
- osjećaj napetosti, "na ivici"
- osjećaj bespomoćnosti
- usamljenost i izolacija
- emocionalna zaravnjenost (nakon traumatskog ili drugih intenzivnih stresova)



Kognitivne posljedice:

- sniženje koncentracije i pamćenja,
- neodlučnost u donošenju odluka,
- loše procjene
- konfuzno mišljenje, teškoća da se jasno misli
- oslabljenost determinišuće tendencije
- gubitak objektivnosti
- gubitak osjećaja za humor,
- uočavanje samo negativnih stvari, anksiozne anticipacije.

Bihevioralne (ponašajne) posljedice

- nervozno hodanje, vrpoljenje, nervozne navike (grickanje noktiju, lupkanje nogom o pod)
- pojačan ili smanjen unos hrane,
- intenziviranje pušenja, pijenje, zloupotreba droga
- Izlivi bijesa (plakanje, vikanje i deranje, fizička agresivnost, bacanje stvari)
- zanemarivanje obaveza i odgovornosti
- prebacivanje krivice na druge, konflikti u sredini
- povlačenje iz društva
- pretjerivanje u aktivnostima kao što su vježbanje ili kupovina.

Kada se govori o uticaju stresa na radnu aktivnost, važno je pomenuti i pojам Burn out ili sagorijevanja na poslu. BURN OUT je progresivni gubitak idealizma, energije, smislenosti vlastitog rada kojega doživljavaju ljudi u pomažućim profesijama kao rezultat frustracija i stresa na poslu. Generalno, manifestuje se na svim planovima ličnosti.

Stres je poljubac smrti ili začin života. Izazov i šansa za sazrijevanje, ukoliko ga držimo pod kontrolom.

Uloga i značaj porodičnog doktora

NASILJE U PRODICI

Dr Vedrana Antonić Kovljenović, specijalista porodične medicine



Nasilje je pojava koja se dešava svakodnevno i svugdje, u svim državama i kultura, bez obzira na društveno uređenje, religiju, vrijednosti i stavove.

Porodični doktor, kao neko ko ima uvid u cijelu porodicu, njeni cjelokupno zdravstveno stanje, način na koji ona funkcioniše i kako se pojedini njeni članovi ponašaju, ima veliki značaj i uticaj u otkrivanju i suzbijanju ovog društvenog problema.

Veliki je pomak što se o ovoj pojavi počelo javno i otvoreno pričati i na taj način su potencijalne žrtve i žrtve nasilja ohrabrene, a javnosti je ukazano na značaj blagovremenog prijavljivanja nasilja, pa čak i sumnje na moguće prisustvo bilo kojeg oblika nasilja u porodici.

Posljedice nasilja su višestruke i međusobno veoma povezane. Mogu uticati na zdravlje, fizički i psihički integritet žrtve, njene radne sposobnosti i socio-ekonomski kapacitet.



Posljedice po društvo su ogromni troškovi za suzbijanje nasilja, povećan morbiditet, povećan broj ubistava, samoubistava, zloupotreba droge i alkohola i druge patološke pojave.

Koliko često ste kao doktor porodične medicine, ili kao medicinska sestra u timu, posumnjali da je vaš pacijent možda žrtva nasilja u porodici?

Nekada neki pokazatelji, znaci, ne moraju biti i nisu direktni, jasni i ne ukazuju tako precizno da je naš pacijent žrtva nasilja.

Samo usvajanje loših životnih navika, kod osoba koje trpe nasilje, smatra se rizikofaktorom za čitav niz bolesti i stanja.

Povrede (frakture, modrice, ogrebotine, travovi gušenja i sl.) su najčešći i najupadljiviji znaci nasilja.

Zapitamo li se nekad u ambulanti da li je možda pacijent koji ima neke nespecifične znake takođe žrtva nasilja. Šta se krije iza uporne glavobolje, a uradili smo sve moguće dijagnostičke procedure i one su u granicama referentnih vrijednosti, iza dugotrajne depresije, nesanice, zamora, vrtoglavice, a prethodno ste iscpjeli sve svoje terapijske dijagnostičke i ljudsko-medicinske resurse?

Kod ovakvih zdravstvenih problema treba izbjegavati rutinsku preporuku analgetika i sedativa koji dodatno doprinose da se ionako nejasna simptomatologija zamaskira. Uvijek treba imati na umu i pitati, bez ustručavanja, svog pacijenta o mogućoj izloženosti nasilju u porodici.

Veliki je značaj primarne zdravstvene zaštite, prvenstveno timova porodične medicine u otkrivanju i rješavanju ovog problema.

Svakodnevno radeći u svom timu, sa svojom registrovanom populacijom, porodični doktor sa

svojim tehničarima je osposobljen da pruži žrtvi sveukupnu zdravstvenu njegu sa ciljem očuvanja tjelesnog i psihičkog zdravlja kao i sanacije nastalih ozljeda i psihotrauma.

U slučaju sumnje da je ozljeda ili zdravstveno stanje posljedica nasilja, porodični doktor je dužan obavezno razgovarati, te navesti moguću žrtvu da mu se povjeri i da tako sazna što više informacija u vezi sa povredom ili nastalim zdravstvenim stanjem.

U slučaju saznanja o počinjenom nasilju u porodici dužni smo da obavimo detaljan pregled i o njemu načinimo precizan i opširan medicinski izvještaj u zdravstvenom kartonu žrtve. Podaci moraju biti povjerljivi. U suprotnom, mogu ugroziti naš međusobni odnos, ali i bezbjednost i ljekara i žrtve.



Nakon što procijenimo bezbjednost i potrebe žrtve, procijeni se i rizik o mogućoj pojavi ubistva, samoubistva, treba postupiti u skladu sa Zakonom o zaštiti od nasilja u porodici, tj. prijaviti policiji.

Žrtva od nas očekuje da joj vjerujemo, da se njen problem shvati ozbiljno. Želi da bude podržana, bezbjedna i ako je potrebno bude upućena dalje u odgovarajuću instituciju.

Sve pacijente koji prijave nasilje u porodici treba da saslušamo pažljivo i bez osuđivanja, ponudimo im tzv. bezbjednosni plan tj. adrese i brojeve telefona službi koje mogu pružiti pomoći.

Ako žrtva ne želi da priča o nasilju i to treba dokumentovati, pružiti joj verbalnu podršku i zakazati kontrolni pregled.

Sumnju treba takođe zabilježiti u kartonu



pacijenta, tj. zabilježiti na osnovu čega se sumnja da možda postoji nasilje u porodici.

Ovaj tekst o nasilju u porodici nas sve samo potiče da počnemo razmišljati o ovoj pojavi kao o nečemu što je prisutno među nama, našim pacijentima koji nam svakodnevno dolaze u ordinacije sa mnoštvom problema, a među njima je možda i ovaj skriven.

Zahvaljujući Ministarstvu zdravlja i socijalne zaštite koje je podržalo projekat pod nazivom „Stop nasilju u porodici”, održana su predavanja u cijeloj Republici Srpskoj nakon kojih su polaznici osposobljeni da prepoznaju značaj ovog problema i da ispravno i blagovremeno reaguju na njega.



KARCINOMA REKTUMA

Dr Milanka Vujičić, spec. porodične medicine



Znaci i simptomi analnog SCCs su često nespecifični, tako da su u 76% karcinoma inicijalno postavljene dijagnoze kao benigne lezije. Kliničke manifestacije se odnose na veličine tumora i stepena murala invazije. Kod pacijenta sa analnim karcinomom prisutno je rektalno krvarenje, svrab, bol, sekret, otok i perianalne ulceracije. Kako tumor raste kod pacijenta se pogoršava bol, promene u radu creva navika, inkontinencija, osećaj rektalne mase, tenesmus, gubitak težine, dijareja, ulceracije, inkontinencija, a fistula. Simptomi trajanja mogu da se kreću do 4 godine, a kod većine pacijenata je simptomatska više od 6 meseci. Mnogi pacijenti imaju uvećane preponske limfne čvorove u vreme prezentacije. Planocelularni karcinomi izgleda da se ponašaju više virulentli kod muškaraca nego kod žena.

Karcinom analnih žlezda

Karcinom analnih žlezda je redak i kontroverzni entitet. Njihova retkost i sličnost sa adenokar-

cinomom koji se pojave u fistuli daju sliku u vezi sa njihovim demografski teškim prepoznavanjem. Najnovija SZO klasifikacija ističe poreklo iz analnih žlezda, kako bismo klasifikovali ove tumore kao neoplazme. Međutim, komplikuje činjenica da su neke analne fistule rezultat infekcije u analnoj žlezdi. Karcinom analnih žlezda prvenstveno utiče na starije muškarce. Etiologija ovih tumora je nepoznata.

Drugi tumori

Neki tumori koji se razvijaju u analnom kanalu su nediferencirani. Oni nemaju dovoljno diferencijacije. Svrstavaju se kao pločasti ili žlezda u okolini. Ovi tumori su relativno retki, a kada se oni razvijaju, imaju tendenciju visoke mitotske aktivnosti i agresivnim kliničkim tokom. Većina anaplastični i najsmrtonosniji od analnog kanala tumori su maligni karcinomi.

Bovenoid Papulosis

Bovenoid papulosis AIDS-om definiše bolesti kod odraslih sa HIV infekcijom. Ona se sastoji od jedne ili više pigmentisanih anogenital maculesa. Lezije predstavljaju kao crvenkasto-braon do boje ljubičice papules i plakete, ponekad sa verrucous izgledom. Ostaju ograničeni na perianalnom području ili difuzno uključujući anogenitalnu regiju. Bovenoid papulosis može da se proširi u analni kanal. Svrab i iritacija mogu da se razvijaju, iako obično lezija ostaje asimptomatska. Diferencijalna dijagnoza klinički uključuje condilomata, verruca vulgaris i nevusa. Bolest je povezana sa HPV tip 16, 18, 31, 32, 34, 39, 42, 51, 52, i 53, u



ogromnoj većini slučajeva povezano sa HPV-16 (92,93,94). Bovenoid papulosis, za razliku od tipičnog planocelularnog karcinoma *in situ*, utiče na mlade pacijente, Peaking u učestalosti tokom 3. decenije. Trajanje lezije kreće se od nekoliko nedelja do nekoliko godina. Bolest je hronična i progresivne prirode.

Planocelularni karcinom

Velika većina karcinoma analnog kanala su planocelularni karcinomi. Oni su daleko češći u analnom kanalu nego u analnoj margini, i na neki način oni su slični genitalnim malignitetima.

Diferencijalna dijagnoza analnog marginalnog tumora uključuje leukoplakia, malignog melanoma, intraepitelni adenokarcinom, Pedžet bolest, karcinom bazalnih ćelija, kondiloma acuminata i određena kožna oboljenja kao što su lišajevi sclerosus i atrophicus.

Maligni melanom



Analni melanoma javlja se oko 0.1% do 1.07% od svih analnih tumora i oko 1% svih osnovnih melanoma. Godišnja učestalost primarnog analnog melanoma 0.016 na 100.000 stanovnika. Najčešći simptomi su nespecifični i uključuju rektalno krvarenje praćeno bolom, osećaj mase, konstipacije, dijareja, bol u stomaku, gubitak težine, i tenesmus. Neke lezije predstavljaju kao hemoroide. Od početne kliničke dijagnoze je pogrešno u čak 80% slučajeva, simptomi su često prisutni nekoliko meseci pre nego što se dijagnoza postavlja. Kao rezultat toga, tumori mogu porasti veliki pre nego što pravilno dijagnostikuju. Retko metastaziraju na preponske limfne čvorove. Napredovanjem

bolesti javljaju se neurološke komplikacije, uključujući i išijas.

Prognoza

Prognoza analnog karcinoma zavisi sajtu porekla, veličina tumora, dubine invazije, obim lokalnog širenja, i čvorne statusa. Veličina tumora obrnuto korelira sa prognozom i snažno saradnika sa stadijum tumora. Lezije da samo napadaju u submucosa imaju odličnu prognozu. Veličina tumora je jedan od najvažnijih prognostičkih faktora, a većina tumora merenja 8 cm, pokazuju 5 godina preživljavanja od 31% na 47,3%, u kontrastu sa onima za merenje.

Lokacija tumora je takođe važna. Planoceplularni karcinom nastalo u analnoj margini ima bolju prognozu od onih koji se pojave u analnom kanalu, verovatno zbog činjenice da oni koji su na margini analni predstavi kao manji tumori koji su lakše izleženi od strane lokalnih eksicizije (vidi dole). DNK PLOIDNOSTI analiza ne stalno da dostižu nezavisni prognostički značaj u odnosu na histološki stepen ili tumora fazi kada ispituju multivarijacione analize. Međutim, p53 overekpression može povezati sa inferiorna ishod kod pacijenata sa analnog kanala tumora leči chemoradiation.

Liječenje

Trenutno najefikasnija terapija je rano otkrivanje tumora i njihovih prekursora. U poslednjih nekoliko godina, operacija samo je zamjenjena organa koji štede kombinacija radioterapije i hemoterapije, kao primarni tretman kod pacijenata sa analnim karcinomom epitela jer tumori se mogu proširiti na rektalni mezenterij, donjotrbušne i ingvinalne limfne čvorove, ovi postupci treba da budu uključeni u inicijalmu zračenju tumora. Hirurgija je obično rezervisana za ostatak ili kad se ponavlja bolest. Nasuprot tome, većina pacijenata sa adenokarcinomom podvrgne se agresivnoj hirurgiji i zračenju i hemoterapijom za kontrolu lokalnih bolesti i lečenje metastatske bolesti. Ukupno pet godina preživljavanja kod bolesnika sa tumorima analnog kanala je 60% do 80% za pacijente koji prolaze kombinovane terapije zračenjem i hemoterapijom i oko 60% za one koji su u procesu abdominoperinalne resekcije. Uloga HPV vakcine kao načina da se spriči tumor tek treba da se utvrdi.

MALO ŠALE NIJE NA ODMET

Pripremila: dr Zora Kremenović

RIBOLOV



Muž i žena odluče da odu na odmor na jezero poznato kao raj za ribolovce.

Muž obožava da u ribarenje izađe u cik zore, a njegova žena obožava da u miru čita knjige.

Jednog jutra se muž, posle nekoliko sati ribolova, vratio i odlučio da malo dremne, a žena je tada rešila da se sama izveze čamcem na jezero, premda se na njemu sama baš i nije najbolje snalažila. Upali motor i izveze čamac na jedno usamljeno mesto, baci sidro, izvadi knjigu i nastavi da uživa u tišini i da čita svoju knjigu.

Tuda naiđe ribolovni inspektor u svom čamcu, pristane uz ženin čamac i kaže:

„Dobro jutro, gospođo. Šta to radite?“

„Čitam knjigu,“ odgovori ona (i pomisli: zar to nije očigledno?)

„Nalazite se na delu jezera rezervisanom za sportski ribolov“, obavesti je inspektor.

„Žao mi je gospodine, ali ja ne pecam. Ja samo sedim u čamcu i čitam knjigu. „Da, ali u čamcu imate sav pribor potreban za pecanje i što se mene tiče mogli biste sa pecanjem otpočeti svakog trenutka. Biću primoran da vas povedem sa sobom do stanice i da protiv Vas podnesem prijavu,“ reče on.

„Ako Vi to zaista i uradite, onda znajte da ču i ja protiv Vas podneti prijavu, ali zbog silovanja,“ odgovori mu žena.

„Ali, pa ja Vas nisam ni dotakao!?,“ reče inspektor.

„Da, ali Vi za to imate sav potreban pribor i što se

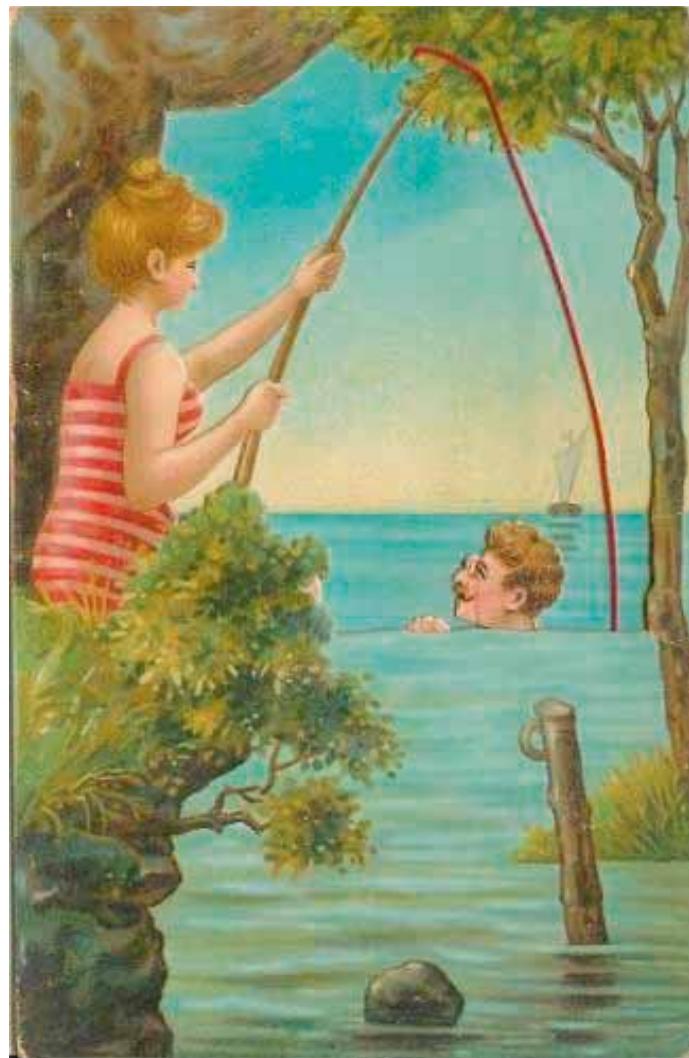
mene tiče mogli biste sa tim otpočeti svakog trenutka...“

„Do viđenja, gospođo, i uživajte u ovom lepotanu...“

NARAVOUČENIJE:

Ne ulazi u raspravu sa ženom koja čita. Vrlo je vjerovatno da ona umije i da misli.

PRIČU PREPORUČUJEMO ŽENAMA KOJE ZNAJUDA ČITAJUI... OSTALIMA SA PRIBOROM





Lercanil® 10

lerkanidipin

10mg x 28 tableta

10mg x 60 tableta

NOVO!



✓ Savremeni Ca antagonista
✓ Neprocijenjiv za pacijente s hipertenzijom



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

BERLIN-CHEMIE AG, Predstavništvo za Bosnu i Hercegovinu,
71000 Sarajevo, Hasana Brkića 2/II, Tel: +387 33 715-195, fax: +387 715-187
e-mail:berlinag@bih.net.ba, bosnia@berlin-chemie.com

Sumamed®

azitromicin

Iskustvo kojem vjerujete!



sirup 30 ml
kapsule 6 x 250 mg
injekcije 5 x 500 mg
tablete 2 x 500 mg
sirup 20 ml
sirup Forte 15 ml
tablete 3 x 500 mg

 PLIVA

www.pliva.ba