PORODIČNA MEDICINA

GODINA: 2006. REPUBLIKA SRPSKA BROJ: 9

NA TALASIMA REFORME

XXVII konferencija opšte medicine Srbije

Imunizacija u Republici Srpskoj

Pušenje ta "divna" navika

12th Regional Conference of Wonca Europe ESGP/FM

Nebilet®

nebivolol hidrohlorid

HIPERTENZIJA:
POSTIGNITE OPTIMALNU KONTROLU

HRONIČNO SRČANO ZATAJENJE

KORAK NAPRIJED PREMA PREPORUCI ESC (2005)

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Healthcare for life

BERLIN-CHEMIE, Glienicker Weg 125, 12489 Berlin, Germany

BERLIN-CHEMIE AG Predstavništvo za Bosnu i Hercegovinu, 71 000 Sarajevo, Musala 1/ II; Tel/fax: +387 33 264 351, 264 352, e-mail: berlinag@bih.net.ba, bosnia@berlin-chemie.com

BANJA VRUĆICA
"koračajte stazama života"

Prirodne ljepote, obilje mineralne vode i savremeni smještajni objekti, čine "Banju Vrućicu" najvećim i, možemo slobodno reći, najljepšim zdravstveno--turističkim centrom u Bosni i Hercegovini.

U kompleksu od četiri hotela sa oko 1.000 ležajeva, gostima je na raspolaganju širok asortiman usluga, tako da je ona danas poznato prirodno lječilište, konferencijski, rekreativni i turistički centar.

BANJA VRUĆICA
Zdravstveno turistički centar a.d.

Kontakt telefoni:
Uprava Društva: Tel. 0038753 431-270; faks: 0038753 431-391
Centrala: Tel. 0038753 421-200; faks: 0038753 431-361
Prodaja: 0038753 410-030
www.banja-vrucica.com, E-mail: marketing@banja-vrucica.com

znam adresu!

MOZAIK medici.com MEDICINSKIH KOMUNIKACIJA

www.medicicom.com

put do zdravlja!

Izdavač "Medici.com", Banja Luka, Nikole Pašića 26 • Tel. +387 51 318 606, +387 65 603 346;
medici.com@blic.net • www.medicicom.com • Žiro račun: 3383502200440823, Zagrebačka banka

RIJEČ UREDNIKA

Drage koleginice i kolege,

Kaplju posljednji dani ljeta. Stiže užurbana jesen. Poslije godišnjih odmora stižu nove obaveze. Početkom septembra užurbano su tekle i pripreme za naš novi broj «Porodične medicine». Kako se dugo nije pojavio novi broj lista, mnogo je bilo dešavanja, vezanih za porodičnu medicinu o kojima želimo da vas informišemo. Unutar naše asocijacije desile su se značajne promjene, mnogo je kongresa i drugih skupova gdje su učešće uzeli porodični ljekari, u toku su razni oblici edukacije unutar naše grane medicine.

Iskreno se nadam da će članci koje budete čitali biti interesantni i korisni za vas. Takođe se nadam da dijelite zadovoljstvo sa mnom što naš časopis nastavlja da se izdaje.

Vaš glavni urednik
Dr Verica Petrović

Porodična medicina na talasima reforme 4

XXVII konferencija opšte medicine Srbije 8

WONCA Europe 2006. 9

O strategiji za primarnu zdravstvenu zaštitu 11

Moje iskustvo u porodičnoj medicini 14

Serum tumor markeri 15

Depresivne epizode 18

Imunizacija 20

Transseksualizam 23

Osteoporoza 25

C - reaktivni protein 31

Pušenje, ta “divna” navika 35

Balneoterapija 37

• ***Izdavač:*** Udruženje ljekara porodične medicine RS • ***Za izdavača:*** Dr Draško Kuprešak, predsjednik Udruženja ljekara porodične medicine RS • ***Glavni i odgovorni urednik:*** Dr Verica Petrović
• ***Redakcijski odbor:*** Dr Draško Kuprešak, dr Ljubica Jelovac, dr Zora Zenić, dr Dragana Rakić, dr Nebojša Putnik
• ***Kompjuterska priprema:*** Sretko Bojić • ***Štampa:*** “GLAS SRPSKI – GRAFIKA” AD Banja Luka
• ***Za štampariju:*** Neđo Gajić ***Tiraž:*** 500 primjeraka

PORODIČNA MEDICINA NA TALASIMA REFORME

Dr Draško Kuprešak, predsjednik Udruženja ljekara porodične medicine

G. Kuprešak, u maju je formirano novo udruženje ljekara porodične medicine RS na čijem ste čelu, možete li nam nešto više reći o tome?

Iskustva iz ranijeg perioda identifikovala su potrebu za organizovanjem jednog snažnijeg udruženja koje bi na jedan sistematičan način radilo na promociji modela porodične medicine, i koje bi artikulisalo interese i potrebe doktora koji rade u praksi po ovom modelu.

Stoga, čelni ljudi dva udruženja /specijalista opšte medicine i asocijacije specijalista i specijalizanata porodične medicine/ inicirali su ideju za osnivanjem zajedničkog udruženja. Ta ideja je naišla na plodno tlo, i ona je realizovana u maju ove godine. Putem definisanja kriterija za članstvo u novo udruženje, pokušano je da se izbrišu neke, po meni, neprirodne granice koje postoje između ove dvije grupacije /specijalista opšte medicine i specijalista porodične medicine/ a posebno u svjetlu činjenice da većina specijalista opšte medicine ima završen Program dodatne edukacije iz porodične medicine.

Šta je to novina u organizovanju i funkcionisanju udruženja?

Ono što je novo u organizacionom smislu i u funkcionalnom smislu je da se koncept organizacije zasniva na delegatskoj skupštini iz devet područnica čime su se stvorile pretpostavke za funkcionalnost skupštine kao najvišeg organa udruženja. Takođe, snažna uloga područnica je temelj u budućem radu Udruženja, čime one same postaju važan faktor u identifikaciji problema, njihovom pokretanju i rješavanju. Naravno ne treba ni govoriti da se vodilo računa o regionalnoj zastupljenosti.

Druga važna dimenzija, je da predsjedništvo postaje izvršni organ skupštine, ali sa malo više operativne slobode čime se stvaraju pretpostavke za prohodnost odluka i brzinu njihovog donošenja.

Cilj ovakvog načina organizacije je da se uspostavi sistem odlučivanja, jasnu odgovornost za pojedine poslove i mehanizmi kontrole i evaluacije čime se približavamo modernom pristupu u organizovanju Udruženja.

Na osnivačkoj skupštini vi, kao predsjednik, ste predložili akcioni plan za naredni period. Šta on obuhvata?

U suštini, to je paket mjera od desetak aktivnosti koje su prioritet u cilju konsolidacije udruženja, i postavljanje rada udruženja na zdrave temelje.

Glavni urednik u razgovoru sa gospodinom Kuprešakom

U kontekstu dešavanja u zdravstvenom sistemu akcioni plan naglašava važnost nekoliko stvari koje treba uspostaviti.

Prije svega otvoriti dijalog sa svim udruženjima koja rade na primarnom nivou /Ginekologija, Pedijatrija i ostali/ da bi se uspostavio konsenzus o načinu saradnje u pružanju zdravstvene zaštite i njihovom obimu.

Takođe, kvalitetnijom saradnjom sa Komorom doktora medicine, snažnije raditi na kreiranju zakonskih rješenja i njihovom predlaganju Ministarstvu zdravlja i socijalne zaštite, te zajedničkom radu sa Komorom na procesu CME.

Naglašena je važnost dobre saradnje sa srodnim udruženjima u okolini i inostranstvu, čime bi se stekao uvid u našu trenutnu poziciju u jednom širem kontekstu.

Uz utemeljivanje dana porodične medicine kao našeg doprinosa procesu CME, eventualno i pokretanje konferencije porodične medicine na nivou BiH, sve te aktivnosti bi dale legitimitet rada Udruženju.

U avgustu u Firenci je održana WONCA. Ispred Udruženja vi ste učestvovali u radu njihovog predsjedništva. Kakva nosite iskustva?

WONCA je najorganizovanija asocijacija doktora porodične medicine u Evropi i svijetu.

Način njihove organizacije, finansiranje, ozbiljnost u radu, potenciranje naučno istraživačkog rada, izdavačke djelatnosti je širok okvir za mnoge aktivnosti koje se mogu praktikovati.

Na tom sastanku se moglo mnogo naučiti, i takva dobra iskustva primijeniti kod nas. To je bila prilika da se sretnemo sa g. Švabom koji je predsjedavajući borda WONCE, i da napravimo prve zvanične korake u našem internacionalnom predstavljanju.

Mislim da je WONCA i njeni brojni komiteti i odbori najbolje mjesto za afirmisanje naučnih ideja iz oblasti porodične medicine, i mi ćemo pokušati da pronađemo način da na slijedeću konferenciju koja će se održati u Parizu, po prvi put organizovano nekog našeg člana pošaljemo ispred Udruženja sa sa istraživačkim radom da nas predstavlja.

Na kraju, imate li neku poruku za naše čitaoce?

Mislim da ulazimo u kritični period, kada će stvarnost dati odgovore na mnoga pitanja koja su predmet promjena.

U narednom periodu u zdravstvenom sistemu će se uspostavljati odnosi, dugoročnije nego ranije, i jako je važno da Udruženje ima uticaj na takve procese.

Mi se nadamo da se će se čuti i naš glas, glas ljudi koji su nosioci promjena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Ono što je čvrsto opredjeljenje novoizabranog rukovodstva, jeste da ćemo voditi konzistentnu politiku, koja ima za cilj afirmaciju tzv. ”brenda” porodičnog doktora, i da ćemo u toj nakani uspjeti.

Ovom prilikom pozivam sve naše sadašnje i potencijalne članove da se aktivnije uključe u rad Udruženja, jer je to njihovo udruženje, i mislim jedini način da smisleno radimo na zaštiti naših interesa.

Ljekari porodične medicine iz BiH, učesnici Konferencije WONCA-e 2006.

UDRUŽENJE LJEKARA PORODIČNE MEDICINE REPUBLIKE SRPSKE

Dani porodične medicine

Republike Srpske

Banja Luka, 4. 11. 2006.
velika sala Banskog dvora sa početkom u 9 časova

AKREDITACIJA UČESNIKA - 8,30-9,00
OTVARANJE DANA PORODIČNE MEDICINE - 9,00-9,45.

TEME I PREDAVAČI:

1. DIABETES - PLAN LIJEČENJA - prof. dr Nebojša Lalić - 9,50-10,35
2. PRISTUP TRETMANU OBOLJENJA ŠTITNE ŽLIJEZDE - mr sci. Blaženko Vuković - 10,40 - 11,25

PAUZA 11,25 - 11,40

3. KAKO KOMUNICIRATI SA ŽRTVOM ZLOSTAVLJANJA
psiholog Annet Suchter - 11,40 - 12,25
4. TRETMAN DISPEPSIJA U PRAKSI PORODIČNOG LJEKARA - mr. sci. Zoran Mavija - 12,30-13,15
5. ZNAČAJ ARITMIJA U PRAKSI PORODIČNE MEDICINE - mr sci. Dragan Unčanin - 13,20-14,05

PAUZA 14 05-14 15

6. ACE INHIBITORI I BETA BLOKERI U KARDIOVASKULARNOM KONTINIUMU
prof. dr Aleksandar Lazarević - 14,40 -15,00
7. ANEMIJE I KARDIOVASKULARNE BOLESTI - doc. dr Siniša Pavlović - 15,00-15,20

Generalni sponzor: **Novo Nordisk A/S**

Banjaluka, ul. I krajiškog korpusa 4/1, Tel/fax: 051/ 303 312,
žiro račun 56209900012199-78 kod NLB a. d. Banjaluka
JIB: 4401698140002

SAVREMENA INZULINSKA TERAPIJA

Uz obrok i za vrijeme između obroka

NovoMix® 30

(bifazni inzulin aspart)

Brza fleksibilna kontrola

NovoRapid®

(inzulin aspart)

Predvidivi rezultati iz dana u dan

Levemir®

(inzulin detemir)

novo nordisk®

Novo Nordisk A/S
Nikole Pašića 1
78000 BANJA LUKA
Tel/fax: +387 51 31 15 63
+387 51 31 15 64
www.novonordisk.com

XXVII konferencija opšte medicine Srbije

Mr. sci. dr Danka Prvanov

Sekcija opšte medicine Srpskog lekarskog drustva je organizovala XXVII konferenciju opšte medicine Srbije sa međunarodnim učešćem u vremenu od 22. do 27.09.2006. god. na Kopaoniku. Sekcija opšte medicine ove godine slavi 40 godina postojanja, pa je i organizovala konferenciju za pamćenje. Na konferenciji je učestvovalo 1200 lekara, a sekcija je ponudila svojim članovima i svima onima kojima je stalo do opšte medicine, nove sadržaje koji su pokazali opredeljenje za trajno stručno usavršavanje.

U program Konferencije su uvrštene radionice kao savremeni vid kontinuirane medicinske edukacije baš kao na svim svetskim skupovima.

Za XXVII konferenciju je bilo prijavljeno 438 radova, od kojih je 342 zadovoljilo kriterijume i prihvaćeno od strane Naučnog odbora Konferencije. Broj usmenih izlaganja naših kolega je bio nedovoljan. Poster prezentacije su za lekare bile zanimljiviji vid prezentovanja radova.

Specijlni gost Konferencije je bio *Igor Švab* predsednik Wonca Evrope koji je svojim dragocenim iskustvom pomogao shvatanju određenih problema u Asocijaciji lekara opšte medicine Srbije i njenom rešavanju.

Dr Ljubin Šukrijev, predsjednik Asocijacije opšte/porodične medicine Jugoistočne Evrope sa predstavnicama Turske

Učesnici iz RS

U toku Konferencije održan je sastanak Izvršnog odbora Asocijacije lekara opšte medicine-porodične medicine Jugoistočne Evrope.

Ova Konferencija je pokazala svojim radom i stručnim sadržajem da teži da se uvrsti u najkvalitetnije edukativne skupove, te da stimuliše međusobno povezivanje lekara opšte medicine, da poboljša kvalitet rada, profesionalno usavršavanje, istraživanje i edukaciju.

WONCA EUROPE 2006.

12th Regional Conference of Wonca Europe ESGP/FM

dr Kosana Stanetić, spec. opšte i porodične medicine

Doc. dr sci. med. Gordana Tešanović i dr Kosana Stanetić

U ambijentu renesansnog grada Firence, u Italiji, u enterijeru tvrđave Fortezza da Basso, održana je ovogodišnja 12th Evropska konferencija porodične medicine WONCA EUROPE 2006. od 27-30. avgusta 2006. godine.

Tema ovogodišnje konferencije bila je "TOWORDS MEDICAL RENAISSANCE bringing the gap between BIOLOGY and HUMANITIES". Konferencija je okupila preko 3000 učesnika iz Evrope, ali i iz drugih zemalja. Ovom najvećem skupu porodičnih ljekara u Evropi prisustvovala je i grupa od preko 30 porodičnih ljekara iz Bosne i Hercegovine.

Porodični ljekari iz Republike Srpske uspješno su predstavili svoje stručne radove o različitim temama. Konferencija je obilovala različitim sadržajima: oralne prezentacije, poster prezentacije, workshop-ovi, simpozijumi i dr. Teme su bile veoma aktuelne, primjenljive u svakodnevnom radu porodičnog ljekara.

Mnogobrojni simpozijumi zainteresovali su porodične ljekare: Burn-out sindrom kod porodičnih ljekara: šta je uzrok i šta možemo učiniti; Astma i alergije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti; Odvikavanje od pušenja; Njega starih osoba; Prevencija kardiovaskularnih bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Evropi; Menadžment gastrointestinalnih problema u primarnoj zdravstvenoj zaštiti; Istraživanja u primarnoj zdravstvenoj zašti i mnoge druge.

Kao i na prethodnim, i na ovogodišnjoj konferenciji veoma aktivan je bio i EURACT (European Academy of Teachers in General Practice), koji je organizovao niz veoma aktuelnih workshop-ova sa temama: Evropske žene porodični ljekari: njihovi uslovi rada, njihova briga za "pitanja" pacijenata; Hitna stanja u radu porodičnog ljekara; Feminizacija u porodičnoj medicini; Rješavanje problema u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i mnogi drugi.

Osim radnog dijela, tokom boravka u Firenci, porodični ljekari mogli su posjetiti niz kulturnih spomenika kojima obiluje čitav grad.

Stručni radovi predstavljeni na ovogodišnjoj Wonca konferenciji izazvali su dosta pažnje ostalih učesnika i visoko ocijenjeni od predstavnika organizacionog komiteta.

Dr Igor Švab, predsjednik WONCA Evrope

Učesnici iz Republike Srpske predstavili su se sljedećim radovima:

1. "Pre-hospital treatment of acute poisoning by chemical agents" N. Banjac, S. Popović-Pejičić, G. Oplakan, J. Vučković;
2. "Treatment of hypercholesterolemia in BiH" K. Stanetić, G. Tešanović, M. Stanetić;
3. "Survey of type and use of household medicines in Republic of Srpska", S. Račić, D. Đerić;
4. "Benzodiazepine drug use in BiH: The gap between reccomendation and practice"K. Stanetić, Z. Jatić, S. Karup, M. Hasanagić, S. Herenda;
5. "Correlation between nutrition intake and body weight in the population in Banja Luka City (Bosnia and Herzegovina)" V. Petrović, Lj. Stanivuk, D. Prvanov, N. Lončarević, L. Pejić-Milosavljević, G. Tešanović;
6. "Center for additional education in family medicine (FM) Doboj, Bosnia and Herzegovina" A. Sušić, J. Vučković, B. Kuprešak, V. Kovačević;
7. "Regional approach in family medicine (FM) implemenatation Doboj Region, Bosnia and Herzegovina" A. Sušić, S. Stanojević, B. Janjić, M. Kvaternik;
8. "The influenze of number of preventable risk factors in getting acute cardiovascular events" K. Stanetić, G. Tešanović, M. Stanetić;
9. "The prevalence of depression among the elderly with mental disorders in primary health care settings" M. Račić, L. Kozomara, S. Kusmuk.

Zanimljivosti iz svijeta medicine

Riblje ulje daje nade u borbi protiv Alchajmerove bolesti

Sećate se da su čak naše bake pričale da je riblje meso i ulje "hrana" za mozak i sada eto i naučnici imaju potvrdu za to.

Istraživači zajedno sa Odeljenjem veterana (VA) i univerzitetom u Kaliforniji, LA (UCLA) su došli do zaključka da dijeta sa povišenom docosahexenoic kiselinom ili DHA omega 3 masne

kiseline, pronađene u relativno visokoj koncentraciji u ribama hladnih voda, dramatično usporavaju progresiju Alchajmerove bolesti kod miševa. Narocito, DHA seče štetne moždane plake koje obeležavaju ovu bolest. Rezultati se pojavljuju 23. marta u on line izdanju Neuroscience žurnala…

…Dobra vest je da terapiju možemo kupiti u radnji ili supermarketu. DHA ima izuzetan zaštitni profil - nema nus pojava.

Kliničko ispitivanje podržava primenu DHA suplemenata i kod ljudi sa rizikom od kardiovaskularnih bolesti…

Izvor: www.medicalnewstoday.com

O strategiji za primarnu zdravstvenu zaštitu

Autor: dr Ljubica Jelovac

Prezentacija Prve komponente projekta SZO/EU "Podrška reformi zdravstvenog sistema u BiH" održana je, u Hotelu "Kardial" u Banji Vrućici kod Teslića, 25. 5. 2006. godine.

Skup je organizovan zahvaljujući Ministarstvu zdravlja i socijalne zaštite u Vladi RS i SZO – regionalne kancelarije za BiH u Sarajevu.

Reforma zdravstvenog sistema RS traje već devet godina. Bila je usmjerena na definisanje, razvoj i usvajanje značajnog broja dokumenata važnih za usmjeravanje i vođenje reformskog procesa. Strategiju razvoja zdravstvene zaštite u RS do 2000. izglasala je Narodna skupština RS 1996. godine, a odluku o donošenju glavnih strategija za zdravlje u RS donijela je Vlada RS 2003. godine.

Operativna realizacija reforme odnosi se na:

- Projekt osnovnog zdravstva;
- Program specijalizacije i dodatne edukacije iz porodične medicine;
- Projekt osnovnih bolničkih usluga;
- Uvođenje fizikalne rehabilitacije u zajednici (CBR);
- Unapređenje mentalnog zdravlja u zajednici;
- Podrška reformi zdravstvenog sektora;
- Opremanje domova zdravlja medicinskom opremom (u 3 faze);
- Projekt tehničke pomoći socijalnom osiguranju.

Centralnu ulogu u reformi zdravstvenog sistema RS i razvoj primarne zdravstvene zaštite ima model porodične medicine.

Skup u Tesliću o sadržaju Nacrta strategije za primarnu zdravstvenu zaštitu RS upoznale su doc. dr Gordana Tešanović i dr Amela Lolić.

Učesnike je posebno zanimao dio vezan za sadržaj reforme u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji se odnosi na izradu novih zakonskih i podzakonskih akata, oblike organizacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te ugovaranju i mehanizmima plaćanja.

Zakonskim regulativama baviće se ekspertski timovi koje će po potrebi formirati Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite.

Oblici organizovanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti definišu se trojako:

1. Tim porodične medicine - doktor i dvije medicinske sestre / tehničara. Tim može registrovati 1500 do 2500 građana;
2. Grupna praksa – sastoji se od 4 do 10 timova porodične medicine i može pokriti do 25000 građana;
3. Dom zdravlja – sastoji se od timova i grupne prakse porodičnih ljekara uz ostale organizacione jedinice. Pokriva preko 25000 građana.

Sa timovima, grupnim praksama i domovima zdravlja će biti zaključivani ugovori koji moraju sadržavati obim i strukturu usluga i definisaće se u tri paketa usluga.

Osnovni paket čine esencijalne usluge i obavezna imunizacija.

Prošireni paket i integralni paket čija će konačna lista i opis usluga biti dodatno definisani podzakonskim aktom.

Usluge osnovnog paketa će biti plaćane per capita, za prošireni paket per capita i po obavljenoj usluzi za dodatne usluge, a za integralni paket još dodatno i iz prospektivnog budžeta.

Jedan od ciljeva reforme privatne zdravstvene zaštite odnosi se na transformaciju postojećih službi domova zdravlja, te usklađivanje njihovog rada sa modelom porodične medicine. Reorganizaciju očekuju konsultativno specijalistička služba, zaštita zdravlja žena i djece, medicina rada, hitna medicinska pomoć, patronažna služba, centar za fizikalnu rehabilitaciju i mentalno zdravlje u zajednici, higijensko - epidemiološki poslovi, stomatološka služba i služba snabdijevanja u primarnoj zaštiti.

Doprinos radu skupa u Tesliću dala je dr Jasminka Vučković izlažući Nacionalni plan za sestrinstvo u BiH. O menadžmentu u primarnoj zaštiti govorila je dr Anđa Sušić, a o akreditaciji i unapređenju kvaliteta primarne zaštite dr Biljana Janjić.

Dan specijalizantskih projekata

Dr Dijana Stanetić
Dr Renata Stjepanović

Svake godine krajem juna, održavaju se dani specijalizantskih projekata. U okviru specijalizacije porodične medicine svaki specijalizant je obavezan da napiše i prezentuje specijalizantski rad. Radovi mogu da budu različitog tipa kao što su: naučno-istraživački, revizija prakse i edukativne brošure za ljekare ili pacijente.

Posljednjih godina akcenat se stavlja na naučno-istraživačke radove koji zahtijevaju mnogo truda. Godinu dana prije odbrane projekta, specijalizant je dužan da napravi apstrakt rada koji će u narednom periodu biti realizovan. Nakon prikupljanja i obrade podataka sprema se rad u pisanoj formi uz poštovanje svih principa izrade jednog naučno-istraživačkog rada kao i prezentacija u PowerPoint-u.

U zaista prijatnoj atmosferi kongresne sale Hotela Vidović, uz dosta znanja i pripreme te pomalo treme, prezentovano je 16 specijalizantskih projekata. Oko 30 specijalizanata iz edukativnih centara porodične medicine cijele Republike Srpske prezentovalo je svoje radove vrijedne iskrenog divljenja. Svi radovi bili su naučno-istraživačkog tipa, raznolike tematike kao što je i svakodnevni rad ljekara porodične medicine.

Svake godine odabere se najbolji rad. Ove godine, s obzirom na izuzetan kvalitet radova, odabrana su tri rada:

- «Mogu li se hitni slučajevi riješiti u ambulantama porodične medicine?» dr Anna Ćulafić i dr Sanela Tepšić,
- «Ateroskleroza i osteoporoza: rima ili nešto više?» dr Vesna Kovačević i dr Saša Lončar,
- «Informisanost učenika završnog razreda gimnazije i medicinske škole o polno prenosivim bolestima» dr Radenka Marković.

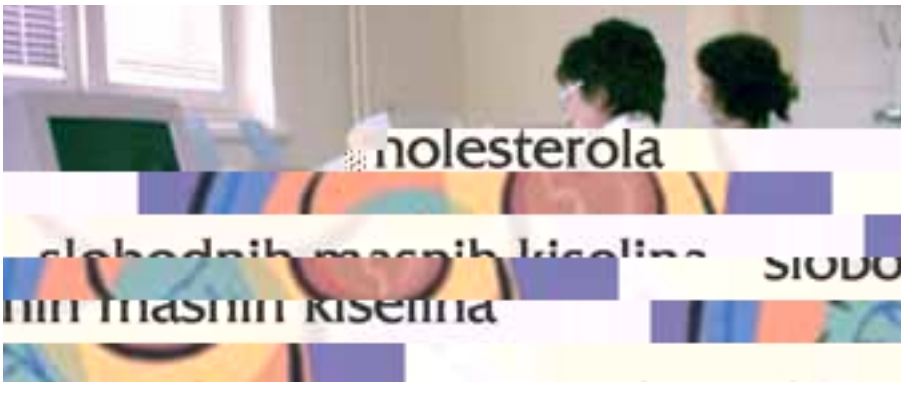
Komisiju su sačinjavala tri člana: dr Rajna Tepić, dr Mladen Šukalo i dr Danijel Atijas. Zadatak komisije bio je veoma težak, kako su kasnije i sami rekli, jer je bilo veoma teško odlučiti se za najbolje.

Na prezentaciji su bili prisutni i uvaženi gosti: ministar zdravlja dr Ranko Škrbić, doc. dr Gordana Tešanović i cijenjeni doktori iz Kanade dr Gail Gray i dr Geoffrey Hodgetts, te mnogobrojni specijalizanti i specijalisti porodične medicine. Nakon prezentacije upriličen je prigodan koktel za učesnike i zvanice.

Nadamo se da će specijalizantski projekti narednih generacija po kvalitetu i raznovrsnosti tema nadmašiti projekte prethodnih generacija. Unaprijed im želimo sreću i uspjeh.

EDUKACIJA MEDICINSKIH SESTARA I BABICA U PZZ U REPUBLICI SRPSKOJ

Ljiljana Laco, nacionalni koordinator RS za sestrinstvo u sprovođenju porodične medicine



Prema strateškom planu u zdravstvenom sistemu Republike Srpske date su smjernice za reformu zdravstva u cjelini. Osnova reforme je primarna zdravstvena zaštita, a ključno mjesto zauzima tim porodične medicine.

• Edukacija medicinskih sestara/tehničara za sestre porodične medicine, kao i patronažne sestre i babice za rad u zajednici.

• Edukacija medicinskih sestara/tehničara porodične medicine se sprovodi po jedinstvenom kurikulumu u oba entiteta na nivou BiH.

• Edukacija iz porodične medicine je timska, paralelno ljekari i med. sestre.

Organizacije koje su sprovodile ili još sprovode edukaciju med. sestara iz porodične medicine:

- MSF- ljekari bez granica
- ŠVAJCARSKA AGENCIJA ZA RAZVOJ I SARADNJU/HUG
- PROJECT HOPE
- WHO - SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA
- FAR PROJEKT
- GEORGE BROWN COLLEGE
- QUEEN`S UNIVERSITY

Po završetku edukacije za porodične medicinske sestre, pojedine med. sestre su završile edukaciju za preceptore, edukaciju za edukatore i sada učestvuju kao predavači iz porodične medicine u nastavnim centrima za dodatnu edukaciju med. sestara u Banjoj Luci i Doboju.

LEMON je sprovodio MKCK, implementirao je rad u PEER grupama tako da su med. sestre i babice mogle biti informisane o materijalima LEMON-a koji služe med. sestrama i babicama kao literatura za rad u njihovoj praksi. Veoma je važno što su med. sestre i babice upoznate sa procesom zdravstvene njege po kome bi trebale zasnivati svoju praksu.

Za patronažne med. sestre i babice (rad u zajednici) DMH (Danska mobilna bolnica),

MKCK i WHO su edukovale edukatore za patronažne sestre - rad u zajednici.

Iz hitne medicinske pomoći INTERNATIONAL MEDICAL CORPS je edukovao medicinske tehničare i dao zvanje instruktora HMT.

UNICEF je edukovao med. sestre i babice o promociji dojenja.

DECA i FENIKS su edukovali med. sestre i babice za psihosocijalnu podršku trudnici i porodilji.

WHO HEALTH, SWEBiH, ITALIJANSKA VLADA edukovao je med. sestre za rad u centrima za mentalno zdravlje. Sprovedena je i edukacija edukatora u psihijatrijskoj patronaži. U ovim centrima rade edukovane med. sestre za bolesti ovisnosti.

Iz oblasti menadžerstva u PZZ pružena je timska edukacija, glavnim sestrama domova zdravlja, glavnim med. sestrama opšte medicine i med. sestrama iz drugih službi i bolnica.

Za sve edukacije med. sestre i babice su dobile certifikate od Ministarstva zdravlja Republike Srpske, zakonom su priznate, a edukovane med. sestre i babice naučeno mogu sprovoditi u praksi.

SPECIFIČNA I OPŠTA PSIHOPATOLOGIJA DEPRESIVNE EPIZODE

Dr Zora Zenić, specijalista porodične medicine

SPECIFIČNA PSIHOPATOLOGIJA DEPRESIVNE EPIZODE

a) Tužno, depresivno ili disforično raspoloženje

Na pitanje kako se osjećaju, depresivne osobe svoje raspoloženje opisuju kao loše, tužno, jadno, bijedno, utučeno, beznadežno, bespomoćno, izgubljeno, nesretno, depresivno.

Neke se osobe osjećaju "prazno" a druge da su tjeskobne i uznemirene.

O prisutnosti depresivnog raspoloženja može se zaključiti po tužnom i zabrinutom izrazu lica i pogledu, takve osobe čine se kao da će zaplakati.

Neke osobe u prvi plan stavljaju različite tjelesne simptome (bolove), dok druge osobe na sitnice reaguju ljutnjom ili bijesom.

U djece i adolescenata češće je prisutno razdražljivo ili hirovito raspoloženje nego depresivno ili snuždeno.

b) Gubitak interesa i/ili zadovoljstva (anhedonija)

Gubitak interesa i zadovoljstva gotovo je uvijek prisutan a može ići do potpune apatije, ravnodušnosti i otupjelosti. Okolina obično primijeti socijalno povlačenje ili zanemarivanje aktivnosti kojima se depresivna osoba ranije veselila. U mnogih je seksualna želja smanjena ili potpuno odsutna.

c) Gubitak energije i zamor

Depresivnim osobama sve se čini teškim, stalno se žale na osjećaj umora.

d) Poremećaj apetita

Želja za hranom obično je smanjena. Depresivne osobe moraju se prisiljavati kako bi jele. U hrani ne uživaju kao ranije. Može doći do velikog gubitka u tjelesnoj težini.

U nekih osoba apetit može biti i povećan (npr. želja za slatkišima i čokoladom).

Hrana pruža užitak i ugodu, omogućuje da se ispuni praznina i osjeća nešto.

e) Poremećaj spavanja

Karakteristična su buđenja nakon što je osoba zaspala.

U nekih oblika depresije može biti prisutna i pretjerana potreba ili želja za spavanjem (hipersomnija) bilo da takve osobe imaju produženo noćno spavanje ili imaju osjećaj kako moraju spavati i po danu.

f) Psihomotoričke promjene

Mogu se očitovati kao nemir ili usporenost i smanjena aktivnost.

Osobe u psihomotornom nemiru stalno su u pokretu, krše ruke, čupkaju dijelove tijela ili odjeće.

Psihomotorna retardacija očituje se kao usporen govor, mišljenje i kretnje, odgovori na postavljena pitanja su oskudni, rečenice su kratke, govor gubi intonaciju i djeluje monotono, sužava se sadržaj.

U težim slučajevima može se razviti stupor.

g) Pesimizam, osjećaj bezvrijednosti i krivnje

Katkada se radi o pretjeranom osjećaju odgovornosti za neke nepovoljne događaje.

Samooptuživanje sa sumanutim idejama karakteristika je psihotične depresije. Zbog užasnog osjećaja krivnje neki bolesnici traže da ih se kazni, npr. pošalje u zatvor umjesto liječenja u bolnici, a velika je opasnost i od samokažnjavanja i samoubistva.

h) Misli o smrti i samoubistvu

U depresiji su često prisutna razmišljanja o bezvrijednosti života, želja za smrću,

samoubilačke misli i pokušaji samoubistva.

Suicidalna razmišljanja su prisutna u oko 80% depresivnih osoba. 15% depresivnih bolesnika izvrši samoubistvo.

i) Smetnje koncentracije i pamćenja

Mnoge depresivne osobe žale se na osjećaj da ne mogu misliti kao prije, da im je teško donijeti bilo kakvu odluku, da slabo pamte.

U dif. dg. starijih osoba treba misliti i na **demenciju**. Ovdje problemi sa pamćenjem **progrediraju** u djece, popuštanje u školi može biti povezano sa smetnjama koncentracije.

OPŠTA PSIHOPATOLOGIJA DEPRESIVNE EPIZODE

a) Svijest je u pravilu očuvana, orijentacija nije oštećena.

b) Vanjski izgled i držanje

Vrlo je karakteristično, lice je tužno, zabrinuto, potišteno, što se ogleda u borama na čelu, spuštenim uglovima usana, duplim naborom na gornjem kapku, zapuštene vanjštine.

Bolesnik se lako rasplače (mokre depresije). Postoje i tzv. **suhe depresije** kada bolesnik ne može plakati i ako bi to želio. Lice može izgledati poput maske zbog ukočene mimike, a nekad je mimika nervozna i napeta.

c) Afektivnost i raspoloženje

Depresivno raspoloženje karakteriše bezrazložna žalost, potištenost, utučenost, osjećaj bespomoćnosti, osjećaj manje vrijednosti.

Depresivni bolesnici ispunjeni su strahom od budućnosti, ništa ih ne može obradovati, gube sposobnost uživanja i interes za uobičajene aktivnosti.

Nekad imaju osjećaj napuštenosti, osamljenosti i gubitka. Neki se bolesnici osjećaju loše ujutro, dok se prema večeri raspoloženje poboljšava.

d) Psihomotorika

Može biti zakočena ili retardirana (mirna ili pasivna depresija) ili otkočena ili agitirana (nemirna ili aktivna depresija).

Psihomotorna inhibicija ispoljava se usporenim kretnjama, oskudnom mimikom, tihim i usporenim govorom. Agitacija se očituje nemirom, pacijenti ne mogu mirno sjediti, krše ruke, čupkaju bradu ili kosu, traže pomoć.

e) Mišljenje

Misaoni tok je usporen ili blokiran, odgovori na pitanja su spori. U sadržaju dominiraju pesimističke teme smrti, bezvrijednosti života, samoubistva, krivice.

Preovladava negativno mišljenje o sebi kao osobi, budućnost im izgleda kao slijepa ulica bez izlaza.

f) Kritičnost

Bolesnici su pretjerano strogi prema sebi i okolini zbog strogog superega.

g) Pažnja

Zbog oslabljene koncentracije lako je omesti pacijenta u izvršavanju nekog zadatka ili u obavljanju posla.

h) Perceptivne funkcije

Kod nepsihotičnih depresija su očuvane, a u psihotičnim depresijama bolesniku se može činiti kako i drugi govore da je on grešan i bezvrijedan, da je najbolje da umre i da nije zaslužio da mu oproste. Ovi sadržaji se mogu ispoljavati kao slušne iluzije, ali i halucinacije.

i) Pamćenje

Može biti promijenjeno po tipu **alomnezija** ili izvrnutog sjećanja.

U starijih osoba može biti prisutno i oslabljeno pamćenje.

j) Volja

Voljni dinamizmi mogu biti sniženi **hipobulija,** sve do potpunog odsustva-**abulija.** Povezani su sa smanjenjem životne energije, nesposobnošću uživanja i gubitkom osjećaja smisla.

k) Nagoni

Nagonske funkcije su u pravilu oštećene i povezane su s padom životne energije i životne radosti. Sniženje vitalnih dinamizama ispoljava se suicidalnošću. Sek-

sualne disfunkcije su redovno prisutne. Libido je smanjen, u muškarca je prisutna impotencija, a u žena frigidnost.

Poriv za ishranom također je snižen, rjeđe povećan. Spavanje je gotovo redovno poremećeno.

l) Uvid u bolest

Obično je očuvan u blagim i umjereno teškim depresivnim epizodama. Pacijenti znaju da su bolesni, ali nerijetko imaju krive predodžbe o bolesti. Pacijenti su obično nekritični.

lj) Somatovegetativne funkcije i somatizacija

Često se sreću promjene srčanog ritma, opstipacija, suhoća usta, cijanoza i hladnoća ekstremiteta, poremećaj menstrualnog ciklusa. Bolovi, disestezije i parestezije mogu se javiti u različitim dijelovima tijela.

Bolesnici se žale na glavobolje, bolove u leđima, oko srca, u trbuhu, mučninu, vrtoglavice, pojačano znojenje, osjećaj nedostatka vazduha.

25% bolesnika zaokupljeno je svojim tjelesnim simptomima tako da nisu ni svjesni depresije u kojoj se nalaze.

Nerijetko tjelesni simptomi zavaraju i ljekare.

m) Anksioznost

60% depresivnih osoba pokazuje istovremeno i simptome anksioznosti. Nekada je teško odrediti radi li se primarno o anksioznom ili o depresivnom poremećaju, pa tada govorimo o miješanom anksiozno-depresivnom poremećaju (F41.2). Treba imati na umu kako su anksiozni poremećaji često razvojna faza u oblikovanju depresivnog poremećaja.

Uloga porodičnog ljekara u imunizaciji protiv zaraznih bolesti

dr Mladen Šukalo, spec. porodične medicine

U svakodnevnoj praksi ljekari u primarnoj zdravstvenoj zaštiti imaju obavezu da pored liječenja oboljelih kod kojih je bolest već prisutna rade i na sprečavanju oboljenja. Reforma primarne zdravstvene zaštite i uvođenje modela porodične medicine omogućuje porodičnim ljekarima dobre uslove da sve preventivne aktivnosti provode planski, organizovano i sistematski.

S obzirom da porodični ljekar pruža zdravstvenu njegu cijeloj porodici, te radeći na prevenciji oboljenja svakako je važno da aktivno učestvuje u planiranju i provođenju aktivne imunizacije odnosno vakcinacije protiv zaraznih bolesti već od najranije životne dobi. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti je predviđena obavezna vakcinacija, odnosno stvaranje specifičnog imuniteta protiv određenih zaraznih bolesti. U tom smislu je usvojen i Pravilnik o imunizaciji, a najnoviji i trenutno važeći je objavljen u Službenom glasniku Republike Srpske, od 20.04.2006. godine sa osnovnim odredbama o provođenju ove preventivne aktivnosti. Porodični ljekar svojim aktivnim učešćem u provođenju ove izuzetno značajne profilakse i za izuzetno vulnerabilnu popu-

laciju, mora dati puni doprinos, zajedno sa konsultantima, pedijatrima u donošenju odluka o indikacijama, kontraindikacijama, očekivanim uzgrednim efektima i uopšte u procesu pravovremenog i adekvatnog vakcinisanja djece. Neke osnovne odredbe iz pravilnika o imunizaciji, a neophodne da ih poznaje porodični ljekar su sljedeće:

U RS imunizacija je obavezna:

- protiv hepatitisa B, tuberkuloze, difterije, tetanusa, dječije paralize, morbila, rubeole i parotitisa djece i omladine određenog uzrasta, kao sistematska imunizacija;
- protiv hepatitisa B kao zaštita određenih kategorija stanovništva, odnosno lica određenog zanimanja koja su izložena povećanom riziku od infekcije;
- protiv bjesnila i tetanusa kod povrijeđenih osoba.

Imunizacija je obavezna u posebnim okolnostima i protiv ostalih zaraznih bolesti: bjesnila, trbušnog tifusa, gripe, a kod putnika u međunarodnom saobraćaju protiv žute groznice i kolere.

Uvoz i nabavka imunoloških preparata vrši se u skladu sa Zakonom o lijekovima. Uvoznik je dužan da za svaki imunološki preparat sa deklaracijom i uputstvom obezbjedi i dodatni atest o ispravnosti. Zdravstvene ustanove imaju obavezu sistematske imunizacije i u skladu s tim prave godišnje planove i spiskove obveznika za imunizaciju po godištima. Institut za zaštitu zdravlja početkom svake godine vrši dodatnu edukaciju zdravstvenih radnika koji učestvuju u izvođenju imunizacije i edukacija se obnavlja svake četiri godine. Na svakom

vakcinalnom punktu mora biti obezbjeđen dovoljan broj šprica i igala za jednokratnu upotrebu i komplet lijekova za antišok terapiju. Prije primjene bilo kojeg imunološkog preparata mora se uzeti kratka anamneza i po potrebi obaviti ljekarski pregled. Karton imunizacije se otvara svakom novorođenčetu već u porodilištu davanjem BCG i HB vakcine, a ako ih nije primilo u karton se upisuje razlog zbog čega vakcina nije primljena. Sistematska imunizacija protiv zaraznih bolesti provodi se kontinuirano tokom cijele godine, sve dok se ne imunizuju sva lica koja podliježu imunizaciji, osim lica kod kojih postoje trajne kontraindikacije.

Kontraindikacije mogu biti opšte i posebne:

Opšte kontraindikacije za bilo koju vakcinu, vezano za neku bolest ili stanje djeteta, a posebne samo za neke određene vakcine. U praksi se često neopravdano odgađa ili ne provodi vakcinacija. Opšte kontraindikacije za sve vakcine su: akutne bolesti, febrilna stanja, preosjetljivost na sastojke vakcine, a za sve žive, atenuirane vakcine: stanja oslabljene imunosti zbog malignih bolesti, terapije antimetabolitima, kortikosteroidima, radijacijom i trudnoća. Posebne kontraindikacije su; za BCG vakcinu: oštećenje ćelijske imunosti zbog HIV infekcije, za pertusis: evolutivne bolesti mozga, nekontrolisana epilepsija, infantilni spazmi, progresivna encefalopatija, za morbile: anafilaksija na ingestiju jajeta. Popularne ali netačne kontraindikacije su: nespecifične alergije, alergija na penicilin, dojenje, oporavak od bolesti, porodična anamneza konvulzija, blaža dijareja, prethodna lokalna reakcija na vakcinu, TBC, stabilno neprogresivno neurološko oboljenje, nedavno izlaganje infektivnoj bolesti, lagano povišena tjelesna temperatura. Oboljele od astme, celijakije, cistične fibroze pluća, kongestivnog srčanog oboljenja, Sy Down, cerebralne paralize i sličnih stanja treba vakcinisati, jer rizik od prirodne infekcije dječijih vakcinabilnih bolesti je neuporedivo veći od rizika imunizacije.

Optimalni rokovi za sistematsku imunizaciju, odnosno kalendar imunizacije:

- **Odmah po rođenju:** hepatitis B, tuberkuloza,
- **Drugi mjesec života:** hepatitis B,
- **Treći mjesec života:** difterija, tetanus, pertusis, poliomijelitis

- **Četvrti mjesec života:** difterija, tetanus, pertusis, poliomijelitis,
- **Peti mjesec života:** difterija, tetanus, pertusis, poliomijelitis
- **Sedmi mjesec života:** hepatitis B,
- **Trinaesti mjesec života:** morbili, rubeola, parotitis
- **Osamnaesti mjesec života:** difterija, tetanus, pertusis, poliomijelitis
- **Prvi razred osnovne škole (6. i 7. godina):** difterija, tetanus, poliomijelitis, morbili, rubeola, parotitis,
- **Završni razred (14. godina):** difterija, tetanus (pro adultis), poliomijelitis
- **Završni razred srednje škole (18. godina):** tetanus.

OSTALE IMUNIZACIJE

Imunizacija protiv hepatitisa B, određenih kategorija stanovništva, odnosno lica određenog zanimanja. Obaveznoj imunizaciji protiv hepatitisa B, pored djece u prvoj godini podliježu: zdravstveni radnici u zdravstvenim ustanovama, ostalo osoblje u zdravstvenim ustanovama koje dolazi u kontakt sa krvlju, sekretima i ekskretima bolesnika, bolesnici na hemodijalizi, hemofiličari, štićenici zavoda za mentalno retardirana lica, intravenski narkomani, polni partneri HbsAg pozitivnih lica, lica koja vrše tetovažu i pirsing.

Imunizacija povrijeđenih lica protiv tetanusa: podliježu sva lica,bez obzira na uzrast nakon povređivanja, ako nisu potpuno vakcinisana i revakcinisana u prethodnih pet godina. Provodi se na sljedeći način: za nevakcinisane ili nepotpuno vakcinisane daje se imunoglobulin i prva doza vakcine, druga doza vakcine nakon mjesec dana, a treća nakon godinu dana. Za potpuno vakcinisane i revakcinisane prije više od deset godina daje se imunoglobulin i jedna doza vakcine. Za potpuno vakcinisane i revakcinisane prije više od pet, a manje od deset godina daje se jedna doza vakcine.

Imunizacija protiv bjesnila: za lica koja je ozlijedila bijesna ili na bjesnilo sumnjiva životinja. Daje se pet doza vakcine: 0., 3., 7., 14. i 28. dan, a uz davanje nulte doze vakcine daje se i imunoglobulin.

Imunizacija protiv žute groznice i kolere vrši se za osobe koje putuju u zemlje koje zahtijevaju imunizaciju ili ta bolest pak tamo postoji.

Imunizacija protiv gripa: primjenjuje se na osnovu individualnih (zdravstvenih) i kolektivnih (epidemioloških) indikacija. Na osnovu individualnih indikacija za: osobe sa hroničnim oboljenjima respiratornog trakta, oboljenjima kardiovaskularnog sistema, bubrežnim oboljenjima, sa šećernom bolesti, oštećenjima imunog sistema, dugotrajnom terapijom aspirinom, te kod lica starijih od 65 godina bez obzira na zdravstveno stanje. Na osnovu kolektivnih indikacija kod „strategijskih grupa" stanovništva: policija, zdravstveni radnici, osoblje javnog saobraćaja, vatrogasne službe, komunalnih preduzeća, administrativnih službi itd. Daje se jedna doza vakcine u periodu jesen-zima od aktuelnih sojeva virusa za svaku sezonu. Za primjenu pored opštih kontraindikacija postoji i posebna, a to je alergija na jaja.

Neželjene reakcije pri primjeni vakcina mogu biti lokalne koje su uglavnom blage i prolazne, a takođe i druge neželjene reakcije kao što su; kod vakcine protiv TBC: progresivna fatalna BCG infekcija (vrlo rijetko), protiv pertusisa: pospanost, nemir, anoreksija, povraćanje, temperatura, akutna encefalopatija, kod poliomijelitisa: vakcinalni poliomijelitis, kod morbila i rubeole: temperatura, konvulzije.

Porodični ljekar u svom radu, a u cilju pravovremenog i efikasnog vakcinisanja djece treba roditeljima dati neke opšte napomene, kao što su: prednosti vakcinacije u odnosu na rizike, ukazati da je briga za zdravlje djece i zaštita od teških zaraznih bolesti upravo vakcinacija, da je to zakonska obaveza, te obezbijediti roditeljima edukativni materijal o vakcinaciji uz sljedeće poruke: *djeca imaju pravo na život i zdravlje • roditelji imaju pravo zaštite djeteta • društvo ima obavezu da to omogući • vakcinišite svoje dijete!*

DISORDINES IDENTITATIS SEXUALIS – TRANSSEXUALISMUS

Dr Suzana Savić

Transseksualizam spada u grupu poremećaja polnog identiteta.

Transseksualna je osoba koja se osjeća, vjeruje da je zarobljena u tijelu suprotnog pola.

Takve osobe imaju permanentno osjećanje neadekvatnosti i diskomfora sopstvenim anatomskim polom, permanentnu želju da se oslobode svojih genitalija i žele da žive kao pripadnici drugog pola.

Statistički podaci navode da je učestalost transseksualizma nesumnjivo mala, a podaci o prevalenci transseksualizma u Republici Srpskoj nisu poznati.

U Velikoj Britaniji je kroz hirurški tretman prošlo oko 2.000 pacijenata, a u SAD oko 6.000.

Prema jednoj analizi podataka iz zemalja zapadne Evrope, mogućnost odnosa broja transseksualnih ljudi i ostatka stanovništva je 1-2 transseksualca na 100.000 stanovnika.

Veći broj transseksualaca zabilježen je samo u Singapuru, a ima istraživača koji tvrde da ih je u cijelom svijetu ukupno samo 80.000.

Stručnjaci za transseksualizam, nasuprot rasprostranjenom uvjerenju, tvrde da se ovaj fenomen sreće u svim kulturama, u svim zemljama svijeta i u svakoj društvenoj klasi. Do sada nije utvrđeno prenošenje tog sindroma putem gena, što znači da to, jednostavnije rečeno, može svakom da se desi.

Etioptogeneza je multifaktorijalna, a definitivan uzrok transseksualizma nije još uvijek sa sigurnošću potvrđen.

Danas najviše zagovarana teorija u svjetskoj literaturi počiva na činjenici da tokom šeste nedjelje intrauterinog razvoja kada se formira pol ploda, izostaje adekvatna moždana diferencijacija za isti pol.

Usljed greške, ta osoba, beba koja ima testise, sada ima problem na nivou mozga, tako da se ne osjeća kao buduća osoba muškog pola, već kao osoba, tj. pripadnik ženskog pola.

Postoje i teorije o greškama u vaspitanju sa forsiranjem osobina suprotnog pola, poremećeni odnosi roditelji - djeca, nedostatak pozitivne identifikacije sa roditeljem.

Dvije studije su proučavale nivo hormona kod transseksualaca prije operacije promjene pola, jedna kod transseksualaca od muških ka ženskim, a druga od ženskih ka muškim (J.R. Jones, 1972; Migeon et al., 1968).

Obje studije su pokazale da je nivo hormona u normalnim okvirima "originalnog" pola (ne pola koji žele da postanu), što sugeriše da transseksualizam nije rezultat hormonalnog disbalansa.

Jedna od ideja jeste da je transseksualizam rezultat rane socijalizacije i učenja.

Muški ka ženskim transseksualcima su daleko češći od ženskih ka muškim u razmjeri 3:1 (Abramovitz, 1986 ; Green, 1975).

Postoje dvije vrste transseksualaca:

1. *MALE – TO – FEMALE TRANSSEXUALS*

osobe u tijelima muškaraca koje misle da su žene.

2. *FEMALE – TO – MALE TRANSSEXUALS*

osobe u tijelima žena koje misle da su muškarci.

Muški transseksualci ka ženskom polu su skloniji traženju pomoći i češće podliježu operacijama, dijelom što su operacije u tim slučajevima lakše.

Važno je primijetiti da transseksualizam nije problem seksualnog ponašanja, već roda i rodnog identiteta, a rod definišemo kao sposobnost čovjeka da spozna da li je muško ili žensko.

Porodični ljekar mora da diferencijalno dijagnostički razmišlja o transvestitizmu, hermafroditizmu, shizofreniji, maniji sa su-

manutim idejama, homoseksualizmu.

Transseksualna osoba se i ponaša kao osoba suprotnog pola, obično ima i žensko ime (ako se radi o muškom transseksualcu) i nauči za kratak vremenski period da bez greške govori u ženskom rodu.

Operacija promjene pola je kompleksna i sastoji se od nekoliko faza.

Prvi korak je veoma pažljivo *SAVJETOVANJE SA PORODIČNIM DOKTOROM* da bi se utvrdilo da li se pacijentov rodni identitet slaže sa njegovim polom (poželjno konsultovati psihijatra).

Sljedeći korak je *HORMONALNA TERAPIJA* koja vremenom normalno muško tijelo preoblikuje u sasvim normalno žensko tijelo i obrnuto.

Transseksualci primaju hormonalnu terapiju i shvataju da polako ulaze u tijelo kome će pripadati, i da se njihovo tijelo konačno usklađuje sa njihovim osjećajem, sa onim što imaju u glavi.

Sljedeća faza je "*TEST PRAVOG ŽIVOTA*" kada se od pacijenta zahtijeva da živi kao član novog roda u periodu od godinu do dvije, kako bi provjerili mogućnost prilagođavanja novom rodu.

Posljednji korak je sama *OPERACIJA* pretvaranja falusa u vaginu, koju u SCG radi vrhunski hirurg dr Savo Petrović, koji koristi isključivo postojeća tkiva, nema silikona niti bilo kakvih vještačkih materija.

Kod muškarca se spoljni polni organi preoblikuju tj. rekonstruišu da izgledaju kao ženski.

Šest mjeseci poslije toga vagina mora biti proširena plastičnom spravom kako ne bi zarasla. Vrši se operativna tehnika modeliranja dojki i druge estetske operacije mogu biti urađene, kao što je uklanjanje Adamove jabučice.

Operacija od ženskog ka muškom polu je mnogo složenija i generalno mnogo manje uspješnija. Većina transseksualaca imaju želju da dobiju pravi penis, pa se on pravi najčešće od kože sa bočnog dijela stomaka njegova funkcija je nešto slabija, u nekim slučajevima može da se ugrađuje kruta silikonska guma, tako da penis može da ulazi u vaginu, i da se na taj način obavlja koitus.

"KAKO JE SANDRA OD TATE POSTALA MAMA"

Sandra je 186. osoba koja je u Beogradu promijenila pol, izbjegla iz Hrvatske (1995. god.), uz podršku roditelja i devetoro braće i sestara, Sandra se konačno u svojoj 24. godini ne gadi svojih genitalija.

U kući nadomak Beograda, mjesec dana nakon operacije, često stoji naga ispred ogledala i, kako kaže, ne može da vjeruje sopstvenim očima.

,,Kada bih otišla do toaleta, zapitala sam se šta muški polni organ tu traži.

Ja sam sada ista, samo imam jedan kompleks manje i srećna sam, naravno.

Uvijek sam govorila u ženskom rodu, uvijek sam se oblačila kao djevojčica i igrala se sa njima.

Atraktivan muškarac bila sam samo mjesec i pol dana, i to u 14. godini.

Valjda me je spopalo neko ludilo.

Na selu kod bake čuvala sam krave i spavala sam sa jednom ženom.

Ja sam i tada bila žensko, samo, naravno, sa muškim organima.

Ona je zatrudnila, rodila djevojčicu i ja sada imam kćerku od deset godina.

Žive u Srbiji i redovno se viđamo.

Zahvalna sam zbog toga, jer sada više ne bih mogla da imam djecu˝ kaže Sandra.

Sandra već dvije godine ima dečka, mašinskog inženjera kojeg trenutno veoma zanima genetika.

,,Moj privatni život bio je nula, u stvari pravo smaranje.

Sada očekujem normalan i zdrav odnos sa dečkom.

Možda izgleda perverzno, ali zaista želim samo jednostavne i normalne stvari.

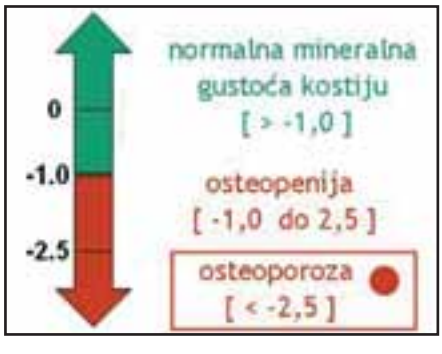
Volim pristojne muškarce. Ja sam ponekad bezobrazna. U stvari, volim da budem vulgarna u ženskom društvu, ne i u muškom˝.

OSTEOPOROZA KAO MASOVNA NEZARAZNA BOLEST

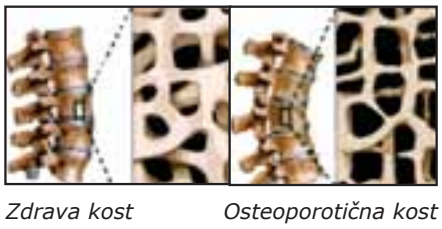
Nastanak, prevencija i liječenje bolesti

Dr Ljiljana Stanivuk, subspecijalista ishrane

Prema savremenoj definiciji osteoporoza je sistemska bolest koja se karakteriše niskom koštanom masom i poremećajem mikroarhitekture koštanog tkiva sa posljedičnim povećanjem koštane fragilnosti i mogućnosti za nastanak preloma. Iz definicije se vidi da je nastanak osteoporoze i njenih posljedica (prelom kosti, gubitak koštane mase i poremećaj kvaliteta kosti) od velikog značaja.



Osteoporoza je degenerativno oboljenje nastalo tanjenjem i slabljenjem kostiju, što ih čini veoma osjetljivim kada je riječ o lomovima.



Zdrava kost *Osteoporotična kost*

Koštani sistem predstavlja stalnu aktivnost, od djetinjstva do zrelosti, staro koštano tkivo se neprestano zamjenjuje novim u procesu koji se zove remodeliranje. Za vrijeme toga remodeliranja, ćelije koje razgrađuju kost, zvane osteoklasti, razaraju koštano tkivo praveći mikroskopski sitne šupljine. Potom ćelije koje formiraju kost, osteoblasti, popunjavaju te šupljine svježim tkivom. U vrijeme djetinjstva i adolescencije osteoblasti uspijevaju da formiraju mnogo više koštanog tkiva nego što osteoklasti uspijevaju da ga razgrade. Negdje poslije tridesete godine dešava se obrnut proces, mnogo više se kost razgrađuje nego što se formira nova, što stvara podlogu za osteoporozu.

EPIDEMIOLOŠKI PODACI

Osteoporoza muči oko 24 miliona Amerikanca. Jednoj od svake tri žene starijoj od pedeset godina desiće se fraktura kičme ili kukova, kao posljedica ove bolesti. Osteoporoza ne pogađa samo žene: jedan od svakih šest muškaraca oboljeće od ove bolesti.

Osteoporoza je najčešća bolest kostiju i spada u masovna oboljenja, prema istraživanjima evropskih naučnika. Svaka četvrta žena i svaki osmi muškarac starosne dobi od 50 i više godina ima osteoporozu, a ova učestalost sa starenjem raste.

Najčešće osteoporotične frakture javljaju se na kičmenom stubu, distalnom dijelu podlaktice i kuku. Jedna od ove tri frakture prisutna je kod 35-40% osoba starijih od 60 godina, što predstavlja ozbiljan medicinski i socijalno-ekonomski problem, s obzirom na dugotrajnu hospitalizaciju, koja u tom životnom dobu nije uvijek uspješna. Kod bolesnika sa prelomom kuka može se očekivati i letalan ishod u 12-20%.

Mada većina ljudi o osteoporozi razmišlja kao o problemu koji pogađa žene sitne građe, oko 15 posto od ukupnog broja muškaraca, takođe, pati od problema vezanih za osteoporozu. Studije su pokazale da većina žena potcjenjuje ozbiljnost osteoporoze; čak tri od četiri žene u postmenopauzalnom dobu nikada nisu porazgovarale sa svojim ljekarom o ovom oboljenju. Kod 40 odsto svih žena u post-

menopauzi razvija se fraktura kičmenih pršljenova koja može da rezultuje povijenošću leđa ili ''plemićkom pogrbljenošću''. Kod više od tri stotine hiljada žena u postmenopauzalnom dobu desiće se fraktura kuka, koja ne samo da dovodi do trajne invalidnosti, nego može da bude i smrtonosna. Naime, oko 20 procenata od svih žena koje polome kuk umre u roku od šest mjeseci nakon povrede, usljed komplikacije, kao naprimjer upale pluća.

PODJELA OSTEOPOROZE

Dvije su osnovne grupe osteoporoze:

- primarna i
- sekundarna

PRIMARNA OSTEOPOROZA

1. Involutivna
- postmenopauzalna
- senilna

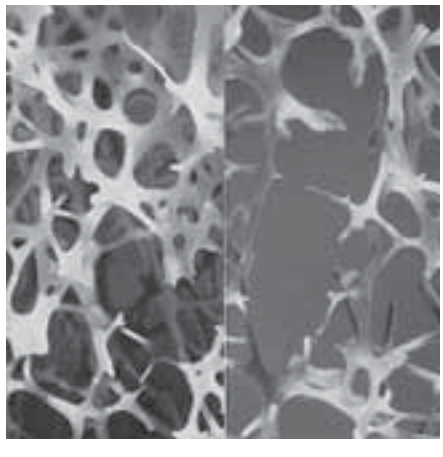
2. Idiopatska (nepoznatog uzroka)
- osteoporoza kod djece
- osteoporoza kod odraslih osoba

SEKUNDARNA OSTEOPOROZA

1. U sklopu endokrinih bolesti (hipogonadizam, hiperparatireoidizam, hipertireoidizam, hipopituitarizam, Kušingova bolest);
2. U toku primjene lijekova (glikokortikoidi, heparin, antikonvulzivni lijekovi, metotreksat);
3. Kod zapaljenjskih reumatskih bolesti (reumatoidni artritis, ankilozirajući spondilitis, juvenilni hronični artritis, sistemska bolest vezivnog tkiva);
4. Kod malignih bolesti, posebno kostiju (multipli mielom);
5. Kod dugotrajne imobilizacije;
6. Krod hroničnih zapaljenjskih oboljenja crijeva i gastrektomije;
7. Kod bubrežne insuficijencije.

UZROCI OSTEOPOROZE

Fiziološki gubitak koštane mase počinje već u trećoj deceniji života, ali je obično postepen i umjeren i ne dovodi do značajnog gubitka kosti i narušavanja njene građe i potporne funkcije. Međutim, ako



je gubitak kostiju ubrzan i /ili u većoj količini, nastaje bolest – osteoporoza. Najčešći uzrok je menopauza, odnosno nedostatak estrogena, a zatim starenje. Osteoporoza se javlja i kao posljedica mnogih drugih oboljenja ili patoloških stanja kao što su: duža imobilizacija, endokrina oboljenja (polnih žlijezda, paratiroidne žlijezde, tiroidne, nadbubrežne, pankreasa, hipofize) malignih bolesti (posebno na koštanom sistemu), hronične reumatske zapaljenjske bolesti, posebno reumatski artritis, insuficijencija bubrega, poremećena apsorpcija u digestivnom traktu zbog različitih uzroka i uzimanja nekih lijekova (glikokortikoida, metotreksata, antikonvulzivnih lijekova, heparina i drugih). Dokazano je da njenom nastanku doprinosi i mala tjelesna masa, manji unos namirnica bogatih kalcijumom, slabije izlaganje suncu, pušenje, unos alkohola i veće količine kafe. Pri ovom treba imati na umu da je osteoporoza najvećim dijelom genetski uslovljena, s obzirom da maksimalna koštana masa osobe u 60-80% zavisi od naslijeđa.

Štetno djelovanje duvana

Jedna od ključnih uloga kalcijuma jeste održavanje kiselinsko-bazne ravnoteže u organizmu. Minerali, među kojima je i kalcijum, potrebni su za neutralizovanje suvišne kiseline. Pušenje je navika koja zbog štetnih sastojaka iz cigarete djeluje povećavajući kiselost organizama. Za normalno funkcionisanje tkiva u organizmu potrebno je da se ta kiselost neutrališe, što pokreće odbrambene mehanizme u organizmu i dovodi do mobilizacije kalcijuma iz kostiju.

Štetno djelovanje alkohola

Alkohol ometa apsorbovanje kalcijuma tako što negativno djeluje na sposobnost jetre da aktivira vitamin D. Vitamin D je važan za metabolizam kalcijuma. Što se više alkohola konzumira, sve je veći stepen ometanja organizma u izgradnji i održavanju zdrave kosti.

Štetno djelovanje kofeina

Kofein se nalazi u kafi, čaju, osvježavajućim napicima i

mnogim lijekovima kojih ima u slobodnoj prodaji. Kofein uzrokuje duplo veće izlučivanje kalcijuma urinom od normalnog.

Gazirani napici

Glavni problem kod upotrebe ovih pića je fosforna kiselina, koja se mnogim gaziranim napicima dodaje kako bi sačuvala mjehuriće. Priprema se tako što se fosfor tretira sumpornom kiselinom.

Kalcijum u organizmu ne djeluje izdvojeno. Organizam ga iskorištava združenog s ostalim mineralima. Fosfor tu igra vitalnu ulogu. Kalcijum i fosfor bi u organizam trebalo da se unose u odnosu dva prema jedan. Ishrana bogata fosforom izaziva znatan porast toga minerala u krvi. U naporu da sačuva odgovarajuću razmjeru kalcijuma i fosfora, organizam reaguje tako što uzima kalcijum iz kostiju i oslobađa ga u krvotok. Ukoliko kalcijum ne posluži kao pufer u odnosu na višak fosfora, nivo kiselosti krvi koji bi uslijedio ugrozio bi život osobe. Osim gaziranih pića velike količine fosfora sadrže namirnice životinjskog porijekla.

SO

Ova kisela supstanca je često osnovni sastojak namirnica životinjskig porijekla, da i ne govorimo o tonama soli koje dodajemo u hranu radi konzumiranja ili konzerviranja namirnica.

Poznato je da što više natrijuma (soli) konzumiramo, to više kalcijuma izlučujemo.

ANTACIDI

Neki antacidi sadrže aluminijum, koji prouzrokuje pojačano izlučivanje kalcijuma. Oni koji u toku dana uzimaju ova sredstva, trebalo bi da budu svjesni da time kod sebe izazivaju sve veći deficit kalcijuma. Hlorovodonična kiselina potpomaže apsorbovanje kalcijuma u želucu, a antacidi neutrališu hlorovodoničnu kiselinu.

NEDOVOLJNA FIZIČKA AKTIVNOST

Jasno se pokazalo da vježbanje povećava koštanu masu, dok izostanak fizičke aktivnosti prouzrokuje gubitak kosti. Mnoge studije su pokazale da se vježbanjem može popraviti stanje kostiju već pogođenih gubitkom kalcijuma.

NEDOSTATAK SUNCA

Vitamin D ima izuzetno važnu ulogu u metabolizmu kosti. Pošto je sunčeva svjetlost njegov najbolji izvor, da se lako zaključiti da će svakodnevno kratkotrajno boravljenje na dnevnom svjetlu (suncu) spriječiti pojavu osteoporoze

HIPERPROTEINSKA ISHRANA

Suvišne bjelančevine u našem organizmu se metabolišu, razlažu se na aminokiseline od kojih se neke metabolišu u jetri i izlučuju kroz bubrege u vidu uree. S ureom i aminokiselinama se u urin izlučuju i velike količine minerala. Jedan od minerala koji se na taj način gubi jeste i kalcijum. Studije pokazuju da što se više bjelančevina konzumira, gubi se sve više kalcijuma.

KLINIČKA SLIKA OSTEOPOROZE

Klinička slika osteoporoze je neprimjetna dok ne dođe do velikog gubitka koštane mase i preloma kostiju. Tada se javlja bol obično lokalizovana u dorzolumbalnom dijelu kičme, koji je posljedica preloma kičmenog pršljena ili više njih. Bol nastaje naglo poslije neke manje povrede ili pokreta, ali se može javiti i spontano. Bol se može javiti i kao posljedica ponovljenih mikrofraktura u kostima (prekid većeg broja koštanih gredica) što se, takođe, najčešće dešava u pršljenskim tijelima, zbog čega se njihova visina smanjuje, a na taj način se smanjuje i visina bolesnika. Pored preloma navedenih kostiju mogu se javiti prelomi vrata butne kosti ili distalnog dijela podlaktice, rebara, kostiju ekstremiteta.

PREVENCIJA I LIJEČENJE OSTEOPOROZE

Prevencija je najbolji i najcjelishodniji način liječenja osteoporoze, jer iako je kod nekih bolesnika dovoljno zaustaviti dalji gubitak koštane mase, pri najboljem izboru liječenja i najboljim okolnostima, koštana masa se može uvećati do pet posto u odnosu na period prije liječenja

Opšte mjere prevencije treba sprovoditi praktično od rođenja. One podrazumijevaju skup mjera koje imaju za cilj da se dostigne maksimalna mogućnost formiranja koštane mase u doba adolescencije i da se u kasnijem životu koštana masa očuva i gubitak kosti svede na minimum.

Ove mjere podrazumijevaju:

1. Pravilnu ishranu sa dovoljno kalcijuma, naročito u doba

rasta i razvoja, i uopšte u situacijama kada postoji povećana potreba za ovim mineralom. Takođe je potreban optimalan unos vitamina D, ali i drugih vitamina i minerala, kao i organskih materija u cilju postizanja idealne tjelesne mase;

2. Fizička aktivnost, to jest kretanje i vježbanje, po potrebi organizovano u okviru fizikalne terapije;

3. Sunčanje (u cilju stvaranja aktivnih metabolita vitamina D);

4. Izbjegavanje faktora rizika kao što su pušenje, alkohol, veće količine kafe, imobilizacija;

5. Liječenje bolesti i patoloških stanja i izbjegavanje lijekova koji ubrzavaju gubitak koštane mase.

Pored opštih mjera koje se sprovode u prevenciji osteoporoze i kod svakog bolesnika sa osteoporozom, koriste se i lijekovi u cilju zaustavljanja gubitka koštane mase i/ili u cilju njenog povećanja. Ovi lijekovi se dijele u dvije grupe:

1. Antiresorptivni lijekovi (lijekovi koji zaustavljaju koštanu razgradnju (estrogeni, kalcitonin, bifosfonati, ipriflavon).

2. Stimulansi formiranja kosti (anabolni steroidi, fluoridi, paratiroidni hormon, faktori rasta).

U postmenopauzalnoj osteoporozi lijek izbora su kao supstituciona terapija, estrogeni, a mjesto njih se mogu davati bifosfonati, kalcitonin, ipriflavon.

Treba znati da se izabrani lijek daje dugoročno, više godina, pa i decenija, uz praćenje koštane mase (najmanje jednom u dvije godine). Doza treba da je odgovarajuća, odnosno tolika

da zaustavi gubitak kosti i /ili poveća koštanu masu. Po potrebi lijekovi se mogu međusobno kombinovati.

ČINIOCI ISHRANE U PREVENCIJI OSTEOPOROZE

Veliki broj činilaca ishrane učestvuje direktno ili indirektno u formiranju kostiju, prije svega kalcijum i fosfor koji čine 75% ukupnog mineralnog sastava tijela (2,5% težine tijela). Pored njih tu su još i drugi nutrijensi koji učestvuju u metabolizmu kalcijuma kao proteini, oligoelementi (fluor, bor i magnezijum) i vitamin D i C, čiji unos u pojedinim periodima života može uticati na koštanu masu i biti od značaja za prevenciju osteopproze.

KALCIJUM

Gotovo svih 100 procenata kalcijuma u organizmu nalazi se u zubima i kostima, što znači da je unošenje i apsorbovanje kalcijuma od vitalne važnosti za zdravlje kostiju. Stoga je ishrana bogata kalcijumom, kao i vitaminom D koji pomaže pri apsorbovanju kalcijuma putem tankog crijeva, od presudnog značaja za prevenciju osteoporoze. Iako je genetski faktor u nastanku osteoporoze presudan, optimalan unos kalcijuma značajno doprinosi prevenciji. Unos kalcijuma i frakture kostiju u poznijem životnom dobu su direktno povezane.

Zbog svega toga su najnovije preporuke za unos kalcijuma povećane kod svih a posebno starijih kategorija stanovništva. U tabeli 1 date su preporuke koje je ustanovio Američki institut za medicinu 1997. godine uporedo sa prethodno važećim RDA (Nutrition Board National Research Council recommended Dietary Allowances RDA).

Najbolji izvori kalcijuma su mlijeko i mliječni proizvodi (jogurt, sir, sladoled). Kalcijum iz mlijeka se apsorbuje u potpunosti što ne znači za kalcijum iz biljnih izvora.

Tabela 1: Preporuke za unos kalcijuma

Starosna dob	RDA mg/dan	RDI mg/dan
Muškarci i žene >65	800	1200
Žene u postmenopauzi	800	1200
Muškarci 25-64 godine	800	1000
Žene 25-49 godina	800	1000
Trudnice/dojilje	1200	1300
Mladi oba pola 11-24 godine	1200	1000-1300
Djeca 1-10 godina	800	800-1300
Djeca 0,6-1 godinu	600	500
Djeca 0-6 mjeseci	400	500

Osim navedenih faktora bitno je da se pri izboru namirnica vodi računa o njihovoj energetskoj vrijednosti, jer je ona najčešće posljedica sadržaja masti o čemu, takođe, treba voditi računa gledano sa aspekta opšteg zdravlja.

Optimalna ishrana ostaje najvažniji izvor kalcijuma, ali u

pojedinim kategorijama gdje su potrebe preko 1000 mg, postoji potreba i za suplementacijom bilo preparatima kalcijuma ili fortifikovanim namirnicama kao što je mlijeko.

Tabela 2: Sadržaj kalcijuma i kalorijska vrijednost nekih uobičajenih namirnica

Namirnice	Količina	Mg Ca	Kcal
Mlijeko punomasno	Šolja	270	160
Mlijeko obrano	Šolja	277	90
Mlijeko čokoladno	Šolja	277	210
Jogurt 1,5%masti	Šolja	401	120
Sir bijeli prevreli	50g	350	190
Sir bijeli mladi	100g	94	105
Sir edamer	50g	370	205
Sir feta	50g	250	130
Sir parmezan	20g	228	90
Surutka	Šolja	275	60
Junetina	100g	20	210
Jagnjetina	100g	10	280
Guska	100g	27	257
Piletina	100g	10	150
Jaja	2kom	50	160
Šaran	100g	50	115
Sardine u ulju	100	390	320
Hljeb bijeli ili integralni	Parče 50g	34	135
Kopriva	100g	490	25
Kelj	100g	157	32
Pasulj stari	Šolj	160	280
Smokve suve	100	120	270
Orah, badem	100	200	570

FOSFOR

Fosfor je glavni pratilac kalcijuma u formiranju kosti, ali za razliku od njega, nije deficitaran u ishrani jer se nalazi u mnogim namirnicama. Upravo zbog toga treba obratiti pažnju na prevelik unos koji, kada su kosti u pitanju, može teoretski imati suprotan efekt (oprez kod hiperproteinskih dijeta).

Dnevne potrebe za fosforom su iste kao za kalcijumom i kreću se od 800 do 1200 mg (RDA). Nalazi se u namirnicama bogatim proteinima. Glavni izvor su mlijeko, mliječni proizvodi, meso,

riba, jaja, žitarice, a potom leguminoze i koštunjavo voće.

FLUOR

Fluor je mineral koji je od suštinske važnosti za formiranje zuba i kostiju. Ima ga u plodovima mora, želatinu i u vodi za piće u krajevima gdje ga sadrži zemljište. Bezbjedna i odgovarajuća količina unijeta sa hranom iznosi 1,5 i 4 mg. Doze koje prelaze 20 mg dnevno mogu da proizvedu toksična dejstva. Određene studije su donijele zaključak da uravnotežen režim kalcijuma i fluora podstiče rast novih kostiju kod pacijenata sa osteoporozom.

MAGNEZIJUM

Magnezijum je za zdravlje kostiju očigedno isto toliko važan kao i kalcijum, zato što je neophodan za metabolizam kalcijuma i vitamina C. Istraživanja su pokazala da magnezijum preventivno djeluje na frakture i znatno povećava gustinu koštanog tkiva. Preporučena dnevna doza za odrase iznosi 250 do 350 mg dnevno. Previsoka doza magnezijuma može izazvati proliv i pogoršanje funkcije bubrega.

Među dobre prirodne izvore magnezijuma spadaju: banane, kajsije, kari-prah, pšenične mekinje, sve sjemenje, integralne žitarice, koštunjavi plodovi i pasulj, plodovi mora, sušena slačica, tamnozeleno lisnato povrće.

BOR

Bor uz kalcijum i magnezijum doprinosi jačanju kosti. Dodatak bora u hrani, na osnovu nekih studija, djeluje tako što smanjuje izlučivanje kalcijuma i magnezijuma urinom i značajno povećava nivo estregona i kalcijuma u krvi, što je doprinosi očuvanju koštanog tkiva.

VITAMI D

Organizam ne može da apsorbuje kalcijum bez prisustva vitamina D. Vitamin D nalazi se u mnogim mliječnim proizvodima, ali ga dijelom proizvodi i koža, koja se nedjeljno izlaže suncu u trajanju od 10 do 20 minuta. Previsoka doza vitamina D je štetna.

Dnevne potrebe za unosom vitamina D variraju i mogu biti povećane u zimskom periodu i kod osoba koje se ne izlažu suncu. Ljudi koji se redovno izlažu

suncu nemaju potebu za dodatnim unosom vitamina D, dok je za većinu odraslih ta potreba ustanovljena na 200 IU (5 µg/dan).

U prirodi, namirnice bogate vitaminom D su u malom broju i to riblje ulje, i u namirnicama koje su obogaćene kao što su margarin ili mlijeko.

PROTEINI I VITAMIN C

Hronična malnutricija sa nedovoljnim unosom proteina i vitamina C može negativno uticati na koštanu masu, i dovesti do osteoporoze.

Riblje ulje

Određene vrste namirnica, mahom ribe, bogate su jednom vrstom polinezasićenih masnih kiselina poznate kao omega-3 masne kiseline. Na osnovu određenog broja studija utvrđeno je da ove masne kiseline utiču na bubrege tako što smanjuju njihovo izlučivanje kalcijuma, povećavaju sposobnost kostiju da apsorbuju kalcijum i sprečavaju dejstvo osteoklasta koji razgrađuju kost, stimulišući istovremeno djelovanje osteoblasta na izgradnju kosti. Među dobre prirodne izvore omega–3 masnih kiselina spadaju: tuna, losos, skuša, jezerska pastrmka, bakalar, iverak i list. Riblje ulje je dostupno i u obliku dodataka.

Acidofil

Ova bakterija koja se prirodno nalazi u crijevima sintetizuje vitamin K, koji je neophodan za formiranje osteokalcina. Osteokalcin omogućava kalcijumu da se kristališe i transportuje u koštano tkivo. Nizak nivo osteokalcina jeste faktor rizika kada je riječ o nastajanju osteoporoze. Acidofil se nalazi u nepasterizovanom kiselom mlijeku (koje je ujedno i izvanredan izvor kalcijuma) i dostupan je u vidu kristala ili praška koji mogu da se dodaju u voćni sok ili jelo. Mogu se uzimati i u vidu kapsula.

Proantocijanidi i antocijanidi

Ova dva tipa flavonoida odgovorna su za tamno plavocrvenu boju mnogih vrsta bobičastog voća, među kojima su: glogove bobice, kupine, borovnice, trešnje i maline. Imaju izuzetnu sposobost da stabilizuju strukturu kolagena.

Budući da se kosti sastoje od kolagena, konuzumiranje većih količina bobičastog voća bogatog ovim flavonoidima, može znatno doprinijeti u prevenciji osteoporoze.

Soja

Sojino zrno i proizvodi od soje kao što su tofu (sir od soje), mizo (fermentisana pasta od sojina zrna, soli i riže) i supe zasnovane na soji bogati su fitoestrogenima, supstancama nalik na hormone, koji oponašaju djelovanje estrogena u ljudskom organizmu. Pošto ćelije koštanog tkiva posjeduju receptore za estrogen, vjerovatno se biljni estrogeni iz soje vezuju za ove receptore i ponašaju kao prirodni estrogeni.

PREPORUKE OD VELIKOG ZNAČAJA

Preporučuje se fizička aktivnost, to jest, sve vježbe

pod opterećenjem, kao što su: šetnje, tenis, ples, jednostavnije areobične vježbe, kao i specifične vrste vježbi za jačanje i podržavanje kičme i leđa uopšte.

Veoma je važno da se smanji unošenje supstanci za koje se zna da pospješuju gubitak kalcijuma, među njima su: kafa, kola-napici koji sadrže fosfor, alkohol i sl.

Prekomjerna tjelesna težina predstavlja dodatni napor za kosti koje se tanje.

U većini slučajva prekomjerna tjelesna težina je posljedica smanjene fizičke aktivnosti, pa iz tih razloga povećanje fizičke aktivnosti može biti od presudne važnosti u održavanju konstantne tjelesne mase.

Za osobe koje boluju od osteoporoze preporučuje se da izbjegavaju aktivnosti kao što su klizanje, vožnja bicikla po teškim terenima i skijanje, zato što su tu padovi neizbježni, a što može dovesti do fraktura kostiju.

Veoma je bitno da se izbjegavaju namirnice koje troše skladišta magnezijuma u organizmu, to su prije svega: zasićene masnoće, osvježavajuća bezalkoholna pića i kofein.

Kod upotrebe mlijeka i mliječnih proizvoda treba birati one sa što manje masnoće.

C – reaktivni protein (CRP)

Dr Verica Petrović, Dr Vanja Vujmilović

C – reaktivni protein je senzitivan marker zapaljenja. Kao takav, već dugo vremena se koristi za razlikovanje bakterijskih infekcija od virusnih, procjenu težine tkivnog oštećenja i praćenje antibiotskog liječenja. Odnedavno se pokazalo da je CRP jako koristan i u predviđanju rizika od kardiovaskularnih događaja.

C – reaktivni protein je protein akutne faze, normalno prisutan u jako niskim koncentracijama u serumu zdravih osoba. Tokom zapaljenjskog procesa kod bakterijskih infekcija, u skladu sa oštećenjem tkiva i poslije operacije, nivo CRP-a se značajno povećava. Povišene koncentracije CRP mogu se otkriti unutar 6-12 sati nakon početka zapaljenskog procesa.

S obzirom da je CRP obično povišen kod bakterijskih infekcija, ali ne i u virusnim infekcijama, može se koristiti kao osnovno sredstvo za razlikovanje bakterijskih infekcija od virusnih.

Koncentracija CRP, kao odgovor na promjene stanja pacijenta, brže raste i pada u serumu nego sedimentacija eritrocita (SE). Ukoliko se pacijent oporavi bez posljedica, serumski CRP se u okviru par dana obično vrati na vrijednosti ispod 10 mg/l. Za razliku od njega, SE pokazuje ekstremno velike varijacije i dostiže normalne vrijednosti tek nakon dužeg perioda.

Budući da koncentracije CRP padaju jako brzo, u prosjeku 50% na dan, CRP je koristan i za praćenje efikasnosti antibiotskog liječenja. Silazna putanja koncentracija CRP upućuje na dobar napredak liječenja, te se terapija može zaustaviti kada se dostignu normalne vrijednosti CRP.

CRP ne samo da je marker teških zapaljenja i trauma, već se takođe može koristiti i za predviđanje razvoja kardiovaskularnih oboljenja. Čak i minimalna povišenja vrijednosti CRP (2-3 mg/l), u poređenju sa vrijednostima CRP od 1 mg/l, udvostručavaju rizik od aterotrombotskih događaja u budućnosti.

CRP je koristan, na primjer, kod:

- razlikovanja bakterijskih od virusnih infekcija,
- praćenja toka neke bolesti,
- praćenja i kontrole postoperativnih infekcija,
- praćenja efikasnosti antimikrobne terapije,
- predviđanja kardiovaskularnih oboljenja u budućnosti.

CRP nasuprot sedimentacije eritrocita (SE)

Ubrzana sedimentacija eritrocita (SE) je nespecifičan marker zapaljenja otkriven mnogo ranije nego CRP i još uvijek se često koristi kao pokazatelj sistemskih hroničnih zapaljenja ili maligniteta. CRP analiza može i treba zamijeniti analizu SE u brojnim dijagnostičkim preporukama s obzirom da CRP brže odražava promjene u zapaljenjenskom procesu i kao međunarodno standardizovana imunometrička analiza, obezbjeđuje pouzdanije rezultate.

SE je kompleksan fenomen koji zavisi ne samo od zapaljenskog procesa nego i od gustine eritrocita, viskoznosti plazme, morfologije eritrocita i sadržaja hemoglobina. Vrijednosti SE zavise od pola, starosti, te na njih utiče trudnoća i gojaznost.

SE je teška za standardizovanje zbog njene osjetljivosti na parametre poput temperature u toku analize, vibracija SE cijevi, odstupanja cijevi od uspravne pozicije, razređenja uzorka i hematokrita.

CRP je bolji zapaljenjski marker nego SE.

CRP nasuprot broja leukocita

CRP pruža mnogo preciznije podatke nego broj leukocita, potrebne za razlikovanje bakterijskih od virusnih infekcija. Pored toga, CRP se može koristiti i za otkrivanje akutnog zapaljenja te za praćenje antimikrobnog liječenja kod neutropenijskih ili imunosupresivnih pacijenata.

Bakterijske nasuprot virusnim infekcijama

CRP obezbjeđuje korisnu diferencijaciju bakterijskih od virusnih infekcija. Bakterijske infekcije podižu nivo serumskih CRP koncentracija, za razliku od virusnih infekcija. Porast CRP obično odgovara obimu bakterijske infekcije. Ograničene bakterijske infekcije u pojedinim slučajevima mogu biti praćene normalnim ili niskim vrijednostima CRP. Pored toga, izgleda da adeno virusi i pojedini herpes virusi, izazivaju jako velika oštećenja tkiva koja dovode do proizvodnje CRP.

Dnevno praćenje koncentracije CRP

Serijsko određivanje CRP vrijednosti je najkorisniji način praćenja komplikacija kod pacijenata sa bakterijskim infekcijama tokom antibiotske terapije. Količina CRP u krvotoku prati nivo cirkulišućih zapaljenjskih limfokina sa zakašnjenjem od nekoliko sati. Sekrecija limfokina posredstvom aktiviranih leukocita, opada ubrzo nakon odstranjenja patogena i normalizaciji situacije. Međutim, ukoliko terapija nije uspješna, nivo CRP ostaje i dalje visok u

sljedećih nekoliko dana, a može se i povećati ukoliko dođe do pogoršanja infekcije.

Uslovi za praćenje toka bolesti pomoću CRP analize:

1. Kvantitativno mjerenje koncentracije CRP u serumu;
2. Uzimanje uzoraka krvi ubodom iz prsta ili pete omogućava uzimanje serijskih uzoraka uz minimalnu neugodnost za dojenčad;
3. Rezultati testova trebali bi biti brzo dostupni, po mogućnosti u roku od sat vremena. Ukoliko ljekar dobije rezultate sljedeći dan, dijagnostički značaj CRP testa je bezvrijedan, tj. stigao je prekasno.

CRP u raznim kliničkim slučajevima

Ozbiljne infekcije poput septikemije, endokarditisa i osteomijelitisa

Brojna sistemska oboljenja imaju fazu bakterijemije, na primjer, pojedini slučajevi pneumonije, bakterijskog meningitisa, trovanja hranom i septičkog arthritisa. Simptomi mogu biti gotovo identični onima kod virusnih infekcija. Značajno povišene vrijednosti CRP (>100 mg/l), u odsutstvu drugih očitih zapaljenjskih stanja, upućuju na bakterijsku ili gljivičnu infekciju. Međutim, pojedini pacijenti sa ozbiljnim bakterijskim infekcijama mogu imati umjereno povišene ili čak normalne koncentracije CRP, posebno ukoliko se CRP radi prvih 6-12 h nakon početka infekcije.

CRP je senzitivniji marker za dijagnozu infektivnog endokarditisa od SE, naročito u ranoj fazi bolesti (>12 h). Nakon odstranjenja patogena, CRP se normalizuje brže od SE.

Serijsko određivanje CRP je najefikasniji način za praćenje stanja pacijenta pri pojavi komplikacije tokom liječenja, računajući pritom i na individualne razlike u normalnim vrijednostima CRP. Ovo treba naročito imati na umu u sumnjivim slučajevima kod nedonoščadi, gdje porast koncentracija CRP tokom septikemije ne mora biti visok kao kod odraslih. Izmjerene vrijednosti CRP treba uvijek porediti sa grupno specifičnim vrijednostima u preporukama.

Karakteristika infekcije kosti je progresivan infektivan proces sa posljedičnom zapaljenjskom

destrukcijom kosti, nekrozom kosti i formiranjem nove koštane strukture. U slučajevima osteomijelitisa, CRP vrijednosti mogu biti i do 100 puta veće od normalnih.

Značajno povišene koncentracije CRP (>100 mg/l) upućuju na ozbiljnu bakterijsku infekciju.

Meningitis

Mjerenja CRP su se pokazala korisnim kod meningitisa zbog sposobnosti CRP da razlikuje Gram-negativni bakterijski meningitis od virusnog meningitisa sa visokom senzitivnošću (96%), visokom specifičnošću (93%) i predviđanjem negativnih rezultata (99%) kod djece starije od 3 mjeseca. Niti ijedan drugi laboratorijski test po karakteristikama nije dostigao ovaj nivo.

Serijska mjerenja koncentracije CRP koja pokazuju vrijednosti <20 mg/l upućuju na virusni meningitis.

Pneumonia

Respiratorne infekcije predstavljaju problem jer su brojne akutne infekcije donjeg respiratornog trakta miješane etiologije. Podaci o CRP mogu značajno doprinijeti postavljanju dijagnoze, zajedno sa anamnezom i fizikalnim pregledom.

Mjerenje CRP je preporučeno kao prva linija skrininga za slučajeve kod kojih postoji sumnja na pneumoniu.

CRP koncentracije >60 mg/l u prosjeku, upućuju na pneumoniu bakterijske etiologije.

Bronchitis

Akutni bronchitis je rijetko uzrokovan bakterijama poput *Chlamydia pneumoniae* i *Mycoplasma pneumoniae*, a rijetko kada su bakterijske infekcije dovoljno ozbiljne da izazovu značajno povišenje CRP u serumu. Stoga, negativan CRP test je koristan za razlikovanje između pneumonie i bronhitisa. Mjerenje CRP je preporučljivo kako bi se smanjilo propisivanje antibiotika kod akutnog bronhitisa i nespecifičnih infekcija gornjeg respiratornog trakta.

Preporučljivo je koristiti CRP kao dijagnostičko sredstvo u primarnoj njezi za razlikovanje pneumonie i bronhitisa, u slučajevima infekcija donjeg respiratornog trakta.

Sinusitis

Haemophilus influenzae je najčešći uzročnik akutnog maksilarnog sinusitisa. Serumski CRP u ovom slučaju dostiže vrijednosti oko 20 mg/l. Više vrijednosti CRP (>40mg/l) u sklopu akutnog maksilarnog sinusitisa, treba da upozore ljekara na *Streptococcus pyogenes* ili *Streptococcus pneumoniae* kao moguće uzročnike, s obzirom da ovakvi slučajevi mogu progredirati u sinusni empijem ukoliko se ne liječe.

Povišene vrijednosti CRP čine se boljim kriterijumom za antibiotsku terapiju nego izolovan klinički pregled.

Bakterijski faringitis

Mjerenje CRP u okviru primarne njege može poboljšati dijagnostičku preciznost kod zapaljenja grla. Takođe, može povećati procenat pacijenata sa tačnom dijagnozom i adekvatnim liječenjem u poređenju sa brojem čistih kliničkih dijagnoza. Na ovaj način će se redukovati i bespotrebna i skupa upotreba antibiotika, odgovorna za razvoj rezistentnih bakterija.

Vrijednost CRP oko 35 mg/l može biti korisna granica za razlikovanje bakterijskog od nebakterijskog faringitisa.

Infekcije urinarnog trakta

Mjerenje serumskog CRP je pouzdan laboratorijski nalaz za razlikovanje infekcija donjeg urinarnog trakta (cystitis) od dosta ozbiljnijih infekcija gornjeg urinarnog trakta (pyelonephritis).

Vrijednosti CRP više od 100-140 mg/l upućuju na pijelonefritis.

Zapaljenjska oboljenja karlice

Prilikom procjene za liječenje zapaljenjskih oboljenja karlice, određivanje CRP ima dijagnostičku prednost nad brojem leukocita, SE i mjerenja tjelesne temperature. U upalnim procesima karlice CRP pokazuje porast, a promjene u vrijednostima CRP pouzdano odražavaju promjene u kliničkom stanju pacijentice.

Reumatoidni arthritis

I CRP i SE su u širokoj upotrebi pri tretiranju reumatoidnog artritisa. Imunoglobulini, hemoglobin, RF i SE mogu se smatrati markerima ozbiljnosti i hroniciteta bolesti, ali ne odražavaju stanje akutne faze. CRP, s druge strane, je u uskoj vezi sa sveukupnim razvojem bolesti, otpornošću organizma i stanjem zglobova. Sve ovo sugeriše da je za akutnu fazu najbolje mjeriti CRP.

Sistemski eritemski lupus (SLE)

Sistemski eritemski lupus (SLE) je poremećaj u kom su prisutne umjerene ili čak normalne vrijednosti CRP uprkos aktivnom oboljenju, dok je SE ubrzana u većini slučajeva.

Međutim, pacijenti sa SLE su sposobni za adekvatan odgovor CRP pri bakterijskim infekcijama ili drugim zapaljenjskim procesima koja nisu u vezi sa razvojem SLE. Pojedine studije su došle do podataka da su više koncentracije CRP kod pogoršanja bolesti udruženog sa serozitisom nego pri izolovanom pogoršanju bolesti, pri čemu su kod aktivnog serozitisa vrijednosti prelazile 60 mg/l.

CRP u infarktu miokarda

CRP pokazuje povišene koncentracije u infarktu miokarda i u direktnoj je vezi sa veličinom infarkta pri nedostatku trombolitičke terapije. Odgovor CRP je niži kod pacijenata sa prsnućem koronarne arterije kao posljedica infarkta, nego kod pacijenata koji posljedično imaju potpuno začepljenje koronarne arterije.

Serumske koncentracije CRP su prosječno 160 mg/l kod opsežnog infarkta i 40 mg/l za ograničene infarkte.

CRP takođe, daje i nazavisnu prognozu preživljavanja nakon ishemičkog napada. Preživljavanje pacijenata je znatno manje ukoliko vrijednosti CRP prelaze 10 mg/l, nego kod pacijenata sa vrijednostima nižim od 10 mg/l.

Oštećenje tkiva

Serumske koncentracije CRP su značajno povišene kod opsežnih opekotina. Vrijednosti CRP počinju opadati od trećeg dana kod pacijenata koji nisu razvili infekciju i nastavljaju progresivno opadati u narednih mjesec dana uporedo sa zaliječenjem. Naredni porast vrijednosti CRP će nastati ukoliko se razvije infekcija kao kasna komplikacija opekotina, što ukazuje na značaj određivanja CRP pri praćenju toka liječenja.

Porast vrijednosti CRP kod pacijenata sa opekotinama može predvidjeti septikemiju, te tako omogućiti pravovremeno započinjanje terapije.

Preoperativne i postoperativne infekcije

Porast CRP se javlja oko 6 h nakon operacije. U odsustvu daljih komplikacija, vrijednosti CRP polako opadaju i normalizuju se za par dana. S druge strane, CRP ostaje povišen znatno duži period u slučaju komplikacije postoperativnog toka infekcijom.

Primijećena je znatno veća incidenca javljanja postoperativnih infekcija kod pacijenata sa povišenim preoperativnim vrijednostima CRP u odnosu na pacijente sa normalnim vrijednostima. Takođe, pacijenti sa povišenim preoperativnim vrijednostima CRP se znatno duže zadržavaju u bolnici nego pacijenti sa normalnim vrijednostima.

Transplantacija

CRP je koristan marker za praćenje perioda nakon transplantacije. Koncentracije CRP pokazuju porast u prva tri dana od transplantacije, nakon čega počinju opadati. Ukoliko se koncentracija CRP ne snižava može se sumnjati na rano odbacivanje transplantata. Preporučeno je mjerenje početnih vrijednosti CRP prije transplantacije koje bi poslužile kao referenca za dobijene vrijednosti poslije transplantacije. Koncentracije CRP bi trebalo određivati strogo individualno a ne voditi se standardizovanim obrascima.

CRP analiza je brza, jednostavna i ekonomična, a uzorci su stabilni.

Appendicitis acuta

Akutni apendicitis se obično dijagnostikuje na osnovu kliničkog mišljenja hirurga. Procenat negativnih laparotomija na osnovu kliničkog mišljenja kreće se i dalje od 15% do 25%. Pacijenti sa perforacijom apendiksa imaju vrijednosti CRP preko 100 mg/l. Kod neperforirajućeg apendicitisa, CRP je blago povišen (>20 mg/l). Akutni apendicitis je malo vjerovatan kod pacijenata sa normalnim brojem leukocita i vrijednostima CRP, čak iako klinički simptomi i znaci upućuju na akutni apendicitis.

Serumski CRP može biti od koristi kao podrška kliničkoj dijagnozi akutnog apendicitisa i tako doprinijeti smanjenju broja nepotrebnih laparotomija. Atipične pacijente sa sumnjom u dijagnozu je poželjno opservirati uz niz kliničkih pregleda i CRP test. Određivanje CRP kao rutinske laboratorijske analize je preporučljivo kod pacijenata sa sumnjom na akutni apendicitis.

Vrijednosti CRP koje prelaze 100 mg/l upućuju na perforaciju apendiksa.

Kada je pacijent teško bolestan, od najveće važnosti je započeti sa liječenjem što je prije moguće. CRP je korisna metoda za dobijanje tačne dijagnoze i procjene potrebe za daljim liječenjem. Stoga je od suštinske važnosti obezbijediti ljekarima da rezultate CRP testa dobiju u najkraćem vremenskom periodu. Povećana potreba za brzom dijagnostikom i liječenjem u većini slučajeva je preselila CRP test iz kliničkih laboratorija u ambulante.

PUŠENJE, TA "DIVNA" NAVIKA

Dr Dragana Rakić

U veku osvešćivanja pušiti znači biti aut, ne biti u trendu. Pa zašto onda ima nebrojeno mnogo pušača?

Da li nas je protekli težak životni period prisilno naučio da ne mislimo na sebe u pravom smislu te reči ili smo postali žrtve potrošačke industrije, pa zapad u eri marketinške globalizacije prati po našim džepovima (čitaj plućima i krvnim sudovima).

U utakmici sa životom gubimo jer nam podmeću skraćenja poluvemena u zamenu za kratkoročna uživanja u pušenju, preobilnoj hrani i neumerenom piću. A lake smo žrtve s obzirom da nam je ponuda stvarnih životnih vrednosti jako ograničena. Nema se dovoljno novca za putovanja, banje, klimatska lečilišta, ali za cigarete, čipseve, previše slatkiša da, uvek.

I sada, kako da se reši problem pušenja?

Rekle bi mnoge neverne Tome, nikako. Međutim, porodična medicina nudi rešenje. Onako kako je koncipirana, sva slow moushn, nudi idealan teren za rad na odvikavanju od pušenja. S obzirom da nam pripada populacija od O do X godina i to porodično registrovana, imamo širok dijapazon terapijskog delovanja i mogućnosti.

Zavod za zaštitu zdravlja iz Doboja u saradnji sa Institutom za zaštitu zdravlja iz Banje Luke organizovao je školu odvikavanja od pušenja koju pohađaju lekari (nadam se da će biti uključene i sestre). Ova edukacija tipa radionice sastoji se od dva predavanja u vidu interaktivne nastave između kojih su lekari u obavezi da rade na odvikavanju od pušenja sa pacijentima u svojoj ordinaciji. Taj rad je dokumentovan popunjavanjem određenih pušačkih kartona i mesečnih izveštaja o toku rada i to predstavlja deo praktičnog dela ispita. Treći deo ove edukacije se sastoji od po-

laganja ispita u pismenoj formi. Nakon toga lekar dobija sertifikat koji mu daje za pravo da radi na odvikavanju od pušenja po najsavremenijim smernicama ženevske univerzitetske klinike.

Pristup je zasnovan na univerzalnom transteoretskom modelu promene životnih navika koji pruža i pacijentu i lekaru komfor i ležernost pri radu, bez pritisaka i frustracija.

Na osnovu ličnog iskustva iz svoje ordinacije mogu da kažem da je jako efikasan, prihvaćen od strane pacijenata, sa visokim procentom sada već bivših pušača.

Prvi ciklus edukacije je završen u junu 2006. Zbog velikog interesovanja među kolegama a i zbog težnje da se mreža raširi na ceo sistem porodične medicine, novi ciklus predavanja biće najverovatnije organizovan od septembra 2006. godine.

Zdravstveni značaj preveniranja mnogih oboljenja (počev od prevencije maligniteta organa za disanje, hronične opstruktivne bolesti pluća, ishemijske bolesti srca i krvnih sudova uopšte, prevencije karcinoma urogenitalnog trakta i karcinoma bilo koje lokalizacije) je neosporan.

Problem pasivnog pušenja dece i činjenica da su deca pušača češće pušači u odrasloj dobi navodi me na pomisao da regrutujemo vojsku potencijalno bolesne populacije.

Ako napravimo prost zbir i podvučemo finansijsku crtu (ne razmišljajući u ovom trenutku o fantastičnoj koristi za pacijenta), novac koji društvo i država daje za lečenje posledica pušenja je toliki da mi se zavrti u glavi od raznih mogućnosti. To je novac kojim bi zdravstveni sistem i društvo mogli da grade porodilišta, dostojna savremene žene, hirurške bolesničke sobe u skladu sa pravilima asepse, da opremaju dijagnostičko terapijske centre i edukuju kadar čime bi se sprečilo odlivanje novca u džepove susednih zemalja.

Zbog veličine problema pušenja ali i mogućnosti rešavanja istog, nadležne institucije i šira društvena zajednica bi trebale prepoznati da je tim porodične medicine apsolutni nosilac dobrobiti za ceo zdravstveni sistem i društvo.

Jedna od najtežih stvari u životu je nekom promeniti životnu naviku.

Lekari edukovani za odvikavanje od pušenja to mogu, ali je to posao koji zahteva vreme, strpljenje, kontinuitet.

Prevedeno svakodnevnim jezikom znači da usluge odvikavanja od pušenja trebaju biti posebno plaćane, a za svakog dokumentovano odviknutog pušača trebala bi da postoji novčana premija. Jedino na taj način program odvikavanja od pušenja može zaživeti u pravom smislu te reči.

Da ne ostane pusto slovo na papiru.

BALNEOTERAPIJA

Dr Jelena Bogdanić, fizijatar

Balneologija je disciplina koja proučava prirodne ljekovite činioce, a balneoterapija je korišćenje prirodnih ljekovitih činilaca u profilaktičke i terapijske svrhe.

Termomineralne vode su posebne vrste podzemnih voda koje u vidu izvora izbijaju na Zemljinu površinu, a sadrže u određenoj količini rastvorene mineralne materije ili gasove i imaju utvrđeno ljekovito dejstvo.

Mineralne vode primjenjuju se u terapiji najčešće spolja – kupanjem u kadama i bazenima, a mogu da se koriste i pijenjem i inhaliranjem.

Prema klasifikaciji po Kventinu (Quentin) termomineralna voda Banje Vrućice pripada kategoriji kalcijum-natrijum-hidrokarbonatnim-hloridnim-ugljenokiselim, hipertermalnim mineralnim vodama. Temperatura vode na izvoru je 37,5^{0}C. (u kadama 343^{0}C)

Kako djeluje mineralna voda na organizam?

Ugljen disoksid iz vode draži termoreceptore i izaziva vazodilataciju kapilara i arteriola, tako da se u kupkama dobija efekat vazodilatacije što je važno kod obliterirajućih oboljenja perifernih arterija gdje je direktna primjena toplote kontraindikovana. Ugljen dioksid smanjuje tonus arterija, a time smanjuje periferni otpor i povišeni krvni pritisak i produžava dijastolu pri čemu se srce „odmara", uz poboljšanje koronarnog krvotoka i metabolizma u srčanom mišiću. Djelujući na disajni centar produbljuje disanje i povećava ventilaciju pluća.

Vode imaju i mehanički efekat zahvaljujući hidrostatskom potisku pa se u vodi lakše izvode pokreti, relaksiraju mišići, smanjuje mišićni spazam, a termalne vode imaju efekat i analgezije.

INDIKACIJE ZA BALNEOTERAPIJU: hipertenzija, angina pectoris, stanja nakon infarkta miokarda, stanja nakon hirurške revaskularizacije miokarda (bypass), stanje nakon balon dilatacije i ugradnje stenta, stanje nakon ugradnje vještačke valvule, oboljenja perifernih ar-

terijskih krvnih sudova, stanje nakon povreda, preloma, nakon implantacije vještačkog zgloba, stanje nakon moždanog udara, pareze i paralize perifernih živaca, reumatska oboljenja degenerativne i zapaljenjske prirode, bol u leđima, lumboischialgiae, radikulopatije, stanje nakon operacije diskus hernije, šećerna bolest, neuroze.

KONTRAINDIKACIJE ZA BALNEOTERAPIJU: infektivne bolesti, febrilna stanja, akutna tuberkuloza, maligniteti, trudnoća, epilepsija, dekompenzacija srca.

Banja Vrućica je zdravstveno turistički centar koji ima dugu tradiciju upotrebe mineralne vode u liječenju i rehabilitaciji pacijenata. Prema pisanim podacima Banja Vrućica je vrlo stara. Prvo istraživanje kvaliteta mineralnih voda obavio je prof. Arnest Ludvis austrijski geolog u periodu 1886 - 1889. g., potom 1922. g. balneo hemičar dr R. Fresenius iz Wisbadena izršio analizu glavnih vrela vrućičkih, a 1925. g. inž. Eugen Mayrer iz Baden-Badena izvršio kaptažu pet većih toplih vrela. Prvi moderni hotel sa 100 ležaja, dva bazena i 14 kada izgrađen je poslije I svjetskog rata kada je banju otkupio šumarski preduzimač, inžinjer Simo Krstić.

Danas je Banja Vrućica poznato prirodno lječilište sa 1000 ležajeva raspoređenih u četiri hotela. Pacijenti koriste usluge ove banje po preoruci svoga ljekara, u vlastitoj režiji ali i uz odobrenje FZO i to za rehabilitaciju kardiovaskularnih oboljenja. Za odobrenje komisije za banjsko liječenje koja se nalazi pri FZO B. Luka potrebno uputiti zahtjev za banjsko liječenje preko nadležnog ljekara porodične medicine, i priložiti svu med. dokumentaciju.

Najoptimalnije trajanje balneoterapije je 15-21 dan, što zavisi najviše od oboljenja i težine rehabilitacije u pojedinim stanjima. Hronični bolesnici, zahvaljujući svom iskustvu, shvataju da je balenoterapiju dobro obnoviti dva puta godišnje, jer se tegobe onda značajno umanjuju.

U ovoj ustanovi uz balneoterapiju i fizikalnu terapiju pacijent može obaviti sve potrebne lab. analize, konsultativne preglede (fizijatra, kardiologa, reumatologa, neuropsihijatra, psihologa, ortopeda), te ultrazvučnu dijagnostiku i ergometrijsko testiranje

Dosadašnja iskustva su pokazala da rehabilitacija kardiovaskularnih bolesnika poboljšava fizički kapacitet, smanjuje faktore rizika, poboljšava kvalitet života, smanjuje prevalenciju velikih kardiovaskularnih događaja, uključujući i fatalni infarkt miokarda.

ULOGA BERLITHIONA U TERAPIJI DIJABETIČNE POLINEUROPATIJE

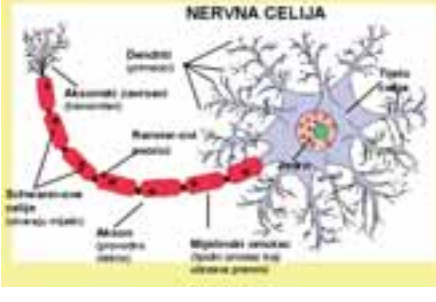
Osvrt na rezultate svjetskih i BH studije

Dr sci. med. Azra Bureković

Dijabetična neuropatija predstavlja kasnu mikrovaskularnu komplikaciju dijabetesa, a očituje se smanjenjem brzine provođenja nervnog impulsa i oštećenja strukture nervne ćelije. Dužina trajanja dijabetesa i dugotrajno loša regulacija šećerne bolesti glavni su razlozi nastanka dijabetične polineuropatije.

Oko 12% dijabetičara u momentu otkrivanja bolesti ima već prisutne neke od simptoma neuropatije, a prema nekim epidemiološkim istraživanjima u kasnijem toku bolesti oko 50 % do 80% dijabetičara ima kliničke znake neuropatije.

U zavisnosti gdje su promjene smještene pojavljuje se i različita simptomatologija. Najčešće su: distalna senzorna i motorna



polineuropatija (zahvaćeni donji ekstremiteti, osjetljivost i motorna pokretljivost).

Glavni simptomi su:

- parestezije (bockanje, trnjenje i mravinjanje u nogama),
- noćna bol u mišićima,
- grčevi,
- ali i druge smetnje.

Najčešći oblik dijabetične neuropatije je **simetrična polineuropatija:**

- gubitak osjetljivosti na simetričnim distalnim dijelovima donjih ekstremiteta
- gubitak refleksa stopala
- poremećaj prostorne orijentacije ili ravnoteže.

Parestezije se ispoljavaju osjećajem utrnulosti, gubitkom osjećaja za dodir, za bol, ili "pečenje", "mravinjanje" koje počinje u stopalima i širi se prema gornjim dijelovima noge.

Neuropatska bol tipično zahvata donje ekstremitete, prisutna je u miru, a pojačava se noću.

Akutni oblik neuropatije traje manje od 12 mjeseci, a hronični oblik dijabetične neuropatije traje više od godinu dana. Kako neuropatija napreduje bol se smanjuje ili nestaje, ali neosjetljivost donjih ekstremiteta traje.

Autonomna neuropatija može da zahvati više sistema:

Kardiovaskularni sistem: pojavljuje se ubrzan rad srca u miru, "pad" krvnog pritiska u stojećem položaju, "nijemi" infarkt (bez klasičnog bola u grudima), slučajevi iznenadne srčane smrti.

Gastrointestinalni sistem: žgaravica, nadutost, mučnina zbog usporenog pražnjenja želuca i hronični prolivi koji se javljaju naizmjenično sa zatvorom. Pojačano znojenje gornjih dijelova tijela, naročito ruku i suha koža nogu. Sman-

jeno oslobađanje kontraregulatornih hormona, koji mogu dovesti do gubitka predosjećaja za hipoglikemiju.

Genitourinarni sistem:

- nepre-poznavanje pune mokraćne bešike i otežano pražnjenje ili nemogućnost kompletnog pražnjenja, spolnu nemoć kod muškaraca i

- seksualnu disfunkciju žene (smanjenje želje za polnim odnosom, bolan odnos, smanjenu vaginalnu sekreciju).

Za postavljanje dijagnoze, osim anamnestičkih podataka, kliničke slike uradi se i elektromiografija (EMG) ekstremiteta koji pokaže brzinu provodljivosti nerava.

Terapija dijabetične polineuropatije:

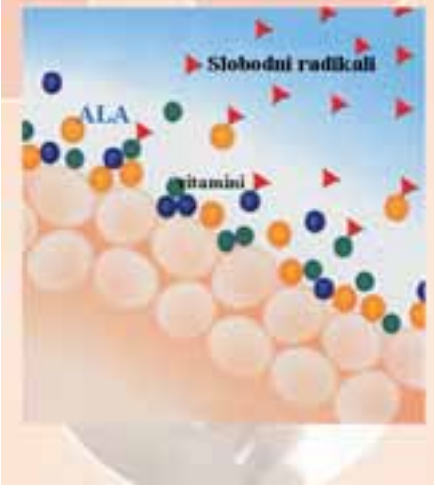
1. dobra regulacija šećera,
2. multivitamini,
3. fizička aktivnost,
4. a u posljednje vrijeme sve više Alfa liponska kiselina-Berlithion.

Alfa liponska kiselina:

- nalazi se endogeno (sintetiše se u ćelijama i nalazi u svim tkivima),
- ima funkciju koenzima (pomaže u metabolizmu),
- metaboliše se u jetri,
- eliminiše putem bubrega.

Fiziološka uloga alfa liponske kiseline (Berlithiona) je višestruka:

1. Popravlja funkciju endotelne ćelije, 2. ubrzava sintezu GLUTATIONA (glavni endogeni ćelijski antioksidans), 3. reciklira druge antioksidanse, (Vitamin C, i druge), 4. reciklira Vitamin E, 5. pojačanom senzitivnosti na insulin stimuliše odlaganje glukoze u mišićne ćelije, 6. stimuliše iskorištavanje glukoze, 7. povećava brzinu provođenja impulsa u perifernim nervima, naročito senzornim, 8. popravlja sposobnost srčanog mišića za varijabilnosti frekvence.



ALA štiti od napada slobodnih radikala

Poznate svjetske studije: ALADIN I – efekti Berlithiona nakon kratkotrajne primjene 600-1200 mg. I.V. kroz 3 sedmice, ALADIN II - efekti Berlithiona nakon dugotrajne primjene na poboljšanje brzine provodljivosti i ALADIN III- efekti dugotrajne per os terapije sa 600 mg., nakon 3 sedmice 600 mg. I.V. primjene pokazale su uspješnost upotrebe Berlithiona u svijetu.

Prošle godine rađena je studija u našoj zemlji sa 100 pacijenata, prosječne životne dobi 61,3 god., sa prosječnim trajanjem šećera oko 12 godina, sa trajanjem neuropatije oko 3 godine, u 5 centara (Bihać, Banja Luka, Zenica, Travnik, Sarajevo), koja je pokazala uspješnost pravilne upotrebe Berlithiona i kod naših dijabetičara. U zavisnosti od dužine trajanja simptoma i jačine simptoma rezultati su bili različiti. Dijabetičari su primali Berlithion u infuziji, u dozi od 600 mg. 3 sedmice, od ponedjeljka do petka, vikendom su uzimali 2 tbl., a nakon toga su nastavili tbl. po 600 mg. još 3 mjeseca. Rezultati su bili najbolji kod onih koji su uzimali tablete na prazan želudac, onih kod kojih su simptomi trajali kraće i oni pacijenti koji su imali senzorne simptome (gubitak osjeta za dodir, gubitak osjeta za bol), zatim kod pacijenata koji su imali bolove u toku noći u nogama, uz to imali su i bolje regulisane vrijednosti šećera u krvi.

Jedna druga studija koja je rađena kod nas prije nekoliko godina sa upotrebom Berlithiona kod muškaraca sa seksualnim smetnjama, pokazala je takođe dobre rezultate. Sve češća upotreba Berlithiona je i kod raznih radikulopatija, išialgija i svih vrsta bolova kojima je uzročnik oštećenje ili "priklještenje" nerava, čak ima uspjeha i kod neuropatije izazvane alkoholom i citostaticima.

Zato ako imate problema sa dijabetičnom ili drugom neuropatijom konsultujte svog ljekara o što ranijoj i pravilnoj upotrebi **Berlithiona.**

α-lipoinska kiselina

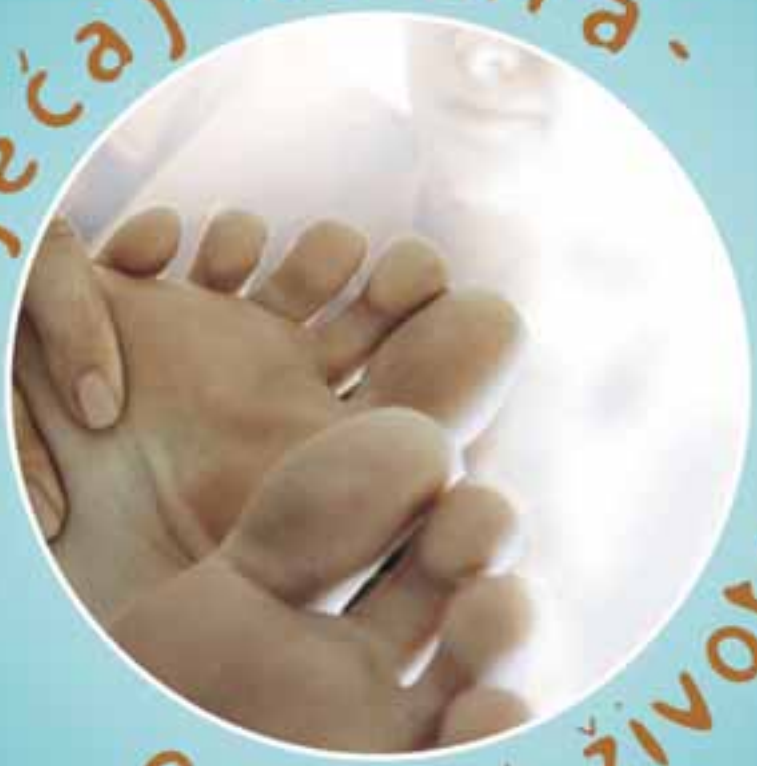
Berlithion®

Ublažava simptome dijabetičke polineuropatije: grčeve, utrnulost, ukočenost, peckanje itd.

Obnavlja osjetljivost na temperaturu, dodir i bol

Pravovremena terapija Berlithionom sprječava ireverzibilna oštećenja nerava kod dijabetičara

Osjećaj dodira.



osjećaj života

Kod 9 od 10 dijabetičara razvije se **neuropatija**

Svakih 30 sekundi u svijetu se obavi jedna **amputacija stopala**

Više od **70%** amputacija događa se osobama oboljelih od **dijabetesa**

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Healthcare for life

BERLIN-CHEMIE AG Predstavništvo za Bosnu i Hercegovinu, 71000 Sarajevo, Musala 1/2, Tel/fax: +387 33 264 351, 264 352, e-mail: berlinbg@bih.net.ba, bosnia@berlin-chemie.com

NOVO !

INHIBACE® PLUS

(cilazapril + hidrohlortiazid)

filmtablete (5+12,5 mg)

ACE inhibitor sa diuretikom

INHIBACE®

(cilazapril)

filmtablete 1 mg; 2,5 mg; 5 mg

ACE inhibitor

TOREM®

torasemid

tablete 5 mg i 10 mg

diuretik

TOREM® JE NOVI, SNAŽNI DIURETIK HENLEOVE PETLJE.

- **BRZA I POTPUNA ELIMINACIJA EDEMA**
  - kardijalnog porijekla
  - hepatičnog porijekla
  - renalnog porijekla
- **JEDNOSTAVNA PRIMJENA**
  - doziranje jedanput dnevno
- **REDUCIRANA POTREBA ZA HOSPITALIZACIJOM**
- **IZUZETNA PODNOŠLJIVOST LIJEKA**

55 godina BOSNALIJEK

po licenci F. Hoffmann-La Roche Ltd, Bazel, Švajcarska

Roche