

Porodična medicina
**KREIRAJ
SVOJU
BUDUĆNOST**

11-13.10.2024.
hotel Kardial, Banja Vrućica



Zbornik radova

Konferencija XIX Dani porodične medicine
Republike Srpske sa međunarodnim učešćem

Platinasti sponzori



Generalni sponzori



Zlatni sponzor Srebrni sponzor



Sponzori



Medijski pokrovitelj



Prijatelji konferencije



Tehnička podrška



glavne teme konferencije:

- metabolički sindrom
- primjena vještačke inteligencije u PZZ
- urgenta stanja
- odabrane teme iz neurologije i hematologije
- sve relevantne teme za porodičnu medicinu

konferenciju čine sljedeće sesije:

- oralne sesije
- panel sesije
- simpozijumi
- tematske radionice
- okrugli sto
- on-line sesije

Naučni odbor Konferencije: Prof. dr Suzana Savić, predsjednik, Prim. dr sci. med. Draško Kuprešak, Doc. dr Saša Jungić, Prof. dr Tamara Kovačević Preradović, Prof. dr Siniša Miljković, Prof. dr Milorad Grujičić, dr Siniša Gajić, Prim. dr Mladen Duronjić

Organizacioni odbor Konferencije: Prim. dr sc. med. Draško Kuprešak, predsjednik, Prof. dr Suzana Savić, Prim. dr Radojka Perić, Prim. dr Nebojša Putnik, Prim. dr Atijas Danijel, dr Goran Birčaković, Prim. dr Daliborka Vukota-Rajlić, dr Srebranka Kusmuk, dr Tanja Bošnjak-Damjanjuk, dr Suzana Radić, dr Vedrana Jovanović, dr Brankica Miljanović, dr Zoran Vasilčić, dr Natalija Stević, dr Danijela Žepinić, dr Gorana Savin, dr Snežana Đurović

Poštovane kolegice i kolege, dragi prijatelji,

Pred nama je devetnaesta Konferencija Dana porodične medicine pod nazivom „Porodična medicina-Kreiraj svoju budućnost“ koja ima za cilj usvajanje novih znanja i naučnih stavova. Tematski fokusirana na sve relevantne teme za rad porodičnog doktora čiji je dijapazon veoma širok. U stručnom dijelu Konferencije biće prezentovana najnovija saznanja iz oblasti urgentnih stanja, odabranih tema iz Neurologije i Hematologije, primjene vještačke inteligencije U PZZ, masovnih nezaraznih bolesti koja posebno u fokus stavlja metabolički sindrom kao i sve druge teme.

Predstavićemo saradnju našeg udruženja sa Udruženjem Nefrologa Republike Srpske, Udruženjem Kardiologa RS, Udruženjem Endokrinologa i dijabetologa RS koja se ogleda u razvoju algoritma za tretman HBB kod pacijenata sa DM tip 2. Biće prezentovan novi kliničko dijagnostički vodič za "Plućnu hipertenziju" koji je nastao zajedničkom saradnjom Udruženja Kardiologa RS i Udruženja doktora porodične medicine RS.

U sklopu programa biće održana "Škola Spirometrije" trodnevni ciklus edukacije koji će obuhvatiti teorijski, praktični dio kao i testiranje nakon čega će polaznici dobiti relevantne sertifikate za svoj rad. Ona predstavlja novu usluga u cjenovniku Fonda zdravstvenog osiguranja za porodičnu medicinu koja je rezultat napora i predanog rada Udruženja.

Predstavljeni će biti rezultati ciklusa edukacije iz Hematologije sa temom "Multipli mijelom" kao i algoritam za unapređenje menadžmenta ovog kompleksnog obolenja sa jasnom ulogom doktora porodične medicine kao i načina saradnje sa višim referalnim nivoima.

HPV imunizacija koja je započela prije godinu dana, izazovi u zdravstvenom sektoru Republike Srpske s kojom se suočavamo te načini njihovog prevazilaženja, interdisciplinarni pristup u tretmanu DM, predstavljanje novih "Gold" smjernica za Astmu i HOBP te brojne druge teme biće nezaobilazni dio stručnog programa.

Panel Mladi doktori medicine će biti jedna od temeljnih tema Konferencije. Nakon realizovanog Modula u trajanju od pet mjeseci realizovanom od strane Udruženja doktora porodične medicine RS-a a kroz diskusiju ćemo čuti spoznaje naših mladih kolega o porodičnoj medicini i njenoj budućnosti.

Finasiranje PZZ je fundamentalna tema, uvođenje trezorskog modela poslovanja iskustva i izazovi u ovom procesu će biti dio okruglog stola na kome se očekuju učešće relevantnih institucija i pojedinaca.

Nadamo se da će svaki učesnik pronaći nešto zanimljivo iz ponude stručnih radova te vratiti se u svoju ordinaciju i primjeniti nova naučna saznanja na dobrobit svojih pacijenata .

Uz bogat stručni, ali kulturni program, uz brojne goste iz svijeta i regiona napajajući se snagom misli **Patrijarha Pavla** koja nam može poslužiti kao zvijezda vodilja u našim životima i profesionalnom radu a koja glasi:

"Brodovi ne tonu zbog vode koja ih okružuje; brodovi tonu zbog vode koja uđe u njih. Nemojte dozvoliti da ono što vas okružuje uđe u vas i povuče vas na dno "

Želimo da se osjećate lijepo i ugodno u Banji Vrućici u Tesliću na "19. Danima porodične medicine Republike Srpske".

Dobro došli!

Predsjednik organizacionog odbora
Prim. dr sc. Draško Kuprešak, spec. por. med.

PETAK 11.10.2024.

sala Dunav

15.00-17.30	Registracija učesnika
18.30-19.30	Program otvaranja konferencije Obraćanje predsjednika Udruženja prim dr sci Draško Kuprešak Obraćanje predsjednika Upravnog odbora Udruženja Kardiologa RS i načelnika Kardiološke klinike UKC BL Prof. dr Tamara Kovačević Preradović Predstavljanje Vodiča za Plućnu hipertenziju Obraćanje predstavnika kancelarije SZO BIH g. Borisa Rebca Obraćanje predsjednika asocijacije doktora porodične medicine Jugoistočne Evrope Prim. dr Ljubomir Šukrijev Obraćanje predsjednika WONCE Prof. dr Šlomo Vinker Obraćanje predsjednika aktiva direktora Domova zdravlja g Vladimir Marković Obraćanje predstavnika Fonda zdravstvenog osiguranja RS Obraćanje predstavnika Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske
19.30-20.00	Kulturni program

SUBOTA 12.10.2024.

sala Dunav

radno predsjedništvo: dr Vedrana Jovanović, dr Natalija Stević, dr Danijela Žepinić, dr Davor Rikić, dr
Brankica Miljanović

08.30-08.45	Važnost mikronutrijenata kod infekcije gornjeg respiratornog trakta Satelitski simpozijum Pharma Mac dr Tamara Obradović, Dom zdravlja Doboje
08.45-09.00	Primjena apitoksina u onkologiji Prof. dr Slobodan Marjanović, VMA Beograd
09.00-09.40	Kako unaprijediti put pacijenata sa karcinomom pluća u Republici Srpskoj Satelitski simpozijum Glosari/MSD Prof. dr Mirko Stanetić, UKC Banja Luka
09.40-10.30	Bronhijalna astma - problem kontrole dr Siniša Gajić, UKC Banja Luka Astma kod djece Prof. dr Olivera Ljuboja, UKC Banja Luka Uloga singularina u liječenju astme i alergijskog rinitisa Prim. dr Mladen Duronjić, UKC Banja Luka
10.30-10.50	Dapaglifoazin – revolucionarni lijek 21. vijeka dr Danijel Đekić, UKC Banja Luka

10.50-11.20	<p>Novi agensi u liječenju AML kod pacijenata koji nisu kandidati za transplataciju dr Tanja Virijević Salak, UKC Banja Luka</p> <p>Značaj određivanja feritina i tretman sideropenijske anemije dr Valentina Gligić, UKC Banja Luka</p>
11.20-12.50	<p>Interdisciplinarni simpozijum Boehringer - Ingelheim novi pristup moderator: Prim. dr sci. Draško Kuprešak, Dom zdravlja Sveti Vračevi Čelinac</p> <p>Sva lica hronične bubrežne bolesti dr Vlastimir Vlatković, UKC Banja Luka</p> <p>Dijabetes tihi ubica dr Gabrijela Malešević, UKC Banja Luka</p> <p>Zatajivanje srca i kako dalje dr Dijana Trninić, UKC Banja Luka</p>
12.50-13.00	<p>HPV imunizacija u Republici Srpskoj i u regionu - perspektive i strategije dr Tamara Nikićević, Insititut za javno zdravlje Republike Srpske</p>
13.00-13.40	<p>Glosari/MSD satelitski simpozijum Vakcinacijom protiv bolesti koje uzrokuje HPV-om dr Milena Lukić, Dom zdravlja Mrkonjić Grad</p> <p>Vakcinacijom protiv bolesti koje uzrokuje HPV-om: izazovi i rješenja u porodičnoj medicini dr Radmila Begović Stevandić, Dom zdravlja Banja Luka</p>
13.40-14.00	<p>Od patenta do prakse: Flobian kao ključ za IBD dr Romana Raić, UKC Banja Luka</p>
14.00-14.40	<p>Procjena komorbiditeta u dijabetesu Satelitski simpozijum Novo Nordisk - panel diskusija Doc. dr Ivona Risović, internista endokrinolog, UKC Banja Luka Dr. Nataša Filipović-Subotić, internista endokrinolog</p>
14.40-15.10	<p>Menadžment HBB kod pacijenata sa DM tip 2 Prim. dr sci. Draško Kuprešak, Dom zdravlja Čelinac</p> <p>Algoritam za rano otkrivanje i praćenje liječenja HBB kod pacijenata sa DM tip 2 Prof. dr Suzana Savić, Dom zdravlja Banja Luka, Katedra Porodične medicine Medicinski Fakultet Banja Luka</p> <p>Finerenon - novi pristup u tretmanu HBB kod pacijenata sa DM tip 2 Prof. dr Grujičić Milorad, UKC Banja Luka</p>
15.10-15.40	<p>Pauza za ručak</p>
15.40-16.20	<p>Panel: Mladi doktori u PZZ - Ima li perspektive u porodičnoj medicini moderatori: Sandra Kember, Prim dr sci. Draško Kuprešak</p>
16.20-16.40	<p>Povezanost mjerenja faktora rizika za metabolički sindrom i bolovanja: Uloga ljekara opšte medicine Prim dr Snežana Knežević, Akademija strukovnih studija Politehnika, Katedra za medicinske nauke, Beograd dr Marijana Jandrić-Kočić, Dom zdravlja Krupa na Uni</p>
19.30-20.30	<p>Pozorišna predstava "Idiot" Studentsko pozorište Banja Luka</p>

sala Bosna

radno predsjedništvo: dr Atijas Danijel, dr Marijana Radanović- Knežević, Prim. dr Željka Popović, dr Andrea Tomić

08.30-08.50	Uticaj starosti i trajanja dijabetesa na razvoj dijabetesne neuropatije dr Ružica Simić (specijalizant porodične medicine), Dom zdravlja Ugljevik dr Jelena Matović, Dom zdravlja Foča
08.50-09.10	Menadžment nekomplikovanog cistitisa na nivou primarne zdravstvene zaštite dr med. Srđan Kovačević, UKC Republike Srpske
09.10-09.30	Šta se krije iza R50? Kako liječimo pacijente sa povišenom tjelesnom temperaturom? dr Ljiljana Salata, Bolnica dr Abdulah Nakaš, Sarajevo
09.30-09.50	Nasilje u porodici – zlostavljanje žena, djece i ugroženih kategorija Prim. dr Danijela Atijas, JZU Dom zdravlja Dobož Prof. dr Suzana Savić, JZU Dom zdravlja Banja Luka, Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci Prim. dr sci. Draško Kuprešak, JZU Dom zdravlja Čelinac
09.50-10.10	Tranzientna jetrena elastografija u eri neinvazivnih dijagnostičkih procedura: senzitivnost i primjena u praksi dr Goran Bokan, dr Lana Mandić UKC Republike Srpske
10.10-10.30	Diferencijalna dijagnoza digitorektalnim pregledom palpabilnih tumefakcija dr Lana Mandić, dr Goran Bokan UKC Republike Srpske
10.30-11.00	Kafe pauza
11.00-11.20	Značaj vitamina D u Hašimotovom tiroiditisu dr Milijana Špikić, specijalizant porodične medicine, JZU Dom zdravlja Glamoč dr Sonja Anić, specijalizant porodične medicine, JZU Dom zdravlja Stanari Prof. dr Kosana Stanetić, Prof. dr Suzana Savić, Prof. dr Verica Petrović JZU Dom zdravlja Banja Luka, Univerzitet u Banjoj Luci, Medicinski Fakultet
11.20-11.50	Tretman hroničnih rana dr Andrea Bilić, specijalista porodične medicine, Dom zdravlja Mostar
11.50-12.10	Simpozijum kompanija Inpharm Snaga Sinosun-a u borbi protiv sinuzitisa doc. dr Mladen Duronjić, UKC Banja Luka
12.10-12.30	Uticaj srijemuša na zdravlje i biološka inovacija – kapsule od liofiliziranog srijemuša dr Momika Jelača, Jelena Pušac Bročilović, Dubravka Aničić Herbalpharm Banja Luka
12.30-12.50	Trostruka snaga biljaka za tretman cistitisa magistra Vanja Arifović, Alpen Pharma BiH
12.50-13.10	Štetnost duvanskog dima - ima li alternativa? Prof. dr Suzana Savić, Dom zdravlja Banja Luka, Katedra Porodične medicine Medicinski Fakultet Banja Luka Prim. dr sc.i Draško Kuprešak, Dom zdravlja Čelinac

13.10-13.30	Uloga porodičnog ljekara u rješavanju hitnih oftalmoloških stanja dr Tatjana Grabovac, JZU Opšta bolnica „Sveti Apostol Luka“ Doboj dr Boris Baković, JZU bolnica Zvornik dr Dragan Spaić, Univerzitetska bolnica Foča dr Dijana Baković, JZU bolnica Zvornik Prof. dr Nada Avram, Univerzitetska bolnica Foča, Medicinski fakultet Foča
13.30-13.50	Postbiotici - prednost i značaju primjeni. Vitabiotik - prvi postbiotik u Evropi Prof. dr Antonija Verhaz, UKC Banja Luka
13.50-14.10	Fiksne kombinacije u terapiji hipertenzije: Od teorije do prakse Simpozijum Servier Prim. dr Željka Popović, Dom zdravlja Doboj
14.10-14.30	Prolongirana hematurija kod adolescenata – prikaz slučaja Dr Sonja Anič, JZU Dom zdravlja Stanari dr Milijana Špikić, JZU Dom zdravlja Glamoč Prof. dr Kosana Stanetić, Prof. dr Suzana Savić, Prof. dr Verica Petrović JZU Dom zdravlja Banja Luka, Univerzitet u Banjoj Luci, Medicinski Fakultet

sala Usora

11.00-12.30	Škola spirometrije I dio - Teorijski okvir dr Siniša Gajić, UKC Banja Luka Prim dr sci. Draško Kuprešak, Dom zdravlja Sveti Vračevi Čelinac
12.30-14.00	Škola spirometrije II dio – Praktični okvir dr Siniša Gajić, UKC Banja Luka Prim dr sci. Draško Kuprešak, Dom zdravlja Sveti Vračevi Čelinac
14.00-15.00	Škola spirometrije III dio – testiranje

VIP salon

12.00-15.00	Okrugli sto Finansiranje PZZ:Trezorski model poslovanja – Odgovor za budućnost ili znamo li kuda idemo? Učesnici: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske 2. Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske 3. Ministarstvo finansija Republike Srpske 4. Ministarstvo uprave i lokalne samouprave Republike Srpske 5. Savez gradova i opština Republike Srpske 6. Predstavnik doma zdravlja Višegrad 7. Predstavnik doma zdravlja Trebinje 8. Predstavnik doma zdravlja Prijedor 9. Udruženje doktora porodične medicine Republike Srpske 10. Načelnik/Gradonačelnik 11. Predstavnik Aktiva direktora Domova zdravlja
-------------	--

NEDJELJA 13.10.2024.

sala Dunav

08.30-11.30	Skupština Udruženja
12.00	Zatvaranje Konferencije i podjela sertifikata

SADRŽAJ:

ALGORITAM ZA RANO OTKRIVANJE I PRAĆENJE LIJEČENJA HRONIČNE BUBREŽNE BOLESTI KOD BOLESNIKA SA DIJABETESOM TIPA _____ 13

¹Prof. dr Suzana Savić, ²dr sc. med. Draško Kuprešak

¹JZU Dom zdravlja Banja Luka, Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci,

² JZU Dom zdravlja Čelinac

KARCINOM PLUĆA - KLJUČ U RANOM OTKRIVANJU BOLESTI _____ 17

¹Prof. dr Mirko Stanetić

¹Pulmološka klinika UKC Banja Luka, Medicinski fakultet Univerziteta u Banjoj

Luci

MENADŽMENT NEKOMPLIKOVANOG CISTITISA NA NIVOU PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE _____ 19

¹Dr Srđan Kovačević, ²prof. dr Suzana Savić

¹Klinika za urologiju Univerzitetski klinički centar Republike Srpske,

²JZU Dom zdravlja Banja Luka, Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci,

ZNAČAJ VITAMINA D U HAŠIMOTOVOM TIROIDITISU _____ 30

dr Milijana Špikić¹ (specijalizant porodične medicine), dr Sonja Anić² (specijalizant porodične medicine), prof. dr Kosana Stanetić^{3,4}, prof. dr Suzana Savić^{3,4}, prof. dr Verica Petrović^{3,4}

¹ JZU Dom zdravlja Glamoč, ² JZU Dom zdravlja Stanari, ³ JZU Dom zdravlja Banja Luka, ⁴ Univerzitet u Banjoj Luci, Medicinski Fakultet Banja Luka

PROLONGIRANA HEMATURIJA KOD ADOLESCENATA – PRIKAZ SLUČAJA _____ 41

Dr Sonja Anić¹, dr Milijana Špikić², prof. dr Kosana Stanetić^{3,4}, prof. dr Suzana Savić^{3,4} Prof. dr Verica Petrović^{3,4}

¹JZU Dom zdravlja Stanari, ²JZU Dom zdravlja Glamoč, ³JZU Dom zdravlja Banja Luka, ⁴Medicinski fakultet, univerzitet u Banjoj Luci

**NASILJE U PORODICI – ZLOSTAVLJANJE ŽENA, DJECE I UGROŽENIH
KATEGORIJA _____ 49**

¹Prim dr Danijela Atijas, ²prof. dr Suzana Savić, ³dr sc. med. Draško Kuprešak,

¹JZU Dom zdravlja Doboj, ²JZU Dom zdravlja Banja Luka, Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci, ³JZU Dom zdravlja Čelinac

**ULOGA PORODIČNOG LIJEKARA U RJEŠAVANJU HITNIH
OFTALMOLOŠKIH STANJA _____ 52**

Dr Tatjana Grabovac ¹, dr Boris Baković², dr Dragan Spaić³, dr Dijana Baković², prof. dr Nada Avram^{3,4}

¹JZU Opšta bolnica „Sveti Apostol Luka“ Doboj, ²JZU bolnica Zvornik, ³Univerzitetska bolnica Foča, ⁴Medicinski fakultet Foča

**UTICAJ STAROSTI I TRAJANJA DIJABETESA NA RAZVOJ DIJABETESNE
NEUROPATIJE _____ 54**

¹Dr Ružica Simić (specijalizant porodične medicine), ²dr Jelena Matović

¹Dom zdravlja Ugljevik, ²Dom zdravlja Foča

**TRANZIENTNA JETRENA ELASTOGRAFIJA U ERI NEINVAZIVNIH
DIJAGNOSTIČKIH PROCEDURA: SENZITIVNOST I PRIMJENA U PRAKSI___ 56**

Dr Goran Bokan¹, dr Lana Mandić¹

¹Odjeljenje gastroenterologije i hepatologije, Univerzitetski klinički centar Republike Srpske, Banja Luka

**POVEZANOST MERENJA FAKTORA RIZIKA ZA METABOLIČKI SINDROM I
BOLOVANJA: ULOGA LEKARA OPŠTE MEDICINE _____ 58**

Prim. dr Snežana Knežević¹, dr Marijana Jandrić-Kočić²

¹Akademija strukovnih studija Politehnika, Katedra za medicinske nauke, Beograd, ²Dom zdravlja Krupa na Uni, Krupa na Uni

ZATAJIVANJE SRCA I KAKO DALJE _____ 60

Dr Dijana Trninić

Kardiološka klinika UKC Banja Luka

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA DIGITOREKTALNIM PREGLEDOM
PALPABILNIH TUMEFAKCIJA _____ 62

Dr Lana Mandić¹, dr Goran Bokan¹.

*¹Odjeljenje gastroenterologije i hepatologije, Univerziteti klinički centar
Republike Srpske, Banja Luka*

ŠTA SE KRIJE IZA R50 I KAKO LIJEČIMO NAŠE PACIJENTE SA
POVIŠENOM TJELESNOM TEMPERATUROM? _____ 64

¹Dr Salata Ljiljana, specijalista infektologije

¹Opća bolnica Prim. Dr Abudlah Nakaš Sarajevo

ALGORITAM ZA RANO OTKRIVANJE I PRAĆENJE LIJEČENJA HRONIČNE BUBREŽNE BOLESTI KOD BOLESNIKA SA DIJABETES MELITUSOM TIP 2

¹Prof. dr Suzana Savić, ²dr sc. med. Draško Kuprešak

¹JZU Dom zdravlja Banja Luka, Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci,

²JZU Dom zdravlja Čelinac

Uvod: Hronična bubrežna bolest (HBB) i diabetes mellitus (DM) tip 2 su tihe progresivne bolesti koje ostaju neprepoznate i neliječene. Upravo iz tog razloga imamo ogroman broj pacijenata sa T2D i HBB. Procjenjuje se da je ta brojka, na globalnom nivou, 190 miliona pacijenata sa tendencijom rasta, što je zaista zabrinjavajuće. Prema podacima iz literature pacijenti sa dijabetesom tipa 2 često posjete nefrologa, tek kada HBB značajno progredira. Najveći teret rane detekcije bubrežnih oboljenja kod pacijenata sa T2D je na doktorima porodične medicine.

Cilj: Da bi ljekari u Republici Srpskoj imali jedinstven pristup kada su u pitanju pacijenti sa T2D i HBB, radna grupa u sastavu nefrolog, kardiolog, endokrinolog i doktor porodične medicine, nakon analiziranja aktuelne literature i vodiča stručnih udruženja, razvila je *“Algoritam za rano otkrivanje i praćenje liječenja hronične bubrežne bolesti kod bolesnika sa dijabetesom tip 2”*. Jedan od značajnih ciljeva ovog algoritma je da apelujemo na doktore porodične medicine da sprovedu skrining na ranu detekciju hronične bolesti bubrega kod svih pacijenata sa dijabetesom tipa 2.

Metode: Kod svakog pacijenta koji ima dijabetes tip 2 treba da sprovedemo skrining na hroničnu bubrežnu bolest tako što ćemo procjeniti eGFR i albuminuriju tj. odnos albumina i kreatinina u urinu koristeći UACR test. Ako je uredna glomerularna filtracija (eGFR), dakle veća od 60 ml/min i UACR manji od 30 mg/g odnosno 3 mg/mmol, u zavisnosti koje mjerne jedinice

koristimo, nalaz je negativan i preporuka je po algoritmu provjeriti pretrage kroz godinu dana. Ako je procijenjena eGFR manja od 60 ml/min i/ili UACR 3 mg/mmol odnosno 30 mg/g ili veći to smatramo pozitivnim nalazom. Što je vrijednost UACR testa veća pacijent je u većem riziku kako za kardiovaskularni morbiditet i mortalitet, tako i za bubrežno popuštanje i hemodijalizu. Ono što je ako jako važno, u većini slučajeva, albuminurija prethodi padu glomerularne filtracije, dakle prije ćemo detektovati albuminuriju nego pad eGFR. Uz normalnu glomerularnu filtraciju prisutnost albuminurije je povezana s lošim kardiovaskularnim i bubrežnim ishodima. Kada dobijemo pozitivan nalaz unutar tri mjeseca (dakle uradimo ponovo UACR unutar 3 mjeseca) i onda možemo potvrditi da taj pacijent uz DM tip 2 ima i HBB.

Ukoliko je nakon uzimanja prvog jutarnjeg urina vrijednost UACR bila veća od 70 mg/mmol, nalaz nije potrebno ponavljati unutar 3 mjeseca za potvrdu HBB. Važno je napomenuti da se UACR ne određuje kod: *infekcija ili upalnih procesa, povišene tjelesne temperature, intenzivne fizičke aktivnosti (24 sata prije uzimanja uzorka)*. Takođe pri tumačenju nalaza u obzir uzeti: *pušenje, nekontrolisanu hipertenziju, kongestivno zatajenje srca i ostala stanja (npr. ortostatska proteinurija)*. Pacijenta nakon potvrđene HBB je potrebno kategorizirati na težinu HBB tj. staviti u neku od dole navedenih kućica, s tim da se kućice kategoriziraju procjenom glomerularne filtracije i albuminurije (slika 1).

Glomerularna filtracija je kategorizirana od G1 do G5. Većina naših doktora zna da eGFR manja od 60 definiše HBB i što je niža eGFR to je stadij HBB teži.

Međutim šta je sa albuminurijom? Koja je to vrijednost? To je 30mg/g ili 3mg/mmol (zavisno koje mjerne jedinice koristimo) i više, a prema albuminuriji imamo kategorije A1, A2, A3.

Različite su boje (slika 2): Zelena skupina još nema albuminuriju i ima urednu funkciju bubrega i takve pacijente kontrolišemo, radimo skrining i oni su u domenu doktora porodične medicine; Svi ostali žuti, narandžasti i crveni su oni koje treba liječiti i svakako uputiti nefrologu. Kad kažemo liječiti mislimo

na farmakološke mjere u cilju stabilizacije eGFR i sniženja albuminurije tj. da spriječimo da dođe do pogoršanja HBB i kardiovaskularnog rizika. Brojevi znače preporučeni broj pregleda tokom godine kod ovih bolesnika.

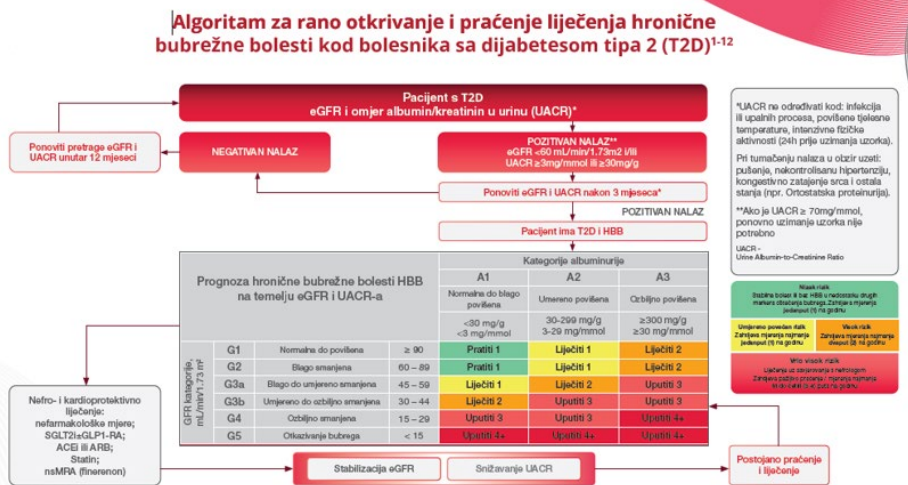
Kategorije eGFR (ml/min/1.73m ²)	G1	Normalna ili povišena	≥ 90
	G2	Blago snižena	60 – 89
	G3a	Blago do umjereno snižena	45 – 59
	G3b	Umjereno do jako snižena	30 – 44
	G4	Jako snižena	15 – 29
	G5	Otkazivanje bubrega	< 15

Kategorije albuminurije (UACR mg/mmol [†] ili mg/g [†])		
A1	A2	A3
normalna do blago povišena	umjereno povišena	ozbiljno povišena
< 3 mg/mmol < 30 mg/g	3 – 29 mg/mmol 30 – 299 mg/g	≥ 30 mg/mmol ≥ 300 mg/g

eGFR

UACR

Slika 1. Kategorizacija glomerularne filtracije i albuminurije



Slika 2. Algoritam za rano otkrivanje i praćenje liječenja hronične bubrežne bolesti kod bolesnika sa dijabetes melitusom tip 2

Zaključak: Ovo kategoriziranje pacijenta sa HBB prema albuminuriji i GFR je jako važno kako za liječenje tako i za dalje praćenje pacijenata. Primjenom ovog algoritma mi u porodičnoj medicini imamo priliku da preveniramo progresiju HBB i iskoristimo nove tretmanske opcije. Upotrebom medikamentne terapije (finerenona) možemo uticati na smanjenje progresije bubrenog propadanja, ali i na smanjenje KV događaja.

Ključne riječi: *Hronična bubrežna bolest, diabetes mellitus typ 2, albuminurija, UACR, algoritam*

KARCINOM PLUĆA - KLJUČ U RANOM OTKRIVANJU BOLESTI

¹Prof. dr Mirko Stanetić

¹Pulmološka klinika UKC Banja Luka, Medicinski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci

Na osnovu podataka iz GLOBOCAN-a, 2022. godine, ukupan broj novooboljelih od karcinoma pluća u BiH je bio 2436. U muškoj populaciji je vodeći uzrok obolijevanja i smrtnosti, dok u ženskoj populaciji zauzima drugo mjesto, odmah poslije malignih oboljenja dojke, sa tendencijom povećanja broja. Karcinom pluća godišnje odnese više života nego četiri sledeća najčešća karcinoma zajedno (karcinom dojke, prostate, kolona i gušterače). Sa obzirom na posljednji popis stanovnika, u Republici Srpskoj je očekivati oko 800 novootkrivenih bolesnika.

Rano otkrivanje bolesti nije uspješno, jer se simptomi često javljaju tek kod uznapredovale bolesti. Stopa petogodišnjeg preživljavanja za pacijente sa uznapredovalim karcinomom pluća je loša i drastično opada sa povećanjem stadijuma bolesti. Budući da se većini pacijenata dijagnoza postavi kada je bolest već u uznapredovalom stadijumu (90%), očekivana stopa petogodišnjeg preživljavanja za pacijente koji imaju karcinom pluća je izuzetno mala. Još nema sistema odgovarajućeg skrininga za rano otkrivanje bolesti, u kojem će i kada se uspostavi, ključna uloga biti doktora porodične medicine.

Simptomi i znaci karcinoma pluća zavise od lokalizacije, veličine, postojanja udaljenih metastaza i sistemskih manifestacija (paraneoplastični sindromi). Centralno lokalizovani tumori (lokalizovani u krupnim disajnim putevima) obično su praćeni suvim neproduktivnim kašljem, povremenim iskašljavanjem krvi, osjećajem nedostatka daha zbog opstrukcije u magistralnim disajnim putevima, "sviranjem u grudima". Tumore periferne lokalizacije prati kašalj,

dispneja, bol. Ponavljajuće pneumonije na istom mjestu, rast dojki, promjena boje kože, paraliza glasnica, depresija, poremećaji gutanja, takođe mogu biti simptomi bolesnika sa karcinomom pluća. Niti jedan od navedenih simptoma nije specifičan, zbog čega je potrebno istaći ulogu porodičnog ljekara na pravovremenom prepoznavanju simptoma.

Ključne riječi: *karcinom pluća, skrining, stadijumi bolesti*

MENADŽMENT NEKOMPLIKOVANOG CISTITISA NA NIVOU PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

¹Dr Srđan Kovačević, ²prof. dr sc. med. Suzana Savić

¹Klinika za urologiju Univerzitetski klinički centar Republike Srpske

²Dom zdravlja Banja Luka, Medicinski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci, Katedra Porodične medicine

Uvod: Akutni nekomplikovani cistitis se definiše kao akutno zapaljenje mokraćne bešike, sporadično, ili kao cistitis koji se ponavlja, u odsustvu komorbiditeta ili poznatih anatomskih i funkcionalnih abnormalnosti urinarnog trakta. Gotovo polovina žena tokom svog života doživi najmanje jednu epizodu cistitisa, a svaka treća žena ima najmanje jednu epizodu cistitisa do 24. godine života. Faktori rizika uključuju seksualni odnos, upotrebu spermicida, promjenu seksualnog partnera, podatak u ličnoj anamneze o infekcijama mokraćnih puteva u djetinjstvu, ili podatak o hereditarnoj istoriji bolesti. Cistitis kod muškaraca bez zahvatanja prostate je rijedak i treba ga klasifikovati kao komplikovanu urinarnu infekcija. Najčešći uzročnik cistitisa je *E. coli*, te *Staphylococcus saprophyticus*. Rijetki prouzrokovani nekomplikovanih infekcija su *Proteus mirabilis*, *Klebsiella sp*, *Enterobacter*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus sp*, kao i gljivice. Akutni cistitis se najčešće klinički ispoljava dizuričnim tegobama, mikcionim urgencijama, pojavom krvi u mokraći (hematurija), osjećajem nelagodnosti u donjem dijelu abdomena ili suprapubičnim bolom. Akutni nekomplikovani cistitis je benignog toka, ali simptomatologija značajno remeti kvalitet života oboljelog. Dijagnoza akutnog nekomplikovanog cistitisa se najčešće postavlja na osnovu prisustva tri ili više simptoma koji potiču od donjeg dijela urinarnog trakta, a u odsustvu vaginalne sekrecije ili bola. Opšti fizičko-hemijski pregled urina, te urinokultura ne omogućavaju tačniju dijagnozu kod bolesnika sa jasnom kliničkom slikom cistitisa i nisu neophodni. Urinokultura

je indikovana kada dijagnoza akutnog nekomplikovanog cistitis nije jasna na osnovu anamneze i pregleda, kada se radi o perzistiranju simptoma, ranom povratku infekcije, u slučaju sumnje na rezistentnu infekciju ili kada su terapijske mogućnosti ograničene zbog prisustva rezistencije na antimikrobnu terapiju. Na osnovu kliničke slike može se započeti empirijsko liječenje, a lijekovi prvog izbora za terapiju nekomplikovanog cistitisa (tabela 1) su *fosfomicin trometamol*, *nitrofurantoin* ili *pivmecilinam*, uz ostalu simptomatsku i profilaktičku terapiju (npr. *ibuprofen*, *fitoterapija*), te preventivne mjere.

Tabela 1. Predloženi režim antimikrobne terapije kod akutnog nekomplikovanog cistitisa¹:

Antibiotik	Dnevna doza	Trajanje terapije	Komentar
Prve linije - žene			
<i>Fosfomicin trometamol</i>	3 g jednom dnevno	1 dan	<i>Preporučuje se samo ženama sa ekomplikovanim cistitisom</i>
<i>Nitrofurantoin macrocrystal</i>	50 – 100 mg 4 puta dnevno	5 dana	
<i>Nitrofurantoin monohydrate /macrocrystal</i>	100 mg 2 puta dnevno	5 dana	

¹ G. Bonkat (Chair), R. Bartoletti, F. Bruyère, T. Cai, S.E. Geerlings, B. Köves, J. Kranz, S. Schubert, A. Pilatz, R. Veeratterapillay, F. Wagenlehner Guidelines Associates: K. Bausch, W. Devlies, J. Horváth, L. Leitner, G. Mantica, T. Mezei. EAU Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology. 2024.

Проф. др Нада Димковић. Превенција и лечење некомплицованих инфекција мокраћних путева. НАЦИОНАЛНИ ВОДИЧ ДОБРЕ КЛИНИЧКЕ ПРАКСЕ, Министарство здравља Републике Србије. Београд; 2022.

<i>Nitrofurantoin macrocrystal – produženo oslobađanje</i>	100 mg 2 puta dnevno	5 dana	
<i>Pivmecillinam</i>	400 mg 3 puta dnevno	3 – 5 dana	
Alternativna terapija			
<i>Cefalosporini (npr. Cefadroxil)</i>	500 mg 2 puta dnevno	3 dana	<i>Ili uporediva terapija</i>
Ako je rezistencija na <i>E. Coli</i> < 20%			
<i>Trimethoprim</i>	200 mg 2 puta dnevno	5 dana	<i>Ne u prvom trimestru trudnoće</i>
<i>Trimethoprim - sulfamethoxazol</i>	160/800 mg 2 puta dnevno	3 dana	<i>Ne u posljednjem trimestru trudnoće</i>
Liječenje muškaraca			
<i>Trimethoprim - sulfamethoxazol</i>	160/800 mg 2 puta dnevno	7 dana	<i>Ograničeni na muškarce, fluorohinoloni se takođe mogu propisati u skladu sa lokalnim testiranjem osjetljivosti.</i>

Cilj:

- Definirati nekomplikovani cistitis u sklopu infekcija urinarnog trakta, kao jedna od najučestalijih oboljenja kod pacijenata na primarnom nivou zdravstvene zaštite.
- Pojasniti kliničku sliku, ali i značaj ljekara porodične medicine u prepoznavanju, adekvatnom dijagnostikovanju i diferenciranju ovog

oboljenja u odnosu na druge entitete iz spektra oboljenja genito-urinarnog trakta.

- Prezentovati ulogu ljekara porodične medicine u inicijalnom prepoznavanju i tretmanu ovog oboljenja, te jasno diferencijalno-dijagnostički definisati indikaciona područja za upućivanje bolesnika na sekundarni i/ili tercijarni nivo zdravstvene zaštite, ali i daljem kontinuiranom praćenju ovih pacijenata.
- Prezentovati ulogu ljekara porodične medicine u detekciji simptomatologije nekomplikovanog cistitisa u svakodnevnom kliničkom radu i način terapijskog zbrinjavanja oboljelih, uz dalju korespondenciju sa specijalistima viših referentnih nivoa zdravstvene zaštite.
- Istaći važnost timskog rada i stalne komunikacije primarnog, sekundarnog i tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite kada se govori o brizi i tretmanu pacijenata sa ovom problematikom.

Metodologija: Praćenjem savremenih stavova smjernica Evropskog udruženja urologa, nacionalnih vodiča za prevenciju i liječenje urinarnih infekcija, pregledom meta-analiza i referentnih studija iz ove oblasti prikazali smo relevantne preporuke u dijagnostici i liječenju nekomplikovanog cistitisa sa aspekta značaja prepoznavanja na nivou primarne zdravstvene zaštite. Pretraživanjem i analizom navedenog skupljena su dovoljna saznanja o temi koja je opisana u ovom radu.

Zaključak: Adekvatno prepoznavanje ove patologije, koje obuhvata dobro uzetu anamnezu, fizikalni pregled pacijenta, relevantnu dijagnostiku, diferencijalno-dijagnostičku distinkciju ovog entiteta u odnosu na ostale entitete iz širokog spektra infekcija uro-genitalnog trakta predstavlja osnovu za postavljanje dijagnoze nekomplikovanog cistitisa, te sljedstveno pravovremen i optimalan odabir modaliteta liječenja. Praćenje i primjena savremenih preporuka iz vodiča za liječenje urinarnih infekcija, u prvom redu vodiča Evropskog udruženja urologa, kao i nacionalnih vodiča dobre kliničke prakse za liječenje urinarnih infekcija doprinosi primjeni adekvatnih dijagnostičkih modaliteta, potentnom liječenju pacijenata, smanjenju broja i

težine komplikacija, kao i sprečavanju rekurencije infekcija. Liječenje nekomplikovanog cistitisa spada u djelokrug rada specijaliste porodične medicine, interniste i/ili nefrologa, urologa i infektologa, te kao takvo iziskuje timsku simbiozu i korespondenciju specijalista sa različitih referentnih nivoa zdravstvene zaštite. Primarna zdravstvena zaštita predstavlja presudan element u detekciji, ranoj dijagnozi i liječenju nekomplikovanog cistitisa kao i terapijsko-edukacijskoj korelaciji sa specijalistima drugih zdravstvenih disciplina.

Ključne riječi: *nekomlikovani cistitis, dijagnoza, liječenje, prevencija, primarna zdravstvena zaštita*

ABSTRACT

Introduction: Acute uncomplicated cystitis is defined as acute inflammation of the urinary bladder, sporadically, or as recurring cystitis, in the absence of comorbidities or known anatomical and functional abnormalities of the urinary tract. Almost half of women experience at least one episode of cystitis during their lifetime, and every third woman has at least one episode of cystitis by the age of 24. Risk factors include sexual intercourse, use of spermicides, change of sexual partner, personal history of urinary tract infections in childhood, or hereditary disease history. Cystitis in men without prostate involvement is rare and should be classified as a complicated urinary infection. The most common cause of cystitis is *E. coli* and *Staphylococcus saprophyticus*. Rare causes of uncomplicated infections are *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* sp, *Enterobacter*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus* sp, as well as fungi. Acute cystitis is most often clinically manifested by dysuric complaints, micturition urgencies, the appearance of blood in the urine (hematuria), discomfort in the lower abdomen or suprapubic pain. Acute uncomplicated cystitis has a benign course, but the symptoms significantly disturb the patient's quality of life. The diagnosis of acute uncomplicated cystitis is most often based on the presence of three or more symptoms originating from the lower part of the urinary tract, and in the absence of vaginal discharge or pain. General physico-chemical examination of urine and urine culture do not enable a more accurate diagnosis in patients with a clear clinical picture of cystitis and are not necessary. Urine culture is indicated when the diagnosis of acute uncomplicated cystitis is not clear based on history and examination, when symptoms persist, early return of infection, in case of suspected resistant infection or when therapeutic options are limited due to the presence of resistance to antimicrobial therapy. Empiric treatment can be started based on the clinical picture, and the drugs of first choice for the treatment of uncomplicated cystitis (table 1) are fosfomicin trometamol, nitrofurantoin and pivmecillinam, along with other symptomatic and prophylactic therapy (e.g. ibuprofen, phytotherapy), and preventive measures.

Table 1. Suggested regimens for antimicrobial therapy in uncomplicated cystitis:²

Antimicrobial	Daily dose	Duration of therapy	Comments
First-line women			
Fosfomycin trometamol	3 g SD	1 day	Recommended only in women with uncomplicated cystitis.
Nitrofurantoin macrocrystal	50-100 mg four times a day	5 days	
Nitrofurantoin monohydrate/ macrocrystals	100 mg b.i.d	5 days	
Nitrofurantoin macrocrystal prolonged release	100 mg b.i.d	5 days	
Pivmecillinam	400 mg t.i.d	3-5 days	
Alternatives			
Cephalosporins (e.g. cefadroxil)	500 mg b.i.d	3 days	Or comparable
If the local resistance pattern for E. coli is < 20%			
Trimethoprim	200 mg b.i.d	5 days	Not in the first trimenon of pregnancy
Trimethoprim-sulfamethoxazole	160/800 mg b.i.d	3 days	Not in the last trimenon of pregnancy
Treatment in men			
Trimethoprim-sulfamethoxazole	160/800 mg b.i.d	7 days	Restricted to men, fluoroquinolones can also be prescribed in accordance with local susceptibility testing.

SD = single dose; b.i.d = twice daily; t.i.d = three times daily.

Objective:

- To define uncomplicated cystitis as part of urinary tract infections, as one of the most frequent diseases in patients who appear at the primary level of health care.
- Explain the clinical picture, but also the importance of family medicine doctors in recognizing, adequately diagnosing and differentiating this

² G. Bonkat (Chair), R. Bartoletti, F. Bruyère, T. Cai, S.E. Geerlings, B. Köves, J. Kranz, S. Schubert, A. Pilatz, R. Veeratterapillay, F. Wagenlehner Guidelines Associates: K. Bausch, W. Devlies, J. Horváth, L. Leitner, G. Mantica, T. Mezei. EAU Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology. 2024.

disease in relation to other entities from the spectrum of diseases of the genitourinary tract.

- To present the role of family medicine doctors in the initial recognition and treatment of this disease, and to clearly define the differential-diagnostic indication areas for referring patients to the secondary and/or tertiary level of health care, but also for the continuous monitoring of such patients.
- To present the role of family medicine doctors in the detection of symptoms of uncomplicated cystitis in daily clinical work and the method of therapeutic treatment of patients, with further correspondence with specialists of higher reference levels of health care.
- Emphasize the importance of teamwork and constant communication of the primary, secondary and tertiary levels of health care when talking about the care and treatment of patients with this problem.

Methodology: By following the modern guidelines of the European Association of Urologists, national guidelines for the prevention and treatment of urinary infections, reviewing meta-analyses and reference studies in this area, we presented relevant recommendations in the diagnosis and treatment of uncomplicated cystitis from the aspect of the importance of recognition at the level of primary health care. By searching and analyzing the above, sufficient knowledge was gathered about the topic described in this paper.

Conclusion: Adequate recognition of this pathology, which requires a well-taken anamnesis, physical examination of the patient, relevant diagnostics, differential-diagnostic distinction of this entity in relation to other entities from a wide spectrum of infections of the urogenital tract, represent the basis for establishing an adequate diagnosis of uncomplicated cystitis, and consequently timely and adequate selection of treatment modality. Monitoring and application of modern recommendations from the guidelines for the treatment of urinary infections, primarily the guidelines of the European Association of Urologists, as well as the national guidelines of good

clinical practice for the treatment of urinary infections contribute to the application of adequate diagnostic modalities, potent treatment of patients, reduction of the number and severity of complications, as well as prevention recurrence of infections. The treatment of uncomplicated cystitis falls within the scope of work of family medicine specialists, internists and/or nephrologists, urologists and infectious disease specialists, and as such requires team symbiosis and correspondence between specialists from different reference levels of health care. Primary health care is a crucial element in the detection, early diagnosis and treatment of uncomplicated cystitis, as well as therapeutic-educational correlation with specialists in other health disciplines.

Key words: *uncomplicated cystitis, diagnosis, treatment, prevention, primary health care*

LITERATURA:

1. G. Bonkat (Chair), R. Bartoletti, F. Bruyère, T. Cai, S.E. Geerlings, B. Köves, J. Kranz, S. Schubert, A. Pilatz, R. Veeratterapillay, F. Wagenlehner Guidelines Associates: K. Bausch, W. Devlies, J. Horváth, L. Leitner, G. Mantica, T. Mezei. EAU Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology. 2024.
2. Kaußner Y, Röver C, Heinz J, Hummers E, Debray TPA, Hay AD, Heytens S, Vik I, Little P, Moore M, Stuart B, Wagenlehner F, Kronenberg A, Ferry S, Monsen T, Lindbæk M, Friede T, Gágyor I.. Reducing antibiotic use in uncomplicated urinary tract infections in adult women: a systematic review and individual participant data meta-analysis. . Clin Microbiol Infect. decembar 2022.;
3. Naber KG, Tirán-Saucedo J, Wagenlehner FME; RECAP group.. Psychosocial burden of recurrent uncomplicated urinary tract infections. GMS Infect Dis. mart 2022.;
4. Anger J, Lee U, Ackerman AL, Chou R, Chughtai B, Clemens JQ. Recurrent Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: AUA/CUA/SUFU Guideline. J Urol. avgust 2019.;
5. Miller JM, Binnicker MJ, Campbell C, et al. A Guide to Utilization of the Microbiology Laboratory for Diagnosis of Infectious Diseases: 2018 Update by the Infectious Diseases Society of America and the American Society for Microbiology. Clin Infect Dis. 2018.;
6. Wagenlehner FM, Abramov-Sommariva D, Höller M, Steindl H, Naber KG.. Non-Antibiotic Herbal Therapy (BNO 1045) versus Antibiotic Therapy (Fosfomicin Trometamol) for the Treatment of Acute Lower Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: A Double-Blind, Parallel-Group, Randomized, Multicentre, Non-Inferiority Phase III Trial. Urol Int. septembar 2018.;

7. Kronenberg A, Bütikofer L, Odutayo A, Mühlemann K, da Costa BR, Battaglia M, Meli DN, Frey P, Limacher A, Reichenbach S, Jüni P.. Symptomatic treatment of uncomplicated lower urinary tract infections in the ambulatory setting: randomised, double blind trial. BMJ. novembar 2017.;
8. van Buul LW, Vreeken HL, Bradley SF, Crnich CJ, Drinka PJ, Geerlings SE, Jump RLP, Mody L, Mylotte JJ, Loeb M, Nace DA, Nicolle LE, Sloane PD, Stuart RL, Sundvall PD, Ulleryd P, Veenhuizen RB, Hertogh CPM.. The Development of a Decision Tool for the Empiric Treatment of Suspected Urinary Tract Infection in Frail Older Adults: A Delphi Consensus Procedure. J Am Med Dir Assoc. septembar 2018.;
9. Проф. др Нада Димковић. Превенција и лечење некомплицованих инфекција мокраћних путева. НАЦИОНАЛНИ ВОДИЧ ДОБРЕ КЛИНИЧКЕ ПРАКСЕ, Министарство здравља Републике Србије. Beograd; 2022.
10. Prof. dr Svjetlana Stoisavljević-Šatara, prim. dr Rajna Tepić, doc. dr Milan Žigić. Bolesti mokraćno-polnog sistema. Klinički vodiči za primarnu zdravstvenu zaštitu, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Banja Luka; 2004.
11. Akademik prof. dr Snježana Milićević. Urgentna stanja u urologiji. Banja Luka; 2016.

ZNAČAJ VITAMINA D U HAŠIMOTOVOM TIROIDITISU

Dr Milijana Špikić¹ (specijalizant porodične medicine), dr Sonja Anić² (specijalizant porodične medicine), prof. dr Kosana Stanetić^{3,4}, prof. dr Suzana Savić^{3,4}, prof. dr Verica Petrović^{3,4}.

¹ JZU Dom zdravlja Glamoč

² JZU Dom zdravlja Stanari

³ JZU Dom zdravlja Banja Luka

⁴ Univerzitet u Banjoj Luci, Medicinski Fakultet Banja Luka

Uvod: Ključna uloga vitamina D u metabolizmu kalcija i na zdravlje kostiju je dobro poznata u medicini. Također, do danas je objavljeno mnogo istraživanja o imunomodulatornom djelovanju vitamina D i njegovom utjecaju na razvoj autoimunih oboljenja. Zavisno o izloženosti Sunčevom zračenju, posljedično, o nivou vitamina D u organizmu, u nekim dijelovima svijeta izraženija povezanost autoimunih bolesti kao što su reumatoidni artritis, sistemski lupus, multiple skleroze i šećerne bolesti tip I. Nizak nivo vitamina D povezan je sa većim rizikom za razvoj Hašimotovog tiroiditisa, većim titrom antitijela štitne žlijezde, a utiče i na liječenje sa blagotvornim efektom koji se postiže uvođenjem suplementacije vitaminom D. Svijest o značaju vitamina D u bolestima štitne žlijezde može modifikovati strategiju liječenja u ovih pacijenata.

Cilj: Ukazati na ulogu vitamina D u razvoju autoimunih bolesti štitne žlijezde, kao i terapijski učinak suplementacije vitamina D u tim bolestima.

Rezultati: Većina studija je otkrila da postoji povezanost između niskog nivoa vitamina D i povećanog rizika od autoimunih oboljenja štitne žlijezde te da je nedostatak vitamina D čest kod pacijenata sa Hašimotovim tiroiditisom što upućuje na vjerovatnu ulogu u njegovom razvoju. Suplementacija vitaminom D kod pacijenata sa Hašimotovim tiroiditisom može poboljšati liječenje.

Ključne riječi: vitamin D, Hašimotov tiroiditis, štitna žlijezda.

VITAMIN D

Vitamin D je jedan od vitamina koji se topi u mastima, ne topi u vodi. Sintetiše se u koži pod uticajem sunčeve svjetlosti, a može se apsorbovati iz hrane. Najviše ga ima u ribljem ulju i ribljem mesu, mlijeku i mliječnim proizvodima, kvascu i jetri.¹

Vitamin D ima dva glavna oblika: D2 (ergokalciferol) i D3 (holekalciferol).

Koža iz holesterola pod uticajem UVB zraka proizvodi D3 – holekalciferol - osnovnu formu D3 vitamina. Taj D3 se u jetri transformiše u kalciferol - 25(OH)D3. Zatim se u bubrezima pretvara u aktivnu formu D3 vitamina - 1,25(OH)2D3 - kalcitriol.²

Vitamin D2 (ergokalciferol) se dobija iz prehrambenih izvora, ali i iz dodataka prehrani. Zdrava jetra i bubrezi neophodni su za stvaranje aktivnog oblika vitamina D u organizmu koji svoje djelovanje ostvaruje vezujući se na receptore vitamina D (VDR).³

VITAMIN D U AUTOIMUNIM OBOLJENJIMA ŠTITNE ŽLIJEZDE

Vitamin D ima ključnu ulogu u održavanju zdravlja organizma, a skoro svaka druga osoba, pogotovo pacijenti sa oboljenjem štitne žlijezde imaju deficit vitamina D.

Svoju ulogu vitamin D ispoljava vezujući se za receptore koji se nalaze u mnogim tkivima i organima i preko njih utiče na funkcije kao što su koštani metabolizam, ćelijski rast, imunitet i druge. Zbog toga je ovaj vitamin važan u prevenciji upale, infekcije i autoimunih bolesti. Manjak vitamina D povećava rizik od bolesti (mišićno - koštanih, srca i krvnih sudova, bubrežnih, šećerne bolesti i zaraznih bolesti).

Istraživanja pokazuju da vitamin D ima ulogu u modulaciju imunog sistema te da značajno smanjuje incidencu autoimunih bolesti, kao što su reumatoidni artritis, bolesti štitne žlijezde (Hašimotov tiroiditis, Gravesova bolest), dijabetes melitus tip I i crijevne upalne bolesti.

Uloga vitamina D kao imunomodulatora jeste da prevenira nenormalni imuni odgovor. Djeluje tako da jača oslabljeni imuni sistem, smanjujući prejak imuni odgovor, što je slučaj u autoimunim bolestima. Kod pacijenata koji imaju neko autoimuno oboljenje suplementacija vitaminom D smanjuje progresiju odnosno napredovanje bolesti i stabilizuje stanje.

Rezultati medicinskih istraživanja o uticaju suplementacije D vitaminom kod bolesnika sa bolestima štitne žlijezde dokazuje značajnu korelaciju i značajan pad vrijednosti anti-tireoperoksidaznih antitijela (anti-TPO-at) kod pacijenata koji koriste suplementaciju D vitaminom i pozitivno djelovanje protiv bolesti. Zbog toga je korisno i kod hipotiroidnih i hipertiroidnih bolesnika držati vitamin D u okviru normalnih vrijednosti.⁴

U zdravih odraslih osoba češće, u eutiroidnoj fazi, pokazana je jaka inverzija korelacije nivoa TSH i vitamina D pri čemu je nivo TSH najviši u jesensko-zimskom razdoblju i nivo vitamina D je najviši u proljetno-ljetnom razdoblju.⁵

Autoimune bolesti štitne žlijezde su najčešće među svim autoimunim bolestima, one čine 5 % svih autoimunih bolesti. Dvije najčešće bolesti štitne žlijezde su Hašimotov tiroiditis (autoimuni hronični tiroiditis) i Gravesova bolest. Kod Hašimotovog tiroiditisa poremećeni autoimuni proces dovodi do proizvodnje anti-TPO-at i anti-tireoglobulinskih-antitijela (anti-Tg-at). Tipičan nalaz kod Gravesove bolesti su antitijela na TSH receptore.^{6,7}

VITAMIN D I HAŠIMOTOV TIROIDITIS

Hašimotov tiroiditis je jedna od najčešćih autoimunih bolesti sa uništenjem tiroidnih folikula koje nastaje zbog infiltracije limfocitima. Produkcija povišenog nivoa anti-TPO-at i anti-Tg-at može dovesti do promjene nivoa

hormona štitne žlijezde. Nakon početnog uništenja štitne žlijezde, nivo tiroidnih hormona može umjereno porasti. Ovo hipertiroidno stanje obično ne zahtjeva upotrebu antitiroidnih lijekova, već eventualno simptomatsku terapiju beta blokatorima, a traje samo nekoliko nedjelja. Nakon toga, pacijent sa Hašimotovim tiroiditisom ulaze u hipotiroidno stanje, koje može biti sa ili bez kliničkih simptoma. Postoji pozitivna korelacija između nivoa cirkulišućih anti-TPO-at i anti-Tg-at i simptoma Hašimotovog tiroiditisa.^{8,9}

Hipotiroidnim pacijentima je neophodna dopunska terapija levotiroksinom ili kombinacijom levotiroksina i liotironina.¹⁰

Hašimotov tiroiditis češće pogađa žene nego muškarce, najčešće između 30. i 60. godine, a rizik se povećava proporcionalno starosti. Bolest se može pojaviti u bilo kojem uzrastu, čak i kod djece oba pola. U posljednjih nekoliko decenija, učestalost Hašimotovog tiroiditisa pokazuje trend rasta, sa oko 5% u opštoj populaciji.¹¹

Etiološki, za nastanak Hašimotovog tiroiditisa čini se da je najvažnija genetska predispozicija. Sa druge strane, moraju postojati provocirajući faktori da imuni sistem otpočne napad na štitnu žlijezdu, kao što su faktori okoline (produženi stres, intoksikacija, zračenje, pušenje, lijekovi, ishrana, itd.).^{8,9}

Postoje brojne studije koje su pokazale povezanost između nedostatka vitamina D i višeg nivoa antitijela na štitnu žlijezdu, posebno za Hašimotov tiroiditis. Na to ukazuje i metaanaliza koju je uradio Vang i saradnici, koja nedvosmisleno ističe nalaz nižeg nivoa vitamina D kod osoba sa autoimunom bolesti štitne žlijezde. Neke studije su otkrile da ova korelacija nije ista u svim subpopulacijama. Rezultati studije Choi i saradnika sugerišu da postoje jake korelacije između nivoa vitamina D i Hašimotovog tiroiditisa samo kod žena prije menopauze.¹² Druga studija korejskih autora otkrila je da žene sa nižim nivoom vitamina D imaju pozitivna anti-TPO-antitijela, ali ne i muškarci, te da žene u premenopauzi sa pozitivnim TPO-antitijelima i nižim nivoom vitamina D češće imaju disfunkciju štitne žlijezde.^{13,9} U starijem životnom dobu, kod

ispitanika starijih od 65 godina, utvrđena je povezanost između nivoa anti – TPO-antitijela i nedostatka vitamin D.¹⁴

Istraživanja u pedijatrijskoj populaciji utvrdila su da su kod djece sa Hašimotovim tiroiditisom evidentira veća prevalenca niskog nivoa vitamina D u odnosu na zdrave kontrole.^{15,16} Težina nedostatka vitamina D nedvosmisleno je povezana sa rizikom od Hašimotovog tiroiditisa: povećanje nivoa 1,25(OH)D u serumu za 5nmol/l smanjuje rizik od Hašimotovog tiroiditisa za 1,62 puta.¹⁷

Brojne studije istraživale su uticaj suplementacije vitaminom D na autoimune bolesti štitne žlijezde. U studiji Mazokopakisa i saradnika, četiri mjeseca nakon suplementacije vitaminom D, sa dnevnim unosom od 1.200 do 4.000 IJ vitamina D, došlo je do značajnog smanjenja nivoa anti-TOI-antitijela. U dvostruko slijepoj randomizovanoj kontrolisanoj studiji Nodehi i saradnici, oralna supstitucija od 50.000 IJ vitamina D3 nedjeljno, kod pacijenata sa Hašimotovim tiroiditisom, bila je u korelaciji sa pozitivnim imunološkim efektima, koji se ogledaju kroz smanjenja odnosa Th 17/Treg ćelija, TNF- α , IL-5 i IL-17.^{18,19}

Sa druge strane, postoje studije sa kontraverznim rezultatima u vezi sa vitaminom D i Hašimotovim tiroiditisom. Na primjer, neke studije su otkrile da nivo vitamina D nije povezan sa antitijelima štitne žlijezde²⁰, da nema razlike između pacijenata sa autoimunim oboljenjima štitne žlijezde i zdravih (kontrolna grupa) u pogledu nivoa vitamina D²¹ te da ne postoji korelacija između funkcije štitne žlijezde nivoa antitijela i serumskih citokina sa nedostatkom vitamina D kod pacijenata sa Hašimotovim tiroiditisom.²² Zbog svega toga, potrebna su daljnja istraživanja kako bi se pokazalo da li postoji veza između nivoa vitamina D i Hašimotovog tiroiditisa, kao i uticaja dodatka vitamina D na štitnu žlijezdu i imunološku funkciju kod ovih pacijenata.

S obzirom na položaj doktora porodične medicine u zdravstvenom sistemu i njegov bliski, trajni kontakt s populacijom koja ga je izabrala, doktor

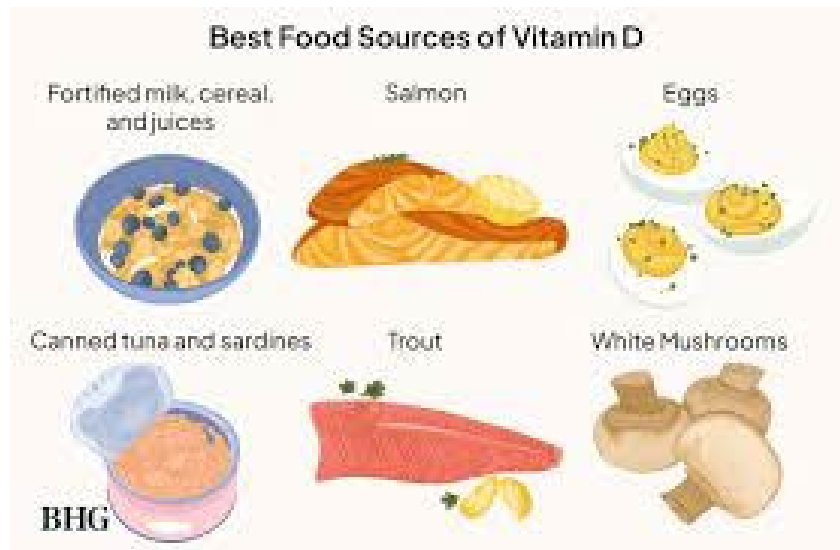
porodične medicine ima veliki značaj u promociji zdravlja i prevenciji bolesti. Njegova uloga kod pacijenata sa autoimunim oboljenjima se ogleda u edukaciji pacijenata o značaju vitamina D u tim oboljenjima, kao i edukacija o konzumaciji hrane koja sadrži dosta vitamina D (slika 1.). Doktor porodične medicine ukazuje pacijentima na razloge koji dovode do manjka vitamina D u organizmu, vodeći pri tome računa o grupama pacijenata koji su pod povećanim rizikom od manjka vitamina D, a samim tim i povećanim rizikom od pojedinih bolesti (Tabela 1).

Tabela 1. Razlozi manjka vitamina D i posebna grupa pod povećanim rizikom²³

Nedovoljan unos hranom	<ul style="list-style-type: none"> - nedovoljna konzumacija masnih riba - izostanak obogaćivanja hrane vitaminom D
Neuzimanje suplemenata	- vrlo je teško postići dobar status vitamina D pri savremenom načinu života bez uzimanja suplemenata
Smanjeno stvaranje u koži	<ul style="list-style-type: none"> - nedovoljno izlaganje kože suncu - tamnije pigmentirana koža - život na geografskim širinama sjeverno i južno od 40 stepeni - starija životna dob
Poremećaj crijevne apsorpcije	- mala apsorpcija masti, poremećaj enterohepatične cirkulacije, gastrektomija, prenosnica tankog crijeva, resekcija tankog crijeva, glutenska enteropatija/celijakija, bolesti gušterače
Poremećaj aktivacije	<ul style="list-style-type: none"> - smanjena hidroksilacija u jetri – teška oštećenja jetre (ciroza) - smanjena hidroksilacijau bubregu pri oštećenju bubrežnog parenhima - primarni hipoparatiroidizam - mutacija gena za 25 hidroksilazu - mutacija gena za 1α-hidroksilazu
Poremećaj djelovanja	- mutacija gena za 1,25(OH)2D receptor
Povećan gubitak	<ul style="list-style-type: none"> - nefrotički sindrom i hronična peritonealna dijaliza - teško oštećenje jetre
Povećana razgradnja	<ul style="list-style-type: none"> - lijekovi - barbiturati antiepileptici - povećavaju aktivnost citohroma P-450 koji metabolizuje 25(OH)D u inaktivne metabolite
Liječenje glukokortikoidima	<ul style="list-style-type: none"> - smanjena aktivacija vitamina D u bubregu zbog smanjene aktivnosti 1α-hidroksilaze - pojačana inaktivacija vitamina D u bubregu zbog pojačane aktivnosti 24-hidroksilaze - rezistencija ciljnog tkiva na kalcitriol zbog smanjene ekspresije receptora na vitamin D u crijevima

<p>Posebna grupa pod povećanim rizikom za manjak vitamina D</p>	<ul style="list-style-type: none"> - trudnice i dojilje - dojenčad na majčinom mlijeku - djeca do 5 godina starosti - starije osobe (dob 65+) - institucionalno smještene osobe - gojazne osobe
--	---

Slika 1. ²⁴



ZAKLJUČAK

Vitamin D ima važnu imunomodulatornu ulogu, saznanje da su imune ćelije sposobne same hidroksilirati vitamin D u njegov aktivni metabolit 1,25(OH)₂D₃ naglašava se njegovu važnost u razvoju autoimunih oboljenja. Vitamin D djeluje tako da jača oslabljen imuni sistem, smanjujući prejak imuni odgovor, što je slučaj u autoimunim oboljenjima.

Većina studija je otkrila da postoji povezanost između niskog nivoa vitamina D i povećanog rizika od autoimunih oboljenja štitne žlijezde te da je nedostatak vitamina D čest kod pacijenata sa Hašimotovim tiroiditisom što upućuje da ima vjerovatnu ulogu u njegovom razvoju. Suplementacija vitaminom D kod pacijenata sa Hašimotovim tiroiditisom može poboljšati liječenje. Rezultati istraživanja pokazuju da je suplementacija vitaminom D važna u hroničnoj terapiji bolesnika sa autoimunim bolestima, a buduća istraživanja i praćenje bolesnika bi trebala razjasniti opseg terapijskog odgovora na primjenu vitamina D.

LITERATURA:

- (1) Laktašić-Žerjavić N, Koršić M, Crnčević-Orlić Ž, et al. Vitamin D: vitamin prošlosti, hormon budućnosti. [Vitamin D: vitamin from the past and hormone of the future]. *Lijec Vjesn.* 2011; 133:194-204.
- (2) Duan L, Xue Z, Ji H et. al. Effects of CYP2R1 gene variants on vitamin D levels and status: A systematic review and meta-analysis. *Gene.* 2018;678:361-9.
- (3) Jurutka PW, Bartik L, Whitfield GK, et al. Vitamin D receptor: key roles in bone mineral pathophysiology, molecular mechanism of action, and novel nutritional ligands. *J Bone Mineral Res.* 2007; 22 Suppl 2:V2-10.
- (4) Murdaca G, Tonacci A, Negrini S, et al. Emerging role of vitamin D in autoimmune diseases: An update on evidence and therapeutic implications. *Autoimmun Rev.* 2019; 18:102350.
- (5) Sassi F, Tamone C, D'Amelio P. Vitamin D: Nutrient Hormone, and Immunomodulator. *Nutrients* 2018;10:1656.
- (6) Weetman AP. An update on the pathogenesis of Hashimoto's thyroiditis. *J Endocrinol Invest.* 2021; 44:883-90.
- (7) Antonelli A, Ferrari SM, Ragusa F, Elia G, Paparo SR, Ruffilli I, et al. Graves' disease: Epidemiology, genetic and environmental risk factors and viruses. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2020; 34:101387.
- (8) Hu S, Rayman MP. Multiple Nutritional Factors and the Risk of Hashimoto's Thyroiditis. *Thyroid.* 2017; 27:597-610.
- (9) Ralli M, Angeletti D, Fiore M, D'Aguanno V, Lambiase A, Artico M, et al. Hashimoto's thyroiditis: An update on pathogenic mechanisms, diagnostic protocols, therapeutic strategies, and potential malignant transformation. *Autoimmun Rev.* 2020; 19:102649.
- (10) Antonelli A, Ferrari SM, Corrado A, Di Domenicantonio A, Fallahi P. Autoimmune thyroid disorders. *Autoimmun Rev.* 2015; 14:174-80.
- (11) Ragusa F, Fallahi P, Elia G, Gonnella D, Paparo SR, Giusti C, et al. Hashimoto's thyroiditis: Epidemiology, pathogenesis, clinic and therapy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2019; 33:101367.
- (12) Choi YM, Kim WG, Kim TY, Bae SJ, Kim HK, Jang EK, et al. Low levels of serum vitamin D3 are associated with autoimmune thyroid disease in premenopausal women. *Thyroid.* 2014; 24:655-61.
- (13) Kim CY, Lee YJ, Choi JH, Lee SY, Lee HY, Jeong DH, et al. The Association between Low Vitamin D Status and Autoimmune Thyroid Disease in

- Korean Premenopausal Women: The 6th Korea National Health and Nutritional Examination Survey, 2013-2014. *Korean J Fam Med.* 2019; 40:323-8.
- (14) Muscogiuri G, Mari D, Prolo S, Fatti LM, Cantone MC, Garagnani P, et al. 25 Hydroxyvitamin D Deficiency and Its Relationship to Autoimmune Thyroid Disease in the Elderly. *Int J Environ Res Public Health.* 2016;13:850.
- (15) Sönmezgöz E, Ozer S, Yilmaz R, Önder Y, Bütün I, Bilge S. Hypovitaminosis D en niños con tiroiditis de Hashimoto [Hypovitaminosis D in Children with Hashimoto's Thyroiditis]. *Rev Med Chil.* 2016; 144:611-6.
- (16) Metwalley KA, Farghaly HS, Sherief T, Hussein A. Vitamin D status in children and adolescents with autoimmunethyroiditis. *J Endocrinol Invest.* 2016; 39:793-7.
- (17) Ma J, Wu D, Li C, Fan C, Chao N, Liu J, et al. Lower Serum 25-Hydroxyvitamin D Level is Associated With 3 Types of Autoimmune Thyroid Diseases. *Medicine (Baltimore).* 2015; 94:e1639.
- (18) Nodehi M, Ajmi A, Izad M, Asgarian Omran H, Chahardoli R, Amouzegar A, et al. Effects of vitamin D supplements of frequency of CD4+ T-cell subsets in women with Hashimo's thyroditis: a double-blind placebo-controlled study. *Eur J Clin Nutr.* 2019; 73:1236-43.
- (19) Botelho ITM, Moura Neto A, Silva CA, Tambascia MA, Alegre SM, Zantut-Wittmann DE. Vitamin D in Hashimoto's thyroditis and its relationship with thyroid function and inflammatory status. *Endocr J.* 2018;65:1029-37.
- (20) Zhang Q, Wang Z, Sun M, Cao M, Zhu Z, Fu Q, et al. Association of high vitamin d status with low circulating thyroid-stimulating hormone independent of thyroid hormone levels in middle-aged and elderly males. *Int J Endocrinol.* 2014;2014:631819.
- (21) D'Aurizio F, Villalta D, Metus P, Doretto P, Tozzoli R. Is vitamin D a player or not in the pathophysiology of autoimmune thyroid diseases? *Autoimmun Rev.* 2015 May;14:363-9.
- (22) Ke W, Sun T, Zhang Y, He L, We Q, Liu J, et al. 25-Hydroxyvitamin D serum level in Hashimoto s thyroditis, but not Graves' disease is relatively deficient. *Endocr J.* 2017;64:581-587.
- (23) Laktašić Žerjavić N. Metabolizam Vitamina D – Što je novo? *Medix.* 2022; 65-71.
- (24) Izvor slike: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-&q=vitamin+d+pictures#vhid=HJ6u-X0x-r406M&vssid=I>

PROLONGIRANA HEMATURIJA KOD ADOLESCENATA – PRIKAZ SLUČAJA

dr Sonja Anić¹, dr Milijana Špikić², prof.dr Kosana Stanetić^{3,4}, prof.dr Suzana Savić^{3,4} Prof.dr Verica Petrović^{3,4}

¹JZU Dom zdravlja Stanari

²JZU Dom zdravlja Glamoč

³JZU Dom zdravlja Banja Luka

⁴Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci

ABSTRAKT

Uvod: Krv u mokraći ili hematurija jedan je od važnih znakova bolesti mokraćnog sistema i jedan od čestih simptoma s kojima se susreće doktor porodične medicine u svome radu. Jedan od najčešćih uzroka hematurije su infekcije mokraćnog sistema koje se potvrde ili isključe mikroskopskim pregledom urina i kulturom urina. Drugi najčešći uzrok su bubrežni kamenci koji se obično javljaju sa jakim bolovima uz prisustvo mikroskopske ili makroskopske hematuriju. Ostali mogući uzroci su trauma zdjelice i bubrega, IgA nefropatija, membranski glomerulonefritis, jatrogeni uzroci, benigni angiomiolipomi, strikture i benigna hiperplazija prostate kao i maligne bolesti.

Cilj: kroz prikaz slučaja prikazati ulogu porodičnog doktora u tretmanu pacijenta, adolescentne dobi, sa prolongiranom hematurijom.

Prikaz slučaja: U februaru 2024.godine pacijentica A.S.,u dobi od 13 godina, javila se porodičnom doktoru zbog respiratorne infekcije sa visokom temperaturom (>39). U sklopu laboratorijskih nalaza, uočava se evidentna hematurija (14 svježih i 13 blijedih Er u sedminetu urina). Pacijentica nije imala simptome urinarne infekcije. Nakon saniranja respiratorne infekcije uz korišćenje antibiotske terapije, pacijentica se osjećala dobro, ali je hematurija na naredne dvije kontrole i dalje bila prisutna. S obzirom na veliki broj

mogućih uzroka hematurije, nakon praćenja, pacijentica je upućena na Kliniku za dječje bolesti UKC RS, gdje je tokom hospitalizacije urađena dodatna dijagnostička obrada. Nalazi, dobijeni dijagnostičkim procedurama, bili su uredni, te je pacijentica ponovno vraćena porodičnom doktoru na kontrole i praćenje.

Zaključak: Uloga porodičnog doktora u tretmanu pacijenata sa prolongiranom hematurijom je izuzetno važna. Porodični doktor prvi dijagnostikuje hematuriju, prati dužinu trajanja, intenzitet hematurije, odlučuje se da blagovremeno uputi pacijenta na dalju dijagnostičku obradu, nakon provedene dijagnostike i dalje prati stanje pacijenta.

Ključne riječi: prolongirana hematurija, adolescenti, porodični doktor

UVOD

Jedan od najvažnijih zadataka porodičnog doktor je promocija zdravlja i prevencija bolesti. Prioritetni zadatak timova porodične medicine je primordijarna i primarna prevencija, ali i rad kroz sekundarnu prevenciju i rano otkrivanje nedijagnostifikovanih bolesti je od izuzetne važnosti.

Krv u mokraći ili hematurija jedan je od važnih znakova bolesti mokraćnog sistema i jedan od čestih simptoma s kojima se susreće doktor porodične medicine u svome radu.

Hematurija je medicinski pojam koji označava prisustvo krvi u mokraći, a definiše se kao prisutnost tri ili više crvenih krvnih ćelija po polju u dva od tri ispravno prikupljena uzorka urina. U slučaju pojave hematurije najčešće se sumnja na postojanje bubrežne bolesti, mada uzroci ovog simptoma mogu uzrokovati i druga stanja i poremećaji u organizmu.

U zavisnosti od količine krvi u mokraći, hematurija može biti:

- **mikroskopska hematurija** - krv u mokraći se detektuje laboratorijskom analizom

- **makroskopska hematurija** - krv u mokraći vidljiva je golim okom

Hematurija, kao simptom, učestalije se javlja kod slijedećih kategorija pacijenata:

- kod pacijenata sa pozitivnom porodičnom anamnezom bubrežnih bolesti,
- u slučaju povećane prostate kod muškaraca srednje i starije životne dobi,
- postojanja anamnestičkih podataka o postojanju bubrežnih kamenaca,
- kod uzimanja određenih lijekova (npr. lijekovi protiv bolova, lijekovi za razrjeđivanje krvi, antibiotici),
- ako je pacijent u skorije vrijeme imao infekcije.

Prevalencija asimptomatski mikroskopskih hematurija u opštoj populaciji varira od 0,2% i 21%.

Makroskopska hematurija može biti jedan od znakova karcinoma mokraćnog sistema i javlja se u 80% slučajeva kod ovih bolesnika. Učestalost karcinoma mokraćnog sistema je u stalnom porastu, a značajan broj pacijenata ima lošu prognozu bolesti.

Jedan od najčešćih uzroka hematurije su infekcije mokraćnog sistema koje se potvrde ili isključe mikroskopskim pregledom urina i kulturom urina. Drugi najčešći uzrok su bubrežni kamenci koji se obično javljaju sa jakim bolovima uz prisustvo mikroskopske ili makroskopske hematuriju. Ostali mogući uzroci su trauma zdjelice i bubrega, IgA nefropatija, membranski glomerulonefritis, jatrogeni uzroci, benigni angiomiolipomi, strikture i benigna hiperplazija prostate kao i maligne bolesti.

U slučajevima kad je prisutna makroskopska hematurija uz faktore rizika potrebna su daljnja ispitivanja kako bi se isključio malignitet. Istraživanja su pokazala da se u do 50% makroskopskih hematurija i 70% mikroskopskih ne nađe određeni uzrok (referenca).

Zbog navedenih mogućih ozbiljnih zdravstvenih problema prisustvo krvi u mokraći je značajan simptom koji se ne smije zanemariti. Pacijenti sa prisutnom hematurijom se u većini slučajeva prvi put jave na pregled u ambulantu porodične medicine, ili se hematurija (asimptomatska) otkrije slučajno u sklopu rutinskih laboratorijskih nalaza. Pravovremenom obradom hematurije i otkrivanjem uzroka hematurije može se pojedina bolest otkriti u začetku i tako poboljšati učinak izlječenja.

Uzroci benignih hematurija uključuju snažne fizičke vježbe, nakon seksualnih odnosa, menstrualnu kontaminaciju. Ipak, svaku hematuriju, bila ona mikroskopska ili makroskopska treba dodatno dijagnostički obraditi u cilju isključenja ozbiljnih uzroka.

PRIKAZ SLUČAJA

Pacijentica A.S, 13 godišnja adolescentica, javila se prvi put na pregled 13.02.2024.godine zbog respiratorne infekcije. Imala je visoku temperaturu (>39 stepeni), bolove u grlu, kašalj, curenje nosa, nije imala smetnje sa mokrenjem. Zbog respiratorne infekcije liječena antibiotikom (cefaleksin sirup). Na brisu nosa i ždrijela izolovan *Streptococcus aureus*. Na prvoj kontroli, četiri dana od početka bolesti, pacijentica se i dalje loše osjećala. Žalila se na malaksalost, brzo zamaranje, suhi kašalj, pečenje očiju, bolove u grlu. Urađeni su laboratorijski nalazi iz kojih se izdvaja: CRP: 4,2 ; Le: 6,9; u nalazu urina: pozitivni proteini, u sedimentu dosta svježih i blijedih eritrocita (Er) i dosta bakterija. Liječena je antiobotskom terapijom. Na narednoj kontroli, kada je već bila sanirana respiratorna infekcija, u nalazu urina se i dalje održavala hematurija te je u nalazu od 20.02.2024.godine u sedminetu urina nađeno 14 svježih i 13 blijedih Er. Pacijentica je uradila kontrolni nalaz urina, u cilju praćenja stanja hematurije, te je u nalazu urina od 04.03.2024.godine u sedminetu urina nađeno 8 svježih Er. Dana 27.03.2024.godine u laboratorijskom nalazu urina i dalje prisutna hematurija, bez prisustva bilo kakvih simptoma. U cilju dalje dijagnostičke obrade, s obzirom na održavanje hematurije, pacijentica se od strane porodičnog doktora upućuje na Kliniku za

dječje bolesti, Odjeljenje nefrologije, gdje je pacijentica bila hospitalizovana U sklopu dijagnostičke obrade, učinjeni su kompletni laboratorijski nalazi koji su pokazali uredne parametre inflamacije, a u bubrežnoj funkciji nalazi se blaga proteinurija i mikroalbuminurija. U serološkoj dijagnostici nalazi se pozitivan AST nalaz. Ultrazvučni pregled gornjeg abdomena i bubrega je bio uredan. Tokom hospitalizacije urađeni su nalazi urina najbližih članova porodice, a samo kod oca je nađeno prisustvo hematurije. Nakon dijagnostičke obrade, kada su isključeni ozbiljni uzroci hematurije, pacijentica je otpuštena na kućno liječenje uz redovne kontrole urina u ambulanti porodične medicine. Kontrole urina i bubrežne funkcije su preporučene da se urade u sklopu svake respiratorne infekcije.

Kod ove pacijentice je hematurija već registrovana ranije, u uzrastu od tri i šest godina života, kada je dodatna dijagnostika urađena ambulantno.

U narednim kontrolama i dalje se održava asimptomatska hematurija, koja je pod stalnom kontrolom i praćenjem.

DISKUSIJA/ ZAKLJUČAK

Iz navedenih podataka, evidentno je da se radi o pacijentici adolescentnog uzrasta, koja je zbog prolongirane hematurije dijagnostikovana i praćena od strane porodičnog doktora, a takođe je na osnovu procjene porodičnog doktora upućena na sekundarni nivo da bi uradila dodatne dijagnostičke procedure.

Na osnovu pregleda kompletne medicinske dokumentacije, uočava se da je pacijentica A.S. i prije ove epizode imala pojavu hematurije, koja se pogošavala tokom respiratorne infekcije. Međutim, s obzirom na brojne moguće uzroke hematurije, koji mogu biti potencijalno opasni, porodični doktor je u obavezi da blagovremeno zatraži dodatne dijagnostičke pretrage u cilju isključenja težih oboljenja.

Krdžić et al je u svom istraživanju ispitivao najčešće uzroke hematurije kod djece, a rezultati njegovog istraživanja su pokazali da se hematurija češće javlja kod djece školskog uzrasta, kao što je i pacijentica koju smo prikazali. U ovom istraživanju najveći procenat djece je imao hematuriju kod djece oboljele od akutnog poststreptokoknog glomerulonefritisa, zatim kod djece sa abnormalnostima urinarnog trakta, infekcija mokraćnih puteva, dok su ostali uzroci nađeni kod manjeg broja ispitanika.

Kallash M. i saradnici su u svom preglednom članku objavili da je mikroskopska hematurija uobičajeni problem kod djece, te da ovaj problem ima oko 0.25% djece. Kao najčešće uzroke hematurije kod djece navode: urološke bolesti, bubrežne kamence, bolesti glomerula uključujući bolesti glomerularne bazalne membrane, hematološke poremećaje i druge. Kao poseban izazov u radu ljekara navodi neophodnost diferenciranja potencijalno ozbiljnih i manje ozbiljnih uzroka hematurije.

Uloga porodičnog doktora u tretmanu pacijenata sa prolongiranom hematurijom je izuzetno važna. Porodični doktor prvi dijagnostikuje hematuriju, prati dužinu trajanja, intenzitet hematurije, odlučuje se da blagovremeno uputi pacijenta na dalju dijagnostičku obradu, nakon provedene dijagnostike i dalje prati stanje pacijenta da bi mogao adekvatno reagovati u slučaju pogoršanja stanja.

LITERATURA:

1. Valavi E, Nickavar A, Aeene A: Urinary metabolic abnormalities in children with idiopathic hematuria. *J Pediatr Urol.* 2019;15: 165.e1-165.e4.
2. Clark M, Aronoff S, Del Vecchio M: Etiologies of asymptomatic microscopic hematuria in children—systematic review of 1092 subjects. *Diagnosis (Berl).*2015; 2: 211–216.
3. Manić T, Kamenov B, Golubović E, Miljković P, Živić S, Milošević L. Prevencija recidivnih Urinarnih infekcija u dečjem uzrastu. Zbornik radova Jugoslovenskih pedijatrijskih dana, Niš 1996:391-92.
4. Golubović E, Miljković P, Živić S. Modifikacija bešične funkcije kao deo terapijskog protokola recidivnih urinarnih infekcija u dece. Predavanja i sažeci VII Jugoslovenskog kongresa za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju, Niš 2002: 33.
5. Golubović E, Miljković P, Živić S. PROTEINURIJA – Faktor progresije bubrežnog oštećenja. Zbornik radova Jugoslovenski pedijatrijski dana Niša, 2001:136.
6. Milošević D, Batinić D, Nižić Lj, Vrljičak K. Obrada I liječenje hematurije u djece. *Paediatr Croat.* 2008;52:207-11.
7. Park YH, Choi JY, Chung HS. Hematuria and proteinuria in a mass school urine screening test. *Pediatr Nephrol.* 2005;20:1126–30.
8. Chen GL, Zhu J, Song MH, Ma L, Pan T, Yang Q i sur. Clinicopathologic analysis of isolated hematuria in child/adolescent and adult patients. *Pol J Pathol* 2015; 66(4):353-60.
9. Feng CY, Xia YH, Wang WJ, Xia J, Fu HD, Wang X i sur. Persistent asymptomatic isolated hematuria in children: clinical and histopathological features and prognosis. *World J Pediatr.* 2013;9:163-8.
10. Vehaskari VM, Rapola J. Isolated proteinuria: analysis of a school-age population. *J Pediatr.* 1982;101(5):661-8.
11. Moloney F, Murphy KP, Twomey M, O'Connor OJ, Maher MM. Haematuria: an imaging guide. *Adv Urol.* 2014; doi: 10. 1155/ 2014/ 414125. Dostupno na: www.hindawi.com/journals/au/2014/414125 (pristupljeno 21.08.2024.)
12. Yeoh M, Lai NK, Anderson D, Appadurai V. Macroscopic haematuria – an urological approach. *Aust Fam Physician.* 2013;42:123-6
13. Krdžić J, Krdžić B. Najčešći uzroci hematurije u dece lečene u dečjoj klinici Priština (1995-1999). *Praxis Medica.* 2003;31:47-50.

14. Kallash M, Rheault MN. Approach to Persistent Microscopic Hematuria in Children. *Kidney* 360. 2020;24:1014-20.

NASILJE U PORODICI – ZLOSTAVLJANJE ŽENA, DJECE I UGROŽENIH KATEGORIJA

¹Prim dr Danijela Atijas, ²prof. dr sc. med. Suzana Savić, ³dr sc. med. Draško Kuprešak

¹ JZU Dom zdravlja Doboj,

²JZU Dom zdravlja Banja Luka, Medicinski fakultet, Univerzitet u Banjoj Luci

³ JZU Dom zdravlja Čelinac

Uvod: Danas je nasilje u porodici, posebno prema djeci i ženama prepoznato kao globalni problem i velika smetnja razvoju normalnog demokratskog društva zasnovanom na moralnoj višoj osnovi i ravnopravnosti među polovima kao i zaštiti manjskih grupa.


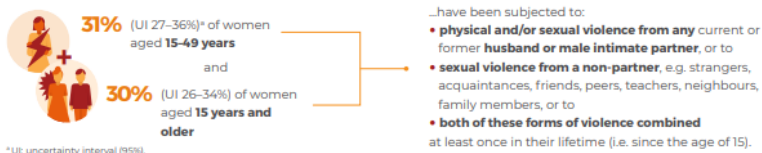


GLOBAL FACT SHEET
VIOLENCE AGAINST WOMEN
PREVALENCE ESTIMATES, 2018

“ The data show unequivocally that violence against women is pervasive globally. ”

These are the first estimates on violence against women produced during the United Nations Sustainable Development Goals (SDG) era, 2015–2030.

THE 2018 GLOBAL COMBINED ESTIMATES INDICATE THAT OVERALL:



On average, **736 million** and up to **852 million women** who were aged 15 years or older in 2018 (nearly **1 in 3** women) have experienced one or both of these forms of violence at least once in their lifetime.

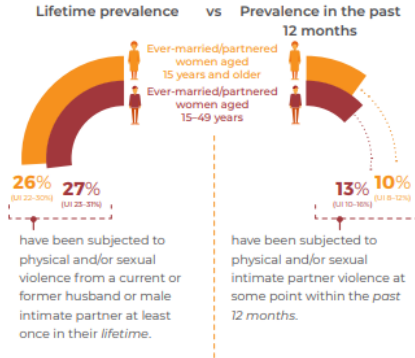
These estimates confirm that physical and sexual intimate partner violence and non-partner sexual violence remain pervasive in the lives of women and adolescent girls across the globe.

DATA COLLECTION

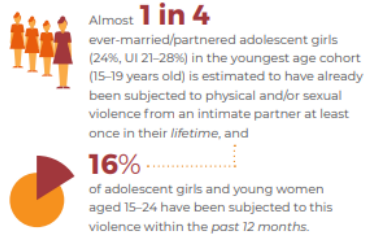
The results are based on data collected between 2000 and 2018. During this time, there has been an increase in the number of countries and areas with at least one population-based prevalence survey.



GLOBAL PREVALENCE ESTIMATES OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE



Intimate partner violence starts early.



Global prevalence estimates show that **6% of women** over the age of 15 have been subjected to **NON-PARTNER SEXUAL VIOLENCE** at least once in their lifetime.

REGIONAL PREVALENCE ESTIMATES OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE

This map shows regional variations between lifetime and past 12 months prevalence of physical and/or sexual intimate partner violence among ever-married/partnered women aged 15-49 for SDG regions.²

“ The variations in the prevalence of violence seen between countries and regions highlight the fact that this violence is not inevitable, and that it can be prevented. ”



file:

///C:/Users/pc/Desktop/WHO-SRH-21.6-eng.pdf

Ciljevi rada: Ukazati na globalni problem nasilja nad djecom, ženama i ugroženim kategorijama

Biti dio pomoći potencijalnim žrtvama kroz savjete, a žrtvama nasilja pokazati put i institucije kojima treba prijaviti nasilje

Metod: Navoditi oblike nasilja slušaocima i tako edukovati iste da podjednako učestvuju u zaštiti svih naših bližnjih iz okruženja i da svi podjednako prijavljujemo sve oblike nasilja i tako pomognemo žrtvama, jer svi smo potencijalne žrtve nekog od vidova nasilja.

Zaključak: Potrebno je osnažiti i investirati u autonomiju organizacije ženskih prava u rješavanju nasilja nad ženama, kao i njihovom usmjeravanju u donošenju odluka u programiranju i kreiranje politike.

Ključne riječi: nasilje , žrtva, mi kao pojedinci, prijava nasilja

ULOGA PORODIČNOG LJEKARA U RJEŠAVANJU HITNIH OFTALMOLOŠKIH STANJA

*Dr Tatjana Grabovac¹ Dr Boris Baković² Dr Dragan Spaić³ Dr Dijana Baković²
Prof. dr Nada Avram^{3,4}*

¹JZU Opšta bolnica „Sveti Apostol Luka“ Doboj

²JZU bolnica Zvornik

³Univerzitetska bolnica Foča

⁴ Medicinski fakultet Foča

Uvod: Hitna stanja u oftalmologiji mogu nastati usljed povreda oka, vaskularnih događaja i drugih oboljenja oka.

Cilj: Kroz seriju prikaza slučaja hitnih stanja u oftalmologiji pokazati ulogu porodičnog ljekara u liječenju oboljelih.

Metodologija: Retrospektivnom studijom, uvidom u medicinsku dokumentaciju ambulantno pregledanih pacijenata, prikazati šest slučajeva hitnih oftalmoloških stanja.

Rezultati:*Slučaj 1:* Prikaz povrede lijevog oka nastale nakon upadanja ljepila u lijevo oko. Pacijentu nakon uklanjanja ljepila i obilnog ispiranja oka sa 0,9 % NaCl ordinirana lokalna terapija. *Slučaj 2:* Prikaz slučaja pacijenta sa hemijskom povredom oka, nastalom upadanjem rastvora lužine u desno oko. *Slučaj 3:* Terapijski postupci kod pacijentkinje sa akutnim napadom glaukoma. *Slučaj 4:* Pacijentkinja dolazi zbog pada vida na lijevom oku unazad 2 dana. Nakon pregleda očnog dna u midrijazi uočena ablacija retine. Kako prepoznati rane simptome ruptуре retine? *Slučaj 5:* Terapijski postupci kod pacijentkinje sa okluzijom centralne retinalne vene. *Slučaj 6:* Akutni gubitak vida nastao usljed okluzije centralne retinalne arterije – kako prepoznati i tretirati pacijenta?

Zaključak: Za uspješno rješavanje hitnih stanja u oftalmologiji je neophodan multidisciplinarni pristup koji uključuje pravovremeno prepoznavanje oboljenja i povreda, hitnu dijagnostiku, adekvatno ukazanu prvu pomoć na

nivou primarne zdravstvene zaštite, transport pacijenta do odgovarajuće oftalmološke ustanove za adekvatno zbrinjavanje hitnog stanja, a sve u cilju boljeg vidnog ishoda oboljelog i očuvanja kvaliteta života u budućnosti.

***Ključne riječi:** hitna stanja, hemijske povrede, glaukom, ablacija retine.*

UTICAJ STAROSTI I TRAJANJA DIJABETESA NA RAZVOJ DIJABETESNE NEUROPATIJE

¹Dr Ružica Simić, ²dr Jelena Matović

¹Dom zdravlja Ugjevik,

² Dom zdravlja Foča,

Uvod: Dijabetesna neuropatija je jedna od najčešćih komplikacija dijabetesa i javlja se u oko 50 % oboljelih od dijabetesa tipa 2. Kao i kod ostalih komplikacija razvoj i izraženost neuropatije korelira sa trajanjem dijabetesa i glukoregulacijom.

Cilj: Utvrditi učestalost dijabetesne neuropatije monofilament testom, povezanost starosti pacijenata, izraženosti tegoba i trajanja dijabetesa sa rezultatima monofilament testa.

Metodologija: Rad je zasnovan na retrospektivnoj studiji 80 osoba oboljelih od šećerne bolesti, liječenih u ambulantama porodične medicine Doma zdravlja Bijeljina. Korišten je upitnik za procjenu periferne senzorne neuropatije. Testiranje monofilamentom je vršeno po preporukama iz Bilježnice primarne zdravstvene zaštite.

Rezultati: Pozitivan monofilament test zabilježen je kod 45% ispitanika a negativan kod 55%. U grupi koja nije imala tegobe ili su tegobe bile blage, bilo je 72,5% osoba a u grupi sa izraženim tegobama 27,5%. Pirsonov χ^2 test nije pokazao statistički značajnu vezu starosti pacijenata i rezultata monofilamenta, $\chi^2(1, 80) = 1,552$, $p = 0,213$. Pirsonov χ^2 test nije pokazao statistički značajnu vezu tegoba sa pozitivnim monofilament testom, $\chi^2(1, 80) = 2,434$, $p = 0,119$. Subjektivne tegobe nemaju dokazanu povezanost sa objektivnim nalazom pri pregledu pacijenta. Mann-Whitney U test je otkrio statistički značajnu razliku srednjih vrednosti trajanja dijabetesa između

ispitanika sa pozitivnim i ispitanika sa negativnim MT, $U = 487$, $z = -2.955$, $p = 0.003$.

Zaključak: Trajanje dijabetesa je uz povišene vrijednosti HbA1c najznačajniji faktor koji utiče na nastanak dijabetesne neuropatije.

***Ključne riječi:** dijabetesna neuropatija, monofilament test, trajanje dijabetesa, starost oboljelih od dijabetesa*

TRANZIENTNA JETRENA ELASTOGRAFIJA U ERI NEINVAZIVNIH DIJAGNOSTIČKIH PROCEDURA:

SENZITIVNOST I PRIMJENA U PRAKSI

Dr Goran Bokan¹, dr Lana Mandić

*¹Odjeljenje gastroenterologije i hepatologije, Univerzitetski klinički centar
Republike Srpske, Banja Luka*

Sažetak: Tranzientna jetrena elastografija, poznatija i kao FibroScan, pretenduje da postane zlatni standard u neinvazivnoj dijagnostici nefokalnih jetrenih lezija. Ključni benefit ove dijagnostičke procedure zasnovane na mjerenju elasticiteta jetrenog tkiva jeste kvantifikacija stepena masne jetrene (steatoze) i fibroze i praćenja njihove progresije. Na osnovu CAP vrijednosti, steatoza je podijeljena u tri stepena koji odgovaraju masnoj infiltraciji jetrenog parenhima < 33%; 33-66% i > 66%. U odnosu na ispoljenost jetrene fibroze (kPa) postoje četiri stepena od kojih je IV stepen jetrena ciroza. Samo pacijenti sa fibrozom drugog stepena u slučaju dijagnostičke nedoumice mogu biti upućeni na biopsiju jetre.

Indikacije za primjenu FibroScan-a su sva stanja povezana sa metaboličkim sindrom, toksične jetrene lezije hroničnog karaktera, praćenje progresije jetrene steatoze i fibroze uzrokovanih virusnim, autoimunskim i idiopatskim uzrocima.

Neopravdanost primjene dijagnostičke procedure i nepouzdana rezultati dokazani su kod ekstremne gojaznosti, prisustva ascitesa i akutne jetrene lezije. Kontroverze postoje oko primjene kod pacijenata sa ugrađenim pacemakerom. FIB-4 score je jedan od neinvazivnih indeksa koji nas pouzdano usmjerava ka potrebi za izvođenjem tranzientne jetrene elastografije.

Senzitivnost dijagnostičke procedure je u intervalu od 75-94%, a specifičnost 77-91%, uz napomenu da su oba pokazatelja veći kod uznapredovale jetrene lezije.

Sumarno - FibroScan je jednostavna, brza, precizna i pouzdana dijagnostička procedura u eri savremenih neinvazivnih hepatoloških dijagnostičkih procedura koja će vremenom imati sve širu primjenu u svakodnevnoj kliničkoj praksi s ciljem praćenja i prevencije progresije jetrene bolesti.

***Ključne riječi:** tranzientna jetrena elastografija, FibroScan, masna jetra, fibroza jetre*

POVEZANOST MERENJA FAKTORA RIZIKA ZA METABOLIČKI SINDROM I BOLOVANJA: ULOGA LEKARA OPŠTE MEDICINE

Prim dr Snežana Knežević¹ dr Marijana Jandrić-Kočič²

*¹Akademija strukovnih studija Politehnika, Katedra za medicinske nauke,
Beograd*

²Dom zdravlja Krupa na Uni, Krupa na Uni

Uvod: Metabolički sindrom obuhvata grupu faktora rizika, uključujući centralnu gojaznost, povišen krvni pritisak, povišene trigliceride, nizak HDL holesterol i povišen šećer u krvi, koji zajedno povećavaju rizik od kardiovaskularnih bolesti i dijabetesa tipa 2. Prisustvo tri ili više ovih faktora ukazuje na postojanje metaboličkog sindroma. Lekari opšte medicine imaju ključnu ulogu jer su prvo mesto kontakta i najčešće obavljaju praćenje ovih faktora rizika.

Cilj: Cilj istraživanja je da se ispita povezanost između učestalosti merenja faktora rizika za metabolički sindrom i poseta lekaru opšte medicine zbog bolovanja.

Metodologija: Istraživanje je sprovedeno analizom podataka iz nacionalnog istraživanja zdravlja Republike Srbije na uzorku od 4652 ispitanika. Analizirani su podaci o poslednjem merenju krvnog pritiska, holesterola i šećera u krvi od strane lekara opšte medicine u odnosu na trajanje bolovanja (0, ≤ 30 dana, > 30 dana). Statistička analiza je urađena korišćenjem Pearson Chi-square testa.

Rezultati: Rezultati su pokazali da je 88,8% ispitanika sa bolovanjem dužim od 30 dana lekar opšte medicine merio krvni pritisak u poslednjih 12 meseci ($p < 0.001$). Slično tome, 86,3% ispitanika sa dužim bolovanjem izmeren je holesterol ($p < 0.001$), dok je 85,5% iste grupe izmeren šećer u krvi ($p < 0.001$). Rezultati ukazuju na značajnu povezanost između redovnog merenja ovih parametara i dužine trajanja bolovanja.

Zaključak: Istraživanje ukazuje na značajnu povezanost između merenja ključnih parametara metaboličkog sindroma i bolovanja. Lekari opšte medicine igraju ključnu ulogu u prevenciji metaboličkog sindroma, jer posete zbog doznaka mogu biti iskorišćene za redovno praćenje faktora rizika za metabolički sindrom kod radno aktivnog stanovništva.

Ključne reči: *Metabolički sindrom, bolovanje, krvni pritisak, holesterol, šećer u krvi, radno aktivno stanovništvo*

ZATAJIVANJE SRCA I KAKO DALJE

¹dr Dijana Trninić

¹Kardiološka klinika UKC Banja Luka

Šećerna bolest i/ili arterijska hipertenzija glavni su uzrok 75% slučajeva terminalnog stadija hronične bubrežne bolesti. Procjenjuje se da 20-67% bolesnika sa zatajivanjem srca ima hroničnu bubrežnu bolest. Kod bolesnika sa zatajivanjem srca, prisutnost hronične bubrežne bolesti povećava rizik od smrtnosti 25-28%. Kardiovaskularna bolest je vodeći uzrok smrtnosti kod bolesnika sa DMT tip 2. Do 40% bolesnika sa srčanim zatajenjem ima diabetes melitus tip 2. Svi pacijenti sa hroničnom bubrežnom bolešću su u riziku od progresije bolesti. Pad vrijednosti eGFR povezan je sa povećanim rizikom od kardiovaskularne smrti. Hronična bubrežna bolest umnožava rizik za bolesnike sa arterijom hipertenzijom, Diabetes melitusom tip 2, kardiovaskularnim bolestima ili zatajivanjem srca.

Rana intervencija je najbolji način zaštite bolesnika jer smanjuje rizik povezan sa kardio-reno metaboličkim poremećajima. Kod pacijenta sa diabetes melitusom tip 2 i kardiovaskularnom bolešću smanjuje rizik od kardiovaskularne smrti. U liječenju bolesnika sa hroničnom bubrežnom bolešću empagliflozin smanjuje rizik od progresije bubrežne bolesti ili kardiovaskularne smrti za 28%. Smanjuje rizik od prve i ponovnih hospitalizacija zbog bilo kojeg uzroka.

U liječenju bolesnika sa srčanim zatajenjem empagliflozin je prvi lijek koji štiti bolesnike u cijelom LVEF spektru smanjujući rizik od kardiovaskularne smrti ili hospitalizacija zbog srčanom zatajenja. Fokusiranim ažuriranjem ESC smjernica 2021 za dijagnosticiranje i liječenje akutnog i hroničnog zatajivanja srca, SGLT2 inhibitori kao što je empagliflozin sada imaju IA preporuku za liječenje hroničnog zatajivanja srca u cijelom spektru vrijednosti LVEF.

Ažuriranje ESC smjernica u 2023. godini prepoznaje najnovije revolucionarne rezultate ključnih ispitivanja sa SGLT2 inhibitorima u bolesnika sa zatajivanjem srca s ejekcijskom frakcijom > 40% (HFmrEF i HFpEF) poput EMPEROR-preserved ispitivanja. Na temelju tih ispitivanja, ESC sada preporučuje SGLT2 inhibitore kao temeljnu terapiju za bolesnike s hroničnim zatajivanjem srca, bez obzira na to imaju li HFrEF, HFmrEF ili HFpEF. Smanjuje rizik od navedenih ishoda u HFrEF za 25% , a Hpef za 21%, smanjuje relativni rizik od KV smrti za 38% neovisno o početnoj vrijednosti HGBA1C, tjelesnoj težini, artreijske hipertenzije ili eGFR.

***Ključne riječi:** srčano zatajenje, SGLT2 inhibitori, ESC smjernica*

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA DIGITOREKTALNIM PREGLEDOM PALPABILNIH TUMEFAKCIJA

Dr Lana Mandić, dr, Goran Bokan¹.

¹Odjeljenje gastroenterologije i hepatologije, Univerzitetski klinički centar Republike Srpske, Banja luka

Digitorektalni pregled je bazični dio fizikalnog pregleda pacijenta koji se, u eri savremenih dijagnostičkih metoda, zanemaruje. Ova metoda ima izuzetno važnu ulogu u diferencijalnoj dijagnozi između benignih i malignih lezija, kao i u ranom prepoznavanju i promptnom reagovanju u slučaju sumnje na gastrointestinalno krvarenje.

Digitorektalni pregled je ključan za evaluaciju tumefakcija i procjenu njihovih karakteristika kao što su veličina, konzistencija, kontaktno krvarenje i palpatorna bolnost. U slučaju normalnog nalaza važno je opisati perianalnu regiju (bez patoloških promjena), tonus analnog sfinktera (očuvan), zid i sluznicu rektuma (glatka i elastična) te kod muškaraca prostatu (anteriorno pozicionirana, veličine je oraha, glatke površine sa centralnim sulkusom koji je dijeli na dva simetrična dijela). Kada govorimo o patološkim nalazima, digitorektalnim pregledom se postavlja sumnja ili definitivna klinička dijagnoza za različita stanja kao što su: vanjski i unutrašnji hemoroidi (procjena erodiranosti površine i prisustvo krvarenja), fisure (palpatorna bolnost i moguće krvarenje), analne i perianalne fistule (secerniranje sadržaja, patološka komunikacija), analni i perianalni abscesi (palpatorna bolnost i znaci inflamacije), polipi anorektuma (glatke i jasno ograničene tumefakcije), tumori anorektuma (tvrde, nejasno ograničene tumefakcije koje najčešće krvare), benigna hiperplazija prostate (u cijelosti uvećana prostata glatke površine), tumor prostate (izolovani nodusi ili žlijezda uvećana u cjelosti, lokalno bolna osjetljivost) i gastrointestinalna krvarenja (diferencijalna dijagnoza izvorišta krvarenja na osnovu boje i konzistencije fecesa u ampuli rektuma).

U zaključku, digitorektalni pregled je inicijalni korak u diferenciranju patologije anorektalne regije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i ima esencijalnu ulogu u usmjeravanju pacijenata ka specijalističkim pregledima što omogućava pravovremeno postavljanje dijagnoze, bolju prognozu i prevenciju komplikacija.

***Ključne riječi:** digitorektalni pregled, diferencijalna dijagnoza, primarna zdravstvena zaštita,*

ŠTA SE KRIJE IZA "R50" I KAKO LIJEČIMO NAŠE PACIJENTE SA POVIŠENOM TJELESNOM TEMPERTUROM?

*Dr Salata Ljiljana, specijalista infektologije
Opća bolnica Prim. Dr Abudlah Nakaš Sarajevo*

Uvod: Nejasno febrilno stanje predstavlja izazov za sve ljekare. Razlikujemo pet tipova nejasnog ferbilnog stanja.

Cilj: Kroz ovo predavanje na XIX danima porodične medicine prikazati ljekarima smjernice kako da pravilno započnu dijagnostičku obradu pacijenta, kako bi što ranije pronašli uzrok i započeli pravovremenu i adekvanu terapija.

Uzroci povišene tjelesne temperature mogu biti: infekcije, maligne bolesti, sistemske bolesti vezivnog tkiva, dok na žalost nekada i preko 10% uzrok febrilnosti ne bude otkriven.

Zbog neracionalne upotrebe antibiotika kao i neadekvatnog doziranja lijekova svjedoci smo da sve veći broj dobijenih mikrobioloških izolata je sa multirezistentnim uzročnicima sto zahtjeva bolničko liječenje.

***Ključne riječi:** febrilnost, doziranje lijekova, rezistencija*

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна и универзитетска библиотека
Републике Српске, Бања Лука

614.253.89(082)

КОНФЕРЕНЦИЈА Дани породичне медицине Републике
Српске са међународним учешћем (19 ; 2024 ; Бања Врућица)
Креирај своју будућност : породична медицина : зборник
радова / Конференција "XIX дани породичне медицине Републике
Српске са међународним учешћем" 11 -13.10.2024. hotel Kardial,
Banja Vrućica, ; [organizator Udruženje doktora породичне медицине
Републике Српске] ; [urednik Suzana Savić]. - Banja Luka :
Udruženje doktora породичне медицине Републике Српске, 2024
([Banja Luka : Markos]). - 64 стр. : илустр. ; 21 cm

Тираж 100. - Библиографија уз поједине радове.

ISBN 978-99976-999-2-3

COBISS.RS-ID 141534465

