



PORODIČNA MEDICINA

GODINA: 2011.

REPUBLIKA SRPSKA

BROJ: 13

PHARMANOVA

godina

Udruženje iz Republike Srpske na mapi svijeta

**KAŽU DA PUT OD HILJADU MILJA
ZAPOČINJE MALIM KORAKOM**

Porodična medicina - praksa, nauka i vještina

17TH WONCA EUROPE 2011 CONFERENCE

Prilagođavanje organizma na neizvjesne situacije

STRES I SINDROM SAGORIJEVANJA NA POSLU



Farmaceutska kompanija PHARMANOVA osnovana je 1991. godine u Beogradu. U prethodne dvije decenije, prošla je dug put od apoteke, preko poslovnog sistema koji je obuhvatao mrežu veleprodaje i lanca apoteka, do današnjeg statusa - proizvođača lijekova, medicinskih i dijetetskih sredstava, u čijem sklopu je 2009. godine u Obrenovcu otvorena nova, moderna fabrika, koja zadovoljava stroge standarde EU.

PHARMANOVA d.o.o. danas ima status jednog od najvećih proizvođača herbalnih i tradicionalnih lijekova, dijetetskih proizvoda, kao i sve veći ugled proizvođača generičkih lijekova, kako u Srbiji, tako i u regionu. Od 3 miliona prodatih pakovanja godišnje, značajan deo odlazi na izvozna tržišta, prvenstveno u Republiku Srpsku, Crnu Goru i Makedoniju.

Može se slobodno reći da su mnogi proizvodi Pharmanove postali sinonim za određene oblasti primjene: dječji siripi iz linije Lekovito carstvo Beba, Žak, Risko i Bocko su poznati već mnogim generacijama i djece i roditelja, kao i siripi Bronhoklir za odrasle. Tu su i: Gynkgobil kao prirodni neuro i kardioprotektiv, Avaricon za hroničnu vensku insuficijenciju i hemoroide, Omega 3 Max za smanjenje rizika od ateroskleroze, Babytime i Babyrapid testovi za određivanje plodnih dana i utvrđivanje trudnoće, Memoaktiv za poboljšanje psihofizičke izdržljivosti, Cardio K2 za očuvanje zdravlja srca i krvnih sudova, OsteoK2 za bezbjednu prevenciju osteoporoze i kao neophodan dodatak u njenom liječenju, Oestrofact E za ublažavanje tegoba u menopauzi i zaštitu od ateroskleroze i osteoporoze, Fortelax kao pouzdan i bezbjedan laksativ, probiotik nove

generacije DuoBiotic, inovativni uroantiseptik Utisept i još mnogi drugi.

Poseban i nov segment predstavlja rad na generičkim lijekovima, gdje je Pharmanova već u prvoj godini ostvarila zavidne rezultate kako u reumatologiji, u terapiji osteoporoze (Alefoss) i bola u koštano-zglobnom sistemu (Meloxan), tako i u kardiologiji (Nebispes). Rad sa generičkim lekovima je tek počeo, a dugoročni i veoma ambiciozni planovi se ne odnose samo na Srbiju, već i na čitav region. Do kraja ove godine, na tržištu Republike Srske, će se pojaviti prva dva generička leka Pharmanove – Alefoss (alendronat) i Meloxan (meloksikam).

Uz kontinuiran rad na unaprijeđenju znanja i tehnologija, kao i saradnje sa zdravstvenim ustanovama i stručnom javnošću, Pharmanova se aktivno zalaže kroz društvenu odgovornost, brigom o zaštiti životne sredine, kao i učešćem u dobrotvornim akcijama i brizi za opštu zajednicu.

Ovakvo naše usmjerenje proističe i iz slogana naše kompanije - **zdrav i novi svijet**

RECITE NE

peckanje,
bol,
učestalo mokrenje,
česte posjete ljekaru,
analize urina,
često korišćenje antibiotika,
uzimanje ogromnih količina čajeva, tečnosti

Vučete li upornu infekciju
urinarnog trakta?

Preuzmite kontrolu nad svojom urinarnom infekcijom

Izaberite drugačiji pristup
u rješavanju svog problema

**IZABERITE EFIKASAN,
INOVATIVNI,
PRIRODNI PREPARAT**

Utisept®
Za zdrav urinarni sistem
Patentiran ekstrakt UTIRose™

- Otklanja tegobe pri mokrenju
- Smanjuje učestalost ponavljanih infekcija
- Jača otpornost mokraćnog sistema prema infekcijama

**KLINICKI
ISPITAN
EKSTRAKT
HIBISKUSA**



PHARMANOVA



Proizvođač:
Pharmanova d.o.o.
www.pharmanova.com

ČVRSTINA KOJA ODOLJEVA vremenu

- Provjerena terapija osteoporoze
- Smanjenje rizika od preloma na svim kritičnim tačkama
- Visok stepen komplijanse



JEDANPUT NEDJELINO



Alefoss®
alendronska kiselina
tablete od 70 mg



BEZBJEDNO
priše
BOL



Meloxan®
meloksikam

NSAIL sa predominantnom COX-2 selektivnošću

- Dokazana efikasost u otklanjanju bola
- Značajno manji ulcerogeni potencijal od klasičnih NSAIL
- Potvrđena visoka kardiovaskularna i hepatička bezbjednost
- Doziranje jedanput dnevno

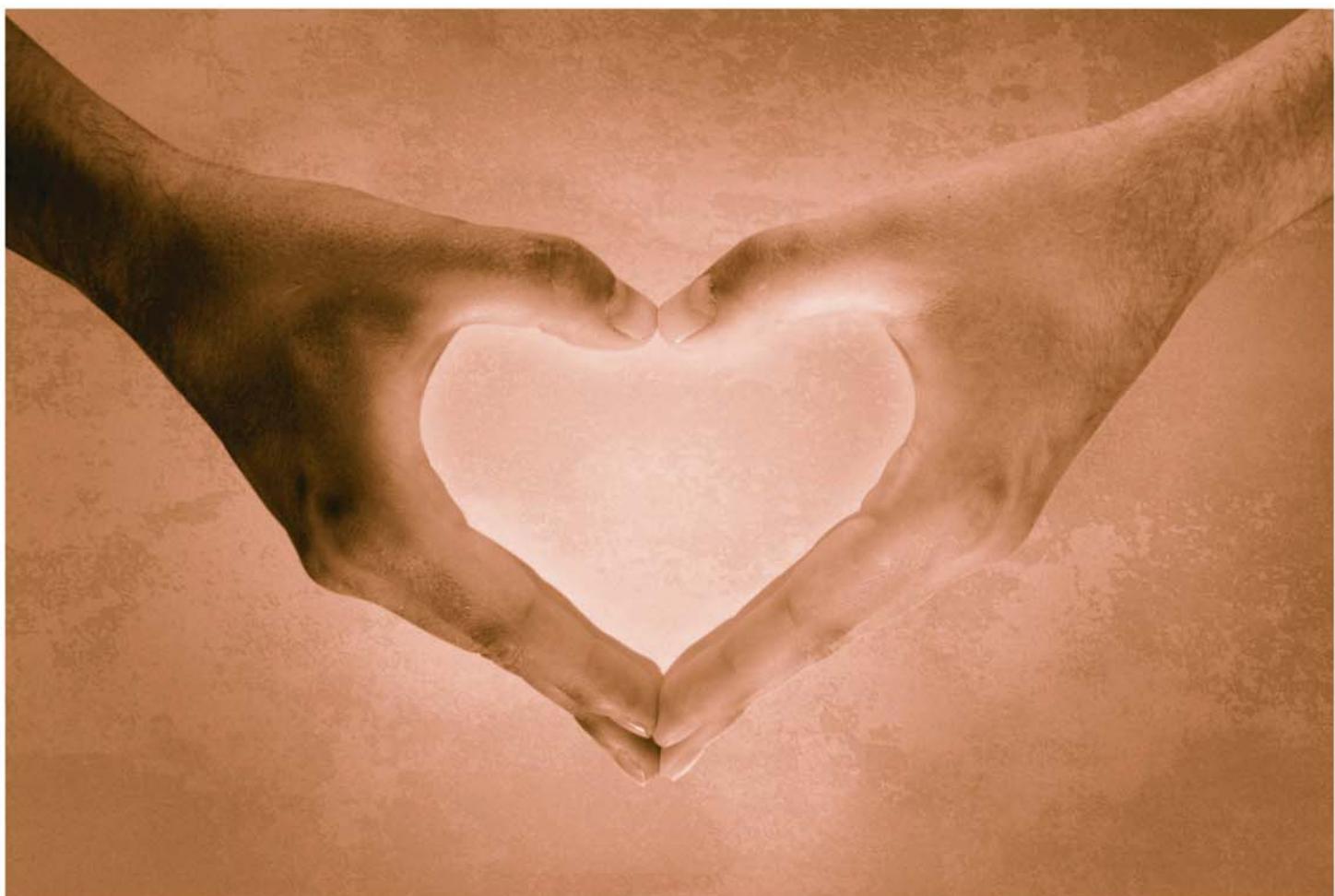


MJESEČNA TERAPIJA



Proizvođač:
Pharmanova d.o.o.
www.pharmanova.com

- jedini ACEi indikovan za prevenciju kardiovaskularnih bolesti
- dokazano usporava napredovanje bubrežne insuficijencije kod pacijenata sa dijabetesnom i ne-dijabetesnom nefropatijom
- redukuje pojavu novih slučajeva dijabetesa za **34%**
- predstavlja renoprotektivnu i vaskuloprotektivnu terapiju za pacijente sa dijabetesom





RIJEČ UREDNIKA

**Drage kolegice
i kolege,**

Nikad dovoljno novca u zdravstvu. Snažan razvoj, kakav bi željeli zdravstveni profesionalci, teško je obezbijediti i u razvijenijim zemljama od naša. Liječenje sve većeg broja hroničnih pacijenata, zahtijeva velike količine novca, koje Fond zdravstvenog osiguranja teško može da obezbijedi.

Naše znanje, Hipokratova zakletva, klinički vodići i akreditacioni standardi nas obavezuju na to da učinimo sve što je neophodno u tretmanu jednog pacijenta. Svakodnevna ljekarska praksa je, zapravo, vještina ljekara da balansira između potrebnog i mogućeg. Upravo to vidimo iz podataka koji nam stižu iz Doma zdravlja Prnjavor, a sigurno je tako i u ostalim domovima zdravlja.

Sasvim je jasno da ne postoji idealan zdravstveni sistem. Da bi se postigla veća efikasnost, bolja dostupnost, pronašao jeftiniji model funkcionalisanja zdravstvenog sistema, neophodne su reforme na svim njegovim nivoima. Dom zdravlja Gradiška je dobar primjer uspješne implementacije modela porodične medicine. Ono što je dobro osmišljeno i ozbiljno pripremljeno u praksi je zaživjelo bez većih poteškoća.

Pored marljivog i upornog rada u domovima zdravlja širom Srbije, veliko je interesovanje kolega u porodičnoj medicini za proširenje znanja, što se vidi po njihovom prisustvu na raznim kongresima i seminarima.

Posebno moram istaći aktivnost Asocijacije doktora porodične medicine. Zalaganjem kolega, koji su na čelu Asocijacije, naša Asocijacija je postala direktna članica WONCA. Sa velikom ozbiljnošću se pristupilo organizovanju Dana porodične medicine. Sigurna sam da ćemo se ugodno družiti u Tesliću.

Srdačan pozdrav.

Vaš glavni urednik,

mr sc. med. dr Verica Petrović

V. Petrović

- **Izdavač:** Udruženje ljekara porodične medicine RS
- **Za izdavača:** Dr Draško Kuprešak, predsjednik Udruženja ljekara porodične medicine RS
- **Glavni i odgovorni urednik:** Mr sc. med. dr Verica Petrović, e-mail: drverica@hotmail.com
- **Redakcijski odbor:** Dr Draško Kuprešak, dr Ljubica Jelovac, dr Zora Kremenović, dr Dragana Rakić, dr Nebojša Putnik, dr Brankica Marković, dr Radojka Bijelić
- **Tehnička priprema:** Medici.com Banja Luka
- **Kompjuterska priprema:** Sretko Bojić
- **Štampa:** "Atlantik bb" Banja Luka
- **Tiraž:** 1000 primjeraka

KAŽU DA PUT OD HILJADU MILJA ZAPOĆINJE MALIM KORAKOM	6
17 TH WONCA EUROPE 2011 CONFERENCE	8
KATASTROFE I URGENTNA MEDICINA.....	14
ČETVRTI MEĐUNARODNI KONGRES "EKOLOGIJA, ZDRAVLJE, RAD, SPORT"	15
AKTIVNOSTI PROJEKTA "DIJABETES MELITUS U REPUBLICI SRPSKOJ 2010-2013"	16
	
PEDIJATRIJSKA ŠKOLA NA ZLATIBORU	19
SPECIJALIZANTSKI PROJEKTI 2010/2011.....	20
EURACT-ov ASSESSMENT KURS U BANJALUCI.....	22
DODATNA EDUKACIJA IZ PORODIČNE MEDICINE.....	24
ŠEST GODINA PORODIČNE MEDICINE U GRADIŠCI.....	26
	
POTROŠNJA NOVCA NA LABORATORIJSKE PRETRAGE KOD HRONIČNIH PACIJENATA.....	29
	
RADNI DAN U AMBULANTI PORODIČNE MEDICINE	30
	
ISHRANA I OSTEOPOROZA	40
DIABETES MELLITUS KOD DJECE	42
	
KATEGORIJE POVEĆANOG RIZIKA ZA DIJABETES	44
	
PREGLED DIJABETIČKOG STOPALA	46
DIJABETESNA AUTONOMNA NEUROPATIJA.....	47
STRES I SINDROM SAGORIJEVANJA NA POSLU	50
	
BENIGNA HIPERPLAZIJA PROSTATE	53
	
VITAMIN E I NJEGOV POZITIVAN UTICAJ NA ZDRAVLJE	56
	
ALERGIJA NA AMBROZIJU	59
	
WONCA EUROPE 2010	61
MALO ŠALE NIJE NA ODMET	62

Udruženje iz Republike Srpske na mapi svijeta

KAŽU DA PUT OD HILJADU MILJA ZAPOČINJE MALIM KORAKOM

Dr Draško Kuprešak, predsjednik Udruženja doktora porodične medicine RS



Tako je i put Udruženja doktora porodične medicine Republike Srpske, nakon godina lutanja i brojnih problema, u februaru 2011. godine, dobio međunarodnu potvrdu za svoj minuli rad.

Naime, izvršni komitet WONCA na svom godišnjem sastanku koji je održan u Cebu, na Filipinama, u periodu 18-20. 2. 2011. godine donio je odluku da Udruženje doktora porodične medicine iz Republike Srpske primi u punopravno članstvo.

Šta reći o WONCA da nije poznato? Od svog osnivanja 1972. godine, kada je imala 18 članica, izrasla je u moćnu intrenacionalnu organizaciju koja obuhvata 118 članica i gotovo 250 hiljada doktora porodične medicine iz cijelog svijeta.

U svom radu ulaže velike napore da afirmiše porodičnu medicinu i primarnu zdravstvenu zaštitu podstičći međunarodnu razmjenu znanja i iskustava iz ove oblasti.

Svojim autoritetom i kredibilitetom je najsnažniji zastupnik svih porodičnih doktora u svijetu, jer je prihvaćena kao partner »Svjetske zdravstvene organizacije» u procesu kreiranja međunarodne politike iz oblasti primarne zdravstvene zaštite.

To sve govori u prilogu jedne ozbiljne i moćne organizacije, pravog »giganta», u čijem radu učestvuju sve relevantne zemlje u svijetu.

Biti član ovakve organizacije je povlastica, ali i obaveza više, da stalnim i predanim radom doprinose zajedničkom naporu za bolje mjesto porodične medicine u svijetu i kod nas.

Nadamo se da će članstvo u ovoj asocijaciji dati novi vjetar u leđa, i



World Organization of Family Doctors

*Association of Family Physicians
of Republic of Srpska*

Full Member Organization




President


Chief Executive Officer

Date March 2011

WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES
AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS

da će ovaj brod uploviti u nešto mirniju luku, jer reforma ulazi u vrijeme ozbiljnih iskušenja kada u praksi nakon grubih radova (izgradnje, opremanja i edukacije) treba preći na suptilnije procese poput kliničkog rada, integracije zdravstvene zaštite, decentralizacije do uspostavljanja novih modela ugovaranja.

Hronični nedostatak novca za zdravstvo, improvizacija u fazi organizacije rada od nekih upravljača, velika očekivanja pacijenata i javnosti od promjena, samo su neki od gorućih problema na koje treba dati adekvatne odgovore.

Politika ili stav Udruženja po mnogim pitanjima je veoma jasan i eksplicitan. On glasi da ne može biti boljšta za ukupni zdravstveni sistem ako nema saradnje svih aktera u njemu, ako nema otvorene komunikacije i dogovaranja oko svih rješenja koja se tiču zdravstvene oblasti.

Svaki drugi pristup je dugoročno pogrešan i vodi nas u jednu formalizaciju odnosa bez prave suštine.



Poučeni iskustvom drugih zemalja koje su prošle težak period društvenih promjena, a sada kada smo postali dio mođunarodnog zdravstvenog poretku, nadamo se da će nam ta pozicija olakšati da nađemo put do autentičnih rješenja koja će unaprijediti status i položaj porodične medicine u zdravstvenom sektoru ali i široj društvenoj zajednici uopšte.

DRAŠKO KUPREŠAK, PREDSJEDNIK UDRUŽENJA DOKTORA PORODIČNE MEDICINE RS

URS ima oko 650 doktora porodične medicine koji trenutno rade na edukaciji, od toga oko 190 doktora sa specijalizacijom, a ostalo su doktori opšte prakse s doedučakcijom i drugim specijalnostima

Kvalitetno uspostavljanje modela porodične medicine u Republici Srpskoj primarni je cilj zdravstvenog sistema u našoj zemlji, ali u ovom procesu još uvijek se javljaju mnogobrojni problemi, tvrdi dr Draško Kuprešak, predsjednik Udruženja doktora porodične medicine RS, povodom prvog obilježavanja Svjetskog dana porodične medicine.

- Na početku 1997. godine imali smo opstrukciju, međutim, ljudi su na vrijeme shvatili da je jedini model koji je prihvativ za zemlje u tranziciji, odnosno zemlje koje imaju slabe ekonomske resurse, ali i ljudske. Cijenimo da je napravljen znacajnih pomaka u razvoju porodične medicine, te da, iako postoje određeni problemi, nastojimo da ih riješimo - istakao je Kuprešak.

On je naglasio da je najčešći problem neinformisanost pacijenata, te loš menadžment u domovima zdravlja Srpske.

FOCUS: Koliko je RS prihvatan novi model zdravstvene zaštite?

Treba nam više SPECIJALISTA



KUPREŠAK: Mogu reći da organizacija svakim danom ide u izlaznom putanjom. Najčešće se susrećemo sa neshvatnjem prirode reforme i porodične medicine, ali se nadam da ćemo u narednih pet godina stvoriti kričnu masu i model koji će biti prihvativ i od strane zdravstvenih profesionalaca, ali i od strane javnosti. Ušli smo sa lošim pristupom prema javnosti, ali sada pacijenti postaju sve sjećniji, jer se ne može ući u sistem bez registracije, bez čega nema ostvarivanje osnovnih prava.

FOCUS: U kojim opština-ma RS je najbolje prihvatan model porodične medicine, a u kojim najlošije?

KUPREŠAK: Teško se može reći u kojim opština-ma je dobro prihvaćen model porodične medicine, a u kojima loše. Možda je teže novi model prihvaćen od strane domova zdravlja u Lakašima, Prnjavoru, Čelincu i Banjoj Luci, zbog velikog broja pacijenata, ali se nadam da će oni uskoro, kada završe edukaciju svojih kadrova, te opremanje ambulanti,

stvoriti dobre uslove da dodu medu najbolje. Najlošija situacija je na području Bileće, Čajniča, Kalinovika i Teslića, jer ovde, pored geografskih problema, postoje problemi s menadžmentima domova zdravlja, koji nisu na vrijeme prepoznali šansu novog modela, koji bi zasigurno donio i bolje uslove rada. Pitaju koliko će i kako prihvati novi model zdravstvene zaštite, zasigurno se ogleda u zdravstvenoj kulturi i navikama samih građana, pa na tome treba raditi, ne samo u zdravstvenim ustanovama, nego i u samim lokalnim zajednicama.

FOCUS: Koliko u Srpskoj ima doktora porodične medicine i kakvu su specijalizaciju prošli do sada?

KUPREŠAK: U RS ima oko 650 doktora porodične medicine koji trenutno rade na edukaciji, a od toga je oko 190 doktora sa specijalizacijom, a ostalo su doktori opšte prakse s doedučakcijom i drugim specijalnostima. Nismo srćni navedenim omjerom, jer mislimo da je to i sistemski problem, te da će se on ratifikovati duboko u kvalitetu pružanja zdravstvenih usluga. Trebalo bi da imamo što veći broj specijalista porodične medicine, ali je za to potrebno mnogo vremena.

B. MILAKOVIĆ

Prvi put obeležen Svetski dan doktora porodične medicine

Srpska u svetskom kalendaru!

BANJALUKA - U organizaciji Udruženja doktora porodične medicine RS juče je u Srpskoj prvi put obeležen „Svetski dan doktora porodične medicine“!

Tome je prethodila prošlogodišnja odluka Izvršnog odbora svetske asocijacije doktora porodične medicine WONCA da 19. maj proglaši ovim danom!

Doktor Draško Kuprešak, predsednik Udruženja doktora porodične medicine RS, kaže da se ovaj datum obeležava u 118 država koje su takođe članice WONCA. On podsjeća da je udruženje iz Srpske u ovu asocijaciju, kao punopravni član, primljeno 19. februara ove godine.

- WONCA je formirana 1972. godine i partner je Svetoskoj zdravstvenoj organizaciji u kreiranju međunarodne zdravstvene politike za primarni nivo zdravstvene zaštite. Njena misija se ogleda u unapredjenju kvaliteta života, putem promovisanja visokih standarda zdravstvene zaštite koja se pruža preko porodične medicine - kaže dr Kuprešak.

Doktor Mira Popović, pot-



UNAPREĐENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE Putnik, Popović i Kuprešak

predsednik udruženja, ističe da se u zdravstvenom sistemu RS početkom 2002. godine pojavila prva generacija specijalista porodične medicine.

- Do 2006. godine postojala su dva udruženja - specijalista opšte i specijalista i specijalizirana porodične medicine. U maju 2006. godine formirano je jedinstveno udruženje, koje broji oko 600 članova iz cele RS. Naša misija je da radimo na zaštiti profesionalnog interesa ove grupacije u zdravstvenom sektoru, ali i u celom društvu. U svom radu pokušali smo da promovisemo kulturu dijaloga i saradnje sa svima - od republičkih institucija i nevladinih se-

kutora, do međunarodnih zdravstvenih institucija - kaže dr Popović.

Prema rečima doktora Nebojše Putnika, predsednika Nadzornog odbora udruženja, od početka reforme zdravstvenog sistema u RS, koja je započeta 1997. godine, u zdravstvenom sistemu RS napravljen je vidan napredak.

- To se prvenstveno odnosi na broj edukovanog kadra i infrastrukturne i promene uslova rada. S druge strane, raduje nas činjenica da su građani izuzetno zadovoljni konceptom porodične medicine u sredinama gde se on ispravno sprovodi - kaže dr Putnik. M. B.



17th WONCA EUROPE 2011 CONFERENCE



Porodična medicina - praksa, nauka i vještina

17th WONCA EUROPE 2011 CONFERENCE

Mr sc. med. dr Verica Petrović, specijalista porodične medicince



Tokom 17. konferencije, od 8. do 11. septembra, Varšava je bila prijestonica porodične/opšte medicine Evrope. Konferencija pod nazivom "Porodična medicina - praksa, nauka i vještina" obilovala je bogatim i raznovrsnim naučnim programom. Naučni program je uključivao: pretkonferencijska dešavanja, pet ključnih tematskih predavanja, 92 radionice, 48 sesija sa 270 oralnih prezentacija, 485 postera, jedan satelitski simpozijum, sastanke Evropske WONCA mreže.

Pet ključnih tema je obuhvatalo različite oblasti današnje porodične/opšte medicine, naglašavajući njenu raznovrsnost: Stanje vještina u primarnoj njezi u Evropi, Nauka u porodičnoj medicini, Evropska saradnja u istraživanju u primarnoj njezi,

Ekonomska kriza, starost populacije i praksa porodične medicine, Prevenциja kardiovaskularnih bolesti – od sna do realnosti.

Porodični lječari Republike Srbске su imali značajno učešće na ovoj konferenciji. Dr Danijel Atijas je



ispred Udruženja porodičnih ljekara Republike Srpske, na sastanku Borda WONCA, pred 26 delegata iz evropskih udruženja, predstavio naše udruženje i njegove aktivnosti. Više porodičnih ljekara je učestvovalo sa poster prezentacijama:

Petrović V, Tešanović G, Janjić N, Perić R, Stanivuk L, Kalacun V.

The management of diabetic patients in Family Medicine in Banja Luka (B&H).

Tomić A, Ćulafić A, Nikolić R, Pejić D, Cvijanovic-Benke S, Atijas D. **Do we achieve target levels of control for diabetic patients in primary health care?**

Savić S, Stanetić K, Mlađenović B, Milić Nović L. **Effects of smoking and Body Mass Index in pregnancy on fetal weight in Primary Health Center Banja Luka, B&H.**

Stanetić K, Savić S, Pilipović Broćeta N, Petrović V, Tešanović G. **Smoking habits in patients treated in family medicine teaching center Banja Luka, B&H.**

Perić R, Šormaz L, Stanetić K. **The influence of smoking on incidence of the cardiovascular and malignant diseases**

Tomić A, Pejić D, Nikolić R, Cvijanović-Benke S, Ćulafić A. **The frequency of risk factors for cardiovascular disease in working population.**

Ćulafić A, Tomić A, Jelovac L, Kupešak D, Marković B. **Which health conditions bring patients to family medicine department during weekends?**



O WONCA EUROPE

WONCA je akronim za World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians ili, kraće, Svjetska organizacija porodičnih doktora.

WONCA EUROPE je regionalni evropski ogrank WONCA. Ona ima više od 40 organizacija članica, kojima pripada više od 45000 porodičnih ljekara u Evropi. Pored toga ima 400 direktnih članova.

Ovo udruženje je akademsko i naučno udruženje u opštoj praksi u Evropi. Ciljevi udruženja su da stimulišu mrežu u porodičnoj/opštoj praksi ulaganjem u profesionalni razvoj, istraživanja, edukacije. U tu svrhu se organizuje godišnja Evropska konferencija i drugi sastanci.

Mrežu WONCA EUROPE čini niz organizacija koje ulaze u njen sastav:

- EGPRN – The European General Practice Research Network
- EQUIP – European Association for Quality in General Practice
- EURACT – European Academy of Teachers in General Practice
- Vasco da Gamma Movement
- EFPC – The European Forum for Primary Care
- EPCCS – The European Primary Care Cardiovascular Society
- ESPCG – The European Society for Primary Care Gastroenterology
- EURIPA – European Rural and Isolated Practitioners Association
- EUROPREV – European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice
- PCDE – Primary Care Diabetes Europe
- WWPWF – Wonca Working Party on Women and Family Medicine
- IPCRG – The International Primary Care Respiratory Group



17th WONCA EUROPE 2011 CONFERENCE



Abstracti iz Republike Srpske

The management of diabetic patients in Family Medicine in Banja Luka (B&H)

**Petrović V, Tešanović G,
Janjić N, Perić R, Stanivuk L,
Kalačun V.**

Bosnia and Herzegovina
drverica@hotmail.com



Aim: Diabetes mellitus is a common problem in Primary Care. These patients are in high risk of developing micro and macro vascular complications. With the adequate management, these complications can be prevented or prolonged. The goal of this study was to determine successfulness of family physicians in the treatment of diabetic patients. Second goal was to determine the quality of adoption (use) of existing guidelines on the management of diabetic patients by family physicians.

Methods: We observed 66 patients with diabetes registered in Health Center of Banjaluka. The data were taken from their health charts and filled out the prepared questionnaire. Data were collected during November 2010. We followed whether the family physician, during last year, made all the necessary tests: blood glucose, HgA1c, urine, protein in urine, total cholesterol, examination of eye bottom, review of the feet, blood pressure and body mass index (BMI), checked for smoking status and monitored whether they achieved the targeted values of blood glucose, HgA1c, total cholesterol and blood pressure. The prevalence of micro and macro vascular complications was also monitored.

Results: All patients were regularly measured blood glucose levels and determined BMI. Measurement of arterial blood pressure and total cholesterol was done in a very high percentage (over 90%), foot examination had more than one half of patients, while the other parameters monitored at less than half of patients. Targeted blood glucose levels and HgA1c were achieved at the 1/3 of patients, while only 19 patients had normal total cholesterol values. From 66 patients

with diabetes, 34 of them had high blood pressure and all have had achieved the targeted values. 44 patients had presence of micro and/or macro vascular complications.

Discussion and conclusion: The data were compared with the current guidelines and the results of similar surveys in the region and beyond. According to our data we ha-

ve found that family physicians acted in accordance with the recommendations in the guidelines regarding the scope and conduct of regular tests. As for results of treatment, they should be better.

Do we achieve target levels of control for diabetic patients in primary health care?

**Tomić A, Ćulafić A, Nikolić R,
Pejić D, Cvijanović-Benke S,
Atijas D.**

Bosnia and Herzegovina
tomic.andrea@gmail.com

Aim: To investigate the level of adopted recommendations of European Association for the Study of Diabetes (EASD) in patients with diabetes mellitus.

Methods: A retrospective study was conducted for diabetic patients, aged over 18 and taking insulin therapy, that regularly visited the diabetes counseling center in 2009-2010. Data on BMI, blood pressure, fasting glucose, HbA1c, smoking status, diabetic foot examination and pharmacologic therapy were analyzed in relation to EASD guidelines for prevention. Lipid status was not included because the data in patient files was incomplete.

Results: 421 diabetic patients (43.9% men, 56.1% women) came for regular follow-ups of HbA1c and counseling. HbA1c levels $\leq 6.5\%$ were achieved in 56 (13.3%) patients, with the mean level of 6.2%. HbA1c levels $> 6.5\%$ were present

in 365 (86.7%) patients, with the mean level of 8.6%. Fasting glucose levels < 6 mmol/l were reached in 34 (8.1%) patients, with the mean level of 4.9 mmol/l. Fasting glucose levels \geq 6 mmol/l were found in 387 (91.9%) patients, with the mean level of 9.7 mmol/l. Well-controlled blood pressure levels <130/80mmHg were present in 173 (41.1%) patients (mean level 122/79), 49 (28.3%) of them taking antihypertensive therapy. 248 (58.9%) patients had blood pressure \geq 130/80mmHg (mean level 152/91), among them 166 (66.9%) are taking antihypertensive therapy. 103 (24.5 %) patients had normal body mass index (BMI) ranging from 18.5 to 24.9 (mean level 22.8), while 318 (75.5%) patients were overweight with BMI $>$ 25 (mean level 30.2). There were 201 (47.7%) patients with all elevated parameters (blood pressure $>$ 130/80mmHg, BMI $>$ 25, HbA1c $>$ =6.5 % and fasting glucose $>$ 6). Each of the 421 patients has at least one unregulated parameter. Out of the 421 patients, 46 (10.9%) were smokers, 52 (12.4%) had numbness and 4 (1.0%) amputated foot as the complication of diabetes.

Conclusion: Great majority of patients has not achieved target levels recommended in EASD guidelines. It is necessary to educate both doctors and patients about lifestyle, risk factors and therapy in order to minimize cardiovascular risk in diabetic patients as well as to achieve better glycemic control.

Smoking habits in patients treated in family medicine teaching center Banja Luka, B&H

**Stanetić K, Savić S, Pilipović
Broćeta N, Petrović V,
Tešanović G.**
Bosnia and Herzegovina
mirkos@inecco.net



Aim: To investigate frequency of current smokers, former smokers and non-smokers in patients treated in Family Medicine Educational Center (FMEC) in Primary Health Care Center Banja Luka. To investigate the level of change of

smoking status in a group of current smokers, to confirm a presence of associated chronic diseases in the group of total participants.

Methods: The study was conducted in FMEC in Primary Health Care Center Banja Luka during the period

November 15th - December 15th 2009. The patients were randomly surveyed in waiting-rooms every Monday and Wednesday in surveyed period. Information about smoking status, level of change of smoking status for current smokers, reasons for quit smoking for former smokers and presence of chronic diseases in group of total participants were collected in a self-created questionnaire.

Results: In the study participated 792 patients, 335(42.30%) male, and 457(57.70%) female, 118(14.90%) patients age 18-25, 573(72.35%) age 25-64 and 101(12.75%) patients older than 65 years. In the study group were 361(45.58%) current smokers, 191(24.12%) former smokers and 240 (30.30%) non-smokers. The majority of current smokers (51.80%) don't think to stop smoke, 35.73% think to stop with smoking during 6th month period, and only 12.47% patients were ready to stop smoke immediately. The most frequent reasons to quit smoking in the group of former smokers were: disease in 22.51% cases, doctors advice in 12.57% cases, advices by other persons in 10.47% cases and other reasons in 54.45% cases. The most frequent associated chronic diseases in the whole group were coronary artery disease, diabetes, COPD and malignant diseases.

Conclusion/Discussion: In the surveyed group about half of patients were current smokers and in this group even 54.45% don't think to stop smoke. The most important reasons for quit smoking in group of former smokers were disease and other personal reasons.



17th WONCA EUROPE 2011 CONFERENCE



Effects of smoking and Body Mass Index in pregnancy on fetal weight in Primary Health Center Banja Luka, B&H

**Savić S, Stanetić K,
Mladenović B, Milić Nović L.**
Bosnia and Herzegovina
suzanas@blic.net

Introduction: Smoking can seriously endanger the health of fetus with reduction of oxygen in the blood vessels of the placenta. Goal To examine effect of smoking and body mass index in pregnancy on newborn weight.

Methods: The survey was conducted in rural clinics BoDac, at the Health Center Banjaluka, from 01.01.2006. – 01.08.2009. Data were collected from medical records and with using of poll.

Results: The survey included 94 respondents in age of 15-19 (2.12 %), age of 20-24 (29.78 %), age of 25-29 (40.42 %), age of 30-34 (19.16 %) and in age of 35-39 (8.52 %). In the study 63.83 % of subjects were nonsmokers, 8.51% stopped smoking before pregnancy, and 27.66% were active smokers. Average weight of newborns of non-smoking mothers and mothers who stopped smoking before pregnancy was 3695 gr. And of mother's smokers was 3495 gr. Compared to the period of smoking status newborn weight was 3733 gr. With mothers who smoked less than 5 years, 3652 gr. With smoking from 5 to 10 years and 3200.7 gr. With smoking above

10 years. Average body weight of newborn for mother's BMI of 18.5 – 25 was 3495.25 gr. BMI of 25- 30 was 3960 gr. And BMI of 30 – 40 was 4565 gr.

Conclusion: Smoking and body mass index in pregnancy have effect on birth weight of newborn. Pregnancy is a great opportunity to advice cessation of smoking, because the most important for a mother is the health of her child.

The influence of smoking on incidence of the cardiovascular and malignant diseases

Perić R, Šormaz L, Stanetić K.
Bosnia and Herzegovina
mirkos@inecco.net



Objective: To assess the prevalence of smokers and the influence of smoking on occurrence of the cardio-

ovascular and malignant diseases in patients of one Family Health Team during a five-year period.

Methods: The study was carried out on the basis of analysis of the data collected among 2720 citizens registered with one Family Health Team in the Primary Health Care Center in Laktasi (Bosnia & Herzegovina) during the period 2005 - 2010. Data were collected from the patients Electronic Medical Records, Registry of Patients with Risk Factors for the Mass Non-infectious and Malignant Diseases and through voluntary questionnaire.

Results: During the survey period 466 (17.2) examinees had the status of the current smokers -269 (57.7%) of the male gender and 197 (42.3%) of the female gender. The majority of the active smokers were between 31 and 50 years old and 88 (18.8%) smoked 30-40 cigarettes per day for 20 or more years. More than a half of the active smokers - 254 (54.5%) had university degree. During the study period 87 (18.6%) of the smokers quit smoking while most of them (41.3%) stated that the reason for quitting smoking was disease. The analysis of the acquired results showed that 43.9% of the persons with cardiovascular diseases and 65.2% of the person with malignant diseases were exposed to tobacco smoke over a long period of time as active smokers or nonsmokers exposed to passive smoking.

Conclusion: The results of this study indicated the significant correlation between the exposure to tobacco smoke and incidence of the cardiovascular and malignant diseases.

There are no significant differences between the smoker prevalence in our study and the results of the other similar studies. The evident correlation between smoking and incidence of the cardiovascular and malignant diseases indicates the importance of prevention and everyday work on counseling how to break the smoking habit in the family physicians work.

The frequency of risk factors for cardiovascular disease in working population

Tomić A, Pejić D, Nikolić R, Cvijanović-Benke S, Ćulafić A.

Bosnia and Herzegovina
Poster presentations 259
tomic.andrea@gmail.com

Background: Cardiovascular diseases, such as myocardial infarction, angina pectoris, atherosclerosis and stroke, are the major causes of mortality worldwide. Their consequences affect also younger, working population, thus impoverishing the individual and the community. The main risk factors for cardiovascular diseases are high blood pressure, cholesterol, diabetes, obesity, smoking, age and gender. The secondary risk factors include depression and excessive alcohol consumption.

Aim: Define the presence of risk factors in working population and the importance of preventing them.

Methods: Randomly selected 150 persons (79 males and 71 females), aged 22-64 y., were interviewed at their working places. The questionna-

ire consists of questions about smoking, height, weight, physical activity, AUDIT C test of alcohol consumption and presence of diseases such as hypertension, diabetes mellitus and depression. Results Out of 150 interviewed persons, 133 (89%) had risk factors. There were 52 persons (39%) with one risk factor, 56 (42.1%) with two and 25 (18.8%) with three and more. Overweight was found in 78 persons (52%), and among them 18 (12%) had obesity. There were 51 smokers (34%), while hazardous and harmful alcohol consumption was detected in 45 persons (30%). Hypertension was found in 20 interviewees (13%), among them 15 (75%) were taking antihypertensive drugs. Diabetes mellitus was registered in 6 (4%) and depression in 4 (3%) persons. 80 (53%) of interviewees reported physical activity of some kind.

Conclusion: According to the results of the survey, risk factors are present in high percentages among the investigated population. It is necessary to intensify prevention activities and improve the level of health knowledge among working population.

Which health conditions bring patients to family medicine department during weekends?

Ćulafić A, Tomić A, Jelovac L, Kuprešak D, Marković B.

Bosnia and Herzegovina
anna.culafic@gmail.com

Aim: In primary care department family physicians work five days a

week, and during two non-working days (weekend), there are doctors on duty that take care of approximately 120000 people. The concept of that care is visiting doctor only in the case of emergency. The aim is to investigate main health conditions that bring patients to visit the doctor on duty.

Methods: During medical documentation investigation of 12 non-working days in November and December 2010, there were 399 patients that had visited doctor on duty. We wanted to interpret main health conditions and whether they were urgent for medical treatment.

Results: Out of 399 patients, 194 (48.62%) were male and 205 (51.38%) were female. Children 1-15 years old were 92 (23.06%), among them was 60 (15.04%) 1-6 years old. Main reasons for doctors examination was acute infection in 55.88% of patients, followed by fever 26.06% acute abdominal pain 6.77%, injuries 6.52%, musculoskeletal problems 6.27%, allergic reactions 3.26%, chest pain 2.25%, headaches 2 % and vertigo 1.75%. Out of 399 patients, only 47 (11.78%) needed further hospital treatment. The majority of infections was respiratory tract infections (69.50% of all infections).

Conclusion: Family physicians should do more to educate patients about their health, especially about dealing with fever and respiratory tract infection in children, which are mostly viral and there are no need for antibiotics. Other causes are unpredictable and do need further medical treatment.

17. svjetski kongres o katastrofama i urgentnoj medicini u Pekingu

KATASTROFE I URGENTNA MEDICINA

Dr Nela Janjić, specijalista opšte medicine, porodični ljekar

Od 31. maja do 3. juna 2011. godine u dalekom Pekingu održan je 17. kongres o katastrofama i urgentnoj medicini. Učestvovalo je preko 1000 profesionalaca zdravstvenog sektora, preko 150 zemalja iz cijelog svijeta. Na ovakvom eminentnom skupu učestovala je grupa od 7 ljekara iz Doma zdravlja Banjaluka, sa dva rada na poster prezentacijama.

Grupu je predvodila načelnica Službe hitne pomoći, specijalista urgentne medicine Doma zdravlja Banjaluka dr Nada Banjac. Grupu su sačinjavale specijaliste opšte medicine, porodični doktori i specijalista školske medicine. Radovi su nastali kao rezultat uzajamne seradnje Službe hitne pomoći i Službe porodične medicine, na zajedničkoj promociji zdravlja, te prevenciji kardiovaskularnih rizika.

Počasni govornici su bili profesor Debarati Guha-Sapir iz Indije, osnivač EMDAT-a (Emergency Data), predavač na katoličkom univerzitetu Luvijan, koji je članica Belgijске kraljevske medicinske akademije, profesor Alessandro Barelli iz Rima, specijalista kliničke toksikologije i anesteziolog. Profesor Bareli radi na više univerziteta i član je Italijanskog medicinskog vijeća. Počasni govornik je bio i Frederik Skip M. Burke. JR. MD. koji je profesor na Harvrdru, predsjednik je Američkog medicinskog udruženja za katastrofe, te profesor Itsua Shimohiro predstavnik Svjetske organizacije za zdravlje životinja.

Na kongresu su dodijeljene i nagrade. Nagradu za najbolju usmenu prezentaciju dobio je dr Axelle Ronse sa radom "Medicina pomiče granice, hiruški odgovor na zemljotres na Haitiju 2010. godine".

Najbolje poster prezentacije bile su dr Ka Ming Ngaia sa radom "Upotrebe netradicionalne tehnološke metodologije za unapređenje epidemiologije u slučaju kineskih ljudskih stampeda" i dr Elize Cheung na prezentaciji "Kliničke efikasnosti na obučavanju za psihološku prvu pomoć u kineskoj populaciji".

Jako kvalitetne su bile i poster prezentacije sa potresnim slikama zemljotresa razmjera katastrofe u Japanu 2011. godine i prikazom rada službe hitne pomoći u takvim uslovima.

U svakom pogledu, naše putovanje i učešće na ovom svjetskom kongresu, doprinijelo je usvajanju novina u našoj svakodnevnoj radnoj praksi.



Banja Luka, 8-10. 9. 2011. godine

ČETVRTI MEĐUNARODNI KONGRES "EKOLOGIJA, ZDRAVLJE, RAD, SPORT"

Dr Biljana Đukić Laketa, spec. porodične medicine



U periodu od 8-10. 9. 2011. u Banjaluci je održan Četvrti međunarodni kongres "Ekologija, zdravlje, rad, sport", pod pokroviteljstvom Vlade Republike Srpske. U ime dr Bakira Ajanića, predsjednika Organizacionog odbora, kongres je otvorio generalni sekretar Kongresa dr Branko Dikić. Otvaranje Kongresa, kao i uvodna plenarna predavanja održana su u Kristalnoj dvorani hotela "Bosna".

Nakon otvaranja učesnici su imali priliku da slušaju četiri uvodna plenarna predavanja, "Alternativna energija u Republici Srpskoj", autora dr Čedomira Crnogorca, "Teslini pro-nalasci u oblasti medicine i odbrane: na granicama stvarnosti i novih vizija nauke", autora doc. dr Elizabete Ristanović, "Ruđer Bošković, preteča savremene fizike", autora Ivana Tomljenovića i "Ćeranje oko Ruđera Boškovića", Zorana Pejašinovića. Idućeg dana završno plenarno predavanje "Karcinom dojke" održala je dr Zdenka Gojković u Konferencijskoj sali Vlade Republike Srpske.

Kongres je bio veoma posjećan. Kolege iz zemlje i inostranstva su iskoristile priliku da se upoznaju, razmijene iskustva i brojeve telefona. Pristigli su radovi iz Republike Srpske, Federacije BiH, Republike Srbije, Crne Gore, Makedonije i Hrvatske.

Radovi su prezentovani na nekoliko lokacija: Konferencijska sala Vlade Republike Srpske, sala Veterinarskog instituta "Vaso Butozan", sala Fonda zdravstvenog osiguranja RS Banjaluka.

Kongres "Ekologija, zdravlje, rad, sport", ostavio je na mene izuzetno jak utisak, kako zbog šarolikosti tema, korisnih predavanja, kao i različitih iskustava iz oblasti ekologije, sporta, radnih uslova, tako i medicinskih tema.

Veliki broj radova predstavili su ljekari iz porodične medicine, o hipertenziji, dijabetesu, gojaznosti, hiperholisterolemiji, osteoporosi, skoliozi, zatim hirurške kao i neurološke teme.

sredinu i njenu zaštitu. Iz područja sporta predstavljeni su radovi vezani za povrede sportista, anemije u sportu, iznenadne smrti sportista, a iz medicine rada o unapređenju zdravlja zaposlenih, procjenama rizika za zaposleno stanovništvo, kao i poboljšanje uslova rada. Značajan broj tema je bio o zdravlju školske djece.

Organizatori Četvrtog međunarodnog kongresa "Ekologija, zdravlje, rad, sport" pri samom otvaranju



Iz ekologije su bile zastupljene teme o hidroelektranama, zagađenosti vazduha, vode, ispravnosti vode za piće, kao i razni uticaji na životnu

ovog najavili su Peti međunarodni kongres, koji će biti održan iduće godine i pozvali sve učesnike da se ponovo odazovu u velikom broju.

AKTIVNOSTI PROJEKTA "DIJABETES MELITUS U REPUBLICI SRPSKOJ 2010-2013"

Prof. dr Snježana Popović Pejičić, načelnik Klinike za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma KC Banjaluka, nacionalni koordinator za dijabetes melitus Republike Srpske



Dijabetes melitus u Republici Srpskoj 2010-2013 je projekat Ministarstva zdravljia i socijalne zaštite Republike Srpske, Udruženja endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske i Društva doktora medicine Republike Srpske. U organizaciji Projekta, u zgradiji Vlade Republike Srpske, 26.8.2011. godine, održan je Simpozijum pod nazivom „Tip 2 dijabetes i hronične komplikacije: mogućnosti preventivne intervencije“.

Simpozijum je otvorio ministar zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske prof. dr Ranko Škrbić. Ministar je održao i uvodno predavanje pod nazivom „Hronične nezarazne bolesti kao problem za javno zdravlje“. Potom je slijedilo predavanje „Pandemija dijabetesa, stanje 2011“ prof. dr Snježane Popović Pejičić. Na kraju prve sesije slijedilo je predavanje uvaženog profesora, eksperta za dijabetes iz Republike Srbije, akademika Nebojša M. Lalića „Mogućnosti prevencije tipa 2 dijabetesa“. Time je završena prva sesija.

Druga sesija je takođe imala

veoma interesantne teme i ugledne predavače:

1. Terapija tipa 2 dijabetesa: nove preporuke i nove dileme
Prof. dr N. M. Lalić
2. Striktna kontrola glikemije u tipu 2 dijabetesa: za ili protiv?
Prof. dr S. Pejičić
3. Striktna kontrola lipida u tipu 2 dijabetesa: koliko nisko?
Doc. dr K. Lalić
4. Striktna kontrola arterijskog pritiska u tipu 2 dijabetesa: za ili protiv?
Doc. dr A. Jotić

Simpozijum je bio namijenjen internistima endokrinologima – dijabetologima, doktorima porodične

medicine, doktorima drugih specijalnosti koji se bave komplikacijama dijabetesa, kao i svima onima koje zanima ova problematika.

Simpozijum je bio dobro posjećen, a utisci prisutnih su da je bio interesantan i veoma koristan. Saznanja koja su ponijeli su aktuelna i primjenjiva u svakodnevnoj ljekarskoj praksi. Nakon predavanja je uslijedila veoma produktivna diskusija.

„Dijabetološki dani“ su nastavljeni i sljedećeg dana u Tesliću u Banji Vrućici. Cjelodnevni seminar, u okviru kontinuirane medicinske edukacije iz dijabetologije, „Doktrinarni stavovi u dijagnostici, prevenciji i terapiji dijabetesa“ bio je namijenjen doktorima porodične medicine koji su uključeni u Projekat. Seminar se odvijao, takođe, u dvije sesije sa predavanjima, nakon kojih su slijedile veoma korisne radionice. Predavanja, održana u okviru simpozijuma, obuhvatila su aktuelne teme: Dijabetes 2011: Pandemija koja traje, Dijagnostika dijabetesa: savremeni pristup, Terapija oralnim agensima: pristup uvođenju i podešavanju, Terapija insulinom: pristup uvođenju i





Mr sc. med. dr Kosana Stanetić



Mr sc. med. dr Verica Petrović



Mr sc. med. dr Suzana Savić

podešavanju, Terapija dijabetesa u prisustvu komorbiditeta i u postoperativnom periodu, Akutne komplikacije: rana detekcija i početna terapija, Hronične komplikacije: rana detekcija i mogućnosti prevencije i Prevencija tipa 2 dijabetesa. Predavači su bili eminentna imena iz oblasti dijabetologije iz Republike Srpske i Srbije: Prof. dr S. Popović Pejičić, prof. dr N. M. Lalić, doc. dr K. Lalić i doc. dr A. Jotić, mr sc. med. B. Vuković.

Radionice su tematski pratile prethodna predavanja: Dijagnostika dijabetesa: savremeni pristup, Terapija dijabetesa: nove preporuke, Akutne komplikacije: rana detekcija i početna terapija, Hronične komplikacije: rana detekcija i mogućnosti prevencije i Prevencija tipa 2 dijabetesa.

U okviru radionica kroz prikaze

slučajeva iz prakse, ostvaren je neophodan interaktivni pristup.

Trećeg dana održan je veoma interesantan simpozijum u okviru koga su internisti-endokrinolozi i doktori porodične medicine Republike Srpske predstavili rezultate originalnih naučnih radova, kao i prikaze interesantnih slučajeva iz prakse. Rad je bio organizovan u dvije sesije. U okviru prve sesije prezentovani su sljedeći radovi iz oblasti dijabetologije:

1. Uvođenje insulinske terapije kod oboljelih sa dijabetesom tipa 2 u ambulanti porodične medicine - prikaz slučaja
Mr sc. dr Kosana Stanetić
2. Primjena kliničkog vodiča za dijabetes melitus u porodičnoj medicini
Mr sc. dr Verica Petrović
3. Dijabetes melitus u ambulanti porodične medicine - prikaz slučaja
Mr sc. dr Suzana Savić
4. Uticaj funkcionalne insulinske terapije na pokazatelje glikoregulacije kod osoba sa dijabetesom tipa 1
Mr sc. Blaženko Vuković

5. Liječenje dijabetesne ketoacidoze u jedinici intenzivne medicine
Prim. dr Mirjana Bojić
6. Uticaj funkcionalne insulinske terapije na pokazatelje glikoregulacije kod osoba sa dijabetesom tipa 1
Prof. dr Snježana Popović-Pejičić
U okviru druge sesije prikazani su radovi iz oblasti endokrinologije:

1. Od primarne amenoreje do kongenitalne adrenalne hiperplazije
Mr sc. dr Aleksandra Grbić
2. Primarni hiperparatiroidizam kao komponenta MEN1 sindroma - prikaz slučaja
Mr sc. dr Aleksandra Grbić
3. Mister 46XX-prikaz slučaja
Dr Dragomir Berić
4. Sistemski efekti hipertireoidizma-prikaz slučaja
Prim. dr Mirjana Bojić



Mr sc. med. dr Mirjana Bojić



Mr sc. med. dr Blaženko Vuković

5. Autonomna neuropatija donjeg urinarnog trakta - prikaz slučaja
Dr Slavica Turanjnjan
6. Postpartusni tireoiditis – dijagnostičke i terapijske dileme
Dr Mladen Blagojević

Opšti utisak je da su „Dani dijabetologa Republike Srske“ protekli veoma uspješno i plodonosno, te je namjera Udruženja endokrinologa i dijabetologa da ovo postane tradicionalni skup. Planiramo da ga održavamo krajem avgusta svake godine, uz učešće doktora porodične medicine, sa kojima postoji višegodišnja uspješna saradnja u oblasti dijabetologije, kako kroz Projekat Dijabetes melitus u Republici Srpskoj, tako i u svakodnevnoj kliničkoj praksi.

Krajem 2012 god. planirano je održavanje Prvog kongresa endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem.



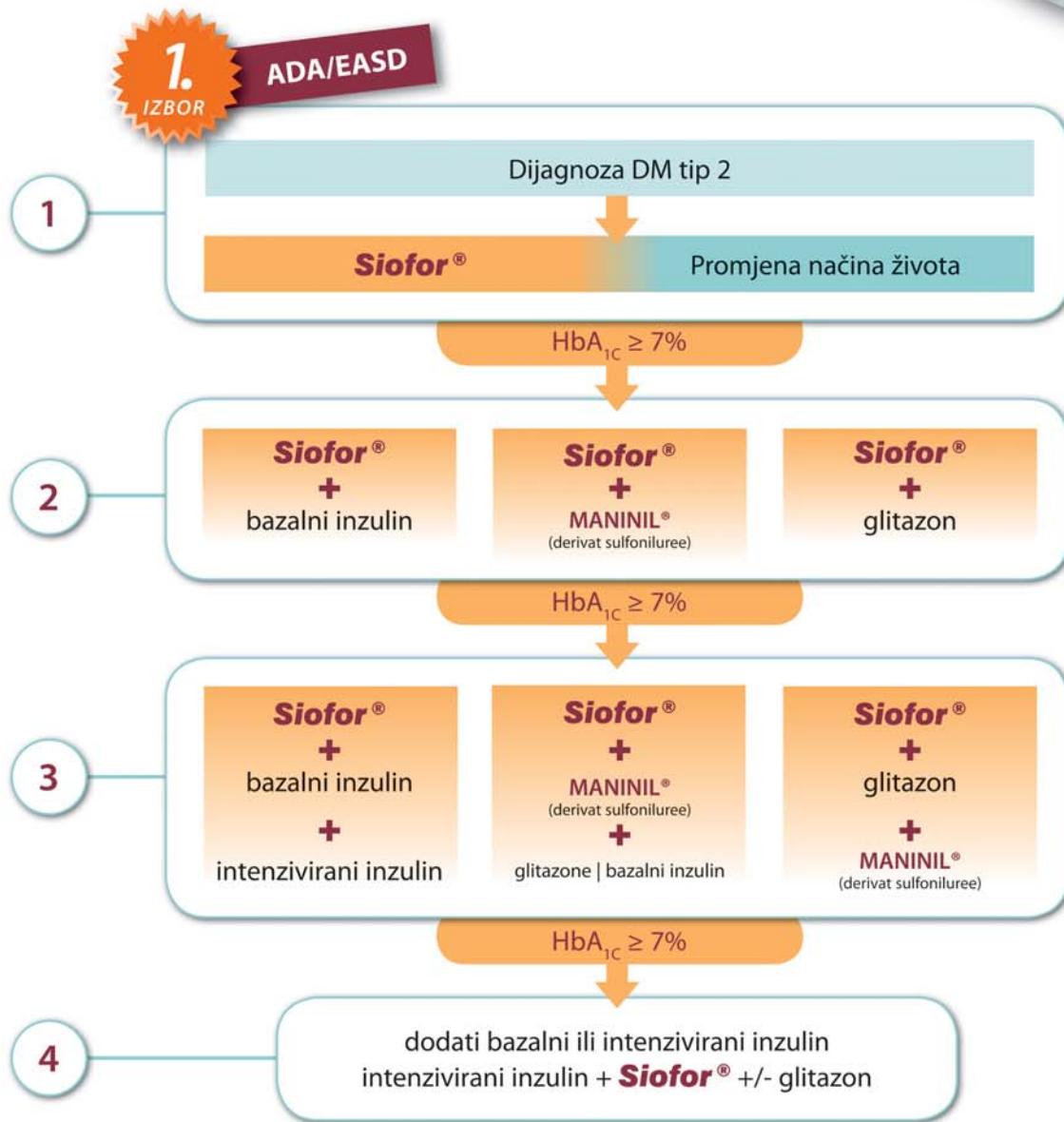


Siofor®

METFORMIN



Prvi izbor u terapiji dijabetesa



Uputstvo propisivaču:

KVALITATIVNI I KVANTITATIVNI SASTAV: Jedna film tableta sadrži 500/850/1000 mg metformin hidrochlorida. **INDIKACIJE:** Terapija dijabetes melitusa tip 2, naročito kod gojaznosti, u slučajevima kada nije moguće samo ishranom i vježbama postići odgovarajuće vrijednosti glikozne u krvi. **DOZIRANJE I PRIMJENA:** Siofor® 500/850/1000: Doza metformina zavisi od vrijednosti glikozne u krvi. Preporuka je započeti terapiju sa 500mg, postepeno povećavajući do maksimalno 3000 mg. **KONTRAINDIKACIJE:** Hipersenzitivnost na metformin ili neke od pomoćnih materija, latentni dijabetes, ketoacidotni dijabetes, dijabetes sa prethodnim epizodama laktične acidoze, dijabetična koma i prekoma, hepatična insuficijencija, bubrežna insuficijencija ili disfunkcija, teški kardiovaskularni poremećaj (dekompensacija srca, stanje kardiogenog ili toksično-infekтивnog šoka, poremećaji periferne arterijske cirkulacije, gangrena, teške respiratorne bolesti, zakazivanje funkcije nadbubrežne zljezde, hronični alkoholizam, izuzetno hipoklorične dijete i stanje posta, teški distrofični poremećaj). Uzimanje metformina je kontraindikirano za vrijeme liječenja diureticima ili drugim antihipertenzivnim lijekovima koji potencijalno

mogu izazvati oštećenje bubrežne funkcije. Uzimanje metformina mora se prekinuti 48 sati prije vršenja radioloških ispitivanja pomoću kontrastnih sredstava npr. kod urografe ili intravenozne angiografije. Sa uzimanjem lijeka može se nastaviti 48 sati nakon ovakvih pregleda. **INTERAKCIJE:** Potenciranje hipoglikemijskog efekta je moguće sa lijekovima kao što su inzulin i oralni antidijabetici, antikoagulantri, lijekovi iz grupe NSAID, diuretiči, antihipertenzivi i jedna kontrastna sredstva. **NUSPOJAVE:** Gastrointestinalne smetnje, kao što su mučnina, povraćanje, bolovi u stomaku, flatulencija, gubitak težine, dijareja i mentalni okus u ustima, javljaju se na početku terapije kod 5 - 20% pacijenata. Općenito nije potrebno prekidati terapiju, jer se smetnje povuku čak i ako doza ostane nepromijenjena. Dijareja koja perzistira preteže nakon prekida terapije. Učestalost i jačina gastrointestinalnih smetnji se može smanjiti postepenim povećanjem doze i uzimanjem Siofor® uz obroke. Glavobolja, vrtoglavica i umor se javljaju povremeno. U veoma rijetkim slučajevima, mogu se javiti kožne hipersenzitivne reakcije, kao i alergijske manifestacije različitog stepena i lokacija. **PAKOVANJE:** Kutija sa 60 film tableta.



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

XIV seminar Pedijatrijske škole Srbije, 5-11. juna 2011. godine

PEDIJATRIJSKA ŠKOLA NA ZLATIBORU

Prim. dr Mladen Šukalo, spec. porodične medicine



Reforma primarne zdravstvene zaštite na našim prostorima već dugo traje i svakako daje pozitivne rezultate u svakodnevnoj praksi obezbjeđujući za korisnike zdravstvenih usluga dostupnu, kontinuiranu, sveobuhvatnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu. Porodična medicina kao usvojeni model primarne zdravstvene zaštite vodi brigu o unapređenju zdravlja, sprečavanju oboljenja, kao i njihovom liječenju ukoliko do njih, ipak, dođe za sve građane bez obzira na njihovu životnu dob. Pored niza uočenih prednosti i dobrih rezultata u svakodnevnom radu, ipak se još u nekim segmentima tog rada traže izvjesne modifikacije, a posebno u radu sa djećijom dob.

Nezavisno o tome kakva se organizacija rada usvoji u pojedinim domovima zdravlja, a uvažavajući raspoložive ekonomske i sve druge resurse, svakako je za očekivati da zdravstvenu zaštitu djece i u budućnosti treba da pružaju, što i mogu porodični ljekari uz pomoć konsultanata pedijatara. Da bi taj zadatak uspješno obavljali pored osnovnih saznanja i vještina koje se steknu radom sa djecom tokom studija, kao i specijalizacije iz porodične medicine, svakako da je kao i u svakoj drugoj grani medicine važno pratiti najnovija saznanja i dostignuća iz te oblasti.

Dobar način dolaska do novih spoznaja je i posjeta seminarima i kongresima koji se organizuju i posvećuju zdravstvenom zbrinjavanju djece. Jedan od najkvalitetnijih sku-

pova iz te oblasti na ovim prostorima je i Pedijatrijska škola Srbije koju svake godine organizuje Udruženje pedijatara Srbije. Ove godine je organizovan XIV seminar Pedijatrijske škole Srbije u periodu od 5. do 11. juna 2011. godine na Zlatiboru. Imajući u vidu da u poslednje vrijeme redovno prisustvujem ovom seminaru, ipak, ne mogu a da ne istaknem koliko svake godine budem dodatno pozitivno iznenađen dobrom organizacijom, a posebno izborom tema i predavača, kao i ukupnom sticanju novih znanja za svakog učesnika.

Program seminara Pedijatrijske škole Srbije obuhvati sve oblasti iz pedijatrije, a za porodične ljekare je posebno zanimljivo da saznaju sve novo o tretmanu djece iz oblasti kao što su: pulmologija, gastroenterologija, nefrologija, imunologija, farmakologija, hematologija, kardiologija, otorinolaringologija, neurologija, endokrinologija, dječja hirurgija, socijalna pedijatrija i adolescencija. Bitno je istaći da iz svake od nave-

denih oblasti bivaju prezentovane i teme iz svakodnevnog ambulantnog rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti djece. Cjelodnevno se organizuju predavanja i radionice, kao i klinički čas sa prezentovanim temama, a svi učesnici dobijaju i Zbornik radova.

Uz priliku da se na ovom seminaru



mnogo novoga nauči svakako bude i prilika da se družite sa kolegama, razmjenjujete iskustva, ali takođe i da posjetite neku od kulturnih, vjerskih ili turističkih znamenitosti toga kraja, jer je i to svake godine sastavni dio organizacije seminara. Sa ovog seminara se uvijek, pored novih znanja i vještina koje usvojite i koji će vam koristiti u svakodnevnom radu, ponesu i dodatno zadovoljstvo što ste bili jedan od učesnika ovako dobrog i na visokom nivou organizovanog skupa, te stoga upućujem poziv svim kolegama porodičnim ljekarima da ubuduće svake godine budu u što većem broju prisutni na seminaru Pedijatrijske škole Srbije.

SPECIJALIZANTSKI PROJEKTI 2010/2011.

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



Pravo je zadovoljstvo obavijestiti Vas da je 22.6.2011. godine održan „Dan specijalizantskih projekta“ u sali Edukativnog centra porodične medicine Doma zdravlja Banja Luka. Prema nastavnom planu i programu specijalizacije iz porodične medicine, specijalizantski projekti čine obavezni dio specijalizacije iz porodične medicine. Ljekari na specijalizaciji pri izradi specijalizantskih projekata imaju kontinuiranu, sveobuhvatnu i koordinisanu asistenciju članova Katedre porodične medicine Medicinskog fakulteta Univerziteta u Banjoj Luci. Dizajn specijalizantskih projekata može biti po tipu istraživačkog projekta, studije kontrole slučaja, edukacije pacijenata, edukacije lječnika i protokola kartona pacijenata. Ljekari na specijalizaciji iz porodične medicine kontinuirano i vrijedno rade na istraživanju, prikupljanju podataka, analiziranju rezultata i poređenju istih sa istraživanjima iz sličnih oblasti. Članovi Katedre porodične medicine detaljno iščitavaju specijalizantske projekte, daju sugestije za poboljšanje, te zajedno sa specijalizantima dopunjavaju istraživačke projekte sa najnovijim studijama i istraživanjima iz oblasti medicine, koja su vezana za datu temu, te podučavaju specijalizante načinu prezentovanja dobijenih rezultata. Kada su specijalizantski projekti pravilno pripremljeni i pregledani od članova Katedre porodične medicine projekti se mogu prezentovati na drugoj ili trećoj godini specijalizacije iz porodične medicine.

Komisiju koja je pratila specijalizantska izlaganja i validirala prezentovane rezultate sačinjavala su



tri člana Katedre porodične medicine Medicinskog fakulteta u Banjoj Luci: mr sc. med. dr Kosana Stanetić, mr sc. med. dr Verica Petrović i mr sc. med. dr Suzana Savić. Za ocjenjivanje specijalizantskih proje-

kata navedena komisija je koristila standardizovani obrazac, koji je pored naziva autora i teme sadržavao šest kriterijuma koji su morali biti zadovoljeni tokom prezentacije. Kriteriji su se odnosili na literarni pri-





kaz teme, jasno opisan cilj projekta, jasnou metodologiju rada, relevantne i odgovarajuće rezultate istraživanja, postignut odgovarajući zaključak kao i relevantnost istraživačkog projekta za porodičnu medicinu.

U Edukativnom centru porodične medicine Banja Luka uspješno je prezentovano i održano 12 specijalizantskih istraživačkih projekata:

- „Zastupljenost pušenja kod mlađih u ruralnoj sredini“ autora dr Elvire Đaković i dr Vesne Latinović;
- „Život roditeljskog para i seksualni odnosi nakon porođaja“ autora dr Milivojka Zubić i dr Gorane Petković;
- „Ispitivanje regulisanosti dijabetesa melitusa u ambulanti porodične medicine na osnovu HbA1C“ autora dr Vanje Rajčević i dr Sanje Komnenović;
- „Učestalost gojaznosti i drugih faktora rizika kod osoba oboljelih od dijabetesa melitusa tip 2“ autora dr Amele Vicanović i dr Biljane Jovičić-Perišić;
- „Problemi dijagnostikovanja depresivnih poremećaja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“ autora dr Zorana Ćetkovića i dr Vesne Galić;
- „Ocjena regulacije diabetesa mellitusa typ 2 u ambulanti porodične medicine“ autora dr Mladenka Rosića i dr Zlatka Škerića;
- „Učestalost anemije u dojenačkoj dobi u zavisnosti od načina

ishrane“ autora dr Aleksandre Mijatović i dr Gordane Matić;

- „Prevencija padova kod starijih osoba“ autora dr Jelene Jović i dr Marice Čavić;
- „Poređenje preporuka Evropskog udruženja kardiologa (ESC) za oboljele od dijabetesa melitusa i stvarnog stanja u praksi“ autora dr Andree Tomić i dr Dragane Vujko;
- „Učestalost diabetesa mellitusa typ 2 kod pacijenata sa indeksom tjelesne mase > 30 “ autora dr Jelene Mićić i dr Srđana Kravića;
- „Učestalost depresije kod pacijenata u ambulanti porodične

medicine“ autora dr Mirjane Babić i dr Olivere Pejović;

- „Učestalost alkoholizma kod mlađih“ autora dr Vlade Jankovića. Svi radovi su bili sjajni, te nije bilo lako izabrati najbolji. Prema navedenim kriterijumima kao najbolji rad izabran je specijalizantski projekt pod nazivom „Učestalost depresije kod pacijenata u ambulanti porodične medicine“ autora dr Mirjane Babić i dr Olivere Pejović.

Podrška, koju su pružile kolege na specijalizaciji iz porodične medicine, bila je od velikog značaja za specijalizante, koji su dosta sigurnije i u ugodnijoj atmosferi izlagali specijalizantske projekte.

Istakla bih veliko zalaganje šefa Edukativnog centra porodične medicine prim. dr Mladena Šukala u koordinaciji i sveobuhvatnosti specijalizantskih projekata.

Posebno bih naglasila veliku podršku šefa Katedre porodične medicine Medicinskog fakulteta u Banjoj Luci prof. dr Gordane Tešanović na neizmjernoj podršci u naučnom, stručnom i ljudskom smislu, prevašodno radeći na edukaciji svojih asistenata i specijalizanata porodične medicine, što je svakako uticalo i dalo veliki doprinos u podizanju kvaliteta specijalizantskih projekata i njihove relevantnosti za porodičnu medicinu.



Autori pobijedničkih projekata sa komisijom i šefom edukativnog centra

EURACT-ov ASSESSMENT KURS U BANJALUCI

Dr Nataša Pilipović Broćeta, asistent na Katedri porodične medicine Medicinskog fakulteta Univerziteta u Banjaluci



Evropska Akademija nastavnika u porodičnoj medicini (EURACT) je organizacija, koju sačinjavaju članovi katedra porodične medicine, saradnici navedenih katedra, kao i specijalisti porodične medicine. Vijeće EURACT-a predstavlja rukovodno tijelo Akademije, koje sačinjavaju nacionalni predstavnici evropskih država, članica EURACT-a. Jedna od aktivnosti Vijeća je i kreiranje kurseva za edukaciju edukatora iz porodične medicine.

Jedan od kurseva je i Assessment kurs, koji se održava na međunarodnom i lokalnom nivou, a čiji je cilj usavršavanje vještina za procjenu znanja iz oblasti porodične medicine.

Autori kursa su: dr Roger Price iz Velike Britanije, dr Roar Maagaard iz Danske, dr Justin Allen iz Velike Britanije, dr Smiljka Radić iz Srbije, dr Monika Lindt iz Švedske i prof. Janko Kersnik iz Slovenije, koji je sačinjavao predsjednik Vijeća EURACT-a. Specijalisti porodične medicine, koji pohađaju kurs na međunarodnom nivou provode kurs unutar svoje države – na lokalnom nivou. Nakon završetka kursa, učesnici automatski stiču pravo da učestvuju kao predavači na narednom Assessment kursu.

Prvi Assessment kurs u Bosni i Hercegovini održan je u Banjaluci, 18. i 19. marta 2010. godine u Edukativnom centru porodične medicine, JZU Dom zdravlja, uz odobrenje i podršku generalnog direktora Doma zdravlja i šefa Katedre porodične medicine Medicinskog fakulteta u Banjaluci, prof. dr Gordane Tešanović. Dodatnu podršku u organizaciji kursa obezbijedila je i Asocijacija porodične medicine Republike Srpske. Predavači su bili: doc. dr sc. med. Maja Račić iz Istočnog Sarajeva, koja je istoimeni kurs pohađala u Poljskoj, zatim prim. mr sc. dr Kosana Stanetić, dr Nevena Todorović i dr Sanela Tepšić iz Banjaluke, a kurs su pohađale u Portugalu. Učesnici kursa održanog u Banjaluci su bili

specijalisti porodične medicine iz Banjaluke, Doboja i Mostara.

Kurs se sastoji iz sedam modula, sa sljedećim naslovima: 1. Uvodni modul – opis kursa; 2. Pregled metoda procjene znanja, 3. Teorija procjene, 4. MCQ - pitanja sa višestrukim izborom odgovora i EMQ - pitanja sa uparivanjem, 5. Procjena znanja na radnom mjestu, 6. Konsultacijske vještine, 7. OSCE - Objektivni strukturirani klinički ispit. Svaki modul se sastoji iz plenarnog i praktičnog di-



jela. Praktični dio se odvijao kao rad u malim grupama (diskusija, pisani materijal – zaključci diskusije, „brain storm“), rad u velikoj grupi, plenarna diskusija i plenarna prezentacija svake grupe.

Učesnici kursa su, anonimnim popunjavanjem evaluacionih listova, ocjenjivali svaki pojedinačni modul i na kraju, finalno ocijenili cjelokupni kurs. Kurs je održan u prijatnoj atmosferi i sa velikom zainteresovanosti svih predavača i učesnika.





RAMIPRIL Kwizda®

2,5 mg; 5 mg; 10 mg

RAMIPRIL HCT Kwizda®

2,5mg/12,5mg; 5mg/25mg



apomedical

*Najbolje za
Vaše zdravlje!*

Kwizda

Pharma OTC

Efikasan, dobro tolerisan
siguran u dugoročnoj
terapiji hipertenzije

Visoko kardioselektivan 1x1

BISOCOR

Bisoprolol fumarat (2:1)

5 i 10 mg



apomedical



APOMEDICAL d.o.o., Vreoce 33, 71210 Sarajevo – Ilidža
Tel.: + 387 33 771701, Tel.: + 387 33 771702, Fax: + 387 33 771707,
www.apomedical.com, Email : apomedical@apomedical.com

DODATNA EDUKACIJA IZ PORODIČNE MEDICINE

Mr sc. med. dr Verica Petrović, specijalista porodične medicine

Uspostavljanje primarne zdravstvene zaštite po modelu porodične medicine u Republici Srpskoj podrazumijevalo je uspostavljanje zakonske legislative, obezbjeđivanje prostora - ambulanti za timove porodične medicine, obezbjeđivanje odgovarajuće

opreme, registraciju stanovništva u timove porodične medicine i edukaciju osoblja.

Osoblje u porodičnoj medicini treba da ima dodiplomsko, poslijediplomsko i kontinuirano obrazovanje. Ljekar i sestra treba da budu edukovani za sadržaj rada u timu porodič-



ne medicine koji podrazumijeva rad u lokalnoj zajednici, stručnu ulogu u timu gdje je rad pojedinca integriran u ostvarenje timskog zadatka.

Uslov za novu ulogu ljekara i sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je prilagođavanje nastavnih planova i programa medicinskih fakulteta u RS i BiH novom konceptu primarne zdravstvene zaštite.

Dodatna edukacija iz porodične medicine ili popularno nazvana PAT (Program of Additional Training)



organizovana je kao intenzivan dvosemestralni kurs iz principa i prakse porodične medicine za doktore medicine i specijaliste drugih grana medicine, kao i za medicinske sestre/tehničare koji rade u PZZ-a.

U periodu od 1998 - 2002. godine nije postojao jedinstveni nastavni plan i program. Edukacija je provođena sa različitim planovima i programima i različitom dužinom trajanja. Organizovana je od strane nekoliko međunarodnih organizacija, a diplome nisu izdavali medicinski fakulteti. Od 2004. godine postoji jedinstven nastavni plan i program dodatne edukacije. Planom je utvrđen sadržaj dodatne edukacije. On

Prof. dr Gordana Tešanović, šef Katedre porodične medicine, Medicinskog fakulteta u Banjoj Luci



podrazumijeva 20 nastavnih jedinica i 18 supervizijskih posjeta. Tokom nastavnih jedinica održavaju se predavanja ex katedra, rad u velikoj i malim grupama prilikom rješavanja praktičnih zadataka. Demonstratori/supervizori su dobro obučeni zdravstveni profesionalci sa raniјe završenom dodatnom edukacijom koji, nakon svake nastavne jedinice, obilaze timove na njihovim radnim mjestima i pomažu implementiranju usvojenog teoretskog znanja u praksi.

Na kraju edukacije, nakon 20. nastavne jedinice, za polaznike se organizuje završni ispit u vidu testa.

Edukativni centri za izvođenje teoretskog dijela dodatne edukacije se nalaze u Banjoj Luci, Doboju i Foči, a nastavni kadar obezbjeđuju Katedre porodične medicine medicinskih fakulteta iz Banje Luke i Foče.

Nastavni kadar za izvođenje teoretskog dijela nastave u Banjoj Luci čine prof. dr Gordana Tešanović, mr.

sc. dr Kosana Stanetić, mr sc. dr Verica Petrović i mr sc. dr Suzana Savić, a u Doboju: dr Nevena Todorović, dr Mladen Šukalo, dr Nataša Pilipović Broćeta, dr Zora Kremenović i dr Rajna Tepić. Predavači u Foči su doc. dr Maja Račić, dr Srebrenka

Kusmuk i medicinske sestre Draginja Simović, Nada Nikolić i Nebojša Matić. Medicinske sestre koje obavljaju posao demonstratora/ supervizora u Banjoj Luci su Rada Bubić, Miholjka Ubović i Milena Savić, a u Doboju Mira R. Ninković, Mira M. Ninković i Dragoslava Kovačević.

Tokom 2011. godine dodatnu edukaciju pohađa blizu 150 medicinskih sestara/tehničara iz raznih zdravstvenih ustanova Republike Srpske. Uz obaveze na poslu i porodične obaveze, nije lako pohađati nastavu i pripremati se za završni ispit. Međutim, dosadašnja iskustva govore da, bez obzira na napor, na kraju svi učesnici osjećaju veliko zadovoljstvo zbog poboljšanja kvaliteta svog rada, ali i zbog druženja i sticanja novih prijateljstava.



Reforma primarne zdravstvene zaštite

ŠEST GODINA PORODIČNE MEDICINE U GRADIŠCI

Prim. dr Radoja Racanović, specijalista opšte medicine sa doedukacijom iz porodične medicine



Model porodične medicine se počeo primjenjivati na području opštine Gradiška početkom 2006., tačnije 16. januara te godine kada je kompletan Dom zdravlja Gradiška prešao na rad po principima porodične medicine. Trenutku prelaska na rad po novom konceptu prethodile su opsežne pripreme tokom 2004. i 2005. godine. U okviru reforme primarne zdravstvene zaštite i implementacije modela porodične medicine u Republici Srpskoj, izvršena je organizaciona transformacija Doma zdravlja u cilju ispunjavanja reformskih zahtjeva. Od mnogobrojnih aktivnosti u navedenom periodu, posebno treba istaći edukaciju kadrova i aktivnu registraciju stanovništva. Ne treba zaboraviti ni brojne odluke upravljačkih struktura i osnivača Doma zdravlja koje je bilo neophodno donijeti da bi se koncept porodične medicine uopšte mogao uvesti. Sa kojom ozbiljnošću i koliko temeljno su svi, uključeni u taj proces, odrali svoj dio posla, dovoljno govori činjenica da je određenog dana cijeli Dom zdravlja Gradiška prešao na rad po novom konceptu.

Narodna poslovica koja kaže da se po jutru dan poznaje, pokazala se potpuno ispravnom u našem slučaju. Ono što je dobro osmišljeno i ozbiljno pripremljeno u praksi je zaživjelo bez većih poteškoća. Novoformirana Služba porodične medicine, nastala spajanjem dotadašnjih službi opšte i medicine rada te preraspoređivanjem određenog broja zaposlenih iz drugih službi, bila je dovoljno kadrovski osposobljena, tehnički i prostorno opremljena za preuzimanje vodeće uloge u pružanju primarne zdravstvene zaštite stanovništvu naše opštine. Pri tome, svakako, treba naglasiti dobru osnovu koja je već postojala u našoj ustanovi, na koju

je nadograđen novi sistem. Jasno je da se ni ovdje, kao uostalom i u drugim sredinama, u reformu nije ušlo sa novim ljudima, objektima i opremom, već su iskorišćeni postojeći resursi, uz neophodne, ponegdje minimalne, izmjene i prilagođavanja. U tom kontekstu svakako je najznačajnija edukacija kadrova, započeta još 2000. godine upućivanjem prvog doktora na specijalizaciju iz porodične medicine. Kao posebno značajnu treba naglasiti doedukaciju svih doktora specijalista drugih grana medicine i većeg broja medicinskih sestara planiranih za rad u porodičnoj medicini tokom 2005. i 2006. godine. Taj proces je nastavljen u kontinuitetu tako da će do kraja tekuće godine svi zaposleni u ovoj službi imati potrebnu stručnu kvalifikaciju iz porodične medicine.

O spremnosti sa kojom smo započeli implementaciju modela porodične medicine dovoljno slikovito govori i činjenica da je već krajem 2007. i početkom 2008. godine većina timova porodične medicine (19 od 26) uspješno prošla proces akreditacije.

I kao što smo u januaru 2006. u svim ordinacijama radili po pravilima i principima porodične medicine, bez obzira na to da li su i u kojem broju članovi timova završili (do)edukaciju iz porodične medicine, tako su u januaru 2008. svi, znači i akreditovani i neakreditovani timovi, primjenjivali u svome radu akreditacione standarde i kriterijume. Mi u Gradišci se nismo zadovoljavali polovičnim rješenjima pa su oni koji su završili profesionalnu obuku na relevantnim mjestima internu edukovali one koji još nisu prošli kroz taj proces.

Samom procesu akreditacije pretvodilo je veliko zanavljanje medicinske opreme tako da su sve ordinacije opremljene u skladu sa odgovarajućim standardima, a gdje god je to bilo moguće i prostor je prilagođen u skladu sa zahtjevima akreditacije. Slijedeće 2009. godine izvršena je nabavka potrebnog broja računara i nakon provedene obuke članova svih timova za rad na softveru prešlo se na elektronsko vođenje zdravstvenih kartona i prateće medicinske dokumentacije. Sve navedene procese



Centralni objekat porodične medicine u Gradišci

pratila je aktivnost na obezbjeđivanju namjenskih prostora za rad, bilo da se radilo o renoviranju postojećih ili izgradnji novih objekata.

Od ukupno devet objekata koji su činili mrežu ambulanti porodične medicine prethodno je samo jedan, ambulanta u Turjaku, namjenski građen za potrebe porodične medicine. Šest od preostalih osam, ranije izgrađenih objekata, su u većoj ili manjoj mjeri zadovoljavali novopostavljene standarde, dok su u dva odstupanja bila toliko značajna da su zahtijevala hitnu intervenciju. Radilo se o ambulantama u Lamincima i Donjoj Jurkovici, koje su renovirane i adaptirane prije upućivanja zahtjeva za akreditaciju. Nakon ovih slijedili su izuzetno značajni građevinski radovi, obavljeni 2009. godine, na objektima u Gornjim Podgradcima i Novoj Topoli, izuzetno značajnim punktovima sa ukupno osam timova porodične medicine. Ambulanta u Gornjim Podgradcima, smještena u kvalitetno građenom čvrstom objektu, renovirana je i adaptirana u skladu sa novim potrebama, dok je montažni objekat ambulante u Novoj Topoli srušen i izgrađen novi čvrsti objekat po tipskom projektu.

Godina 2010. je bila u znaku dovršetka izgradnje centralne zgrade porodične medicine u Gradišći i preseljenja. Naime, u početku je Služba porodične medicine u gradu funkcionalisala u dvije odvojene zgrade smještene u istom krugu. Jedna od njih, montažni objekat u kojem je ranije bila smještena Služba medicine rada, bila je prilično neuslovna za rad. Osim pomenutog, Dom zdravlja je raspolagao sa još nekoliko takvih dotrajalih objekata na lokaciji u gradu, a takva je bila i ambulanta u Novoj Topoli. Poučen ranijim lošim iskustvom sa renoviranjem, menadžment ustanove je donio odluku da se ne ide u tom pravcu, već da se unutrašnjim preraspoređivanjem i izgradnjom novih zgrada sve službe smjesti u objekte izgrađene od čvrstog materijala. Tako je odlučeno da se za potrebe Službe porodične medicine izgradi nova zgrada, dovoljno velika da se u nju mogu smjestiti svi timovi porodične medicine koji pružaju usluge gradskom i prigradskom stanovništvu. Gradnja je započeta sredinom 2009., a okončana u

proljeće naredne godine. Sredinom šestog mjeseca 2010. godine svih 13 gradskih timova porodične medicine uselili su u novi reprezentativni objekat izgrađen po savremenim standardima, kako građevinskim, tako i onim koje zahtijeva porodična medicina. Novoizgrađeni objekat svojim kapacitetom zadovoljava potrebe 16 timova porodične medicine, organizovanim da rade u dvije smjene, što predstavlja odgovor na projekciju da će se u budućnosti povećavati broj gradskog stanovništva, a i moguće snižavanje maksimalno dozvoljenog broja registrovanih lica po jednom timu. Iz istog razloga je i ambulanta u Novoj Topoli projektovana za rad osam timova porodične medicine u dvije smjene, mada trenutno u tom prostoru radi šest timova.

rad i provođenje modela porodične medicine.

O samom radu po principima, standardima i normativima u porodičnoj medicini ovdje nije bilo riječi, jer se oni podrazumijevaju. Treba ponoviti da se sa njihovom primjenom počelo od prvog dana na nivou cijele službe, te da u ostvarivanju ovih principa nastojimo postići maksimalne rezultate. Pri tome nam je svakako od izuzetne važnosti razumijevanje i podrška ogromnog dijela građana naše opštine. Ne treba zaboraviti podršku opštinskih i nadležnih republičkih organa vlasti, a posebno treba istaći ključnu ulogu upravljačkih struktura i menadžmenta Doma zdravlja koji su sve vrijeme imali pozitivan stav i davali aktivan doprinos uvođenju i



Ambulanta u Novoj Topoli

Izgradnjom novih objekata u gradu i Novoj Topoli, adaptacijom i rekonstrukcijom većine terenskih ambulanti i njihovim prilagođavanjem funkciji porodične medicine, namjenskim opremanjem prostora za rad i zanavljanjem medicinske opreme, uvođenjem softvera te profesionalnim usavršavanjem i kontinuiranom edukacijom medicinskih radnika praktično je zaokružen proces implementacije porodične medicine u Domu zdravlja Gradiška. U taj proces smo ušli, kao dobro organizovana služba, spremni da se nosimo sa svim izazovima koje je pred nas postavljala započeta reforma sistema zdravstvene zaštite. Danas sa neskrivenim zadovoljstvom možemo konstatovati da smo u svega pet godina ostvarili optimalne uslove za

provođenju koncepta porodične medicine. Nije naodmet naglasiti da su i bivši i sadašnji direktor ustanove, inače doktori specijalisti drugih grana medicine, sve vrijeme bili članovi najužeg tima za implementaciju i koordinisali svim aktivnostima. Iako je u početku bilo nerazumijevanja, sumnjičavosti pa čak i bojazni kod pojedinaca zaposlenih u službama koje su rasformirane, reorganizovane ili na čiji rad se moglo odraziti uvođenje novog modela, treba istaći odličnu saradnju koju ostvarujemo sa ostalim službama u Domu zdravlja i drugim ustanovama, prvenstveno Opštom bolnicom Gradiška. Tako uvezani u funkcionalan i efikasan sistem nastavljamo dobru tradiciju gradiškog zdravstva na zadovoljstvo svih zaposlenih i dobrobit građana naše opštine.



Fopin

ACE INHIBITOR

Klavax

amiodazon + klevulanska kiselina

HIDROKLOROTIAZID

Lizinopril Farmal

Klavax BID

DIKLOFENAK

Lizinopril H Farmal Ramipril Farmal

EFOX

Ibuprofen 800

Ramipril H Farmal

Cardox



FARMAL KARDIOLOGIJA!

RAMIPRIL FARMAL

ramipril

tbl. 28x2,5 mg; tbl. 28x5 mg; tbl. 28x10 mg
ACE inhibitor, čisti

RAMIPRIL H FARMAL

ramipril+hidroklorotiazid

tbl. 28x2,5+12,5 mg; tbl. 28x5+25 mg
ACE inhibitor sa diuretikom

FOPIN

amlodipin

NOVO

tbl. 30x5 mg; tbl. 30x10 mg
Blokator Ca kanala

LIZINOPRIL FARMAL

lizinopril

30x5, 10 i 20 mg tablete
ACE inhibitor

LIZINOPRIL H FARMAL

lizinopril+hidroklorotiazid

30x10 mg/12,5 mg tablete
ACE inhibitor sa diuretikom

NOVO

CARDOX RETARD

izosorbidmonononitrat

ret.tbl. 50x40 mg; ret.tbl. 50x60 mg
Antianginik

Zdravlje ne smije biti privilegija!

FARMAL

FARMAL d.d. Branitelja domovinskog rata 8, 42230 Ludbreg, Republika Hrvatska, +385 42 408 700; 042 408 708
Ovlašteni zastupnik FARMAL-BH d.o.o., Kreševska cesta bb 71250 Kiseljak; tel: 030 870 814; fax: 030 870 815; e-mail: farmal@farmal.ba
www.farmal.hr

Dom zdravlja Prnjavor

POTROŠNJA NOVCA NA LABORATORIJSKE PRETRAGE KOD HRONIČNIH PACIJENATA

Dr Ljiljana Milosavljević, specijalista porodične med.



U Domu zdravlja Prnjavor liječi se veliki broj hroničnih pacijenata. Podaci pokazuju da onihkoji imaju dijabetes (DM) ima 1.035, dok je pacijenata sa hipertenzijom (HTA) 5.664. Po timovima porodične medicine za 2010. godinu to izgleda ovako:

- Tim br. 1 DM-63, HTA-304;
- Tim br. 2 DM-161, HTA-653;
- Tim br. 3 DM-50, HTA-220;
- Tim br. 4 DM-105, HTA-461;
- Tim br. 5 DM-57, HTA-575;
- Tim br. 6 DM-74, HTA-271;
- Tim br. 7 DM-65, HTA-391;
- Tim br. 8 DM-60, HTA-376;
- Tim br. 9 DM-50, HTA-270;
- Tim br. 10 DM-57, HTA-619;
- Tim br. 11 DM-80, HTA-459;
- Tim br. 12 DM-51, HTA-228;
- Tim br. 13 DM-47, HTA-190;
- Tim br. 14 DM-65, HTA-280;
- Tim br. 15 DM-50, HTA-358.

Većina timova porodične medicine u Domu zdravlja Prnjavor je akreditovana. Prema akreditacionim standardima, najmanje 80%

dijabetesnih pacijenata svakih šest mjeseci mora biti laboratorijski kontrolisano sa ciljem da se spriječe ili rano otkriju mikro i makrovaskularne komplikacije. HgA1c treba da se radi svaka tri mjeseca. Kod hipertenzivnih pacijenata, akreditacioni standardi nalažu da najmanje 60% pacijenata, bar jednom godišnje treba da ima odgovarajuću laboratorijsku obradu.

Za laboratorijsku dijagnostiku, za 2010. godinu, Dom zdravlja u Prnjavoru je dobio 272.680 KM ili po timu porodične medicine 18.100 KM.



Kako u praksi izgleda potrošnja samo za ove hronične bolesnike?

Novac potreban za laboratoriju za paciente sa diabetesom mellitusom, u Domu zdravlja Prnjavor, je 56.718 KM, sa HgA1c iznosi 139.518. To je novac potreban da se obrade svih 100% bolesnika oboljelih od DM a za 80% pacijenata, kako nalažu akreditacioni standardi, potrebno je 45.370 KM.



Za laboratorijsku obradu svih hipertenzivnih pacijenata u Domu zdravlja u Prnjavoru, potrebno je 130.272 KM. Akreditacioni standardi nalažu laboratorijsku obradu kod najmanje 60% oboljelih, a to u novcu iznosi 78.163 KM.

Prethodno navedeni podaci pokazuju kolika je količina novca potrebna samo za obradu hroničnih bolesnika sa ova dva oboljenja, pod uslovom da nema potrebe da se ponavljaju pretrage.



RADNI DAN U AMBULANTI PORODIČNE MEDICINE

Dr Zora Kremenović, spec. porodične medicine



Sunčan dan. Toplo. Upućuje na vedro i dobro raspoloženje. Poslijepodnevna smjena u Edukativnom centru porodične medicine Poliklinika. Trinaest časova. U hodniku žagor pacijenata koji nisu završili pregled u prijepodnevnoj i pacijenata koji su ranije pristigli u poslijepodnevnu smjenu. Tu su i pratioci različitog spola i dobi koji upotpunjaju sliku. Recepција radi punim kapacitetom: brojno medicinsko osoblje koje završava ili započinje radni dan. Ulazak u ordinaciju uvodi u mirniju atmosferu. Kratka razmjena informacija sa doktorom iz prijepodnevne smjene. Pojava timske sestre na vratima navođeštava nove informacije za predstojeći radni dan: jedna posjekotina, dijete sa povišenom temperaturom i „hitna“ uputnica za bolnicu za nekog pacijenta iz Goleša ili Boča. Usput i informacija o preuzimanju dežurstva za tekuću sedmicu (dežurni tim ima obavezu prijema i rješavanja hitnih slučajeva i svih ostalih koje put naseče). Svi pomenuti slučajevi budu riješeni za „neko“ vrijeme.

Prvi pacijent sa zakazanim terminom bude primljen sa pola sata zakašnjenja. Blagovremeno je obaviješten od strane timske sestre o razlogu kašnjenja, a takođe dobio i izvinjenje od doktora porodične medicine zbog „pomjeranja“ termina. Zakazani pacijent uz puno razumijevanje prihvata nastalu situaciju. Nakon pola sata pojavljuje se registrirani, a nenajavljeni pacijent i donosi laboratorijske nalaze na uvid jer mu je to sugerisao zamjenski doktor koji ga je to jutro pregledao. Nakon uvida u zdravstveni karton i predložene nalaze daju se odgovarajuće preporuke i zakaže kontrola. Poslije

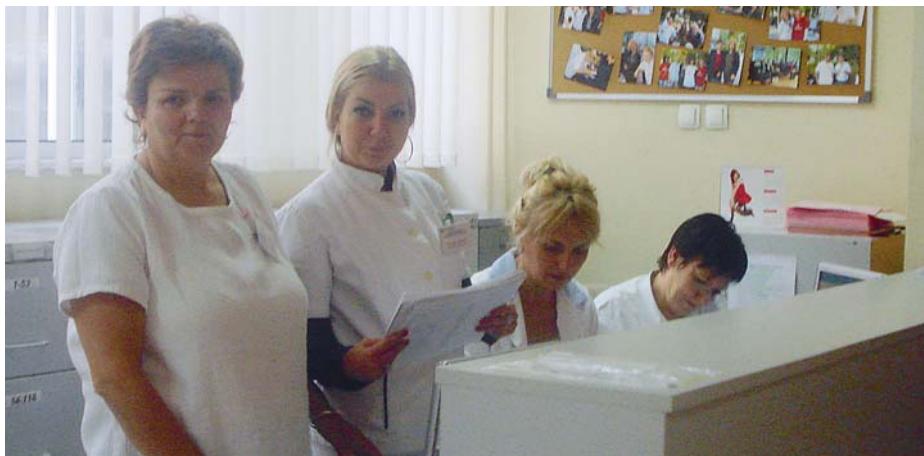
njega se odmah pojavljuje i pacijent koji treba redovnu terapiju uz ispriku da ne može posjetiti svog porodičnog doktora zbog podudarnosti smjene. Naredni zakazani pacijent ulazi sa 45-tominutnim zakašnjenjem. Timska sestra donosi doznake na uvid i parafiranje, ostavlja dva kartona za propisivanje redovne terapije i traži recept za Ana-Te vakcinu. Dva pacijenta sa liste zakazanih uspiju završiti posjetu. Ulaze pacijenti da pitaju: mogu li se napisati recepti za lijekove sa otpusne liste - pacijent upravo otpušten iz bolnice?... drugi pita može li dobiti uputnicu za dnevnu bolnicu za „sutra ujutro“ i ako nije problem da



izmjeri pritisak. Pojavljuje se timska sestra sa obavještenjem da su dva dječaka, povrijeđena zbog pada sa bicikla, u sobi za intervencije. Opet izvinjenje i objašnjenje pacijentima pred vratima ordinacije o razlogu prekida i molba za strpljenje. Kratke upute sestri oko zbrinjavanja povreda i informacija za roditelje o težini povrede, provjera vakcinisanosti djece i zakazivanje kontrole-previjanja za naredni dan. Povratak u ambulantu i nastavak rada sa zakazanim pacijen-

tim. Vrijeme neumitno teče. Prekidi radnog procesa pomjeraju zakazane termine redovnih pacijenata. Vrijeme pauze. Rješavaju se problemi dva pacijenta koji su zakazani prije pauze. Konačno isčekivani predah... Vrata se otvaraju. Ulazi dijete na pregled u pratinji majke. Zdravstvene tegobe ne potkrepljuju „hitnoću“ koju uporno pokušavaju predstaviti. Završi pregled. Ordinirana terapija. Ručak čeka. Želudac poluprazan, sluznica usne šupljine suha, glas promukao, malaksalost. Na izlasku iz ordinacije čeka pacijent čiji je termin zakazan nakon pauze. Ponovo uljudno izvinjenje i obavještenje da je zbog gužve „potrošena“ pauza i da slijedi malo osvježenje. Pacijent sa kiselim izrazom lica prihvata objašnjenje. Pauza pomjerena. Vrijeme pauze skraćeno, neumitno ističe.

Start nakon pauze pomjeren. Povratak u ambulantu izaziva rezignaciju. Četvoro ljudi stoji sa kartonima u ruci, uz to dijete u pratinji dvije žene, ženska osoba sa nalazom iz privatne dermatološke ordinacije za propisivanje terapije i uputnica za preporučene nalaze i jedan muškarac zbog konsultacije. Vraže, ne lezi! . . Sestra žurno prilazi niz hodnik sa informacijom da u sobi za intervencije leži pacijent zbog bolova u grudnom košu „radi“ EKG. Nije potrebno nikakvo objašnjenje za pacijente jer su svi bili svjedoci situacije. Pacijent-hroničar sa dobro poznatom problematikom: šećeraš, visokotlakaš, metabolički sy, nefrotski sy, gojazan; ostale dijagnoze, nakon pomenutih, gube na značaju. Anamneza, fizikalni pregled, EKG, šuk.. započinje inicijalna terapija... kontakt sa Službom hitne pomoći zbog prevoza sanitetom



i pratnje. Uprkos hemodinamskoj stabilnosti i normalnom EKG nalazu potreban nadzor doktora do dolaska hitne pomoći. Povratak u ambulantu: jedno presretanje pacijenta sa pitanjem može li se pregledati zbog glavobolje koju ima već 10 dana uz naglašavanje nemogućnosti odlaska svom doktoru u Krupu na Vrbasu jer je na terenu u Banjaluci.

Započinje rad u ordinaciji nakon pauze: 17,30 h. Pokušava se nado-knaditi „izgubljeno“ vrijeme. Sestra traži „time out“: pacijent zahtijeva telefonsku konsultaciju doktora zbog pojave alergije tokom uzimanja antibiotika. Ponovo prekid. Odlazak na recepciju - kratka konsultacija i odgovarajuće upute. Sestra se interese-ruje da li će se moći uraditi planirani preventivni pregledi ili bi trebalo da se otkažu za drugi termin. Daje informaciju o potrebi dostavljanja broja vakcina za sezonski grip namijenjenih OB vidovima i pokazuje spisak za vakcinaciju zdravstvenih radnika. Uručuje i obrasce za evidenciju kontrole kvaliteta. Kratko isključenje iz problematike pacijenata pa ponovno vraćanje na „teren“. Rasprave pred vratima ordinacije o prednosti kod ulaska. Svako pokušava „progurati“ svoje argumente: zakazan termin, raniji dolazak, hitno stanje, godine starosti, trudnoća, RVI itd. Na kraju izgleda da je sve pod kontrolom. Pacijenti ulaze... izlaze... vrijeme prolazi. Zvoni mobilni telefon. Kratko javljanje. Poznati pacijent treba hitno uputnicu za očno zbog naloga za naočale jer je iste slomio na bazenu poslijepodne.

Završeni su i administrativni poslovi oko izvještaja o kontroli kvaliteta, evidencija preventivnih pregleda kroz obrasce i unošenje podataka

u računar i zdravstveni karton, evidentiranje riziko faktora u registar. Također je sačinjen mjeseci izvještaj o bolovanju kao i kvartalni izvještaj o prevenciji. Na kraju, pred zatvaranje ambulante, dolazi pomenuti pacijent po uputnicu za očno.

Vrijeme za odlazak kući, 19,55 h. Pozdravljanje sa sestrama koje još nisu završile sve potrebne izvještaje. Lagani hod kroz hodnik do izlaza. Umor ili radost što se odlazi kući. Subjektivni problemi zabilježeni pred pauzu su zamijenjeni stanjem opšte anesteziranosti praćenim fluktuacijom mentalnog statusa od stepena insuficijencije do subdekompromisacije. Pred

na grube podražaje, mjerim puls i pritisak. Stiže hitna pomoć. Moja zaokupljenost pacijentom prestaje. Tehničari iz ekipe hitne pomoći brzo, uz viku, podižu pacijenta na noge i izvode napolje do sanitetskog vozila uz riječi: „Doktorice, ne sekirajte se... on je u sigurnim rukama sada... to je naš pacijent; mi se dobro poznajemo“. Niska spodoba mlatara nogama kroz vazduh dok ga dva snažna tehničara drže za mišice. Stvarno je u sigurnim rukama. Odlaze sanitetskim vozilom.

Zaključavam ordinaciju. Razmišljajam... Koliko dugo čovjek može da radi ovakav posao... odgovoran, naporan, stresan, rekla bih pokatkad i po život opasan, a da pri tom očuva integritet svog biološkog sistema kao i funkcionalnu suficijentnost. Kliko god imao razvijene mehanizme adaptacije, kontrole i samokontrole, samopouzdanja, tolerancije, znanja i iskustva uvijek će postojati situacije za iskušenje. Rezerve ovih kvalitativnih parametara nisu, nažalost, neograničene. Vrijeme je faktor koji polako i sigurno fiziološki prazni akumulaciju, a dodatne, konfliktne situacije samo ubrzavaju proces praznjenja; i prevodi „ljudsku mašinu“ u



očima filmska radnja. Na glavnom ulazu Poliklinike pojavljuje se odrpanac pojačane pigmentacije kože. Portir ga zadržava sa riječima da se javi na pregled u Stanicu hitne pomoći jer je radno vrijeme završeno. Istog časa se odrpanac složi na patos, „ne mrda i ne trepće“. Portir uvjerava da „folira“ jer je navodno i prije nekoliko večeri napravio sličnu scenu. Bude se čula kao po nekom automatizmu i uspostavlja se apsolutna funkcija. Vratim se po tlakomjer i stetoskop u ordinaciju. Pokušavam uspostaviti verbalni kontakt i dobiti odgovor

stadij izraubovanog organizma koji ne može odgovoriti u potpunosti osnovnim zahtjevima radnog procesa, a istovremeno postaje jako podložan najrazličitijim uticajima okoline. Humanista s početka karijere spremjan na žrtvovanja, koja od njega očekuje i zahtijeva profesija u okvirima tolerantnih granica, u novoj situaciji zbog ugroženog biopotencijala djelovanjem spolašnje, negativne energije ispoljava smanjen interes za radni proces kao i proces medicinske edukacije što onda minorizuje ličnu i profesionalnu satisfakciju.

6. Dani

porodične medicine
Republike Srpske

Teslić, 14.-15.10.2011



6. DANI PORODIČNE MEDICINE REPUBLIKE SRPSKE

PROGRAM

14-15. 10. 2011. (petak i subota)

Banja Vrućica hotel "Kardial", velika sala "Dunav"



PETAK 14.10.2011. - PRELIMINARNI PROGRAM

- 17.00 – 18.00 Registracija učesnika
 18.00 – 18.20 Svečano otvaranje konferencije
 18.20 – 19.50 **Najčešći dermatološki problemi u ambulanti porodičnog doktora** - Dr Jonathan Edward Holdsworth, MD, General Practitioner, UK
 19.50 – 20.05 **Wonca Regional Conference Varšava povratne informacije** - Dr Danijel Atijas, Dom zdravlja Doboj

SUBOTA 15.10.2011.

09.00 – 09.15	Zastupljenost deformiteta prednjeg zida grudnog koša u dječjoj populaciji dr Željka Kovačević-Miličević dr Milan Miličević, Dom zdravlja Teslić	13.45 – 14.05	Uticaj faktora rizika na vrijednosti arterijske tenzije dr Dragana Grbić, dr Vesna Kević, dr Ljiljana Panić, Dom zdravlja Čelinac i Banjaluka
09.15 – 09.35	Analiza učestalosti oboljenja dojke i štitne žlijezde kod istih pacijenata dr Žana Pećanac, dr Kristina Gataric, Dom zdravlja Laktaši	14.05 – 14.25	Obrazovnostarsna struktura trudnica i pušenje dr Željka Kovačević-Miličević, dr Sanja Glušić, dr Georgije Radmanović, Dom zdravlja Teslić
09.35 – 09.55	Uticaj vremena na zdravlje dr Radojka Perić, dr sc. Ljubo Šormaz, mr sc. dr Kosana Stanetić, Dom zdravlja Laktaši, DZ Banjaluka	14.25 – 14.45	Uloga statina u prevenciji moždanog udara kod pacijenata oboljelih od dijabetesa dr Željka Popović, Dom zdravlja Doboj
09.55 – 10.15	Dijabetička neuropatija; Dijagnostički i terapijski problemi dr Aleksandra Dominović-Kovačević, KC Banjaluka	14.45 – 15.05	Učestalost malignih tumora očnih kapaka na Dobojskoj regiji u desetogodišnjem periodu dr Tanja Petrović, dr Davor Cvjetić, Opšta bolnica Doboj
10.15 – 10.40	Tri razloga za dva lijeka mr sc. dr Smilja Obradović, KC Banjaluka	15.05 – 15.20	Primjena ramipirila u prevenciji KV rizika mr Sanja Medić-Mandra
10.40 – 11.00	Uloga porodičnog doktora u liječenju hemoroidalne bolesti prof. dr Miodrag Kostić, KC Srbija	15.20 – 15.40	Značaj određivanja vrijednosti PSA kod kurativnih i preventivnih pregleda dr Žana Pećanac, dr Tijana Banduka, Dom zdravlja Laktaši
11.00 – 11.20	Savremeni tretman dislipidemija: Pregled kliničkih aktivnosti rozuvastatina mr sc. dr Smilja Obradović, KC Banjaluka	15.45 – 16.00	Zaključne diskusije, završna riječ i podjela sertifikata
11.20 – 11.40	BHP i primarna zdravstvena zaštita dr Slobodan Hajder, KC Banjaluka	16.00 – 17.00	Ručak
11.40 – 12.00	Kako zaštititi pacijenta od obmanjujućih reklama sredstava koja nisu registrovana kao lijekovi doc. dr Ankica Jelenković, Institut SS Beograd	U sali „Sava“ 15.10.11 god. će biti organizovane radionice na teme:	
12.00 – 12.30	Kafe pauza	09.00 – 13.00	Cognitive Behavioural Therapy, Counseling Skills for Family Doctors. Application to Mental Health Problems in Primary Care. dr Ros Simpson, BM, DFFP, DRCOG, Dip Med Educ. MRCGP. Southampton University Medical School, UK., General Practitioner dr Jonathan Edward Holdsworth, MD, General Practitioner, UK
12.30 – 12.50	Iskustva iz privatne prakse ambulante porodične medicine mr sc. dr Mišo Marjanović, Kuća „Zdravlje“ Prnjavor	13.10 – 14.20	Brza interpretacija EKG-a sa fokusom na poremećaje ritma mr. sc. dr Renata Hadžić, Edukacioni centar dom zdravlja Banjaluka
12.50 – 13.10	Uticaj nutritivnih alergijskih reakcija u SHP Banjaluka dr Brankica Galić, dr Jadranka Pešević, mr sc. dr Nada Banjac, Dom zdravlja Banjaluka	14.30 – 16.00	Procedure aplikacije intraartikularnih injekcija prof. dr Aleksandar Jakovljević, Poliklinika E-stetik Banjaluka
13.10 – 13.30	Rehabilitacija hroničnih psihijatrijskih bolesnika u kućnim uslovima metodom patronažne psihijatrije dr Branimir Rančić, dr Slobodanka Nedeljković, Dom zdravlja Gadžin Han, Srbija	13.00 – 15.00	U VIP salonu hotela "Kardial" 15.10.11 će biti organizovan okrugli sto: «Elektronski karton u porodičnoj medicini» Prednosti i nedostaci
13.30 – 13.45	Predavanje srebrnog sponzora dr Ivana Ljevišić		



6. DANI PORODIČNE MEDICINE PEDAGOŠKI OKVIRI



Partnerships in International Medical Education

Innovation Centre, Highfield Drive, Churchfields, St Leonards. TN38 9UH
Tel 0044 (0) 1424 858258, Email: admin@prime-international.org.uk

Family Doctors Day Conference.

Title: COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY, COUNSELING SKILLS FOR FAMILY DOCTORS. APPLICATION TO MENTAL HEALTH PROBLEMS IN PRIMARY CARE.

Aim of the day:

For Family Doctors to understand CBT and develop skills to start using this technique of counseling in their surgeries.

Objectives: By the end of the day, participants should be able to:

1. Understand the Theory and application of CBT.
2. Have observed and practiced some core skills needed by FDs to be able to use CBT.
3. Have observed and practiced the use of CBT related skills in various mental health problems that present in primary care.
 - a. Depression
 - b. Generalised anxiety disorder
4. Have discussed the use of and application of these skills in their own practice.

PROGRAMME:

Session 1: 2 hours... UNDERSTANDING CBT AND DEVELOPING SKILLS NEEDED TO PRACTICE IT.

1. Introduction to the usage helpfulness and basis of CBT...theory, evidence and a brief outline of the skills we will learn today. RS (my ppt can be shortened.) 20 mins Interactive Talk.
2. Some exercises necessary for CBT: each one to be explanation, a demonstration and a practical exercise.
 - a. Listening skills, including picking up cues, active listening and picking up psychiatric or deeply emotional cues. Role play from the front and practice for participants.
 - b. Socratic questioning . (used to reveal cognitive distortions and challenge them) brief talk and participants practice
 - c. Cognitive distortions (including mind reads and predictions)
 - d. Discovering core beliefs and introducing a whole person perspective of counseling.

Following this short demonstration of the core concepts we are going to practice them by looking at the case of a footballer E. S. and his problem. This will first be demonstrated from the front and then the participants will have chance to try it out themselves. During the demonstration we will ‘freeze’ the scene at key points to reflect on what we have just observed.

Session 2: APPLICATION OF CBT TO MENTAL HEALTH PROBLEMS.

1. Depression. The position of CBT, when to choose it as a therapeutic option. Demonstration of use of CBT for a patient with depression and use of a mood diary to engage patient with the process of CBT.



2. Generalised anxiety disorder. Demonstration role play of a patient with panic attacks and identification of techniques of CBT. Discussion of use of these skills and the effect of challenging peoples' thoughts and behaviours. Demonstration of use of CBT in anxiety using the System Control Therapy. Participants then to practice skills learnt in triads.

You are Mr/Mrs KR.

For the last three months you have had episodes of regular, rapid palpitations associated with some feeling of difficulty breathing, sweating and tingling in the fingers. These are very frightening and it feels like your heart is going to jump out of your chest. These attacks last up to 30 minutes and are unrelated to exercise or anything else. You have no chest pain. You are worried that you're going to have a heart or asthmatic attack. You smoke 20 cigarettes a day but do not drink alcohol. You sleep poorly, being unable to get off to sleep and you sweat a lot.

Just over six months ago your four-year-old son Leo was hit by a car. The car did not stop and Leo died on the way to hospital. You have two other children but you can't stop thinking about Leo. You dream about him frequently and are often tearful. You now keep your other two children in doors as much as possible.

3. Discussion of how Family Doctors can use CBT in their practice and what skills will be useful.

Evaluation and end. Thank you.

„EKG dijagnostika u ambulanti porodične medicine“

Prim. mr sci. dr Renata Hadžić, spec. urgentne med.

Doktor porodične medicine susreće se svakodnevno sa problemom diferencijalne dijagnoze bola u grudima i poremećaja srčanog ritma.

Pregled u ambulanti započinje sa dobro uzetom anamnezom i nastavlja se fizikalnim pregledom koji obuhvata detaljan auskultatorni pregled, te praćenje vitalnih parametara.

Prva i najčešće dostupna dijagnostička metoda je elektrokardiogram (EKG).

Cilj radionice je da pomogne doktoru porodične medicine da:

- obnovi znanja o EKG-u,
- utvrди terapijski pristup kod supraventrikularnih i ventrikularnih poremećaja ritma,
- prepozna poremećaje ritma koji zahtijevaju reanimaciju,
- olakša trijažu pacijenata čije zbrinjavanje završava u ordinaciji,
- skrati kretanje pacijenta u zdravstvenom sistemu,
- optimizira korištenje raspoloživih sredstava tima porodične medicine.

Radionica je organizovana za oko 20 doktorica i doktora porodične medicine.



6. DANI PORODIČNE MEDICINE REPUBLIKE SRPSKE - APSTRAKTI

ULOGA STATINA U PREVENCIJI NASTANKA MOŽDANOG UDARA KOD PACIJENATA OBOLJELIH OD DIJABETESA

Dr ŽELJKA POPOVIĆ

specijalizant porodične medicine, Dom zdravlja
Doboj, zeljkapopovic982@gmail.com

UVOD: Moždani udar može biti ishemijski i hemoragični. Najčešća etiologija je: aterosklerozom, hipertenzija, hiperlipidemija. Kod pacijenata oboljelih od dijabetesa melitusa najčešće su prisutni sva tri faktora rizika. Moždani udar vrlo često dovodi do visokog stepena invaliditeta što dovoljno govori o značaju ovog oboljenja, naročito u populaciji dijabetesnih bolesnika koji su, uz ostale faktore rizika, vrlo vulnerabilna grupa pacijenata.

CILJ RADA: Utvrditi značaj statina u prevenciji moždanog udara pacijenata čije je osnovno oboljenje dijabetes mellitus.

METODOLOGIJA: Istraživanje je provedeno u Domu zdravlja Doboj. Istraživanjem su obuhvaćeni svi pacijenti na teritoriji opštine Doboj koji u svom kartonu posjeduju dijagnozu dijabetesa i moždanog udara. Za istraživanje su korišteni podaci dobijeni iz elektronskih kartona. Dobijeni rezultati prikazani su grafički i tabelarno.

REZULTAT: Ogroman broj pacijenata ima hiperlipidemiju. Veliki broj pacijenata ima hipertenziju kao dodatno oboljenje.

ZAKLJUČAK: Najveći broj pacijenata čije je glavno oboljenje dijabetes melitus nije na terapiji statinima. Pacijenti koji su na terapiji statinima imaju daleko manji procenat moždanog udara nego pacijenti koji nisu na terapiji statinima.

KLJUČNE RIJEČI: statini, moždani udar, dijabetes

ANALIZA UČESTALOSTI OBOLJENJA DOJKE I ŠTITNE ŽLIJEZDE KOD ISTIH PACIJENATA

Dr ŽANA PEĆANAC

Dr KRISTINA GATARIĆ RAKIĆ
Dom zdravlja Lakaši

UVOD: Proteklih decenija, zahvaljujući većoj dostupnosti modernih dijagnostičkih metoda (laboratorijske dijagnostike i metoda vizualizacije), bilježi se porast u dijagnostikovanju mnogih oboljenja.

Porast broja dijagnostikovanih benignih i malignih oboljenja dojke i štitnica rezultat su kako korištenja dijagnostičkih pretraga tako i sprovodenja preventivnih aktivnosti.

CILJ RADA: Izvršena je analiza obolijevanja od malignih i benignih oboljenja dojke i štitnica u dva tima porodične medicine DZ Lakaši.

METODOLOGIJA: Istraživanje je retrospektivna analiza podataka u Domu zdravlja Lakaši od 2005-2011. godine.

Podaci su dobijeni u okviru sprovođenja preventivnih aktivnosti kod asimptomatskih pacijenata i dijagnostičkih protokola kod simptomatskih pacijenata.

Kao izvor podataka korišteni su medicinski kartoni pacijenata.

Uzorak čini 165 pacijenata (162 žene i tri muškarca) starosne dobi od 21-85 godina.

REZULTATI RADA: Od ukupnog broja svih oboljelih pacijenata 98,1% čine žene, dok svega 1,8% otpada na pacijente muškog pola.

Od ukupnog broja dijagnostikovanih oboljenja dojke 23,7% otpada na karcinom dojke, dok preostali dio obuhvata benigne promjene na dojci. Od obrađenih pacijenata sa oboljenjima štitaste žlijezde 1,5% čine maligniteti štitaste žlijezde. Kod 26% pacijenata nađeno je istovremeno prisutno oboljenje dojke i štitne žlijezde.

ZAKLJUČAK: Sobzirom na porast broja oboljelih i dijagnostikovanih pacijenata kako od oboljenja dojke te tako i oboljenja štitne žlijezde, te značajnu procentualnu odruženost oba oboljenja kod istih pacijenata, potrebno je prilikom uzimanja anamnestičkih podataka i fizikalnog nalaza obratiti posebnu pažnju kod ovih pacijenata na ciljanu anamnezu i fizikalni pregled jednog ili drugog organa.

REZULTATI: Tokom graviditeta pušilo je 97 žena (26,3%). Najveća zastupljenost pušenja je kod mlađih trudnica 68,4% mlađih od 20 godina i 38,2% trudnica od 20-25 godine je pušilo tokom trudnoće, dok je takav podatak dalo samo 2,7% trudnica od 31-35. godine. Niko od gravidnih žena iznad 40 godina nije pušio. Prema obrazovnoj strukturi najveća zastupljenost pušenja je kod majki sa osnovnom školskom spremom 36,3%, dok je kod trudnica sa srednjom stručnom spremom to bio slučaj u 21,5%. Trudnice sa visokim obrazovanjem nisu pušile.

ZAKLJUČAK: Zastupljenost pušačkih navika tokom graviditeta kod 26,3% naših ispitanica je podatak koji nas upućuje da je i dalje nedovoljan zdravstveno-vaspitni rad u ovom segmentu. Najveći broj ovih žena je mlađe životne dobi i sa nižim obrazovanjem, te bi to trebalo da budu ciljne grupe za budući preventivni rad. Zadatak porodične medicine bi trebao da se kroz sistematske preglede mlađih žena u reproduktivnoj dobi, pokuša prije koncepcije adekvatnim zdravstveno-vaspitnim radom eliminisati pušačke navike. Rad na odvikavanju bi trebao da bude individualan, prilagođen starosno-obrazovnoj strukturi žene i u saradnji sa Centrom za mentalno zdravlje. Uloga ginekologa je velika, ali obično je trudnoća već u toku, kao i pedijatra koji bi insistirao na prestanku pušenja tokom dojenja i budućih trudnoća.

REHABILITACIJA HRONIČNIH PSIHJATRIJSKIH BOLESNIKA U KUĆNIM USLOVIMA METODOM "PATRONAŽNA PSIHJATRIJA"

Dr BRANIMIR RANČIĆ

primarijus neuropsihijatar, Dom zdravlja Gadžin Han, Srbija,
branimir.rancic@yahoo.com

Dr SLOBODANKA NEDELJKOVIĆ

specijalista opšte medicine, lekar u penziji, Niš,
Srbija, branimir.rancic@yahoo.com

OBRAZOVNO-STAROSNA STRUKTURA TRUDNICA I PUŠENJE

Dr ŽELJKA KOVAČEVIĆ-MILIČEVIĆ
pedijatar i doktor porodične medicine,

DZ "Sveti Sava", Teslić, drzeljka@yahoo.com

Dr MILAN MILIČEVIĆ

neurolog i doktor porodične medicine, DZ "Sveti Sava", Teslić, drmilanmilicevic@yahoo.com

Dr SANJA GLIŠIĆ

pulmolog, DZ "Sveti Sava", Teslić

Dr GEORGIJE RADMANOVIĆ

Ginekolog, DZ "Sveti Sava", Teslić

UVOD: Najveći broj pušača počinje pušački staž prije 17. godine, a porast pušenja je naročito zabilježen među mlađim ženama. Veliki je uticaj sociodemografskih faktora. Mlađe trudnice češće nastavljaju sa pušenjem i tokom graviditeta. Ova pojava je češća kod siromašnijih i manje obrazovanih majki.

CILJ RADA: Utvrditi pušačke navike kod trudnica na području opštine Teslić i njihovu starosnu i obrazovnu strukturu.

MATERIJAL I METODE: Anketirano je 369 majki prilikom prve posjeti savjetovalištu za zdravu djecu Doma zdravlja u Tesliću (tokom 2010. godine).

Potreba sistematskog praćenja hroničnih psihiatrickih bolesnika i blagovremene intervencije, uočena je u Službi psihiatrije Doma zdravlja Gadžin Han i Centra za socijalni rad Gadžin Han, osmišljena kroz projekat "patronažne psihiatritre".

Cilj rada je da ukaže na neophodnost ovakvog projekta za zaštitu mentalnog zdravlja pri svim domovima zdravlja u zemlji kao optimalnog vida sveobuhvatne zaštite mentalnog zdravlja. Osnovne ideje su bile potreba smanjenja broja hospitalizacija, potreba što dužeg zadržavanja bolesnika u prirodnom porodičnom miljeu, odnosno što duže korišćenje zdravih kapaciteta lichenosti, što bi imalo za posledicu smanjenje troškova lečenja.

Tim čine lekar specijalista neuropsihijatar,

APSTRAKTI - 6. DANI PORODIČNE MEDICINE SRPSKE



medicinska sestra, psiholog, socijalni radnik, a po potrebi se mogu uključiti i ostali saradnici (pripadnici policije). Ekipa odlazi na teren i na licu mesta interveniše. O svemu sačinjava i vodi potrebnu dokumentaciju. Na ovaj način psihijatrija izlazi van zidova institucije i psihijatrijsku službu približava pacijentu, lakše rešavajući sve psihijatrijske probleme, kako bolesnika, tako i njegove okoline.

Koristi su višestruke, blagovremeno praćenje hroničnih bolesnika predupređuje razbuktavanje novih recidiva bolesti, kontroliše se efekat terapije i ista koriguje na licu mesta, stiče se bolji uvid u ponašanje bolesnika van bolničke sredine. Na licu mesta posmatra se porodična dinamika i njihovi personalni odnosi, kao i mesto i uloga našeg pacijenta u tom miljeu. Sprovodi se edukacija ukućana, kroz zdravstveno-vaspitni rad. Ubrzano i adekvatno se rešavaju egzistencijalni i socijalni problemi.

U radu je prikazana struktura, metode patro-nazne psihijatrije, njena uloga u sistemu zaštite mentalnog zdravlja, problemi i benefiti rada.

UČESTALOST NUTRITIVNIH ALERGIJSKIH REAKCIJA U SLUŽBI HITNE MEDICINSKE POMOĆI DOMA ZDRAVLJA BANJALUKA

Dr BRANKICA GALIĆ

specijalizant porodične medicine, Služba porodične medicine, ZU Dom Zdravlja Prijedor, Prijedor, BiH

Dr SC. MED. DR NADA BANJAC

specijalista urgente medicine, Služba Hitne medicinske pomoći, JZU Dom Zdravlja Banjaluka, BiH

Dr JADRANKA PEŠEVIĆ-PAJČIN

ginekolog, Odjeljenje za zaštitu zdravlja žena, JZU Dom Zdravlja Banjaluka, BiH

Dr SLAVICA POPOVIĆ

pedijatar, porodični ljekar, Služba porodične medicine, ZU Dom zdravlja Prijedor, BiH

UVOD: Incidencija alergijskih bolesti u porastu je. Posljednjih desetak godina nutritivne alergije postale su problem u cijelom svijetu jer je došlo do bitnih promjena u uzročnim alergenima, ali i u socioekološkim faktorima i načinu života, a zapostavljaju se i problemi digestivnog sistema, što zahtijeva bolju multidisciplinarnu saradnju.

CILJ: Analizirati učestalost nutritivnih alergijskih reakcija u Službi hitne medicinske pomoći Doma zdravlja Banjaluka.

METODOLOGIJA: Tokom dva mjeseca pregleđano je šest protokola odraslih pacijenata za period jedne godine. Istraživanje je pratilo karakteristike 495 pacijenata oba pola (anamneza, etiologija, klinički pregled, dijagnoza, terapija, dalji postupak sa pacijentima) koji su se javili u Službu hitne medicinske pomoći, Doma zdravlja Banjaluka, zbog akutne alergijske reakcije.

REZULTATI: Zbog akutne alergijske reakcije na

hranu javilo se 13,1% pacijenata. Polna zastupljenost pacijenata bila je podjednaka. Najčešćim su pacijenti >60 godina 41,4%. Kod 47,2% pacijenata simptomi su se i ranije javljali. Tokom proljeće i ljeta evidentirano je 71,1% pacijenata. Najčešći alergeni su riba, voće i povrće, začini, konzervisane namirnice. Opšta slabost, osip po trupu i/ili tijelu, koprivnica, svrbež, sekrecija iz nosa i očiju, mučnina, povraćanje, hipotenzija i glavobolja javili su se u 72,3%. 1,6% pacijenata upućeno je na dalje posmatranje.

ZAKLJUČAK: Edukacija pacijenata o rizicima, alergenima i koristi od prepoznavanja istih je najvažnija a poštovanje savremenih smijernica u radu doktora kod akutnih alergijskih reakcija nezaobilazan je postupak.

KLJUČNE RIJEČI: alergija, nutritivni alergeni, terapija, hitna medicinska pomoć.

UČESTALOST MALIGNIH TUMORA OČNIH KAPAKA NA DOBOJSKOJ REGIJI U DESETOGODIŠNJEM PERIODU

T. PETROVIĆ, D. CVIJETIĆ

Opšta bolnica "Sveti apostol Luka", Doboj

UVOD: Tumori kapaka su najčešći tumori u oftalmologiji i mogu da potiču od svih struktura kapaka. Bazocelularni karcinom kože kapaka je najčešći tumor kapaka i čini 85% svih tumorskih lezija na kapcima. Najčešće se javlja kod starijih osoba i u više od 50% slučajeva je lokalizovan na donjem kapku.

CILJ: Cilj rada je bio prikazati učestalost tumorskih lezija kože kapaka, kao i učestalost bazocelularnog karcinoma kože kapaka.

METOD: Retrospektivnom studijom obuhvaćeni su svi pacijenti liječeni hirurški na Očnom odjeljenju sa uputnom dijagnozom tumorske lezije na koži kapaka u desetogodišnjem periodu, od 1.1.2000. godine do danas, kao i dobiveni patohistološki nalazi. Dobiveni podaci su statistički obrađeni i prikazani grafički.

REZULTATI: Ukupan broj obrađenih pacijenata bio je 186. Broj oboljelih muškaraca je iznosio 85 ili 45,7%, a broj žena 101 ili 54,3%. Prosječna starost pacijenata je iznosila 54 godine, dok se najveći broj oboljelih pacijenata nalazio u starosnoj grupi starijih od 60 godina. Maligne lezije su verifikovane u 116 slučajeva ili 62,4%, benigne kod 58 ili 31,2%, u 2 slučaju u pitanju je bilo normalno tkivo, dok kod 4 slučaja nema patohistološkog nalaza. Od ukupnog broja liječenih i pH verifikovanih slučajeva bazocelularni karcinom je činio 60,2% odnosno 112, senilna keratoza 14 ili 7,5%, u 8,1% ili 15 slučajeva potvrđen je papilom kože kapaka, intradermalni nevus u 12 ili 6,5%, planocelularni karcinom

4 ili 2,2% dok su 23 ili 12,3% slučajeva činili ostali benigni tumori kože kapaka.

ZAKLJUČAK: Bazocelularni karcinom kože kapaka predstavlja najčešći tumor kapaka. Najčešće se javlja kod osoba starijih od 60 godina, ali se može javiti u svim uzrastima. Klinička slika se u svim slučajevima odlikuje neprimjetnim, bezboznim početkom. U svim slučajevima prisustva tumorske promjene na kapcima liječenje je hirurško uz obaveznu patohistološku analizu. Rezultati dobiveni ovom analizom su u okviru vrijednosti savremene svjetske literature korištene pri izradi ove studije.

KLJUČNE RIJEČI: tumori, oftalmologija, bazocelularni karcinom

UTICAJ FAKTORA RIZIKA NA VRIJEDNOSTI ARTERIJSKE HIPERTENZIJE

Dr DRAGANA GRBIĆ

specijalista porodične medicine, Dom zdravlja Čelinac, dragana.grbic@blic.net

Dr LJILJANA POTKONJAK-PANIĆ

specijalista porodične medicine, Dom zdravlja Banjaluka, ljilja_pp@blic.net

Dr VESNA KEVIĆ

specijalista porodične medicine, Dom zdravlja Čelinac

UVOD: Prema izvještajima Svjetske zdravstvene organizacije arterijska hipertenzija je uzrok najvećeg broja smrtnosti u svijetu. Taj broj je u porastu i smatra se da će do 2025. g. broj oboljelih od arterijske hipertenzije porasti za 60%. Pored farmakoterapije promjena životnih navika ili nefarmakološke mjere čine osnovne preporuke u liječenju ovih bolesnika

CILJ: Ispitati zastupljenost faktora rizika kod osoba sa regulisanom i neregulisanom arterijskom hipertenzijom.

METODOLOGIJA: Prilikom istraživanja korištena su dva metoda:

Retrospektivna studija podataka dobijenih iz zdravstvenih kartona pacijenata registrovanih u dva tima porodične medicine DZ Čelinac i jednog tima DZ Banjaluka.

Kao instrument istraživanja korišten je anketni upitnik. Anketirana su lica oboljela od arterijske hipertenzije od 50 do 70 godina, koja su u 2011. g. imala urađen lipidni status, vrijednost BMI i izmjerenu glukozu u krvi. Anketiranje je provedeno u periodu od 1. 8. do 12. 08. 2011. godine.

REZULTATI: Ispitivanje je provedeno na uzorku koji se sastojao od 72 pacijenata. Regulisanu arterijsku hipertenziju je imalo 36 pacijenata, a neregulisanu 36. Kod pacijenata sa regulisanom arterijskom hipertenzijom jedan faktor rizika



6. DANI PORODIČNE MEDICINE REPUBLIKE SRPSKE - APSTRAKTI

imalo je njih 7,84% a kod pacijenata sa neregulisanom arterijskom hipertenzijom 0%, dva faktora rizika imalo je 31,37% pacijenata kod regulisane a kod neregulisane HTA 33,33%. Sa tri i više faktora rizika kod regulisane HTA bilo je 58, 82% pacijenata, a kod neregulisane 66, 67%. Najzastupljeniji faktori rizika u obe grupe je povišena vrijednost ukupnog holesterol u krvi.

ZAKLJUČAK: Istraživanjem smo zaključili da su faktori rizika manje zastupljeni kod pacijenata sa regulisanom HTA. U obe grupe najzastupljeniji su promjenljivi faktori rizika na koje možemo preventivnim radom uticati.

KLJUČNE RIJEČI: arterijska hipertenzija, faktori rizika

UTICAJ VREMENA NA ZDRAVLJE

Dr RADOJKA PERIĆ

specijalista opšte medicine, Dom zdravlja "Dr Mladen Stojanović", Laktaši

Dr sc. med. dr LJUBOMIR ŠORMAZ

kardiolog, Dom zdravlja "Dr Mladen Stojanović", Laktaši

Mr sc. med. dr KOSANA STANETIĆ

specijalista opšte i porodične medicine, Dom zdravlja Banja Luka

UVOD: Meteorotropizam (osjetljivost na vrijeme) nije samo psihološki, već je i stvarni fiziološki fenomen sa sve većom učestalošću. Svaka promjena vremena djeluje kao snažan stres, što aktivira neuroendokrinološki sistem koji pokušava tijelo adaptirati na novo stanje. Svaka treća osoba u svijetu je meteopata što nastaje zatajenjem mehanizma prilagođavanja na promjene vremena.

CILJ: Ispitati prevalencu meteopata kod 2.720 registrovanih građana u ambulantni porodične medicine - Trn, DZ Laktaši u periodu od 2008. do 2010. godine.

METODOLOGIJA: Istraživanje je provedeno dobrovoljnijim anketiranjem građana i njihovih užih članova porodice, kao i pregledom elektronskih kartona. Podaci su izdvojeni i analizirani, što je dovelo do određenih rezultata.

REZULTATI: U promatranoj periodu 970 (35,6%) građana stalno reaguje na promjenu vremena, 384 (39,2%) muškog i 586 (59,8%) ženskog pola. Povremeno reaguje 1.265 (46,4%) a samo 485 (17,8%) nije nikad reagovalo i to više osobe muškog pola. Uočena je činjenica da osobe iz urbanih sredina češće reaguju na vrijeme. U grupi stalnih meteopata 256 (26,2%) je pušača, što je pojačavalo faktor stresa na vrijeme. Osobe osjetljive na vrijeme snažnije reaguju i na druge stresogene faktore u okruženju. Najčešće meteorotropne bolesti su

reumatske i bolesti nervnog sistema. Najčešće reakcije na vrijeme kod osoba muškog pola su razdražljivost i nesanica, a kod osoba ženskog pola vertigo i glavobolja.

ZAKLJUČAK: I ova studija je donekle pokušala utvrditi sve veći utjecaj prirode na čovjekovo zdravlje. Nisu uočena neka veća odstupanja u odnosu na druge slične studije. Zato porodični ljekar mora uzeti u obzir i ove podatke kada odlučuje o načinu liječenja svojih pacijenata.

KLJUČNE RIJEČI: porodični ljekar, prevencija bolesti, faktori rizika, meteoropate

ZASTUPLJENOST DEFORMITETA PREDNJEG ZIDA GRUDNOG KOŠA U DJEČJOJ POPULACIJI

Dr ŽELJKA KOVAČEVIĆ-MILIČEVIĆ

pedijatar i doktor porodične medicine, DZ "Sveti Sava" Teslić, drzeljka@yahoo.com

Dr MILAN MILIČEVIĆ

neurolog i doktor porodične medicine, DZ "Sveti Sava" Teslić, drmilanmilicevic@yahoo.com

UVOD: Incidencija deformiteta grudnog koša u predškolskoj populaciji iznosi oko 2%. Često imaju naslijednu komponentu. Kod dječaka se javljaju tri puta češće. Manifestuju se kao depresija - pectus excavatum, koji je mnogo češći, ili kao protruzija grudnog koša - pectus carinatum (odnos 10:1). Mogu biti asimptomatski, ali i sa različitim manifestacijama - estetskim, respiratornim, kardiovaskularnim ili ortopedskim.

CILJ: Procjeniti zastupljenost deformiteta prednjeg zida grudnog koša i prateće manifestacije kod djece predškolskog uzrasta.

METODE: Prilikom predškolskih sistematskih pregleda obavljenih od 2008-2010. godine na opštini Teslić praćeno je 819 djece. Verifikovani su deformiteti i najčešće prateće manifestacije i zabilježene u karton sistematskih pregleda.

REZULTATI: Od ukupno 819 preglednih 21 dijete - 2,56% je imalo deformitet grudnog koša. Pectus excavatum je imalo 17-oro djece - 80,95, a pectus carinatum četvero djece - 19,05. Dječaci su prednjačili u oba slučaja, te je 75% deformeta sa protruzijom bilo kod dječaka kao i 76,47% deformeta sa depresijom. Prateće manifestacije u vidu brzog zamaranja pri fizičkom naporu ima 19,05%, a česte respiratorne infekcije (više od šest godišnje) ima 23,81% ove djece. Funkcionalni šum je prisutan u 14,28%, a prekordijalna bol kod 19,05% slučajeva. Specifičan habitus ima čak 52,38%, skolioza je prisutna kod 38,10%, a kifoza kod 9,52% djece koja imaju verifikovan deformitet prednjeg zida grudnog koša. U terapijskom smislu nijedno dijete nije imalo indikaciju za operativni zahvat, a njih sedmoro je uključeno u fizikalni tretman.

ZAKLJUČAK: Višestruki je značaj ranog otkrivanja ovih deformiteta i prevencija pratećih manifestacija. Osim fizičkog aspekta deformiteta

i posljedica koje se vremenom razvijaju - posebno ortopedskih, neophodno je sagledati i psihosocijalne posljedice. Potrebno je redovno praćenje evolucije deformiteta jednom godišnje, fizikalni tretman - do završetka rasta, a u nekim slučajevima i operativni zahvat.

KLJUČNE RIJEČI: deformitet, grudni koš.

PORODIČNI LEKARI: KAKO ZAŠTITI BOLESNIKA OD OBMANJUJUĆIH REKLAMA SREDSTAVA KOJA NISU REGISTROVANA KAO LEKOVI?

ANKICA JELENKOVIĆ

lekar, specijalista kliničke farmakologije, doktor medicinskih nauka, viši naučni saradnik, Univerzitet u Beogradu, Institut za biološka istraživanja „Siniša Stanković“, jelaka@yahoo.com

SAŽETAK: U celom svetu su bolesnici, kao i lekari, preplavljeni pritiscima reklama pojedinih sredstava (ne lekova), koja i nisu registrovana kao lekovi već, najčešće spadaju u grupu nazvanu dodaci ishrani (dijjetetski suplementi). Njihovim tzv. lekovitim svojstvima ni na koji način ne smeju da se dovedu u zabludu bolesnici i lekari, jer svi preparati za koje sa navodi da leče, moraju da prođu ceo postupak propisan za registraciju lekova. Nažalost, pojavljuje se skoro nemerljivo veliki broj sredstava koja: jačaju imunitet, sprečavaju razmnožavanje virusa i drugih mikroorganizama i gripe, što je bilo veoma popularno u pandemiji gripe A (H1N1) 2009. ali im popularnost ne posustaje ni danas. Nezaobilazna su i sredstva kojima se izuzetno uspešno i za kratko vreme smanjuje povećana telesna masa/gojaznost, koja bi mogla da prednjače u agresivnosti svog oglašavanja. Za njima ne zaostaju ni sredstva kojima se rešavaju zdravstveni problemi zglobo-mišićnog sistema, a tu su i ona veoma delotvorna u osteoporosi. Nikako ne smeju da se prenebregnu i sredstva kojima se deluje na seksualne funkcije, posebno ona kojima se povećava potencija. Već duži period nameću se i sredstva koja su nezamenljiva u lečenju šećerne bolesti i poremećaja masnoća. U mnogim slučajevima oglašavanja ovakvih sredstava ide se toliko daleko da se preporučuje obustavljanje lekova. Iako je sigurno da iz ove grupe sredstava postoje i ona koja mogu da ispolje izvesno farmakološko delovanje, za sada su kritički stav lekara o tome i njihovo veoma dobro farmakološko znanje jedini način da se bolesnik zaštiti od svih tih uticaja i da lekar ne podlegne iskušenju koje nameće oglašivač.

1

statin sa sveobuhvatnim efektom na lipide...



- **CRESTOR®** najefikasniji statin za sniženje LDL-H¹⁻⁵
- **CRESTOR®** efikasno povećava HDL-H¹⁻⁵
- 9 od 10 pacijenata dostiže ciljane vrijednosti LDL-H sa **CRESTOR®**-om¹



CRE 02/11 P

AstraZeneca

Reference:

1. Jones P et al. Am J Cardiol 2003;92:152-160
2. Schuster H et al. Am Heart J 2004;147:705-12
3. Betteridge D, Gibson J. Diabetic Medicine 2007;24(5):541-549
4. Jukema J et al. Curr Med Res Opin 2005;21(11):1865-1874
5. Ballantyne C et al. Am Heart J 2006;151(5):975 el-975.e9

CRESTOR®
rosuvastatin

SKRAĆENI REZIME KARAKTERISTIKA LIJEKA

Crestor® (rosuvastatin)
SASTAV: Film obložene tablete koje sadrže 5 mg, 10 mg, 20 mg i 40 mg rosuvastatina u obliku kalcijskome soli. **Terapijske indikacije:** **Liječenje hiperholoesterolemije:** Primarna hiperholoesterolemija (tip Ia uključujući heterozigotnu familiarnu hiperholoesterolemiju) ili mješavina dislipidemija (tip IIb), kao dodatak dijeti, kada provođenje primjerenih dijeti i drugih nefarmakoloških mjeru (npr. vježbanje, smanjenje težine) ne daju zadovoljavajuće rezultate. Homozigotna familiarna hiperholoesterolemija, kao dodatak dijeti i drugim postupcima smanjivanja lipida (npr., plazmaferesa LDL-holisterola) ili u slučajevima kada ti postupci nisu primjereni. **Prevencija kardiovaskularnih dogadaja:** Prevenčija velikih kardiovaskularnih dogadaja kod pacijenata kod kojih je procjenjeno da imaju visok rizik od prvog kardiovaskularnog dogadaja, kao dodatak korekciji drugih faktora rizika. **Dosiranje i način primjene:** Prije početka liječenja, pacijent mora provoditi standardnu dijetu za snižavanje holensterola i ona se mora nastaviti tokom liječenja. Doza treba individualizirati u skladu s terapijskim ciljem i odgovorom svakog pojedinog pacijenta, koristeći pri tome usaglašene tekuće smjernice za terapiju. **Liječenje hiperholoesterolemije:** Preporučena početna doza rosuvastatina iznosi 5 mg ili 10 mg i uzima se peroralno jedanput dnevno kod većine pacijenata, kao i u onih koji su prije prijelaza na Crestor uzimali neki drugi inhibitor HMG-CoA reduktaze. Izbor početne doze je individualan i ovisi o vrijednosti holensterola u krvi, drugim kardiovaskularnim rizicima kao i o mogućim nizu pojavnama. Povećanje doze može se provesti nakon 4 sedmice, ako to bude potrebno. Uzimajući u obzir povećani broj prijava neželjenih efekata s dozom od 40 mg u poređenju s manjim dozama rosuvastatina titriranje doze do maksimalne doze od 40 mg može se razmotriti samo kod pacijenata s teškom hiperholoesterolemijom i visokim kardiovaskularnim rizikom (posebno kod onih s porodičnom hiperholoesterolemijom), koji s dozom od 20 mg ne mogu dostići terapijski cilj i koji će rutinski biti praćeni. Kad se počinje primjenjivati doza od 40 mg, preporučuje se specijalistički nadzor. Crestor se može uzimati u bilo koje vrijeme, neovisno o obroku.

Prevencija kardiovaskularnih dogadaja: U studiji smanjenja rizika kod kardiovaskularnih dogadaja, korišćena je doza od 20 mg dnevno. **Upotreba kod djece:** Upotreba kod djece treba da bude pod nadzorom liječnika specijaliste. Djeца i adolescenti od 10 do 17 godina starosti (dječaci Tanner stadijum II i iznad, i djevojčice kod kojih je prošlo najmanje godinu dana od prvog menstrualnog ciklusa). Kod djece i adolescenta sa heterozigotnom porodičnom hiperholoesterolemijom uobičajena početna doza je 5 mg dnevno. Uobičajeni opseg doze je od 5-20 mg jedном dnevno, uzeto peroralnim putem. Film tablete od 40 mg nisu pogodne za upotrebu kod pedijatricke populacije. **Kontraindikacije:** Crestor je kontraindikovan: kod pacijenata s preosjetljivošću na rosuvastatin ili na bilo koju pomoćnu supstanцу, kod pacijenata s aktivnom bolesničkom jetre, uključujući neobjašnjeno, trajno povećanje vrijednosti serumskih transaminaza ili bilo koje povećanje vrijednosti serumskih transaminaza koji je 3 puta veće od gornjih normalnih vrijednosti, kod pacijenata s teško narušenom funkcijom bubrega (klirens kreatinina manji od 30 ml/min); hipotonija; osobna ili familijarna anamneza naslednjih mišićnih poremećaja: prethodna historija mišićne toksičnosti s nekim inhibitorom HMG-CoA reduktaze ili fibrotrom; zloupotreba alkohola; situacija u kojoj može doći do povećanja koncentracije u plazmi; Azijati: istovremena upotreba fibrotrofa. **Posebna upozorenja i posebne mјere oprez:** **Efekti na funkciju bubrega:** Proteiniurija, otkrivena indikatorskim trakom, uglavnom tubularna, primjećena kod pacijentata koji su primali visoke doze Crestora, tj. 40 mg, bila je u većini slučajeva prolazna ili povremena. Proteiniurija nije bila znak akutne ili progresivne bubrežne bolesti. Tokom rutinskoga praćenja pacijentata koji uzimaju dozu od 40 mg treba razmotriti i procjeniti funkciju bubrega. **Efekti na skeletne mišiće:** Efekti na skeletne mišiće, npr. mijalgija, miopatija i rjetko, rabdomioliža, prijavljeni su kod pacijentata koji su primali bilo koju dozu Crestora, ali naročito dozu vecu

od 20 mg. Prijavljeni su veoma rijetki slučajevi rabdomioliže pri upotrebi eritropoetinskega inhibitora HMG-CoA reduktaze. Pri tome se ne može isključiti farmakokinetska interakcija i zbog toga je potreban oprez pri istovremenom primjeni tih lijekova i eritropoetina. Kao i sa drugim inhibitorima HMG-CoA reduktaze, u postmarketinškim ispitivanjima Crestora zabilježen je veći procenat rabdomioliže pri primjeni većih doza tj. 40 mg rosuvastatina dnevno. **Interakcije s drugim lijekovima i ostalim oblicima interakcija:** Crestor nije niti induktor niti inhibitor izoenzyma citohroma P450. Koncentracija Crestora u krvi se smanjuje tokom istovremene primjene eritropoetinskega inhibitora koji sadrži aluminij ili magnesij-hidroksid. Istovremena upotreba Crestora i oralnih kontraseptiva može povećati koncentraciju oralnih kontraseptiva. Tokom istovremene primjene ciklosporina ili gemfibrozili ili inhibitora proteaze, koncentracija Crestora se ne povećava. Istovremeno liječenje s gemfibrozil ili inhibitoru proteaze se ne preporučuje. **Neželjeni efekti:** Najočešći neželjeni efekti su: dijabetes melitus, glavobolja, vrtoglavica, zator, mucusina, bol u abdomenu, mijalgija i astenija. Manje česti neželjeni efekti su: pruričus, osip i utrikanja. Rijetki neželjeni efekti su: reakcije preosjetljivosti, uključujući angioedem, pankreatitis, miopatija (uključujući miozitis) i rabdomioliža. **Priroda i sadržaj pakovanja:** Blisteri od aluminijskog laminata i aluminijske folije. U kutiji ima ukupno 28 tabletta. **Način izdavanja:** Lijek se izdaje na lijечnički recept. **Datum posljednje revizije teksta:** April 2011. **Nosilac dozvole za stavljanje lijeka u promet u BiH:** AstraZeneca B-H d.o.o. Fra Andela Zvizdovića 1, Sarajevo, Bosna i Hercegovina. CRESTOR je zaštićeno ime grupe AstraZeneca © AstraZeneca 2011

DATUM I BROJ RJEŠENJA ZA STALJANJE LIJEKA U PROMET U BIH
Crestor 5mg 22.11.2008 broj rješenja: 11/1.02-500.3-82-1/08
Crestor 10mg 22.11.2008 broj rješenja: 11/1.02-500.3-82-2/08
Crestor 20mg 22.11.2008 broj rješenja: 11/1.02-500.3-82-3/08
Crestor 40mg 22.11.2008 broj rješenja: 11/1.02-500.3-82-4/08

Za detaljnije informacije o upotrebi lijeka koristiti cjelokupni odobreni rezime karakteristika lijeka.

ISHRANA I OSTEOPOROZA

Dr Vesna Galić



UVOD

Osteoporoza je jedna od najčešćih metaboličkih bolesti kostiju. Karakteriše je gubitak koštane mase, što ima za posljedicu krte kosti, sklone prelomima. Gubitak koštane mase započinje čak dvadesetak godina prije pojave prvih kliničkih simptoma. U razvijenim zemljama predstavlja značajan socijalni i medicinski problem, jer bilježi stalan porast broja oboljelih. Zbog toga se osteoporoza naziva „tiha epidemija“ 21. vijeka.

DEFINICIJA



Prema definiciji Consensus Development Conference iz 1993. godine: »Osteoporoza je progresivna, sistemska metabolička bolest kostiju, čije su odlike gubitak koštane mase, oštećenje mikroarhitekture koštanog tkiva, povećanje fragilnosti kosti, a što za posljedicu ima povećan rizik od nastajanja frakturna.«

EPIDEMIOLOGIJA

Posljednjih godina incidencija osteoporoze je u stalnom porastu iz više razloga - produžen životni vijek, upotreba lijekova koji utiču na koštanu masu, savremen način života itd. Procjenjuje se da osteoporoza zahvata oko 8-10% svjetske populacije. Statistika upozorava da su gotovo svaka treća žena i svaki osmi muškarac tokom života izloženi riziku od nastanka najteže komplikacije osteoporoze, osteoporotičnog preloma. Nakon takvog događaja čak se

manje od 1/3 bolesnika vraća ranijim aktivnostima, dok 15-20% bolesnika nakon preloma vrata bedrene kosti (koji se smatra jednim od najtežih preloma) umire već tokom prve godine, bez obzira na kvalitet pružene zdravstvene zaštite.

ETIOPATogeneza

Kost je veoma aktivan metabolički organ u kojem postoji stalna ravnoteža između procesa resorpcije kosti i procesa izgradnje nove kosti. U osnovi osteoporoze je poremećaj ravnoteže u korist procesa razgradnje koji je intenzivniji od procesa stvaranja nove kosti.

Poremećaji metabolizma kosti, odgovorni za nastajanje osteoporoze, mogu nastati u vrijeme formiranja optimalne koštane mase u toku rasta ili u vrijeme fiziološkog smanjenja koštane mase u vrijeme perimenopauze, postmenopauze i starosti.

Šta se dešava sa koštanom masom tokom života?

Tokom života koštana masa se postepeno mijenja i prolazi kroz tri faze:

Prva faza se odvija tokom djetinjstva i adolescencije i predstavlja neprekidan proces postepenog povećanja koštane mase od rođenja do 30. godine života, kada se ostvaruje maksimum koštane mase.

- Optimalna maksimalna gustina koštane mase je individualna, genetski određena (60 do 80%), koju dopunjavaju spoljašnji faktori, prije svega unos Ca i vitamina D, kao i fizička aktivnost u ranom djetinjstvu i pubertetu.

Između prve i druge faze je period u kojem nema značajne promjene gustine koštane mase i traje oko 10 do 20 godina.

Nakon ovog perioda počinje **dru-ga faza**, tokom koje dolazi do po-

stепenog gubitka koštane mase zbog starenja.

- Odnosi se podjednako i na muškarce i na žene.

Treća faza je karakteristična po tome što se odnosi samo na žene, preklapa se sa trećom fazom i predstavlja ubrzani koštani gubitak zbog smanjenja nivoa estrogena poslije menopauze.

Prema uzroku nastanka osteoporoze se može podijeliti na primarni i sekundarni oblik:

I PRIMARNA OSTEOPOROZA

- **Postmenopausalna (tip I)**
- **Senilna (tip II)**
- **Idiopatska osteoporoza**

(kod djece i kod odraslih)

II SEKUNDARNA OSTEOPOROZA

- U toku **endokrinih** bolesti (Cushingov sindrom, hipertireoza, hipogonadizam, itd.)

• **Jatrogena** (upotreba određenih lijekova kao što su glikokortikoidi, antikonvulzivni lijekovi i drugi)

- **Hronična zapaljenska oboljenja** (Reumatoidni artritis)
- **Hematološka oboljenja**
- **Dugotrajna imobilizacija**
- **Idiopatska hiperkalciurijska bolest**
- **Hronične bolesti crijeva**
- **Osteoporoza u trudnoći**

III UROĐENA OSTEOPOROZA

- Oboljenja sa poremećajem u sintezi koštanog tkiva.

FAKTORI RIZIKA

Za nastanak osteoporoze su mnogobrojni, a najbitniji su:

- pozitivna porodična anamneza
- rasna pripadnost (češća je kod bijele rase)
- gracilna konstitucija, rana menopauza

- ishrana (smanjeno unošenje kalcijuma, prekomjerno unošenje fosfata, konzumiranje veće količine soli, životni stil (smanjena fizička aktivnost, prekomjerno unošenje alkohola i kofeina, pušenje itd.)

- dugotrajno korištenje nekih lijekova (kortikosteroida itd.)

DIJAGNOZA

Za postavljanje dijagnoze bitni su anamnistički podaci - dob, pol, faktori rizika, klinička slika (prisustvo bola), fizikalni pregled - gubitak visine (sa godinama do 4cm), neurološki pregled, zatim laboratorijske analize, RTG dijagnostika.

U ranoj dijagnostici osteoporoze jedini pouzdani način je densitometrija. Koriste se:

- ultrazvučna densitometrija (petna kost)
- dvoenergetska apsorpciometrija X-zracima (DEXA).

DEXA je metoda kojom se procjenjuje gustina kosti, jednostavna metoda koja ima prihvatljivu cijenu i dobru preciznost. Dozvoljava i pregled djece jer je minimalna doza zračenja, pregled traje pet minuta i sprovodi se na lumbalnoj kičmi L2, L4 i vratu butne kosti. Ovim pregledom se dobija:

- BMD (koštana gustina u g/cm²)
- T-vrijednost: odstupanje dobijene vrijednosti od srednje koštane gustine, mlade zdrave osobe istog pola, izraženo u procentima i standardnim devijacijama.

- Z-vrijednost - odstupanje dobijene vrijednosti od očekivane za godine i pol, takođe izraženo u procentima i standardnim devijacijama. Normalan nalaz odgovara T-vrijednosti unutar 1 SD. Osteopenija: T-vrijednost između -1 do -2,5. Osteoporoza: ako je T-vrijednost manja od -2,5.

TERAPIJA

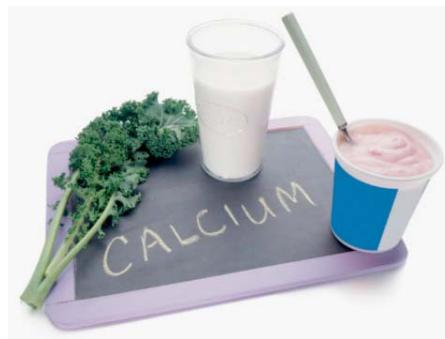
Najbolji terapijski princip je prevencija osteoporoze, zbog toga što se na taj način može spriječiti gubitak koštane mase i nastanak frakturna. Veoma značajno mjesto u prevenciji zauzima fizička aktivnost i redovne vježbe sa kojima treba započeti u ranom djetinjstvu da bi se dostigla genetski određena gustina koštane mase, koja će obezbjediti što kasniju pojavu osteoporoze. Najidealnije bi bilo nastaviti sa vjež-

bama tokom cijelog života i pri tom uključiti određene sportove kao što je plivanje, biciklizam i brzo hodanje. Ako već postoji osteoporoza, vježbe je potrebno prilagoditi svakom bolesniku u odnosu na životnu dob i prisustvo frakturna. U svakom stadijumu prevencije i liječenja osteoporoze je najbitnija pravilna ishrana. To se prije svega odnosi na unos kalcijuma i vitamina D.

KALCIJUM

Mineral koji je najviše zastupljen u organizmu i koji je odgovoran za mnoge procese koji održavaju zdravlje organizma. Primarna uloga ovog minerala je izgradnja i održavanje skeleta i zuba. Nalazi se u stabilnim koncentracijama u ekstracelularnoj tako i u intracelularnoj tečnosti i igra značajnu ulogu u metaboličkim i imunoškim procesima u organizmu. Najveći dio kalcijuma u organizmu se nalazi u skeletu (u obliku amorfognog kalcijum fosfata i hidroksiapatita).

Prirodni izvori kalcijuma su mlijeko i mliječni proizvodi (mlijeko, butter, kajmak, sir), zatim drugi izvori kalcijuma su: sardine, losos, zeleno lisnato povrće, leguminoze. Nutritivne potrebe zavise od uzrasta i iznose od 800 do 1.500 mg dnevno.



Homeostaza kalcijuma u organizmu je regulisana ravnotežom između unosa kalcijuma hranom i njegove apsorpcije u crijevu, te njegovog izlučivanja iz organizma putem bubrega, stolice i kože. Kada dođe do negativnog balansa kalcijuma u organizmu, dolazi do povećanog lučenja PTH (parathormona) što ima za posljedicu aktiviranje osteoklasta i pojačana resorpcija kalcijuma iz kosti (razgradnja kosti).

VITAMIN D

Vitamin D je liposolubilni vitamin steroidne strukture koji u organizmu

ima mnogobrojne važne funkcije kao što je apsorpcija i metabolizam kalcijuma. Stimuliše aktivni transport kalcijuma u crijevu.

Prirodni izvori vitamina D su: riblje ulje, sardina, losos, tuna, mlijeko i mliječni proizvodi. Pošto se ovaj vitamin stvara u koži pod dejstvom UV-zraka, preporučuje se izlaganje sunčevoj svjetlosti dnevno 15 minuta što je dovoljno za sintezu vitamina D. Preporučene doze vitamina D su od 400 do 800 IJ dnevno, što zavisi od unosa ovog vitamina iz hrane i izloženosti suncu.

PROTEINI

Najznačajnije strukturne i funkcionalne jedinice svih živih bića su proteini. To su organske makromolekule sastavljene od različito dugog niza aminokiselina i različite su molekulske mase. Proteini su glavni gradivni elementi ćelijske membrane, elemenata krvi, te svih drugih tkiva u organizmu, pa su tako bitni i za strukturu i funkcionisanje kosti. Glavni su gradivni elemenat organskog matriksa (kolagena) kosti.

Prirodni izvori proteina su životinjskog porijekla (meso, riba, jaja, mlijeko) i biljnog porijekla (gljive, pasulj, soja, itd.). Dnevne doze zavise od uzrasta i stanja organizma (trudnoća, dojenje, bolesti, itd.), a kreću se oko 0,65-0,75 g/kg tjelesne težine.

Istraživanja su pokazala da se proteinskim suplementima u ishrani može uticati na prevenciju osteoporoze, tj. gubitka koštane mase. Ispitivanja denziteta kosti (DEXA) ukazala su na taj efekat proteina.

OSTALI FAKTORI VEZANI ZA ISHRANU

U etiopatogenezi osteoporoze značajnu ulogu imaju i drugi oligoelementi i elementi u tragovima. Osobe sa osteoporozom imaju niske vrijednosti cinka - Zn. Zato se preporučuje povećano unošenje i dnevne doze od 10-30 mg. U preliminarnim studijama je pokazano da osobe sa osteoporozom umaju visok rizik od loše apsorpcije magnezijuma, pa je kod ovih osoba primijećen nizak nivo magnezijuma i u kostima i u krvi. Preporučuje se doza od 250-750 mg magnezijuma dnevno, jer sprečava gubitak koštane mase kod osoba sa osteoporozom.

Za normalan metabolizam i strukturu kosti značajni su: fosfor, silicijum, fluor, bor, mangan, bakar, kao vitamin C i vitamin K. Energetske potrebe organizma moraju biti optimalno regulisane i podmirene (energetski pothranjeni pacijenti imaju češću incidencu padova i samim tim nastanka frakturna).

U prevenciji i kontroli osteoporoze treba izbjegavati namirnice koje pogoduju nastanku ovog oboljenja. Treba izbjegavati hranu bogatu solima - prerađevine od mesa, pogotovo sušeno meso, jer je utvrđeno da višak soli povećava izlučivanje kalcijuma putem bubrega. Slično kao i so i kofein povećava izlučivanje kalcijuma urinom pa se preporučuje izbjegavanje kafe, čokolade, crnog čaja i koka-kole. Bezalkoholna pića uslijed velikog sadržaja fosforne kiseline snižavaju koncentraciju kalcijuma u plazmi, pa se preporučuje njihovo izbjegavanje. Isto se dešava i sa alkoholom, cigaretama i pojedinim lijekovima. Posebno se naglašava smanjena fizička aktivnost.

Lijekovi koji se koriste za preventiju i liječenje osteoporoze prema načinu djelovanja se dijele na:

- Antiresorptivni lijekovi - inhibitori razgradnje kosti
- Stimulatori izgradnje kosti
- Lijekovi sa heterogenim efektom.

ZAKLJUČAK

Kako se osteoporozu opisuje kao bolest sa početkom u mladosti, a posljedicama u starijoj životnoj dobi, potrebno je omogućiti pravilan razvoj skeleta u fazi rasta. To znači da je potrebno određene mjere započeti još od ranog djetinjstva, edukacijom o pravilnoj ishrani, o štetnosti konzumiranja alkohola, kafe, zatim o štetnosti pušenja itd. Potrebno je uticati i na podizanje nivoa fizičke aktivnosti u svim uzrastima.

Mnoge studije su pokazale da se ishranom može djelovati na preventiju i smanjenje broja osteoporotičnih fraktura, te mjere je potrebno i provoditi. Zbog toga je potreban dovoljan unos kalijuma u kombinaciji sa vitaminom D, korigovanje niskog proteinskog i energetskog unosa hranom, optimalizacija ishrane u vidu zastupljenosti svih bitnih elemenata u ishrani, te edukacija o pojedinim štetnim faktorima, kako bi se njihov uticaj smanjio na minimum.

Najčešća endokrina bolest djetinjstva

DIABETES MELLITUS KOD DJECE

Dr Zora Kremenović, spec. porodične medicine



Diabetes mellitus je najčešća endokrina bolest djetinjstva.

U Srbiji od šećerne bolesti obolijeva jedno dijete na 2500-3000 djece. Osnovna karakteristika dječjeg dijabetesa je nestabilnost, promjenljivost, nagle promjene nivoa glukoze u krvi iz dana u dan, ali i promjena koja se zbiva tokom rasta i razvoja.

Uzrok - djeca u 98% slučajeva obolijevaju od nestabilnog, ketozi sklonog, inzulin-zavisnog oblika dijabetesa melitusa (tip I) koji se najčešće javlja u pubertetu. Inzulin



zavisni dijabetes melitus je nasljedno oboljenje. Odgovoran je izmijenjen gen na kratkom kraku 6. hromozoma. Kod genetski sklene djece početak bolesti može biti isprovociran virusnom infekcijom, djelovanjem neke hemijske materije, sastojaka hrane npr. proteina kravljeg mijeka ili stresom. Nakon toga slijedi dugotrajna imunološka reakcija koja dovodi do oštećenja beta ćelija pankreasa, koje su odgovorne za stvaranje inzulina. U to vrijeme nema simptoma bolesti, ali su prisutna antitijela protiv beta ćelija, citotoksične T-ćelije, kao i povećano lučenje medijatora ćelijskog oštećenja - citokina u koje se ubraju interleukin 1, interferon gama i faktor tumorske nekroze-alfa.

Klinička slika - većina djece ima tegobe 2-4 nedjelje prije postavljanja dijagnoze. Djeca imaju pojačano mokrenje, žeđanje, apetit je često promijenjen, nekada pojačan, a nekada znatno smanjen, gube težinu, zamaraju se i imaju poremećaje vida. Stanje se pogoršava, počinju da povraćaju, može se javiti dehidracija, bol u trbuhi, ubrzano disanje sa mirisom izdahnutog vazduha na aceton, pospanost sve do kome. Postoji hiperglikemija - šećer u krvi je iznad 11 mmol/l. U mokraći je prisutna glikoza, a nekada i ketoni. Trećina bolesnika dospijeva u bolnicu u dijabetičkoj ketoacidozi (DKA).

Bolest protiče kroz nekoliko faza. Tegobe sa početka bolesti se primjenom inzulinske terapije povlače. Poslije izvjesnog vremena su potrebne znatno niže doze inzulina. Dvije trećine djece ulazi u fazu remisije, kada im je potreban inzulin. To traje od par nedjelja do dvije godine. Mnogi roditelji obično pomisle da se dijete primjenom nekih narodnih lijekova izliječilo. Međutim, za to vrijeme se beta ćelije iscrpljuju i bolest „se vraća“ i ispoljava u svom definitivnom obliku - „totalni dijabetes“. Tada su potrebne doze inzulina 0,8-1,3 jedinice po kilogramu TT dnevno. Djevojčicama su potrebne veće doze. U pubertetu su mladima potrebne veće doze nego odraslima. Postoji relativna inzulinska rezistencija kao posljedica povećanog lučenja hormona rasta, inzulinu sličnog faktora rasta i polnih hormona, kao i povećanog nivoa stresa u tom periodu.

Terapija - cilj liječenja je uklanjanje svih simptoma bolesti, spre-

čavanje urgentnih stanja (dijabetička ketoacidoza i hipoglikemija), omogućavanje normalnog rasta i polnog razvoja i sprečavanje emocionalnih poremećaja. U cilju liječenja koristi se inzulin, pravilna ishrana, fizička aktivnost, rješavanje stresa i kontrola nivoa šećera u krvi, kao i određivanje šećera i ketona u urinu.

Inzulinska terapija je osnova liječenja. Najčešće se koristi kombinacija inzulina kratkog dejstva (ACTRAPID) i inzulina srednjeg dejstva (INSULATARD). Po pravilu se koristi sintetski humani inzulin, 30 min. prije doručka i prije večere tj. dva puta dnevno. Približno se daje dvije trećine inzulina ujutru i jedna trećina uveče, a odnos brzodjelujućeg i sporijeg je 1:3. Djeca ispod 4 god. su osjetljiva na inzulin brzog dejstva pa se on daje 1-2 jedinice, dok ostatak čini inzulin srednjeg djelovanja. Djeca uzrasta 5-10 god. obično koriste 4 jedinice brzodjelujućeg, a većoj djeci treba više.

Sve više se koristi intenzivna inzulinska terapija, jer se pokazalo da su sa njom komplikacije blaže. Ona podrazumijeva češće korištenje inzulina ili korištenje inzulinskih pumpi, što je kod nas za djecu još rijetko. Brzodjelujući inzulin se daje 3-4 x dnevno prije obroka, a sporodjeljujući pred spavanje. Da bi korištenje inzulina bilo što lakše i bezbolno koristi se inzulinsko „penkalo“.



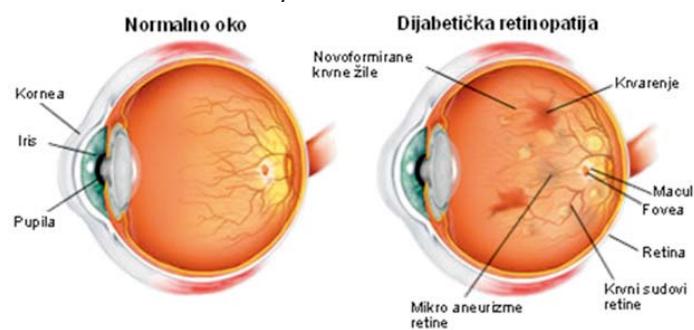
Da bi se uspješno pratila bolest i ostvarila dobra regulacija glikemije potrebno je svakodnevno mijenjati glikemiju na kućnom aparatu. Idealno je da se mjeri prije svakog obroka i prije spavanja ili najmanje dva puta dnevno. Ako dobijene vrijednosti nisu normalne koriguje se



doza inzulina. Teži se da kod školske djece vrijednosti budu prije obroka 4-6 mmol/l, tokom dana 4-8 mmol/l (ne bi trebalo da bude više od 10 mmol/l poslije obroka). Kod predškolske i školske djece koja su skloni hipoglikemijama vrijednosti treba da budu veće od 6-8 mmol/l natašte.

Dobar uvid u kvalitet regulacije glikoze daje testiranje glikoliziranog hemoglobina. Test ispituje koncentraciju hemoglobina A1c (HbA1c) ili glikoliziranog hemoglobina. Hemoglobin se mijenja kad se za njega veže glikoza. Promjena zavisi od prosječne koncentracije šećera u krvi. Kod zdravih ljudi vrijednost od 8-9% pokazuje da je u zadnja 2-3 mjeseca nivo glukoze bio dobar.

Komplikacije bolesti su hipoglikemija, fenomen zore i dijabetička ketoacidoza, kao rane ili akutne komplikacije. Hronične komplikacije su degenerativne promjene. Hipoglikemija je česta akutna komplikacija kod mladih dijabetičara, pogotovo ako su pod intenzivnom inzulinskom terapijom. Izazvana je velikom dozom inzulina, preskakanjem obroka ili prevelikom fizičkom aktivnošću. Njeni simptomi su glad, slabost, podrhtavanje, znojenje, umor, pospanost, glavobolja i poremećaj ponašanja. Ako dijete ne uzme 2-3 kocke šećera, keks i sl. može doći do gubitka svijesti i konvulzija. Tada roditelji treba da daju injekciju glukagona 0,3-0,54 mg u mišić. U bolnici se daje rastvor 25% glukoze 20-50 ml u venu. Hipoglikemija može dovesti do trajnih neuroloških oštećenja.



Dawn fenomen ili fenomen zore je hipoglikemija koja se javlja u jutarnjim časovima. Veoma se često sreće kod djece u periodu rasta. Nastaje zbog prestanka djelovanja večernje doze inzulina uz istovremeno antagonističko djelovanje hormona rasta i kortizola koji se najviše luče u ranim jutarnjim satima. Problem se rješava tako što se večernja doza inzulina razdvoji. Inzulin brzog dejstva se daje prije večere, a sporog prije spavanja.

Dijabetička ketoacidoza je teška akutna komplikacija koja se ispoljava povraćanjem, izraženom dehidracijom, bolom u trbuhi, hiperventilacijom, mirisom acetona u izdahnutom vazduhu, pospanošću i na kraju komom. Liječi se davanjem inzulina, nadoknadom tečnosti i elektrolita i uklanjanjem i liječenjem njenog izazivača, što je najčešće infekcija. Terapijom se sprečava teška i često fatalna komplikacija - edem mozga. Znaci edema su proširene i nejednake zjenice, nestabilnost krvnog pritiska, bradikardija, konvulzije i apnea.

Hronične komplikacije su degenerativne promjene. Zbog promjena na sitnim krvnim sudovima dolazi do zadebljanja kože, neuropatija, retinopatije i bubrežne insuficijencije najčešće u 4. i 5. deceniji života. Učestalost komplikacija se znatno smanjuje ako je glikemija blizu normali i glikozirani hemoglobin ispod 8%. Da bi se komplikacije odložile potrebna je kontrola holesterola i njegovih frakcija (HDL i LDL) i dijetalna ishrana sa manje masnoća da bi se sprječila ubrzana ateroskleroza. Kod adolescenata 1x godišnje treba određivati mikroalbuminuriju koja može rano da ukaže na oštećenje bubrega. U godinama razvoja jednom godišnje pregledati oči i redovno mjeriti krvni pritisak.

KATEGORIJE POVEĆANOG RIZIKA ZA DIJABETES

Dr Biljana Milanković, specijalista porodične medicine



Nedavne procjene sugeriju da 195 miliona ljudi imaju dijabetes. Ovaj broj će narasti na 330 miliona, možda čak i do 500 miliona do 2030. godine. Više od 50% svih pacijenata sa dijabetesom tip 2 su nedijagnostikovani s obzirom na činjenicu da ostaju asimptomatski godinama. Otkrivanje ovih pacijenata je važno za javno zdravstvo i svakodnevnu kliničku praksu. Masovni skrining se ne preporučuje zbog još neodređenih dokaza da će prognoza ovih pacijenata biti poboljšana ranim otkrivanjem i liječenjem. Indirektni dokazi sugeriju da bi skrining mogao biti koristan, poboljšavajući mogućnost prevencije kardiovaskularnih (KV) komplikacija. Nadalje, ljudi sa smanjenom tolerancijom glukoze (IGT) mogu imati koristi od promjene životnog stila ili farmakološke intervencije u cilju smanjenja ili odgađanja progresije dijabetesa. S obzirom na to da je izrazito važno što ranije postaviti dijagnozu šećerne bolesti, poželjno je zapravo i pravovremeno utvrditi postojanje predijabetesa (PD). Prije nego što se dijabetes tipa 2 razvije, kod većine ljudi se javlja tzv. stanje predijabetesa. To je faza u kojoj je glukoza povišena u odnosu na normalnu, ali je još ispod nivoa dovoljnog da bi se dijagnostikovao dijabetes. PD je zajednički naziv za: povišenu glikemiju našte (IGF) i smanjenu toleranciju glikoze (IGT). PD je veoma rasprostranjen, raste sa godinama života. PD ima: 40% osoba u starosnoj grupi od 40-74 godine, 15,7% osoba u starosnoj grupi od 20-39 godina, 31% osoba u starosnoj grupi od 40-59 godina, 52% osoba u starosnoj grupi od 60-79 godina, postoji i kod (gojazne)

djece. Uzroci nastanka PD-a su mnogobrojni: godine života, nasljeđe, gojaznost, fizička neaktivnost, preobilna ishrana - bogata masnoćama, psihički i fizički stres. Upravo ta faza je značajna jer se pojавa dijabetesa može odgoditi ili čak izbjegći ako se znatno promjene navike, a najveći broj ljudi tu fazu prolazi i ne znajući da im je šećer povišen. Istraživanja pokazuju da se kod većine ljudi u stanju predijabetesa, dijabetes tipa 2 razvija u roku od 5 do 10 godina. Ovo znači da bi redovna jednogodišnja kontrola (sistemske pregled koji uključuje kontrolu krvi), bila sasvim dovoljna da se na vrijeme prepozna predijabetes. Zastrašujuća je činjenica da se, u skladu sa nezdravim načinom života, predijabetes pojavljuje u sve mlađoj populaciji pa podaci govore kako je zabilježen u 25% izrazito pretile djece i u 21% izrazito pretilih adolescenata. Rijetko se PD javlja sam, uglavnom ide udruženo sa povišenim krvnim pritiskom, sa poremećajem masnoće u krvi, sa gojaznošću centralnog tipa (u predelu stomaka). Skup tih poremećaja se

(zakrečenje krvnih sudova) raste u zavisnosti od toga, koliko tih bolesti ima jedna osoba.

U PD-u, gušterića luči insulin u početku i više nego kod zdravih osoba, dok ne posustane, ali sporije, kao da treba da savlada neku prepreku. Prepreka zaista postoji, na nivou ćelijske membrane, to je insulinska rezistencija, kada insulin ne može da ostvari svoju biološku funkciju. U porodicama gdje ima dijabetesa, osobe mogu naslijediti, manje ili nekvalitetne insulinske receptore (brave). Insulinska rezistencija se javlja i kod gojaznih osoba jer masno tkivo luči materije (citokine), koje se vezuju za insulinske receptore (zablinđiraju brave) na ćelijskoj membrani, na taj način se kvantitativno smanjuje broj aktivnih receptora. Insulinska rezistencija se javlja kod osoba koji imaju metabolički sindrom. Zbog insulinske rezistencije, dolazi do porasta nivoa šećera u krvi: na prazan stomak, od 6,1 do 6,9 mmol, ili i poslije jela od 7,8 mmol/l, ali ne prelazi 11,0 mmol/L. Te vrijednosti šećera u krvi još ne znače šećernu bolest, ali ne znači da je osoba zdrava, već da ima predijabetes. Najveći dio dana oko 20 sati se nalazimo u stanju poslije jela. Povišen nivo šećera u krvi, ošteteće cio organizam. Dovodi do oksidativnog stresa i do endotelne disfunkcije (to je početak zakrečenja krvnih sudova), do razvoja ateroskleroze i pojave makrovaskularnih (kardiovaskularnih) komplikacija, a zatim i do mikrovaskularnih komplikacija (do oštećenja sitnih krvnih sudova očnog dna, bubrega i nerava), te se javlja; retinopatija, nefropatija i polineuropatija.



naziva metabolički sindrom. Navedeni poremećaji, dovode do pojave ubrzane ateroskleroze krvnih sudova i do fatalnih kardiovaskularnih bolesti (srčani infarkt, moždani udar, grena noge...). Brzina ateroskleroze

FAKTORI RIZIKA ZA PREDIJABETES I DIJABETES

- starost - više od 40 godina,
- način života,
- ranije povišen šećer u krvi,
- lično zdravstveno stanje - posebno povišen krvni pritisak (iznad 130/80),
- dijabetes u trudnoći ili dijete rođeno sa većom porođajnom težinom od 4,5 kg,
- povišen nivo lošeg - LDL holesterola i triglicerida,
- sindrom policističnih jajnika,
- ranija pojava oboljenja u porodici - nasljedno opterećenje.



DIJAGNOSTIKA

Za postavljanje dijagnoze potrebno je izmjeriti vrijednosti glukoze natašte (8 sati nakon noćnog gladovanja) i postprandijalno (dva sata nakon doručka), a prema dobijenim rezultatima predijabetes se može podijeliti u nekoliko kategorija:

Oštećenje tolerancije glukoze natašte (OTG-NT) ili impaired fasting glucose (IFG). Vrijednosti natašte kreću se između 5,6 i 6,9 mmol/L, a dva sata nakon obroka su unutar zadatih granica, tačnije <7,8 mmol/L

Oštećenje tolerancije glukoze postprandijalno (OTG-PP) ili impaired glucose tolerance (IGT). Vrijednosti natašte su uredne (do 5,6 mmol/L) a dva sata nakon obroka su lagano povištene - između 7,8 i 11,1 mmol/L za kapilarnu punu krv. Za vensku punu krv te vrijednosti su između 6,7 i 10 mmol/L, a za kapilarnu krv između 8,9 i 12,2 mmol/L.

Kombinovano oštećenje tolerancije glukoze (OTG-NT + OTG-PP). Vrijednosti natašte se kreću između 5,6 i 6,9 mmol/L, a postprandijalno se kreću između 7,8 i 11,1 mmol/L. Za vensku punu krv te vrijednosti su

između 6,7 i 10 mmol/L, a za kapilarnu krv između 8,9 i 12,2 mmol/L. Vrijednosti glikoziliranog hemoglobינה (HbA1c) u predijabetesu variraju između 5,7 i 6,4%.

LIJEČENJE

Intenzivno prilagođavanje zdravom stilu života prvenstveni je savjet koji jeftino i efikasno dovodi do poboljšanja glikemije i smanjivanja kardiovaskularnih rizika. Terapijski ciljevi za kontrolu krvnog pritiska i lipida u cirkulaciji treba da prate ciljeve glikoregulacije. Osobe sa predijabetesom treba da redukuju tjelesnu težinu 5-10% i tu promjenu održavaju u dužem vremenskom

ko treba dodati zdravom stilu života. Metformin i akarboza bezbjedni su lijekovi, a postoje dokazi da smanjuju pojavu dijabetesa kod osoba sa predijabetesom. Ciljevi za kontrolu lipida u cirkulaciji treba da budu isti kod osoba sa predijabetesom kao i sa dijabetesom. Osobe sa predijabetesom treba da imaju iste terapijske ciljeve u liječenju hipertenzije kao i osobe sa dijabetesom (sistolni pritisak manji od 130 mmHg, dijastolni 80 mmHg). Aspirin se savjetuje svim osobama sa predijabetesom ako nisu u povišenom riziku za gastrointestinalna, intrakranijalna i druga krvarenja. I usprkos tome što je kardiovaskularni rizik koji nosi predijabetes (1,5 puta veći u odnosu na opštu populaciju) manji od onoga koji nosi razvijeni dijabetes (4 puta veći u odnosu na opštu populaciju), potrebno je rano započeti s preventivnim mjerama usmjerjenima na kardiovaskularni sistem. Promena načina života može da čini čuda, treba vjerovati u to i istrajati u tome. Osoba koja ima predijabetes, ako smanji tjelesnu težinu, smanjiće i insulinsku rezistenciju, do te mjere, da može, da postane zdrava osoba. Ljekari opšte prakse i timovi porodične medicine imaju značajnu ulogu u sprečavanju epidemije dijabetesa jer su često u kontaktu sa osobama u visokom riziku, odnosno sa pacijentima koji boluju od dijabetesa melitusa. Primarna zdravstvena zaštita mora se fokusirati na otkrivanje osoba sa povećanim rizikom za nastanak dijabetesa melitusa, a to znači da posebno treba obratiti pažnju na osobe starije od 40 godina kod kojih postoji porodična predispozicija za razvoj dijabetesa, hipertenzije, moždanog udara i ishemijskih bolesti donjih ekstremiteta.



PREGLED DIJABETIČKOG STOPALA

Dr Irena Kovačević, specijalista porodične medicine

Diabetes melitus je vodeći uzrok amputacija donjih ekstremiteta u svijetu. Jasno je međutim, da polovina ovih amputacija može biti sprječena vrlo jednostavnim, ali efektivnim pregledom stopala. Briga o dijabetičkom stopalu je, zato, važan dio menadžmenta osoba sa dijabetesom.

Pregled stopala podrazumijeva procjenu cirkulatorne funkcije, prisustvo neuropatije, stanje muskuloskeleta stopala i stanje kože.

PROCJENA CIRKULACIJE NA STOPALU

Pregled počinjemo **ispitivanjem pulseva** na a.dorsalis pedis i a. tibialis posterior. Ako su ovi pulsevi uredni nije potrebna procjena proximalne cirkulacije, ali ako je ona narušena potrebno je ispitati i pulseve poplitealne i femoralne zone.



Mjerenje temperature kože stopala daje nam uvid u kožnu perfuziju. Tako svaka snižena ili povišena temperatura ukazuje na postojanje problema. Temperaturu kože ispitujemo tako da dlanom svoje ruke prelazimo preko kože počevši od tibijalne prominencije sve do dorzuma stopala i prstiju. Tačke sa povišenom temperaturom su posebno važne jer su one znak Charcotove artropatije.

Vizuelni pregled kože takođe, može dati dosta informacija o stanju cirkulacije. Gubitak maljavosti, promjene na noktima i atrofična, suva,

ispucala koža upućuju na cirkulatorni i autonomni deficit.

Nalaz oslabljene cirkulacije nalaže dodatne pretrage, kao što je angiografija, da bi se pokušalo hirurškim premoštavanjem spasiti stopalo.

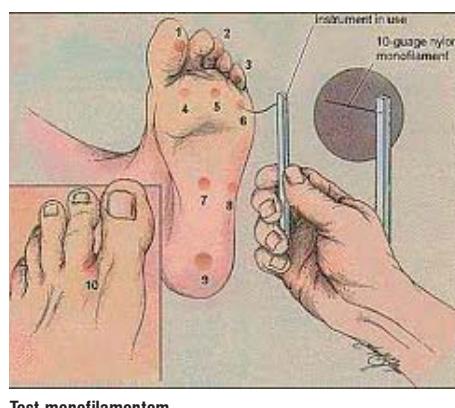


Pacijenta je potrebno ohrabrivati na hodanje i savjetovati da izbjegava tjesnu obuću i čarape.

PROCJENA DIJABETIČKE NEUROPATHIJE

Dijabetička neuropatija je vodeći uzrok pojave ulkusa kod dijabetičara. Pravi uzrok se ne zna, ali se prepostavlja da se dešava na hipoksičko-metaboličkom nivou. Ona obuhvata senzornu, motornu i autonomnu nervnu funkciju, ali senzorna je obično prvo pogodjena.

Test za senzornu neuropatiju se izvodi pomoću 10 mg monofilamenta. Pacijenta treba zamoliti da zatvori oči. Ispitivač dodirne pacijenta nježno monofilamentom



u zoni donje strane stopala, tako da se monofilament blago uvije i zamoli pacijenta da kaže kad osjeti dodir. Test se ne može izvoditi ukoliko postoje otvrdnuća na stopalu tipa kalusa ili u zoni postojećih ulkusa. Kaluse je potrebno prethodno odstraniti. Test treba ponavljati na obje noge u naznačenim zonama. Nemogućnost osjeta monofilamenta dokaz je senzorne neuropatije.

Test za vibracioni senzibilitet izvodi se zvučnom viljuškom (128Hz) u zoni koštane prominencije na palcu stopala. Pacijent treba da kaže da li osjeća vibraciju i kad prestaje da je osjeća. Kad pacijent saopšti da više ne osjeća vibracije viljuške, ispitivač treba viljušku prenijeti na koštanu prominenciju na svom ručnom zglobu da bi provjerio da li je još može osjetiti. Ukoliko je ispitivač osjeća i dalje, to je znak da je vibracioni senzibilitet narušen.

Pacijente sa znacima neuropatije je potrebno savjetovati o redovnom



Test vibracionom viljuškom

pregledu svojih stopala i da ne koriste tople i hladne obloge, jer zbog gubitka senzibiliteta u nozi, mogu izazvati opekatine ili smrzotine.

PROCJENA MUSKULOSKELETNE FUNKCIJE

Pregled muskuloskeleta stopala podrazumijeva ispitivanje obima pokreta, snage mišića, postojanje

koštanih deformacija te provjeru da li pacijentova obuća dovodi do njihovog nastanka.

Obim pokreta ispitujemo u skočnom zglobu, subtalarnom, metatarzalnim i falangealnim zglobovima. Ispitujemo ima li bolova, ograničenosti pokreta ili krepitaciju.

Snagu mišića provjeravamo u zoni dorzoflexora, plantarnih flexora. Slabost, asimetrija ili unilateralni pes planus znak su muskuloskeletne slabosti.

Koštani deformiteti su veoma opasni jer dovode do stvaranja tački smanjenog pritiska.

Uobičajene deformacije su deformacije prstiju u vidu čekiće (hammer toe) gdje dolazi do kontrakture prstiju, hallux valgus, abnormalna prominencija glave pete metatarzalne kosti (tailors bunion).

Obavezno treba provjeriti obuću pacijenta, jer zbog neuropatije pacijent nije ni svjestan neudobnosti obuće.

PROCJENA INTEGRITETA KOŽE

Pregled kože kod dijabetesnih pacijenata je veoma važna, jer je koža prva barijera za infekciju. Treba pregledati stopalo sa obje strane tražeći pukotine i kaluse. Treba pregledati prste i nokte radi mikotičnih oboljenja. Zona stopala ispod prstiju, sa donje strane, je obično najugroženija, jer je to mjesto najvećeg pritiska. Pacijente treba potsticati na svakodnevnu njegu stopala, obučiti ih kako da podrezuju nokte i rješavaju kaluse i obavezno lječiti mikotične infekcije.

Nakon izvršenog pregleda, pravi se procjena rizika pacijenta da razvije neku od ozbiljnih komplikacija na stopalu.

Visokorizična grupa:

- gubitak površinskog senzibiliteta,
- odsustvo pedalnih pulseva,
- deformacije stopala,
- podatak o prethodnom ulceru,
- prethodna amputacija.

Niskorizična grupa: nema nijedan od navedenih faktora

Pregled stopala se obavlja jednom godišnje, kod visokorizičnih neophodan je vizuelni pregled tokom svake posjete.

Dijabetes i disfunkcija autonomnog nervnog sistema

DIJABETESNA AUTONOMNA NEUROPATIJA

Dr Dragana Rakić, specijalista opšte medicine, porodični lekar



Dijabetesna autonomna neuropatija je najmanje prepoznata, shvaćena i lečena komplikacija dijabetesa.

Često nas zavaraju simptomi i pacijent luta kroz sekundarni zdravstveni sistem od specijaliste do specijaliste, gde svako leči parcijalno simptome, ne uvezujući ih u jedinstvenu priču koja se zove autonomna dijabetesna neuropatija.

Može da zahvati bilo koji organ u telu, od gastrointestinalnog sistema do kože.

Autonomni nervni sistem, simpatički i parasympatički, deluju u uravnoteženoj suprotnosti, u kontroli srčane frekvence, snage srčane kontrakcije, dilatacije i konstrikcije krvnih sudova, kontrakcije i relaksacije glatke muskulature u digestivnom i urogenitalnom sistemu, sekrecije žlezda i veličine zenica.

Dijabetes može da uzrokuje disfunkciju bilo kog dela autonomnog nervnog sistema i da dovede do niza poremećaja.

Najvažniji faktori koji ubrzavaju pojavu dijabetesne autonomne neuropatije su loša regulacija glikemije, dugotrajnost dijabetesa, kasnije godine, ženski pol i viši BMI.

Mortalitet je visok, 25-50% pacijenata sa simptomatskom autonomnom neuropatijom umire u roku od 5 do 10 godina od postavljene dijagnoze.

KLINIČKE MANIFESTACIJE DIJABETESNE AUTONOMNE NEUROPATIJE

- **Kardiovaskularne:** Tahikadija,

Intolerancija fizičkog napora, Kardijalna denervacija, Bezbolni infarkt miokarda, Ortostatska hipotenzija.

- **Gastrointestinalne:** Ezofagealna disfunkcija, Dijabetesna gastropareza, Dijareja, Konstipacija, Fekalna inkontinencija.

- **Genitourinarne:** Erektilna disfunkcija, Retrogradna ejakulacija, Cistopatija, Neurogena bešika.
- **Neurovaskularne:** Poremećaj krvnog protoka u koži, Intolerancija topote, Gustatorno znojenje, Suva koža.

- **Metaboličke:** Nepredvidive hipoglikemije, Sa hipoglikemijom udruženi autonomni poremećaji.
- **Pupilarne:** Smanjeni dijametar zenice adaptirane na tamu - Argyll – Robertson tip zenice.

KARDIOVASKULARNA AUTONOMNA NEUROPATIJA

Sniženje varijabilnosti srčane frekvencije tokom vežbanja ili dužbokog disanja je znak autonomne neuropatije i povezano je sa velikim rizikom od koronarne bolesti srca.

Tahikardija u miru je rani znak.

Smanjenje tolerancije na napor je jedan od znakova.

Produženje QT intervala kod ovih pacijenata nosi povećan rizik od aritmija.

Poremećaj dnevnog ritma pritiska manifestuje se tako što krvni pritisak raste tokom noći, a pada rano ujutro.

Bezbolna ishemija srca i tiki infarkt miokarda su opasni zato što pacijent ne oseća bol i ne traži pomoć. Učestali su tokom noći. Terapija podrazumeva intezivnu metaboličku kontrolu, ACE inhibitore, beta blokatore, alfa lipoičnu kiselinsku i inhibitor aldoza reduktaze.

Ortostatsku hipotenziju uzrokuje oštećenje vazokonstriktornih vlakana, poremećena baroreceptivna funkcija i slaba kardiovaskularna reaktivacija. Nakon ustajanja dolazi do pada sistolnog krvnog pritiska za 30mmHg. Ortostatska hipotenzija može biti praćena vrtoglavicom, slabosću, glavoboljom, vizuelnim smetnjama, bolom u leđima, gubitkom svesti. Može se pogoršavati smanjenjem volumena ekscesivnim znojenjem, dijarejom, poliurijom, diureticima i ostalim lekovima i to antihipertenzivima, beta blokatorima i tricikličnim antidepresivima.

Insulin može uzrokovati hipotenziju zbog povećanja permeabilnosti kapilara.

U terapiji se preporučuje nošenje potpornih čarapa radi povećanja venskog protoka. Savjetuje se da osoba ustaje polako, izbegava tople kupke, uzima insulin u ležećem položaju.

GASTROINESTINALNA AUTONOMNA NEUROPATIJA

Vrlo često se previdi. Javlja se poremećaj motiliteta organa koji dovodi do niza komplikacija kao što su konstipacija, gastrična disfunkcija, dijabetesna dijareja i ezofagealna disfunkcija.

Konstipacija je najčešća komplikacija. Javlja se kod 60% dijabetesnih pacijenata. Moraju se prvo isključiti drugi uzroci. U terapiji su poželjne dobre prehrambene navike, vežbe, adekvatna hidratacija, sorbitol i laktuloza.

Gastrična disfunkcija se javlja jer je oštećena sekrecija želudacke kiseline i gastrointestinalnog motiliteta što se manifestuje ranom zasićenošću, mučninom, povraćanjem, nadutošću, epigastričnim bolom i anoreksijom. Mučnina nastaje od nesvarene hrane koja je konzumirana više sati ili čak i dana ranije. Osnovna terapija je kontrola glikemije. Savjetuju se mali obroci, 4-6 puta dnevno i smanjenje sadržaja masti, izbegavanje uzimanja vlaknaste hrane zbog prevencije formiranja bezoara. Od lekova se koristi domperidon, metoklopramid, eritromicin i levosulpirid.

Dijabetesna dijareja

Intermirentna noćna dijareja i fekalna inkontinencija su česti kod pacijenata sa dijabetesom. Terapija podrazumeva regulaciju poremećaja vode i elektrolita, adekvatniju ishranu i dobru regulaciju glikemije. Od lekova preporučuje se Metronidazol 250mg 3x dnevno, najmanje tri sedmice; loperamid 2mg 4x/dan; cholestiramin 4g 1-4 puta/dan.

Ezofagealna disfunkcija manifestuje se u vudu disfagije, retrosternalne nelagodnosti i žgaravice. Nisu česti kod osoba sa dijabetesom.

GENITOURINARNI POREMEĆAJI

Seksualna disfunkcija kod muškaraca manifestuje se u vidu **erektilne disfunkcije** koja se javlja kod oko 50% pacijenata sa dijabetesom i **retrogradne ejakulacije**. Terapija koja se preporučuje je Silfenadil 50 mg jedan sat pre seksualne aktivnosti samo jednom dnevno.

Seksualna disfunkcija kod žena javlja se u vidu **cistopatije**, odnosno neurogene bešike. Najraniji znaci su povećanje praga za započinjanje mikcije i asimptomatsko povećanje kapaciteta bešike uz retenciju urina. Sve to vodi otežanom mokrenju koje na kraju bude kap po kap. Lekovi koji se mogu preporučiti u terapiji su Bethanechol 10mg 4x/dan ili Doxazosin 1-2mg, 2-3puta/dan.

NEUROVASKULARNE AUTONOMNE KOMPLIKACIJE

Poremećaj mikrovaskularnog protoka u koži

Usled poremećaja mikrovaskularnog protoka u koži nastaje poremećaj regionalne i telesne temperature koja zahvata okrajke tj. osetljivu, nežnu kožu dlanova, tabana i lica. Javlja se suva koža, poremećaj znojenja, što pogoduje stvaranju fisura i pukotina, te pogodnih uslova za razvoj mikroorganizama. To ide ka formiranju infektivnih ulceracija i gangrene. Savjetuje se korišćenje sredstava za omekšavanje kože.

Poremećaj znojenja

Hiperhidroza gornjeg dela tela i anhidroza donjeg dela je vrlo karakterističan znak. Hiperhidroza udružena sa jelom, gustatorno znojenje, može biti potencirano začinjenom hranom i sirevima. Anhidroza može dovesti do suve, osetljive kože koja lako puca, sve do gubitka ekstremiteta. Potrebna je nega stopala.

Autonomna neuropatija može dovesti do **povećanja osteoklastične aktivnosti** te do smanjenja denziteta kostiju.

METABOLIČKE KOMPLIKACIJE

Neprepoznata hipoglikemija i smanjenje odgovora na hipoglikemiju

Nizak šećer u krvi je okidač za oslobođanje kateholamina koji dovede do podrhtavanja, pojave hladnog znoja, koji upozoravaju pacijenta da jede i prevenira komu. Dijabetesna autonomna neuropatija remeti oslobođanje kateholamina, te nema tih znakova upozorenja i pacijent nije svestan hipoglikemije.

Kod dijabetičara treba razmišljati o autonomnoj neuropatiji koja često dugo ostaje neprepoznata. Terapija je simptomatska, a rano otkrivanje i dobra kontrola dijabetesa i koegzistirajućih faktora za nastanak neuropatije mogu prevenirati, odložiti ili usporiti progresiju dijabetesne neuropatije.

Novo



Berlithion® kapsule u jačinama
od 300 mg i 600 mg



Berlithion® ampule u jačinama
od 300 mg i 600 mg



Pravovremena terapija daje najbolje rezultate:

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



Specijalizirani za oralne antidijabetike

STRES I SINDROM SAGORIJEVANJA NA POSLU

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



Stres je sastavni dio našeg života. On je neophodan za savladavanje životnih prepreka i poteškoća. To je koristan stres, jer tek uz određenu dozu stresa možemo se vladati gipku, lako se prilagođavati, biti zdravi ili ozdraviti.

Negativan stres dovodi do brojnih simptoma od strane neurovegetativnog sistema, a ako dugo traje može dovesti do potpune iscrpljenosti organizma i sloma ličnosti.

Stres je opšta reakcija tj. skup nespecifičnih reakcija organizma na bilo koji zahtjev za prilagođavanjem izmijenjenim uslovima spoljašnje sredine. Stres je proces koji se odvija u organizmu kada je on izložen bilo kakvoj agresiji (traumatskoj, psihološkoj, infektivnoj, toksičnoj i dr.) koja u takvoj mjeri ugrožava i remeti njegovo dotadašnje stanje da odbrana korištenjem samo pojedinih specifičnih adaptivnih mehanizama nije moguća.

DEFINICIJA

Reakcija prilagođavanja organizma na neizvjesne situacije kojima nismo u stanju da predvidimo ni



uzroke ni posljedice, koje prvenstveno nismo u stanju da kontrolišemo (Hans Selye, u knjizi „*Stress without distress*“).

Korištenje pojedinačnih adaptivnih mehanizama ne naziva se stresom. Tek kada je organizam primoran da koristi sve svoje adaptivne mehanizme, može se govoriti o stresu, tj. opštem adaptacionom sindromu.

EPIDEMIOLOGIJA

- 43% odrasle populacije ima neželjene efekte stresa (SAD)
- 75-90% svih posjeta porodičnom ljekaru u SAD su bolesti ili poremećaji povezani sa stresom
- stres je povezan sa svim vodećim uzrocima smrti u svijetu (kardiovaskularne bolesti, maligne bolesti, pulmonalne bolesti, nesreće, samoubistva)
- trogodišnja studija provedena u velikim korporacijama u SAD pokazala je da je 60% odsustava sa posla zbog psiholoških problema uključujući i stres
- oko polovine svih zaposlenih Amerikanaca pati od simptoma burnouta i nemogućnosti relaksacije od radnog stresa

UZROCI STRESA

Faktori koji uzrokuju stres nazivaju se stresori:

- individualni (jake emocije)
- opšti (stihije, katastrofe, ratovi...)

Reakcije organizma na stres su individualne i zavise od pola, životnog doba pojedinca, karakteristika

nervnog sistema, zdravstvenog stanja pojedinca i dr.

OPŠTI ADAPTACIONI SINDROM (Hans Salye)

1. Stadijum alarmi: počinje od trenutka djelovanja stimulusa na koje tijelo nije adaptirano

2. Stadijum adaptacije (prilagođavanja): tijelo se adaptira na nove uslove

3. Stadijum iscrpljenja, odnosno sloma odbrambenih snaga organizma. U ovom stadijumu može doći do razvoja bolesti, pa čak i smrti organizma

PATOFIZIOLOGIJA STRESA

Opšti adaptacioni sindrom (Selye) odvija se preko osovine koju čine hipotalamus-hipofiza-kora nadbubrežnih žlijezda, što je praćeno porastom nivoa kateholamina u krvi. Pored osovine hipotalamus-hipofiza-kora nadbubrežnih žlijezda, od Cannon (1927) poznato je da je i osovine simpatikus-medula nadbubrežnih žlijezda angažovana u stresu (tzv. reakcija Cannon-a).

POS LJEDICE DUGOTRAJNOG STRESA

- iscrpljivanje (fizičko i mentalno)
- opadanje ukupne funkcionalnosti organizma
- smanjena efikasnost i uspješnost u rješavanju problema, što ponovo izaziva stres

- dugoročno slabljenje imunološkog sistema organizma

BOLESTI UZROKOVANE STRESOM

- mentalna oboljenja (psihoze, depresija)
- kardiovaskularne bolesti (infarkt miokarda, ishemijska bolest srca, hipertenzija, srčane aritmije)
- involucija limfnog tkiva, limfopenija, slabljenje imunološkog sistema
- akutni stres može uzrokovati: eroziju želuca, debelog crijeva, hipertenzivnu krizu
- stres može pogoršati već postojeće bolesti: psorijazu i druge dermatoze, ulkusnu bolest, as-



tmu, hipertenziju, srčane aritmije, anginu pectoris i dr.

UTICAJ STRESA NA KARDIOVASKULARNE BOLESTI

Povećana koncentracija kateholamina pojačava i ubrzava rad srca, pojačava kontraktilnost miokarda, povećava minutni volumen, ubrzava cirkulaciju i tako povećava potrošnju kiseonika u miokardu. Kateholamini ošteteju funkciju i integritet endotelnih ćelija arterija i uzrokuju nastanak ateroskleroze. U nekim slučajevima izazivaju spazam koronarnih arterija i njihovih grana, što takođe ošteteće endotel, jer se periferno od tog mesta razvija hipoksemija koja destabilizuje endotel u ugroženom području. Kateholamini i kortikosteroidi sprečavaju skladištenje masti u masno tkivo, povećavaju nivo lipida u plazmi što doprinosi razvoju ateroskleroze. Studije su pokazale da psihološki stres kod majmuna

rezultuje povećanjem broja oštećenih endotelnih ćelija u torakalnoj aorti, a laboratorijski indukovani stres (ljutnja, razdražljivost) kod srčanih bolesnika dva puta češće dovodi do pogoršanja bolesti u odnosu na druge bolesnike. Kateholamini i kortizol dovode do povećanja krvnog pritiska zbog vazokonstrikcije i pojačanja kontraktilnosti miokarda. Uloga stresa u hipertenziji ostvaruje se: povećanjem tonusa simpatikusa ili normalnim tonusom simpatikusa uz povećanu osjetljivost reaktivnih tkiva i organa. Smatra se da u patogenezi hipertenzije i ulozi stresa osim kateholamina i kortizola važnu ulogu ima i povećano lučenje TSH, ACTH i vazopresina.

SIMPTOMI HRONIČNOG STRESA

- hronični umor, opšta slabost, razdražljivost
- glavobolja, vrtoglavica, nesvjetistica
- iznenadna lupanja i preskakanja srca
- hladne i ukočene ruke, hladan znoj
- osjećaj praznine i beznađa, napadi plača
- povećanje ili smanjenje apetita
- predosećanje loših vijesti, strah, uznemirenost
- tikovi usta ili obrva
- ubrzano disanje, gušenje
- prekomjerno pušenje.....

SINDROM SAGORIJEVANJA NA POSLU

U slučaju da stres povezan sa radnim mjestom traje duže vremena moguće je obolijevanje od sindroma sagorijevanja na poslu (eng. burnout syndrome).



Burnout je stanje mentalne iscrpljenosti koje zahvata profesije koje se bave radom sa drugim ljudima. Prvi put ga je opisao Herbert Freudenberger 1970. godine, psihijatar koji je i lično patio od ovog sindroma. Sindrom sagorijevanja na poslu je fenomen kome su podložne „pomačke profesije“, a najčešće se javlja kod ljekara, medicinskih sestara, prosvjetnih i socijalnih radnika. Najznačajnije komponente sindroma sagorijevanja na poslu su osjećanje emocionalne i fizičke iscrpljenosti, izmijenjen odnos prema bolesnicima (depersonalizacija) i smanjeno lično zadovoljstvo.

SIMPTOMI SINDROMA SAGORIJEVANJA NA POSLU

Tjelesni poremećaji: hronični umor, iscrpljenost, probavne smetnje, prekomjerna tjelesna težina ili mršavljenje, nesanica, različiti bolni sindromi, smanjen imunitet, povećana potreba za alkoholom, sedativima i cigarettama.

Emocionalni poremećaji: depresija, emocionalna praznina, osjećaj gubitka životnog smisla, umor od saosjećanja, anksioznost, gubitak motivacije za odlazak na posao, gubitak entuzijazma, apatija ili hipomanija, poremećaj prilagođavanja, izolacija, dosada, osjećaj tuge i bespomoćnosti, doživljaj bezvrijednosti, gubitak samopouzdanja i samopoštovanja, gubitak seksualnog interesa, osjećaj gubitka snage.

Bihevioralni simptomi: iritabilnost, nekritično rizično ponašanje, gubitak koncentracije, zaboravnost, eksplozivnost, grubost, pretjerana osjetljivost na vanjske stimulanse npr. buka, svjetlo, mirisi i dr., negativan stav prema poslu i ljudima, međuljudski sukobi, bezosjećajnost, rigidnost, stalna okupiranost poslom, platom, beneficijama, uslovima rada, pružanje otpora promjenama, porodični problemi, razvod braka, suicidalne misli.

Mentalni poremećaji su česti kod oboljelih od burnouta. Od afektivnih poremećaja najčešće su zastupljeni anksioznost i depresija. Ostali znaci afektivnih i voljnih poremećaja su: progresivno otuđenje, gubitak samopouzdanja i samopoštovanja, kolebljivost, nemogućnost koncen-

tracije i zadržavanja pažnje, pojačan pesimizam i osjećaj opšte uzaludnosti. Ponašanje osobe sa sindromom sagorijevanja se mijenja, tako da vremenom zadovoljna osoba postaje nezadovoljna, odgovorna osoba postaje čudljiva i povučena, a optimista postaje pesimista.

FAZE ISPOLJAVANJA SINDROMA SAGORIJEVANJA NA POSLU:

Radni entuzijazam: Osoba je maksimalno posvećena poslu, uđevojava ljudima sa kojima radi, ne dopušta sebi dnevni niti godišnji odmor. Pretjerano angažovanje na poslu ne dovodi do adekvatnog zadovoljstva, a osoba postaje razočarana i nezadovoljna.



Stagnacija: Karakteriše se teškoćama u odnosima sa saradnicima na poslu, porodicom i prijateljima.

Emocionalno povlačenje i izolacija: Ovakav obrazac ponašanja doprinosi doživljavanju posla kao besmislenog i bezvrijednog. U ovom stadijumu počinju se javljati prvi znaci tjelesnog iscrpljivanja, što predstavlja dodatni stres.

Apatija i gubitak životnih interesa: Javlja se kao odbrana od hroničnog nezadovoljstva na poslu. Prvobitno oduševljenje i samouverenost prelaze u cinizam i ravnodušnost, javlja se gubitak povjerenja u sebe i svoje sposobnosti.

METODE ZA PREVAZILAŽENJE SINDROMA SAGORIJEVANJA NA POSLU

Dosadašnja istraživanja nisu dala odgovor na pitanje: kako liječiti osobe oboljele od sindroma sagorijevanja na poslu? Ako se ovaj

sindrom dijagnostikuje, liječenje je prepusteno svakom pojedincu.

Za savladavanje sindroma sagorijevanja na poslu Američko udruženje internista je 2001. godine predložilo pet osnovnih mjera, koje bi svaki ljekar morao primijeniti da se zaštiti od nastanka sindroma sagorijevanja. Preporuke ovog udruženja su:

Vodite brigu o sebi. Razmotrite najprije svoj vlastiti zaštitni program. Uključite u svoj rad zabavu ili neku razbibrigu. Kada ste pod stresom važno je da ste sa porodicom više nego inače i da nađete vremena za svoje hobije.

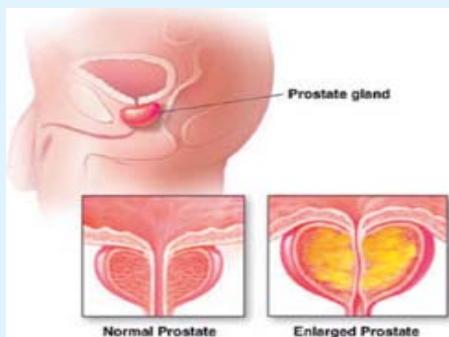
Odredite granice Vašeg djelovanja. Razmotrite Vašu praksu i vidite gdje je potrebno povući granicu. Možda morate promijeniti Vaše radno vrijeme, Vaše opterećenje pacijentima, broj pregleda ili smanjiti broj problematičnih pacijenata. Reći ne pacijentu i rizikovati njegov odlazak drugom ljekaru je zdravije nego stalno popuštati i zadovoljavati neopravdane prohtjeve pacijenata.

Odredite sredstva za prevladavanje stresa. Izaberite osobu kojoj se možete povjeriti. Ako ne želite raspravljati o Vašim problemima sa kolegama, obratite se starom kolegi sa studija, bivšem profesoru ili mentoru. Možete potražiti pomoć i u Vašoj vjerskoj zajednici ili kod psihoterapeuta. Moguća su i druga rješenja u vidu edukacije za preusmjeravanje karijere ili promjene zanimanja.

Analizirajte sami sebe. Odredite koje su Vaše vrijednosti i želje, koje su Vaše vještine i šta volite da radite, a šta ne volite ili mrzite raditi. Sagorijevanje često proizlazi iz nesrazmjere između Vaših želja, procjena i interesa s jedne strane i zahtjeva radnog mjesto s druge strane.

Nadvladajte kompleks da su drugi uvijek bolji od Vas i da se to samo Vama događa. Posao ljekara je veoma zahtjevan i podložan stalnim promjenama. Međutim, ovo se događa i u drugim zanimanjima. Da bi se zaštitio od pojave sindroma sagorijevanja na poslu ljekar mora razviti vještine koje će mu pomoći da se nosi sa stalnim promjenama i da stvori potrebne odbrambene mehanizme.

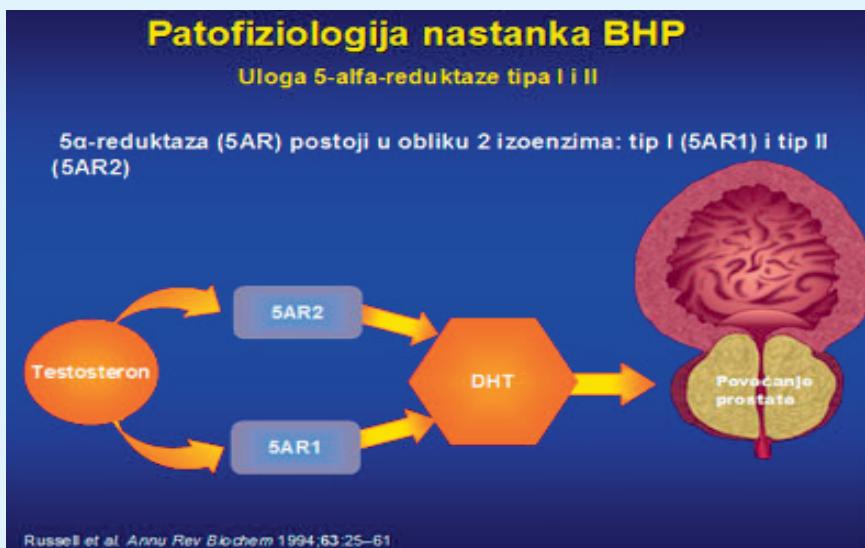
Dobroćudno povećanje prostate, benigna hiperplazija prostate (BHP-om), najčešće počinje u četvrtoj deceniji života. Iako svi muškarci sa BHP-om nemaju simptoma, epidemiološka ispitivanja pokazuju da 28% muškaraca starijih od 40 godina i 43% starijih od 60 godina ima simptomatsku bolest. Tačan uzrok BHP-a i dalje je nepoznat, ali važni faktori u etiologiji ove najčešće dijagnostifikovane bolesti u muškaraca, je uznapredovala životna dob i testikularni androgeni. Pojavi bolesti mogu doprinijeti i mnogi drugi faktori uključujući i genske varijacije. Benigna hiperplazija prostate tj. nodularna hiperplazija ili *hyperplasia glandularis et fibromuscularis prostatae* predstavlja pretjeran rast epitelnih struktura i fibromuskularnog tkiva prelazne zone prostate i stromalnog periuretralnog tkiva. U pubertetu nivo testosterona je povišen što ima za posledicu brzi rast prostate, tako da se njena veličina svake tri godine udvostručuje.



Rizična grupa kod koje se javlja BHP su odrasli muškarci iznad 45 godina života kod kojih se javljaju simptomi donjeg urinarnog trakta (lower urinary tract symptoms, LUTS). Preko 35% muškaraca u dobi od 50-60 godina boluje od BHP-a, od 60-70 godina preko 60%, a skoro preko 80% oboljelih bilježi se u dobi iznad 75 godina života. Iako o patogenezi BHP-a postoje brojne teorije, ona i dalje ostaje nejasna. Sve se teorije slažu da je za pojavu i razvoj bolesti potrebna androgena stimulacija i starija životna dob. Naime, kako muškarac stari dolazi do povećanja ukupne perioksidacije lipida, što ima za posljedicu povećanje koncentracije ko-faktora kao što je NAD i NADPH u tkivima. Ovo ima za direktnu posljedicu povećanje koncentracije izoenzima 5-a reduktaze (tip I i tip II) koji pospješuje stvaranje dihidrotetosterona (DHT) u tkivu prostate, a ovo pospješuje rast epitelnih i stromalnih ćelija prostate.

BENIGNA HIPERPLAZIJA PROSTATE

Dr Radojka Bijelić, specijalista porodične medicine



SIMPTOMI I ZNACI BHP-a

Simptomi u donjem mokraćnom sistemu (LUTS) nastaju kada lumen dijela uretre koja prolazi kroz prostate postane kompromitovan, protok mokraće postaje sve više otežan, praćeno hipertrofijom mišića detrusora mokraćnog mjehura. Simptomi BHP-a se razvijaju i javljaju postepeno. Prvi znak je najčešće poteškoća oko početka mokrenja, a kasnije se javljaju i drugi znaci koje ljekari karakterišu kao "prostatizam", koji se sastoji od dvije vrste simptoma: opstrukcijski (uslijed suženja mokraćne cijevi) i iritativni (uslijed nadražaja donjih mikračnih puteva).

Opstrukcijski simptomi benigne hiperplazije prostate (BHP):

- odgođen početak mokrenja
- slab i spor mlaz urina
- otežano mokrenje
- produženo mokrenje
- isprekidano mokrenje
- kapanje mokraće nakon mokrenja
- zadržavanje mokraće nakon mokrenja
- osjećaj neizpraznjenosti mokraćnog mjehura

Iritativni simptomi benigne hiperplazije prostate (BHP):

- poticaj na mokrenje – urgencija,
- učestalo mokrenje danju - polakiurija,
- učestalo mokrenje noću - nokturičija,
- nemogućnost zadržavanja mokraće - urgencija, inkontinencija.

Dijagnoza BHP se postavlja nizom pregleda i laboratorijskih određivanja kao što je prikazano na donjoj slici:

LIJEČENJE BHP-a

Cilj liječenja je olakšati simptome i poboljšati kvalitet života bolesnika kao i prevencija komplikacija vezanih uz BHP. Smanjenje volumena povećane prostate i relaksacija mišića jedan je od glavnih ciljeva liječenja. Posmatranje, praćenje ili tzv. «watchful waiting (ww)» preporučuje se kod blagih oblika bolesti ili kod pojave umjerenih do težih simptoma koji ne utiču toliko na kvalitet života samog pacijenta.

Medicinska terapija se sastoji od **1.** uvođenja lijekova iz grupe 5 alfa reduktaza inhibitora (5ARI); **2.** uvođenja lijekova iz grupe alfa blokatora; **3.** kombinovane terapije; **4.** hirurške terapije (hirurško liječenje se primjenjuje ako se uklanjanje simptoma ne uspije postići medikamentoznom terapijom. Postoje razne operativne tehnike: TURP - transuretralna resekcija prostate; laserski tretmani VLAP, ILC i druge); **5.** fitoterapije koja je simptomatska terapija i omogućava olakšavanje tegoba mokrenja u fazi I i II BPH.

BPH - Dijagnostika

International Prostate Symptom Score (IPSS)

- DRP
- PSA
- MIKCIOMETRIJA
- ANALIZA URINA
- UZV – RETENCIA URINA
- KREATININ – PROCJENA GORNJEG UROTRAKTA

LUTS Lower Urinary Tract Symptom Self Assessment Form									
Symptom Score									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
International Prostate Symptom Score (IPSS)									
Instructions: Please indicate how often you have been bothered by each symptom over the past month. Answer each question by marking the number that best describes your symptoms.									
<p>1. How often have you had trouble starting urination?</p> <p>2. How often have you had a weak stream of urine?</p> <p>3. How often have you had to strain to empty your bladder?</p> <p>4. How often have you had to get up during the night to urinate?</p> <p>5. How often have you had a full bladder?</p> <p>6. How often have you had to rush to get to the bathroom?</p> <p>7. How often have you had to stop and start when urinating?</p> <p>8. How often have you had to urinate more than 8 times a day?</p> <p>9. How often have you had to urinate more than 2 times at night?</p> <p>10. How often have you had to force yourself to urinate?</p>									
Total Score:									



SIQ
ISO 9001 Q-1478
ISO 14001 E-381

IQNet
THE INTERNATIONAL CERTIFICATION NETWORK

FIDI MED

Vodeće specijalizovano slovenačko preduzeće
u oblasti dodataka ishrani
i lijekova prirodnog porijekla



www.vitamedicdoo.com
Ekskluzivni distributer za BiH: Vitamedic D.O.O. Bijeljina
Telefon: 055/355-600

FidiMed je porodično preduzeće osnovano 1994. godine. Za više od 50 naših proizvoda pravimo sopstvene recepture. Naši strani partneri su: Dr. Grandel, Salus Haus, Kaneka, Shaper & Bruenner...

Poseđujemo sopstvenu proizvodnju, pogon za pakovanje, specijalizovane prodavnice. Izuzetno smo ponosni na naša stručna savjetovališta i medicinsku službu. Izuzetnu pažnju posvećujemo tome da naši proizvodi budu jedinstvene čistoće i isključivo od prirodnih sastojaka. Naši proizvodi su vrhunskog kvaliteta.

Želimo da Vam predstavimo naša 3 preparata koja bi uvijek trebalo da imate pri ruci.

RibaMed 1000

Omega-3 masne kiseline su u centru pažnje u svijetu ishrane, zbog niza povoljnih uticaja na ljudski organizam. Povoljno djeluju kod:

- kardiovaskularnih oboljenja
- ima antiinflamatorni efekat
- sprečava razvoj demencije
- ima antidepresivno djelovanje
- kod povišenih triglicerida u krvi

Da bi čovjek unio dovoljnu količinu omega-3 masnih kiselina trebao bi svakoga dana da pojede bar 200 gr. ribe. Tu količinu sadrže 2 kapsule RibaMed-a.

Prednost RibaMed-a:

- riblje ulje je tkivnog porijekla, izuzetne čistoće bez otrovnih primjesa (teških metala, dioksina i pesticida) o kojoj svjedoče i sertifikati o čistoći.

Kapsule RibaMed-a zbog izuzetne čistoće ne izazivaju podrigivanje i karakterističan ukus na ribu. Takođe sadrže i prirodni vitamin E.

Švaka kapsula sadrži: riblje ulje sa 45% omega-3
1000 mg

- EPA (Eicosapentaenska kiselina) 220 mg
- DHA (Docosahexaenska kiselina) 160 mg
- Prirodni vitamin E 3 mg

Doziranje: 1-2 kapsule 2 x dnevno po mogućnosti uz jelo.

ImmunoGran

ImmunoGran je jedinstveni preparat zato što sadrži imunološki aktivne aminokiseline, koje zajedno sa odabranom kombinacijom vitamina, minerala i elemenata u tragovima poboljšavaju funkcije odbranbenog sistema na sva tri nivoa (poboljšavanje nespecifičnog imuniteta, kao i B i T ćelijskog imunološkog odgovora).

ImmunoGran savjetujemo:

- kao zaštitu od virusnih infekcija u vrijeme prvih znakova prehlade
- preventivno za vrijeme nastanka povećane učestalosti respiratornih infekcija
- kod hroničnih bolesnika (plućni i srčani bolesnici, bolesnici sa hroničnim upalama probavnog trakta)
- ponovljena infekcija grla
- kad se primjenjuje liječenje antibioticima
- hemoterapije i radioterapije

Brz tempo modernog života, virusne infekcije se ne mogu izbjegći, ImmunoGran je odlična pomoć za jačanje imunološkog sistema i održavanje zdravlja.

Jedna vrećica ImmunoGrana sadrži: L-Glutamin 3000 mg, L-Arginin 2000 mg, L-Lizin 1000 mg, Taurin 1000 mg, Glycin 700 mg, L-Metionin 500 mg, Vitamin C 300 mg, L-Cistein 100 mg, Magnezijum 100 mg, Vitamin E 30 mg, Cink 10 mg, Vit. B-6 4,5 mg, Vit. B2 4,2 mg, Beta-karoten 2 mg, Vit. B12 9 µg, Molibden 50 µg, Hrom 50 µg.

Doziranje: ImmunoGran savjetujemo odraslima i djeci od 12 godina. Uzeti jednu kesicu dnevno. Ulijete sadržaj vrećice u 150 ml vode i voćnog soka i konzumirati odmah, po mogućnosti u jutarnjim satima sa hranom.

Granobil

Orginalna prirodna receptura Granobia efikasno ublažava bolove u grlu, osjećaj promuklosti i suvih usta. Glavni sastojak Granobia je ekstrakt planinskog lišaja koji sadrži usninske kiseline a one opet djeluju antisепtički i protivupalno. Karakterističan ukus pastile daje zgusnuti sok kruške. Sa prirodnim i umirujućim sastojcima oblaže sluznicu usta i ždrijela kao zaštitni sloj.

Najzahvalniji korisnici Granobil pastila su pjevači, voditelji tj. svi oni koji koriste svoj glas u profesionalne svrhe. Takođe zbog svog prirodnog sastava je primjereno za trudnice i djecu iznad 12 godina.

Jedna Granobil pastila sadrži: 15 mg ekstrakta gustog planinskog lišaja, guma akacije i prirodni sok od kruške.

Doziranje: polako otopiti u ustima 3-6 pastila raspoređenih u toku dana.



Hepalip forte®

kapsule

esencijalni fosfolipidi, vitamini
(PP, B1, B2, B6, E)

Za obnovu jetre i poboljšanje njene funkcije

Odobrene indikacije:

Akutni i hronični hepatitis; ciroza jetre; degeneracija jetre različite geneze; intoksikacije s posljedičnom insuficijencijom jetre; dislipoproteinemije; akutni i hronični vaskulitisi; gestoze; radijacijska bolest

Kontraindikacije:

Alergija na aktivnu i/ili pomoćne komponente lijeka; holestaza izvodnih žučnih kanala; empijem holeciste

Najčešće nuspojave:

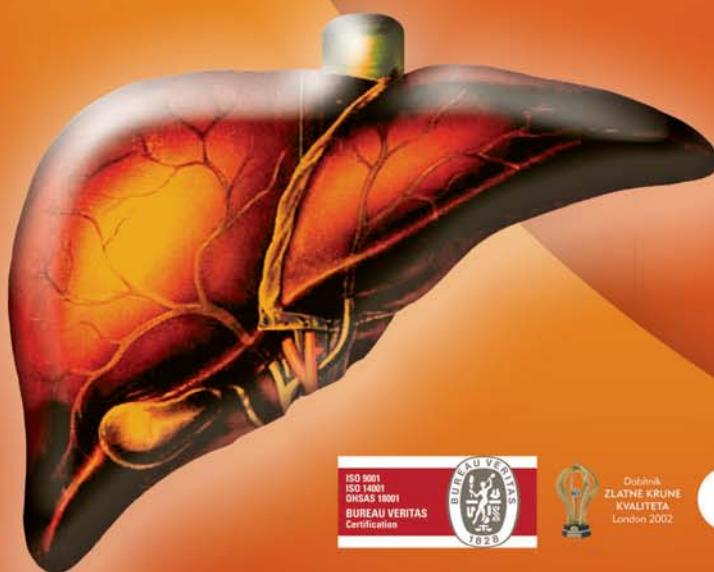
Blage alergijske reakcije, nadutost stomaka, mučnina, dijareja i tamnožuta do narančasta boja urina (zbog sadržaja vitamina B skupine) mogu se javiti rijetko

Mjere opreza:

Kod pacijenata s hroničnim gastritisom i hiperaciditetom želuca preporučuje se primjena aditivnih lijekova koji sadrže gastrične enzime

Doziranje i način upotrebe, upozorenja:

Uobičajena doza je 2-3 kapsule 3 puta na dan, tokom dužeg vremenskog perioda. Kapsule se preporučuju primjeniti u toku jela s umjerenom količinom tečnosti. Hepalip forte® se može primjenjivati tokom trudnoće i perioda dojenja.



Pakovanje:
kapsule x 50 (br. rješenja: 04-07.2-287-7/09)

Lijek se izdaje na ljekarski recept.
Bosnalijek d.d., Jukićeva 53, Sarajevo, BiH.



BOSNALIJEK

VITAMIN E I NJEGOV POZITIVAN UTICAJ NA ZDRAVLJE

Dr Milanka Vujićević, specijalista porodične medicine



Ishrana koja obiluje vitamonom E ima pozitivan uticaj na zdravlje, jedan od najmoćnijih oksidanata, vitamin E pozitivno utiče na podizanje kondicije i atletskih performansi, ublažavanja simptoma PMS-a i menopauze, usporava proces starenja, unapređuje seksualne funkcije i fertilitet, poboljšava imune funkcije, pozitivno utiče na funkcionisanje nervnog i kardiovaskularnog sistema. Ishrana koja obiluje vitamonom E ima pozitivan uticaj i služi kao pomoćno sredstvo u prevenciji karcinoma kao i u tretmanu velikog broja patoloških stanja.

Zbog saznanja o pozitivnom dejstvu vitamina E koji se češće nalazi u biljnoj ishrani i nema opasnosti od predoziranja, preporučuje se pravilna ishrana i zdrave navike u ishrani.

Vitamin E je liposolubilni vitamin sa antioksidativnom funkcijom. Otkriven je još 1922 godine kao liposolubilna supstanca neophodna za fertilitet laboratorijskih životinja. Kod onih životinja kod kojih je postojao deficit, tada još nepoznate supstance, u toku gestacionog perioda dolažilo je do uginuća i resorpcije ploda. Prvi put je identifikovan i izolovan tek 1936. godine, a prošlo je gotovo trideset godina do otkrića njegove uloge i u reprodukciji čovjeka. Kasniji radovi su pokazali da ova grupa liposolubilnih supstancija učestvuje u očuvanju strukture i fiziološke aktivnosti svih ćelija u organizmu. Hemski naziv vitamina E, **tokoferol** potiče od grčke riječi tokos što znači rođenje i pherein što znači nositi – donjeti na svijet zdravo dije-

Tokoferoli se međusobno razlikuju po broju i položaju metil grupa vezanih za benzolovo jezgro.

Možemo reći da vitamin E obuhvata "familiju" od osam antioksidanata, četiri tokoferola: alfa, beta, gama, delta i četiri tokotrienola takođe alfa, beta, gama i delta. Alfa tokoferol je oblik vitamina E koji je aktivan u ljudskom organizmu i koji se nalazi u najvećoj količini u krvi i tkivima.

ULOGA VITAMINA E

ALFA TOKOFEROL

Osnovna uloga alfa tokoferola u ljudskom organizmu je antioksidativna. Slobodni radikali se oslobođaju u organizmu tokom uobičajenih fizioloških reakcija kao što su tkivno



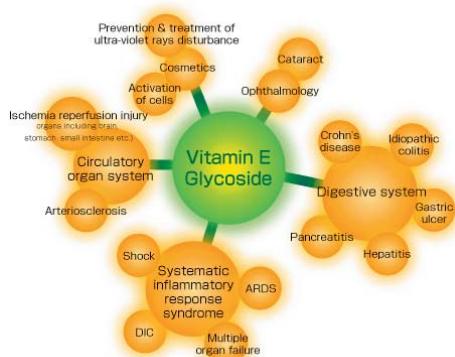
Osnovu svakodnevne ishrane treba da čine žitarice i proizvodi od žitarica, pirinač, krompir, lisnato zeleno povrće, biljna ulja, posebno ulje pšeničnih klica, suncokretovo ulje i sjemenke, badem, kikiriki, soja. Ishrana bogata žitaricama obezbjeđuje dovoljne količine vitamina E.



Po hemijskom sastavu tokoferoli su supstituisani derivati fitil-6 oksi hromana. Molekuli ovih hemijskih jedinjenja sastoje se iz dva osnovna dijela: cikličnog i bočnog alifatičnog niza. Ciklični dio hromana čine dva međusobno spojena prstena, a alifatični dio je zasićeni izoprenski niz.

disanje, fogocitoza kao i prilikom izloženosti spoljašnjim štetnim faktorima bilo da se radi o duvanskom dimu, UV zračenju, jonizujućem zračenju. Lipidi koji su integralni dio ćeljske membrane naročito su osjetljivi na oksidativno dejstvo slobodnih radikala. Alfa tokoferol za-

ustavlja lanac lipidne peroksidacije neutrališući slobodne radikale i na taj način čuva od destrukcije ćelijsku membranu. Zahvaljujući ovoj funkciji očuvanja integriteta ćeljske



membrane alfa tokoferol štiti i LDL (lipoproteini male gustoće) od oksidacije. Oksidisani LDL se dovodi u vezu sa razvojem kardiovaskularnih bolesti. Alfa tokoferolu pripisuju se i druge uloge u organizmu koje nisu antioksidativne. Poznato je da inhibiše aktivnost protein kinaze C – važne ćeljske molekule i utiče na ekspresiju i aktivnost imunih inflamatornih ćelija, takođe inhibiše agregaciju trombocita i povećava vazodilataciju.

GAMA TOKOFEROL

Funkcija gama tokoferola kod ljudi još nije potpuno jasna. Iako je vitamin E u ishrani najvećim dijelom u formi gama tokoferola, nivo gama tokoferola u krvi je oko deset puta niži od nivoa alfa tokoferola. Ovaj fenomen je posljedica uloge alfa tokoferol transfer proteina (α-TTP) u jetri koji veže za sebe alfa tokoferole unosi ga u cirkulišuće lipoproteine i isporučuje u različita tkiva u organizmu. Proizvodi metabolizma tokoferola – metaboliti mogu se detektovati u urinu, pri tome se mogu identifikovati veće količine gama tokoferola nego alfa tokoferola što navodi na zaključak da organizam treba manje količine gama nego alfa tokoferola.

DEFICIT VITAMINA E

Deficit vitamina E opisan je kod osoba sa malnutricijom, genetskim defektima koji pogađaju metabolizam α-TTP i kod osoba kod kojih postoji defekt u resorciji masti.

Kod djece sa cističnom fibrozom ili hroničnim oboljenjima jetre koja imaju poremećaj u resorciji masti, a uslijed toga i liposolubilnih vitamina može se razviti deficit vitamina E. Deficit vitamina E manifestuje se neurološkim simptomima uključujući poremećaj kordinacije (ataksija), perifernu neuropatiju, slabost mišića, oštećenje retine (pigmentna neuropatija). Nedostatak vitamina E kao posljedica deficitu u ishrani kod inače zdravih osoba nije opasan. Iako je deficit vitamina E rijedak, suboptimalan unos je relativno čest kod stanovnika SAD.

PREPORUČENI DNEVNI UNOS

Preporuke RDA za unos vitamina E su revidirane 2000 godine, od ranijih 8 mg/dan za žene i 10 mg/dan za muškarce na 15 mg/dan. Ove preporuke baziraju se na prevenciji deficitu, radije nego na promociji zdravlja i prevenciji hroničnih bolesti.

Preporučeni dnevni unos vitamina E u obliku alfa tokoferola po starosnim grupama.

STAROSNA DOB	RDA (mg/dan)
0-6 mjeseci	4
7-12 mjeseci	5
1-3 godine	6
4-10 godine	7
10-50 + godina (muškarci)	15
10-50 + godina (žene)	15
trudnoća	15
dojenje	19

PREVENCIJA BOLESTI

KARDIOVASKULARNE BOLESTI

Rezultati poslednjih opservacionih studija pokazuju da je povećan unos vitamina E povezan sa smanjenim rizikom za pojavu infarkta miokarda ili smrti od srčanih oboljenja u opštoj populaciji.

KATARAKTA

Katarkta se razvija kao posljedica oksidativnog oštećenja proteina u očnoj leći. Više opservacionih studija bavilo se istraživanjem povezanosti

između unosa vitamina E i incidence i ozbiljnosti katarakte. Rezultati istraživanja su bili različiti, što navodi na zaključak da su potrebna dalja istraživanja prije nego što bi se mogle dati specifične preporuke.

IMUNA FUNKCIJA

Smatra se da alfa tokoferol povećava specifične aspekte imunog odgovora koji se smanjuje sa godinama života.



IZVOR VITAMINA E U ISHRANI

Najznačajniji izvor alfa tokoferola u hrani su biljna ulja, koštuničavo voće, cijelo zrno i zeleno lisnato povrće. Svi osam oblika vitamina E (alfa, beta, gama, delta tokoferoli i tokotrienoli) nalaze se prirodno u hrani, ali u različitim količinama.

Sastav alfa tokoferola u hrani

NAMIRNICA	PORCIJA	mg/ PORCIJA
žitarice (musli)	1 šolja (250 mg)	13.50
špinat (kuhani)	1 šolja	6.73
ulje suncokret	1 kašika (supena)	5.59
paradajz sos	1 šolja	5.10
sok mrkva	1 šolja	2.74
brokula (kuhana)	1 šolja	2.43
ulje (maslinovo)	1 šolja	1.65

namirnica	količina u mg/100 g	količina za 20 mg dnevno
suncokretno ulje	50	40
ulje od kukuruznih klica	31	65
badem	25,2	79
soja	13,3	150
maslinovo ulje	13,2	152
orasi	12,3	163
pšenične klice	8	250
maline	4,5	444
paprike	3,1	645
spanać	1,7	1176
breskve	0,6	3333
maslac	2,2	909
jaja	0,8	2500
goveda džigerica	0,7	2857
ovčiji but	0,5	4000
belo pileće meso	0,3	6667
kravije mleko	0,1	20000
posno svinjsko meso	0,1	20000

Vitamin C je neophodan za regeneraciju vitamina E, selen smanjuje potrebu za vitaminom E, dok visoki nivo cinka može dovesti do smanjene resorpcije bakra.

Ovakva saznanja navode na zaključak da je korisnije uzimati antioksidativne nutiente u hrani jedući više voća, povrća i žitarica, što će ujedno povećati unos dijetnih vlakana i fitohemikalija uz minerale i vitamine. Ovakav stav je i preporuka nutricionista.

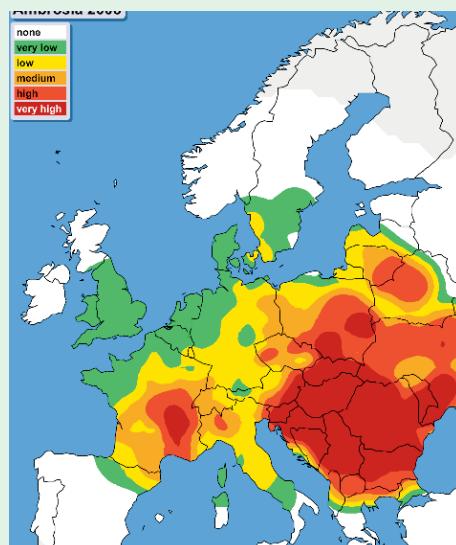
Kad je riječ o prevenciji ili liječenju bolesti, mišljenja nisu usaglašena. Često i slično provedene studije daju kontradiktorne rezultate. Mnogi liječnici i druge supstance mogu uticati na smanjenu resorciju vitamina E, uključujući holestiramin, izoniazid, mineralna ulja, orlistat, kao i za zamjenu masti olestra.

Vitamin E predstavlja esencijalnu supstanciju jer ga organizam ne može sam proizvesti, stoga se uvjek mora uzimati kao sastojak hrane, zajednički je stav da je prirođni vitamin E u organizmu bolje iskoristiv od sintetskog.

Ambrozija je biljka porijeklom iz Sjeverne Amerike koja je u Evropu dospjela 1863. godine u Njemačku kao „slijepi putnik“ na brodovima koji su prevozili sjeme luterke i djeteline. Postoji više vrsta iz roda *Ambrosia*, ali najmasovnija i najnepoželjnija je ***Ambrosia artemisiifolia*** koja je poznata pod imenima ambrozija, pelinasta ambro-



Slika 1. Polje ambrozije



Slika 2. Distribucija polena ambrozije u Evropi 2008. god.

zija, fazanuša, limundžik, opaš, gorka menta. Ova jednogodišnja zeljasta biljka naraste do 1m u visinu, vrlo je plodna i otporna korovska biljka, a raste na poljima, voćnjacima, vingradima, uz pruge, puteve, kanale, na neobrađenim zemljиштima i sl.

Ambrozija se razmnožava sjemenom, a svoju rasprostranjenost na mnogim područjima duguje osobinama sjemena:

1. Veliki broj proizvedenih sjemenki po jednoj biljci (od nekoliko hiljada do nekoliko desetina hiljada),
2. Sposobnost sjemena da dugo zadrži klijavost u zemljишtu (i do 40 godina),
3. Razvučen period nicanja (od aprila do septembra).

Neotenija je osobina ambrozije koja joj omogućava da u nepovoljnim uslovima (npr. nakon košenja) opstaje obrazovanjem neoteničnih formi. Iako veoma niska, slabo razvijena i iscrpljena ambrozija uspijeva da u takvim uslovima formira generativne organe i proizvede sjeme. Neotenija otežava borbu protiv ambrozije.

Ambrozija cvjeta od jula do početka prvih mrazeva, međutim, **najveća koncentracija njenog polena je u avgustu i septembru kada su najizraženije alergijske tegobe u osoba alergičnih na ambroziju.**

Polen ambrozije: Za pojavu simptoma alergije odgovoran je



Slika 3. Polen ambrozije raspršen vjetrom

polen ambrozije koji se prenosi vazduhom. Za mjerjenje koncentracije polena ambrozije u vazduhu koristi se uređaj – polenometar. U uzorcima vazduha se utvrđuje broj polenovih zrna ambrozije, a zatim se prema odgovarajućoj matematičkoj formuli izračunava koncentracija polenovih zrna u m^3 vazduha na 24 časa.

Polenski semafor:

Niska koncentracija polena ambrozije ($1-10 p/m^3$ vazduha) kod izuzetno osjetljivih osoba izaziva alergijske reakcije.

Srednja koncentracija polena ambrozije ($11-50 p/m^3$ vazduha) kod alergičnih osoba uglavnom izaziva alergijske reakcije.

Visoka koncentracija polena ambrozije ($>51 p/m^3$ vazduha) i kod zdravih osoba može izazvati alergijsku reakciju.

Simptomi, dijagnostika i terapija alergijskih oboljenja uzrokovanih polenom ambrozije:

Simptomi alergije se pojavljuju paralelno sa porastom koncentracije

Simptomi, dijagnostika i terapija

ALERGIJA NA AMBROZIJU

Dr Brankica Marković, specijalista porodične medicine, Dom zdravlja Banjaluka



Slika 4. Alergijski rhinitis

polena ambrozije u vazduhu ili 24-48 časova nakon što koncentracija polena u vazduhu dostigne svoj maksimum, što je period neophodan organizmu da prepozna alergen. Moguće manifestacije kod osjetljivih osoba su:

1. Alergijski konjunktivitis (crvenilo, suzenje i svrbež očiju)
2. Alergijski rhinitis i astma (svrbež i curenje iz nosa ili zapušenost nosa, kihanje, kašalj, zviždanje u prsima, otežano disanje, osjećaj nedostatka vazduha, astma)
3. Alergijski dermatitis (promjene na koži u vidu svrbeža, koprivnjače, ekcema)
4. Gastrointestinalne smetnje sa grčevima, povraćanjem, i prolivom, naročito ako postoje unakrsne reakcije sa hranom koja potencira alergogenost ambrozije (lubenica, dinja, banana, kesten, paradajz, zelena salata, krastavac, tikvice).

Dijagnoza alergijske preosjetljivosti na polen ambrozije se postavlja



Slika 5. Prick test

nakon izvođenja kožnog Prick testa. Test se izvodi nanošenjem kapi alergena na kožu leđa ili podlaktice, a zatim se lancetom izvrši ubod u kožu kroz kap alergena kako bi antigen mogao da prodre u kožu. Nakon toga se prati pojava urtike i eritema na mjestu uboda, mjeri se najveći prečnik urtike u milimetrima i prema veličini urtike se izražava intenzitet pozitivne reakcije.

Dodatni dijagnostički testovi su: broj eozinofila u diferencijalnoj krvnoj slici i u brisu sluznice nosa, određivanje koncentracije ukupnog i specifičnog IgE, spirometrija, bronhprovokacioni testovi i slično.

Liječenje zavisi od vrste alergijske manifestacije, a od lijekova se koriste antihistamini, koritikosteroidi (sistemska i lokalna), lokalni vazokonstriktori kao dekongestivi i sistemski kod anafilaktičkog šoka (adrenalin), stabilizatori mastocita, beta₂ agonisti, antagonisti leukotriena, anti IgE antitijela i liječenje desenzitizacijom. Kod poznate alergije na ambroziju preporučuje se preventivna primjena lijekova od druge polovine jula kako bi se spriječile ili ublažile alergijske manifestacije, izbjegavanje boravka na otvorenom od 5-12 časova kada je koncentracija polena najveća, planiranje godišnjeg odmora u vrijeme cvjetanja ambrozije, ispiranje polena iz nosa fiziološkim rastvorom, češće presvlačenje, tuširanje i pranje kose radi uklanjanja polena i slično.

Prikaz slučaja:

Z.M. je 41-godišnji nezaposleni muškarac iz okoline Banjaluke koji se 29.8.2011. god. javlja u ambulantu zbog promjena na koži podlaktica i potkoljenica koje peckaju i svrbe u isti mah. Promjene su se javile prije dva dana nakon što je kosio livadu sa ambrozijom, nedaleko od kuće. Nije se odmah javio ljekaru očekujući da

će se promjene povući, ali umjesto toga one su se pogoršavale. Nije imao problema sa disanjem, kijavici suzenje očju.

Status: TA: 110/70mmHg; puls: 71/min.; T: 36,6°C, br. respiracija: 20/min. Auskultatorno na srcu i plućima je normalan nalaz. Lokalno, na podlakticama i naročito na potkoljenicama prisutan izražen elastičan otok. Na koži pretežno volarne strane podlaktica i difuzno na koži potkoljenica prisutne efflorescence na eritematoznoj podlozi u vidu bula sa mjestimičnim erozijama. Periferno, na prelazu prema zdravoj koži prisutni eritematozni plakovi. Pacijent je tretiran parenteralno sa Metilprednizolonom 80mg i Hlorpiraminom 20mg datim intramuskularno, a lokalno ispiranjem promjena fiziološkim rastvorom, te je naručen sutradan na kontrolu. Naredni dan se mogla uočiti blaga regresija promjena, nešto bolja na podlakticama, pa je ista terapija nastavljena, a doza Metilprednizolona smanjena na 60mg naredna tri dana, a potom na 40mg još tri dana. Sedmi dan je ukinuta parenteralna terapija jer su promjene bile u dobroj regresiji. Pacijent je savjetovan o mjerama zaštite od ambrozije do kraja perioda cvjetanja ambrozije i planiran je Prick test.



Slika 6. Podlaktice – regresija promjena, 3. dan liječenja



Slika 7. Potkoljenica – umjerena regresija promjena, 3. dan liječenja

SVE U JEDNOJ BOCI!

LEATON®
Energija i vitalnost



**Više energije i vitalnosti
– NAŠ LEATON!**

Kwizda

Pharma



BRONCHO® STOP



**Sine sirup
protiv kašlja**



**Sirup protiv
kašlja**

Pastile protiv kašlja



**Kapi protiv
kašlja**



Suhi ekstrakt majčine dušice i sirup korijena bijelog šljeza

- biljni sirup za suzbijanje kašlja,
- djeluje kao ekspektorans
- smanjuje nadražaj na kašalj
- antispazmolitični efekat

apomedical

APOMEDICAL d.o.o., Vreoca 33, 71210 Sarajevo – Ilidža
Tel.: + 387 33 771701, Tel.: + 387 33 771702, Fax: + 387 33 771707,
www.apomedical.com, Email : apomedical@apomedical.com

Regional Conference of Wonca Europe ESGP/FM

WONCA EUROPE 2010

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



U periodu od 6. do 9. septembra 2010. godine u Malagi -Španija, održana je 16. konferencija Wonca Europe pod nazivom Family Medicine into the Future Blending Health & Cultures. Teme kongresa su bile: Alkohol, droge i druge bolesti zavisnosti; HOB/P; Medicinska edukacija; Njega starih osoba; Kardiovaskularne bolesti; Rizik faktori za kardiovaskularne bolesti; Diabetes mellitus; Maligne bolesti; Javno zdravstvo; Zdravlje žena; Alternativna medicina; Adolescentni problemi. Konferencija je započela izuzetno lijepo organizovanom ceremonijom otvaranja u veleljepnom kongresnom centru Congress Hall Palacio de Ferias u Congresos, nakon koje su učesnici prisustvovali bogatom kulturnom programu i koktelu na kojem su posluženi nacionalni specijaliteti. Konferenciji je prisustvovalo preko 4.000 učesnika iz 70 zemalja iz Evrope i svijeta. Tokom tri dana održavanja Konferencije radni dio se odvijao istovremeno u nekoliko sala. Interes učesnika za sve sesije je bio tako veliki, da su tokom cijelog trajanja Konferencije sale bile pune, a dešavalo se da je za neke sesije, pogotovo radionice EURACT-a, nedostajalo mesta za sve zainteresovane, te su mnogi učesnici stajali.

Na Konferenciji je bilo 219 sati naučnih aktivnosti, prikazano je 15 istraživačkih projekata, 306 oralnih prezentacija, 706 poster prezentacija, 57 workshopova i jedan satelitski simpozijum. Ove godine na Kongresu Wonca Europe po prvi put posteri su prezentovani u elektronskoj formi. Na šest ekrana istovremeno su prikazivani posteri po unaprijed utvrđenom



rasporedu. Oralne prezentacije bile su praćene interesantnim diskusijama, a učesnici su bili izuzetno aktivni na organizovanim radionicama. Izuzetno interesovanje pobudili su EURACT-ovi workshopovi sa temama: Kako reći NE? I Identifikujte Vaše potrebe i alate za učenje!

Osim naučnog dijela učesnici Kongresa su imali priliku da obiju brojne znamenitosti ovog prelijepog grada. Katedrala iz 15. vijeka, stari grad, rodna kuća velikog španskog slikara Pabla Pikasa, Pikasov muzej, Korida u kojoj je za učesnike Kongresa upriličen koncert flamengo pjesama sigurno nikoga nisu ostavili ravnodušnim.

Učesnici Koferencije WONCA EUROPE 2010 iz Republike Srpske prezentovali su u vidu poster prezentacija slijedeće radove:

1. THE FREQUENCY OF RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES IN GENERAL POPULATION IN PRIMARY HEALTH CENTER BANJA LUKA, BIH; Kosana Stanetić, Vedrana Antonić-Kovljenović, Maja Račić

2. THE FREQUENCY OF MICROVASCULAR COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH TYP 2 DIABETES MELLITUS; Kosana Stanetić, Suzana Savić, Brankica Galić, Snježana Pekez

3. THE ANALYSIS OF NONCOMMUNICABLE DISEASES PREVENTION PROGRAM IN PRIMARY HEALTH CENTER BANJA LUKA; BiH; Suzana Savić, Kosana Stanetić, Gordana Tešanović

4. ALCOHOL CONSUMPTION AMONG THE ELDERLY PRIMARY CARE PATIENTS, Maja Račić, Ljilja Kozomara, Srebrenka Ku-smuk

5. COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT IN PRIMARY HEALTH CARE SETTINGS, Ljilja Kozomara, Maja Račić, Srebrenka Ku-smuk

6. ACETYLSALICYLIC ACID IN PRIMARY PREVENTION, DOES RISK OF COMPLICATIONS OVERCOME BENEFITS? Anna Čulafić, Brankica Marković, Draško Kuprešak, Ljubica Jelovac

7. ALLERGIC MANIFESTATIONS IN PERSONS SENSITIZED TO AMBROSIA ELATOR, Brankica Marković, Anna Čulafić, Dejan Ristić

8. POLYPRAGMASY IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES, Tomić A, Pejić D, Nikolić R, Cvijanović-Benke S.



MALO ŠALE NIJE NA ODMET

Pripremila: dr Zora Kremenović

POSLOVICE O LJUBAVI



Ljubav je staklo koje se lomi ako ga čovjek primi suviše nesigurno ili suviše čvrsto. (ruska)

Ljubavne rane može izlijevati samo onaj ko ih je zadao. (njemačka)

Krhka je ta ljubav koja se od prvog udarca lomi. (ruska)

Gdje je jedna ljubav, tamo drugoj nema mjesta. (turska)

Ljubavni pogled dug je tekst. (njemačka)

Kad je u srcu plamen, neka će iskra izletjeti i na usta. (engleska)

Samo onda istinski volimo kad više nemamo potrebe da to iskažemo. (engleska)

Brak i makaroni dobri su jedino kad su vrući. (italijanska)

Ljubav je kao mjesec - ako ne raste, onda se smanjuje. (kineska)

POSLOVICE O ŽENAMA

Poštena žena nalazi uvijek pravilan odgovor na svako laskavo pitanje zavodnika. (vijetnamska)

Neka vas Bog čuva zlih žena, a dobrih se sami čuvajte. (jevrejska)

Muža ne drže u kući djeca, nego ženina mudrost. (madagaskarska)

Traži ženu koja se sviđa tebi, ne drugima. (rumunска)

Žena i zlato sve mogu. (španska)

Ljubav bez žene, mlin bez vode. (jermenska)

Kad nam se sreća smiješi sretnemo prijatelje, kad nam okrene leđa sretnemo lijepu ženu. (kineska)

Najbolja je ona žena koja slušajući umije zapovijedati. (latinska)

Kad se lijepa žena smije, novčanik plače. (italijanska)

Žena bez časti nikada nije ni bila lijepa. (italijanska)

Državi ne duguj, sa žandarima ne druguj, a ženi tajne na kazuj. (srpska)

Ne stoji kuća na zemlji, nego na ženi. (bosanska)



GRAFITI O ŽENAMA



Preko oglasa je tražio ženu. Stotine ljudi se javilo sa molbom: Uzmite moju! Ima žena koje tvrde da su svi muškarci isti. Zar to nije malo previše iskustva? Jednoj ženi treba 20 godina da od sina napravi muškarca, a drugoj samo 20 minuta da od njega napravi budalu.

Žene se uljepšavaju samo zato što je čulo vida kod muškaraca razvijenje od mozga.

Nisam primijetio da mi se žena davi. Vrištala je uobičajeno.

Pravog muškarca nećete vidjeti da pegla i pere - on to završi prije nego što se njegova žena probudi.

Muškarčeva savršena suština je ... žena!

Zašto svi uragani imaju ženska imena?

Kad dođu, vlažni su i topli, a kad odu, odnose kuće, auta ...

Zašto u raju ima samo 10% žena?

Da ih ima više, bio bi to pravi pakao.

Koja je razlika između vile i vještice?

pet godina braka ...

Zašto su žene trodimenzionalne?

Jer govore jedno, misle drugo, a rade treće.

Primjena Ramiprila u prevenciji kardiovaskularnog rizika

Kardiovaskularne bolesti zauzimaju vrlo visoko mjesto na ljestvici mortaliteta i morbiditeta, naročito u visoko razvijenim područjima. Srčani i moždani udar zajedno čine najveći procenat uzroka smrti u svijetu. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) navodi da ove bolesti uzrokuju smrt u više od 17 miliona ljudi godišnje. **Ramipril je jedini ACE inhibitor koji je FDA odobrila za prevenciju visokorizičnih pacijenata** kod hipertenzije, moždanog udara, nestabilne angine pektoris, srčane premosnice, koronarne angioplastike, povišenog ukupnog holesterola, šećerne bolesti i periferne vaskularne bolesti i kod pušača. U preventivnoj primjeni ramipril značajno smanjuje pojavu infarkta miokarda, moždanog udara ili smrti zbog kardiovaskularnih poremećaja u bolesnika s povećanim kardiovaskularnim rizikom zbog srčanih i žilnih bolesti (kao što su izražena

koronarna bolest srca, moždani udar u anamnezi ili periferne vaskularne bolesti) ili šećerne bolesti povezane s još najmanje jednim dodatnim faktorom rizika (mikroalbuminurija, hipertenzija, povišene vrijednosti ukupnog holesterola, niske razine holesterola velike gustoće, pušenje). Ramipril također reducira ukupnu smrtnost kao i potrebu za revaskularizacijom te odgađa početak i napredovanje kongestivnog zatajenja srca. Ramipril je djelotvoran u liječenju kongestivnog zatajenja srca. U bolesnika u kojih su se nakon akutnog infarkta miokarda pojavili znaci kongestivnog zatajenja srca, ramipril je smanjio rizik od smrti (uključujući i naglu smrt, rizik od progresije teške/rezistentne srčane slabosti te stoga potrebu za odlazak u bolnicu). Rezultati **HOPE** studije (*Heart Outcomes Prevention Evaluation Trial*) pokazuju da **ramipril** značajno reducira neželjene ishode -

smrt, infarkt miokarda (IM), moždani udar, koronarnu revaskularizaciju, arest srca, srčano zatajivanje te rizik od komplikacija i pojave dijabetesa. U pacijenata sa hipertrofijom lijeve komore ili disfunkcijom lijeve komore upotreba ramiprila smanjuje smrtnost za 20%. Klinička istraživanja ukazuju da ako se ramipril primjenjuje u visoko rizičnih pacijenata sa kardiovaskularnim bolestima u prevenciji i liječenju osnovne bolesti i pratećih komorbiditeta više od milion života će biti spašeno svake godine. Prednosti primjene ramiprila su u činjenici da se može primjenjivati u preventivne svrhe i kod normotenzivnih pacijenata, u pacijenata sa šećernom bolešću bez komplikacija te u pacijenata koji nemaju istoriju srčanog i moždanog udara.

RIJEČ STRUČNJAKA

Prim. Lejla Dizdarević mr ph: **Ramipril Farmal** kao monoterapija i u kombinaciji sa hidroklorotiazidom je ACE inhibitor koji sadržava dikarboksilatnu skupinu. U jetri se metabolizira u ramiprilat, djelatni metabolit ramipril. On je snažan inhibitor enzima angiotenzin konvertaze duga djelovanja. Uporaba ramiprila uzrokuje širenje krvnih žila i, posebice u bolesnika s visokim krvnim tlakom, sniženje krvnog tlaka. Učinak jedne doze lijeka na sniženje krvnog tlaka očigledan je za sat-dva nakon uzimanja, dok je najizraženiji za tri do šest sati. Učinak jedne doze uobičajeno traje 24

sata. Terapija ramiprilom u konačnici je povezana s 27%-nom redukcijom rizika smrti bilo kojeg uzroka. Oko 90% smrti je iz kardiovaskularnih uzroka – najčešće nagla smrt. Primjena ACE inhibitora s centralnom aktivnošću- ramipril-a u odnosu na one koji nemaju centralnu aktivnost (enalapril, kvinapril) koji nemaju proći krvno-moždanu barijeru, povezana je sa 65% smanjenjem pogoršanja kognitivnih sposobnosti po godini primjene lijeka.

Prim. dr Azra Kabil-Medić, spec. internista-dijabetolog: Primjena **Ramipril Farmal i Ramipril H Farmal** tableta se preporučuje u pacijenata sa izraženom dijabetičkom i nedijabetičkom nefropatijom.

Prednosti primjene ramiprila su prvenstveno u zaštiti perifernih krvnih sudova koji najčešće budu zahvaćeni u dijabetičara pored ostalih komplikacija koje se razvijaju u sklopu ovog oboljenja. U bolesnika s nedijabetičkom ili izraženom dijabetičkom nefropatijom, ramipril smanjuje stepen napredovanja bubrežnog zatajenja i razvoj krajnjeg bubrežnog oštećenja te potrebu za dijalizom ili bubrežnom transplantacijom. U bolesnika s nedijabetičkom ili početnom dijabetičkom nefropatijom, ramipril smanjuje stepen izlučivanja albumina odn. smanjuje pojavu mikroalbuminurije te smanjuje rizik od razvoja nefropatije.

Značaj dislipidemije i statinske terapije

Pripremila: dr Dijana Trninić, Klinika za kardiovaskularne bolesti Kliničkog centra Banjaluka

Kardiovaskularne bolesti su najčešći uzrok smrtnosti kod odraslih osoba u većini evropskih zemalja. Godišnje od kardiovaskularnih bolesti u Evropi umre preko 4 miliona osoba. Od svih kardiovaskularnih bolesti, koronarna bolest srca je vodeći uzrok smrtnosti.

Razvoj lijekova za sniženje holesterola je počeo šezdesetih godina dvadesetog vijeka. Prve studije s holestiraminom i gemfibrozilom su ukazale da sniženje holesterola smanjuje i incidencu ne samo infarkta miokarda već i kardiovaskularni rizik i ukupni mortalitet. Dokazi efikasnosti statina iz tih kliničkih studija postali su jedan od nosećih stubova Medicine zasnovane na dokazima jer su se vremenom preklopili sa dokazima o efikasnosti beta-blokatora, ACE inhibitora i aspirina.¹

Velike epidemiološke studije Framinghamska, MRFIT i dr. učvrstile su postojeća saznanja o štetnosti povišenih nivoa holesterola u plazmi i smrtnosti od koronarne bolesti kao posledice uznapredovale ateroskleroze. Hiperholesterolemija nije samo jedan od glavnih faktora kardiovaskularnog rizika, već ona doprinosi da se i ostali aterogeni faktori (hipertenzija, pušenje, dijabetes, fizička neaktivnost) ispoljavaju u punoj snazi.²

U skladu sa rezultatima novih kliničkih studija redefinisani su ciljevi terapije lijekovima koji snižavaju holesterol. Opšti ciljevi svakog sniženja holesterola jesu smanjivanje kardiovaskularnog rizika koji nosi razvoj ateroskleroze: smanjivanje KV mortaliteta i morbiditeta (infarkti miokarda, bolesti perifernih arterija, promjene na arterijama oka, bubre-

ga i mozga). U primarnoj prevenciji ciljevi se ostvaruju snižavanjem povišenih koncentracija ukupnog holesterola i LDL-holesterola, a u sekundarnoj prevenciji se statini primjenjuju kod bolesnika sa razvijenom aterosklerozom da bi se smanjio kardiovaskularni mortalitet, broj nefatalnih infarkta, šloga, broj operacija revaskularizacije na srcu i nogama.¹

Prema Evropskim preporukama za prevenciju, u primarnoj prevenciji bi ukupni holesterol trebao da bude $<5\text{mmol/l}$ (190 mg %), a LDL-holesterol $<3\text{mmol/l}$ (115 mg %), a u sekundarnoj prevenciji, za bolesnike koji već imaju koronarnu bolest ili dijabetes, terapijski ciljevi su da je ukupni holesterol $<4,5\text{mmol/l}$ (175 mg %) i LDL-holesterol $<2,5\text{mmol/l}$ (100 mg %).¹

U studijama primarne prevencije koronarne bolesti u SAD u toku sedam godina, holestiramin je snižavao holesterol za 12,5% i to je bilo praćeno smanjenjem učestalosti akutnog infarkta miokarda za 19%, kao i smanjenjem potreba za hirurškim intervencijama na srcu.^{2,3} U WOSCOPS studiji, pravastatin je snižavao koncentracije ukupnog i LDL-holesterola u plazmi za 20% i 26%, nefatalne infarkte miokarda za 31% i ukupni mortalitet za 22%.^{4,5}

U studijama sekundarne prevencije, kod bolesnika sa koronarnom bolešću sa ili bez preležanog infarkta miokarda, kapitalni značaj ima Skandinavska studija (4S) sa simvastatinom i veći broj angiografskih studija o regresiji ateroskleroze u toku primjene monoterapije ili kombinovane terapije. U studiji 4S dugotrajna primjena simvastatina

je snižavala holesterol u plazmi i smanjivala kardiovaskularni rizik za 30%.^{6,7,8}

Novi lijek među statinima je **Crestor®** (rosuvastatin) iz grupe HMG-CoA reduktaza. Ispitivan je komparativno sa svim statinima u širokom doznom rasponu od 10-80 mg dnevno. Crestor® je ispitivan kroz klinički studijski program tzv. GALAXY koji je razvijen globalnom istraživačkom inicijativom sponzorskom od strane AstraZeneca. Ovaj program je obuhvatao 22 kliničke studije kojima je uključeno 65 000 pacijenata.

Rezultati pojedinačnih studija i retrospektivnih analiza ukazuju na superiornost rosuvastatina u postizanju ciljnih vrijednosti holesterola predviđenim u preporukama kod različitih populacija bolesnika: - kod bolesnika sa hiperholesetolemijom (STELLAR trial)⁹; - kod bolesnika sa dislipidemijom u okviru metaboličkog sindroma¹⁰; - kod bolesnika sa dijabetesom tipa 1 i 2^{11,12} i kod starijih osoba (starijih od 65 godina).¹³

STELLAR studija je pokazala da je rosuvastatin ostvario veću redukciju LDL-a za 8,2% više od atorvastatina odnosno za 12-18% više od simvastatina. U Stellar studiji rosuvastatin je efikasnije snizio LDL nego atorvastatin u duplo većoj dozi. U poređenju sa simvastatinom, rosuvastatin je postigao isto sniženje LDL-a kao 8 puta veća doza simvastatina. Jedan od ciljeva Stellar studije je bio i ispitati procenata pacijenata koji su dostigli ciljane vrijednosti LDL-a po europskim smjernicama. Rezultati studije su pokazali da je 79-92% pacijenata koji su bili tretirani rosuvastatinom dostigli ciljane vrijednosti

LDL-a. U istoj studiji Crestor® je pokazao najveću efikasnost u povećanju vrijednosti HDL-a i smanjenju koncentracije triglicerida.⁹

U METEOR studiji, kod osoba sa subkliničkom aterosklerozom i malim koronarnim rizikom, dvije godine davanja 40 mg rosuvastatina je signifikantno usporavalo progresiju zadebljanja karotidne arterije.¹⁴ Treba napomenuti da je METEOR studija ispitivana na pacijentima niskog rizika za razvoj koronarne bolesti, a da se rosuvastatin od 40 mg prema postojećim odobrenjima za propisivanje propisuje samo pacijentima sa teškim hiperholisterolemijama i visokim kardiovaskularnim rizikom.¹⁵

Krajem 2008. godine je završena JUPITER studija (18.000 zdravih osoba sa niskim vrijednostima LDL-cholesterola koje ne zahtijevaju propisivanje statina po važećim kriterijumima za primarnu prevenciju, ali sa povišenim CRP) koja je pokazala značaj upotrebe rosuvastatina od 20 mg u svim ispitivanim parametrima kardiovaskularnog rizika.¹⁶ Rezultati post hoc analize Jupiter studije objavljeni 2011. pokazali su da kod visoko rizičnih pacijenata (SCORE rizik ≥5%) rosuvastatin od 20 mg omogućava maksimalnu zaštitu visoko rizičnih pacijenata, smanjujući za 43% ukupni rizik za kardiovaskularnu smrt, infarkt miokarda i šlog, zatim smanjujući, pojedinačno za 48% rizik za infarkt mikarda i 47% za šlog.¹⁷

REFERENCES

1. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: European Heart J 2007;28: 2375-2414
2. Kannel WB, Castelli WP, Gordon T, McNamara PM. Serum cholesterol, lipoproteins and the risk of coronary heart disease. The Framingham Study. Ann Int Med 1971; 74:1-12.
3. Lipid Research Clinics Program. The lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial results.I. Reduction in incidence of coronary heart disease.JAMA 1984;251:351-64
4. Lipid research Clinics program. The lipid Research Clinics Coronary Primary prevention Trial results. II. The relationship of reduction in incidence of coronary heart disease to cholesterol lowering. JAMA 1984; 251:365-74.
5. Shepherd J et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with Hypercholesterolemia.N Engl J Med 1995;333:1301-7
6. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group.Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 1994;344:1383-9.
7. Blanckenhorn DH, Nessim SA, Johnson RK et al. Beneficial effects of colestipol niacin therapy of coronary atherosclerosis and coronary venous bypass grafts. JAMA 1987;257:3233-40.
8. Brown BG, Albers JJ, Fisher LD et al. Regression of coronary artery disease as a result of intensive lipid-lowering therapy in men with high levels of apolipoprotein B. N Engl J Med; 199;0:323: 1289-98.
9. Jones PH, Davidson MH, Stein EA et al. Comparison of the efficacy and safety of rosuvastatin versus simvastatin, simvastatin, and paravastatin across doses (Stellar Trial). Am J Cardiol 2003;92:152-60.
10. Stalenhoef AF, Ballantyne CM, Stary C et al.A comparative study with rosuvastatin in subjects with metabolic syndrome: results of the COMETS study.Eur Heart J 2005;26:2664-72.
11. Berne C, Siewert-Delle A. Comparison of rosuvastatin and atorvastatin for lipid lowering in patients with type II Diabetes mellitus:results from the URANUS study . Cardiovascular Diabetol 2005;4:7-12.
12. Fox KM, Gandy SK, Ohsfeldt RL et al. Effectiveness of rosuvastatin in low-density lipoprotein cholesterol lowering and NCEP adult treatment panel guideline III LDL-C goal attainment compared to other statins among diabetes mellitus patients: a retrospective study using an electronic medical records dataset in the United States.Curr Med Res Opin 2007; 23:2125-33.
13. Harley CR, Gandy S, Blasetto J et al. Low density lipoprotein cholesterol levels and LDL-C goal attainment among elderly patients treated with rosuvastatin compared with other statins in routine clinical practice. A. J Geriatr Pharmacother 2007;5:185-93.
14. Crouse JR, Raichien JS, Riley WA et al. Effects of rosuvastatin on progression of carotid intima-media thickness in low-risk individuals with atherosclerosis. The METEOR Trial. JAMA 2007;297:1344-53.
15. Odobreni Rezime Karakteristika Lijeka, AstraZeneca 2011.
16. Ridker PM on behalf of the JUPITER Study Group. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. N Engl J Med 2008;359:2195-207.
17. Koenig W., Ridker PM.Rosuvastatin for primary prevention in patients with European systematic coronary risk 20%: post hoc analyses of the JUPITER trial requested by European health authorities. Eur Heart J. 2011; 32, 75-83

Hepalip forte za efikasnu obnovu jetrenih ćelija

Bosnalijek d.d. - domaći marketing i prodaja, stručni tim za medicinsku podršku

Jetra je najveća žljezda u našem tijelu i koja se s pravom naziva "centralna laboratorija" našeg organizma obzirom da obavlja mnoge vitalno važne funkcije. Osnovne funkcije jetre mogu se podijeliti na:

1. vaskularne funkcije pohranjivanja i filtracije krvi
2. metaboličke funkcije koje se odnose na većinu metaboličkih sistema u organizmu
3. sekrecijske i ekskrecijske funkcije odgovorne za stvaranje žući.

Jetra je veliki rezervoar krvi, veliki venski organ koji se može proširiti i tako poslužiti kao rezervoar krvi kada se krvni volumen pretjerano poveća ili pak osigurati dodatnu količinu krvi kada se krvni volumen smanji. Najvažnije metaboličke funkcije koje jetra obavlja su metabolizam ugljikohidrata, masti i bjelančevina. Jetra također predstavlja veoma važan depo vitamina (posebno vitamina A, D i vitamina B₁₂); učestvuje u proizvodnji krvnih sastojaka koji se iskorištavaju u procesu zgrušavanja krvi; te osim hemoglobinskog željeza, predstavlja najveći depo željeza u organizmu koji se u jetri deponuje u obliku feritina.

Jetra učestvuje u detoksifikaciji i izlučivanju različitih lijekova u žuč, te hemijski preinačuje ili izlučuje različite hormone (tiroksin i svi steroidni hormoni). Jedinstvena osobina jetre je sposobnost regeneracije.

Funkciju jetre mogu ugroziti sljedeći faktori: pretjerano konzumiranje alkohola, gojaznost, učestala konzumacija velikih količina masne i pržene hrane, pušenje, akutni i hronični hepatitis, šećerna bolest, dugotrajna upotreba nekih lijekova,

toksične materije iz okoline. Probavni simptomi poremećene funkcije jetre uključuju mučninu, nepodnošenje masti, nadutost, periode proljeva i zatvora, te gubitak apetita.

Kad zataji "centralna laboratorija" u organizmu

U oboljenjima jetre nezavisno od etiologije, prisutno je oštećenje membrana i organela jetrenih ćelija hepatocita s gubitkom fosfolipida, strukturnog dijela membrana svih ćelija i organela koji imaju veliku ulogu u membranski-ovisnim procesima metabolizma i detoksifikacije, te u ćelijskoj regeneraciji. Hepalip forte kapsule obezbjeđuje egzogenu supstituciju fosfolipida koji se ugrađuju u membranske strukture jetrenih ćelija i tako regenerišu membrane, povećavajući izmjenu hranljivih tvari i elektrolita kroz membrane, kao i aktivnost enzima ovisnih o fosfolipidima. Ugradnjom intaktnih visokoenergetskih molekula esencijalnih fosfolipida u hepatocite, oboljela jetra je pošteđena od trošenja energetskih zaliha koje bi bile potrebne za stvaranje strukturalnih i funkcionalnih elemenata membranskog sistema. Hepalip forte kapsule najvećim dijelom čine esencijalni fosfolipidi koji su hemijskom struktrom slični endogenim fosfolipidima, od kojih su funkcionalno superiorniji zbog visokog sadržaja nezasićenih masnih kiselina. Kompleks vitamina (B1, B2, B6, PP i E) u sastavu kapsula Hepalip forte ima potpornu metaboličku funkciju.

Na osnovu provedenog otvorenog, jednocentričnog kliničkog

istraživanja efikasnosti, podnošljivosti i sigurnosti enteralne primjene Hepalip forte kapsula u terapiji hroničnih oboljenja jetre u trajanju od 14 sedmica, ovaj se hepatoprotектив pokazao kao efikasan, siguran i dobro podnošljiv u tretmanu hronične jetrene bolesti, a posebno u grupama bolesnika sa steatozom jetre uslijed prekomjerne konzumacije alkohola, te u žena sa steatozom jetre nealkoholnog porijekla (*Gribajčević M., Vanis N. Kronicne bolesti jetre. Sarajevo: Bosnalijek d.d. 2006.*).

Hepalip forte kapsule dokazano pospješuju regenerativnu i potpornu metaboličku funkciju jetre kod infektivnih bolesti jetre (virusni hepatitis) kao i kod neinfektivnih oboljenja koja pogadaju "centralnu laboratoriju" našeg организма kao što su masna jetra ili jetrena steatoza, ciroza jetre, toksična oštećenja jetre.

Kombinacija esencijalnih fosfolipida i vitamina u sastavu kapsula Hepalip forte kod navedenih oboljenja efikasno obnavlja i štiti jetrene ćelije, zaustavlja dalje napredovanje oštećenja hepatocita, značajno poboljšava opšte stanje pacijenta uz izuzetno dobru podnošljivost, te unapređuje sposobnost jetre u izlučivanju toksičnih tvari.



umor

impotencija

hladni ekstremiteti

Ne dopustite da ustaju na “lijevu nogu”...

...propišite Nebilet®
nebivolol 5 mg
više od β blokatora

- Superiorna tolerabilnost u odnosu na druge β blokatore
- Očuvanje seksualne funkcije i kvalitete života
- Metabolička neutralnost

KVALITATIVNI I KVANTITATIVNI SASTAV LIJEKA: Jedna tableta sadrži 5,45 mg nebivolol hidrohlorida (jednako 5,0 mg nebivolola) **INDIKACIJE:** Tretman esencijalne hipertenzije. Liječenje stabilne hronične srčane insuficijencije sa disfunkcijom lijevog ventrikula (ejekciona frakcija ≤35%) kao dodatna terapija ACE inhibitorima, diureticima, AT II antagonistima i/ ili digitalisu.

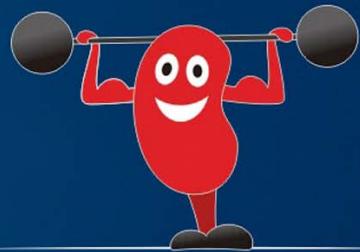
DOZIRANJE: Esencijalna hipertenzija: Doza je jedna tableta (5 mg) dnevno, poželjno u isto vrijeme dana. Stabilna hronična srčana insuficijencija: Liječenje Nebiletom® se mora započeti sa postepenim povećavanjem doze u skladu sa sljedećim režimom: Najniža moguća doza od 1.25 mg nebivolola jednom dnevno se može, ovisno o podnošljivosti, povećati u intervalima od 14 dana po 2.5 mg nebivolola do doze od 10 mg nebivolola jednom dnevno. Maksimalna preporučena doza je 10 mg nebivolola jednom dnevno. **KONTRAINDIKACIJE:** Hipersenzitivnost, oboljenja jetre, trudnoća i laktacija, kardijalni

šok, nekontrolisana srčana insuficijencija, sick-sinus sindrom, srčani blok II i III stepena, raniji bronhospazam, netretirani feohromocitom, metabolička acidozna, bradikardija, hipotenzija, teški periferni cirkulatorni poremećaji. **UPOZORENJE I MJERE OPREZA:** Kao i kod drugih beta blokatora: u anesteziji, kod ishemiskske bolesti srca, cirkulatornih poremećaja, srčanog bloka II stepena, hipertireoidizma, dijabetesa, hroničnih plućnih opstruktivnih oboljenja, psorijaze i alergijskih reakcija. **NEŽELJENI EFEKTI:** Pretežno su blagi do umjereni. Sa incidencom od 1 do 10% su glavobolja vrtoglavica, umor parestezije, diareja, nauzea, dispnea i konstipacija. Sa incidencom manje od 1% su: bradikardija, usporena AV kondukcija/ AV blok, hipotenzija, srčana insuficijencija, klaudičacija, impotencija, depresija, flatulencija, vomitus, bronhospazam i raš. **PAKOVANJE:** 28 tableta.



Lercanil® 10

lercanidipin



Sve što želite od savremenog Ca antagonista

- *Snažno antihipertenzivno dejstvo¹*
- *Niska incidenca nastanka edema potkoljenice²*
- *Nefroprotekcija³*

Pod licencom Recordatija



BERLIN-CHEMIE
MENARINI