

Najveće domaće
iskustvo sa jednim
lekom



u saradnji sa F.Hoffmann -La Roche Ltd.



znam adresu!

MOZAIK
medici.com
MEDICINSKIH
KOMUNIKACIJA

www.medicom.com

medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com



medici.com





RIJEČ UREDNIKA

*Drage koleginice
i kolege,*

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) je 7. april odredila kao Svjetski dan zdravlja, dan kada se podsjećamo, analiziramo šta je učinjeno, a šta bi se još moglo učiniti da bi se poboljšalo zdravstveno stanje stanovništva na Zemlji. WHO definiše zdravlje ne samo kao odsustvo bolesti ili nesposobnosti, nego kao stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja. Da bi se to postiglo, neophodno je raditi na prevenciji poremećaja zdravlja što podrazumijeva očuvanje i unapređenje zdravlja, kao i uspostavljanje zdravlja koje je narušeno. Porodični ljekari se trude da preventivni rad bude, koliko je to moguće u sadašnjim uslovima rada, što više zastupljen, naročito kada su u pitanju kardiovaskularne bolesti, dijabetes, gojaznost i maligne bolesti.

Naravno, Svjetski dan zdravlja nije jedini dan u godini kada ljekar razmišlja o zdravstvenom stanju svojih pacijenata. Naš posao je jedno dugo putovanje na koje krećemo sa našim pacijentom, koje je ponekad veoma ugodno, a ponekad veoma naporno. Iako napravimo detaljne pripreme za put (uzmememo detaljnu anamnezu, napravimo odgovarajući fizikalni pregled i analize) ponekad primjetimo da smo na krivom putu, pa se moramo brzo ponovo dobro organizovati da bismo pronašli pravi put da dođemo do željene destinacije.

Jasno je da naš posao nije jednostavan. Ali, život uopšte nije jednostavan, naročito u jednoj zemlji u razvoju kao što je naša, gdje ni oni koji moraju da brinu o zdravlju drugih, ne mogu da obezbijede odgovarajući standard za sebe. Kakvo je naše zdravstveno stanje? Da li mi lično, povremeno ili redovno, radimo preventivne pregledе? Ali bez obzira na to, nada da se može učiniti više i entuzijazam, zahvaljujući velikoj ljubavi prema poslu koji obavljamo, i dalje postoji. Hvatamo se u koštac sa reformom zdravstvenog sistema. Porodična medicina je već odavno u tom procesu. Povremeno krupnim koracima ide naprijed, povremeno uspori, ali proces teče. Tokom ovog perioda trajanja reforme, neki domovi zdravlja su unaprijedili svoj način rada. Završili su registraciju stanovništva, edukovali timove porodične medicine i otiskli korak dalje - uskladili svoj rad sa akreditacionim standardima i akreditovali svoje timove porodične medicine.

Svjetski dan zdravlja ove godine obilježen je i malom svečanošću, organizovanom u Institutu za zdravstvenu zaštitu, na kojoj je ministar zdravlja i socijalne zaštite RS promovisao 54 ljekara u zvanje primariusa.

O dodjeli primarijata, obilježavanju Svjetskog dana zdravlja širom RS, prevenciji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, akreditaciji domova zdravlja, radu asocijacije porodičnih ljekara RS, kao i raznim drugim aktivnostima u porodičnoj medicini i interesantne edukativne članke, čitaćete u ovom broju «Porodične medicine». Nadam se da ćete uživati.

Srdačan pozdrav!

Vaš glani urednik
V. Petrović
Primarijus dr Verica Petrović

Rad Edukativnog centra Službe hitne medicinske pomoći



4

Nedjelja obilježavanja Svjetskog dana zdravlja u RS



6

Povratak Hipokratu



14

Dobra saradnja



15

Pečat kvalitetu

17

Radionice o temi kliničkih vještina u porodičnoj medicini



18

Akreditacija timova porodične medicine u Domu zdravlja Derventa

25

Ishrana u ljetnjem periodu

26

Bol u ramenu



29

Dilatrend®: Više od beta-blokade

33

Helicobacter pylori - tretman



35

Psihosomatske bolesti

38

Karcinom dojke



40

U susret toplim danima

42

- **Izdavač:** Udruženje ljekara porodične medicine RS • **Za izdavača:** Dr Draško Kuprešak, predsjednik Udruženja ljekara porodične medicine RS • **Glavni i odgovorni urednik:** Primarijus dr Verica Petrović
- **Redakcijski odbor:** Dr Draško Kuprešak, dr Ljubica Jelovac, dr Zora Zenić, dr Dragana Rakić, dr Nebojša Putnik, dr Snežana Milutinović-Matić, dr Radojka Bijelić • **Tehnička priprema:** Medici.com Banja Luka
- **Kompjuterska priprema:** Sretko Bojić • **Štampa:** "GLAS SRPSKI – GRAFIKA" AD Banja Luka
- **Za štampariju:** Gordan Matrak **Tiraž:** 1000 primjeraka

Urgentna stanja u svakodnevnoj praksi porodičnog doktora

RAD EDUKATIVNOG CENTRA SLUŽBE HITNE MEDICINSKE POMOĆI

Razgovor obavila: prim. dr Verica Petrović



Prim. dr Renata Hadžić-Hadžibegović, spec. urgencne medicine, šef Edukativnog centra SHMP

Porodična medicina: Možete li nam reći kako je došlo do formiranja Edukativnog centra SHMP?

- Prelaskom u nove prostore, u Službi hitne medicinske pomoći JZU "Doma zdravlja" u Banjaluci, obnovljen je rad Edukativnog centra te Službe.

Edukativni centar je formiran 1998. godine uz odobrenje Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite RS, a uz pomoć i inicijativu IMC (International Medical Corp) i norveškog Crvenog Krsta (Norway Red Cross).

S obzirom na prostor u kome je SHMP tada bila smještena, Edukativni centar je u više navrata mijenjao svoju smještajnu lokaciju, što je stvaralo i probleme u njegovom radu.

Danas Centar raspolaze sa prostorom u kome se nalaze jedna predavaonica i dve vježbaonice

sa svim neophodnim učilima za edukaciju i opremom (modelima) za vježbe.

Porodična medicina: Za koga sve planirate edukaciju zbrinjavanja urgentnih stanja?

- Pošto živimo u vremenu u kome smo svakodnevno suočeni sa sve većim brojem oboljelih i traumatizovanih pacijenata koji zahtijevaju urgentno zbrinjavanje, neophodno je da što veći broj građana bude osposobljen da pruži pomoć oboljelima i unesrećenim, a na taj način bismo povećali procenat preživljavanja tih lica.

U Edukativnom centru svakodnevno obučavamo male grupe (10 polaznika), nemedicinskih i medicinskih kadrova iz poznavanja osnovnih (**BLS - Basic Life Support**) i naprednih (**ALS - Advanced Life Support**) tehnik zbrinjavanja internističkih i trauma pacijenata.

Edukaciju su posljednjih nekoliko mjeseci obavile dvije grupe vratogasaca, grupa speleologa, svoja znanja iz oblasti urgentne medicine su obnovili i proširili mladi doktori SHMP, te tehničari koji su se doeducirali za rad na mjestu hitnog medicinskog tehničara.

Naše kolege u Službi porodične medicine se relativno često u svom radu susreću sa urgentnim pacijentom.

Urgentan pacijent, bez obzira koliko često se našao u ordinaciji porodične medicine, izaziva određenu dozu stresa za tim, odnosno za doktora i medicinsku sestru.

Porodična medicina: Šta je to novo što doktor porodične medicine može saznati ili uvježbati u Edukativnom centru SHMP?

Edukacija specijalista porodične medicine





Vježba bazične i napredne tehnike kardiopulmonalne reanimacije na modelima

- Da bismo smanjili dozu stresa i pomogli svojim kolegama, urađen je petodnevni program za doktore porodične medicine i petodnevni program za članove njihovog tima medicinske sestre/tehničare.

U okviru navedene edukacije kolege će obnoviti teoretska znanja iz oblasti urgente medicine, upoznati se sa protokolima i algoritmima zbrinjavanja hitnog pacijenta, te uvježbavati na modelima – lutkama bazične i napredne tehnike kardiopulmonalne reanimacije.

Na taj način spona između porodične i urgentne medicine biće

jača, a naši pacijenti zadovoljniji, jer će dobiti kvalitetniju uslugu u situacijama kada su njihovi životi ugroženi i kada im je potrebna hitna intervencija.

Porodična medicina: *Kako procjenjujete kvalitet rada ovog edukativnog centra u odnosu na slične centre?*

- Na ovaj način, educirajući medicinske kadrove iz oblasti urgentne medicine, te laike – nemedicinska lica iz oblasti prve pomoći i bazične reanimacije, Edukativni centar sa programom edukacija, uklapa se u evropske i svjetske standarde, koji insistiraju upravo na tome da pomoć urgentnom pacijentu bude pružena u što kraćem vremenu, na mjestu akcidenta, te da je započne osoba



koja se nađe na tom mjestu, a da protokol zbrinjavanja koji koristi spasilac, bilo laik, bilo tim porodične medicine, može da nastavi tim urgentne medicine.

Porodična medicina: *Nakon edukacije, polaznici dobijaju uvjerenja o završenoj edukaciji?*

- Da, nakon edukacije, polaže se teoretski ispit i ispit iz vještina, a svi polaznici nakon završene edukacije dobijaju uvjerenje o uspješno završenoj edukaciji.

Napominjemo da su do sada uspješno educirane tri grupe doktora i dvije grupe medicinskih tehničara Službe porodične medicine JZU "Dom zdravlja" u Banjaluci.



NEDJELJA OBILJEŽAVANJA SVJETSKOG DANA ZDRAVLJA U REPUBLICI SRPSKOJ

Dr Jasminka Vučković, specijalista opšte medicine



Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske je povodom obilježavanja Svjetskog dana zdravlja odlučilo da sproveđe niz aktivnosti širom Republike Srpske pod motom „Investirajmo u zdravlje i sagradimo bolju budućnost“.

U tu svrhu, planiran je niz aktivnosti koje su sprovedene u toku nedjelje posvećene zdravlju.

MEMORANDUM O RAZUMIJEVANJU IZMEĐU MINISTARSTVA ZDRAVLJA I SOCIJALNE ZAŠTITE I UNDP-a



U okviru projekta „Koordinisani nacionalni odgovor na HIV/AIDS i tuberkulozu u ratom pogođenom i izuzetno stigmatizovanom okruženju“, ministar zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske Ranko Škrbić potpisao je Memorandum o razumijevanju sa predstavnicom UNDP-a za Bosnu i Hercegovinu gđom Christine McNab.

Ovaj projekat je veoma značajan za zdravstvo Republike Srpske, prije svega u segmentu podrške od strane

Globalnog fonda i UNDP-a. Prateći što se dešava u zemljama Istočne Evrope, a posebno u zemljama bivšeg Sovjetskog Saveza, gdje se desila eksplozija HIV/AIDS-a i tuberkuloze, ovaj projekat je u Republiku Srpsku došao u pravo vrijeme. U okviru projekta, pored opremanja mikrobioloških i virusoloških laboratorija, planira se i niz drugih aktivnosti koje će uticati na poboljšanje kontrolisanja infektivnih bolesti.

Ono što je već izvjesno jeste nabavka opreme za PCR dijagnostiku tako da će se u narednih nekoliko mjeseci u zdravstvenim ustanovama u Republici Srpskoj naći dva ili tri PCR aparata.

BiH još uvijek nije u toj mjeri izložena virusu HIV/AIDS-a, ali imajući u vidu slobodno kretanje, sa naglaskom na Istočnu Evropu za očekivati je da dođe do snažnog porasta broja oboljelih. Neophodno je adekvatno se pripremiti i voditi preventivne aktivnosti počev od predškolskog perioda, sa posebnim akcentom na škole i fakultete.

POSJETA INSTITUTU ZA ZAŠTITU ZDRAVLJA

Povodom obilježavanja Svjetskog dana zdravlja u Republici Srpskoj, predsjednik Republike Srpske, gospodin Milan Jelić i ministar zdravlja i socijalne zaštite prof. dr Ranko Škrbić su posjetili Institut za zaštitu zdravlja Republike Srpske.

Institut za zaštitu zdravlja, zajedno sa Ministarstvom zdravlja i

socijalne zaštite Republike Srpske i Fondom zdravstvenog osiguranja čini upravljačku strukturu i najodgovorniji je za ukupno stanje u oblasti zdravstva.

Tom prilikom, predsjednik Republike Srpske izrazio je zadovoljstvo trendom kojim se odvija u zdravstvu Republike Srpske, posebno sa stanovišta modernizacije, odnosno nabavke opreme u lokalnim bolnicama i domovima zdravlja, kao i kada je u pitanju menadžerska



struktura. Tom prilikom, on je istakao da ministar Škrbić, zajedno sa svojim saradnicima, vodi dovoljno računa o podmlađivanju kadra i pronalaženju mladih i stručnih ljudi koji se edukuju po svjetskim normativima i standardima koji su nama neophodni.

Organizacijom ovakve posjete, ministar zdravlja i socijalne zaštite dao je značaj aktivnostima na promociji zdravlja i prevenciji kao i ranom otkrivanju bolesti.

On je istakao da je posjeta Institutu jedna u nizu aktivnosti koje su planirane za obilježavanje Svjetskog dana zdravlja u Republici Srpskoj. Direktorica Instituta mr sci. dr Dragana Stojisavljević je istakla

da je Institut za zaštitu zdravlja u bilo kojoj državi vodeća institucija zdravstvenog sistema, odmah poslije Ministarstva zdravlja jer učestvuje u proizvodnji zdravstvene statistike, prikupljanju podataka i njihovoj obradi. Kao produžena ruka Ministarstva zdravlja, Institut omogućava i kreiranje zdravstvene politike i ostvarivanje programa koji su zacrtani od strane Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite.

SVEČANO OTVOREN REKONSTRUISANI DIO BANJE SLATINA



Predsjednik Vlade Republike Srpske Milorad Dodik i ministar zdravlja i socijalne zaštite Ranko Škrbić su u okviru nedjelje obilježavanja Svjetskog dana zdravlja, svečano otvorili rekonstruisani dio Banje Slatina, u sastavu Zavoda za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Dr Miroslav Zotović“.

Premijer Dodik je rekao da je Vlada odlučna da pomogne kako bi zdravstvene ustanove, kao i cijelokupno zdravstvo Republike Srpske, bilo kvalitetnije i moglo da pruži kompletne usluge građanima, u skladu sa savremenim standardima.

On je istakao da su pokrenute aktivnosti na sanaciji i opremanju svih bolnica i banja u Republici Srpskoj, ističući Klinički centar Banja Luka.

PEDESET ČETIRI LJEKARA IZ REPUBLIKE SRPSKE DOBILI POČASNO ZVANJE PRIMARIJUSA

Kao još jedna od akcija kojima je obilježena sedmica posvećena zdravlju u Republici Srpskoj, a usmjerena ka onima koji pružaju



usluge našim građanima i bez kojih ne bi bilo zdravstvenog sistema, upriličena je dodjela 54 počasna zvanja primarijusa za nominovane ljekare iz Republike Srpske.

Riječ je o doktorima koji su svojim životnim djelom, zalaganjem, profesionalnim odnosom prema radu, širenjem zdravstvene kulture i ideje, u svojim sredinama, zasluzili ovakvo priznanje, koje svuda u svijetu ima određenu težinu. To su profesionalci koji imaju veliko iskustvo u struci, te organizacioni rad i organizaciono ulaganje u zdravstvenu službu. Pored osnovnih uslova, za dodjelu primarijata, u svakom kolektivu se traži i mišljenje kolega sa kojima nominovani ljekari rade, a posebno se boduju stručnost u istraživačkom radu i objavljene publikacije. To su sve kriteriji koji su bitni i koji su prevagnuli ko može dobiti laskavu titulu primarijusa.

Ovo je bila i prilika za kolege iz Instituta za zaštitu zdravlja Republike Srpske da se predstave sa javno-zdravstvenim aktivnostima koje su od globalnog značaja ne samo za Republiku Srpsku i BiH, već i za širi, čak i evropski region.

„INVESTIRAJMO U ZDRAVLJE I SAGRADIMO BOLJU BUDUĆNOST“

Kao kruna svih aktivnosti posvećenih zdravlju, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite je u saradnji sa svim domovima zdravlja širom Republike Srpske organizovalo besplatno mjerjenje krvnog pritiska, visine i tjelesne mase, ukupnog holesterola, šećera u krvi 14.aprila 2007.godine.

Toga dana, u svim gradovima Republike Srpske, timovi porodične medicine su na centralnim trgovima

u svojim sredinama obavljali poslove koje redovno obavljaju u svom svakodnevnom radu.

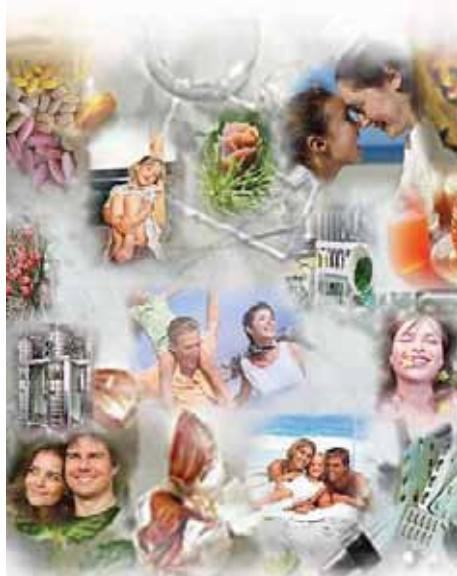
Građani su uz pomoć doktora i medicinskih sestara, popunjavali i „Upitnik za praćenje rizika KVB i procjene rizika za tip 2 dijabetesa“ koji će omogućiti izdvajanje osoba sa povišenim rizikom, radi njihovog uključivanja u program za prevenciju dijabetesa tipa 2 i KVB.

U toku cijele nedjelje organizovane su i aktivnosti posvećene omasovljenu zdravstvene edukacije i zdravstvenog prosjećivanja, sa ciljem da što veći broj ljudi dođe i prekontroliše svoje zdravlje. Održavane su i edukativne



emisije zdravstveno-prosvjetnog karaktera o jednostavnim mjerama za promjenu načina života u oblasti ishrane, fizičke aktivnosti, regulacije tjelesne težine i prekida pušenja.

U emisijama su učestvovali eksperti iz pojedinih oblasti, a u cilju edukacije cijelokupne populacije u RS. Održana je i serija edukativnih emisija na RTRS tokom aprila.



JAVNO - ZDRAVSTVENE AKTIVNOS ZDRAVLJA REPUBLIKE SRPSKE

IZVJEŠTAJ O «EVROPSKOJ NEDJELJI IMUNIZACIJE» U REPUBLICI SRPSKOJ

Evropska nedjelja imunizacije održana je u periodu od 16.-22.04.2007. god. u svim zemljama evropskog regiona, pod sloganom



«Spriječiti - zaštititi - vakcinisati».

Republika Srpska se uključila u tu akciju. Odobrenje za akciju je dalo Ministarstvo zdravlja Republike Srpske, a sve pripremne aktivnosti proveo je Institut za zaštitu zdravlja Republike Srpske u saradnji sa svim domovima zdravlja Republike Srpske. Logističku podršku akciji pružio je UNICEF, a stručnu SZO.

Osnovni cilj akcije je bio povećanje pokrivenosti kroz podizanje svijesti o pravu svakog djeteta za zaštitu od bolesti koje se sprečavaju vakcinacijom. Razlog za ovakav cilj je bio zbog toga što pokrivenost vakcinacijom u Evropi u zadnjih nekoliko godina opada. 600 000 djece u Evropi u 2005. godini nije primilo DPT vakciju. U evropskom regionu u toku zadnjih nekoliko godina pojavio se i veći broj epidemija morbila.

Razlozi za ovakvo stanje su mnogostruki: fizički pristup, svijest roditelja o blagovremenosti (ne shvataju ozbiljnost bolesti i njenih posljedica) i postojanje marginalizovanih zajednica. Marginalizovane zajednice su različite

vjerske, etničke i socijalne populacije koje se ne odazivaju na redovnu vakcinaciju ili je odbijaju. Kod nas su to najčešće izbjegla i raseljena lica, te romska populacija. Izbjegla, raseljena lica i Romi još uvijek nemaju dovoljno povjerenja u zdravstvene sisteme u BiH i nemaju zdravstveno osiguranje. Za vakcinaciju marginalizovanih grupa zatražili smo pomoć i lidera lokalnih zajednica, vjerskih lidera i neformalnih lidera - ceribaša. Domovi zdravlja u Republici Srpskoj su formirali 150 mobilnih ekipa, čiji je cilj bio da pronađu djecu iz marginalizovanih grupa i da ih vakcinišu. U toku je obrada podataka o broju djece koja su obuhvaćena ovom akcijom.

Koordinator akcije
mr sci. dr Mitar Tešanović

GLOBALNO OTOPLJAVANJE

Zašto je globalno otopljanje za WHO
Hot spots World Health Day 2007?

Međuvladina komisija za klimatske promjene Svjetske meteorološke organizacije, na temelju vrijednosti osnovnih pokazatelja promjene



klime širokih područja tokom dugih vremenskih razdoblja zaključuje 1995. godine da su globalne srednje temperature vazduha od kraja 19. vijeka do 1990. godine porasle za 0,3-0,6 °C, te da je globalni nivo mora porastao tokom posljednjih sto godina između 10 i 35 cm. Pri tome, veći dio toga porasta pripisuju porastu globalne srednje temperature zraka. Ta komisija, međutim, zaključuje da ipak nema dovoljno podataka da bi se moglo definitivno odrediti jesu li se tokom ovog vijeka dogodile značajne klimatske promjene, a posebno u globalnim temperaturama.

Dva najbitnija faktora koja doprinose pomenutim promjenama su sve intenzivnije sagorijevanje fosilnih goriva i promjene u poljoprivrednoj djelatnosti koje dovode do povećanja koncentracije "stakleničkih gasova" (GHG) koji uzrokuju zagrijavanje prizemnog sloja atmosfere. Ti gasovi dopuštaju prodor sunčevog zračenja do zemlje, ali ne i prodor dugotalsnog infracrvenog zračenja od zemlje prema atmosferi.

Od predindustrijskog doba do danas ustanovljene su značajne promjene u koncentracijama stakleničkih gasova u atmosferi koje prema međunarodnim sporazumima smatraju odgovornim za predviđene posljedice globalnog zagrijavanja i treba ih znatno smanjiti zbog učinka staklene baštice.

Faktori i posljedice globalnog zagrijavanja:

Staklenički gasovi:

- Ugljen dioksid, metan, N_2O , fluorougljovodonici, perfluorougljovodonici, sumpor, heksafluorid.

Glavne klimatske promjene

- Predviđeno globalno zagrijavanje do 2100. godine: 1 - 3,5 °C
- Porast nivoa mora do 2100. godine: 15 – 95 cm.

STI INSTITUTA ZA ZAŠTITU

Predviđene posljedice:

po okolinu

- Učestali temperaturni ekstremi,
- Povećana frekvencija olujnih i orkanskih vjetrova,
- Smanjenje vlažnosti tla,
- Plavljenja obalnih područja.

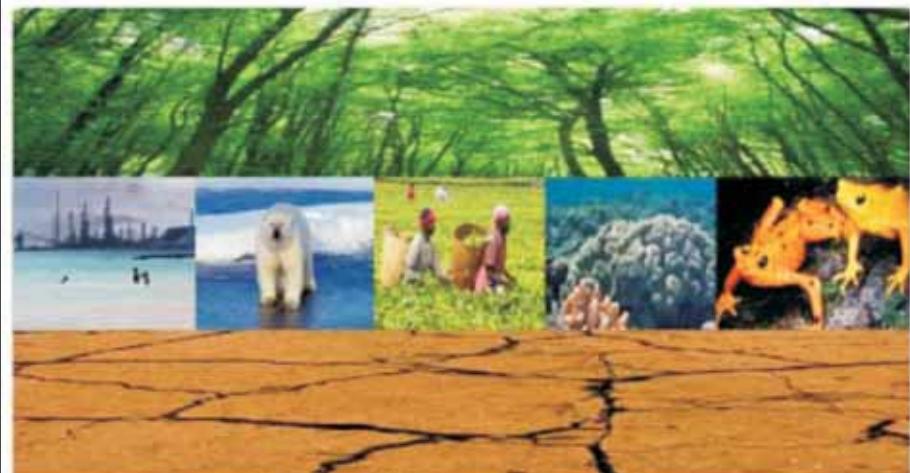
po zdravlje

- Povećanje oboljevanja i umiranja (KVB i respiratorne bolesti, malarija, denga, žuta groznica i nekih vrsta virusnog encefalitisa),
- Povećanje prevalencije zaraznih bolesti (naročito vektorskih bolesti),
- Pothranjenost zbog smanjenja proizvodnje hrane,
- Javnozdravstveni problemi migracija (zbog klimatskih katastrofa i povećanja nivoa mora).

S obzirom na sve spomenute prognoze i zastrašujuće negativne posljedice globalnog zatopljavanja, donesena je Međunarodna okvirna konvencija o promjenama klime, koja je stupila na snagu 1994. godine. Konvenciju je ratificiralo preko 165 zemalja. Protokolom koji je donesen u Kjotu 1997. godine, države potpisnice su preuzele obavezu smanjenja ukupne srednje svjetske emisije stakleničkih gasova do 2012.



22 May 2007 International Day for Biological Diversity



Biodiversity and Climate Change

godine u prosjeku za najmanje 5% od emisija 1990. godine.

Bosna i Hercegovina je ratificirala Okvirnu konvenciju EU o klimatskim promjenama 20. jula 2000. (Sl. glasnik BiH, br. 19/2000.) i formirala Komitet za klimatske promjene BiH u cilju smanjenja emisije 6 stakleničkih gasova (GHG) za 5% u odnosu na 1990. g. za period 2008-2012. kroz mehanizam Kyoto protokola.

Vlada Republike Srpske je 25. decembra 2000. imenovala Ministarstvo za urbanizam, stam-

beno-komunalne djelatnosti kao Focal Point za BiH i koordinatora (Urbanistički zavod RS, Banjaluka) za sprovodenje Konvencije.

Ključna pitanja u implementaciji odredaba Konvencije o klimatskim promjenama i protokola iz Kyota u BiH obuhvataju:

- Inicijative na polju energije, transporta, industrije i poljoprivrede su primarni izvor redukcije.
- "Sinks" princip smanjenja.
- Uvođenje pravila potpomognutih sankcijama.
- Jačanje kapaciteta uz pomoć stranih ulaganja.
- Uvođenje čistih tehnologija.

Početne pripreme za implementaciju uključuju:

- Pokretanje akcije na izradi studije;
- Izradu projekta institucionalnog jačanja;
- Mogućnost finansiranja iz međunarodnih fondova.



- Utvrditi program implementacije sa kratkoročnim i dugoročnim ciljevima.

Sve razvijene evropske zemlje prihvatile su smanjenje emisije ukupnih stakleničkih gasova za 8%, a zemlje pridruženi kandidati za EU za 6-8%, kroz program koji treba da sadrži:

- Obaveze države, entiteta, firmi i dr. subjekata;
- Definisan način identifikacije i procjene emisionih izvora;
- Monitoring i izvještavanje;
- Obrazovanje i jačanje svijesti;
- Uvođenje ekonomskih instrumenata (npr. porez na ugljik i eko-trejding);
- Program povećanja energetske efikasnosti;
- Promjene strukture goriva;
- Promjene upotrebe zemljišta i pošumljavanje.

Smatra se da bi smanjenje emisije stakleničkih gasova moglo biti ostvarivo prelaskom na goriva sa niskim sadržajem ugljenika i sumpora (prelaskom sa ugljena na naftu ili prirodni plin), promjenom poljoprivredne tehnologije (time bi se smanjila emisija metana), prelaskom na upotrebu nuklearne energije (uopšte nema emisije stakleničkih gasova), prelaskom na prirodne izvore energije (sunca, vjetrova, izvora vruće vode, smanjenjem sječa šuma i pošumljavanjem).

Primarni ciljevi prilagođavanja klimatskim promjenama obuhvataju smanjenje nastanka bolesti, posljedica bolesti, nesposobnosti izazvanih bolešću, patnje i smrtnosti !

Mr Dušanka Danojević, specijalista higijene i zdravstvene ekologije

KALENDAR ZDRAVLJA U SLUŽBI PROMOCIJE ZDRAVLJA

Kalendar zdravlja:

- Podsjeća nas da brinemo o zdravlju tokom cijele godine,
- Omogućava zajednici da izabere dane koje će obilježavati te stalnim aktivnostima usmjerenim ka zdravlju stvoriti okolinu koja pruža podršku akcijama za zdravlje,
- Razvoj zajednice kroz stalno zalaganje za zdravlje doprinosi formiranju ličnih vještina i sposobljavanja ljudi da preuzmu kontrolu nad svojim zdravljem i da ga unaprijede.

PROMOCIJA ZDRAVLJA

Ključni elementi za promociju zdravlja:

- Zdravlje je u središtu interesovanja onih koji donose političke odluke,
- Stvaranje okoline koja pruža podršku zdravlju (povezanost ljudi i njihove okoline čini osnov socioekološkog pristupa zdravlju),
- Jačanje akcije u zajednici (stvaranje zdravih okruženja: zdrave škole, zdravi gradovi, zdrava radna mjesta, zdrave bolnice),
- Razvoj ličnih vještina - sposobljavanje ljudi da stalno uče, da se pripremaju za sve životne faze i da znaju da savladaju izazove bolesti i povreda.

Akcije u promociji zdravlja:

- Zdravstvena informacija (kvalitetna informacija je uslov za usvajanje zdravog ponašanja i zdravog stila života),
- Zdravstveno vaspitanje (kamen temeljac promocije zdravlja),
- Kontinuirana edukacija kadra u javnom zdravstvu i drugim sektorima zdravstva za promociju zdravlja,
- Specifična promocija zdravlja za posebne grupe stanovništva i posebne zdravstvene probleme (Programi promocije zdravlja).

Zdravstvena služba u promociji zdravlja:

- Odgovornost za promociju

zdravlja unutar zdravstvene službe podijeljena je između zdravstvenih profesionalaca, institucija zdravstvene službe i vlade

- Zdravstveni sektor mora da načini korak ka promociji zdravlja
- Prepoznavanje potreba pojedinača i zajednice kao i komunikacija između zdravstvenog sektora i širih komponenti okoline (socijalne, političke, ekonomske).

Obilježavanje datuma iz kalendaru zdravlja čini akciju u promociji zdravlja:

- 11. februar - Svjetski dan bolesnika
- Mart - Mjesec borbe protiv raka
 - 22. mart - Svjetski dan voda
 - 24. mart - Svjetski dan borbe protiv tuberkuloze
 - 24 - 31. mart - Nedjelja zdravlja usta i zuba
- 7. april - Svjetski dan zdravlja
- 31. maj - Svjetski dan borbe protiv pušenja duvana
- 5. jun - Svjetski dan životne sredine
- 1-8. avgust - Svjetska nedjelja dojenja
- 22. septembar - Svjetski dan bez automobila
- 24. septembar - Svjetski dan srca
- 1. oktobar - Međunarodni dan starijih osoba
- 10. oktobar - Svjetski dan mentalnog zdravlja
- 16. oktobar - Svjetski dan hrane
- 20. oktobar - Svjetski dan osteoporoze
- 25. oktobar - Dan dobrovoljnih davalaca krvi
- 14. novembar - Svjetski dan šećerne bolesti
- 1. decembar - Svjetski dan borbe protiv AIDS-a
- 3. decembar - Međunarodni dan osoba sa posebnim potrebama
- 10. decembar - Svjetski dan ljudskih prava

"Ulaganje u zdravlje stvara bezbjedniju budućnost"

(World Health Day 2007)

Dr Slađana Šiljak, spec.socijalne medicine

► MEĐUNARODNA ZDRAVSTVENA BEZBJEDNOST

Svjetski dan zdravlja 2007.

Cilj:

- Usmjeriti pažnju na pitanja međunarodne zdravstvene bezbjednosti u RS i BiH,
- Osigurati politički interes za rješavanje ovih pitanja na visokom nivou,
- Povezati zdravstvena pitanja sa unutrašnjim i vanjskim politikama te sigurnosnim pitanjima.

Glavne prijetnje regionalnoj zdravstvenoj bezbjednosti

1. Zarazne bolesti:

- HIV/AIDS, TBC
- Pandemijska influenca
- SARS...

2. Prijetnja slučajnom ili namjernom upotrebom bioloških, hemijskih i nuklearnih agensa,

3. Prirodne katastrofe i one koje su uzrokovane od strane čovjeka,

4. Sukobi i kompleksna vanredna stanja,

5. Globalne klimatske promjene.

Avijarna i pandemijska influenca

- Avijarna influenca (AI) predstavlja konstantni rizik pojave novog, pandemijskog soja virusa influenca.



Plan pripravnosti i kontrole avijarne i pandemijske influence u Republici Srpskoj

- Svrha planiranja je pripremiti zemlju da prepozna i upravlja tom prijetnjom.

Plan pripravnosti i kontrole...

- Izrađen je u skladu sa smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije,
- Sadrži sve bitne elemente koji mogu osigurati koordinisanu



akciju u borbi protiv pandemijske influence u RS odnosno u BiH.

Cilj Plana

- Smanjiti težinu obolijevanja, smrti, socijalnu disruptciju,
- Redukovati mogući poremećaj u sistemu zdravstvene zaštite i drugim službama izazvane pandemijskim širenjem gripe,
- Uspostaviti i jačati intersektorsku saradnju kod planiranja i implementacije Plana,
- Koordinacija svih administrativnih nadležnosti od državnog do lokalnog nivoa,
- Nacionalni Plan pripravnosti i kontrole avijarne i pandemijske gripe u Republici Srpskoj je usvojen od strane Vlade RS u novembru 2005. godine.

Vijeće ministara Bosne i Hercegovine je u julu 2006. godine donijelo odluku o imenovanju Radne grupe za izradu Plana na nivou Bosne i Hercegovine

Struktura Plana pripremljenosti za pandemijsku influencu:

- PREAMBULA
- PREDGOVOR I UVOD
- LANAC ZAPOVIJEDANJA
- NADZOR
- STRATEGIJE ZADRŽAVANJA / SPREČAVANJA ŠIRENJA
 - NEFARMACEUTSKE MJERE
 - FARMACEUTSKE MJERE
- UPRAVLJANJE SLUČAJEM
- ZDRAVSTVENE USLUGE I ZAŠTITA
- KOMUNIKACIJE
- ISTRAŽIVANJE I EVALUACIJA

Plan pripravnosti i kontrole pandemijske influence u Bosni i Hercegovini pripremljen je i prezentovan krajem septembra 2006. godine. Usvajanje Plana je u proceduri

Dr sci. med. Janja Bojanović
spec.epidemiolog

Kopenhagen, 2. april 2007.

Citati stručnjaka

Regionalne kancelarije SZO za Evropu u vezi sa zdravstvenim krizama

Dr Nata Menabde, zamjenik regionalnog direktora: „Zdravstveni sistemi su prva linija reagovanja na pojavu zdravstvenog događaja. Nedovoljno jak, napripremlijen zdravstveni sistem je kritično „usko grlo“ u lancu reagovanja, koji ugrožava efektivno poduzimanje aktivnosti. Snažan, dobro pripremljen zdravstveni sistem, kojim se adekvatno rukovodi, može bolje spriječiti pretvaranje zdravstvenog događaja u sigurnosnu krizu.“

Dr Caroline Brown, tehnički oficir, Nadzor nad zaraznim oboljenjima i reagovanje na pojavu zaraznih oboljenja: „Svijet je nedovoljno pripremljen na pojavu moguće pandemije influenice. Jednom kada započne širenje influenice na međunarodnom nivou, smatra se da je globalna epidemija neizbjegljiva, s obzirom na to da se virus veoma brzo prenosi kapljicnim putem (kašljanjem ili kihanjem) i da stanovništvo neće prethodno stići imunost na njega. Nova međunarodna zdravstvena regulativa će pomoći izgradnju novih i jačanje postojećih mehanizama za upozoravanje i reagovanje na pojavu epidemija, na nacionalnom i međunarodnom nivou, te doprinijeti većoj globalnoj sigurnosti.“

Dr Gerald Rockenschaub, regionalni savjetnik, Pripremljenost i reagovanje na pojavu elementarnih katastrofa: „Humanitarne katastrofe, uključujući prirodne katastrofe, kao i katastrofe i sukobe koje izaziva čovjek, predstavljaju ono što se tradicionalno smatra najvažnijom prijetnjom sigurnosti zdravlja u svijetu. U evropskom regionu, više od 300000 ljudi je izgubilo život u nasilnim sukobima, a gotovo 100 000 ljudi je izgubilo život u prirodnim katastrofama i masovnim nesrećama u proteklih 15 godina.“

Dr Bettina Menne, medicinski oficir, Globalne promjene i zdravlje, posebni program za zdravlje i okolinu: „U periodu između 1990. i 2006. baza podataka o katastrofama (EM-DAT) je zabilježila 1483 katastrofe, kao što su zemljotresi, poplave, talasi vrućine i drugi prirodni i tehnološki rizici, a koji su uzrokovali smrt 98 119 ljudi, te ugrozili više od 42 miliona ljudi, uz procijenjeni ekonomski gubitak od preko 168 milijardi USD (130 milijardi €) u evropskom regionu SZO.“

Dr Srđan Matić, regionalni savjetnik, HIV/AIDS i polno prenosive bolesti: „SZO i UNAIDS (zajednički program Ujedinjenih nacija za HIV/AIDS) procjenjuju da je do kraja 2006. u 53 zemlje regiona, 2,44 miliona ljudi živjelo sa HIV/AIDS-om, pri čemu najveći broj oboljelih (1,7 miliona) živi u zemljama istočne Europe i centralne Azije. Procijenjena prevalenca HIV-a kod odrasle populacije iznosi više od 1% u 3 evropske zemlje: Estonija, Rusija i Ukrajina.“

PRVI KONGRES DOKTORA MEDICINE REPUBLIKE SRPSKE

Prim. dr Mira Popović



U prekrasnom ambijentu ZTC "Banja Vrućica" u Tesliću od 10. do 13. maja 2007. godine, održan je I kongres doktora medicine RS sa međunarodnim učešćem. Kongres je organizovan pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite RS i Fonda zdravstvenog osiguranja RS.

U radu Kongresa je učestvovalo više od 450 doktora medicine različitih specijalnosti sa 360 prihvaćenih radova, od kojih je veći dio prezentovan usmeno, što je poseban kvalitet ovog kongresa. Eminentni stručnjaci iz svih oblasti su iznijeli najnovija saznanja i iskustva kroz 12 različitih tema: maligne bolesti, traumati-

zam, prevencija hroničnih nezaraznih bolesti, zarazne bolesti, izazovi u radu porodičnog doktora medicine, prevencija mentalnih poremećaja, bezbjednost i zaštita zdravlja radnika u zdravstvenoj djelatnosti, natalitet i reproduktivno zdravlje žene, neonatalna patologija, zdravstveni sistem u tranziciji - iskustva, osteoporiza, slobodne teme.

Iz izloženih radova je zračila originalnost istraživača, dobra prezentacija, aktualnost sadržaja, kao i zdrava konfrontacija stručnih i naučnih stavova prepunog auditorijuma.

Nakon kongresnih sesija slijedilo je opuštanje sa gostima iz Srpskog lekarskog društva - Sekcija opšte medicine Srbije i Asocijacije ljekara opšte/porodične medicine



O temi "Izazovi u radu porodičnog ljekara" usmeno je prezentovano 19 radova od 24 prihvaćena rada. 5 radova je bilo na poster prezentaciji.

Jugoistočne Evrope, od čega posebno izdvajam posjetu manastiru Liplje.

Osim ispunjenja profesionalnih zahtjeva, ojačana su stara prijateljstva i uspostavljena nova, čime je naš PRVI KONGRES DOKTORA MEDICINE RS prevazišao sva naša očekivanja.



LEONARDO KURS ZA MENTORE U OPŠTOJ MEDICINI

- ISKUSTVA IZ SRBIJE -

Smiljka Radić, predstavnik Srbije u Veću EURACT-a



Beograd, februar 2006. - Rad u maloj grupi

Leonardo kurs za mentore u porodičnoj medicini zajednički je zamišljen i razvijen od strane Evropske akademije nastavnika u opštoj medicini (EURACT) i Projekta Leonardo da Vinči.

EURACT predstavlja organizaciju sa posebnim interesom za edukaciju unutar evropskog dela WONCA (Svetsko udruženje lekara opšte/porodične medicine), a Projekt Leonardo da Vinči vođen je od strane internacionalnog konzorcijuma promovisanog od strane Akademije

prodičnih lekara u Poljskoj.

Leonardo kursevi organizovani su 2004. godine u Poljskoj, 2005. godine u Turskoj i 2006. godine u Portugalu. Participanti navedenih kurseva su predstavnici opšte medicine evropskih zemalja. 2005. godine u Turskoj, po dva lekara opšte medicine, iz Beograda i Novog Sada, završilo je Leonardo kurs.

Leonardo kurs se sprovodi kroz 11 sesija i 35 modula. Pored prezentacija, prisutan je rad u malim grupama, role play, diskusije,

plenarno izveštavanje... kroz koje lekari uzimaju aktivno učešće. Posle svake sesije, kao i po završetku kursa, učesnici na evaluacionim listovima ocenjuju tok sesije i daju finalnu ocenu kursa.

Opšti cilj Leonardo kursa je unapređenje kvaliteta nastave u opštoj medicini/porodičnoj medicini u evropskim zemljama, dok je prvi od specifičnih ciljeva unapređenje nivoa učenja - jedan na jedan - u evropskim zemljama.

U toku 2006. godine u Srbiji je organizованo 5 Leonardo kurseva za mentore u opštoj medicini, prema principima Leonardo kursa. U Beogradu su održana dva kursa, u Novom Sadu dva i u Valjevu je održan peti kurs u 2006. godini.

Početkom 2007. godine, u Beogradu je održan šesti po redu Leonardo kurs za mentore u Srbiji. U pripremi su dva Leonardo kursa za april 2007. godine - u Novom Sadu i u Beogradu.

U Srbiji je u 2006. godini 139 lekara završilo Leonardo kurs za mentore u opštoj medicini. Participanti su se veoma povoljno izrazili o kursu.



Valjevo, decembar 2006.
Grupna fotografija učesnika i predavača



Beograd, oktobar 2006.
Grupna fotografija učesnika i predavača

POVRATAK HIPOKRATU

Dr Draško Kuprešak, predsjednik Udruženja



Može se slobodno reći da je ovo godina raspleta u kom pravcu će ići naš zdravstveni sistem.

Idući u susret novom zakonu o zdravstvenoj zaštiti, primarna zdravstvena zaštita a samim tim i porodična medicina, dobija novu šansu da kroz moderan pravni akt, dobije centralnu ali realnu ulogu u pružanju zdravstvene zaštite, u procesu kreiranja funkcionalnijeg zdravstvenog sistema.

Sledstveno svojim proklamovanim ciljevima, Udruženje će pokušati da igra pozitivnu, produktivnu ulogu partnera, i to partnera sa „kapacitetom”, u traganju za optimalnijim rješenjima za sve aktere u zdravstvenom sistemu.

Iskustva naprednih zapadnih demokratija, koja su davno preboljela dječje bolesti tranzicije, posebno naglašavaju značajnu ulogu nevladinog sektora u nijansiranju rješenja koja se odnose i na zdravstveni sektor.

Proteklu godinu Udruženje je iskoristilo na najbolji način, za postavljanje zdravih temelja u svom radu. Postignuta je takva organizaciona koncepcija, koja garantuje funkcionalnost organa upravljanja i legalitet u njihovom radu.

U cilju promovisanja svojih aktivnosti, a posebno mijenjanja iskrivljene slike o promjenama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i ulozi porodične medicine u njoj,

pokrenuto je izdavanje časopisa Udruženja, putem kojeg će se pokušati poslati poruka drugačijeg sadržaja o porodičnoj medicini i njenoj suštini. Takođe, formirana je web stranica Udruženja, preko koje će ono i elektronskim putem

članova i gostiju, su ilustracija da je manifestacija bila pun pogodak i osvježenje u stručnoj javnosti.

Krajem februara je zasjedala Skupština Udruženja, na kojoj su usvojeni izvještaji o radu za prošlu godinu i plan rada za narednu godinu.

Planirane su aktivnosti u pravcu intenziviranja saradnje sa drugim udruženjima (kardiolozi, fizijatri, pulmolozi i dr.) u vidu zajedničkih radionica edukativnog tipa (jedan takav projekat je realizovan sa Udruženjem fizijatara) i daljnje jačanje saradnje sa Komorom doktora medicine i Društвom doktora medicine. Pored toga, Udruženje participira u realizaciji

nekoliko projekata u saradnji sa NGO Partner i Viktorija i projektu Politike primarne zdravstvene zaštite koji realizuje Kanadska CIDA i Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS.

Poseban akcenat je stavljen na obezbeđivanju prostora i opreme za rad Udruženja, jačanje kapaciteta podružnica, stabilnije finansiranje rada Udruženja.

Plan za ovu godinu predviđa drugačiju formu Dana porodične medicine, poboljšanje dizajna web sajta Udruženja, afirmaciju časopisa.

Na osnovu svega urađenog u prošloj godini i ambicioznog plana za ovu godinu, delegati Skupštine su dali punu podršku aktuelnom rukovodstvu



Prvi dani porodične medicine: dr Jasmina Vučković, dr Draško Kuprešak, dr Maja Račić i dr Nebojša Putnik

informisati profesionalnu javnost o našim aktivnostima.

Kao šlagvort na sve aktivnosti tokom prošle godine, bili su prvi put u organizaciji Udruženja organizovani Dani porodične medicine. Brižljivo birane teme i čuvena imena predavača (akademik Nebojša Lalić i ostali ugledni predavači) uz prepunu salu Banskog dvora, naših



DOBRA SARADNJA

i politici koju ono zastupa, a koja se temelji na strateškim ciljevima Udruženja.

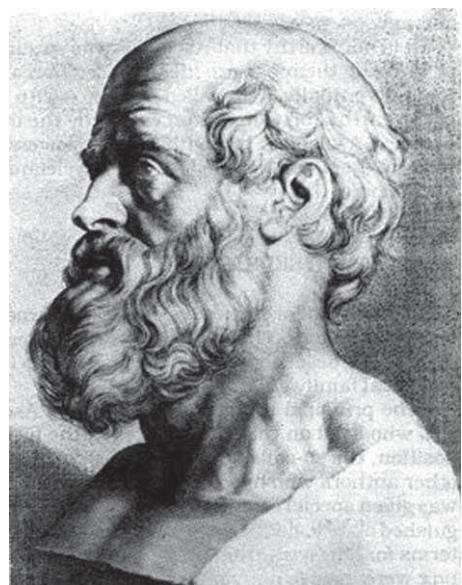
Jedan od zaključaka Skupštine odnosio se na aktuelni goruci problem, a vezan za odluku Fonda zdravstvenog osiguranja, da privremeno suspenduje korištenje šifara pojedinim ljekarima, zbog prekoračenja propisanih lijekova na recept na teret osnovnog osiguranja. Skupština Udruženja je zaključila, da je mjera neadekvatna, i da dovodi u težak položaj ljekare u ordinacijama. Predložene su mjere koje trebaju biti preduzete od strane rukovodstva u cilju prevazilaženja novonastalog problema, a koje idu u pravcu sinhronizovane akcije Komore doktora medicine i Udruženja, u cilju otvaranja dijaloga sa institucijama zdravstvenog sistema i pronalaženja najoptimalnijeg rješenja.

Na kraju, cilj svih društvenih reformi, pa i zdravstvene, je poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite, na zadovoljstvo i pacijenata i profesionalaca.

Ova naša reforma zdravstvenog sektora ima još jednu dimenziju koja je godinama bila zapostavljena, a to je vraćanje statusa i uloge ljekara primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenom sistemu i u društvu kakva mu i dolikuje.

Da bi se to dostiglo, uz poslovični profesionalizam u svom radu, neophodno je ostvariti pretpostavke za povratak ljekara u "društvo poštovanih".

Zajednica u kojoj se život i rad ljekara temelji na Hipokratovim vrijednostima ima izvjesniju budućnost...



Radionica u Domu zdravlja Prnjavor:
predavači dr Marko Šobot i dr Nebojša Putnik

Jedna od važnih aktivnosti Asocijacije doktora porodične medicine RS je razvijanje dobre saradnje sa drugim udruženjima, a u cilju usvajanja istih principa rada, odnosno istih smjernica u tretmanu pojedinih oboljenja. Tako je došlo i do saradnje sa Asocijacijom kardiologa RS. Dva udruženja su se dogovorila da održe radionice na kojima bi porodični ljekari i kardiolozi razmjenjivali iskustva o najčešćim kardiološkim problemima u ljekarskoj praksi. Ovog puta, teme su bile hipertenzija i srčana insuficijencija. Dogovoren je da se održi 40 radionica širom RS. Radionice

su vodili kardiolozi i specijalisti porodične medicine iz gradova u kojima su se radionice održavale. Sve to je podržala farmaceutska kuća Bosnalijek.

Tokom maja i juna održano je oko 20 radionica u zapadnom dijelu RS (Banja Luka, Čelinac, Prnjavor, Doboj, Kozarska Dubica, Prijedor, Bijeljina...), a u jesenjem periodu će se održati oko 20 radionica u istočnom dijelu Srpske.

Radionica u Domu zdravlja Banja Luka:
dio radne atmosfere



Rad Komisije za priznanja i nagrade Komore doktora medicine RS

dr Mladen Šukalo, predsjednik Komisije za priznanja i nagrade



Ovim člankom se daje kratka prezentacija, kao i bolje upoznavanje čitalaca sa osnovnim aktivnostima Komisije za priznanja i nagrade pri Komori doktora medicine RS.

U skladu sa formiranjem Komisije za priznanja i nagrade (03.04.2002. god.), započele su i prve aktivnosti oko definisanja njenih obaveza i nadležnosti. Tada je Komisija djelovala u okviru Zdravstvene komore Republike Srpske, a ubrzo potom osnivanjem Komore doktora medicine postala je njen sastavni dio. Već od prvih sastanaka članovi ove komisije su ukazali na potrebu stvaranja osnovnih uslova za rad, odnosno neophodnost izrade pravilnika, kao polazne osnove u budućem radu. Naime, obaveze ove komisije su podijeljene u dva osnovna zadatka:

1. Razmatranje pristiglih prijedloga za godišnje nagrade i priznanja Komore doktora medicine RS, koji se upućuju Izvršnom odboru na usvajanje.

2. Razmatranje pristiglih prijedloga za dodjelu zvanja primarijus, te davanje na saglasnost Izvršnom odboru Komore, potom se dostavlja Ministarstvu zdravlja i socijalne zaštite na daljnji postupak.

Nakon niza sastanaka članova ove komisije, uz ogromnu pomoć i podršku predsjednika Komore doktora medicine, članova Izvršnog odbora, stalnih uposlenika u Komori, a posebno generalnog sekretara Komore, provedene su sve aktivnosti u pripremi pravilnika za rad Komisije za priznanja i nagrade. Izradom pravilnika o dodjeli godišnjih nagrada i drugih priznanja Komore doktora medicine RS, uslijedilo je i njegovo usvajanje na Skupštini Komore 06.06.2003. godine. Usvojeni pravilnik

je i dalje na snazi i predstavlja osnovu po kojoj radi Komisija u razmatranju pristiglih prijedloga, koji se potom upućuju Izvršnom odboru Komore na usvajanje. Ovim pravilnikom se jednom godišnje dodjeljuju zaslužnima visoka priznanja kao što su: Veliki pečat Komore doktora medicine RS, Hipokratovo priznanje, Povelje za naučno-istraživački rad, za organizaciju zdravstvene službe, za primarnu zdravstvenu zaštitu, te Nagrade za najbolje diplomirane doktore medicine. Dosadašnji dobitnici nekih od ovih priznanja su mnoga poznata i priznata imena u svijetu medicine, sa ovih prostora, što je objavljivano u časopisu Komore doktora medicine.

U izvršenju drugog zadatka Komisije, odnosno razmatranju pristiglih prijedloga za dodjelu zvanja primarijus, polaznu osnovu predstavljaju opšti kriteriji iz Službenog glasnika Republike Srpske iz 1993. i 1999. godine, po kojem se zvanje primarijusa dodjeljuje doktorima medicine koji su postigli zapažene rezultate u zdravstvenoj zaštiti i dali doprinos rezultatima u svojoj struci, dokazali rezultate u stručnom usavršavanju kadrova i objavili više radova stručnih publikacija, a imaju 12 godina rada u struci. Naziv primarijus dodjeljuje ministar zdravlja na prijedlog Komore, ali ima ovlaštenje da za neke kandidate i sam dodjeljuje to zvanje. Imajući u vidu da je prethodnih godina pristizao veliki broj kandidatura, a da bi zvanje primarijus zadržalo zaslужeni nivo, članovi Komisije za priznanja i nagrade su bili saglasni, uz uvid članova Izvršnog odbora, da se pored navedenih opštih kriterija razmatraju i sljedeći uslovi:

- sve zdravstvene ustanove u RS da na vrijeme budu informisane o roku

za podnošenje kandidatura za dodjelu primarijata

- da Komisija razmatra kandidature date samo na prijedlog zdravstvenih ustanova, udruženja, podružnica ljekara ili državnih organa,

- da bude regionalne zastupljenosti u dodjeli ovog zvanja,

- da se ograniči broj kandidatura

- da kandidati nisu mlađi od 45 godina,

- da broj izdatih stručnih radova nije presudan, već da važan uslov mogu biti zapaženi rezultati u struci kao što su: uvođenje novih metoda u radu, uspješno rukovođenje u službi, učešće u projektima, dobar odnos ljekar-pacijent, dobar odnos sa kolegama i drugi zapaženi rezultati u radu.

Pravilnikom je predviđeno da se godišnje nagrade i priznanja dodjeljuju svake godine na svečanoj Skupštini Komore doktora medicine RS (na Dan Komore), što je do sada redovno svake godine i činjeno. Svake godine su, takođe, predlagani kandidati za dodjelu zvanja primarijus upućivani ministru zdravlja i socijalne zaštite RS, koji je vršio dodjelu.

Za sve navedene aktivnosti, kao i niz priprema za njihovo provođenje Komisija je imala do sada veliki broj radnih sastanaka, a za šta postoje uredno vođeni zapisnici u Komori doktora medicine. Kao i svake prethodne godine tako i ove Komisija već provodi aktivnosti počev od upućivanja informacije po svim podružnicama RS da mogu predložiti na razmatranje kandidate za dodjelu zvanja primarijus. Nakon pristiglih kandidatura, Komisija se sastaje i razmatra prijedloge uvažavajući Pravilnik i druge naprijed navedene kriterije, te za pozitivno razmotrene prijedloge traži saglasnost Izvršnog odbora Komore, koji ih potom dostavlja Ministarstvu zdravlja i socijalne zaštite na daljnji postupak i usvajanje. Komisija, takođe, provodi pripremne aktivnosti oko pristizanja kandidatura za godišnje nagrade i priznanja, koje će se razmatrati u oktobru, kao i njihovo upućivanje Izvršnom odboru Komore na usvajanje, te dodjelu na svečanoj Skupštini Komore doktora medicine u novembru.

Na kraju, naglašavam da su članovi Komisije u proteklom periodu iskazali ozbiljnost i požrtvovanje u radu, te na taj način pomogli i predsjedniku Komisije da pravovremeno obavlja sve predviđene aktivnosti, što svakako doprinosi da se uspješno održava kontinuitet rada Komisije za priznanja i nagrade Komore doktora medicine Republike Srpske.

Pečat kvalitetu

Dr Draško Kuprešak



Još 1997. godine Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS je prepoznalo potrebu da se u zdravstvenom sistemu počne sistematski raditi na unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite. U Strateškom planu za reformu i rekonstrukciju zdravstvenog sistema Republike Srpske 1997 – 2000, se navodi da će se osigurati neprestano poboljšanje kvaliteta zdravstvene zaštite, zajedno sa razvojem i uvođenjem u primjenu pogodne tehnologije pružanja zdravstvenih usluga.

Isti strateški cilj je detaljnije razrađen u dokumentu «Program zdravstvene politike i strategije za zdravlje u Republici Srpskoj do 2010. godine» gdje se navodi da će biti uspostavljen sistem akreditacije organizacija koje pružaju zdravstvene usluge, da će kvalitet usluga tih organizacija ocjenjivati Agencija za akreditaciju i unapređenje kvaliteta, te da će finansiranje zdravstvenih ustanova zavisiti od rezultata koje postižu.

Prve aktivnosti na uspostavljanju sistema akreditacije i unapređenja kvaliteta zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj su započele 2000. godine kroz projekat «Osnovno zdravstvo» finansiran od Svjetske banke. Tokom trajanja projekta definisana je zakonska regulativa, uspostavljena je Agencija za akreditaciju i unapređenje kvaliteta

zdravstvene zaštite Republike Srpske, napravljeni su i usvojeni akreditacioni standardi za porodičnu medicinu, razvijeni su, štampani i distribuirani vodiči za kliničku praksu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i izvršena je obuka zdravstvenih profesionalaca koji su učestvovali u programu. Nakon uspješnog testiranja cijelog procesa akreditacije u Domu zdravlja u Laktašima i akreditovanja 15 timova porodične medicine, Agencija je nastavila sa aktivnostima na unapređenju kvaliteta zdravstvene zaštite i u narednom periodu



pripremljen i usvojen «Pravilnik o akreditaciji zdravstvenih ustanova» koji daje pravila i osnove o načinu akreditovanja zdravstvenih ustanova u Republici Srpskoj. Uprkos postojanju navedenih standarda i regulative koja pravno reguliše ovu oblast, na osnovu razgovora sa zdravstvenim profesionalcima i menadžerima zdravstvenih ustanova primijećeno je da postoji potreba za priručnikom ili vodičem koji bi u sebi sadržavao sve informacije koje su potrebne da bi se jedan tim ili ambulanta ili služba porodične medicine unutar doma zdravlja pripremila za ulazak u program akreditacije i da bi uspješno završila proces akreditovanja.

Vodeći se tom potrebom, Agencija za akreditaciju i unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite Republike Srpske je pristupila izradi «Vodiča kroz akreditaciju za timove i ambulante

porodične medicine» koji predstavlja slijedeći u nizu dokumenata koji treba da omogući trenutnim i potencijalnim učesnicima u akreditacionom programu da uz što manje teškoća ispunе potrebne standarde i priključe se grupi ustanova koje su posvećene unapređenju kvaliteta u procesu pružanja zdravstvene zaštite.

Vodič daje osnovne informacije o akreditaciji kao mehanizmu za unapređenje kvaliteta zdravstvene zaštite uopšte, zatim pregled akreditacionih standarda za timove porodične medicine, objašnjenja o zahtjevima i očekivanjima iz standarda, kao i načinu ocjenjivanja prilikom posjeta vanjskih ocjenjivača. U vodiču su uključeni primjeri pisanih procedura koje tim/ambulanta ili dom zdravlja treba pripremiti i usvojiti i što je najvažnije mora ih primjenjivati u svakodnevnom radu. Vodič takođe sadrži upitnik za samoocjenjivanje timova/ambulantni porodične medicine, anketni upitnik za pacijente i Pravilnik o akreditaciji zdravstvenih ustanova u Republici Srpskoj.



Proces ocjenjivanja u Domu zdravlja Laktaši

Na kraju, treba istaći da je proces popularizacije akreditacionog ciklusa u zamahu (akreditacija timova u domovima zdravlja Prnjavor i Doboj), i da Udruženje doktora porodične medicine iz RS, ima partnersku ulogu u njemu, jer je učestvovalo u kreiranju seta akreditacionih standarda za porodičnu medicinu u RS BiH i njegovoj promociji i distribuciji.

Radionice o temi kliničkih vještina u porodičnoj medicini

Dr Nataša Pilipović Broćeta, asistent na Katedri porodične medicine, Medicinskog fakulteta u B. Luci



usvoje i primjene kliničke vještine u porodičnoj medicini, priprema i analiza slučaja iz prakse uz naglasak razlika prikaza za studente i specijalizante, standardizacija kliničkih vještina i prikaza slučaja za čitavu BiH i pisani materijal.

Što se tiče pisanih materijala, tokom radionica razviće se Kurikulum kliničkih vještina („Core Curriculum in Clinical Skills for FM“) i Praktikum, gdje će biti prikazani slučajevi iz prakse. Kurikulum i praktikum će biti korišteni u dodiplomskoj i specijalističkoj nastavi, s tim što će se osnovne smjernice koristiti za edukaciju studenata, a materijal u cijelosti, sa kompleksnijim prikazima slučaja, biće prezentovan specijalizantima.

Ove aktivnosti predstavljaju nastavak razvoja porodične medicine u BiH i implementaciju ovog modela u praksi na svim nivoima medicinskog obrazovanja.



Dr Johan Geddes sa Queen's univerziteta iz Kanade sa asistentima iz Banje Luke

Katedra iz porodične medicine je, ove školske godine, uključena u radionice o temi kliničkih vještina u porodičnoj medicini ("Workshops on Clinical Skills in FM"). Radionice su organizovane i podržane od strane kanadskih profesora sa Queen's Univerziteta u Kingstonu, s obzirom da su kanadski profesori i dalje uključeni u edukaciju iz porodične medicine u Bosni i Hercegovini. Učesnici radionica su asistenti i saradnici katedri porodične medicine u Banjaluci, Sarajevu, Tuzli, Zenici i Mostaru.

Ciljevi radionice su: usavršavanje vještina uzimanja anamneze, revizija fizikalnog pregleda anatomske funkcijske cjeline (glava i vrat, grudni koš, abdomen, muskuloskeletalni sistem, nervni sistem i psihijatrija), kako učiti studente i specijalizante da



Rad asistenata sa simuliranim pacijentom

Vježbe na Katedri porodične medicine

Studenti: Miljenko Gaćeša, Danijela Tontić, Vesna Ćelić, Bojana Pavičić, Mile Čučak



Neako smo navikli da stvorimo gužvu gdje god da se pojavimo. Na pismenim ispitima, vježbama, u čekaonicama, na kafama u pauzi... Nastavljajući tim smjerom kretanja naše društvene pojave, evo nas i u novom broju časopisa, sa kratkom istoriografijom o vježbama na Katedri porodične medicine.

Na tri lokacije, tri sedmice vježbanja u svakom semestru po besprijekornom rasporedu. Sa skupom predrasuda nastalih u atmosferi ostalih katedri, imali smo dovoljno vremena za brojne utiske i poređenja.

Dobrodošlice u kolegij i profesionalnog odnosa svih zaposlenih nije manjkalo. Prepostavljeni su nam potvrdili pravo značenje riječi "asistent", uključujući nas postepeno u svoj rad, tako da smo nesigurnost sa početka pretvorili u više samouvjerenosti i samostalnosti. Uz njihovo dobro raspoloženje i organizaciju, naše participiranje u

Nastava iz porodične medicine na Medicinskom fakultetu u Banjoj Luci odvija se tokom 11. i 12. semestra. Predavanja se održavaju dva puta sedmično u 12. semestru u sali edukativnog centra porodične medicine u Platonovoj ulici. Vježbe se izvode u tri edukativna centra - Platonova, Kočićev vijenac i Obilićevo. Osam asistenata sa katedre porodične medicine svakog radnog dana, tokom 6 sati, rade sa studentima u malim grupama.



radu je postajalo svakim danom sve veće. U razgovoru sa pacijentom, u fizikalnom pregledu, propisivanju terapije, popunjavanju kartona i još mnoštvu pojedinosti njihove sadržajne svakodnevnice. I kada tom još pridodate bezbroj tema za razgovor, ozbiljnost, ali i vrijeme za smijeh i opuštanje u pauzi, dobijete jedno korisno iskustvo, za koje vjerujemo da će narednim generacijama biti još bogatije, te da će timski rad i zdrav međuljudski odnos naći mjesta u svačijoj praksi.

Asistentima hvala na strpljenju i savjetima i puno sreće u budućem radu.

Porodična medicina u službi prestanka pušenja

Dr Marin Kvaternik



Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, pušenje je konzumiranje duvana u bilo kojoj formi, uključujući pušenje cigareta, cigara, lule, žvakanje duvana i burmut (udisanje kroz nos). Upotreba duvana predstavlja značajan zdravstveni rizik. Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije danas u svijetu puši oko milijardu i tri stotine miliona ljudi, a oko 4,9 miliona ljudi godišnje umire od posljedica pušenja. Ukoliko se ne zaustave sadašnji trendovi pušenja duvana, do 2020. godine broj umrlih od bolesti vezanih za pušenje mogao bi se udvostručiti i doseći 10 miliona godišnje, od kojih će 70% biti u zemljama u razvoju. Prema najnovijim podacima prevalencija pušenja u europskoj regiji stabilizirala se na oko 30%

u odrasloj populaciji, oko 38% u muškaraca i 23% u žena.

Prema istraživanju provedenom 2002. godine u Republici Srpskoj svaki treći odrasli stanovnik je bio svakodnevni pušač, pri čemu je među muškarcima zabilježen postotak pušača od 44,0%, a među ženama 24,2%. Većina pušača je svjesna zdravstvenih rizika vezanih za upotrebu duvana. Oko polovine žena trenutnih pušača i trećina muškaraca trenutnih pušača u Bosni i Hercegovini kažu da bi prestali pušiti u narednih šest mjeseci ili čak u narednih mjesec dana. Kada imaju namjeru prestati pušiti, većina pušača preferira individualno savjetovanje, uglavnom od ljekara, dok manjem broju više odgovaraju specijalizovani i intenzivni programi. Zdravstveni radnici su ti koji dolaze u

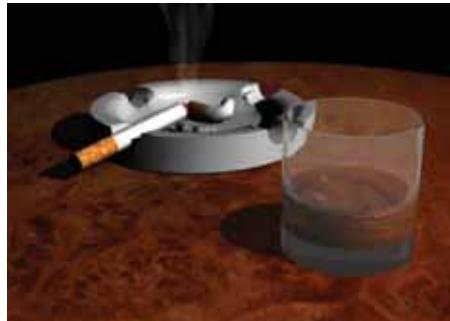
dodir s visokim postotkom populacije. Oni imaju priliku pomoći ljudima da promijene svoje ponašanje i mogu pružiti savjet, usmjerenje/poduku te odgovoriti na pitanja povezana s posljedicama korištenja duvana, oni mogu pomoći pacijentima da prestanu pušiti – posebno onim bolesnicima koji imaju bolesti vezane uz korištenje duvana. Istraživanja su pokazala da čak i samo kratka savjetovanja od strane zdravstvenih radnika o opasnosti od pušenja i važnosti prestanka pušenja predstavljaju jedan od najjeftinijih metoda smanjivanja pušenja duvana. Efikasnost tretmana proporcionalno raste sa trajanjem i brojem savjetovanja. Savjetovanja za prestanak pušenja se nazivaju zlatnim standardom kost-efektivnih intervencija, jer pri trošku od 1108 \$ do 4542 \$ za programe prestanka pušenja, sačuva se jedna godina života (The U.S.National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotin, 2005.). Upravo temeljeći se na ovim činjenicama, a koje su zasnovane na dokazima, 31. maj – Svjetski dan nepušenja za 2005. godinu bio je posvećen zdravstvenim radnicima i suzbijanju pušenja.

Kakav je bio, a kakav je danas angažman zdravstvenih radnika primarne zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj na prestanku pušenja duvana njihovih pacijenata? Prekretnica u radu bilo je donošenje Programa prevencije i kontrole nezaraznih bolesti 2003. godine. Do tada pušački status je rijetko



identifikovan, a još rjeđe u zdravstveni karton verifikovan. Primjena programa u praksi dovodi do identifikacije pušačkog statusa u bitno većem obimu no do tada. Uz pozitivan pušački status slijedi i savjet. E, tu nastupaju problemi. Šta reći, šta savjetovati? Neki su mislili da treba ukoriti pacijenta za njegovo nezdravo ponašanje. Ili obavezno iznijeti najgori mogući scenario koji se može desiti po zdravlje njihovog pacijenta pušača ukoliko ne prestane pušiti. Nažalost, bilo je vjerovatno i onih dugogodišnjih pušača kojima je zdravlje već toliko bilo narušeno da im se još malo šta novo loše moglo desiti. Optuživanje isključivo bolesnika, odnosno žrtve za njeno stanje, ili zastrašivanje kao načina za promjenu ponašanja, metodi su koji su se davno pokazali kao nekvalitetni, da nekažem i pogrešni. Međutim, ako bismo pogledali nastavne planove i programe naših medicinskih škola i fakulteta, jasno bi nam bilo da drugačije i nije moglo biti. Jednostavno, nije se posvećivala pažnja u pogledu sticanja potrebnih znanja i vještina za jedno savremeno, kvalitetno savjetovanje. Istina, specijalizacija odnosno doedukacija iz porodične medicine su uvođenjem modula vezanim za prestanak pušenja ovo donekle popravili. Ipak, i dalje se osjećala potreba za jednim savremenim vodičem u ovoj oblasti i time uvođenje jednog standardizovanog pristupa u promjeni ponašanja – pušenje duvana. I to se i desilo. Uz pomoć švicarskih stručnjaka i finansijsku podršku Švicarske agencije za razvoj i saradnji i Ženevske univerzitetske bolnice nastao je Vodič za odvikavanje od pušenja, preofesionalni vodič za zdravstvene radnike u Republici Srpskoj. Vodič je podijeljen u nekoliko tematskih cjelina: ciljevi za zdravstvene radnike na primarnom nivou, problemi u vezi sa pušenjem, zašto raditi na savjetovanju pušača, kako savjetovati odvikavanje od pušenja. Prilikom obrade pušača predloženo je da se korak po korak obrade određena pitanja:

1. Pitati sistematično o korištenju duvana (Ask),
2. Posavjetovati da se prestane pušiti (Advise),
3. Procijeniti motivaciju za prestanak



pušenja i ovisnost o nikotinu (Assess),

4. Pomoći da se prestane pušiti prateći motivaciju pacijenta (Assist),
5. Pratiti sve pušače na kraći i duži vremenski period (Arrange follow-up).

Vezano za samo savjetovanje korišten je jedan od metoda koji je do sada pokazao najbolje rezultate u praksi, nastao upravo na osnovu želje da se učini promjena ponašanja vezana za pušenje, ali se može koristiti i za promjenu dugih vrsta ponašanja. Riječ je o tzv. „transteoretskom modelu promjene“ koji su originalno razvila dvojica psihologa, Prohaska i Di Clemente. Transteoretski model promjena je zasnovan na stadijima, kroz koje većina ljudi prema Prohaski i Di Clementeu prolazi, kada pokušavaju da promijene ili steknu ponašanje. Podsticanje promjene ponašanja od strane terapeuta postiže se putem motivacijskog intervjua koji predstavlja tehniku intervjuisanja koja pomaže pacijentima da promijene ponašanje, u ovom slučaju da prestanu pušiti. Razlozi za prestajanje pušenja treba da dođu od pacijenta a ne zdravstvenog radnika. To znači da zdravstveni radnik neće imati optuživački stav prema navedenom ponašanju klijenta, ali isto tako neće pokazati sažaljenje prema osobi obzirom na zdravstvene probleme koje ovo ponašanje može uzrokovati. Ovaj terapeutski odnos je zasnovan na partnerstvu i aktivnom učeštu pacijenta, a odvija se u empatičnoj atmosferi sa izbjegavanjem sučeljavanja. U zavisnosti od motivacije za prestankom pušenja, klijent se svrstava u jedan od niže navedenih stadija, uz terapeutski pristup koji je karakterističan za svaki stadij:

- **Prekontemplacija:** pušač ne razmišlja ozbiljno o prestanku pušenja.

- **Kontemplacija:** pušač ozbiljno razmišlja da prestane pušiti u narednih 6 mjeseci.
- **Priprema:** pušač je čvrsto odlučio da prestane pušiti u narednih 30 dana.
- **Akcija:** pušač koji je prestao pušiti u posljednjih 6 mjeseci.
- **Održavanje:** napor individue da se održi u novom obliku ponašanja i da prevenira vraćanje na stari oblik ponašanja.

• **Relaps**

Pitanje edukacije riješeno je na slijedeći način: Institut za zaštitu zdravlja Republike Srpske Banja Luka - Regionalni zavod Doboj predložio je projekat pod nazivom „Program unapređenja rada primarne zdravstvene zaštite na odvikavanju od pušenja“. Švicarska agencija za razvoj i saradnju u BiH (SDC) i Univerzitetska bolnica u Ženevi su prepoznale potrebu za realizacijom ovakvog projekta i odlučile da ga zajednički finansiraju. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske je dalo saglasnost i time podršku ovom projektu. Projekat je realizovan tokom 2006. godine. Glavni rezultati projekta su:

- 16 ljekara primarne zdravstvene zaštite završilo obuku i položilo ispit za edukatore u oblasti prestanka pušenja
- 299 ljekara položilo ispit uz prethodno završenu obuku i dobilo odgovarajući sertifikat.

Za sve one koji nisu bili uključeni u edukaciju tokom ovog projekta i pitaju se: „Ima li nade za nas?“ odgovor je potvrđan. Projekat se nastavlja u septembru i predviđa edukaciju još 300 ljekara i 600 medicinskih sestara. Naravno, postoji i ono drugo pitanje: „Ima li nade da će ova edukacija donijeti i nama, zdravstvenim radnicima, bar neki finansijski boljxitak?“ Odgovor je veoma jasan: finansijska nadoknada za pruženo savjetovanje uz obavezan stručni monitoring aktivnosti čini čitav program prestanka pušenja uspješnijim. Uz to ne zaboravimo da pušači češće obolijevaju, češće posjećuju zdravstvene ustanove, stvaraju veći trošak. To je bitno da zna Fond zdravstvenog osiguranja, ali i timovi porodične medicine.

Osvrt na Program prevencije i kontrole faktora rizika za hronične nezarazne bolesti

Dr Dragana Rakić



Narodna skupština Republike Srpske usvojila je 26.06.2002. god. Program zdravstvene politike i strategije za zdravlje u Republici Srpskoj do 2010. godine. Pri tom je obavezala Vladu Republike Srpske da doneše strategiju prevencije i kontrole hroničnih masovnih nezaraznih bolesti.

U Republici Srpskoj taj problem se nije rešavao na način kako to postavlja savremena medicinska praksa. SZO je konstatovala da te bolesti uzrokuju 60% od ukupnog broja umrlih i 43% od ukupne opterećenosti zbog prerane smrti. Glavni cilj strategije je da se smanji izloženost pojedinaca i stanovništva zajedničkim rizičnim faktorima nezaraznih bolesti i prevenira malignitet ili otkrije u ranoj fazi. Zajednički faktori rizika za hronične nezarazne bolesti (HNO) su: povišen pritisak, gojaznost, povišen holesterol, povišen šećer u

Najvažniji ciljevi i prioritetne mere evropskog regiona SZO su promocija zdravlja, otkrivanje i redukcija rizičnih faktora i rano otkrivanje i lečenje obolelih.

U martu 2004. godine Dom zdravlja u Banjoj Luci započeo je da provodi Program prevencije i kontrole faktora rizika za hronične nezarazne bolesti. Kvartalne provere provedenih aktivnosti obavlja Institut za zaštitu zdravlja. U početku je bilo dosta nejasnoća o načinu provođenja aktivnosti i administriranja podataka. Koordinatori programa prevencije imali su i imaju zadatku pojašnjavanja svih nejasnoća koje se nameću kroz praktičan rad.

To su za sve nas bili upravo pionirski koraci u novom načinu sagledavanja zdravlja i bolesti. Sistematičnost i doslednost u radu, mogućnost praćenja postignutih rezultata, planiranje aktivnosti. Pravila u radu jednaka za sve zdravstvene radnike porodične medicine čine od primarne zdravstvene zaštite moćan temelj očuvanja zdravlja pacijenata.

Adekvatna finansijska nadoknada bi trebala da prati rad pojedinca prema trudu i postignutim rezultatima.

Program je obiman, iz godine u godinu administracija postaje sve obimnija. Bez podrške informacionog sistema uskoro će biti nemoguće "pešice" sagledati i napraviti plan rada za predstojeću godinu. A Institut za zdravstvenu zaštitu ima sve veće prohteve u pogledu izveštavanja. Smatram da je obaveza doktora porodične medicine da otkrije, prati i redukuje faktore rizika za HNO, da otvori registrovanu listu za nađeni rizikofaktor i da godinama bude prisutan uz pacijenta, ne dozvoljavajući da se faktor rizika razvije u bolest.

Statističko praćenje i analizu programa prevencije koju traže od doktora porodične medicine Institut za zastitu zdravlja i Fond zdravstvenog osiguranja RS, treba prepustiti njima. Bez informacionog sistema postaje sve teže raditi i sagledavati obiman program. Dodatne obaveze tabelarnog izveštavanja Instituta, koje liče na ne baš savršeno urađene pripreme za magistarske radove i doktorske disertacije, izazivaju otpor u doktorima porodične medicine.

Umesto da sa proteklim vremenom Program prevencije postaje privilegija i snaga porodične medicine koja se finoćom očuvanja zdravlja izdvaja od ostalih grana medicine, sistematičnim pritiskom zbog administriranja podataka koji se vrši na nas, postajemo sve umorniji. I to samo zbog toga što ne postoji služ od strane Instituta za primedbe koje stižu iz baze, iz prakse.

Doktori porodične medicine apsolutno su za program prevencije, ali treba informacionim sistemom uvezati podatke u porodičnoj medicini RS i internetom ih načiniti direktno dostupnim za analizu navedenim institucijama koje provode kontrolu našeg rada. Mi ne treba da budemo u obavezi pravljenja tabelarnih baza za naučne radove. Stavljamo im na raspolaganje sve činenice našeg rada na Programu prevencije koje bi se putem internet veza slivale u njihovu bazu podataka. Neka direktno koriste sve podatke iz održenog programa prevencije i sami, u svojim službama analize i statistike to sistematizuju.

Tek tada će doktor, rasterećen bespotrebnog pisanja, moći na pravi način da se uhvati u koštač sa problematikom zdravlja i bolesti kroz Program prevencije i kontrole HNO.



krv i pušenje. Mere ranog otkrivanja malignih bolesti provodi Služba porodične medicine u saradnji sa konsultativno-specijalističkom službom Doma zdravlja. Odnose se na prevenciju i rano otkrivanje karcinoma grlića materice, karcinoma dojke, prostate i debelog creva. Sadrže palpaciju dojki, Papa test, digitorektalni pregled prostate i test na okultno krvarenje.

Samostalan život osoba sa invaliditetom

Mr Olivera Mastikosa



Prvi centar za samostalan život nastao je u Americi 1972. godine kao izraz volje studenata sa invaliditetom, da im se omoguće jednak prava kao i drugim studentima. Ovi centri promovišu socijalni model, što se jasno vidi iz sljedećeg primjera: „Cijelog sam života učila da nije bitno koliko mi vremena treba da nešto uradim (poput lične higijene, oblačenja i slično) već da to sama uradim.“ Ovo je filozofija medicinskog pristupa. Filozofija Centra za samostalan život je: „Nije bitno da sama uradim, već da donesem odluku ko će to uraditi za mene i da imam kontrolu kako je urađeno“.

Centri su se postepeno širili po Americi ali i Evropi i 1989. godine u Evropskom parlamentu u Strazburu dolazi preko 80 osoba sa invaliditetom iz 20 zemalja na konferenciju o personalnoj pomoći. U toku te konferencije osnovana je Evropska mreža za samostalan život. Clanice Evropske mreže su centri za samostalan život osoba sa invaliditetom koji razvijaju programe podrške kroz koje se ispunjavaju preduslovi za samostalan život. Osnovana je da skrene pažnju na slabo učešće osoba sa težim oblicima invaliditeta u politici osoba sa invaliditetom kao i u organizacijama osoba sa invaliditetom.

„Samostalan život je filozofija i pokret ljudi sa invaliditetom koji rade na jednakim mogućnostima, samopoštovanju i samoopredjeljenju. Samostalan život ne smatra da osobe sa invaliditetom ne trebaju nikoga i da možemo živjeti u izolaciji. Samostalan život znači da mi želimo jednaku kontrolu i jednakе izbore u samostalnom životu koje naša neinvalidna braća i sestre,

„Samostalan život podrazumijeva mogućnost izbora u određenju načina života i kontrolu nad ličnim životom.“

Agnes Flácer

„Samostalan život osoba sa invaliditetom ne znači fizički samostalno obavljanje svakodnevnih aktivnosti, već podrazumijeva da osoba sa invaliditetom ima izbor, da samostalno donosi odluke o svom životu, bira način zadovoljavanja svojih potreba koje sam najbolje poznaje, kontroliše sprovođenje svojih odluka i izbora, da snosi punu odgovornost za svoje odluke i učinjeni izbor, ali dakao i ostali ljudi imaju pravo na grešku“.

Gordana Rajkov, Centar za samostalan život Beograd.

komšije i prijatelji uzimaju zdravo za gotovo. Želimo da odrastamo u svojim porodicama, da idemo u školu u svom mjestu u kojem živimo, da koristimo iste autobuse, da obavljamo poslove koji su u skladu sa našim obrazovanjem i sposobnostima. I najvažnije, kao i svi drugi mi treba da upravljamo svojim životima, da razmišljamo i govorimo za sebe“.

Filozofija samostalnog života je razvijena uporedno sa socijalnim modelom invalidnosti koji je prihvacen u svim pomažućim strukama (medicinske, socijalne i druge) krajem dvadesetog vijeka.

Ključne riječi za samostalan život su:

- ◆ pravo na izbor,
- ◆ pravo na odluku,
- ◆ pravo na kontrolu,
- ◆ pravo na odgovornost i
- ◆ pravo na grešku.

Preduslovi za ostvarenje samostalnog života su:

- ◆ mogućnost dobijanja relevantnih informacija,
- ◆ mogućnost razmjene iskustava sa drugim osobama sa invaliditetom,
- ◆ postojanje pristupačnog transporta,
- ◆ pristupačno stanovanje,
- ◆ pristupačne službe podrške,
- ◆ arhitektonska pristupačnost,
- ◆ pristup komunikacijama,
- ◆ servisi personalne asistencije,
- ◆ zdravstveni, obrazovni servisi i pristup zapošljavanju.

U novije vrijeme su razvijeni programi za samostalan život uz podršku osobama sa mentalnom retardacijom kroz organizovanje podrške u stanovanju jer im njihovi asistenti trebaju pružiti pomoć u doноšenju odluka za razliku od drugih osoba sa invaliditetom, koje mogu samostalno donijeti odluku. U Evropi postoji mreža kuća koja pruža pomoć ovim licima u realizaciji samostalnog života.

Uloga medicinskog osoblja, a posebno porodičnog ljekara, u stimulisanju mogućnosti za samostalan život osoba sa invaliditetom ogleda se u upućivanju osobe sa invaliditetom i njihove porodice u mogućnosti koje se u zajednici pružaju da bi poboljšali uslove življjenja i prihvatili činjenicu da njihov član sa invaliditetom nije bez potencijala. Ljekari tradicionalno imaju veliki uticaj na svoje pacijente i poželjno je da svojim ličnim uticajem promovišu potencijale svojih pacijenata i pomognu im da ostvare najveći mogući stepen samostalnosti. Poznavanje potreba i mogućnosti za osobe sa invaliditetom ima značajan uticaj i na stare osobe

koje se češće obraćaju porodičnom ljekaru zbog bolesti karakterističnih za stara lica, a koje izazivaju trajne oblike invaliditeta (posljedice moždanog udara, različita neurološka i ortopedска oboljenja i slično). Pružajući informacije o mogućnostima za samostalan život, porodični ljekar utiče na promjenu odnosa prema invalidnosti u sveri medicinskih usluga i usvajanje socijalnog modela ne umanjujući važnost medicinskog aspekta invaliditeta.

Pregled prava, usluga iz oblasti socijalne zaštite, zapošljavanja i mogućih beneficija za osobe sa invaliditetom u RS

Usluge socijalne zaštite:

- ◆ **Tuđa njega i pomoć-u** iznosu 41,00 KM, realizuje se putem Centra za socijalni rad; ljekari treba da upute pacijenta na specijalističke pregledе, a sa nalazima koji nisu stariji od šest mjeseci i zdravstvenim kartonom treba da ga upute u Centar za socijalni rad.

- ◆ **Pravo na počitanje specijalne škole** i boravak u njoj do kraja srednje škole, realizuje se putem Centra za socijalni rad, a na osnovu specijalističkih nalaza koje koristi komisija za razvrstavanje.

- ◆ **Pravo na podršku u toku studija**, uključuje troškove smještaja, ishrane, knjiga i prevoza do fakulteta, realizuje se putem Centra za socijalni rad.

- ◆ **Pravo na prevoz u školu** ako se ne koristi pravo na smještaj, realizuje se putem centra za socijalni rad.

- ◆ **Usluge defektološkog savjetovališta** koje radi u okviru Saveza defektologa RS, podrška u zapošljavanju - pilot projekti u nekim Centrima za socijalni rad.

- ◆ **Pravna personalna asistencija** - za sada samo u Banjaluci. Pojam personalnog asistenta podrazumijeva osobu koja pruža pomoć osobi sa invaliditetom. Ova usluga se pruža prema specifičnim individualnim potrebama svakog korisnika pojedinačno. To podrazumijeva da korisnik određuje vrijeme i mjesto gdje mu se pruža usluga. Asistent pomaže na način kako toj osobi najviše odgovara, a ne na način koji je naučen kao opšte pravilo. Očekuje

se razvijanje sličnih službi u drugim centrima.

- ◆ Centru za socijalni rad Banjaluka, Prijedor i Trebinje imaju razvijene pomoćne **centre** kao što su **dnevni boravci** u kojima pružaju dodatne usluge prema individualnim potrebama. U ovim centrima se dobijaju i usluge koje nisu specificirane striktno zakonom, a službenici u saradnji sa porodicom procijene da postoji potreba. U Banjaluci već godinu dana radi **Dnevni boravak** za odrasla mentalno nedovoljno razvijena lica.

- ◆ **Smještaj u ustanovu socijalne zaštite,**
- ◆ **Refundacija plate za roditelje po osnovu pola radnog vremena,**
- ◆ **Produženje roditeljskog prava,**
- ◆ **Pravo na dodatak na djecu u uvećanom iznosu.**

Usluge pri zapošljavanju:

Samozapošljavanje - stimulacija samozapošljavanja se može realizovati putem Fonda za zapošljavanje osoba sa invaliditetom koji ima sjedište u Prijedoru,

Pomoć za zapošljavanje OSI preko Zavoda za zapošljavanje - odvija se kroz saradnju preduzeća i Zavoda za zapošljavanje, a stimulansi se kreću oko 1.500,00 KM koje dobija direktno poslodavac,

Pravo na beneficirani radni staž - realizuje se posebnom doplatom za koju detaljne informacije može dati Fond penzionog osiguranja,

Radni centar - za one koji nemaju dovoljno preostale sposobnosti za rad u otvorenoj privredi za sada nijedan nije otvoren.

Prava iz penzijsko invalidskog osiguranja:

- ◆ Staž sa uvećanim trajanjem,
- ◆ Invalidska penzija,
- ◆ Raspoređivanje na odgovarajuće radno mjesto,
- ◆ Prekvalifikacija ili dokvalifikacija,
- ◆ Prevencija invalidnosti,
- ◆ Novčane naknade.

Povlastice:

- ◆ Popust pri otkupu stanova,
- ◆ Povlastice u utvrđivanju cijena osnovnih usluga Telekoma Srske,
- ◆ Povlastice u Mobilnoj telefoniji,
- ◆ Povlastice u Carini.

Porodična medicina u Domu zdravlja Šamac

Dr Joka Nikić, specijalizant porodične medicine

Dom zdravlja u Šamcu je među prvima krenuo sa implementacijom Programa porodične medicine.

Da se toga prihvatio sa velikom ozbiljnošću govori i činjenica da od 17 ljekara koliko je zaposleno u Domu zdravlja, nas 11 radi u službi porodične medicine. Od tog broja 2 su ljekara specijalisti porodične medicine, 2 ljekara su na specijalizaciji iz porodične medicine, a ostali su završili program dodatne edukacije.

Što se tiče sestrinskog kadra, zaposleno je 14 sestara, od kojih je 12 prošlo program dodatne edukacije.

Pored porodične medicine, Dom zdravlja ima i sljedeće službe: ginekološku, stomatološku, epidemiološku, Centar za mentalno zdravlje i Centar bazične rehabilitacije. Od dijagnostičkih tu su Rtg i laboratorijska služba, koje su nedavno opremljene sa savremenom opremom, a sve u cilju pružanja što kvalitetnije i potpunije zdravstvene zaštite stanovništvu.

Da bi se ispoštovali svi principi porodične medicine, rad je organizovan i kroz dvije sektorske ambulante u Gornjoj Slatini i Obudovcu.

Zajedno sa implementacijom programa porodične medicine,

Akreditacija timova porodične medicine u Domu zdravlja Derventa

Primarijus dr Verica Petrović, specijalista porodične medicine



Doma zdravlja Derventa izvršeno je 27.7.2007. od strane Agencije za akreditaciju RS. Ocjenjivanje je vršeno prema standardima za akreditaciju RS.

Svih 5 timova su dobili bezuslovnu akreditaciju.



Dom zdravlja Derventa je već odavno započeo sa reorganizacijom svoga rada, odnosno uključio se u proces reforme zdravstvenog sistema u RS na primarnom nivou. Te aktivnosti se manifestuju kroz školovanje



kadra. Jedan broj ljekara je završio specijalizaciju iz porodične medicine, a nekoliko ljekara i medicinskih sestara dodatnu edukaciju iz urgentne medicine, kao i edukaciju odvikavanja od pušenja. Registrovali su populaciju, adekvatno opremili ambulante i otisli korak dalje - prijavili nekoliko timova porodične medicine za akreditaciju. Ocjenjivanje pet timova porodične medicine



započeto je i renoviranje prostorija DZ, tako da sada radimo u savremeno opremljenim ordinacijama. Osjećam potrebu da istaknem zahvalnost švajcarskoj i japanskoj vladi na nesebičnoj pomoći.

Iako bi se iz navedenog moglo zaključiti da sve funkcioniše bez problema, njih i te kako ima.

Da bi se implementacija nekog programa u potpunosti mogla ostvariti, a samim tim i porodična medicina, smatram da sve strane, tj. i oni koji ga implementiraju, a i oni na koji se program odnosi, moraju dati maksimalno učešće.

Iako je Dom zdravlja dosta toga uradio, stanovništvo, tj. potencijalni korisnici zdravstvene zaštite, još uvijek pružaju otpor prema porodičnoj medicini. Istina, ne kao u početku, ali još uvijek dosta.

Ovo dokazuje i nedavno provedena registracija stanovništva, kojom se ono trebalo izjasniti za timove porodične medicine a koja je, kako saznajem, išla teško i neorganizованo u većini opština.

Cinjenica je da je ta registracija predstavljala popis stanovništva za koji se mjesecima vrše pripreme uz veliku tehničku i finansijsku podršku državnih institucija, ali rezultati nisu bili najbolji.

Ovdje se vraćam ponovo na tvrdnju o angažovanosti svih strana u programu.

Mišljenja sam da je u ovom segmentu zakazala neka od viših institucija, koja je trebala da izradi jedinstven program po kome bi se vršila registracija, a ne da se radi stihijiški kako je urađeno.

Možda će nekome zvučati suviše kritički, ali smatram da kritikujući nešto možemo bolje sagledati njegovu pravu vrijednost.



Ishrana u ljetnjem periodu

Stanivuk dr Ljiljana, subspecijalista ishrane



Vitamini i minerali jačaju imuni sistem, podržavaju normalan rast i razvoj i pomažu ćelijama i organima da obavljaju svoju funkciju. Spadaju u grupu zaštitnih materija i imaju ključnu ulogu u metabolizmu makronutrienata (ugljenih hidrata, proteina i masti).

Vitamini i minerali potrebni su organizmu u značajno manjim količinama nego bjelančevine, masti i ugljikohidrati, ali su neophodni za zdravlje jer sudjeluju u nizu biohemiskih procesa važnih za normalno funkcionisanje organizma.

Raznovrsna ishrana je najbolji način za zadovoljavanje dnevnih potreba u mineralima i vitaminima. Treba obratiti pažnju da dnevni obroci budu izbalansirani u ugljenim hidratima, proteinima, masnoćama i kalorijama, tako da je uvijek dobar izbor svježe voće i povrće, neglazirane žitarice, mlječni proizvodi sa smanjenom količinom masnoća, krta mesa, riba, meso od živine.

Vitamini se dijele u dvije grupe:

- vitamine rastvorljive u masnoćama (A,D,E,K) koji se mogu deponovati u organizmu i stvarati rezerve u tijelu,

- vitamine rastvorljive u vodi (C i B kompleks), oni se ne mogu skladištiti, sav višak koji se unese i ne upotrijebi izbacuje se iz organizma, tako da ih je potrebno svakodnevno unositi.

Minerali su neorganske materije za razliku od vitamina i potiču iz zemlje i vode, a apsorbuju ih biljke i životinje. Organizmu su potrebni neki minerali u većim količinama kao što je **kalcijum** a drugi kao što je **hrom, bakar, jod, selen i cink** se

organizmu nalaze u tragovima pa su potrebne veoma male dnevne količine. Iako svakodnevno unosimo vitamine i minerale putem namirnica, neke namirnice ih sadrže u većim količinama od drugih. Često smo bombardovani podacima šta treba da jedemo i u kojim količinama, pa je često teško se snaći u tome šta je prioritetno u izboru.

Vitamin A ima najviše u jagnjećoj džigerici, puteru i margarinu.

Potreban je za rast i diferencijaciju epitelnog tkiva dišnog, urogenitalnog i probavnog sistema. Takođe je veoma važan za adekvatno funkcionisanje imunološkog sistema. Nedostatak vitamina A može dovesti do oslabljenog vida noću (noćno/kokošje sljepilo). Vitamin A u svojoj aktivnoj formi (retinol) se prirodno nalazi samo u hrani životinjskog porijekla.



Vitamin B1 nalazi se u pšeničnim klicama, kornfleksu, brazilskom orahu,

vitamin B2 u kornfleksu, bade-mima i misliju,



vitamin B3 u kikiriku, čuretini i piletini, kornfleksu,



vitamina B6 u kornfleksu, misliju i orasima,



vitamin B12 u sardinama u ulju, živim ostrigama, soku od paradajza.



Vitamin C pospješuje apsorpciju željeza iz hrane, izgradnju kolagena (vezivno tkivo) koje povezuje tjelesne ćelije, učestvuje u stvaranju bijelih krvnih ćelija a djeluje i kao antioksidans. Većina voća, posebno jagode, agrumi i kivi, te mnoge vrste povrća, uključujući peršun i krompir, su dobri izvori vitamina C.

Tiamin, riboflavin, niacin, B6, folna kiselina, pantotenska kiselina, B12 i biotin pripadaju onome što se ponekad naziva kompleks vitamina B. Vitamini B-grupe su neophodni za pretvaranje ugljenih-hidrata, masti i proteina u energiju kao i za njihovo korištenje za



izgradnju i obnavljanje tjelesnih tkiva. Manjak ovih vitamina može dovesti do ozbiljnih posljedica uključujući: slabost mišića, paralizu, mentalnu konfuziju, neurološke poremećaje, probavne smetnje, ispučalu i ljuškavu kožu, tešku anemiju i poremećaj rada srca.

Dovoljan dnevni unos B vitamina je važan. Namirnice bogate vitaminima B grupe su: tamnozeleno povrće, grah, grašak, žitarice, meso, riba i jaja.

Vitamin D je posebno važan za iskorištanje kalcijuma u organizmu. Ima ga u ribi i ribljem ulju, jajima i mlijeku, margarini, kornfleksu, a stvara se i u organizmu kada je koža izložena sunčevom svjetlu. Nedostatak vitamina D kod male djece može dovesti do rahičisa.

Vitamina E ima u suncokretovom ulju, orasima, bademima, kikirikiju.

Jod je važan za pravilan rast i razvoj. Nedostatak joda može uzrokovati smanjen rad štitne žlezde i gušavost (povećana štitnjača) i mentalnu zaostalost. Bogati izvor joda su namirnice porijeklom iz mora ali i neke druge namirnice sadrže manje količine joda. Vrlo važan izvor joda u ishrani su i namirnice obogaćene jodom npr. kuhinjska so.

Kalcijuma ima u sardinama, mlijekočnim proizvodima, bademima.

Gvožđe (željezo) je mineral koji ima značajnu funkciju u organizmu.

Manjak željeza u ishrani uzrokuje sideropeničnu anemiju ili slabokrvnost koja je karakterisana smanjenom koncentracijom hemoglobina, te smanjenim brojem ili veličinom eritrocita. Ovaj tip anemije najčešće nastaje uslijed nedovoljnog unosa željeza putem hrane, poremećaja apsorpcije željeza, dugotrajnog gubitka krvi (menoragije, metroragije, krvarenja iz gastrointestinalnog trakta, hematurije) ili povećanih potreba organizma za željezom (rast, trudnoća, dojenje).

Anemija dovodi do tromosti i pospanosti (nizak radni kapacitet),

problema u učenju, slabog rasta i razvoja, povećanog obolijevanja i maternalne smrtnosti, posebno za vrijeme poroda.

Najbolji izvori željeza su: meso, riba, perad i jetrica, ali željeza takođe ima u mahunarkama, tamnozelenom lisnatom povrću i suhom voću. Željezo iz namirnica biljnog porijekla se ne apsorbuje tako dobro kao željezo iz namirnica životinjskog porijekla. Bio-iskoristivost željeza, naročito iz namirnica biljnog porijekla, poboljšava se ako se u obroku kombinuju namirnice koje su bogati izvori vitamina C.

Magnezijuma ima u bademima, kikirikiju, kao i u tamnozelenom povrću, **selena** u kuvenim jajima i sočivu, a **cinka** u govedini i kikirikiju.

Voda



Putem vode redovno se oslobađamo nagomilanih toksina u organizmu. Ona inspirira naš organizam i održava ga zdravim izvana i iznutra.

Voda je tekućina, bez boje okusa i mirisa. Ljeti je zbog intenzivnog znojenja potrebno pojačati unos vode, posebno ukoliko ne konzumiramo dovoljne količine voća i povrća.

Određenu količinu vode dobijamo putem hrane (povrće i voće) jer su rijetke namirnice koje ne sadrže vodu. Voda čini prosječno 55 - 60% ukupne mase odrasle osobe. Ljudsko tijelo sastoji se od 60% vode, neophodne za normalno održavanje svih vitalnih funkcija. Voda je tijelu potrebna za održavanje volumena krvi i ostalih tjelesnih tekućina, kao i za održavanje normalnog krvnog pritiska.

Voda u našem tijelu

Voda je glavni pokretač izmjene tvari u organizmu, koji se obavlja kolanjem krvi od srca do pluća i bubrega. Dovoljna količina vode znači i normalnu gustinu krvi, normalni dotok kiseonika do mozga, mišića i ostalih organa. Smanjenjem količine vode u organizmu smanjuje se i izlučivanje otpadnih materija iz tijela.

Nažalost, mehanizam za žeđ ne govori nam na vrijeme da trebamo nadoknaditi tekućinu. Osjećaj žeđa označava početak dehidracije, pa su ljudi koji obično piju malo tekućine izloženi dugotrajanom riziku od bolesti bubrega, poremećaja mentalnih funkcija, poremećaja probavnog sistema i čak problema s kardiovaskularnim sistemom.

Tijelo gubi tekućinu mokraćom, fekalijama, disanjem i znojenjem, što u normalnim uslovima iznosi do 2,5 litre dnevno. U stanju pregrijanosti tijela znojenjem se mogu izgubiti i do 3 litre vode na dan. Ukoliko taj gubitak ne nadoknadimo, vrlo je vjerojatno da ćemo dehidrirati. Utvrđeno je da gubitak samo desetine ukupne vode prisutne u tijelu ima kao posljedicu nemogućnost stajanja i hodanja.

Kada kažemo da je dnevni unos vode dovoljan:

- Kada je osiguran medij za intracelularne reakcije i transport metaboličkih proizvoda u krv;
- Kada su postignuti uslovi za odvijanje brojnih hemijskih reakcija;
- Kada se unutarnja temperatura održava na 37°C;
- Kada smo radno sposobni (možemo učiti, raditi, razmišljati, takmičiti se);
- Kada je omogućen normalan tok razvoja trudnoće i razvoj ploda.

Kada kažemo da je dnevni unos vode nedovoljan:

- Kada je opšte stanje organizma loše (javljaju se glavobolja i pospanost);
- Kada se smanjuje volumen krvi, narušava funkcija unutrašnjih organa;
- Kada dolazi do poteškoća u probavnom sistemu; kada se

- ugrožava mišićna sposobnost;
- Kada je smanjen dotok kiseonika, što znači pad sportske i radne forme;
- Kada se javlja pad koncentracije i sklonost ozljđivanju;
- Narušen je san, psihičko stanje je loše (halucinacije i poremećaji čula);
- Pojavljuje se obilje celulita;
- Koža stari.

Kome i kada treba voda

Dovoljan unos vode izuzetno je važan za svakog, a posebno za djecu, sportiste, starije osobe i bolesnike. Kod osoba starije životne dobi često se smanjuje želja za pićem te ih je potrebno češće nuditi vodom. Bolesnici koji se manje kreću i uzimaju lijekove trebaju piti tekućinu i prije pojave žeđi.

Voda uredno čisti nepotrebne i škodljive materije koje napuštaju naš organizam. Posebnu pažnju treba posvetiti pravilnom unosu vode kod osoba koje su zavisne o drugima. Potrebno je poticati djecu i sportiste na pojačan unos tekućine. Osobe koje ne unose dovoljne količine vode "izdaje" njihov miris i izgled.

Ljeti je zbog intenzivnog znojenja potrebno pojačati unos vode, posebno ukoliko baš i nismo ljubitelji voća i povrća. Boravak u prirodi i povećana fizička aktivnost znače i povećanu potrebu za vodom.

Neophodno je više i češće piti vodu za vrijeme povišene tjelesne temperature i infekcije probavnih organa.

Mineralna voda dobar je odabir za planinare, jedriličare i druge sportiste. Postojana je pri visokim temperaturama i manje podložna bakterijskim onečišćenjima. Voda lagano gazirana i u umjerenim količinama ugodna je uz brojna jela.

S vodom u organizam unosimo brojne **minerale i vitamine topive u vodi**. U njoj su otopljene sve potrebne tvari koje putuju organizmom.

Nikada ne treba zaboraviti:

- da nedovoljan unos vode dovodi do **dehidracije** koja se manifestuje suhoćom usta, problemima s mokrenjem i znojenjem, otežanim disanjem, umorom. Mehanizam za žeđ ne govori nam kada

nadoknaditi tekućinu, pa ju je najbolje piti u malim količinama tokom cijelog dana.

- Potrebno je vodu piti tokom cijelog dana i izbjegći pojavu žeđi.
- Na putovanjima konzumirajte samo flaširane vode kupljene u trgovini, kako bi se izbjegli problemi s probavnim organima.
- Za dječije obroke koristiti isključivo kontrolisanu vodu.

Za svaki stepen povišenja tjelesne temperature, treba dodatno unijeti 10 grama vode po kilogramu tjelesne mase.

Gubitkom veće količine vode i elektrolita iz tijela dolazi do dehidracije organizma. Povećani gubitak vode nastaje uslijed povišene temperature tijela, proljeva, povraćanja i povišene temperature okoline.

Simptomi dehidracije

Na samom početku dehidracije najčešće nisu prisutni nikakvi simptomi, ali se može javiti suhoća u ustima i žeđ. U sljedećem stepenu dehidracije javlja se suhoća kože i povišena temperatura tijela, umor, vrtoglavica, grčevi u mišićima nogu i ruku. Kako se dehidracija povećava, javljaju se:

- crvenilo lica
- smanjena proizvodnja urina
- urin tamnožute boje
- udubljenost očiju
- izostanak suza
- mučnina i povraćanje
- ubrzani rad srca
- ubrzano plitko disanje
- razdražljivost.

U teškim slučajevima, dehidracija može dovesti i do smrti.

Kako spriječiti dehidraciju

Da bismo spriječili dehidraciju, potrebno je unositi vodu prije nego osjetimo žeđ. Dobro je imati na umu da je potrebno:

- Unositi najmanje 2 litre vode na dan i kad ne osjećate žeđ.
- Sportski napici često se lakše piju od čiste vode jer su aromatizovani, ali izbjegavajte one s puno šećera, jer umjesto da gase, oni izazivaju žeđ.
- Izbjegavajte napitke s kofeinom i

alkohol, jer sadrže materije koje izazivaju dehidraciju.

- Gazirani napici izazivaju osjećaj punoće, pa mogu spriječiti adekvatnu konzumaciju vode.
- Konzumirajte što više voća i povrća, a izbjegavajte tešku i masnu hranu.

Tokom **ljetnjih mjeseci**, kada vladaju nepodnošljive vrućine, preporučuje se unositi najmanje **čašu i po vode svakih pola sata**. Ako se bavite sportskim aktivnostima, potrebno je unijeti čašu i po vode 20 do 30 minuta i prije vježbanja.

Rješenje je piti tekućinu u malim količinama tokom cijelog dana. Najbolje je vodu držati nadohvat ruke, čime ćemo potaknuti refleksno pijenje. Osim što vodu unosimo drugim tekućinama, i sezonske ljetne namirnice sadrže 80-95% vode (lubenice, dinje, marelice, paradajz, krastavci...). Ne treba piti za vrijeme obroka kako ne bi došlo do razrjeđivanja želučanih sokova koji razgrađuju hranu.

Ukoliko primijetite osobu koja izgleda zbumjeno i bunca, ima suhu i crvenu kožu, ubrzani puls, a koža je na dodir hladna i znojna, potrebno je što prije potražiti zdravstvenu pomoć, jer se ta osoba nalazi u velikoj opasnosti.

Djeca nemaju dovoljno razvijen osjećaj za žeđ. Što je dijete mlađe, to su metabolički procesi brži, pa dijete dnevno treba unijeti vodu u količini otprilike 10-15% njegove tjelesne mase. Ako zbog povišene temperature, proljeva ili povraćanja gubi tjelesnu tekućinu, dnevna potreba za vodom se povećava. Za svaki stepen povišenja tjelesne temperature, treba dodatno unijeti 10 grama vode po kilogramu tjelesne mase.

Dojenčetu koje se hrani isključivo dojenjem nije potrebno dodavati tekućinu, jer majčino mlijeko sadrži dovoljno vode, dok je dojenčetu koje se hrani isključivo mlijecnim formulama potrebno dodati vodu kako bi se izlučili nepotrebni minerali i produkti metabolizma.

Kod starijih osoba mehanizam osjećaja za žeđ smanjuje se s godinama. Simptomi dehidriranosti brzo se pojavljuju, pa prije nego što se javi osjećaj žeđi, treba redovno piti vodu, hladne i tople napitke i konzumirati supe.

Bol u ramenu

dr Jelena Bogdanić, spec. fizikalne medicine i rehabilitacije



Bol u ramenu je u 80% slučajeva porijekla iz samog zgoba ili okoložglobnih struktura. Uz bol je prisutno ograničenje aktivnih pokreta i palpatorna osjetljivost ramena. Pasivni pokreti su limitirani samo ako je zahvaćena i kapsula. Ukoliko je uzrok bola van struktura ramena pokreti su očuvani. Kod mlađih osoba bol je najčešće posljedica povrede koja može dovesti do dislokacije ili preloma.

Uzroci bola u ramenu:

- reumatizam, degenerativni, zapaljenjski ili metabolički
- vanzglobni reumatizam (entezitis, tenosinovitis, bursitis, kalcificirajući tendinitis)
- prelomi i iščašenja
- spondiloza vratne kičme
- kardiovaskularne bolesti
- bolesti organa digestivnog trakta
- cerebrovaskularne bolesti
- tumori.

Ako je bol prisutna samo u jednom ramenu uvijek treba isključiti infektivnu etiologiju bola. Bol u ramenu uzrokovana **degenerativnim procesima** smanjuje se mirovanjem i pojačava na pokret, ponekad je simetrična, dokazuje se RTG nalazom, laboratorijski nalazi su obično normalnih vrijednosti. Bol uzrokovana **zapaljenjskim reumatizmom** ima sljedeće karakteristike: smanjuje se pri pokretu, pojačava mirovanjem, praćen je opštim simptomima, često je prisutna simetričnost i otok, crvenilo i lokalna toploća. Dijagnozu treba potvrditi laboratorijskim nalazima.

Periarhritis humeroscapularis je glavni uzrok bolnog ramena. Najčešće se radi o entezopatiji titive m. supraspinatusa i drugih

rotatornih mišića, a u najakutnijem obliku izazavan je burzitisom u predjelu ramena (subakromijalna burza). Klinički postoji tup bol koji je konstantan, a jači noću, pojačava se na aktivnu abdukciju ruke iznad glave. Posebno je bolna elevacija između 60 i 120 stepeni. Terapija: mirovanje sa nadlaktom u položaju abdukcije od 30 do 60 stepeni (posavjetovati pacijenta da u toku noći stavi manji jastuk u pazušnu jamu da bi ruka bila u ovom položaju), kriomasaža 3-5 min, 3-4 puta dnevno (komadima leda masirati bolno rame), NSAIL u tabletarnom ili ampularnom obliku što zavisi od jačine bola, fizikalna th, vježbe aktivno potpomognute u ramenu do granice bola, vježbe u suspenziji (tzv. pendularne vježbe).

Adhezivni kapsulitis je poseban oblik humeroskapularnog periartritisa poznat i kao "zamrznuto rame" (frozen shoulder). Može nastati i kod hronične bolesti pluća, dijabetesa ili infarkta miokarda. Češći je kod žena iznad 50 godina života. Klinički: bol i zakočenost u ramenu se razvijaju postepeno nekoliko mjeseci. Prisutna je palpatorna bolnost, ograničeni aktivni i pasivni pokreti. Rtg snimak pokazuje osteopeniju. Terapija: vježbe, NSAIL, fizikalna th.

Oštećenje rotatornog jastučeta može nastati po padu sa ispruženom rukom ili pri dizanju teškog tereta. Najčešće se radi o rupturi titive supraspinatusa. Test padanja ruke je tada pozitivan. Ruka se pasivno izvede u abdukciju od 90 stepeni paralelno sa podom i pusti. Kod kidanja titive ruka pada uz tijelo. Ako je oštećenje manje pacijent uspijeva održati položaj ruke, ali ako ga malo udarimo po podlaktici ruka će pasti uz tijelo. U postavljanju

dijagnoze može pomoći ultrazvuk ramena. Terapija je hirurška.

Kod bola u ramenu treba uvijek razmisliti o postojanju kompresije vaskularnih i nervnih struktura koje se nalaze u supraklavikularnoj fosi odnosno o **sindromu gornje apertura toraksa**. Plexus brachialis, arterija i vena subklavija prolaze kroz skalenski trokut ovičen sa skalenskim mišićima, medijalnim i prednjim, i poprečnim nastavkom C7 i Th 1 pršljena. Pritisak na ove strukture može da vrši prekobrojno vratno rebro, spazam skalenusa, ostefiti ili tumorska masa. Klinički postoji bol u ramenu, izražen noću. Test kojim se potvrđuje kompresija



Adsonov test: ruka u ekstenziji, abdukciji i spoljnjoj rotaciji, pacijent duboko udahne i glavu okreće na stranu ispitivane ruke.

a.subclavie jeste Adsonov test. Pacijent ispruženu ruku postavi u ekstenziju, abdukciju i spoljnju rotaciju, duboko udahne i okreće glavu na stranu ispitivane ruke. Ako postoji kompresija arterije prestaje puls radikalne arterije ili pacijent podigne ruku iznad glave za 180 stepeni i izgubi se distalno puls. Potreban je Rtg snimak vrata i ramena i ultrazvuk krvnih sudova

vrata. Bol u ramenu može biti prisutan i kod postojanja tromboze a. ili v. subclavie. Terapija je hirurška.

Ako se bol iz ramena širi u ruku i šaku i ako ga prati poremećaj senzibiliteta, refleksa ili motorike treba razmisliti o **bolesti nervnih korijenova**, pleksusa ili perifernih živaca.

Pojava bola u ramenu može zbog prekopčavanja neurona u kičmenoj moždini da reflektuje patološke promjene koronarnih krvnih sudova (angina pectoris, infarkt miokarda...). Patološka zbivanja na dijafragmi – upale, tumori, subfrenični abscesi, mogu takođe da se odražavaju u vidu bolova u dermatomu vrha ramena, jer im je segmentna inervacija nivoa C4-5 zajednička. Kvalitet ovog bola može biti veoma različit, od intenzivnog bola do nejasnih parestezija i žarenja sa nepravilnim rasporedom.

Tumori zglobova su rijetki ali se diferencijalno dijagnostički moraju uzeti u obzir.

Zaključak

Iako je bol u ramenu najčešće porijeklom iz zgloba neophodno je pri svakom pregledu bolesnika sa bolom u ramenu eliminisati moguće druge uzroke bola koje smo naveli. Za to je potrebno dobro uzeti anamnezu (kada je bol nastao, da li mu je prethodila neka povreda, podizanje tereta) i uzeti u obzir uslove rada (rad za kompjuterom zbog nepravilnog držanja tijela i ruke dovodi do ovog bola). Potrebno je posebno obratiti pažnju na pridružene simptome i bolesti. Nalaz nakon pregleda mora da sadrži opšti status, nalaz po sistemima i lokalni nalaz. Zatim je potrebno potvrditi dijagnozu laboratorijskim nalazima, funkcionalnim testovima, RTG snimkom ili UZ.

Terapija

Liječenje zavisi od uzroka bola a ima za cilj smanjenje i uklanjanje bola, očuvanje funkcije ramena i uklanjanje predisponirajućih faktora. Osim opštih mjera, koje obuhvataju mirovanje u akutnoj fazi bolesti,



Ispitivanje aktivnog obima pokreta ramena. Normalan obim pokreta: a) pacijent iz stava mirno, b) vršeći spoljašnju rotaciju i abdukciju, c) treba da se dodirne vrhovima prstiju iznad glave.

pozicioniranje ruke stavljanjem jastučeta u pazušnu jamu kako bi se prevenirala adukciona kontraktura ramena, u svim kliničkim oblicima dajemo analgetike (paracetamol, analgin i dr.) i NSAIL. U terapiji se mogu primjenjivati i miorelaksanti i anksiolitici, kao i lokalna sredstva kod bolova u zglobovima i mišićima. Kriomasaža se preporučuje 3-4 puta dnevno u trajanju 3-5 min. Prvih dana poželjna je kod akutnog, intenzivnog bola. Fizikalna terapija može da se uključi odmah po nastanku bola. Kod akutnih stanja se primjenjuje krioterapija, TENS, dijadinamik i interferentne struje, klasična ili laser akupunktura. U hroničnoj fazi se primjenjuje DDS, IFS, elektroforeza ili fonoforeza Diklofen gelom, laseroterapija, magnetoterapija, hidrokineziterapija u bazenu, klasična ručna masaža, vježbe i radna terapija. U pojedinim slučajevima akutno nastalih burzitisa treba uraditi punkciju i dati lokalno kortikosteroide, a kod infekcijskih burzitisa uz punkciju treba dati antibiotik. Konsultacija reumatologa je potrebna kod izostanka efekta liječenja, nejasne dijagnoze, komplikacije bolesti i dileme tokom liječenja (kad je neophodna terapija kortikosteroidima, intraartikularna terapija...)

Principi terapijske primjene NSAIL:

- izbor lijeka je individualan u odnosu na bolesnika,
- primjenjivati samo jedan lijek iz grupe NSAIL u određenom vremenskom periodu,
- optimalno doziranje je jednom ili dva puta dnevno, ali treba imati na umu da NSAIL sa dužim poluživotom mogu biti potencijalno toksičniji za starije osobe,
- stalno imati na umu neželjene efekte i interakcije, izbjegavati dužu istovremenu primjenu NSAIL i kortikosteroida,
- efekat terapije procjenjuje i bolesnik i ljekar.

novom farmaceutskom formulacijom

Brže i Duže bez bola

Rapten Duo

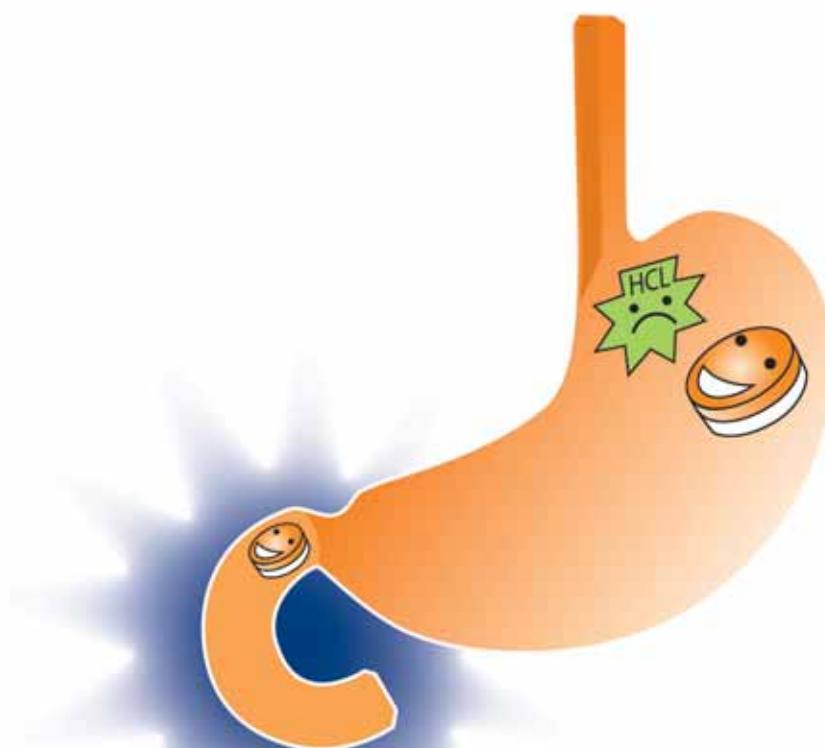
prednost

75 mg
tablete



kod naše tablete
površina na koju deluje HCl želuca je manja
nego kod mikrogranula peletne forme

verovatnoća prevremenog otpuštanja
aktivne supstance je umanjena, te
je efikasnost leka veća



BANJA VRUĆICA
"koračajte stazama života"

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

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



BANJA VRUĆICA
Zdravstveno turistički centar a.d.



Kontakt telefoni:

Uprava Društva: Tel. 0038753 431-270; faks: 0038753 431-391

Centrala: Tel. 0038753 421-200; faks: 0038753 431-361

Prodaja: 0038753 410-030

www.banja-vrucica.com, E-mail: marketing@banja-vrucica.com



Dilatrend®: više od beta-blokade

Bosnalijek, Bosnalijek d.d.
Domaći marketing i prodaja
Medicinsko informativna služba

Dilatrend (karvedilol) je adrenergički antagonist sa neselektivnim blokirajućim svojstvima beta i alfa I receptora, koji je demonstrirao značajne kliničke benefite u menadžmentu pacijenata sa srčanom insuficijencijom i u postinfarktnom periodu. Također, posjeduje jedinstvena pomoćna svojstva u poređenju sa drugim beta-blokatorima, koja vjerovatno doprinose pozitivnim rezultatima u brojnim kliničkim studijama. Dilatrend je pokazao benefite ne samo u terapiji srčane insuficijencije i postinfarktnog stanja, nego i u najčešćim komorbiditetima kao što su oboljenje koronarnih arterija, moždani udar, renalna insuficijencija, dijabetes i atrijalna fibrilacija.

Jedinstvene farmakološke osobine

Blokada adrenergičkih receptora

Prva generacija beta-blokatora, kao što su propranolol i timolol, jesu neselektivni beta 1/beta 2 antagonisti, koji su se primjenjivali u terapiji hipertenzije i postinfarktnog stanja bez srčane insuficijencije. Druga generacija beta-blokatora (beta 1-selektivni), uključujući atenolol, metoprolol i bisoprolol, nastala je kao odgovor na perifernu vazokonstrikciju zbog izostanka suprotstavljanja alfa-adrenergičke aktivnosti, egzacerbirane dodatno beta 2-blokadom.

Karvedilol je treća generacija, vazodilatirajući beta-blokator, koji djeluje na sve 3 glavne grupe adrenergičkih receptora: beta 1, beta 2 i alfa 1. Karvedilol ne posjeduje intrinzičku simpatomimetsku

aktivnost i ne uzrokuje visok nivo inverzne agonističke aktivnosti.

Hronična srčana insuficijencija je udružena sa povećanom aktivnošću simpatičkog nervnog sistema (SNS) i renin-angiotenzin-aldosteron (RAA) sistema, koji podržavaju srčanu izlaznu snagu i sistemski pritisak. Međutim, ovi kratkodjelući kompenzatori mehanizmi mogu dugoročno prouzrokovati pogoršanje funkcije srca. Povećana aktivnost SNS-a može rezultirati progresivnim sistolnim poremećajem lijevog ventrikula (LV) uslijed direktnog toksičnog djelovanja kateholamina na kardiomiocite, kao i štetnih efekata povećanog opterećenja i stresa zida LV, što sve dovodi do ishemije miokarda i oksidativnog stresa. Hronična srčana insuficijencija je također udružena sa selektivnim smanjenjem broja miokardijalnih beta 1-receptora, čime se povećava relativni značaj beta 2 i alfa 1 stimulacije u progresivnom pogoršanju funkcije srca.

S obzirom da je stimulacija sve tri vrste adrenergičkih receptora uključena u razvoj miokardijalne toksičnosti, karvedilol blokira povećanu simpatičku aktivnost kao što to čine beta 1-selektivni blokatori. Konačno, vazodilatantna aktivnost karvedilola minimizira povećanje perifernog vaskularnog otpora i opterećenje LV udružene sa hroničnom srčanom insuficijencijom.

Posebna svojstva karvedilola

Karvedilol posjeduje posebna svojstva koja objašnjavaju kliničke benefite (antioksidativni, antiaritmički, antiapoptotički i antiproliferativni efekt) u pacijenata sa srčanom insuficijencijom. Karvedilol



također pokazuje jedinstven efekt na metabolizam ugljikohidrata i lipida, koji se značajno razlikuje od drugih beta-blokatora.

Srčana insuficijencija je udružena sa povećanjem miokardnog oksidativnog stresa i smanjenjem antioksidativnih rezervi, djelimično zbog hiperaktivnosti SNS-a i RAA sistema. Karvedilol djeluje kao jak antioksidant zbog jedinstvene karbazolske grupe sadržane u strukturi, ili direktno, izbacujući slobodne radikale kisika, ili smanjenjem njihove proizvodnje tako što odvaja feri-jone potrebne za neenzimsku produkciju hidroksil radikala. Karvedilol značajno povećava miokardijalni nivo antioksidativnih enzima superoksid-dismutaza i glutatjon-peroksidaza, što nije slučaj za beta 1-selektivni blokator metoprolol. Karvedilol također smanjuje aktivnost mijeloperoksidaze i peroksidaciju kardijalnih membranskih lipida, efekt

koji ne pokazuje beta 1-selektivni blokator bisoprolol.

Antioksidativna svojstva

Karvedilola obezbjeđuju dokazan kardioprotektivni efekt inhibicijom apoptoze, odnosno sprečavanjem gubitka ćelija miokarda, što je karakteristično za progresivnu srčanu insuficijenciju.

Kompenzacija hemodinamskih posljedica srčane insuficijencije rezultira remodelizacijom srca sa promjenom veličine, mase i oblika LV. Smanjena kontraktilnost LV izražava se povećanjem volumena na kraju sistole i smanjenjem ejekcione frakcije. Volumen na kraju dijastole se povećava da bi se povećao udarni volumen i srčani rad. Međutim, povećani ventrikularni volumeni potenciraju razvoj mitralne regurgitacije, povećavaju opterećenje zida i smanjuju energičnost miokarda, te dovode do ishemije. Povećanje veličine srca nastaje zbog hipertrofije miokarda i intersticijalne fiboze. Karvedilol pokazuje **antiproliferativna svojstva** koja objašnjavaju njegovu sposobnost da ograniči srčano remodeliranje. Terapija karvedilolom značajno reducira masu LV, poboljšava geometriju LV i smanjuje mitralnu regurgitaciju u pacijenata sa hroničnom srčanom insuficijencijom.

Hronična srčana insuficijacija je udružena sa pojavom i atrijalnih i ventrikularnih aritmija. Karvedilol ima dokazano **antiaritmično djelovanje**, naročito u pacijenata sa ishemičnom kardiompatijom, što je rezultat nekoliko elektrofizioloških mehanizama. Sama blokada adrenergičkih receptora reducira ishemiju miokarda, a karvedilol dodatno posjeduje i membranostabilizirajuće svojstvo, kao i sposobnost da selektivno blokira elektrofiziološki važne kalcijeve, natrijeve i različite kalijeve kanale.

Primjena beta-blokatora u dijabetičara je bila ograničena zbog neželjenih efekata na metabolizme glukoze i lipida. Za razliku od selektivnih beta 1-blokatora, kao što je metoprolol, karvedilol ne reducira inzulinsku senzitivnost i utilizaciju glukoze; posljedično, nivoi inzulina i

glikoziliranog hemoglobina se podižu. Čak suprotno, periferna inzulinska senzitivnost se povećava tokom terapije karvedilolom. Karvedilol također ne promoviše aterogenu dislipidemiju kao beta 1-selektivni agensi, niti podiže nivo triglicerida, niti smanjuje nivo HDL holesterola kao što to čini metoprolol. Razlike u metaboličkim efektima između karvedilola i beta 1-selektivnih blokatora se zasnivaju na povećanju perifernog transporta glukoze i inzulina uslijed alfa 1 posredovane vazodilatacije u skeletnim mišićima. Dodatno, alfa 1-blokada ima suprotan efekt od beta 1-blokade na nekoliko ključnih enzima uključenih u metabolizam lipida (lipoprotein lipaza i lecitin-holesterol acil-transferaza), što rezultira manje aterogenim uzorkom lipida u krvi.

Vazodilatantna svojstva

Karvedilola također ga razdvajaju od drugih beta-blokatora zbog efekta na renalnu funkciju kod srčane insuficijencije. Beta-blokada najčešće ubrzava smanjenje srčanog „output-a“ zbog poremećene funkcije LV, što zauzvrat smanjuje renalni krvotok i ekskreciju natrija. Alfa 1-blokada, nasuprot tome, antagonizira ovaj efekt smanjenjem perifernog otpora. U porodičnju sa metoprololom, karvedilol značajno povećava renalni krvotok i procent

glomerularne filtracije u pacijenata sa srčanom insuficijencijom.

Dilatrend® u terapiji srčane insuficijencije

- Smanjuje mortalitet, morbiditet i potrebu za hospitalizacijom.
- Poboljšava hemodinamiku, srčani rad i NYHA klasu.
- Prevenira i/ili parcijalno popravlja proces srčane remodelizacije.
- Smanjuje incidencu aritmičnih epizoda u pacijenata sa srčanom insuficijencijom i kompleksnim ventrikularnim aritmijama.
- Unapređuje funkciju lijevog ventrikula i klinički status te smanjuje volumen lijevog ventrikula u pacijenata sa kongestivnom srčanom insuficijencijom na hemodializi.
- Poboljšava kliničku sliku srčane insuficijencije u primalaca srčanog transplantata.
- Poboljšava simptome i funkciju lijevog ventrikula u pedijatrijskim pacijenata sa srčanom insuficijencijom.

Bosnalijek d.d., Sarajevo, Jukićeva 53, Bosna i Hercegovina
po licenci F. Hoffmann-La Roche Ltd, Bazel, Švajcarska

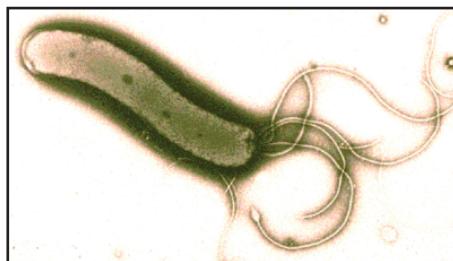


Helicobacter pylori – tretman

Dr Ljilja Kozomara, spec. porodične medicine



Jedna polovina svjetske populacije je inficirana sa Helicobacter pylori. Prosječno 30% pacijenata sa dispepsijom u Sjevernoj Americi je inficirano H. pylori. Godišnja incidenca H. pylori infekcija u razvijenim zemljama je 0,5 na 100 osoba, a 3-5 od 100 osoba u zemljama u razvoju.



Faktori rizika su loši socio-ekonomski uslovi, mnogočlane porodice, određena etnička i genetska predispozicija, te su češće kod stanovništva zemalja u razvoju.

Mnogi nacionalni vodiči za pacijente sa dispepsijom preporučuju strategiju „testiraj pa tretiraj“. Pacijenti koji imaju simptome dispepsije treba da budu testirani neinvazivnim metodama ako su mlađi od 45 do 55 godina (zavisno od vodiča) i koji nemaju tzv. „red flags“ simptome za malignitet ili komplikaciju ulcera (disfagiju, osjećaj sitosti, anoreksiju, povraćanje, gubitak više od 10% težine tijela, melena, rektalno krvarenje, abdominalne mase, prethodni peptički ulkus, žuticu, porodičnu istoriju bolesti). Ukoliko je inficiran pacijent se tretira jednom od predloženih trojnih terapija za eradikaciju.

„Testiraj i tretiraj“ je strategija koja se preporučuje za naveći broj pacijenata sa nejasnim dispepsijama. Ova strategija smanjuje potrebu za antisekretornom terapijom i gastroskopijama. Najnovije preporuke

dužine terapije za eradikaciju H. pylori je 10-14 dana. Kraći tretmani imaju eradikaciju 89 do 95% sa potencijalnom većom pacijentovom komplijansom. Jednodnevni tretman se sastoji od bismut subsalicilata, amoksicilina i metronidazola koji sa daju četiri puta dnevno i samo jednom dozom lansoprazola. U djece kod kojih je dokazana infekcija H. Pylori treba da se provede kontinuirana antibiotska terapija 7-14 dana.

Nekoliko nedavnih ekonomskih analiza je pokazalo da strategija „testiraj pa tretiraj“ poboljšava simptome i kost efektivnost,

smanjen je broj endoskopija kao i antisekretornih terapija. Pacijenti mogu biti testirani invazivnim ili neinvazivnim metodama. Premda je serologija sa IgG najčešći izbor za vanbolničke pacijente zbog svoje pogodnosti, nije dovoljno pouzdana, kao urea izdisajni test i stolica antigen test. Američka gastroenterološka asocijacija preporučuje urea izdisajni ili stolica antigen test poslije provedene terapije, jer serološki test ostaje još neko vrijeme lažno pozitivan i poslije eradicacije.

Rizik od razvoja gastričnog karcinoma se povećava tri do šest puta kod pacijenata inficiranih H. pylori.

Dijagnostika helicobacter pylori

Test	Senzitivnost (%)	Specifičnost (%)	Korisnost
Invazivne metode			
Endoskopija sa biopsijom			Dijagnostička strategija izbora za djecu sa perzistentnim i jakim bolovima u gornjem abdomenu.
Histologija	>95	100	
Ureaza test	93-97	>95	
Kulture	70-80	100	Senzitivnost smanjuju IPP, antibiotici, bismut preparati i aktivno krvarenje.
Neinvazivne metode			
Serologija IgG	85	79	Pozitivan rezultat može perzistirati mjesecima poslije eradicacije. Djeci se ne prepuručuje jer nije dovoljno validan.
Urea izdisajni test	95-100	91-98	Senzitivnost mu smanjuju IPP, antibiotici i bismut preparati. Pouzdan kontrolni test poslije provedene terapije. Najpouzdaniji neinvazivni test za djecu stariju od 6 godina; dojenčadima i djeci mlađoj od 6 godina se preporučuje stolica antigen test.
H. pylori stolica antigen	91-98	94-99	Test se koristi sedam dana poslije provedene terapije eradicacije. Senzitivnost mu mogu smanjiti IPP, antibiotici

Terapija	Trajanje terapije	Eradikacija (%)
Omeprazol 2 x 20 mg Amoksicilin 2 x 1 g Klaritromicin 2 x 500 mg	14 dana	80-86
Lansoprazol 2 x 30 mg Amoksicilin 2 x 1 g Klaritromicin 2 x 500 mg	10-14 dana	86
Bismut subsalicilat 4 x 525 mg Metronidazol 4 x 250 mg Tetraciklin 4 x 500 mg Histamin H ₂ bloker 1-2 x	14 dana	80
Bismut subsalicilat 4 x 525 mg Amoksicilin 4 x 2 g Metronidazol 4 x 500 mg Lansoprazol 1 x 60 mg	1 dan	95
Amoksicilin 2 x 1 g Metronidazol 2 x 400 mg Klaritromicin 2 x 250 mg Lansoprazol 2 x 30 mg	5 dana	89
Amoksicilin 2 x 1 g Metronidazol 2 x 400 mg Klaritromicin 2 x 250 mg Ranitidin 2 x 300 mg	5 dana	89
Lansoprazol 2 x 30 mg (dva dana pre tretmana) Amoksicilin 2 x 1 g Metronidazol 2 x 400 mg Klaritromicin 2 x 250 mg Lansoprazol 2 x 30 mg	5 dana	81

ulcus pepticum, korištenje NSAID povećava rizik nastanka ulkusa i krvarenja iz gastointestinalnog trakta kod pacijenata inficiranih H. pylori. Pacijentima sa dispeptičnim tegobama se savjetuje da se testiraju i tretiraju na H. pylori, prije nego im se dodatno u terapiju uključe NSAID zbog drugih tegoba, da bi se smanjio rizik od gastrintestinalnih krvarenja.

I na kraju, potrebno je dati informacije našim pacijentima da je uzrok ulkusa najčešće H. pylori i da je veoma bitno pravilno provesti antibiotsku terapiju. Ukoliko imaju alarmantne simptome kao što su krv u stolici, stolica crna kao katran, povraćaju i imaju jake abdominalne bolove, neophodna je hitna konsultacija lječnika i gastroskopija. Ukoliko simptomi i dalje perzistiraju poslije eradicacije H. pylori, potrebno je uraditi dalja endoskopska ispitivanja da bismo utvrdili uzrok tih simptoma.

Tretman Helicobacter pylori kod djece

Tretman H. pylori kod odraslih

Premda preporučene terapije veoma uspješno eradiciraju infekcije kod pacijenata sa H. pylori, primjećen je porast rezistentnosti na antibiotsku terapiju, posebno u pacijenata sa visokom komplijansom za infekciju. Kod njih se preporučuje tripl terapija: pantoprazol, amoksicilin i levofloxacin 10 dana ili kvadripl terapijom: klaritromicin, ranitidin, bismut i amoksicilin. Terapije koje su uključile i rifabutin (Mycobutin) 300 mg dnevno, takođe su pokazale uspjeh u 38 % rezistentnih slučajeva.

Rekurentne infekcije H. pylori obično se potvrde kada su rezultati urea izdisajnog testa ili stolica antigen testa pozitivni poslije šest ili više mjeseci uspješno provedene eradicacione terapije.

Faktori rizika za recidiv su: nonulcer dispepsija, perzistentni hronični gastritis posle eradicacione terapije, ženski pol, mlađe osobe, visoke vrijednosti urea izdisajnog testa.

Premda korištenje nesteroidnih antireumatika i H. pylori infekcija su svaki za sebe faktori rizika za

Terapija	Doziranje
Amoksicilin	50 mg/ kg / dan- podijeliti u dvije doze, Max. 2 x 1 g
Klaritromicin	15 mg/ kg / dan- podijeliti u dvije doze Max. 2 x 500 mg
Omeprazol	1 mg/ kg / dan- podijeliti u dvije doze Max. 2 x 20 mg
III	III
Amoksicilin	50mg/ kg / dan – podijeliti u dvije doze Max. 2 x 1 g
Metronidazol	20 mg/ kg / dan Max. 2 x 500 mg
Omeprazol	1mg / kg / dan – podijeliti u dvije doze Max. 2 x 20 mg
III	III
Klaritromicin	15 mg/ kg / dan- podijeliti u dvije doze Max. 2 x 500 mg
Metronidazol	20 mg / kg / dan – podijeliti u dvije doze Max. 2 x 500 mg
Omeprazol	1mg/ kg / dan – podijeliti u dvije doze Max. 2 x 20 mg

Tretman pacijenata sa dječjom i adolescentnom depresijom

Dr Kosana Stanetić, spec. opšte i porodične medicine



Prosječno 15% djece i adolescenata imaju neke simptome depresije. Veliki depresivni poremećaj pogađa 3-5% djece i adolescenata u SAD, a distimiju ima 3% adolescenata. Depresija negativno utiče na rast i razvoj, školske obaveze, porodične odnose i može dovesti do suicida. Rizični faktori za suicid kod ovih pacijenata uključuju biomedicinske i psihosocijalne riziko faktore: pozitivna porodična anamneza, ženski pol, zloupotreba supstanci, stresni životni događaji i hronične bolesti. Dijagnostički kriterijumi za postavljanje dijagnoze depresije kod djece i adolescenata su isti kao i kod adultne populacije. Međutim, simptomi kod ove grupe pacijenata variraju u zavisnosti od starosti, stepena razvoja, a mnoga djeca i adolescenti imaju poteškoće da identifikuju i opišu svoje promjene raspoloženja. Siguran i efektivan tretman zahtijeva tačnu dijagnozu, procjenu rizika od suicida i upotrebu adekvatne (evidence-based) terapije. Sadašnje preporuke podržavaju primjenu kognitivno-bihevioralne terapije za depresiju blagog ili umjerenog stepena. Ako se ova terapija pokaže neuspješnom, neophodno je razmatrati upotrebu antidepresiva. Za tretman velikog depresivnog poremećaja neophodno

je uz kognitivno-bihevioralnu terapiju razmatrati upotrebu antidepresiva. Generalno, triciklički antidepresivi su neefikasni i mogu imati ozbiljne neželjene efekte. Efikasnost SSRI (selektivni inhibitori preuzimanja serotonina) kod ove populacije je ograničena. Fluoxetin je preporučen za liječenje depresije kod djece starosti 8-17. godine. Svi antidepresivi koji se primjenjuju u SAD moraju imati oznaku upozorenja ("black box") o riziku od suicidalnog ponašanja na kutiji lijeka.

Većina studija o upotrebi SSRI kod djece i adolescenata su kratkog trajanja, imale su mali broj učesnika i sponzorisane su od strane farmaceutskih kuća, te je zbog toga ograničena mogućnost detekcije neželjenih efekata ove grupe lijekova.

Rezultati nekoliko kratkotrajnih (4-16 sedmica) placebo kontrolisanih studija sa korištenjem devet antidepresiva (SSRI i ostali) kod djece i adolescenata sa velikim depresivnim poremećajem, opsesivno-kompulsivnim poremećajem i drugim psihijatrijskim poremećajima (ukupno 24 studije koje su obuhvatile 4 400 pacijenata) su dokazale da postoji povećani rizik od neželjenih efekata tipa suicidalnog razmišljanja i ponašanja u toku prvih nekoliko mjeseci tretmana kod pacijenata koji su koristili antidepresive. Prosječni rizik kod pacijenata koji su koristili antidepresive bio je 4% i dvostruko je veći u odnosu na rizik od suicida od 2% kod pacijenata koji su dobijali placebo. U toku izvođenja ovih studija nije bilo slučajeva suicida.

Adultni i pedijatrijski pacijenti mogu u sklopu kliničke slike velikog depresivnog poremećaja

imati simptome suicidalnih ideja ili ponašanja. Preporuke su da se pacijenti koji su na tretmanu antidepresivima trebaju klinički observirati na postojanje suicidalnosti, naročito na početak terapije lijekovima ili u vrijeme povećavanja ili smanjivanja doze lijeka. Anksioznost, agitacija, panični napadi, nesanica, agresivnost, impulsivnost, ataksija, hipomanija i manija mogu biti upozoravajući znaci predstojećeg suicida. Kod pojave ovih simptoma, posebno ako su simptomi teški, neophodno je terapiju antidepresivima prekinuti ili modifikovati.

Kliničke preporuke

- Triciklički antidepresivi ne bi se trebali koristiti za tretman dječje i adolescentne depresije.
- SSRI imaju ograničenu efektivnost u tretmanu djece i adolescenata i trebali bi biti rezervisani samo za tretman velikog depresivnog poremećaja.
- Kognitivno-bihevioralna terapija je efikasna za tretman blage i umjerene depresije.
- Djeca i adolescenti koji koriste antidepresive trebali bi biti observirani na postojanje suicidalnih ideja i ponašanja
- Tretman antidepresivima trebao bi trajati najmanje šest mjeseci.

Tekst baziran na informacijama iz American Family Physician (A peer reviewed journal of the American Academy of Family Physician), Vol. 75/No.1 (January 1, 2007.)



Psihosomatske bolesti

Bijelić dr Radojka



Opšte karakteristike

Psihosomatske ili psihofiziološke bolesti su tjelesni poremećaji u čijem nastajanju, načinu ispoljavanja, održavanja, ne-povoljnog toku i ishodu, glavnu i presudnu ulogu imaju nepovoljni psihički, a posebno emocionalni uticaji. Zapravo, to su pshiozna, pretežno emocionalna zahvatanja visceralnih organa i organskih sistema. Simptomi ovih poremećaja su izrazito tjelesni,

postepeno spisak psihosomatskih bolesti izrazito proširio, tako da je nedavno obuhvatao gotovo sve postojeće tjelesne bolesti, od šećerne i koronarne bolesti, pa sve do alergijskih, autoimunih i malignih oboljenja (Kolb 1973).

Savremena shvatanja danas ukazuju da svaka tjelesna bolest može imati ili stići izrazita psihosomatska obilježja, ali samo pod određenim okolnostima. Uticaj nepovoljnih



a u težim slučajevima mogu ugroziti i život bolesnika (Koplan, Fredman, Sadock, 1982). U tradicionalnom pogledu se smatralo da samo ograničen broj tjelesnih oboljenja ima izrazita i prava psihofiziološka oboljenja (Arieti, 1959; Aleksandr, Frenck, 1948). U eri punog razvoja koncepta o postojanju psihosomatskih bolesti, ta oboljenja su bila: arterijska hipertenzija, hipertireoza, bronhijalna astma, ulkusna bolest, ulcerozni kolitis, neurodermatitis, reumatski artrits (Aleksandr, Franck 1948). Međutim, tokom vremena se

emocionalnih činilaca pretežno anksiozno-depresivnog naboja na tjelesno funkcionisanje se ostvaruje posredstvom psihoneuroendokrinskih mehanizama i/ili vegetativnog nervnog sistema (Ey, 1974).

Klasifikacija ovih poremećaja vodi računa o organu koji je zahvaćen tj. čija je funkcija poremećena. Tako imamo sljedeće grupe: psihofiziološki poremećaji kože, respiratornog sistema, kardiovaskularnog sistema, gastrointestinalnog sistema, genitourinarnog sistema, endokrinog sistema, nervnog sistema.

Uzroci psihofizioloških poremećaja

Mnogi faktori utiču da dođe do napredovanja nekog emocionalnog poremećaja u oboljenje nekog organa ili sistema tj. do evolucije psihofiziološkog poremećaja.

To su:

1. *Somatizacija* (mehanizam Ego odbrane, kod koga je konflikt predstavljen fizičkim simptomima od strane dijelova tijela inervisanih autonomnim nervnim sistemom)
2. *Stres* (emocionalni stres udružen sa konfliktom koji sprečava pražnjenje afekta)
3. *Govor organa* (postoji izvjesna komunikacija kroz simptome)
4. *Specifičnost emocija* (određene emocije - strah, gnjev, ljutnja, dovode često do specifičnih poremećaja, mada to pravilo nije apsolutno)
5. *Nerasterećene (neispravnjene) emocije* (jedno određeno emocionalno stanje predstavlja spremnost ili za akciju (ispoljavanje emocija) ili za pražnjene emocije. To su kvalitativno različiti pojmovi, ali oba sadrže zajednički imenitelj - napetost, tenziju. Ako nema ispoljavanja ili pražnjenja emocija stanje tenzije dovodi do afekcije organa ili sistema.
6. *Tip ličnosti* - karakterna struktura
7. *Izbor organa* (postoje brojne teorije što se tiče pitanja lokalizacije psihosomatskog oboljenja tj. izbora organa) nije do kraja objašnjeno. To ukazuje na svu kompleksnost ove grupe psihijatrijskih poremećaja. Po Alexandru izbor organa i način reakcije uslovjeni su tipom konfliktne situacije tj. odbrambenim mehanizmom;

po Fojdu uslovljeni su tipom rasporeda libidinozne energije tj. tipom erogenizacije organa. Novija istraživanja ukazuju na mogućnost da izbor organa pada na one koji su uslijed hiperaktivnosti postali istrošeni ili iscrpljeni.

Kliničke manifestacije i dijagnostički pokazatelji

U savremenoj službenoj klasifikaciji bolesti, psihosomatske bolesti u najužem smislu se prakćno svode na poremećaje uzimanja hrane sa psihogenom osnovom, psihogene poremećaje spavanja, kao i na poremećaje psihoseksualnog funkcionalanja. Od simptoma mogu biti prisutni: pojačan osjećaj žedi, nervozni trbuhanje, učestalo mokrenje, nemogućnost reagovanja na sexualne stimulacije, stezanje u grudima, periodi ubrzanog rada srca (palpitacije), bolovi u mišićima, glavobljiva, tremor, izostanak menstrualnog ciklusa. Tegobe mogu biti pojedinačne ili višestruke i mogu se vremenom mijenjati. Veza između fizičkih i psihičkih simptoma može stvoriti začarani krug kojeg može započeti neki simptom bilo kada. U akutnim slučajevima bolesnici mogu imati dramatičnu prezantaciju sa pretjeranim ponašanjem i ponašanjem koje traži pažnju, neuobičajene simptome koji se ne uklapaju u poznate bolesti, simptomi koji se mijenjaju od minute do minute. Kod hroničnih slučajeva prisutne su česte posjete ljekarima bez obzira što su nalazi uredni. Neki pacijenti mogu biti prevashodno okupirani potrebom ublažavanja tjelesnih simptoma; drugi mogu biti zabrinuti da imaju tjelesna oboljenja i nisu u stanju da vjeruju da ona ne postoje (hipohondre). Simptomi anksioznosti i depresije su česti.

Profesionalna pomoć (savjetovanje pacijenata i porodice) - primarni nivo

Za neke osobe mogućnost da se suoče sa problemom i da sami riješe isti biće moguć tek uz pomoć stručnjaka. Prva osoba kojoj se takvi pacijenti obrate je porodični ljekar,

koji prihvata i prepoznaže da su pacijentove tjelesne tegobe realne tj. da nisu laž. Pitati o pacijentovim ubjeđenjima (šta uzrokuje simptome) i strahovima (čega se on plaši da bi se moglo dogoditi). Na pacijentova pitanja dati prikladna objašnjenja (da bol u stomaku ne znači i karcinom), prodiskutovati o emocionalnim stresovima koji su bili prisutni kada su se simptomi prvi put javili. Akutni slučajevi trebaju kratak odmor i olakšanje od stresova, savjetovati određene tehnike relaksacije (fizičko vježbanje, šetnja, plivanje). Za bolesnika sa hroničnim tegobama, redovno zakazivanje sastanaka

koji su toliko izmijenjeni svojim mentalnim poremećajem da su nesposobni da žive u kući, da se brinu za svoju djecu ili su nesposobni za obavljanje svakodnevnih aktivnosti; ako porodični ljekar smatra da nema više dobre komunikacije sa pacijentom ili ako sam pacijent insistira na upućivanje psihijatru.

Povezanost i bolja komunikacija primarnog nivoa zdravstvene zaštite i sekundarnog je neophodna i davno je dokazana, samo je treba što bolje sprovoditi u praksi za dobrobit, prije svega naših pacijenata, a i zbog nas samih. U posljednih 30 godina broj bolesničkih kreveta i dana, pacijenata



ograničenog trajanja sa njegovim ljekarom je najbolja prevencija u smislu sprečavanja učestalih posjeta hitnoj službi. U toku liječenja izbjegavati nepotrebne dijagnostičke pretrage ili nove lijekove za svaki novi simptom. Glavna grupa lijekova koja se koristi su benzodiazepini, ali ne duže od 4 nedjelje zbog opasnosti od navikavanja. Antidepresivi (amitriptylin 50-100mg) mogu biti od velike koristi u slučajevima: glavobolja, Sy iritabilnog kolona, atipične tegobe grudnog koša. Izbjegavati upućivanje pacijenata specijalistima jer se isti najbolje nadgledaju u okviru primarne zdravstvene zaštite, a pacijenti se mogu osjećati uvrijeđenim i nezadovoljnim ako ih uputite psihijatru. Nažalost, postoje i oni slučajevi koji se ne mogu tretirati u ambulantama na primarnom nivou jer tegobe tih pacijenata zahtijevaju 24 - satno nadgledanje. Pacijenta uputiti na sekundarni nivo ako su prisutne tegobe u smislu suicidalnih ideja ili ako postoji rizik za povređivanje drugih lica, pacijenti

sa mentalnim poremećajima se u svijetu znatno smanjio, a to je bila direktna posljedica bolje edukacije kadrova na svim nivoima. Obrazovane su zajednice za brigu o mentalnom zdravlju populacije (The Community Mental Health Team) koje u svoj rad uključuju pored obučenih profesionalaca i članove porodice bolesnika i njegove prijatelje. Timski rad treba podržavati i na primarnom i na sekundarnom nivou jer dobra komunikacija i uvezanost ove dvije strukture obećava dobru budućnost, prije svega za naše pacijente.



Karcinom dojke

Ass dr Suzana Savić , specijalista porodične medicine



Karcinom dojke je najčešće dijagnostikovan karcinom kod žena u Sjevernoj Americi i drugi je vodeći uzrok smrti od karcinoma.

Rizik obolijevanja od istog je 1:9 tokom života žene.

Nisu poznate metode efektivne primarne prevencije.

U najčešće faktore rizika za karcinom dojke se ubrajaju: pol, starija dob, porodična anamneza, atipična hiperplazija, prethodni karcinom dojke, prethodno zračenje, povećana gustoća dojke i umjeren unos alkohola.

Svakako da uzoci karcinoma dojke mogu biti i hormonski, u koje se ubrajaju stanja kao: nerotkinja ili prvorotkinja živog djeteta sa 30 ili više godina, rana menstruacija, kasna menopauza, gojaznost kao i terapija hormonskom preparatima.

Do karcinoma dojke može da dovede i ishrana sa puno masnoće, neadekvatan unos voća i povrća, sjedilački način života, pušenje, nedojenje, kao i otrovi iz okoline.

Skrinin na karcinom dojke

Standardne preporuke za žene prosječnog rizika uključuju godišnju mamografiju iz dva ugla u kombinaciji sa barem jednim lječarskim izvođenjem palpacije dojki godišnje počevši u dobi od 50 godina i nastavljajući do dobi od 69 godina.

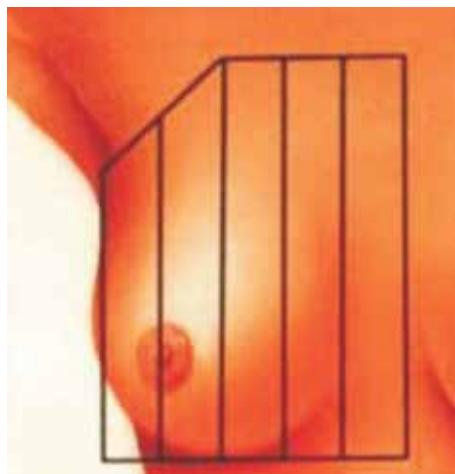
Korist od skrininga u dobi 70-74 godine je manja, a pacijentice u visokom riziku bi trebale raditi provjeru.

Kontroverze kod skrininga na karcinom dojke ukazuju da nijedno istraživanje nije pokazalo korist od mamografije, sa ili bez pregleda

djojki, kod žena mlađih od 50 godina. Skrining kod mlađih žena ukazuje na nižu incidencu karcinoma dojke, radiografski gušću strukturu djojki, što može rezultirati neprepoznavanjem važnih mamografskih abnormalnosti i detekciju tumora koji mogu slabije reagovati na terapiju.

Nijedno istraživanje nije pokazalo korist od samopregleda djojki za redukciju morbiditeta ili mortaliteta (moraju se razmotriti pacijenti individualno).

Nekoliko studija je pokazalo da samopregled djojke povećava nepotrebne biopsije benignih krvžica djojke, te povećava pacijentovu anksioznost bez koristi rane detekcije maligniteta.



Klinički pregled djojke najbolje je izvesti jednu sedmicu nakon zadnje menstruacije. Procjenjuju se sva četiri kvadranta uključujući zadnji kvadrant djojke. Pravilan pregled djojke mora uključivati uzorak vertikalne trake, koji omogućava pravilnu kontrolu svih segmenata djojke. Uz izvođenje testa vertikalnih traka neohodna je provjera pazušnih, infra i supra klavikularnih, te vratnih limfnih čvorova.

Kod napijanog čvorića u doci neophodno je napraviti razliku da li se radi o benignoj ili malignoj promjeni. Benigni oblici su u obliku okruglih, pokretnih, glatkih, poput gume čvorića; dok su maligni oblici nepokretni, slabo definisani čvorići, nepravilanog oblika.

Pretrage i tretmani palpabilnog čvorića na doci

Uraditi finu aspiraciju iglom (ako se iz krvžice iglom ne povuče krvava tečnost i ako krvžica kolabira onda je to benigna cista, a ako je krvžica tvrda onda poslati uzorak na citologiju).

Ultrazvuk može biti alternativa za aspiraciju i otkriva da li je krvžica cistična ili čvrsta. Uvijek kada se

BI-RADS: Breast Imaging Reporting and Data System		
Kategorije	Preporuke	Mogućnost pojavljivanja maligniteta (%)
1: Negativna	Rutinsko praćenje pacijenta	0%
2. Benigna	Rutinsko praćenje pacijenta	0%
3. Vjerovatno benigna	Praćenje pacijenta - vrlo često	<2%
4. Sumnjiva na malignitet	Preporuka da se uradi biopsija	2-75%
5. Visoka sumnja na malignitet	Prikladan menadžment	>75%

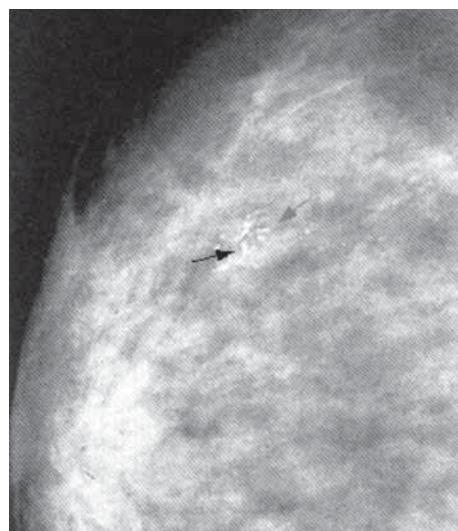
Erythema nodosum

pojave sumnje raditi biopsiju.

Hirurška biopsija bi trebala odstraniti cijeli čvorić zajedno sa dijelom zdravog tkiva.

Mamografija je indikacija za svaku ženu > 35 godina sa grudvicom u dojci.

Mamografski nalazi se sažimaju u BI-RADS - Breast Imaging Reporting and Date System.



Clustered microcalcifications

Magnification projection of the mammogram of a 52-year-old asymptomatic woman

Igličaste mekane tkivne mase i grupne mikrokalcifikacije ukazuju na karcinom dojke.

Invazivni kanalni karcinom je najčešći karcinom dojke, dok karcinoma *in situ* predstavlja premalignu leziju, gdje neoplastične ćelije nisu probile bazalne membrane kanala dojke.

Klasifikacija stadija dojke

- T karakteristike tumora
- N invazija limfnih čvorova
- M metastaze

Veličina lezije je ključna determinanta T stadijuma.

Aksilarna disekcija ne poboljšava izgled za preživljavanje, ali je važna u stadijumima.

Invazija aksilarnih limfnih čvorova pokazuje prisustvo karcinoma sa metastatičkim potencijalom.

Lječenje karcinoma dojke se sastoji od hirurškog uklanjanja tumora i zračenja, parcialne ili radikalne mastektomije, hemoterapije, hormonalne i radijacione terapije.

Bijelić dr Radojka



Nodozne dermatoze obuhvataju oboljenja kod kojih je osnovna eflorescencija nodus, nastao uslijed inflamatornog procesa u hipodermu (subkutanom tkivu).

Zbog toga se oboljenja iz ove grupe nazivaju dermohipodermatitis ili panikulitis, od pannus-haljina, omotač tijela. Panikulitis se klinički manifestuju uglavnom u vidu ružičasto-ljubičastih nodusa (čvorova) lokalizovanih uglavnom na nogama, od kojih su neki nodusi skloni egzulceraciji. Podjela panikulita na osnovu histoloških karakteristika, zasniva se u najvećoj mjeri na lokalizaciji osnovnog inflamatornog procesa. Prisustvo ili odsustvo vaskulitisa je kriterijum podjele panikulita u šest osnovnih grupa: lobularni panikulitis sa/bez vaskulitisa, septalni panikulitis sa/bez vaskulitisa, a petu i šestu grupu čine miješani panikuliti (edematozni ožiljni panikuliti sa vaskulitom). U grupu panikulita bez vaskulitisa, spada i nodozni eritem.

Prvi opis bolesti je dao 1798. godine Willan, a dopunili su ga Wilson 1842. god. i Hebra 1866. godine. Opis nije tokom vremena pretrpio veće izmjene, osim uključivanja, kao posebne varijante oboljenja, migratorne forme nodoznog eritema, opisane od strane Bafverstedta i Vilanove.

Epidemiologija

Nodozni eritem se može javiti u svakom uzrastu, sa najvećom incidencijom između 20. i 30. godine starosti. Uglavom obolijevaju mlađe žene u toku proljeća ili jeseni.

Etiologija i patogeneza

Nodozni eritem je septalni panikulitis, ali bez vaskulitisa. To

je inflamatorno oboljenje kod kojeg usporene hipersenzitivne reakcije zahvataju velike krvne sudove kože i fibrozni septum subkutanog tkiva. Na osnovu sadašnjih saznanja nodozni eritem možemo smatrati jedinstvenim oblikom imune reakcije na različite antigenske stimulanse kao što su lijekovi (sulfonamidi, bromidi i oralni kontraceptivi), benigne i maligne bolesti (ulcerozni kolitis, limfom), bakterijske (streptokokni faringitis/tonzilitis, reumatska groznica, erizipel, TBC infekcije), virusne i gljivične infekcije.

Kliničke manifestacije

Nodozni eritem se javlja unutar tri nedjelje od pojave akutnih infekcija u gornjim respiratornim putevima (faringitis/tonzilitis). Erupciju kožnih



lezija obično prate opšti simptomi: povisena tjelesna temperatura, opšta slabost, bolovi u zglobovima i mišićima. Artralgije se javljaju u preko 50% slučajeva, a koljeni zglob je najčešće zahvaćen. Eritematozni, bolno osjetljivi čvorovi su najčešće lokalizovani na dorzalnim stranama potkoljenica. Čvrste su konzistencije, veličine zrna graška do oraha, i vrlo rijetko ulcerišu. Spontano se povlače bez ožiljaka poslije 2-3 nedjelje. Lezije se mogu rjeđe javiti na lateralnim stranama potkoljenica, na bedrima, nadlakticama, licu i vratu ili bilo kojoj dr. regiji sa podkožnim masnim tkivom. Eritema nodozum može recidivirati, a prognoza zavisi od uzroka.

Erythema nodosum migrans

(Vilanova bolest) je varijanta nodoznog eritema, a manifestuje se pojavom jednog (ili manjeg broja) eritematoznog, umjereno blagog ili bezbolnog nodusa. Zahvata unilateralno anterolateralni aspekt potkoljenica. Najčešće se javlja kod mlađih žena, kod više od 50% slučajeva, javlja se artralgija.

Dijagnoza i diferencijalna dijagnoza

Dijagnoza se postavlja na osnovu anamneze, fizikalnog pregleda i laboratorijske analize (SE, Rtg pluća, ASTO). U diferencijalnoj dijagnozi prvo treba isključiti druge oblike panikulitisa, tromboflebitisni plakovi su linearni, prate venski sud i imaju kraći tok; reakcija na ubud insekta, cellulitis, apsesi, ali ove promjene nisu simetrične čak i kad se jave pretibijalno. Trihofilni granulom obično zahvata kožne dijelove potkoljenica uz nalaz gljivica na stopalima. Meningokokne i gonokokne septikemije - lezije su manje tamnije i često purpurične.

Liječenje

Mirovanje i ležanje je indikovano i kod najblažih oblika oboljenja. Spontana regresija promjena je česta. Terapijski imperativ je otklanjanje uzročnog faktora ukoliko je on poznat. Kod streptokoknih infekcija se daje penicillin i eritromicin, kod tbc primoinfekcija antituberkulozni lijekovi. Lokalna terapija se sastoji od upotpijavanja oboljelih predjela. U težim i rekurentnim oblicima NSAID (salicilna kiselina i indometacin 25 mg) pokazuju dobar efekat. Sistemske kortikosteroide treba primijeniti samo u težim slučajevima, zbog opasnosti od širenja maskirane infekcije. U liječenju nesistemskog oblika, terapija kalijum jodidom može biti od značaja: 5 kapi inicijalno dnevno, što se postepeno povećava na 30 kapi dnevno, je uobičajena doza. Mogu se koristiti i tbl od 300-900 mg dnevno 3-4 nedelje.

Tok i prognoza

Nezavisno od etiološkog faktora, kožne promjene obično regrediraju unutar 3-6 nedjelja. Prognoza je obično dobra.

U susret topnim danima

Celulit

10 savjeta za prevenciju celulita zimi

Nažalost, celulit je jedna od onih stvari na koje većina žena mora računati i sa kojima se mora suočiti. Rezultati bilo kojeg antitelulitnog programa tek se počinju nadzirati nakon 6 sedmica, stoga se ne treba obeshrabriti kada promjene ne budu vidljive nakon nekoliko dana. Iako je malo vjerojatno da će nastali celulit u potpunosti nestati, umjesto beznadnog sjedenja i promatranja kako «jastučići» celulita rastu, bolje je poduzeti potrebne korake i boriti se protiv «ženinog najvećeg neprijatelja».

Iako većina žena brigu o celulitu počinje voditi tek sa izlaskom prvih proljetnih sunčanih zraka, zima je idealno razdoblje da se tijelo dovede u formu i pripremi za sezonu "otkrivanja".

Slijedi 10 savjeta kako organizam zaštiti od "nametnika" zvanog celulit.

- Pazite na adekvatan unos tekućine. Najbolje je piti običnu vodu. Voda je dobro otapalo i pospješuje izmjenu tvari, a samim time i uklanjanje toksina.

- Kafu pokušajte zamijeniti biljnim čajevima, posebno je za prevenciju celulita dobar čaj od koprive jer potiče cirkulaciju i detoksifikaciju organizma. Jednako kao i kafa, alkohol podstiče izlučivanje vode te i njegovu konzumaciju treba ograničiti.

- Pokušajte usvojiti pravilne prehrambene navike. Smanjite unos hrane bogate zasićenim masnoćama i proteinima animalnog porijekla, radije odaberite ribu, te meso peradi. Povećajte dnevni unos voća i povrća, a jednostavne ugljikohidrate zamijenite složenima. Osim što prevenira nastanak celulita, ovakva prehrana čini dobro cijelom organizmu.

- Povećajte unos namirnica bogatih vitaminom C (obojeno voće i povrće, prirodni voćni sokovi), kalijem (banane, marelice, breskve, narandže, grah) i sumporom (prehrambeni proteini) jer ove namirnice pospješuju uklanjanje štetnih tvari iz organizma i time pobjeđuju celulit iznutra.

- Izbjegavajte preslanu i prezačnjenu hranu. Sol ima sposobnost zadržavanja vode što je jedan od osnovnih uzroka nastanka celulita.

- Priuštite organizmu redovito čišćenje od toksina. Izlučivanje toksina mokraćom potaknuti će različiti biljni čajevi, primjerice od koprive, dok problem konstipacije nerijetko uspješno rješavaju suhe šljive, pšenične klice, laneno sjeme i zobena kaša.

- Dnevno izdvojite barem 30 minuta za vježbu kako bi podstaknuli metabolizam i pospješili izlučivanje toksina. Tjelesna neaktivnost, a posebno cjelodnevno sjedenje stvaraju idealne uslove za nastanak celulita. Plivanje se smatra idealnim oblikom vježbe za prevenciju nastanka celulita.

- Osigurajte organizmu dovoljne količine kisika, najbolje provođenjem određenog vremena u prirodi. Dopustite koži da se znoji.

- Povremeno nježno masirajte područja kritična za nastanak celulita. Masaža stimulira cirkulaciju krvi i limfe te pospješuje oslobađanje celulita koliko je to moguće. S obzirom da se celulit nalazi 3 – 5 milimetara ispod kože, u vezivnom tkivu, nema razloga za grubim pritiskanjem i gnječenjem. Masaža nikad ne smije prijeći granicu boli.

- Ostavite dovoljno vremena za opuštanje - mnogi smatraju da celulit može biti i rezultat stresnog načina života, stoga u toku dana posvetite barem jedan sat sebi. Napravite atmosferu u prostoru u kojoj ćete se osjećati najopuštenije.

Umjerena vježba, prehrana bogata voćem, povrćem cijelovitim žitaricama i siromašna zasićenim masnoćama, adekvatan unos tekućine, stimulišuća masaža i dokazano efikasna krema teško se mogu nazvati žrtvom koju morate podnijeti kako biste sprječili ili umanjili nastanak celulita.

Asocijacija porodične medicine RS

Obavještenje

Dana 2. i 3. novembra održaće se Dani porodične medicine

Teme ovogodišnje konferencije su:

- **Asthma**
- **Arterijska hipertenzija**
- **Srčana insuficijencija**

Mjesto održavanja konferencije biće naknadno objavljen.

Uslovi za prijavljivanje radova biće naknadno objavljeni, kao i uslovi pod kojima će farmaceutske kuće moći da sponzorišu konferenciju i da zakupe standove.



**AGENCIJA ZA AKREDITACIJU I UNAPREĐENJE
KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE RS**

SAVE KOVAČEVIĆA 21, BANJALUKA

Tel/faks: (051) 303-312

e-mail: aaqi@blic.net, www.aaqi.rs.ba

EFIKASAN

BEZBJEDAN

PROTEKTIVAN



LOTAR®

Iosartan kalium

film tablete

Lijek prvog izbora iz grupe blokatora AT₁ receptora za angiotenzin II

ANTIHIPERTENZIVAN

ANTIPROLIFERATIVAN

RENOPROTEKTIVAN

PAKOVANJE

Kutija sa 30 film-tableta od 50 mg
u blister-pakovaju.

Kutija sa 30 film-tableta od 100 mg
u blister-pakovaju.



ALKALOID
SKOPJE

www.alkaloid.com.mk