

naslovna

unutrasnja

impresum

Redakcioni odbor

Harun Drljević

glavni urednik

Fadil Šabanović

zamjenik glavnog urednika

Članovi Redakcionog odbora

Besim Prnjavorac,

Opća bolnica Tešanj

Lejla Ibrahimagić – Šeper

Dom zdravlja Zenica

Selma Uzunović – Kamberović

Kantonalni zavod za javno zdravstvo Zenica

Belma Pojskić

Kantonalna bolnica Zenica

Slavica Milutinović,

Kantonalna bolnica Zenica

Enes Abdović,

Kantonalna bolnica Zenica

Nikica Radić,

Dom zdravlja Žepče

Dragoljub Brenjo,

Dom zdravlja Breza

Izdavač: Ljekarska komora ZDK

Adresa:

Bulevar kralja Tvrtka I, br.4/II,

Bosna i Hercegovina

Tel: ++ 387 444 270; fax: ++387 444 271

www.ljkzedo.ba

e-mail: ljkzedo@bih.net.ba

Sekretar redakcije: **Tatjana Žilo**

Naslovna strana:

Ahmet Hundur, iz serijala "Tragovi..."

Tiraž: 700 primjeraka

Štampa: **EG - Inžinjer** d.o.o. Zenica,

tel/fax: ++387 32 202 550, 202 555,

E-mail: eg.ing@bih.net.ba &

Graphic and design studio **"B Panel"** d.o.o. Zenica,

e-mail: info@bpanel.ba, www.bpanel.ba

tel/fax: ++387 32 441 290, 441 291

Riječ predsjednika

Hipokrat je rođen na Kosu 450. godine p.n.e. S pravom se smatra ocem moderne medicine koju je oslobodio od religije, nametnuo kult čovjeka i uveo naučne principe posmatranja čovjeka i prirode. Hipokrat je u Zakletvu unio osnovne deontološke principe koji su u to vrijeme važili u Grčkoj. Rad ljekara/liječnika regulisan je etičkim normativima proisteklim iz Hipokratove zakletve. Medicinska etika je kroz dugu historiju medicine dobivala obilježja epoha i trenutnih društvenih odnosa. Zdravstveni radnici – prvenstveno ljekari, susreli su se i sa Ženevskom formulacijom Hipokratove zakletve (1948) u kojoj su naglašene obaveze nastale na iskustvima 2 predhodna svjetska rata. III skupština Svjetskog medicinskog društva u Londonu 1949 godine popisuje odnos ljekara prema radu i ljudima, a na zasjedanju Svjetskog udruženja ljekara 1964 godine u Helsinkiju usvojen je etički dokument koji je poznat kao "Helsinška deklaracija" koja ulazi u sferu etičnosti kliničkih i eksperimentalnih ispitivanja u medicinskoj nauci. Dopuna ove Deklaracije sa osvrtom na biomedicinska istraživanja urađena je 1975 godine u Tokiju. Ipak, bazična etičnost i specifičnost Ljekarskog poziva uvijek se zadržavala sadržana u izvornoj Hipokratovoj zakletvi...

Danas smo sudionici brojnih društvenih promjena koje su svakog dana dešavaju u svijetu u kojem živimo. Promijenjen je društveni sistem, društveni odnosi mijenjaju se brzo, uvodi tržišna ekonomija, lojalna/nelojalna konkurencija, razilaze se veze između kolektivne i individualne svijesti, opada značaj institucija koje su omogućavale integraciju znanja... Naravno, mijenja se i zdravstveni sistem i položaj zdravstvenih radnika, ali i sama s(a)vijest zdravstvenih radnika. Internet omogućava široku informisanost pacijenata o njihovim problemima, a to otvara i pitanje kako ti pacijenti interpretiraju ta saznanja? Uspješnost zdravstvenog radnika ovisi o njegovom stručnom i etičkom ponašanju, tj. od njegovog znanja i savjesti. Savjest bez znanja je beskorisna. Znanje bez savjesti je nemoral. Zato su najbolje zdravstvene organizacije one u kojeima su svi akteri zainteresovani za uspješno liječenje. Tako se eliminiše sujeta, da se ne liječi ono što se ne zna, već upućuje na instancu koja to uspješnije radi.

Ljekar/liječnik je zdravstveni radnik. Ali ljekar/liječnik je i javni radnik. Dešavanja u javnom životu ne mogu a da ne utiču na zdravstveni sistem, a time i na zdravstvene radnike. Koliko su promjene u našem društvu uticale i utiču na poštovanje osnovnih načela medicinske etike? Da li su medicinska ispitivanja uvijek dobro definisana i da li su uvijek pod kontrolom zdravstvenih radnika? Koliki je uticaj proizvođača lijekova i kakvom etičkom kodeksu oni podliježu? Kolika je svrsishodnost nekih dijagnostičkih postupaka obzirom na agresivnost i mogućnost štetnih posljedica? Kakva i kolika je odgovornost ljekara/liječnika pri prognoziranju ishoda bolesti, izricanju ocjene radne sposobnosti, invalidnosti, bolovanja, tjelesnog oštećenja, materijanih nadoknada po raznim osiguranjima, u sudskim vještačenjima, i dr.? Mada Ženeva, London, Helsinki i Tokijo pokušavaju da što bolje definišu etičke kodekse, koliko se mogu poštovati ta načela obzirom na sve promjene koje se svakodnevno dešavaju u našem društvu? Ne ulazim li ovim i brojnim drugim pitanjima u domen "medicinskog prava", tj. pravnih pravila koji određuju medicinsku djelatnost!?

Brojna su pitanja na koje nema odgovora u medicinskim kodeksima. Da li su dovoljna samo osnovna etičke načela?

Predsjednik Ljekarske komore ZDK
prim.dr. Harun Drljević

SADRŽAJ

- 5** Bilateralni karcinom dojke; klinički entitet ili dvije tumorske bolesti na jednoj pacijentici – prikaz slučaja
H. Drljević, F. Turkić
- 10** Politika i strategija privatizacije u zdravstvu F BiH
Privatna praksa ili privatno vlasništvo?
B. Hrabač, S. Huseinagić
- 16** FAKOEMULZIFIKACIJA
A. Čerim, B. Abramušić
- 20** 30. Septembar – Međunarodni dan srca 2007
S. Durmišević
- 23** Nastanak onkološke službe na Zeničko – dobojskom kantonu
A. Mekić-Abazović
- 24** 5. Juni – Međunarodni dan zaštite životne sredine 2007
S. Durmišević
- 28** ...O RELICENCIRANJU
H. Drljević
- 30** Prilog raspravi o temama racionalizacije prižanja zdravstvenih usluga i osnovnom paketu
B. Karčić
- 31** Hepalip forte za efikasnu obnovu jetrenih ćelija
- 33** KONGRESI ...



Bilateralni karcinom dojke; klinički entitet ili dvije tumorske bolesti na jednoj pacijentici – prikaz slučaja

Bilateral breast carcinoma; clinical entity or two different tumors in one patient – case report

H. Drljević¹, F. Turkić²

¹Služba za hirurške bolesti Kantonalne bolnice Zenica, BiH

²Služba za patologiju Kantonalne bolnice Zenica, BiH

SAŽETAK

Bilateralni karcinom dojke predstavlja poseban klinički entitet karcinoma dojke, a dileme oko njegove geneze još traju. Ovaj karcinom se definiše kao primarni karcinom dojke i pojavljuje se kao sinhroni i metahroni. Češće se pojavljuje kod žena ispod 50 godine života i na njega otpada 5% od ukupnog broja karcinoma dojke. U radu je prikazan slučaj pacijentice sa bilateralnim karcinomom sa različitim biološkim karakteristikama u lijevoj i desnoj dojci, što je otvorilo određena pitanja, te izneseni i stavovi i preporuke koji važe u terapijsko/dijagnostičkom menadžmentu ovog kliničkog entiteta karcinoma dojke.

Cljučne riječi: bilateralni karcinom dojke, sinhroni, metahroni, kontralateralni karcinom.

ABSTRAKT

Bilateral breast carcinoma presents clinical entity of breast carcinoma, there are dilemmas about its genesis. This carcinoma is defined as primary breast carcinoma and it appears as synchronic and metachronic carcinoma. It appears more often at women under age of 50 and it is 5 percents of whole number of breast carcinomas. We present the case of the patient with bilateral breast carcinoma with different biological characteristics in left and right breast, which makes some questions, present facts and suggestions that are valid in therapeutic and diagnostic treatment of this clinical entity of breast carcinoma.

Key words: bilateral breast cancer, synchronic, metachronic, contralateral carcinoma.

UVOD

Definicija i dijagnoza bilateralnog karcinoma dojke predstavlja predmet naučnih konfuzija i kontraverzi već 60 godine. Dok jedni (FOOTE i STEWART) pojavu kontralateralnog karcinoma dojke dokazuju i pripisuju anamnestičkom podatku o retrogradnoj anamnezi postojanja karcinoma dojke, drugi (ROSEN, PRESSMAN) tvrde da se radi o zasebnom patološkom entitetu. Ipak, čini se, da je istini najbliža tvrdnja da je bilateralni karcinom dojke poseban klinički entitet koji se definiše kao primarni karcinom obje dojke. Ova nedorečenost naučnih stavova proizilazi iz 2 pitanja vezana za bilateralne karcinome : 1. *Da li je kontralateralni karcinom dojke nova primarna lezija ili se radi o metastaskoj karcinomskoj leziji suprotne strane?*; i 2.

Da li je kontralateralni karcinom sinhrona ili metahrona karcinomska lezija u svom nastanku? Metastaza karcinoma dojke u suprotnu dojku izuzetno je rijedak slučaj, osim kod uznapredovale tumorske bolesti ili slučaju raširene karcinomske bolesti. Činjenica o drugoj karcinomskoj primarnoj leziji (kako opisuje CHAUDARY i saradnici) može biti apsolutno identificirana (dokazana, prisutna) kod prisustva “in situ” tumorske komponente i relativno identificirana kod postojanja: (a) različitog patohistološkog uzorka, (b) većeg stupnja ćelijske diferencijacije i (c) nepostojanje dokaza o lokalnoj/regionalnoj/ udaljenoj proširenosti od “prvog” karcinoma. U odsustvu činjenice o drugim mjestima bolesti kontralateralni karcinom dojke uvijek treba biti tretiran kao nova primarna tumorska lezija. Bilo kako bilo, bilateralni karcinom je posebna prezentacija karcinoma dojke.

Adresa autora: Kantonalna bolnica Zenica, Crkvice 67, 72 000 Zenica, Bosna i Hercegovina, tel.:+387 32 405 133, drljevic@bih.net.ba

Kada je u pitanju sinhronost odnosno metahronost karcinomska lezija, u najvećoj do sada objavljenoj studiji od 22.563 slučajeva karcinoma dojke, WANEBO i saradnici tvrde da se u 3.7% (836) slučajeva od ukupnog broja karcinoma dojke radilo o bilateralnom karcinomu dojke; od kojih je 1/3 bila sinhronih, a u 2/3 se radilo o metahronim bilateralnim karcinomima dojke. Vremenski interval, prema kojem različiti autori definišu kontralateralni karcinom dojke kao metahroni više nego sinhroni, je širok i kreće se od 6 mjeseci do 5 godine, a proporcija metahronih/sinhronih bilateralnih karcinoma dojke varira kao funkcija izbora (selekcije) pacijenta, metoda korištenih u screening-u i posebno dužine kasnijeg praćenja.

Na kraju, postavlja se i treće važno pitanje: *Kako treba definisati rizik od kontralateralnog karcinoma dojke?* Rizik prikazan kao ukupan procenat je bar tačan i primjenjiv za predviđanje drugih varijabli. Relativni rizik (klinički parametar opserviranih i očekivanih slučajeva dojke) se lako određuje. Apsolutni godišnji rizik je najčešće korišten klinički parametar i u klasičnoj studiji ROBBINS-a i BERG-a taj rizik od kontralateralnog karcinoma dojke bio je 0.7 godišnje. Rizik od smrtnog ishoda od kontralateralnog karcinoma dojke (uz činjenicu o izlječivosti ranog karcinoma dojke od 70-80%) je 0.2% godišnje. Faktori rizika koji povećavaju incidencu obolijevanja od bilateralnog karcinoma dojke su : životna dob – žene ispod 50 godina, pozitivna porodična anamneza, izlaganje jonizirajućem zračenju (radioterapija u tretmanu “prvog” karcinoma, a nakon BCS-a), uznapređovalost “prvog” karcinoma, lobularni karcinom “in situ” (LCIS), invazivni lobularni karcinom (ILC) i atipična duktala/lobularna hiperplazija ipsilateralne dojke.

Posebno su interesantne diskusije o relaciji multicentrizma i bilateralnosti objavljene u mnogobrojnim studijama (FISHER, HISLOP, LESSER, ROBBINS, i dr.)...

PRIKAZ SLUČAJA

Pacijentica M.M. stara 60 godina primljena na hirurški odjel radi inicijalnog hirurškog operativnog rješavanja klinički, ultrazvučno i mamografski verifikovanih suspektne neoplastične lezije u oba gornja kvadranta veoma voluminoznih dojki; lijevo postavljene visoko preaksilarno, a desno u srednjim partijama gornjeg lateralnog kvadranta.

Iz anamneze: porodična anamneza na karcinome dojke - negativna; a.vitae: histerektomirana 1989. god. (zbog obimnih mitoragija), operacija štitne žlezde 1990. god (struma nodosa), donator lijevog bubrega bratu.

Iz statusa:

1. Lokalni nalaz: veoma voluminozne i simetrične dojke; inspekcijom kože dojke, dojki, axila i nadključnih jama - nema vidljivih promjena i deformacija; obje dojke uredno i simetrično “kližu” po grudnom zidu. Palpatorno desno se uočava dosta jasno ograničen tumor veličine 45x30 mm sa neznatnom infiltracijom okolnog tkiva dojke unutar istog kvadranta. Koža i podloga su slobodne. Lijevo preaksilarno, palpatorno nejasno, ograničena tm masa veličine 30x40 mm, sa okolnom infiltracionom komponentom, bez fiksacije za okolne anatomske strukture (koža i podloga). U lijevoj axilarnoj jami dva palpabilna pokretna limfonoda. Supraklavikularne jame su obostrano prazne.

2. UZ nalaz : odgovara kliničkom nalazu u smislu veličine tm masa i njihovih lokacija, te u pogledu obima infiltracije – desno i lijevo; u lijevoj axili UZ opisuje 4 limfonoda različitih veličina (u rasponu od 12 – 6 mm), desno – bez uvećanih limfonoda.

3. Mamografski nalaz: u korelaciji sa UZ nalazom u svim elementima.

4. Iz laboratorijskih nalaza : SE 50/75

5. Od ostalih preoperativno urađenih pretraga: RTG pulmo b.o.; UZ jetre b.o.

METOD OPETATIVNOG RJEŠAVANJA. Na “ex tempore” PH dijagnostiku upućene intraoperativno obje tm mase sa slojem okolnog “zdravog tkiva” u širini od minimum 11 mm. Patolog referiše karcinomske lezije u oba preparata, te potvrđuje i mikroskopski provjerenu čistoću reznih ploha u “ex tempore” PHD proceduri. Slijedi, obzirom na veličinu dojki, lokaciju tm masa i “ex tempore” (intraoperacioni) patološki izvještaj; obostrana quadrantektomija sa axilarnom limfonodnom disekcijom II nivoa (do nivoa a. i v. axilaris : donja axilarna, centralna, medijalna, subskapularna i interpektoralna (ly Rotter-i) grupa limfonoda. Obostrana Redon-drenaža. Ukupno se patohistološku analizu uputi 6 preparata (3 sa desne i 3 sa lijeve strane).

Dakle, oba tumora (i lijevo i desno) rješavana su operativno po hirurškim principima unilateralnog karcinoma – svaki ponaosob (veličina tumora, veličina dojke, lokalizacija tumora, odnosi prema susjednim anatom-

skim strukturama, arhitektonika dojke, idr.), praktično, kao da se radilo o dvije tumorske bolesti na jednoj pacijentici, (jedna lijevo, jedna desno). Pacijentica je poslije operativnog liječenja upućena na dalji onkološki tretman.

PATOHISTOLOŠKI I NALAZI RECEPTORA:

DESNO: Carcinoma collydes – primarni karcinom. Axilarni limfonodni status : NEGATIVAN – 0 od 11 limfonoda. LIJEVO: Carcinoma ductale infiltrativum – primarni karcinom. Axilarni limfonodni status: POZITIVAN – 4 od 13 limfonoda. Postoperoativno su urađeni hormonski i HER 2 receptori : **DESNO: Er +++/ Pr ++, HER 2 ++; LIJEVO: Er -/ Pr -, HER 2 0.**

REZULTAT

Poslije godinu dana praćenja i sprovedene hirurške, radio-, citostatske i hormonske terapije konstatuje se (hirurško praćenje svaka 3 mjeseca):

- Fizikalni nalaz na dojčkama, aksilama i nadključnim jamama je uredan.
- UZ i mamografski nalaz (urađen nakon godinu dana) su uredni.
- Laboratorijski nalazi (SE, transaminaze, alkalna folsfataza, urea, kreatinin) su u granicama normalnog.
- CA 15-3 je u granicama normalnog (22.0) .
- UZ jetre i RTG pulmo : b.o.

Nastavlja se dalje praćenje od strane hirurga i onkologa na 3-4 mjeseca; mamografska kontrola na godinu dana.

DISKUSIJA

ROBBINS - BREG-ova studija ukazuje da su žene sa karcinomom dojke ispod 50 godine starosti 10 – 14 puta naklonjenije nastanku bilateralnog karcinoma dojke nego žene iz opšte populacije, a žene preko 70 godina starosti samo 2 puta. Slične rezultate nalazimo i u HANSEN-ovoj seriji, radovima CHAUDARY-ija i ADAMI-ja. Obzirom na starosnu dob ove populacije žena (ispod 50 godina života), može se zaključiti da se radi o premenopauzalnim karcinomima i to kod žena u punoj životnoj snazi. Ovakav zaključak otvara brojna pitanja. Učestalost bilateralnog karcinoma je podatak

koji se razlikuje u literaturi i kreće se u zavisnosti od autora do autora od 1 – 20% (JANSCHKE). Ipak, većina studija pronalazi da je taj procenat ide oko 5 % od ukupnog broja otkrivenih karcinoma. (HOWARD – 3.6%; ROBBINS - 6,2%; WANEBO – 3.7%, SE-NOFSKY - 6.65%; Klinika u Nišu – 4.7%).

Kad je u pitanju porodična anamneza, ANDERSON još 1971 godine izvještava o porastu rizika od karcinoma dojke udruženog sa pozitivnom porodičnom anamnezom i ranim početkom bilateralne bolesti. To potvrđuje i BERNSTEIN 1992 godine u 8-mogodišnjoj studiji koja je obuhvatala 4660 pacijenata, dokazujući kod njih signifikantan porast kolateralnosti. Otkriće suspektih BRCA 1 i BRCA 2 (BRCA 3) gena u definisanju ranog početka karcinomske bolesti dojke dalo je nove dimenzije studijama o riziku kod porodičnog i kod bilateralnog karcinoma dojke. Tako BREAST CANCER LINKAGE CONSORTIUM studija (FORD), u kojoj su učestvovala 33 porodice sa genetskom mutacijom BRCA 1 gena, pokazala je da je porast rizika od “prvog” karcinoma bio (prema starosnoj dobi) veći za 70-87%, dok je rizik od kontralateralnog karcinoma bio 64%.

Sinhroni i metahroni tumori u većini slučajeva u obje dojke pokazuju isti patohistološki tip tumora, a to su najčešće inavazivni duktalni i lobularni karcinom. Analizom nekih značajnih kliničkih i patohistoloških karakteristika ne dolazi se do nekih značajnih karakteristika u razlici, kako između unilateralnih i bilateralnih tumora, tako i između histoloških tipova tumora različitih strana kod bilateralnog karcinoma dojke. Zato više imponuje prikazani slučaj u ovom radu, navodeći nas na dilemu da li se ovdje radi o sinhronom bilateralnom karcinomu različitih histoloških i bioloških karakteristika desno i lijevo, ili ova heterogenetičnost govori o tome da se ovdje radi o dvije neovisne tumorske bolesti na istoj pacijentici!? Kako, u tom slučaju, programirati tretman liječenja – kakvu operativnu taktiku zauzeti u hirurškom dijelu liječenja?

U studiji 10-togodišnjeg preživljavanja BRENNE referiše da je procenat preživljavanja kod unilateralnog karcinoma 83%, a kod bilateralnog 73%. I neki drugi radovi svjedoče o sličnim rezultatima. Mada ROZEN tvrdi da “drugi” karcinom doprinosi porastu ukupnog mortaliteta. Čini se, da preživljavanje nekad više ovisi o histološki definisanom gradusu tumora, nego uni/bilateralnosti. Brojna pitanja pojavljuju se po pitanju bilateral-

nosti. Kakav je uticaj radioterapije, kemoterapije i hormonske terapije provedene u cilju liječenja “prvog” karcinoma na nastanak bilateralnosti? Kakva je relacija između bilateralnosti i multicentrizma? Koliki uticaj na bilateralnost ima atipična hiperplazija? Bilo bi preopširno da se u sva ta pitanja upuštamo u sklopu ove diskusije. HANKEY i LESSER su našli porast bilateralnosti kod pacijenata sa naprednijim stadijem tumorske bolesti, a ROBBINS i BERG govore o većem riziku od bilateralnosti kod pacijenata sa negativnim axilarnim limfonodnim statusom. HAAGENSEN i ROSEN pronalaze veću sklonost ka bilateralnosti kod LCIS, a ASHIKARI i FISHER veću sklonost bilaterizmu pripisuju ILC nego duktalnom karcinomu (CODY u seriji od 871 randomizirajućih kontralateralnih biopsija pronalazi da je taj odnos 5.2%(ILC) : 2.9%(DC)) .

PREPORUKE i RAZMIŠLJANJA

Glavni problem koji se pojavljuje u pitanju bilateralnog karcinoma je kako pratiti pacijente sa unilateralnim karcinomom u cilju blagovremenog otkrivanja metahronog bilateralnog karcinoma (ili neblagovremeno otkrivenog sinhronog bilateralnog karcinoma dojke - (kontralaterali tumor koji se teško može registrovati), vodeći računa o grupama pacijenata koji se više ili manje rizični u razvoju bilateralnosti. U vezi sa tim, posebno je pitanje uvođenja rutinske kontralateralne biopsije i selektivne kontralateralne biopsije kao dopuna i alternativa mamografskom i kliničkom praćenju. I na kraju, pitanje primjene najkontraverznije i najmanje korištene hirurške metode – kontralateralne profilaktičke mastektomije.

Većina ljekara se slaže da je kontrolni klinički pregled jednom u 3 – 4 mjeseca i mamografski pregled jednom godišnje, prihvatljivo i dovoljno u najvećem broju slučajeva za praćenje ove kategorije pacijenata. Mnogi hirurzi skloni su izabrati kontralateralnu biopsiju naglašavajući rizik od bilateralnog karcinoma kod predisponirajuće grupe pacijenata (starosna dob, porodična anemneza, stadij tumora, tip tumora (posebno lobularni)) u namjeri da individualiziraju tretman i unaprijede dijagnostičku i terapijsku proceduru (BLAND). Rutinska kontralateralna biopsija, urađena kao screening test u toku istog operativnog zahvata, u CODY-jevoj studiji otkrila je 2.2% invazivnih karcinoma i 5.2% karcinoma “in situ” kod ovako biopsiranih pacijenata

i kao takva desetorostuko je premašila mamografski screening iste grupe pacijenata. Kontralateralna profilaktička mastektomija nije standardna hirurška metoda i za njenu primjenu moraju biti dobro “odvagani” svi argumenti da bi ista bila pravilo upotrebljena. Uz ostale objektivno procijenjene činjenice, BLAND navodi 3 relativno razumna razloga: ona treba da reducira nastanak od kontralateralnog karcinoma dojke na minimum, riješi pretjeranu zabrinutost pacijenta stalnim praćenjem, mamografijama koje će na ovaj način biti reducirane i sniziti visok rizik od kontralateralnog karcinoma, ali tako da se radi u istom operativnom aktu u kojem se rješava “prvi” karcinom (čime se koriguje i simetrija dojki). Za njenu realizaciju, najzgodnijom se pokazala upotreba silikonskih implantata. LEIS-ova serija je pokazala u 101 profilaktičke mastektomije pojavu “drugog” karcinoma kod samo 5% pacijentica, a smrtnost je znatno bila veća zbog “prvog” nego zbog “drugog” karcinoma. Veći kontralateralni rizik, udružen sa predisponirajućim faktorima bilateralnosti, pokazali su metahroni u odnosu na sinhronu karcinome.

Bilo kakva odluka koja će se poduzeti po pitanju normalne kontralateralne dojke mora biti razmatrana u skladu sa: prognozom “prvog” karcinoma (koji obično nosi daleko veći rizik nego karcinom na suprotnoj strani), faktorima koji predisponiraju bilateralnost, stepenom do kojeg adjuvantna terapija može smanjiti rizik nastanka kontralateralnog karcinoma dojke, pacijentovom anksioznošću u pogledu kontralateralnog karcinoma, ozbiljnošću kliničkog i mamografskog praćenja i sa estetskim faktorom (BLAND).

ZAKLJUČAK

Biološka heterogenetičnost karcinoma dojke osnovni je razlog za to da nikada neće doći do standardizacije u dijagnostici i tretmanu kliničkog entiteta bilateralnog karcinoma dojke. Da li će razvoj molekularne onkogenetike dati odgovore na boljem definisanju rizika od nastanka kontralateralnog karcinoma, i tako omogućiti u budućnosti onkološkom hirurgu i onkologu da sprovedu kompletan i adekvatan tretman, ostaje da se vidi.

LITERATURA

1. Adami H, Berdstrom R, Hansen J: Age at first primary as a determinant of the incidence of bilateral breast cancer. Cumulative and relative risks in a population-based case-control study. *Cancer* 55:643, 1985.
2. Bernstein JT, Thomson WD, Risch N: Risk factors predicting the incidence of second primary breast cancer among women diagnosed with a first primary breast cancer *Am J Epidemiol* 136:937-948, 1992.
3. Bland I, Copeland E.: *The Breast*. 1996. (drugi dio) - chapter 78. 1407 – 1414.
4. Brenne H.: Clinical epidemiology of bilateral breast cancer. *Cancer* 1996; 72, 3629-35.
5. Chaudary MA, Millis RR, Hoskins EOL: Family history of bilateral primary breast cancer. *Breast Cancer* 5:201 – 205, 1985.
6. Cody HS.: Routine contralateral biopsy: Helpful or irrelevant? Experience in 871 patients, 1979 – 1993. *Ann Surg.* 225:370-376, 1997.
7. Fisher ER, Fisher B, Sass R.: Pathologic findings from the NSABP (Protocol No. 4). XI Bilateral breast cancer. *Cancer* 54:3002-3011, 1984
8. Foote FW, Stewart FW: Comparative studies of cancerous versus noncancerous breasts. *Ann Surg.* 121:197-222, 1965
9. Ford D, Easton DF, Bishop DT, et al.: Risks of cancer in BRCA 1 – mutation carriers. *Breast Cancer Linkage Consortium. Lancet* 343:692-695, 1994.
10. Haagensen CD: *Diseases of the breast*. Philadelphia, WB Saunders, 2006.
11. Hislop TG, Elwood JM, Boldman AJ: Second primary cancers of the breast: Incidence and risk factors. *Br J Cancer* 49:79-85, 1984.
12. Klinika za onkologiju u Nišu: Incidencija bilateralnog karcinoma dojke u dvogodišnjem praćenju Onkološke klinike u Nišu. 2005. www.medfak.ni.ac.yu
13. Leis HP: Bilateral breast cancer. *Surg Clin North Am* 58:833-842, 1982.
14. Pressman PI: Bilateral breast cancer: The contralateral biopsy. *Breast* 5:23-29, 1980.
15. Robbins GF, Berg JW: Bilateral primary breast cancers: A perspective clinicopathological study. *Cancer* 17:1501-1527, 1964.
16. Rosen PP, Groshen S, Kinne DW: Contralateral breast carcinoma: An assessment of risk and prognosis with 20-year follow-up. *Surgery* 106:904-910, 1989.
17. Wanebo HJ, Senofski GM, Wilhelm MC: Has monitoring of contralateral breast improved the prognosis in patients treated for primary breast cancer? *Cancer* 57:597-602, 1985.

Politika i strategija privatizacije u zdravstvu F BiH Privatna praksa ili privatno vlasništvo ?

B. Hrabac¹, S. Huseinagić²

¹Zdravstveni fakultet, Zenica, Bosna i Hercegovina

²Kantonalni zavod za javno zdravstvo, Zenica

SAŽETAK

Cilj ovog rada je prikazati stručno prihvatljivu opciju za vođenje procesa privatizacije u zdravstvu F BiH. Svrha ovog teksta je da posluži kao polazna osnova za pokretanje šire debate i izradu detaljnog plana za privatizaciju u zdravstvu. Pošto se radi o vrlo ozbiljnom pothvatu, ne smije se dozvoliti da se taj proces odvija stihijski. Preporučuje se Federalnom ministarstvu zdravstva da preuzme liderstvo u pripremi opsežnog dokumenta pod naslovom "Politika i strategija privatizacije u zdravstvu F BiH". Tek nakon pripreme detaljnog koncepta privatizacije, pokrenuo bi se proces široke javne debate, te odgovarajuća potpora Vlade i Parlamenta F BiH. Pomenuti dokument bi nužno trebao dati odgovore na slijedeća važna pitanja, kao što su: ciljevi privatizacije; subsektori zdravstva koji podliježu privatizaciji; načini reguliranja tržišta davalaca usluga i tržišta zdravstvenog osiguranja; načini plaćanja zdravstvenih usluga u javnom i privatnom sektoru; pitanja konkurencije i solidarnosti, te jednakosti i pravičnosti u zdravstvu.

Ključne riječi: privatizacija u zdravstvu, politika i strategija, Federacija Bosne i Hercegovine

ABSTRACT

The aim of this study was to present a professionally sound option to conduct privatization process within the health care system of the Federation of Bosnia and Herzegovina. The purpose of this text is to represent a milestone for launching a wider public debate and preparation of privatization in-depth plan. Due to complexity of such action, it is not allowed to let it be spontaneous. It is recommended to the Federal Ministry of Health to take over the leadership in order to prepare a comprehensive document entitled "Policy and Strategy of Privatization of Health Care System in the Federation of Bosnia and Herzegovina". After preparation of the privatization concept, the wide public debate would be launched, as well as an appropriate support of the Government and Parliament. Hereinbefore mentioned document should provide answers to important issues, such as: privatization aims; subsectors eligible for privatization; ways of market regulations for providers of care and health insurance; payment mechanisms within public and private sector; issues of competition and solidarity, as well as equality and equity in health.

Key words: privatization in health care system, policy and strategy, Federation of Bosnia and Herzegovina

UVODNE NAPOMENE

U krugovima ključnih aktera reforme zdravstva u F BiH sve se više razgovara o procesu privatizacije u zdravstvu. Sada imamo značajan privatni sektor u oblasti ljekarni i veledrogerija, specijalističkih ordinacija, kao i stomatološke zdravstvene zaštite. Očekivani proces privatizacije će se vjerovatno ograničiti na pojedine subsektore zdravstva, te na višak bolničkih kapaciteta

koji neće biti u sastavu mreže zdravstvenih ustanova. Međutim, nalazimo se pred veoma značajnom dilemom: da li proces privatizacije u zdravstvu implicitno uključuje postojanje privatnog vlasništva ili je moguće organizirati rad privatnih medicinskih praksi bez obzira na karakter vlasništva. Druga velika dilema je slijedeća: kakvu mješavinu javnog i privatnog vlasništva dozvoliti u budućnosti u smislu ulaska privatnog vlasništva u mrežu zdravstvenih ustanova i pristup novcu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Adresa autora: Zdravstveni fakultet Zenica, Bosna i Hercegovina,
tel.: +387 32 444 780; bhrabac@yahoo.com

U dokumentima Federalnog ministarstva zdravstva, koji se bave politikom i strategijom reforme zdravstva, ističe se da privatizacija u okviru decentraliziranog sistema zdravstvene zaštite predstavlja jedno od ključnih opredjeljenja reforme zdravstva. Također se ističe nužnost opreznog i planskog pristupa riječima: "Proces privatizacije ne smije biti stihijski, niti zahvatiti sve subsektore zdravstva istodobno".

Međutim, čitav proces privatizacije u zdravstvu ne smije biti sam sebi svrha, već mora zadovoljiti pluralizam interesa svih aktera u zdravstvenom sistemu kroz postizanje određenih ciljeva. Ukoliko ciljevi procesa privatizacije nisu eksplicitni i transparentni, te ne obećavaju značajnu korist za društvo kao cjelinu, čitav proces neće imati smisla. Ciljevi privatizacije u zdravstvu bi se na primjer mogli definirati na sljedeći način:

- Uvesti tržišne mehanizme motivacije u pojedine subsektore zdravstva (npr. u obiteljsku medicinu),
- Poboľjšati institucionalnu efikasnost,
- Izdati višak prostora,
- Prodati ili iznajmiti objekte koji nisu dio "mreže zdravstvenih ustanova", te na taj način smanjiti ukupne troškove fonda obaveznog zdravstvenog osiguranja.

UPORIŠTE ZA PROCES PRIVATIZACIJE

Neke dileme o procesu privatizacije su u izvjesnoj mjeri elaborirane u dokumentima Federalnog ministarstva zdravstva, a koja se bave pitanjima politike i strategije reforme financiranja zdravstva, te reforme sistema u cjelini (1, 2). Odgovore na postavljena pitanja moguće je pronaći u sljedećim ključnim oblastima naše politike zdravstvene zaštite, a to su: (a) uloga tržišta i privatizacije u zdravstvu; i (b) balansiranje solidarnosti i kompeticije.

U našem Zakonu o zdravstvenoj zaštiti opredijelili smo se za socijalni pristup pitanju zdravstvene zaštite u Federaciji, nasuprot čisto tržišnom pristupu (3). Zdravlje stanovništva predstavlja veliki sociološki značaj za društvo kao cjelinu, te se ne može u cijelosti prepustiti simplificiranim tržišnim zakonima ponude i potražnje. Stoga, država, kao predstavnik socijalne zajednice, mora posjedovati instrumente za kontrolu sistema zdravstvene zaštite. Razumljivo je da ti instrumenti moraju uvažavati realitet globalnih ekonomskih i socijalnih promjena u zemljama u tranziciji. Odluke za

uvođenjem više tržišne motivacije u jedan ili više subsektora zdravstvenog sistema zahtijevaju promjenjenu aktivnost vlade koja, u svakom slučaju, nije smanjena. Vlada Federacije morat će biti mnogo kompetentnija tijekom nadgledanja procesa ugovaranja između fondova zdravstvenog osiguranje i davatelja zdravstvenih usluga kao i drugih tržišnih aranžmana, nego kada je direktno upravljala sistemom. Tržišni mehanizmi bazirani na motivaciji mogu biti uvedeni u pojedine segmente sistema zdravstvene zaštite, ali jedino uz državnu kontrolu efekata tih mjera (4).

PRIVATNA PRAKSA ILI PRIVATNO VLASNIŠTVO

Suočeni smo s dilemom da li proces privatizacije u zdravstvu implicitno uključuje postojanje privatnog vlasništva ili je moguće organizirati rad privatnih medicinskih praksi bez obzira na karakter vlasništva. Naše političko opredjeljenje je privatna medicinska praksa bez obzira na karakter vlasništva, što ima brojne argumente. Naime, materijalno-financijske mogućnosti naših liječnika za veće kapitalne investicije u zdravstveni sektor su male. Također postoji mali interes drugih poslovnih ljudi za investicije u zdravstvo kao nisko-profitabilni sektor. Iznajmljivanje postojećih prostora uz povoljnu mjesečnu rentu vlasniku predstavlja racionalnu opciju. Pored toga, moguće je koristiti koncesije lokalne zajednice (zemljište, nedovršeni građevinski prostor, donacije i sl.) u cilju izgradnje partnerstva s liječnicima, pogotovo u udaljenim ruralnim oblastima. Mješavina "privatnog i javnog sektora" (tzv. "private-public mix") kod nas mora podrazumijevati nepristrasan odnos prema bilo kojem od njih, a to implicitno znači neophodnost istog načina plaćanja, istog pristupa pitanjima kompeticije, reguliranja tržišta, itd. Privatizacija u obiteljskoj medicini je motivacija za liječnike da se bave tim poslom, a to će konsekventno u značajnoj mjeri ojačati društveni status i ugled profesije.

SUBSEKTORI ZDRAVSTVA KOJI PODLIJEŽU PRIVATIZACIJI

Tijekom izrade sveobuhvatnog plana za privatizaciju u zdravstvu morat će se eksplicitno kazati koje subsektore zdravstva, službe ili tipove ustanova ovaj proces obuhvata, a koje ne. Također se na vrlo transparentan način moraju objasniti razlozi takvih opredjeljenja. Tako npr. u jednoj od opcija privatizacija ne bi uključila sljedeće:

- Mrežu javnih bolnica (tercijarnu i sekundarnu zdravstvenu zaštitu);
- Dijagnostičke službe u domovima zdravlja (laboratorij, RTG);
- Hitnu pomoć;
- Specijalističke ambulante u domovima zdravlja;
- Zakonom zabranjene službe za privatnu praksu (patologija, sudska medicina, transfuziologija);
- Zavodi za javno zdravstvo;
- Zavodi obavenog zdravstvenog osiguranja;
- Specijalne bolnice i banje (ako su dio "mreže zdravstvenih ustanova").

U toj opciji privatizacija bi uključila, bilo u cijelosti ili djelimično, sljedeće:

- Obiteljska medicina;
- Stomatološke ambulante;
- Ljekarne i veleapoteke;
- Višak prostora (prodaja objekata ili iznajmljivne dijelova).

Jedan od glavnih problema koji bi se javio kao posljedica privatizacije davalaca zdravstvenih usluga je reguliranje načina plaćanja. Monopol privatnog sektora bi insistirao na plaćanju po usluzi, bilo iz javnog ili privatnog osiguranja, te direktnom plaćanju iz džepa pacijenta. Opća privatizacija bi sigurno dovela do sljedećih neželjenih posljedica u zdravstvenom sistemu:

- Nemogućnost kontrole troškova, uz eskalaciju ukupnih troškova u zdravstvu;
- Smanjenje pristupačnosti, pravičnosti i solidarnosti u zdravstvenoj zaštiti;
- Jačanje fondova privatnog osiguranja;
- Jačanje monopola privatnih davalaca usluga;
- Rascjep sistema na dva odvojena dijela: elitistički i siromašni.

NAČIN PLAĆANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Federalno ministarstvo zdravstva svjesno je činjenice da su ukupni troškovi zdravstvene zaštite u velikoj mjeri pod uticajem načina plaćanja zdravstvenih usluga. Stoga je Ministarstvo u cilju kontrole troškova predložilo "miješani sistem plaćanja sa naglašenom prospektivnom komponentom". Planira se da liječnici obiteljske medicine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti budu plaćeni putem kapitacije / glavarine za svakog pojedinca registriranog kod davaoca usluga kao osnovno plaćanje,

ali do maksimalnog broja pacijenata. Isplata kapitacije bi varirala ovisno o dobnoj skupini pacijenata, lokaciji prakse (urbana ili ruralna), te znanju i vještinama liječnika (liječnik opće prakse, specijalista obiteljske medicine, specijalista neke druge grane medicine). Postojala bi nagradna plaćanja za postizanje određenih ciljeva (npr. imunizacija djece, rezultati u promociji zdravlja, dobra propisivačka praksa, i sl.). Isplata po usluzi u ambulanti može se uvesti samo kao procentualno manja stavka u ukupnom prihodu liječnika, ali samo za eksplicitno definiranu listu usluga, kao npr. palijativna i terminalna njega, supstitucija bolničkog liječenja i sl. Predloženi sistem plaćanja teži motivirati liječnike u prakticiranju preventivne medicine i kontroli troškova, ali i ka boljoj geografskoj distribuciji usluga. Važno je naglasiti da će način plaćanja zdravstvenih usluga u privatiziranim prostorima ostati isti kao u javnom sektoru (pod uvjetom da su dio "mreže zdravstvenih ustanova"), a sve sa ciljem izbjegavanja favoriziranja bilo kojeg od njih (5). Na tabeli koja slijedi prikazana je kombinacija načina plaćanja vodećih davalaca usluga, što bi jamčilo finansijsku održivost sistema u cjelini, kao i poželjna ponašanja davalaca usluga u funkciji "vratar" (6).

Tabela 1.: Shema prospektivnog načina plaćanja u F BiH

Obiteljska medicina (mogućnost privatizacije prakse)	Osnovna plaća Kapitacija Nagradno plaćanje
Specijalisti i laboratorijske usluge u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	Sistem mjesečnih plaća
Bolnice	Prospektivni godišnji globalni budžet

BALANSIRANJE SOLIDARNOSTI I KONKURENCIJE; REGULIRANJE TRŽIŠTA

Velika dilema u zemljama koje transformiraju svoj sistem finansiranja zdravstva je balansiranje principa solidarnosti i kompeticije između osiguravajućih kompanija. Ako postoji samo jedna kompanija zdravstvenog osiguranja koja osigurava usluge zdravstvene zaštite, onda nema konkurencije. Konkurencija također nedostaje ako postoji nekoliko takvih kompanija, ali bez prava izbora između njih. Osiguranicima u Federaciji nije dozvoljeno da se osiguraju u obaveznom zdravstvenom osiguranju drugog kantona. Za finansiranje razine prava koja se nalaze iznad osnovnog paketa zdravstvenih

usluga osnovati će se fondovi privatnog zdravstvenog osiguranja. Federalno ministarstvo zdravstva definirati će načine za reguliranje rada ovih fondova u cilju osiguranja principa solidarnosti i pravičnosti za sve građane. Ovi fondovi neće imati direktan konkurentski odnos s fondovima obaveznog osiguranja, jer će uglavnom finansirati različita prava na zdravstvenu zaštitu. Pored toga, obavezno zdravstveno osiguranje ne daje slobodu izbora za njegovo napuštanje i posjedovanje jedino privatnog osiguranja. Dakle, kompeticija će postojati jedino između fondova zdravstvenog osiguranja, ali ne u obaveznom osiguranju (1).

Sistem obaveznog zdravstvenog osiguranja posjeduje visok stupanj solidarnosti rizika i solidarnosti dohotka. U budućem sistemu privatnog osiguranja u Federaciji, temeljenog na premijama osiguranja, neće postojati solidarnost dohotka, a solidarnost rizika je ograničena. Za očekivati je da će solidarnost biti dodatno narušena sa većom razinom privatnog zdravstvenog osiguranja, koje funkcionira paralelno ili udruženo s državnim (4, 7). Pošto će kompeticija između fondova privatnog zdravstvenog osiguranja težiti da naruši solidarnost u financiranju zdravstvene zaštite putem selekcije “dobrih rizika”, trebalo bi razmotriti neke od strategija za reguliranje rada privatnih kompanija, a to su: obavezno otvoren prijem novih članova i uvođenje individualnih ili kolektivnih shema prilagođenih riziku, koje redistribuiraju prihod sistema zdravstvenog osiguranja između kompetitivnih osiguravajućih kompanija (8). Federalna vlada bi stoga zakonskim aktom regulirala tržište zdravstvenog osiguranja. Takav akt bi pravno regulirao niz značajnih pitanja i dilema, kao što su sljedeća:

- Eksplicitno definiranje dva komplementarna sistema osiguranja (nekompetitivan regionalno utemeljen sistem socijalnog zdravstvenog osiguranja i kompetitivni profitni fondovi privatnog zdravstvenog osiguranja);
- Prevare i bankrot (minimum kapitala);
- Selekcija “dobrih rizika” (obavezno otvoren prijem novih osiguranika; propisivanje maksimalne visine premije za minimalni standardni paket beneficija; tendencija isključivanja skupih intervencija iz standardnog paketa beneficija);
- Slobodan izbor kompanije privatnog zdravstvenog osiguranja; nema slobode izbora obaveznog osiguranja;
- Nema mogućnosti izlaska iz sheme obaveznog osiguranja;

- Paket usluga iz privatnih osiguranja (isti ili različiti);
- Kriteriji za utvrđivanje visine premija u privatnom osiguranju (starosne grupe, spol, dohodak, stilovi života, zdravstveno stanje);
- Tržište davalaca usluga (regionalno ograničeno ili ne; mogućnost istovremenog financiranja iz obaveznog i privatnog osiguranja zbog opasnosti kreiranja listi čekanja za pacijente iz obaveznog osiguranja);
- “Nadzorna agencija” (odgovorna je za sljedeće: balans moći fondova i davalaca usluga; propisi o načinu ulaska novih fondova na tržište i uvjeti za njihovu integraciju; minimalni standardi kvalifikovanog osoblja u fondovima; prati ugovaranje, formu i sadržaj ugovora; standardizirani financijski izvještaji; praćenje informiranja osiguranika; kvalitet zdravstvenih usluga; mehanizmi za žalbe osiguranika).

Solidarnost će biti značajno reducirana s ograničavanjem zdravstvenih prava putem “osnovnog paketa”. Unatoč tome, naš sistem zdravstvene zaštite će uspjeti postići etički prihvatljivu razinu solidarnosti, jer će realizirati pravičniju distribuciju sredstava između starosnih grupa, između socijalnih klasa, između individua i obitelji, i između dobrih i loših zdravstvenih rizika. Široko utemeljeni izuzeci za podjelu troškova će ublažiti nepravičnost u financiranju za ljude s niskim dohotkom i nepravičnost u korištenju zdravstvenih usluga za starije, djecu i hronične bolesnike (1).

Sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i Zakonu o zdravstvenom osiguranju, ugovaranje fondova obaveznog zdravstvenog osiguranja u kantonima mora biti ograničeno na “mrežu zdravstvenih ustanova” (2). Parlamenti kantona i Federacije verifisirati će mrežu ustanova, kako u javnom, tako i u privatnom vlasništvu. Razlozi zbog kojih Vlada Federacije favorizira “mrežu zdravstvenih ustanova” u odnosu na ostale davaoce zdravstvenih usluga su sljedeći:

- Nužnost kontrole kapitalnih resursa u zdravstvu tijekom prijelaznog perioda,
- Kontrola ukupnih troškova u zdravstvu i učinkovitost alokacija oskudnih resursa,
- Izbjegavanje dupliciranja zdravstvenih kapaciteta na teritoriju jednog kantona, te značajne konsekvence uštede financijskih sredstava,
- Osiguranje jednake dostupnosti zdravstvene zaštite na teritoriju Federacije.

Ostali davaoci zdravstvenih usluga koji nisu dio "mreže zdravstvenih ustanova" biti će financirani putem direktnog plaćanja pacijenta ("iz džepa") ili privatnog zdravstvenog osiguranja. Stoga neće postojati direktna konkurencija između davalaca zdravstvenih usluga koji će se nalaziti u "mreži zdravstvenih ustanova" i onih izvan nje. Međutim, sistem plaćanja obiteljskih liječnika temeljen na kapitaciji će kreirati kompetitivni okoliš i tržišnu motivaciju u okviru tog podsistema zdravstva. Općenito se novi način plaćanja zdravstvenih djelatnika i institucija smatraju kompetitivnim mjerama i tržišnom motivacijom, kao i privatizacija pojedinih subsektora sistema.

Očuvanje solidarnosti u finansiranju zdravstvene zaštite tijekom uvođenja kompeticije između osiguravajućih kompanija je ambiciozan i težak pothvat. Sigurnosna mreža za solidarnost mora biti kreirana veoma pažljivo, a takav pothvat zahtjeva iskusan nadzor nad tržištima zdravstvene zaštite. Prema mišljenju eksperata Svjetske zdravstvene organizacije, na nekoliko krucijalnih pitanja još uvijek nije odgovoreno. Potrebno je pokazati da li kompeticija između osiguravajućih kompanija zaista vodi ka efikasnijoj i efektivnijoj zdravstvenoj zaštiti, kao i pitanje da li skoro uvedeni mehanizmi kombiniranja solidarnosti s kompeticijom mogu uspjeti (7). Konstatacija ekonomista da konkurencija između fondova zdravstvenog osiguranja nužno mora rezultirati kvalitetnijom i jeftinijom zdravstvenom zaštitom je suviše simplificirano shvaćanje zdravstvenog tržišta koje u praksi ne može zaživjeti. Na tabeli koja slijedi prikazane su glavne posljedice takve konkurencije na 4 razine odnosa i funkcija u zdravstvenom sistemu.

Tabela 2.: Utjecaj konkurencije fondova zdravstvenog osiguranja (FZO) na smanjenje efikasnosti zdravstvenog sistema

Mjesta interakcija u zdravstvenom sistemu	Posljedice konkurencije fondova zdravstvenog osiguranja (FZO)
Stanovništvo	• Premije ili doprinosi za zdravstveno osiguranje • Različiti paketi prava u FZO • Veća ulaganja novca osiguranika
Fondovi zdravstvenog osiguranja	• Profiti FZO • Veći administrativni troškovi više FZO
Mehanizmi plaćanja zdravstvenih usluga	• Poteškoće kontrole troškova, uglavnom zbog plaćanja po usluzi
Bolnice	• Implicitno racioniranje

stvenog osiguranja moguće je sagledati na četiri nivoa funkcija, a to su: stanovništvo; fondovi zdravstvenog osiguranja; mehanizmi plaćanja zdravstvenih usluga; i bolnice. U uvjetima konkurencije između fondova zdravstvenog osiguranja, osiguranici bi umjesto doprinosa za zdravstveno osiguranje, koji je prilagođen mogućnostima plaćanja, bili prisiljeni da uplaćuju "premije prilagođene riziku". Razni fondovi zdravstvenog osiguranja bi čak mogli nuditi različite pakete prava prilagođene visini premije osiguranja koja se uplaćuje. Sve to bi značajno narušilo slidarnost između socijalnih klasa, mladih i starih, bolesnih i zdravih, itd. Međutim, takav pristup bi sigurno rezultirao prikupljanjem većih iznosa prihoda u fondovima zdravstvenog osiguranja. Konkurencija između fondova bi bila motivirana postojanjem profitnih fondova, što implicitno podrazumijeva odljev određenog procenta novca u profite tih fondova. Osim profita, postojanje više fondova zdravstvenog osiguranja je skuplje za društvo u cjelini zbog većih troškova rada njihove administracije u odnosu na situaciju kada postoji samo jedan regionalni fond zdravstvenog osiguranja. Poteškoće kontrole ukupnih troškova zdravstvenog sistema u takvoj situaciji su rezultat nužnosti promjene mehanizama plaćanja zdravstvenih usluga u smjeru plaćanja po usluzi. Prirodno je da kompetitivni fondovi vrše pritisak na bolnice tijekom procesa ugovaranja ka pružanju što jeftinijih usluga, a pri tome se nerijetko koriste stvaranjem monopolističkog odnosa privatnih fondova u smislu kreiranja maksimalnih cijena usluga koje su spremni platiti. Stoga su bolnice u takvoj situaciji sklone prihvatiti i nepovoljne ugovore u cilju svoga opstanka na tržištu. Međutim, u uvjetima finansijske oskudice bolnice uvijek mogu naći izlaz u implicitnom racioniranju, što značajno narušava kako kvalitet usluge, tako i zadovoljstvo pacijenta. Svaki od elaboriranih elemenata značajno narušava efikasnost zdravstvenog sistema u cjelini, što konkretno znači da je za istu uslugu potrebno potrošiti više novca, a pri tome veći kvalitet usluga nije implicitno garantiran.

Naime, štetne posljedice po efikasnost zdravstvenog sistema u cjelini u uvjetima konkurencije fondova zdrav-

LITERATURA:

1. Politika i strategija reforme finansiranja zdravstva u F BiH. Federalno ministarstvo zdravstva, 78 str., prosinac 1998.
2. Strateški plan za reformu sustava zdravstvene zaštite u F BiH. Federalno ministarstvo zdravstva, 150 str., lipanj 2000.
3. Zakon o zdravstvenoj zaštiti F BiH. Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine, Sarajevo, 29; 626-646: 1997.
4. Hrbač B. i Ljubić B. Uloga države i tržišta u zdravstvu. Hrvatska misao, 5; 101-108: 1997.
5. Hrbač B. Outline of future payment system in family medicine in the Federation of Bosnia and Herzegovina. Periodicum Biologorum, 105(1); 87-91: 2003.
6. Hrbač B. Finansijski mehanizmi kao motivacioni faktori u radu zdravstvenih djelatnika. Dani socijalne medicine – javnog zdravstva, Zenica, 11-12. oktobar 2004.
7. WHO: European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996, pp.289.
8. Schneider, M., i Wasem, J.: Regulisanje privatnih tržišta i zdravstvenog osiguranja. Materijal pripremljen za kurs iz reforme zdravstvenog sektora i održivog finansiranja, Institut Svjetske banke za ekonomski razvoj, 54 str., august 1998.

FAKOEMULZIFIKACIJA

A. Čerim, B. Abramušić

Služba za očne bolesti Kantonalna bolnica Zenica

Sažetak

Fakoemulzifikacija predstavlja operativnu tehniku odstranjenja zamućene leće iz oka upotrebom ultrazvučne energije. S obzirom da se odstranjenjem leće iz oka remeti njena refrakcijska uloga, u oko se ugrađuje vještačka intraokularna leća odgovarajuće refrakcijske vrijednosti.

Uvod

Osnovne karakteristike fakoemulzifikacione tehnike rada koje je odvajaju od drugih operativnih tehnika rada (Ekstrakapsularna ekstrakcija katarakte-ECCE, Intrakapsularna ekstrakcija katarakte-ICCE) jesu: mali operativni rez (3-5 mm), sve vrijeme operacije stabilno duboka prednja i stražnja očna komora, tok operacije ide unutar kapsularne vrećice, implantira se savitljiva (foldable) intraokularna leća.

Istorijat

Fakoemulzifikaciona tehnika je nastala zahvaljujući dr Kelmanu tokom 60. godina prošlog vijeka. Moderna fakoemulzifikaciona oprema je patentirana 1971., te od tada kreće i njena praktična primjena.

Danas je fakoemulzifikaciona tehnika vodeća tehnika hirurgije katarakte u svijetu i kao takva je danas dovedena praktično do savršenstva.

Oprema

- Koaksijalni mikroskop
Koaksijalno osvijetljenje daje dobar crveni refleks ocnog dna, omogućuje hirurgu da prepozna prednju i stražnju kapsulu leće te odličnu vizualizaciju lećnih masa.
- Hirurška stolica
Obezbeđuje stabilnost pozicije operatera te dobru kontrolu stopalne pedale koja se nalazi kraj desne noge operatera.
- Fako mašina (tipovi-Universal I i II, Legacy, Infiniti)
- Mikroinstrumentarij
U mikroinstrumentarij spadaju: keratom, cistotom, capsulorex pinceta, choper, fold pinceta.

- IOL kalkulator
Služi za proračun dioptrijske vrijednosti intraokularne leće koja se planira implantirati u oko.
- Potrošni materijal (BSS, viskoelastici, IOL)
BSS je slana otopinakoja cirkulira na relaciji infuzionog boca, bulbus, sistem za aspiraciju, tijelo mašine.
Viskoelastici štite endotel rožnice kod kapsulorekse, te kapsularnu vrećicu kod implantacije leće. Ima ih nekoliko vrsta, a razlikuju se po svojoj kohezivnosti i težini.
- IOL-foldable intraokularne leće

Fako mašina (Universal II)

Da bi se razumio proces fakoemulzifikacije treba upoznati dva osnovna elementa u radu, a to su dinamika fluida u zatvorenom sistemu kakav je prednja očna komora, te funkciju fakoemulzifikatora.

U dinamici fluida treba spomenuti zatvoreni hidrodinamični sistem koji je izoliran od bilo kakvog kontakta sa vanjskim okruženjem, a sastoji se od: boce sa irigacionom tekućinom, irigacionog tubusa, očne jabučice, aspiracionog tubusa i aspiracione pumpe. Shodno tome, osnovna karakteristika ove operativne tehnike je izvođenje svakog pojedinačnog operativnog koraka u stabilnom okruženju pod konstantnim intraokularnim pritiskom. Dakle, boca sa infuzionom tekućinom se postavi na određenu visinu, irigira, da bi pritisak u sistemu bio stabilan, ista količina tečnosti mora biti aspirirana. Svoju funkciju fakoemulzifikator izvodi zahvaljujući peristaltičkoj pumpi kojom je fako mašina opremljena. Pumpa se sastoji od rotirajućeg doboša opremljenog cilindrima koji komprimiraju aspiracioni tubus. U takvom sistemu se pojavljuje razlika pritisa koja privlači tekućinu i materijal sadržan u njoj prema aspiracionom otvoru sistema. Vakuum se pojavljuje ako

je aspiraciona linija okludirana materijalom i raste dok ne dostigne maksimum programirane visine, a materijal biva aspiriran.

Da bi mašina krenula sa radom trebaju joj se zadati radni parametri:

- Flow rate: protok tekućine(BSS) u jedinici vremena kroz sistem, maksimalan je 40 cc/min. Ovaj parametar se programira na mašini neposredno pred njeno korištenje. U toku operacije se ovaj parametar može mijenjati zavisno od potrebe.
- Vakuum: predstavlja negativan pritisak koji nastaje u aspiracionoj liniji sistema opremljenog peristaltičkom pumpom kada je aspiracioni otvor okludiran materijalom koji raste sve dok ne dosegne maksimum programirane visine. Na mašini se, dakle, zavisno od uslova programira nivo vakuuma i može iznositi maksimalno 400 mmHg.
- U/S snaga: takođe varijabilni parametar, izražava se u procentima i upotreba odgovarajuće snage ultrazvuka isključivo zavisi od tvrdoće nukleusa koji se želi emulzificirati.

Stopalna pedala

Nalazi se na desnoj strani nogu operatera, njome kontrolišemo zadane parametre i moduse rada.

Pozicije pedale:

- 0 -stand by pozicija:pedala u fazi mirovanja
- 1 -irigacija:stavljanjem pedale u ovu poziciju aktivirana je samo irigacija
- 2 -irigacija/aspiracija:sa pedalom u ovoj poziciji su aktivirane i irigacija i aspiracija
- 3 -irigacija,aspiracija i U/S:u isto vrijeme su aktivni i irigacija i aspiracija i ultrazvuk

Nastavci

U/S nastavak: ultrazvučni nastavak

I/A: irigaciono-aspiracioni nastavak

Nastavak za vitrektomiju

Nastavak za bipolarnu kauterizaciju

INDIKACIJE

Danas su tehnika i oprema tako dobro razvijene da fakotehnikom dobar fakohirurg može operativno odstraniti zamućenu leću.

KONTRAINDIKACIJE

Odnose se na odabir pacijenata koje pravi fakohirurg početnik ili fakohirurg sa malo operativnog iskustva. Postoje apsolutne i relativne kontraindikacije.

Apsolutne kontraindikacije: luksirana katarakta, subluksirana katarakta sa vitreusom u prednjoj očnoj komori.

Relativne kontraindikacije: oprez kod crne katarakte, endoteliopatija, plitke prednje očne komore, uveitične katarakte, kongenitalne katarakte, visoke miopije, pseudoeksfolijativnog sindroma, vitrektomiziranih pacijenata, glaukopskih pacijenata tretiranih mioticima, traumatske katarakte.

PRIPREMA PACIJENTA

Na pola sata pred operaciju pacijent dobije peroralno 500 mg inhibitora karboanhidraze uz nadomještanje kalijuma, te anksiolitik i.m. Sat pred operaciju se obezbjeđuje dobra midrijaza kapanjem kombinacije fenilefrin, tropicamid.

Neposredno pred ulazak u operacionu salu se ispire konjunktivalni sakus sa 5% povidon jodidom kako bi se prevenirao nastanak postoperativnog endoftalmitisa.

ANESTEZIJA

Opću anesteziju koristimo kod djece, psihotičnih i anksioznih pacijenata. Lokalna anestezija se daje ili retrobulbarno ili subtenonijalno ili parabulbarno i najčešće je korištena vrsta anestezije za ovu metodu Fig . 2. 9.

Topička anestezija (kapanje anestetika preoperativno) zahtijeva dobru saradnju pacijenta.

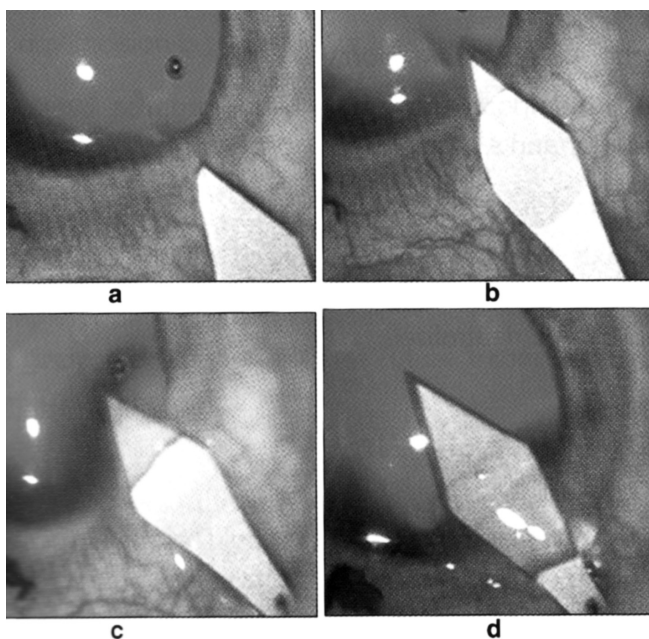


INCIZIJA

Pored težnje da se odstrani zamućena leća iz oka jako je važno pacijentu obezbijediti brz i kvalitetan oporavak vida. Jedna od pretpostavki za navedeno je dobro izvedena incizija koja mora imati karakteristike samozarastajuće incizije, dakle, ne zahtijeva suturiranje, te je izbjegnuta nasnanak postoperativnog astigmatizma.

Tu karakteristiku ima tunelna incizija koja može biti: clear cornea tunnel ili skleralni tunnel.

Rade se dva incizionna otvora. Jedan je postranični kroz koji se u prednju očnu komoru ubacuje choper ili stabilizator bulbusa, drugi je glavni incizionni otvor koji mora biti tako napravljen da unutrašnji i vanjski incizionni otvor (epitelni i endotelni) ne stoje u istoj ravni nego su odvojeni tunelom. Intraokularni pritisak djeluje pozitivno na zatvaranje ovakvih usana rane, te suturiranje nije nužno Fig . 6. 8.



KAPSULOREKSA

Predstavlja pravljenje otvora na prednjoj kapsuli leće u cilju pristupanja kortikonuklearnom materijalu. Dijametar treba da joj je između 5 i 6 mm. Idealna kapsuloreksa je kontinuirana kružna. Prije nego se krene sa kapsuloreksom napuni se prednja sobica viskoelastičnim materijalom kako bi se zaštitio rožnični endotel od lediranja. Cystotomom se ubode prednja kapsula, napravi lapn koji se preuzima capsulorex pincetom, te u nekoliko poteza napravi kružni otvor Fig . 8.2.

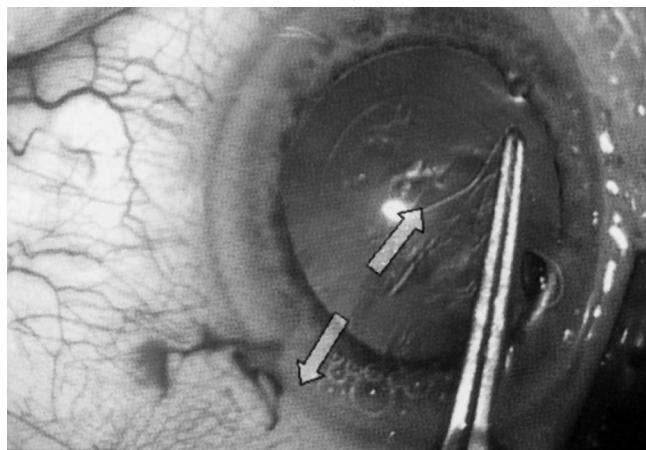


Fig. 8.2: Ripping: centripetal vector force.

HIDRODISEKCIJA

Većina autora se slaže da je hidrodisekcija najvažniji momenat u toku fakoemulzifikacione tehnike rada. Predstavlja odvajanje kortikonuklearnog materijala od lećne kapsule tekućinom (BSS). Tako nukleus postaje mobilan u kapsularnoj vrećici.

FAKOEMULZIFIKACIJA

Pristupa se emulzifikaciji kapsularnog materijala koristeći ultrazvučni (U/S) nastavak koji je spojen na fako mašinu. Mašini su predhodno zadani radni parametri. Kontrola emulzifikacije, radnih parametara i ultrazvučnog nastavka se vrši preko stopalne pedale. Cilj je razbiti nukleus na više dijelova (nukleofrakture), te iste aspirirati u sistem zahvaljujući stvaranju vakuuma u irigaciono-aspiracionom sistemu Fig . 10.7.

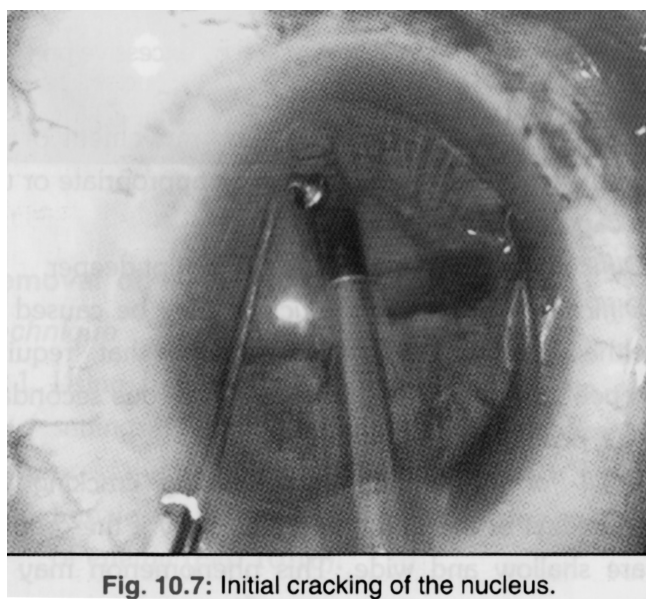


Fig. 10.7: Initial cracking of the nucleus.

I/A

Mijenja se ultrazvučni nastavak u irigaciono-aspiracioni, te modus rada mašine sa ultrazvučnog u irigaciono-aspiracioni kako bi se aspirirao preostali mekši kortikalni materijal Fig . 10.13.

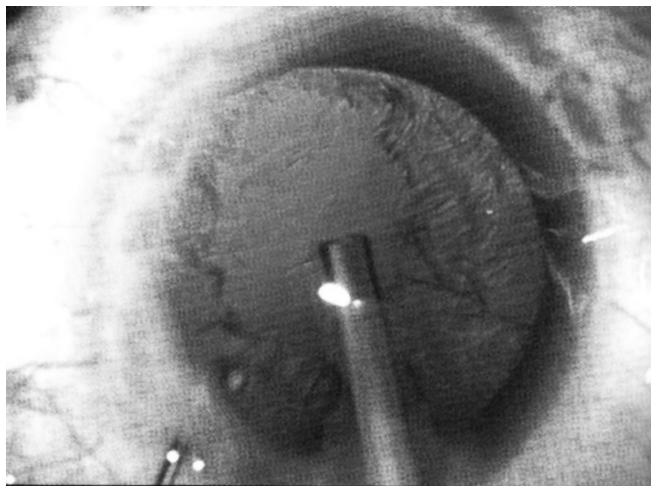


Fig. 10.13: The capsulorhexis and iris should be avoided when removing the second instrument.

IMPLANTACIJA

U praznu kapsularnu vrećicu se ubaci viskoelastik, leća se folda u implantacionu pincetu i ubaci u kapsularnu vrećicu. Nakon implantacije se obavezno odstrani viskoelastik Fig .12.3. i Fig .12. 6.

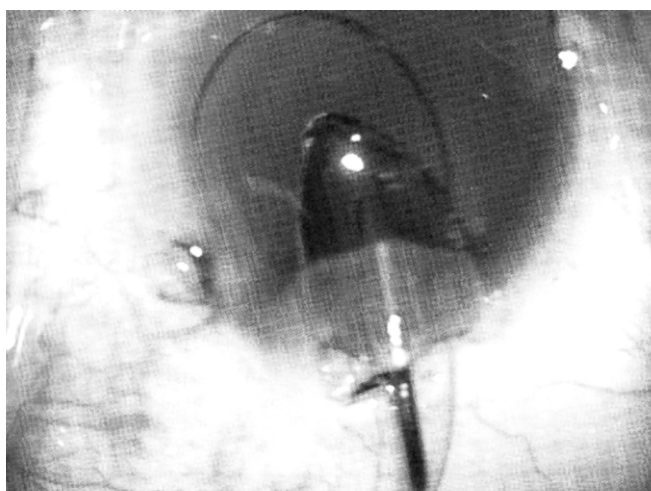


Fig. 12.6: Insertion of the optic: aim downwards so that the leading haptic goes underneath the anterior capsule.

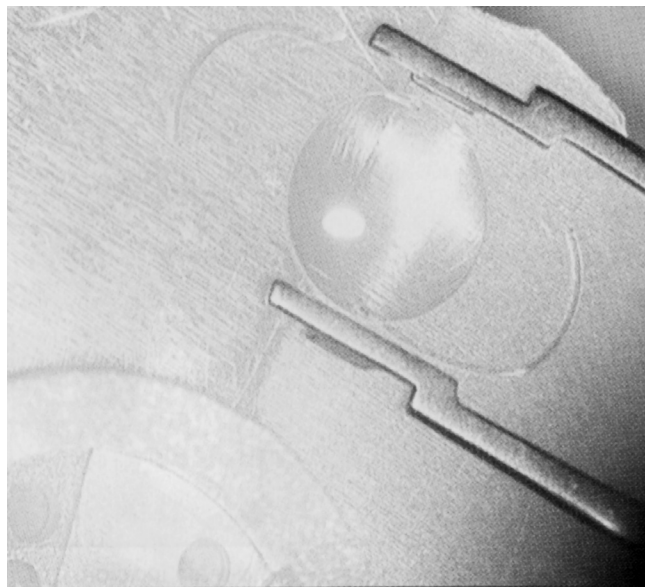


Fig. 12.3: Folding the IOL.

ZAKLJUČAK

- Radi se o sigurnoj metodi općeprihvaćenoj u razvijenom svijetu
- Brz operativni oporavak zahvaljujući bezšavnoj hirurgiji
- Bezšavna hirurgija obezbjeđuje da pacijent ili nema ili ima vrlo mali postoperativni astigmatizam, te se pacijent nakon operacije može brzo vratiti svojim svakodnevnim aktivnostima
- Ovakvim načinom rada postoji mogućnost uvođenja dnevne bolnice, te se pacijent nakon tretmana za nekoliko sati vrati kući

LITERATURA

1. Lucio Buratto i suradnici-Phacoemulsification-Principles and Techniques
2. Aasheet H Desai, Jack J Kanski-Phacoemulsification Made Easy

30. Septembar – Međunarodni dan srca 2007

S. Durmišević

Kantonalni zavod za javno zdravstvo, Zenica

Poruka povodom 30. septembra – Međunarodnog dana srca

Povodom 30. septembra – Međunarodnog dana srca, Kantonalni zavod za javno zdravstvo Zenica preko ME-Deko Centra skreće pažnju javnosti na globalni problem obolijevanja i umiranja od bolesti srca i krvnih sudova, koja čine više od jedne trećine svih uzroka smrti (infarkt srca, moždani udar, iznenadna smrt, i dr.). Glavni riziko-faktori za razvoj bolesti srca i krvnih sudova su povišeni krvni tlak (pritisak), preobilna ishrana, odnosno gojaznost, slaba fizička aktivnost, pušenje i psihofizički stresovi modernog potrošačkog društva.

Savremena naučna zapažanja upućuju na to da povećan tlak, primarna hipertenzija, odraslih osoba može početi već u dječijoj dobi, osobito kod muške djece, da u dječijoj i adolescentnoj dobi počinju djelovati i drugi navedeni riziko-faktori, pa bi otkrivanje povećanog krvnog tlaka i prisustva drugih riziko-faktora u ranoj životnoj dobi bio put za bolje razumijevanje nastanka, mogućnosti prevencije i pravovremenog liječenja te povoljne prognoze ovih bolesti.

Osmi po redu Svjetski dan srca, 30. septembar, ove godine se obilježava na temu "Zdrave porodice, zdrave zajednice", po sloganom "Team Up for Healthy Hearts!", ili u slobodnom prevodu u duhu našega jezika "Udruženo do zdravog srca". Izbor teme i slogana je određen željom da se istakne značaj zajednice i udruženih napora kroz timski rad za prevenciju oboljenja krvnih sudova i srca. Iskustva govore da su osobe, koje se pravilno hrane, vježbaju timski, organizovano i borave u okruženju bez duhanskog dima, značajno manje izložene riziku obolijevanja od bolesti krvnih sudova, bolesti srca i moždanog udara.

Istraživanja su pokazala da je gojaznih 22 miliona djece dobi ispod 5 godina, a da mnogo veći broj djece ovoga uzrasta ima prekomjernu tjelesnu težinu. Sa starošću djece i omladine i pojavom puberteta ovaj se problem povećava.

Naučni dokazi govore da osobe koje počnu pušiti u ranoj mladosti u velikom broju slučajeva obolijevaju od bolesti vezanih za pušenje, a polovina mladih osoba koje nastave sa pušenjem umrijet će od smrti uzrokovane nekom od posljedica pušenja. Polovina dječije populacije, preko 750 miliona, živi u atmosferi duhanskog dima, tako da do kraja pete godine života udahne duhanski dim ekvivalentan dimu iz 102 pakovanja cigareta.

Po svojoj prirodi djeca i omladina su u stalnom pokretu, što je neophodno za njihov pravilan psiho-fizički razvoj. Međunarodna istraživanja su pokazala da dvije trećine djece u svijetu imaju nedovoljno fizičke aktivnosti potrebne za njihovo dobro zdravlje. Ova djeca i omladina su izložena dvostrukom zdravstvenom riziku obolijevanja od srčano-žilnih oboljenja, zbog fizičke neaktivnosti i zbog gojaznosti, koja se javlja kod nedovoljno fizički aktivnih osoba.

Da bi se uklonili ili smanjili rizici obolijevanja od srčano-žilnih oboljenja međunarodni medicinski eksperti i naši stručnjaci preporučuju slijedeće: podučavajte djecu i omladinu o štetnosti konzumiranja duhana i omogućite im da žive u atmosferi bez duhanskog dima; obezbjeđite djeci i omladini higijenski kvalitetnu ishranu, sa dovoljno voća i povrća, izbjegavajući u ishrani prevelike količine šećera i masnoća; stimulirajte svoju djecu na fizičku aktivnost i sport, a svedite na prihvatljivu mjeru sjedenje ispred televizora i kompjutera; kontrolirajte redovno tjelesnu težinu svoje djece i u slučaju pojave prekomjerne tjelesne težine obratite se ljekaru ili u svajetovalište za ishranu, jer gojazan omladinac je kandidat za bolesnu odraslu osobu; dođite svoje bebe što je moguće duže, jer je majčino mlijeko najbolja hrana za bebe. Hranjenje bebe na prsima, bar prvih šest mjeseci života, značajno doprinosi prevenciji oboljenja u kasnijem životu a obezbjeđuje djetetu najbolje izbalansiran komplet hranjivih materija koje mu trebaju.

U cilju sagledavanja problema prisustva riziko-faktora za obolijevanje srca i krvnih sudova kod djece i omladine, te njihovog ranog otkrivanja, Kantonalni zavod za javno zdravstvo Zenica, uz pomoć relevantnih in-

Adresa autora: Kantonalni zavod za javno zdravstvo Zenica,
Služba za higijenu i zdravstvenu ekologiju, Fra Ivana Jukića br.2, Zenica,
Bosna i Hercegovina, tel.: +387 32 443 571, e-mail: smaildur@bih.net.ba

stitucija i srednjih škola, pokrenuo je akciju pripreme i etapnog izvođenja ciljanog sistematskog pregleda za otkrivanje povišenog krvnog pritiska i drugih faktora rizika kod srednjoškolske omladine. U tom smislu, molimo sve zainteresovane ustanove, roditelje i učenike da daju svoj doprinos uspješnosti ove akcije, koja je preteča daljim mjerama u ovoj oblasti preventivne zdravstvene aktivnosti; u ime Boga i za dobro čovjeka.

Naša deviza ovogodišnjeg Dana srca je: djeci i omladini treba zdravo srce za dug, srećan i produktivan život. Za ostvarenje toga cilja potrebni su osmišljeni i organizovani naponi pojedinca, porodice, prosvjetnih, sportskih i zdravstvenih radnika, te politička i materijalna podrška uže i šire društvene zajednice.

PREVALENCIJA RIZIKOFAKTORA DEGENERATIVNIH OBOLJENJA KRVNIH SUDOVA I SRCA KOD OMLADINE

Kardiovaskularne bolesti predstavljaju jedan od primarnih problema u cijelom svijetu. Jedno od najvećih otkrića savremene medicine zadnjih 50 godina bilo je otkrivanje faktora rizika za kardiovaskularne bolesti. Općeprihvaćeni faktori rizika kao što su: hipertenzija, hiperlipidemija, pušenje, dijabetes, povećana tjelesna težina, nepravilan način ishrane, nedovoljna fizička aktivnost, stresne situacije, spol, dob i drugi faktori, ako se stave pod kontrolu, evidentno utiču na smanjenje broja kardiovaskularnih oboljenja.

Danas je općeprihvaćeno da primarna hipertenzija odraslih može voditi porijeklo iz perioda djetinjstva i adolescencije. Stoga, povećan krvni tlak u dječijoj i adolescentnoj dobi postaje predmetom intenzivnih istraživanja. Posljednjih godina je načinjen značajan napredak u detekciji, evaluaciji i menadžmentu povećanog krvnog tlaka kod djece i adolescenata. Zahvaljujući razvoju nacionalnih baza podataka o nivoima krvnog tlaka u djetinjstvu, mogućnost identifikacije djece koja imaju povišen krvni tlak je poboljšana.

Cilj našega rada je bio da se utvrdi stopa prevalencije arterijske hipertenzije kod srednjoškolske omladine i njen značaj kao javnozdravstvenog problema, utvrditi stopu gojaznosti i drugih faktora rizika te povezanost ovih faktora rizika sa stopom prevalencije arterijske hipertenzije kod srednjoškolske omladine, kao vodećih rizikofaktora za razvoj degenerativnih oboljenja krvnih sudova i srca.

Ispitivanje je vršeno na uzorku od 1121 ispitanika, 306 mladića i 815 djevojaka, dobne skupine od 15 do 18 godina. Prvi stepen hipertenzije nađen je kod 8,21% ispitanika oba pola, a drugi stepen hipertenzije kod 2,85% ispitanika. Arterijska hipertenzija prvog stepena nađena je kod 8,82% mladića te kod 7,98% djevojaka, a hipertenzija drugog stepena kod 4,58% mladića i 2,21% djevojaka.

Analizom koeficijenata linearne korelacije nađene su sledeće signifikantno pozitivne korelacije: sistolna tenzija ispitanika signifikantno korelira sa BMI, tjelesnom težinom, tjelesnom visinom, debljinom kožnog nabora iznad tricepsa desne nadlaktice, WHR indeksom, obimom kukova, obimom struka i vrijednostima hemoglobina. Dijastolna tenzija ispitanika signifikantno pozitivno korelira sa BMI, tjelesnom težinom, tjelesnom visinom, WHR indeksom, obimom kukova, obimom struka, vrijednostima ukupnog holesterola i vrijednostima LDL-holesterola.

Sistolna tenzija ispitanika pozitivno korelira sa sistolnom i dijastolnom tenzijom majki, te sa sistolnom i dijastolnom tenzijom očeva. Dijastolna tenzija ispitanika pozitivno korelira sa sistolnom i dijastolnom tenzijom majki, te sa sistolnom i dijastolnom tenzijom očeva.

Epidemiološkim analitičkim metodama istraživanja i savremenom statističkom obradom podataka, kod mladića je nađen povećan relativni rizik obolijevanja (RR) sa koeficijentom pouzdanosti (OR) koji ukazuje na značajnost veze riziko faktora i obolijevanja od arterijske hipertenzije u odnosu na: gojaznost, hipertenziju u porodici, povećani stepen neurotičnosti, slabu fizičku aktivnost i vještačku ishranu u prva tri mjeseca života, dok je veza slabije izražena i nije statistički signifikantna u odnosu na: pušenje duhana, pasivno pušenje, konzumiranje alkoholnih pića i hipertrofičnost na rođenju. Kod djevojaka je nađen povećan relativni rizik obolijevanja (RR) sa koeficijentom pouzdanosti (OR) koji ukazuje na značajnost veze riziko faktora i obolijevanja od arterijske hipertenzije u odnosu na: gojaznost, hipertenziju u porodici, povećani stepen neurotičnosti, slabu fizičku aktivnost, pušenje duhana i pasivno pušenje, dok je veza slabije izražena i nije statistički signifikantna u odnosu na: konzumiranje alkoholnih pića, hipertrofičnost na rođenju i ishranu u prva tri mjeseca života.

U ovom ispraživanju je, epidemiološkim analitičkim metodama i statističkom obradom i analizom podataka,

utvrđeno: da arterijska hipertenzija ima značajan udio u morbiditetu srednjoškolske omladine i da predstavlja značajan javnozdravstveni problem, da su gojaznost i prisutna arterijska hipertenzija u porodici značajani riziko faktori za pojavu arterijske hipertenzije, da su dodatni riziko faktori za pojavu arterijske hipertenzije kod mladića dobne skupine od 15 do 18 godina: povećani stepen neurotičnosti, slaba fizička aktivnost i vještačka ishrana u prva tri mjeseca života, dok je veza slabije izražena i nije statistički signifikantna, ali ipak postoji,

u odnosu na: pušenje duhana, pasivno pušenje, konzumiranje alkoholnih pića i hipertrofičnost na rođenju, da su dodatni riziko faktori za pojavu arterijske hipertenzije kod djevojaka dobne skupine od 15 do 18 godina: povećan stepen neurotičnosti, slaba fizička aktivnost, pušenje duhana i pasivno pušenje duhana, dok je veza slabije izražena i nije statistički signifikantna, ali ipak postoji, u odnosu na: konzumiranje alkoholnih pića, hipertrofičnost na rođenju i vještačku ishranu u prva tri mjeseca života.

Nastanak onkološke službe na Zeničko – dobojskom kantonu

A.Mekić-Abazović

Urgentni blok Kantonalna bolnica Zenica

UVOD

Sama ideja o onkologiji stara je nepunih pet godina, kada se nas dvoje ljekara sa Urgentnog bloka – Mekić-Abazović Alma i Šišić Ibrahim, te dvoje ljekara sa Internog odjela Marković-Agačević Mirjana i Bureković Adnan, odlučujemo na subspecijalizaciju, a koja je utvrđena Pravilnikom Federalnog ministarstva zdravlja. Cilj ove informacije je ukazati na potrebu ovog Kantona za jednom takvom medicinskom granom, jer se svakim danom povećava broj onkoloških pacijenata.

EDUKACIJA

Krajem 2003., početkom 2004. godine starta se sa idejom o osnivanju Onkološkog odjela u Kantonalnoj bolnici Zenica. Tu počinju, ali ne završavaju administrativni problemi, koji svoj epilog, za nas nepovoljan, doživljavaju tek nakon dvije godine, kada je naš zahtjev za subspecijalizaciju odbijen.

To nas nije obeshrabrilo, nego osnažilo u namjeri da istrajemo do kraja. Aplicirali smo na Postdiplomski studij Medicinskog fakulteta u Beogradu, gdje smo u veoma jakoj konkurenciji, a sa izvrsnim preporukama naših mentora sa Onkološke klinike Regije Piemonte, primljeni na subspecijalizaciju Onkologije u okviru postdiplomskog studija. Program subspecijalizacije je utvrđen od strane Ministarstva zdravlja Republike Srbije i obuhvata praktični i teoretski dio, te odbranu stručnog rada iz oblasti onkologije, sve u trajanju od dvije godine.

Nedugo nakon našeg boravka u Beogradu, dobivamo Dekret iz Federalnog ministarstva zdravlja koji nas podupire u našoj odluci da ostvarimo ono što smo i zamislili.

Tim od tri onkologa i jednog hematologa je postigao izvanredan uspjeh po mišljenju naših mentora i eminentnih profesora, od kojih su neki i evropski profesori. U međuvremenu, saradnja sa onkolozima iz Italije se nastavlja, te se mi, boraveći po drugi put u Italiji, usavršavamo ne samo u opštoj onkologiji, nego i u on-

kološkoj hirurgiji (postavljane stentova za KT), što je nešto sasvim novo na prostorima Federacije, a što bi se moglo realizovati u bliskoj budućnosti.

Od same ideje pa do realizacije proteklo je dosta vremena. Ali vremena koje nije izgubljeno. Naprotiv! Sve u namjeri da naši onkološki pacijenti budu liječeni u svom Kantonu, da imaju što bolji tretman i jednostavniji način liječenja. Za to vrijeme mi smo educirali i оформili tim od četiri ljekara i jedanaest sestara i tehničara koji spremno čekaju svoje prve pacijente.

REZULTATI

Otvaranjem Onkološkog odjela u Kantonalnoj bolnici Zenica u sklopu Regije Piemonte Italija, postali smo deveti pol cjelokupne onkološke mreže Italije, a samim tim sasvim ravnopravno sa ostalim polovima – onkološkim centrima Italije, učestvujemo kako u stručnim, tako i u finansijskim momentima vezanim za onkologiju. S druge strane, ako se zna da je posljednjih godina, od 2003. pa na dalje, karcinom dojke kod žena, a karcinom prostate kod muškaraca na prvom mjestu po obolijevanju, a karcinom pluća na prvom mjestu po uzroku smrtnosti kod oba pola u SAD-u, slično i u Evropi (kao i u ZE – DO kantonu), sa enormnom stopom rasta onkoloških pacijenata, onda je jasno da je onkologija neophodna na ovim prostorima.

Suština je da se spoznala potreba za osnivanjem Odjela ovog tipa, a iskreno se nadam da će stručno i ljubazno osoblje pružiti svojim pacijentima maksimalnu pažnju, njegu i tretman.

Mnogo će se raditi na preventivi, a u tome ćemo usko sarađivati sa porodičnom medicinom koja ima svoj skrining program ranog otkrivanja karcinoma dojke, grlića materice i debelog crijeva. Na taj način ćemo imati pravi uvid u pogledu obolijevanja i smrtnosti od karcinoma u ZE – DO kantonu.

Nadam se da će onkologija potvrditi opravdanost svog postojanja vrlo brzo,

5. Juni – Međunarodni dan zaštite životne sredine 2007

S. Durmišević

Kantonalni zavod za javno zdravstvo, Zenica

SUŠTINSKI I AKTUELNI ZDRAVSTVENO-EKOLOŠKI PROBLEMI U SVIJETU I U NAŠOJ ZEMLJI

“Otapanje leda: vruća tema”, slogan je Svjetskog dana životne okoline u 2007. godini. Dokazi o promjeni klime na Zemlji najuočljiviji su u polarnim predjelima, gdje, usled globalnog zagrijavanja, dolazi do smanjenja veličine i gustine ledenog pokrivača. Ove promjene ugrožavaju staništa arktičkih životinjskih vrsta te imaju negativan uticaj na lokalne ljudske zajednice, dovodeći u pitanje njihove izvore hrane i u perspektivi kulturni identitet tih zajednica. Podizanje nivoa mora, kao posljedica topljenja ledenjaka, poplave u oštvrskim i priobalnim predjelima, suše, orkanski vjetrovi, bujice i druge meteorološke katastrofe ugrozit će veliki dio ljudske populacije, biljnih i životinjskih vrsta.

Zbog ekstremnih klimatskih katastrofa velike osiguravajuće kompanije plaćaju sve veće odštete, a time povećavaju osiguravajuće tarife, što ekonomski ugrožava svjetsku proizvodnju i trgovinu. Povlačenje i nestajanje glečera zabrinjava i opominje na nadolazeći zastrašujuć problem svjetskih razmjera: budućnost opskrbe vodom narastajućeg broja stanovnika u svijetu.

Sagorijevanje milona tona fosilnih goriva, uništavanje šuma, degradacija i neracionalno korištenje obradivog zemljišta, zagađenje tla, površinskih i podzemnih voda ugrožava društveni i ekonomski progres i dovodi u pitanje dalji historijski hod civilizacije.

Pod pojmom životne okoline podrazumjeva se sve ono što okružuje čovjeka. To su: zrak, tlo, voda, vegetacija i ostali živi svijet koji egzistira u tri sredine, međusobno povezane u dinamičnu ravnotežu. Biljni svijet koristeći mineralne tvari, energiju Sunca i ugljendioksid iz zraka sintetizira organske tvari i kiseonik, neophodne za život čovjeka i životinja. Uginule biljke i životinje vremenom se mineralizuju do anorganskih spojeva koji su polazna osnova za sintezu složenih organskih spojeva u biljkama, koje dalje koriste životinje i čovjek. To se neprestano dešava čineći vječni krug života i ravnotežu, koja je daleko od statične. Ključnu ulogu čine mikroorganizmi

koji razlažu organsku materiju do krajnjih anorganskih spojeva: vode, ugljendioksida i amonijaka, i tako omogućavaju obnovu i održavanje života na Zemlji.

Zrak, čiji omotač okružuje Zemlju do približno 970 km visine i koji ima masu od $5,3 \times 10^{15}$ tona. Pored kiseonika i azota, kao glavnih sastojaka, zrak sadrži vodu, ugljen dioksid, ugljenmonoksid, ozon, okside azota, plemenite gasove, različite organske spojeve, aerosole i različite čestice

Voda. Poznato je da $\frac{3}{4}$ Zemljine površine čine okeani, mora, jezera i rijeke – ukupno 1350 miliona km^3 vode.

Tlo na kome čovjek živi je neposredno vezano za njegov život i opstanak. Sastavljeno je od mineralnih tvari, organskih spojeva i vode. U njemu egzistira jedan zaseban živi svijet. Poseban značaj i ulogu imaju mikroorganizmi koji su prisutni u tlu. I ovdje oni imaju veliki utjecaj na reciklizaciju elemenata i jedinstvenost.

Navedeni resursi životne okoline izgledaju, na prvi pogled, neiscrpni, a amortizujuća uloga životnih medija na zagađenja beskrajna. Međutim, takvi utisci su, nažalost, varljivi i pogrešni.

Problematika zagađenja životne sredine je prisutna u čitavom svijetu. Mnoge rijeke su pretvorene u otpadne kanale bez života, priobalna mora su onečišćena, sa znacima poremećenog ekosistema, zrak gradova je sa prašinom i otrovnim plinovima, a tlo je zagađeno različitim otpadnim materijalima i toksičnim spojevima.

Zbog velike emisije polutanata, zagađenost životne okoline raste eksponencijalno a čovječanstvo još uvijek ne preduzima dovoljne mjere da bi se emisija polutanata ograničila. Mada je problem zagađenja zraka, koji je posebno izražen u naše vrijeme, poznat još od davnih vremena, tek pedesetih godina ovoga vijeka, poslije poznate katastrofe u Londonu, 1952. godine, donose se zakoni iz ove oblasti 1955. u SAD-u i 1956. u Velikoj Britaniji.

Na žalost, greške vezane za zaštitu zraka, koje su razvijene zemlje činile u svome razvitku, sada ponavljaju zemlje u razvoju. Danas se u atmosferu izbacuju milioni tona različitih čestica, gasova i para, koji drastično snižavaju kvalitet zraka, posebno u pojedinim urbanim i industrijskim sredinama. Najveći dio emitovanih polutanata se ponovo vraća na zemlju, često u obliku koji je još štetniji od primarno emitovanih polutanata.

Lokalni efekti zagađenja zraka se danas ispoljavaju najčešće iznad gradova u vidu promjene mikroklimе toga područja, a ogledaju se u:

1. povećanju godišnje temperature urbanih sredina,
2. smanjenje relativne vlažnosti za oko 2-8%,
3. povećanje količine padavina iznad gradova za 5-10%,
4. kisele padavine čiji pH dostiže i do 3 odnosno 5, umjesto 5,6 koliko je normalni pH kiše,
5. Zakiseljavanje površinskih voda u kojima se povećava otapanje metala, kao što su: aluminijum, mangan, kadmijum olovo i živa, kao i njihova povećana koncentracija u ribama, izazivajući njihov pomor, a preko lanca ishrane do povećanja ovih otrovnih elemenata u organizmima drugih životinja i ljudi. Ovaj problem je naročito izražen u velikom broju jezera u Norveškoj, Švedskoj i Istočnoj Kanadi. U pojedinim zemljama Evrope došlo je do zakiseljavanja i podzemnih voda.
6. Oštećenje šumske vegetacije, oštećenje spomenika kulture, fasada zgrada, metalnih konstrukcija mostova itd. Kisele padavine naročito razaraju karbonatna jedinjenja, prevodeći kalcijev karbonat u kalcijev sulfat, koji je u stvari gips, topiv u vodi. Tako je stradalo i stradava antičko nasljeđe Italije i Grčke.

Globalni efekti zagađenja zraka povezuju se sa promjenama klime na Zemlji a ogledaju se u sljedećim pojavama:

1. Povećanju koncentracije ugljendioksida i mogućeg nastanka fenomena "staklene bašte" sa povećanjem prosječnih godišnjih temperatura, topljenjem snijega na polarnim predjelima kao i pojavom sušnih perioda na zemlji.
2. Promjene koncentracije ozona u stratosferi su izuzetno značajne. Na smanjenje koncentracije ozona utiče stvaranje azotnih oksida kod letenja supersoničnih aviona u donjim slojevima stratosfere, povećana emisija halogeniranih hidrokarbonata i bromovih jedinjenja u atmosferu, a možda i upotreba velikih količina mineralnih đubriva. Za Evropu i

Sjevernu Ameriku proračunato je ukupno smanjenje ozona za oko 2,5 – 3,5%, sa tendencijom ubrzavanja te pojave tokom posljednjih decenija.

Razaranje ozonskog omotača, tj. povećanje štetnog ultraljubičastog zračenja doprinosi porastu broja oboljenja malignih neoplazmi kože i obolijevanju očiju kao kod ljudi, tako i kod životinja.

Smanjenje ozona za 1% povećava broj obolelih od raka kože za 2%. Promjene se uočavaju i na biljkama u vidu remećenja fotosinteze, oštećenje fitoplanktona itd.

Djelovanje zagađujućih materija na organizam čovjeka može biti akutno i hronično, kao i direktno i indirektno.

Indirektno djelovanje zagađujućih materija iz vazduha na zdravlje čovjeka nastaje kontaminacijom biljnog i životinjskog svijeta i materijalnih dobara.

Akutno djelovanje zagađenog zraka podrazumjeva izlaganje organizma većim koncentracijama zagađujućih materija u kraćem vremenskom periodu. Ovdje su najznačajniji sumpordioksid, azotni oksidi i ozon, koji imaju nadražajno dejstvo na sluznicu disajnih puteva i plućni parenhim.

Hronično djelovanje zagađenog zraka nastaje izlaganjem organizma manjim koncentracijama zagađujuće materije tokom dužeg perioda, a ogleda se u porastu hroničnih plućnih oboljenja: bronhitisa, astme, emfizema, pa i malignih oboljenja i alergijskih oboljenja. Zagađenje zraka dovodi se u vezu i sa promjenama na koži, krvotvornim organima, usporenim rastom i razvojem djece u područjima gdje su stalno prisutne značajne koncentracije zagađujućih materija u zraku.

Voda ima za čovjeka veliki fiziološki i ekonomski značaj. Ona ima svoja fizikalna, hemijska i biološka svojstva koja su odraz uslova pod kojima se voda nalazi u prirodi ili u nekom objektu. U tom pogledu, važno je da se određuje i prati kvalitet voda u prirodi, kao i u objektima iz kojih se stanovništvo opskrbljuje. Sa povećanjem standarda ljudi, urbanizacijom i razvojem industrije potrošnja vode raste, a time i količina **otpadnih voda**. Dolazi do ugroženosti i poremećaja prirodne ravnoteže usljed povećanog zagađivanja, što, osim gubitka kvaliteta vode, može imati dalekosežne posljedice.

Onečišćenje tla biološkim agensima još uvijek je jedan od važnih uzroka infekcija u zdravstveno manje prosvjećenim sredinama, dok je zagađenje tla otrovnim hemikalijama, koje se sve više upotrebljavaju (gno-

jiva, pesticidi, industrijski otpad) opasnost za zdravlje pretežno u zemljama koje su na većem stepenu ekonomskog razvoja.

Hrana se može kontaminirati u cijelom lancu od sirovine, preko prerade, transporta, skladištenja i distribucije do rukovanja prilikom priređivanja obroka, kao i vodom koja se pri tome upotrebljava. Glavna su onečišćenja biološka: bakterije, virusi, gljivice, helminti i protozoe; animalnog porijekla ili mikroorganizmi dospjeli iz okoline i hemijska: posebno metali, polihlorirani bifenili, organofosforni, organohlorini i karbamatski insekticidi, mada ne treba zanemariti i neka prirodna onečišćenja, npr. hepatotoksični aflatoksini koje proizvode neke plijesni.

Glavni izvori zračenja u okolini su sljedeći: prirodno zračenje, dijagnostičko rentgensko zračenje, terapijsko rentgensko zračenje, industrijska upotreba rentgenskog zračenja, nuklearne elektrane, mikrovalna zračenja. Procjenjuje se da je najmanje 50% populacije u razvijenim područjima izloženo djelovanju raznih oblika nejonizantnog zračenja: mikrovalne i infracrvene peći i grijači, laseri, mikrovalna komunikacija, laseri u medicini i dijatermija, radari, itd. Relativno se malo zna o mogućim zdravstvenim efektima nejonizantnog zračenja, ali su već u nekim zemljama doneseni standardi kojima se ograničuje ekspozicija. Pored toplinskih efekata, naročito na oko, kožu i testise, sumnja se na razne druge efekte koji uključuju i promjene kardiovaskularnog a možda i centralnog i perifernog nervnog sistema.

Komunalna buka postaje u novije vrijeme jedan od važnih problema javnog zdravstva. Sve intenzivnija buka u naseljima, a posebno gradovima, te naglo rastući broj izloženih stanovnika ovome faktoru spoljne sredine, postavljaju ovaj problem među prioritetne u zaštiti čovjeka od utjecaja štetnih faktora okoline. Glavni izvori buke u okolini su: saobraćaj, zračni saobraćaj, tehnološki izvori buke, te kućna buka. Izloženost buci dovodi do: gubitka sluha ili privremenog gubitka sluha te naglušnosti, smetnji odmora, sna i komuniciranja, buka doprinosi razvoju kardiovaskularnih oboljenja, psihičke napetosti ili pogoršanja mentalnih bolesti, i dr. Izvori štetnih faktora iz naselja i stana kao i njihovi učinci na čovjeka su mnogobrojni.

Sanitarно-higijenski manjkavo planiranje naselja dovodi do povećanja opasnosti od nesreća, ima negativne psihičke učinke zbog pomanjkanja rekreacijskih prostora, raznolikosti i dostupnosti drugih sadržaja,

što može uticati na provociranje ili pogoršanje bolsti uzrokovanih psihičkom napetošću. Prevelika gustoća naseljenosti u jednom naselju pomaže lakšem širenju zaraznih oboljenja i doprinosi pojavi hroničnih oboljenja među stanovništvom. Strukturni faktori, kao što su električna struja, peći i grijači, te akustika u stanu dovode do pveda i smrti zbog nezgoda usljed udara struje, požara i eksplozija kao i povećanja psihičke napetosti zbog sve prisutnijih akustičkih fenomena u stanu i naselju. Plinovi i prašine u stanu i naselju dovode do akutnih bolesti i smrti (npr. CO), pogoršanja bronhijalne astme, te povećanja prevalencije respiratornih i kardiovaskularnih oboljenja. Boje i otapala dovode do incidentnih otrovanja, kao što je trovanje djece olovnim bojama prisutnim u igračkama, mogu izazvati oštećenja bubrega i jetre, bolesti i smrti od požara. Kućni aparati nepravilnim rukovanjem ili zbog neispravnosti mogu izazvati električni udar i požar. Ostala kućanska sredstva (pesticidi, aerosoli za različite upotrebe, kozmetička sredstva, sredstva za čišćenje, i dr.), ako su dostupna djeci ili se njima nepravilno rukuje ili se ne poznaje njihovo dejstvo, namjena i način upotrebe, često puta dovode do akutnih ili hroničnih trovanja, akcidentalnih oštećenja očiju i kože te pogoršanja postojećih bolesti.

Savremeni i aktuelni ekološki problemi u svijetu, koji ugrožavaju životnu sredinu, zdravlje ljudi, životinja i biljaka, ekonomski razvoj i prosperitet ljudske zajednice su sljedeći: zagađenost cjelokupne životne sredine kritičnih razmjera, zagađenost površinskih i podzemnih voda, ograničene količine pitke vode, problem dispozicije-krajnjeg uklanjanja čvrstog i tečnog otpada, zagađivanje životne sredine hemijskim materijama, zagađenje atmosfere, razgrađivanje ozonskog sloja stratosfere, buka kao savremeni ekološki problem, demografska ekspanzija - eksplozivno povećanje broja stanovnika na Zemlji, ograničene mogućnosti proizvodnje i neravnomjerna i nepravedna distribucija hrane u svijetu, energetska kriza svjetskih razmjera, koja naročito pogađa nerazvijene i zemlje u razvoju.

Glavni sanitarно-higijenski problemi na našem području, koji generiraju nesigurnu i mogu generirati nepovoljnu epidemiološku situaciju su sljedeći: neredovna i nedovoljna javnozdravstvena kontrola vode za piće, naročito vode iz lokalnih vodovoda, bunareva, kaptiranih i nekaptiranih izvora, nedovoljna i neadekvatna dezinfekcija vode za piće u seoskim i mjesnim vodovodima, a voda u lokalnim vodnim objektima, bunarevima i kaptiranim izvorima se rijetko podvrgava

dezinfekciji, loše sanitarno-tehničko stanje lokalnih i opštinskih vodovoda, a posebno lokalnih vodnih objekata – seoskih i mjesnih vodovoda, bunareva, kaptiranih i nekaptiranih izvora. U situaciji kada nije riješeno uklanjanje tečnih i čvrstih otpadnih materija na higijenski zadovoljavajući način, tehnički neispravni vodni objekti predstavljaju stalnu opasnost za pojavu epidemija vodom prenosivih opasnih zaraznih bolesti, tifusa, paratifusa, dizenterije, zarazne žutice i dr., čak i ako bi se zanemarila dugoročna opasnost od zagađenja vode mnogobrojnih hemijskim materijama, a nebi se smjela zanemariti ova opasnost, koja može imati teratogene, mutagene i kancerogene zdravstvene posljedice, nekompletne i sanitarno-tehnički neispravne gradske kanalizacione mreže, nepostojanje sistema za prečišćavanje komunalnih i industrijskih otpadnih voda, nepostojanje ili sanitarno-tehnička neispravnost lokalnih objekata za uklanjanje čvrstih i tečnih otpadnih materija, koje kontaminiraju površinske i podzemne vode i tako stalno i dugoročno ugrađavaju zdravlje stanovnika, nedovoljna tehnička opremljenost komunalnih preduzeća, sa nedovoljnim brojem radnika uposlenih na neposrednom održavanju čistoće naselja, nezadovoljavajuće opće higijensko stanje naselja, neredovan odvoz smeća iz naselja, neriješeno pitanje odvoza i krajnje dispozicije smeća iz seoskih naselja, nedozvoljivo loše sanitarno-tehničko stanje i lokacija većine deponija krutih otpadaka, i drugi sanitarno-ekološki problemi.

U cilju zaštite zdravlja stanovništva od štetnih uticaja zagađene sredine, respektujući higijensko-epidemiološku situaciju, relevantni subjekti društvene zajednice bi trebali preduzeti sljedeće mjere: spriječiti devastaciju šuma i obradivog zemljišta i njihovo racionalno korištenje, rukovodeći se devizom da bez zdrave šume nema vode, a bez vode i kvalitetnog zemljišta neće biti zdrave hrane, pratiti, proučavati, sprečavati i uklanjati nepovoljne uticaje štetnih ekoloških faktora na zdravlje ljudi i na životnu okolinu, racionalno upravljati prirodnim resursima kroz ujednačeni odnos zaštite okoline i ekonomskog razvoja, spriječiti zahvate koji

ugožavaju životnu okolinu i zdravlje ljudi, životinja i biljaka, poticati korištenje obnovljivih sirovina i energije, sanirati oštećenja životne okoline i zdravlja ljudi i životinja na teret zagađivača, odgojnim, obrazovnim i drugim podsticajnim mjerama razvijati svijest o potrebi i obavezi zaštite životne okoline, tražiti moduse implementacije pozitivnih zakonskih propisa u oblasti zaštite životne sredine, obavještavati javnost o stanju okoline, kao i pravu i obavezi građana, privrednih i društvenih subjekata da učestvuju u zaštiti i unapređenju životne okoline, tražiti mogućnosti uklanjanja čvrstih otpadnih materija iz seoskih naselja na organizovan način, podsticati i tražiti izgradnju higijenskih objekata za uklanjanje tečnih otpadnih materija i fekalija u seoskim naseljima, promovirati i implementirati izgradnju regionalnih deponija i sistema za prečišćavanje otpadnih voda, obrazovati kadrove za rad u oblasti zaštite životne sredine kao i podržavati i podsticati naučno-istraživački rad u ovoj oblasti.

Ovogodišnji Svjetski dan zaštite životne okoline, na području Zeničko-dobojskog kantona, Kantonalni zavod za javno zdravstvo Zenica je posvetio problematici stanja i perspektiva uklanjanja opasnog medicinskog otpada sa javno-zdravstvenog aspekta. Analizirajući stanje u oblasti upravljanja opasnim medicinskim otpadom: hemijskim otpadom, farmaceutskim, infektivnim i radioaktivnim medicinskim otpadom, možemo reći da je stanje krajnje nezadovoljavajuće, te da opasni medicinski otpad, zbog sistema higijenski nezadovoljavajućeg prikupljanja, tretmana, transporta i krajnjeg deponovanja, prestavlja rizik od direktne kontaminacije i infekcije medicinskog i tehničkog osoblja, građanstva, zagađenja biljaka, zemljišta, površinskih i podzemnih voda. Štetne i potencijalno opasne materije iz ovoga otpada, ulazeći u lanac ishrane mogu dospjeti u vodu za piće, biljke, životinje i njihove proizvode te dospjeti u ljudski organizam. Ove materije, dospjele u ljudski organizam mogu proizvesti štetne, i u velikom dijelu još nepoznate, toksične, teratogene, mutagene i kancerogene efekte.

...O RELICENCIRANJU

Ljekarska komora Zeničko – dobojskog kantona je udruženje doktora medicine/stomatologije sa područja Kantona, čiji cilj je zaštita staleških interesa liječnika i unapređenje kvalitete rada liječnika. Veliki dio aktivnosti Komore usmjeren je na nadzor procesa licenciranja i relicenciranja u kojem ista sudjeluje organiziranjem edukacije i kontrolom procesa sakupljanja bodova za relicenciranje. Članstvo u Komori je obavezno. Članom Komore se postaje polaganjem stručnog ispita i pri učenju se stiče licenca za samostalni rad. Za dobivanje licence ljekar mora priložiti originalnu (ili ovjerenu fotokopiju) diplomu, uvjerenje o položenom stručnom ispitu i rodni list (a ukoliko posjeduje i uvjerenje o položenom specijalističkom ispitu). Član Komore ima obavezu obnavljanje licence (relicenciranja), a proces relicenciranja je regulisan aktima Komore i obavlja ga Komisija za registar članstva i za izdavanje, obnavljanje i oduzimanje odobrenja – licence za samostalan rad. Ovu obavezu definisao je 1997. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Svaki ljekar mora svoju licencu obnoviti svakih šest godina, u protivnom gubi pravo na samostalan rad.

Proces relicenciranja za sve ljekare Zeničko – dobojskog kantona uveden je 1999. i provodi ga Ljekarska komora priznavanjem bodova prema svojem Pravilniku (Pravilnik o sadržaju, rokovima i postupku stručnog usavršavanja članova Komore) i obavezuje ljekara da tokom 6 godina prikupi 60 bodova sudjelovanjem u tradicionalnim oblicima trajnog medicinskog usavršavanja (domaći i međunarodni kongresi i tečajevi, studijski boravci, stručni sastanci, simpoziji, predavanja i drugi stručni skupovi) ili pak objavljivanjem stručnih i znanstvenih radova, uključujući i sticanje stručnih i akademskih stupnjeva specijalista, magistra ili doktora znanosti.

Relicenciranje je, između ostalog, uvedeno i radi pacijenata, ali i zbog zaštite ljekarske struke u određenim situacijama. Tako se osigurava i poboljšava kvaliteta zdravstvene zaštite, a ljekari ostaju u trajnom procesu edukacije. Neki ljekari su se tome protivili smatrajući da je dovoljna diploma medicinskog fakulteta, ali Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 1997. godine, decidno definiše ovu problematiku i obavezuje ljekare na kontinuiranu edukaciju, koju komora prati kroz proces licenciranja i relicenciranja. Po zakonu ljekar je obavezan pacijentu pružiti najbolji i najmoderniji dijagnostičko – terapeut-

ski pristup, a u protivnom podliježe krivičnoj odgovornosti. Zbog toga je trajno praćenje medicinskih dostignuća u dijagnostici i terapiji obaveza svakog ljekara koju nadgleda Ljekarska komora – Komisija za edukaciju. S druge strane, zdravstvene ustanove na nivou Kantona obavezne su izraditi svoje protokole, što znači dimenzionirati svoje terapijsko – dijagnostičke mogućnosti i na taj način osigurati rad ljekarske profesije (a to je Komora i službeno tražila od svih zdravstvenih ustanova na nivou Kantona).

U zemljama zapadne Evrope postoje slični sistemi praćenja ljekarske edukacije od strane tamošnjih komora, i svi ljekari moraju biti registrovani, a njihova rad praćen od strane ljekarskih komora. Postoje i drugi obavezni oblici udruživanja ljekara preko nadležnih komora. Tako npr. u Velikoj Britaniji svi dobijaju dozvolu za rad od British Medical Councila, a moraju biti osigurani kod Medical Defence Uniona, u slučaju sudskih sporova. Slično je i u Francuskoj i Španjolskoj, gdje komore ne izdaju licence, ali provode nadzor nad etičkim ponašanjem i stručnim djelovanjem svojih članova, uz mogućnost zabrane rada zbog određenih incidenata. U Njemačkoj je obaveza da ljekari budu članovi ljekarske komore, kao i u većini zemalja istočne i srednje Evrope gdje su licence obavezne.

Ljekarska komora ZDK –a je prva od svih komora u BiH krenula u proces relicenciranja svog članstva.

Glavni problemi vezani za ovaj proces relicenciranja nastaju neblagovremenim dostavljanjem tražene dokumentacije Komori od strane ljekara koji, koji, iako su blagovremeno informisani, ne ispunjavaju tu obavezu.

Drugi problem je nastao sa doktorima stomatologije koji su članovi ove Komore i koji su članovi Federalne stomatološke komore, obzirom da Zakon ne predviđa Federalnu ljekarsku komoru doktora medicine, niti kantonalne komore doktora stomatologije. Taj problem rješavat će se u saradnji sa Komisijom za edukaciju Federalne komore doktora stomatologije.

U toku 2007. godine ističe licenca za 312 ljekara Zeničko – dobojskog kantona. Relicenciranje će se vršiti do kraja ove godine. Obrađeno je već 208 zahtjeva, a 19 doktora medicine/stomatologije se nije odazvalo na dostavljene obavijesti o relicenciranju (podaci prikupljeni u momentu pisanja ovog teksta).

Nadamo se da ćemo do kraja ove godine ovaj proces uspješno završiti za sve predviđene kandidate, a sankcije za one koji to ne ostvare propisane su aktima Komore:

„Ukoliko se desi da ljekar iz objektivnih razloga ne uspije sakupiti dovoljan broj bodova, mora pristupiti provjeri znanja prema posebnom ispitnom programu pred Ispitnom komisijom.

Ispitna komisija broji 3 člana i imenuje je Komisija za edukaciju.

Ispitni program utvrđuje Komisija za edukaciju.»¹

«Članu Komore može se obnavljati odobrenje za samostalan rad do 70 godina života pod uvjetom da ima opću zdravstvenu sposobnost. Nakon navršenih 70 godina života član Komore je dužan svake godine obaviti propisan zdravstveni pregled radi utvrđivanja opće zdravstvene sposobnosti. Nakon navršenih 75 godina života članu Komore se ne može produžiti odobrenje za samostalan rad.

Ukoliko član Komore ne udovolji uvjetima za obnavljanje odobrenja za samostalan rad obavezno se dostavlja izvještaj Ministru zdravstva.»²

Posebnu zahvalnost, kao predsjednik Komore upućujem predsjedniku i članovima Komisije za registar članstva i za izdavanje, obnavljanje i oduzimanje odobrenja – licence za samostalan rad (prof.dr.sci Sahib Muminagić, predsjednik, dr Ljiljana Šestić, zamjenik predsjednika, prim. dr Vasvija Šahinović, član Komisije, Prim.dr Nikica Radić, član Komisije, dr Mehdija Hodžić, zamjenik člana Komisije), koji su svojim velikim i nesebičnim zalaganjem završili kompletan proces licenciranja i prvi u BiH otpočeli proces relicenciranja, radeći svoj posao maksimalno savjesno i vjerodostojno.

Istu takvu zahvalnost iskazujem i Komisiji za edukaciju Komore ZDK-a, bez koje Komisija za registar ne bi mogla dobiti adekvatnu i kompletnu dokumentaciju.

Predsjednik Komore

Prim.dr Harun Drljević

¹ Pravilnik o sadržaju, rokovima i načinu stručnog usavršavanja članova Komore (Prečišćeni tekst)

² Statut Ljekarske komore Ze – do kantona (prečišćeni tekst)

Prilog raspravi o temama racionalizacije pružanja zdravstvenih usluga i osnovnom paketu

B. Karčić

Kantonalna bolnica Zenica, Služba za radiologiju

Komentar prim.dr.B.Karčića na dokumente dostavljene od Federalnog ministarstva zdravstva („Racionalizacija pružanja zdravstvenih usluga“ i „Osnovni paket prava pacijenata“), objavljen u cjelosti:

Što se tiče prijedloga racionalizacije pružanja zdravstvenih usluga – završni izvještaj iz decembra 2006. godine:

1. Nije jasno šta je stvarni cilj navedene racionalizacije: povećanje efikasnosti, racionalizacija i unapređenje zdravstvene zaštite ili davanja alibija pojedinim ustanovama zbog prekapacitiranosti (broj bolničkih ležaja) velikog broja kadrova – primjer KCU Sarajevo ili iznalaženje alternativnih nacionalno – medicinskih centara (Banja Luka – Foča, Mostar - Nova Bila)...
2. Nije jasno istaknuta metodologija uzimanja podataka iz zdravstvenih ustanova, te nisu istaknuti jasni kriteriji u gradaciji istih...
3. U nekim ustanovama kao što je Kantonalna bolnica Zenica istaknuti su netačni najjednostavniji podaci o udaljenosti u odnosu na Sarajevo , te medicinske ustanove u Travniku i Novoj Bili.
4. Svaki parcijalni koncept racionalizacije koji bi se odnosio na dio BiH – jedan entitet osuđen je prije ili kasnije na neuspjeh.

U odnosu na osnovni paket zdravstvenih usluga predlaže se:

1. Decidno pojedinačno navođenje usluga iz sastava obaveznog paketa zdravstvenog osiguranja,
2. Pojedinačno navođenje usluga za koje se plaća participacija, uz precizno navođenje izvora finansijskih sredstava – finansiranje za one kategorije koje su pod različitim okolnostima i osnovama oslobođene plaćanja participacije,
3. Striktno definisanje organa putem koga se vrši uplata sredstava zdravstvenog osiguranja i kontrola iste (Služba ministarstva finansija Kantona i sl.)

Hepalip forte za efikasnu obnovu jetrenih ćelija

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

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

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

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

Funkciju jetre mogu ugroziti sljedeći faktori: pretjerano konzumiranje alkohola, gojaznost, učestala konzumacija velikih količina masne i pržene hrane, pušenje, akutni i hronični hepatitis, šećerna bolest, dugotrajna upotreba nekih lijekova, toksične materije iz okoline. Probavni simptomi poremećene funkcije jetre uključuju mučninu, nepodnošenje masti, nadutost, periode proljeva i zatvora, te gubitak apetita.

Kad zataji "centralna laboratorija" u organizmu

U oboljenjima jetre nezavisno od etiologije, prisutno je oštećenje membrana i organela jetrenih ćelija hepatocita s gubitkom fosfolipida, strukturnog dijela membrana svih ćelija i organela koji imaju veliku ulogu u membranski-ovisnim procesima metabolizma i detoksifikacije, te u ćelijskoj regeneraciji. Hepalip forte kapsule obezbjeđuje egzogenu supstituciju fosfolipida koji se ugrađuju u membranske strukture jetrenih ćelija i tako

regenerišu membrane, povećavajući izmjenu hranljivih tvari i elektrolita kroz membrane, kao i aktivnost enzima ovisnih o fosfolipidima. Ugradnjom intaktnih visokoenergetskih molekula esencijalnih fosfolipida u hepatocite, oboljela jetra je pošteđena od trošenja energetskih zaliha koje bi bile potrebne za stvaranje strukturnih i funkcionalnih elemenata membranskog sistema. Hepalip forte kapsule najvećim dijelom čine esencijalni fosfolipidi koji su hemijskom strukturom slični endogenim fosfolipidima, od kojih su funkcionalno superiorniji zbog visokog sadržaja nezasićenih masnih kiselina. Kompleks vitamina (B1, B2, B6, PP i E) u sastavu kapsula Hepalip forte ima potpurnu metaboličku funkciju.

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



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

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

Bosnalijek d.d.

Domaći marketing i prodaja

Medicinsko-informativna služba

KONGRESI ...

2. Hrvatski koloproktološki kongres s međunarodnim sudjelovanjem

KB Split, Split, 08.11.2007.,

Dr. Kanito Bilan,

mob.: 091/5314-534

4. Hrvatski kongres medicine rada s međunarodnim sudjelovanjem – Zdravlje i rad – ključ života; 14. međunarodni kongres o službama medicine rada – Službe medicine rada u tranziciji u istočnoj i zapadnoj Europi

HD za medicinu rada HLZ-a, Znanstveni odbor za istraživanje i evaluaciju u službi medicine rada Međunarodne komisije za medicinu rada,

Dubrovnik, 08.-11.11.2007.

Kongresni servis Media Plus d.o.o.,

Šekoranja Milanka, dipl.ing.,

tel./fax.: 01/3665-164,

www.mediaplus.hr

200 EUR

1. Hrvatsko – Slovenski simpozij rehabilitacijske medicine i proslave 50. godišnjice rehabilitacijskog odjela bolnice Varaždinske Toplice

HD za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu HLZ-a, Združenje za fizikalno i rehabilitacijsko medicino Slovenskog zdravniškog društva, Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Varaždinske Toplice

Varaždinske Toplice, 09.-10.11.2007.,

Dr. Saša Moslavac,

tel.: 042/63-224

Za sudionike, članove oba društva nema kotizacije, ostali 1.000,00 kn

V Hrvatski kongres hitne medicine s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, HD za hitnu medicinu i Ustanova za hitnu medicinsku pomoć Zagreb

Zagreb, 15.-16.11.2007.

Gđa. Dubravka Nemet,

tel.: 01/4610-033,

fax.: 01/4550-125,

e-mail: uhmp-zg@zg.t-com.hr

do 30.06. članovi HDHM 140 EUR,

nečlanovi HDHM 150 EUR,

med.sestre/tehničari, studenti, stažisti,

umirovljenici 80 EUR

4. simpozij HD za pedijatrijsku kardiologiju i reumatologiju

HLZ, HD za pedijatrijsku kardiologiju i reumatologiju

Rijeka, 16.11.2007.,

DR. Hrvoje Kniewald,

tel.: 01/2388-529,

mob.: 091/5014-764

Specijalisti 700,00 kn, s

pecijalizanti/znanstveni novaci 200,00 kn,

umirovljenici bez kotizacije

10. simpozij o spolno prenosivim bolestima i urogenitalnim infekcijama – simpozij Slavka Schönwalda s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije,

Opatija, 07.-10.03.2008.,

Jasminka Blaha, Arijana Pavelić,

tel.: 01/4603-191,

fax.: 01/4603-295

2nd International Meeting of Otorhinolaryngologists and Head and Neck Surgeons

Malinska, Island of Krk, April 19th -20th 2008

Med.fak.Rijeka, Klinika za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata KBC Rijeka

Doc.dr.sc. Radan Starčević.

Mob.: 098/327-635,

fax.: 051/658-168,

e-mail: orl@kbc-rijeka.hr

Do 01.04.2008. 50 EUR,

poslije 01.04.2008. 100EUR,

osobe u pratnji 35 EUR

3. Hrvatski simpozij laser u medicini i stomatologiji s međunarodnim sudjelovanjem

Hrvatska udruga za laser u medicini – HULM,

Zagreb, 29.11.-01.12.2007.god.

Kongresni servis Media Plus d.o.o.,

Šekoranja Milanka, dipl.ing.,

tel./fax.: 01/3665-164

<http://laser.mediaplus.hr/hr/indeks.php>

1.000,00kn

6th International Congress on Mental Dysfunctions in Parkinsons Disease

Prof. Amos D. Korczyn, CO-Chairman, Prof. Heinz Reichmann, CO-Chairman Dresden, Germany,
October, 16.-19.2008. C/o Kenes International,
Geneva 1, Switzerland,
tel.: +41 22 908 0488,
fax.: +41 22 732 2850,
e-mail: pdment2008@kenes.com,
<http://www.kenes.com/PDMENT2008>

5th Congress EURONEURO 2008

January 17, 2008 – January 19, 2008, Maastricht/Netherlands,
Congress and Meeting Services Holland
Tel.: 011-31-411-611-199;
fax: 011-31-411-633-805;
e-mail: info@euroneuro.eu

28th International Symposium on Intensive Care and Emergency Medicine

18.03.-21.03.2008., Brussels/Belgium
Tel.: 32-25-553-631;
fax: 32-25-554-555;
e-mail: nta@intensive.org

EUROECHO 11

05.12.-08.12.2007. Lisbon/Portugal;
e-mail: euroecho@escardio.org

ESC Congress 2008

30.08.-03.09.2008. Munich/Germany
Tel. : 33-492-947-600 ; fax : 33-492-947-601

FDI Congress 2008,
septembar 24-27 2008.,
Stockholm/Sweden

EADV 2008 – 17th Congress of the European Academy Dermatology and Venerology

17.09.-21.09.2008.; Paris/France, EADV 2008/MCI,
tel.: 33-153-858-270;
fax: 33-153-858-283,
e-mail. Infoadvparis2008.com

European Breast Cancer Conference – EBCC-6

15.04.-19.04.2008. Berlin/Germany,
tel: 32-27-750-201;
fax: 32-20-070-200,
e-mail: EBCC6@fecsb.be

11th European Congress of Endocrinology

25.04.-29.04.2009., Istanbul/Turkey
Tel.: 44-1-454-642-247;
fax.: 44-1-454-642-222

16th ECO (European Congress on Obesity)

14.05.-17.05.2008., Geneva/Switzerland;
e-mail: eco2008@easoobesity.org

21st European Congress of Perinatal Medicine

Istanbul/Turkey, Septembar 10-13.2008.

35th European Congress of Citology

Septembar 27.-30.2009., Lisbon/Portugal
tel: 351-212-189-393,
fax.: 351-212-189-392,
e-mail : cytologylisboa2009@forumdideias.com

33rd European Society for Medicine Oncology (ESMO) Congress

Septembar 12.-16.2008., Stockholm/Sweden,
Tel.: 41-919-731-919,
fax.: 41-919-731-918,
e-mail: congress@esmo.org

22nd Congress of the European Rhinologic Society and the 27th International Symposium of Infection&Allergy of the Nose

June 15-20.2008., Heraklion/Greece,
tel: 00-302-106-667-046,
fax: 00-302-106-665-842
e-mail: a.papavassiliou@frei.gr

1st Central European Congress of Surgery

April 23-26.2008., Prague/Czech Republic;
tel: 42-0-284-001-444,
fax: 42-0-284-001-448,
e-mail: cecs@guarant.cz

The 1st World Congress on Controversis in Urology (CURY)

January 31, 2008 – February 03, 2008, Barcelona/Spain
Headquarters and Administration, 53 Rotschild Boulevard,
PO Box 68, Tel Aviv, 61000 Israel,
tel: 972-35-666-166;
fax: 972-35-666-177;
e-mail: info@comtecmed.com

predzadnja reklama

zadnja reklama korica