

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.com.ba

e-mail: ljkozedo@bih.net.ba

Sekretar redakcije: **Tatjana Žilo**

Naslovna strana:

Ahmet Hundur, "Bihać"

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

Ono što je novo u dopunama Pravilnika o kriterijima i postupku priznavanja zvanja primarijus je da će se izbor za dodjelu naziva primarijus ponovo vršiti svake godine (a ne svake druge kao do sada). To me ponukalo da napišem nekoliko svojih opažanja po tom pitanju...

Najvećim svojim dosadašnjim doprinosom u radu komore smatram realizaciju ideje o nastanku i međunarodnom priznavanju „Medicinskog glasnika“. Svakako da to ne bi bilo moguće bez doc.dr. Selme Uzunović – Kamberović – glavne urednice i kreatora ovog indeksiranog časopisa. Dva časopisa, „Medicinski glasnik“ i „Medicinski bilten“ zamišljeni su kao poligon za pisanje i objavljivanje stručnih i naučnih radova i publikacija doktora medicine/stomatologije ove komore, ali i kao prostor za razmjenu, objavljivanje i upoređivanje iskustava i radova između naših ljekara i drugih medicinskih autora sa drugih geografskih prostora. Objavljeni radovi u bilo kojem od ovih časopisa, uz radove objavljene na domaćim i međunarodnim kongresima, upisuju se u ličnu biografiju ljekara i validni su u procesu dodjele zvanja primarijus. Na žalost, motivacija za pisanje i objavljivanje stručnih i naučnih publikacija kod doktora medicine/stomatologije ovog Kantona je i dalje veoma slaba.

Pri nominiranju radova za dodjelu zvanja primarijus (član 2 tačka 2. Pravilnika zahtjeva: 10 objavljenih stručnih ili naučnih radova) primjećuje se da se pojedini kandidati predstavljaju kao koautori u radovima koji nemaju nikakve dodirne tačke s temom samog rada (potpuno različite specijalnost autora i koautora rada), kao i to da se skoro svi ljekari zdravstvene ustanove navedu kao koautori jednog rada, bez obzira na specijalnost i učešće u izvedbi samog rada?!?. Primijetili smo čak i plagiranje nekih radova i neistinito prikazivanje broja radova od strane pojedinih nominiranih kandidata, ali o tome ne želim pisati.

Pri nominiranju kandidata po članu 4 ovog Pravilnika koji kaže: "Izuzetno, zdravstvenom radniku sa najmanje 15 godina radnog staža, koji je dao značajan doprinos razvoju i unaprjeđenju zdravstva, te ostvario rezultate na području svog stručnog rada, može se dati naziv primarijus, i samo uz ispunjenje kriterija iz člana 2 tačke 4 (učestvo u radu nadležne komore) i tačke 5 (provođenje u svom radu kodeksa medicinske etike i deontologije)". Ponukan time, Izvršni odbor komore tražio je od matičnih zdravstvenih ustanova u kojoj kandidat radi da pismenim putem obavjeste komoru "kakav je to značajan doprinos razvoju i unaprjeđenju zdravstva, te u ostvarenju rezultate na području svog stručnog rada" nominirani kandidat te ustanove dao.

Bilo kako bilo, na redovnoj skupštini ove komore u januaru/siječnju 2009 godine tražicu od skupštine da se izjasni o kriterijima ove komore za dodjelu naziva primarijus, na što je svakako i obavezuje član 6 ovog Pravilnika.

Predsjednik Ljekarske komore ZDK
prim.dr. Harun Drljević

SADRŽAJ

- 5** TIMPANOPLASTKA SA OČUVANJEM MOSTIĆA
Đ. Hodžić
- 9** PREVENTIVNA STOMATOLOŠKA ZAŠTITA U ŠKOLSKIM ZUBNIM AMBULANTAMA
S. Hundur
- 11** KAKO NADOKNADITI MASIVNI GUBITAK KRV I U TOKU OPERATIVNOG ZAHVATA
R. Filipović
- 14** 19. NOVEMBAR – MEĐUNARODNI DAN HRONIČNE OPSTRUKTIVNE BOLESTI PLUĆA 2008
S. Durmišević
- 15** TREND KRETANJA KVALITETA ZRAKA NA PODRUČJU GRADA ZENICE (1987. – 2007.)
- 17** WORLD FOOD DAY 2008 - Svjetska sigurnost hrane – Izazovi klimatskih promjena i bioenergija.
S. Durmišević
- 19** KANTONALNI ZAVOD ZA MEDICINU RADA ZENICA
S. Lutvica
- 21** SA IZBORNE SKUPŠTINE ODRŽANE 2.2.2008. GODINE
- 23** STRUČNI SASTANAK SEKCIJE OTORINOLARINGOLOGA I CERVIKOFACIJALNIH HIRURGA F BiH
- 24** KAKO POSTATI DIO EVROPSKOG UDRUŽENJA KOMORA
- 25** NEKI OD ČLANOVA VAŽEĆEG ZAKONA O ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI F BiH
- 27** DEPRESIVNI POREMEĆAJI SU ČEŠĆI KOD ŽENA NEGO KOD MUŠKARACA
- 28** KONGRESI, SIMPOZIJI....



TIMPANOPLASTKA SA OČUVANJEM MOSTIĆA

Intact bridge tympanoplasty

Đenad Hodžić, Fahira Arnautović, Nermin Hrnčić

SAŽETAK

U radu je opisana vrsta timpanoplastike koja se koristi od 1982 god. Prvi ju je opisao Tos M. 1974 god. Ova se operacija može primijeniti kod oko 30% pacijenata sa hroničnom upalom srednjeg uha koja zahtijeva operaciju. Radikalno se očisti mastoid, odstrani se stražnji zid zvukovoda osim koštano mostića visine 2-3 mm iznad antruma. Mastoid se otvori prema zvukovodu. Rekonstrukcija bubnjića se uradi sa dehidriranom fascijom temporalnog mišića. Ventilacionom cjevčicom se poboljša ventilacija kavuma. Koštani mostić obezbjeđuje položaj membrane i dubinu kavuma. Rekonstrukcija lanca slušnih koščica se može izvesti odmah. Indikacija za ovu operaciju postavlja se na osnovu intraoperativnog uvida u funkciju tube. Dugotrajna disfunkcija tube je indikacija za primjenu ove vrste timpanoplastike.

Ključne riječi: hronična upala, koštani mostić, rekonstrukcija bubnjića, ventilaciona cjevčica, disfunkcija tube

ABSTRAKT

Kind of tympanoplasty is described in the work that has been used since 1982 year. First to describe was Tos M. This operation can be applied at 30% patients with chronic otitis media that demands operation. The mastoid is cleaned radically, the posterior bony wall removes except small 2-3 mm high bony bridge over the aditus ad antrum. Mastoid is opened into the external meatal cavity. The dehydrated temporal muscle fascia is used for eardrum reconstruction. The middle ear ventilation is aided by means of a ventilation tube. The high bony bridge maintains the normal depth of the cavum tympani and neomembrane position. Reconstruction for this operation is posed on the base of intraoperational inspection of tube function. Permanent disfunction of tube is indication for applying of this kind of tympanoplasty.

Key words: chronic inflammation, bony bridge, eardrum reconstruction, ventilation tube, tube dysfunction

Uvod

U operativnom zbrinjavanju upale srednjeg uha nastoji se sačuvati stražnji zid zvukovoda. To omogućava veći broj postupaka i metoda koji se mogu primijeniti da se dobiju bolji rezultati u rekonstrukciji uha i sluha nego što se dobiju primjenom radikalne timpanomastoidektomije (TMR). Očuvanje stražnjeg zida zvukovoda postiže se primjenom operacije timpanoplastika i mastoidektomija (T+M).

Petogodišnje praćenje rezultata kod pacijenata kod kojih je primijenjena T+M dalo je kod 27 % nezadovoljavajuće rezultate (1). Od njih 19% je imalo recidiv u upale srednjeg uha a 8% pacijenata je imalo neomembranu postavljenu medijalnije od anulus timpanikusa i vjerovatni razvoj upale uha u budućnosti. Drugi autori

navode slične rezultate nakon višegodišnjeg praćenja pacijenata (2,3).

Moguće poboljšanje rezultata T+M moguće je izvođenjem operacije koju je prvi opisao Tos M. 1982. god (4). Operacija nastoji da očuva dubinu kavuma a novostvorenu šupljinu mastoida ostavi otvorenu prema zvukovodu. Dubina kavuma se čuva tako što se ostavi tanki koštani mostić povrhu aditus ad antruma na koji se nasloni neomembrana. Ako se uz koštani mostić rekonstruišu slušne koščice i postavi cjevčica u bubnjić dobije se operacija koju je Tos nazvao *intact bridge tympanoplasty* (IBT) ili timpanoplastika sa očuvanjem mostića.

Postoperativni rezultati timpanoplastike tip III i tip IV po Wullsteinu, kada je u pitanju prag sluha, nisu bili zadovoljavajući radi malog kavuma timpani (5).

Ključ svake rekonstrukcije lanca slušnih koščica je dobro aeriziran kavum timpani te neomembrana u visini anulus timpanikusa.

Najbitniji faktor koji utiče na to da li ćemo očuvati ili žrtvovati stražnji zid zvukovoda je stanje Eustahijeve tube. O funkciji tube zaključujemo na osnovu intraoperativnog nalaza. Obliteracija kavuma timpani vezivnim priraslicama, adherentni ostaci bubnjića te granulacije u kavumu su jasan znak dugogodišnje jako loše funkcije tube.

Presudni faktori za očuvanje stražnjeg zida zvukovoda (T+M) su:

- *preoperativno* dobra funkcija eustahijeve tube
- *intraoperativno* nalaz koji obećava da će nakon odstranjenja patološkog procesa i uspostavljanja puteva za ventilaciju preko prednjeg i stražnjeg epitimpanona i hipotimpanona biti dostatna ventilacija kavuma timpani i mastoida

U slučaju loše funkcije tube i u slučaju vrlo malog mastoida sa spušenom durom odlučujemo se za IBT.

Za IBT se odlučujemo u slučaju (*indikacije*):

- loše funkcije tube auditave
- vrlo malog mastoida sa spušenom durom i anteponiranim sinus sigmoideusom

Kontraindikacije za IBT:

- postojeća endokranijalna komplikacija
- u vrijeme operacije postojanje gnojne upale uha izazvane *Pseudomonas aeruginosa* ili *Proteus mirabilis*.

Pacijentu se takođe mora pojasniti da postoje neka *ograničenja* nakon IBT-nemogućnost da roni i oprez prilikom kupanja.

IBT metode

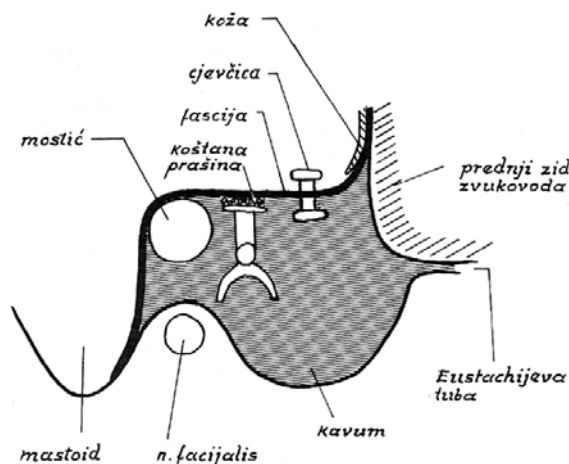
Retroaurikularni pristup, vaskularni režanj po Sheehyju. Uradi se mastoidektomija, odstrani patološki promijenjena sluznica, holersteatom i ostitičke promjene na kosti mastoida. Stražnji zid zvukovoda odstrani se koliko god je moguće, sve do koštanog grebena facijalisa. Iznad aditus ad antruma ostavi se koštani mostić debljine 2-3 mm. Ostala tri koštana zida se nastoje očuvati: prednji, gornji i donji. Prednji i stražnji epitimpanon se očiste. Glavica maleusa se odstrani samo ako je patološki pro-

mijenjena. Manubrijum maleusa i tetiva tenzora se očuvaju radi boljeg postavljanja neomembrane.

Najčešće se za neomembranu uzima fascija temporalnog mišića. Uzima se veći komad fascije, veličine 2,5 x 1,5 cm i nakon dehidracije se obradi i postavi na željeno mjesto. Ako su sačuvani ostaci vlastitog bubnjića bolesnika fasciju postavljamo ispod ostataka bubnjića (medijalno). Ako nema ostataka bubnjića fasciju postavljamo na deepitelizirani anulus ispod slobodnog reznja kože prednjeg, gornjeg i donjeg zvukovoda.

Straga se fascija stavlja preko očuvanog koštanog mostića u antrum matoideum. U slučaju kada holersteatom razori posterosuperiorni koštani zid zvukovoda koji ostavljamo kao koštani mostić, iz kortikalisa mastoida se formira koštani blok konkavan prema medijalno a konveksan prema lateralno. Ovaj se koštani blok nasloni na koštani kanal facijalisa a na njega se nasloni neomembrana i tako fiksira u željeni položaj. (6).

Ventilacija srednjeg uha se poboljšava postavljanjem cjevčice. Ona se postavlja ili u očuvani dio pacijentovog bubnjića ili u neomembranu prije rehidracije (prije postavljanja). Sl.1



Sl.1. Shematski prikaz IBT (*intact bridge tympanoplasty*); timpanoplastika sa očuvanjem mostića

Rekonstrukcija lanca koščica zavisi od intraoperativnog nalaza (interpozicijom koščica, protezicama: PORP ili TORP i sl.). Između lateralne površine proteze i neomembrane postavi se nešto koštane prašine ili komadić fascie ili perihodrija. Kod pacijenata kod kojih je udaljenost između neomembrane i glavice stapesa mala postavi se samo tanka hrskavična pločica radi poboljšanja transmisije zvuka. Palvinim subkutanim režnjem oblažemo novonastalu šupljinu mastoida. Vaskularni

režanj se proširi nešto prema lateralno uvrne u šupljinu mastoida.

Ovu vrstu timpanoplastike izvodimo nekoliko mjeseci i stoga je rano govoriti o rezultatima. Naša procjena je da bi se godišnje ovoj vrsti timpanoplastike moglo podrvgnuti 10 - 15 pacijenata. U ovom radi opisujemo dvije pacijentice kod kojih je urađena timpanoplastika sa očuvanjem mostića.

*

Pacijentica 35 godina, 2004 god rađena operacija: *mastoidectomia et tympanotomia posterior*.

OTS - veliki centralni defekt, adherentni ostaci membrane, gusti purulentni sekret

ADG - konduktivna naglušost sa pragom sluha 60-70 db u nižim frekvencijama te 50 dB na 2,3,4 kHz.

Retroaurikularni pristup, kožni, Palvin, vaskularni, timpanomeatalni režanj. Prikaže se šupljina mastoida, antrum atik te kavum. Sluznica većim dijelom blijeda nekrotična, atik i kavum ispunjeni polipoidnim granulacijama. Konstatuje se nedostatak dijela dugog kraka inkusa, prisutan suprastruktura stapesa, adhezije i granulacija kojima su obrasle koščice i hypotimpanon. Debridman ostataka membrane i odstranjenje patološki promijenjene sluznice. Fascija temporalnog mišića, dehidrirana, pripremi se i u nju se postavi ventilaciona cjevčica. Postavi se preko koštanog mostića u antrum i medijalno ("underlay"). Rekonstrukciju lanca ostavimo za 2. akt. T-plastika zvukovoda te završetak operacije kao kod TMR (otvorena tehnika).

*

Pacijentica 57 godina, slabo čuje, uho curi godinama, povremeno.

OTS: defekt membrane u pars flaccida te stražnji rubni defekt ispunjeni granulacijama i gustim purulentnim sekretom

ADG: mješovita naglušost sa pragom sluha na oko 60-70 dB

Bris uha: *Staphylococcus pyogenes*

Retroaurikularni pristup, kožni, Palvin, vaskularni, timpanomeatalni režanj. Prikaže se šupljina mastoida, antrum, atik (stražnji i prednji) te kavum. Kavum ispunjen polipoidnim granulacijama i ostacima hlosteatoma u atiku i oko koščica. Konstatuje se nedostatak dugog kraka inkusa i suprastrukture stapesa. Sluznica mastoi-

da blijeda, nekrotična, u cijosti izmijenjena. Žrtvuje se stražnji zid zvukovoda osim 2-3 mm tankog koštanog mostića. Odstrani se patološki promijenjena sluznica. Debridman membrane. Ventilaciona cjevčica se postavi u ostatke membrane. Dehidrirana fascija temporalnog mišića se postavi preko koštanog mišića u antrum i medijalno ispod ostataka membrane. T - plastika zvukovoda i završetak operacije kao kod TMR ("otvorena tehnika").

IBT pacijenti

Ovu vrstu timpanoplastike izvodimo nekoliko mjeseci. U ovom radi opisujemo dvije pacijentice kod kojih je urađena timpanoplastika sa očuvanjem mostića.

*

Pacijentica 35 godina, 2004 god rađena operacija: *mastoidectomia et tympanotomia posterior*.

OTS - veliki centralni defekt, adherentni ostaci membrane, gusti purulentni sekret

ADG - konduktivna naglušost sa pragom sluha 60-70 db u nižim frekvencijama, te 50 dB na 2,3,4 kHz.

Retroaurikularni pristup, kožni, Palvin, vaskularni, timpanomeatalni režanj. Prikaže se šupljina mastoida, antrum atik te kavum. Sluznica većim dijelom blijeda nekrotična, atik i kavum ispunjeni polipoidnim granulacijama. Konstatuje se nedostatak dijela dugog kraka inkusa, prisutan suprastruktura stapesa, adhezije i granulacija kojima su obrasle koščice i hypotimpanon. Debridman ostataka membrane i odstranjenje patološki promijenjene sluznice. Fascija temporalnog mišića, dehidrirana, pripremi se i u nju se postavi ventilaciona cjevčica. Postavi se preko koštanog mostića u antrum i medijalno ("underlay"). Rekonstrukciju lanca ostavimo za 2. akt. T - plastika zvukovoda, te završetak operacije kao kod TMR(otvorena tehnika).

*

Pacijentica 57 godina, slabo čuje, uho curi godinama, povremeno.

OTS: defekt membrane u pars flaccida te stražnji rubni defekt ispunjeni granulacijama i gustim purulentnim sekretom

ADG: mješovita naglušost sa pragom sluha na oko 60-70 dB

Bris uha: *Staphylococcus pyogenes*

Retroaurikularni pristup, kožni, Palvin, vaskularni, timpanomeatalni režanj. Prikaže se šupljina mastoida, antrum, atik (stražnji i prednji), te kavum. Kavum ispunjen polipoidnim granulacijama i ostacima holesteatoma u atiku i oko koščica. Konstatuje se nedostatak dugog kraka inkusa i suprastrukture stapesa. Sluznica mastoida blijeda, nekrotična, u cijosti izmijenjena. Žrtvuje se stražnji zid zvukovoda osim 2-3 mm tankog koštanog mostića. Odstrani se patološki promijenjena sluznica. Debridman membrane. Ventilaciona cjevčica se postavi u ostatke membrane. Dehidrirana fascija temporalnog mišića se postavi preko koštanog mišića u antrum i medijalno ispod ostataka membrane. T- plastika zvukovoda i završetak operacije kao kod TMR ("otvorena tehnika").

Rasprava

Danas se kod svakog trećeg bolesnika sa hroničnom upalom srednjeg uha, koji se podvrgne operaciji, primijeni IBT. Ranije smo kod trećine tih pacijenata, kod kojih uradimo IBT, radili TMR a kod dvije trećine T+M.

IBT je operativna metoda koja prvenstveno vodi računa o funkciji tube. Dugotrajno loša funkcija tube je ključ-

ni problem koji ova metoda pokušava da absolvi na uspješniji način od drugih operativnih metoda.

Mišljenja smo da otvaranjem šupljine mastoida u zvukovod i odvajanjem kavuma timpani od mastoida smanjujemo volumen zraka koji tuba mora izmijeniti. Na taj način poboljšavamo funkcionalnost tube i smanjujemo mogućnost pojave recidiva upale. Da bi još poboljšali ventilaciju bubnjišta u bubnjić postavljamo ventilacionu cjevčicu koju držimo najmanje 3 mjeseca. Kontrola stanja cjevčice i stanja bubnjića vršimo svakih 4 sedmice. Nakon vađenja cjevčice kontrola i dalje u istim vremenskim periodima. Pomicanje bubnjića medijalno je indikacija za ponovno postavljanje ventilacione cjevčice.

Poboljšanja u aeraciji bubnjišta koristimo za imedijetnu rekonstrukciju lanca.

Ključ svake rekonstrukcije lanca slušnih koščica je dobro aeriziran kavum timpani te neomembrana u visini anulus timpanikusa.

Stil života većine naših pacijenata je takav da IBT ne predstavlja bitno ograničenje u njihovom svakodnevnom životu i aktivnosti. Naši se pacijenti rijetko bave sportovima na vodi, pa mastoid otvoren prema zvukovodu bitno ne ograničava u uobičajenim svakodnevnim aktivnostima.

Literatura:

1. Ribarić K, Ivković M, Maksimović Z, Miličić D. Middle ear surgery: strategy and five - year - follow - up. Symp. Otorhinol Iug 1989;23
2. Sun J, Li H, Liu Y, Yuan W, Lin Y. Intact-bridge tympanomastoidectomy procedure: a reasonable option in the surgery of chronic otitis media and mastoiditis with cholesteatoma and/or granulation tissue. Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi, 2001 Dec; 36(6): 415-7
3. Paparella MM, Jung TT. Intact bridge tympanomastoidectomy (I.B.M.) - combining essential features of open vs. closed procedures. J Laryngol Otol. Vol. 97 Issue 7 Pg. 579-85 (Jul 1983)
4. Tos M. Modification of combined approach tympanoplasty in attic cholesteatoma. Arch Otolaryngol 1982;108:772-778.
5. Akeem O, Hearing Outcome after Canal Wall down Mastoidectomy and Wullstein Type III Tympanoplasty. East and Central African Journal of Surgery, Vol 12, No.2, November/December 2006, pp. 44-47
6. Jugo SB. The use of ventilating tube in tympanomastoid surgery for cholesteatoma. Cholesteatoma.U: Tosh M et al, ed. Proceedings of the international conference on cholesteatoma and mastoid surgery. Amsterdam, Barkley, Milano: Kugler & Ghedini Publications, 1988.1-5 pp.
7. Padovan I. Otolaringologija, Kirurgija uha. Zagreb: Školska knjiga, 1982, str.52.
8. Katanec T. Naš način ispitivanja ventilacijske funkcije Eustahijeve cijevi. Symp Otorhinol Iug 1980; 15:43-48
9. Sheehy JL. Intact canal wall tympanoplasty with mastoidectomy. Laryngoscope 1977; 77:1502-1542.
10. Plester D. European trends in tympanoplasty. Oto-Laryngol Soc Austral 1972; 3:320-324

PREVENTIVNA STOMATOLOŠKA ZAŠTITA U ŠKOLSKIM ZUBNIM AMBULANTAMA (edukacija nastavnika, roditelja i djece)

Samir Hundur

SAŽETAK

U svijetu postoje seminari i kursevi za medicinsko osoblje koje se obučava da radi posao preventive, kako u obdaništima, tako i u školama i u ustanovama u kojima rade.

Cilj rad je ukazati na prednosti rada stomatološkog tima u školskim zubnim ambulantama.

UVOD

Školska stomatološka zaštita predstavlja: sistemski, planski zdravstveni rad, koji ima za cilj da spriječi i blagovremeno liječi sva oboljenja usta i zuba u školske djece.

Prednost ovakvog rada sa djecom:

- školska djeca predstavljaju jednu organizovanu grupaciju kojoj pripadaju svi muški i ženski stanovnici jedne sredine;
- obavezno školovanje za svu djecu od 7 – 14 godina, znači mogućnost kontrole za jedan duži vremenski period.

Da bi se ovaj rad sa djecom izvodio, efikasno, ekonomično i sa uspjehom mora se zasnivati na slijedećim pravilima:

- nastojati da se obuhvate sva školska djeca;
- sistematski pregled bar jednom godišnje;
- zdravstveno vaspitanje provoditi intenzivno;
- pravilna higijena usta i zuba uz korištenje adekvatnih sredstava;
- redovni kontakti sa roditeljima;
- poboljšati saradnju sa menadžmentom škole, a u svrhu realizacije gore navedenog
- sistematski provoditi profilaksu;
- dijagnosticirati patološke promjene i liječiti ih blagovremeno.

Stomatološka zaštita treba da obuhvata svu školsku djecu, bilo da su sa, ili bez patoloških zbivanja u ustima i da im pruži zaštitu planski i organizovano.

Što se tiče rada sa školskom djecom, najbolje je da se stomatološka ambulanta nalazi u samoj školi (dobri uslovi za rad, ne remeti se nastava, dobra saradnja sa roditeljima).

Stručni kadrovi u ambulanti su specijaliste dječije i preventivne stomatologije i medicinske (stomatološke) sestre, koje su obučene za rad sa djecom.

Stomatološki rad u okviru sistematske školske zaštite odnosi se najviše na primjenu propilaktičkih mjera i blagovremenu sanaciju početnih patoloških stanja.

U školske djece zastupljena je mliječna i stalna denticija, te zbog toga profilaksu treba sprovoditi još u vrijeme mliječne denticije.

Plan i program sprečavanja nastanka i rane sanacije karijesa kod djece:

- uklanjanje mekih i čvrstih naslaga na zubima;
- glačanje, poliranje stare plombe;
- impregnacija preparatima fluora;
- zalijevanje fisura;
- plombiranje;
- liječenje gingivita.

ZAKLJUČAK

Anamneza, detaljan stomatološki pregled, dijagnoza i plan terapije- osnova su za uspješan rad u dječijoj stomatologiji.

Da bi preventivna stomatološka zaštita u školskim zubnim ambulantama bila potpuna, stomatolog mora da educira nastavno osoblje, roditelje i djecu (predavanja, filmovi, prikaz pranja zuba i sl.)

Izgled stomatološke ordinacije je bitan segment uspješnog i kvalitetnog rada stomatologa u školama.

Literatura:

1. Školske zubne ambulante u Hrvatskoj od 1947 – 1978;
2. Školske zubne ambulante u Hrvatskoj od 1874 – 1995;
3. Školska zubna ambulanta Medresa „Osman ef.Redžović“ – Vleiko Čajno – Visoko
4. 1977. O.Š. 1.maj, Alipašino Polje – Školska zubna ambulanta
5. Bečka medicinska škola 1745 / Školske zubne ambulante
6. Internet stranice

IN MEMORIAM



Ljubunčić Halid

Rođen 12.03.1944. godine u Sarajevu, 30.01.2007. godine preminuo u Zenici. Dr Halid Ljubunčić je zasnovao radni odnos u Službi za anesteziju i reanimaciju Kantonalne bolnice Zenica još davne 1979. godine. Njegove kolege i saradnici rado će ga se sjećati kao izuzetnog čovjeka i radnika.

Kolektiv službe za anesteziju i reanimaciju Kantonalna bolnica Zenica

KAKO NADOKNADITI MASIVNI GUBITAK KRVU U TOKU OPERATIVNOG ZAHVATA

HOW TO REPLACE MASSIVE OPERATIVE BLOOD LOSS

Filipović Ranka

Sažetak

Masivni gubitak krvi u toku operativnog zahvata još uvijek predstavlja veliki izazov za operativni tim sastavljen od hirurga, anesteziologa, transfuziologa i operativnog osoblja. Najvažnije dostignuće terapije je uspostava normovolemije, adekvatna oksigenacija i zadovoljavajuća koagulacija. Normalna tjelesna temperatura te zadovoljavajući elektrolitni i acidobazni status preduvjet su normalne funkcije kardiovaskularnog sistema. Masivni gubitak krvi definiše se kao:

- gubitak 50 % cirkulatornog volumena krvi za 3 sata ili kao
- gubitak 150,0 mil krvi na minutu ili kao
- 1,5 mil /kg /min više od 20 minuta

Normovolemija je najvažnija za prevenciju hemoragičnog šoka. Upotreba kristaloidnih i koloidnih otopina generalno je prihvaćena. Najbolja zamjena su transfuzije deplazmatizirane krvi. Terapija koagulopatije provodi se transfuzijama svježe smrznute plazme te koncentrata fibrinogena.

Ključna riječ: Normovolemija, Snabdjevenost kiseonikom, Koagulacija.

Summary

Massive operative blood loss still represents a major challenge for the operating team of surgeons anaesthetists, transfusion medicine professionals and nursing staff. The most important therapeutic achievement are the restoration of normovolemia, adequate oxygenation and sufficient coagulatory function. Normothermia and homeostasis of the electrolyte and acid-base balance are necessary for normal function of cardiovascular system.

Massive blood loss is defined as a loss of 3000,0 mil of blood or loss of

- 100 % of circulating blood volume within 24 hours or
- 50 % of circulating blood within 3 hours or
- 150,0 mil / min or
- 1,5 mil /kg /min over at least 20 minutes

The maintenance of normovolemia is crucial to prevent hemorrhagic shock. The combined use of crystalloids and colloids is generally accepted. The best replace is transfusion of leucocyte-depleted RBCs. The initial treatment of coagulation factor deficiency is the transfusion of fresh frozen plasma (FFP). During massive blood loss FFP transfusion can be replaced by fibrinogen concentrates.

Keywords: Normovolemia, Oxygen delivery, Coagulation.

Uvod

Masivno krvarenje u toku operativnog zahvata je kompleksna situacija koja zahtijeva interdisciplinarni tim i koordinirani postupak koji je baziran na jasnoj hijerarhiji prioriteta. Najznačajnije je rano prepoznati znake masivnog krvarenja i prijetjećeg hemoragičnog šoka.

Restitucija normovolemije i dopreme kiseonika tkivima prva su zadaća.

Prevencija koagulopatije te uspostava elektrolitne i acidobazne ravnoteže imaju podjednaku važnost.

Prikaz slučaja

Pacijentica stara 26 godina primljena na ginekološki odjel zbog indukcije poroda. Malformacija ploda utvrđena ultrazvukom u 21 nedelji trudnoće. Nakon poroda profuzno krvari iz materišta. I pored urođene instrumentalne revizije materišta krvarenje se ne zaustavlja. Pacijentica se upućuje u operacionu salu da se uradi hemostaza. Situacioni šavovi vagine i grlića materice ne uspiju zaustaviti krvarenje, te se pristupi histerektomiji. U toku operativnog zahvata pacijentica je u stanju hemoragičnog šoka. Intubirana, vještački ventilirana, bez mjerljivog pritiska i pulsa. U laboratorijskim parametrima niske vrijednosti hematokrita, poremećene vrijednosti koagulograma, visoke vrijednosti uree, kreatinina, metabolička acidoza, oskudna satna diureza.

Na ordiniranu terapiju: 5000,0 mil kristaloidnih otopina, 2000,0 mil koloidnih otopina, 26 doza koncentrovanih eritrocita, 10 doza svježe smrznute plazme, 10 doza krioprecipitata te kontinuiranu infuziju Dopamina krvarenje se zaustavlja, dobijamo zadovoljavajuću satnu diurezu.

Diskusija

Normovolemija igra glavnu ulogu u prevenciji hemoragičnog šoka i hipoksije. Hipovolemija i hemoragični šok uzrokuju smanjenje kapaciteta prijenosa kiseonika i posljedično tkivnu hipoksiju. Prijenos kiseonika u krvi kontrolira: srčani minutni volumen, volumen krvi, hematokriti, koncentracija 2,3 DPG u eritrocitima.

Odnos je izražen u jednačini.

$$VO_2 = V \times 1,34 \times Hb \times (SaO_2 - SvO_2)$$

VO_2 – doprema kiseonika u tkiva u jedinici vremena

V – protok krvi u minuti

1,34 – količina O_2 vezana za 1 gr hemoglobina

Hb – koncentracija hemoglobina

$SaO_2 - SvO_2$ – razlika između zasićenosti kiseonikom arterijske i venske krvi.

Snadbjevenost tkiva i organa kiseonikom (na prvom mjestu mozga i bubrega) najviše zavisi od koncentracije hemoglobina. Kritična koncentracija Hb je 3,1 gr /L

Povećanje koncentracije hemoglobina može se postići samo transfuzijom konc. eritrocita. Transfuzija konc. eritrocita bez plazme preporučuje se zbog smanjenja

rizika od oslobođenih citokina i posljedice po funkciju mnogih organa. Pri transfuziji jedne doze konc. eritrocita, konc. hemoglobina se poveća za 1 gr/dL, a hematokrit za 3 vol %.

Nastoji se održati konc. hemoglobina višom od 6 gr / dL, a kod rizičnih kardiovaskularnih bolesnika i do 8,0 gr /dL. Hemoragijski šok jasna je i logična indikacija za transfuzijsko liječenje. Posljedica gubitka velikog volumena krvi jest smanjenje cirkulirajućeg volumena i eritrocita, protoka krvi kroz krvne žile, perfuzije te transporta kisika i oksigenacije. Organizam raznim mehanizmima kompenzira smanjeni volumen krvi, a neki od njih su:

- vazokonstrikcija velikih krvnih žila kojom se mobiliziraju rezerve krvi iz pluća i vena.
- ubrzana i pojačana kontrakcija srca čime se povećava udarni i minutni srčani volumen
- prijelaz tekućine i albumina iz ekstravaskularnog u intravaskularni prostor
- ubrzana frekvencija i dubina disanja

Jakost koagulopatije ovisi o brzini i veličini gubitka krvi, kao i o volumenu i vrsti pripravaka kojima se izgubljeni volumen nadoknađuje. Hemostaza je teško održiva kada je protrombinsko vrijeme i aktivno parcijalno tromboplastinsko vrijeme veće od 1,8 puta od normale; konc. fibrinogena manja od 1,0 gr/L; konc. trombocita manja od $50 \times 10^9/L$; konc II, V, VII, VIII i X-tog faktora manja za 30 %.

Prevencija i liječenje koagulopatije provodi se:

- transfuzijama svježe smrznute plazme (SSP) u dozi od 15 – 25 mil/kg tj. težine. Transfuzija jedne doze SSP-e (volumena 250 – 300,0 mil) podiže vrijednost PT za 5 – 6 %, a PTT za 1 %.

U slučaju gubitka 1,5 L krvnog volumena konc. fibrinogena pada do kritične tačke od 1,0 gr/L što rezultira produljenim PT-om. U takvim situacijama transfuzije SSP-e zamjenjuju se koncentratom fibrinogena. Preporučene doze su 2 – 4 gr dnevno. Alternativa fibrinogenom je krioprecipitat (kombinacija fibrinogena, VIII-mog faktora i von Willebrandovog faktora).

Hipotermija

Masivni gubitak krvi dovodi do hipotermije. Nadoknada volumena u vidu kristaloidnih i koloidnih otopina u količini od 7 L snižava tjelesnu temperaturu za 0,4°C. Hipotermija usporava enzimatske reakcije kao i koagulacijske kaskadne reakcije za 10 % za svaki °C, sma-

njuje srčani minutni volumen, usporava transport O₂ i smanjuje eliminaciju lijekova iz jetre. Zato trebamo pacijenta zagrijati (ugrijanim pokrivačima te ugrijati preparate krvi i plazme koji dolaze direktno iz frižidera sa + 4°C)

Acido-bazna ravnoteža

Dugotrajna hemoliza rezultira pojavom hiperkalemije. Pacijenti su obično u acidozi koju treba korigovati hiperventilacijom i bikarbonatima.

Zaključak

Masivni gubitak krvi u toku operativnog zahvata je kompleksna situacija koja zahtijeva interdisciplinarni tim i koordinirani postupak (hirurzi, transfuziolozi, anesteziolozi). Koordinirani postupak uključuje:

- reastauraciju normovolemije
- suficijentnu oksigenaciju
- zadovoljavajuću koagulaciju
- homeostazu organizma ((normetermiju te adekvatan acido-bazni status)

Algoritam liječenja u masivnim iskrvarenjima prikazan je na tabeli broj 1.

Tabela broj 1.

	Hipovolemijski šok > 30 % gubitak krvi	Gubitak > 75% eritrocita	VIII i V f > 30 % APTV/PV>1,5 x	Fibrinogen > 30 % APTV/PV>1,5
Transfuzijsko liječenje	inf.kristaloida i koloida			
		transfuzije conc. eritrocita		
			inf. SSP-a i KRIA	
				conc.trombociti puna krv
0	0.5	1.0	1.5	2.0

Literatura

1. Predrag Lalević, Anesteziologija, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd 1999; 47: 796 – 817
2. Damir Grgičević i suradnici, Transfuzijska medicina u kliničkoj praksi, Medicinska naklada Zagreb 2006; 26: 318 – 320; 2006; 27: 325 – 330; 2006; 35: 388 – 391

19. novembar – Međunarodni dan hronične opstruktivne bolesti pluća 2008

Smajil Durmišević

Poruka povodom 19. novembra – Međunarodnog dana hronične opstruktivne bolesti pluća

Povodom 19. novembra – Međunarodnog dana hronične opstruktivne bolesti pluća, Kantonalni zavod za javno zdravstvo Zenica, preko MEDeko EPI Odjeljenja, skreće pažnju javnosti na globalni problem obolijevanja i umiranja od hronične opstruktivne bolesti pluća, od koje boluje oko 110 miliona ljudi širom svijeta. Od ove bolesti umire godišnje oko tri miliona ljudi, što čini oko 5% svih smrtnih slučajeva u svijetu. Samo u Velikoj Britaniji, od opstruktivne bolesti pluća umre oko 30.000 osoba godišnje, što je više od broja umrlih od karcinoma dojke, debelog crijeva ili prostate. Eksperti Svjetske zdravstvene organizacije predviđaju da će do 2030. godine hronična opstruktivna bolest pluća postati četvrti uzrok smrti u svijetu, a smrtnost od ove bolesti će se povećati za 30% u narednih deset godina.

Glavni rizikofaktori za razvoj opstruktivne bolesti pluća, kao hronične, progresivne i neizlječive bolesti, su: pušenje i pasivno pušenje, zagađenje zraka u komunalnoj sredini, zagađenje zraka u stambenim prostorijama i uredima, te zagađenje zraka štetnim materijama na radnim mjestima u proizvodnim pogonima i uslužnim djelatnostima.

Međunarodni dan hronične opstruktivne bolesti pluća se obilježava od 2002. godine, na inicijativu Globalne inicijative za hroničnu opstruktivnu bolest pluća, u saradnji sa zdravstvenim radnicima i organizacijama oboljelih od ove bolesti, sa ciljem bolje informisanosti o hroničnoj opstruktivnoj bolesti pluća, poboljšanju dijagnostike, liječenja i njege oboljelih, te podizanju svijesti o potrebi zaštite životne i radne sredine od zagađenja.

Međunarodni dan borbe protiv hronične opstruktivne bolesti pluća, 19. novembar 2008. godine, će se obilježiti u više od 50 zemalja, pod sloganom: „**Bez daha, da – bespomoćan, ne!**“. Ova pozitivna poruka ističe da svakoj osobi oboljeloj od opstruktivne bolesti pluća treba obezbjediti adekvatnu dijagnostiku, liječenje i njegu, što će pomoći da ove osobe žive aktivnijim, kreativnijim i sretnijim životom.

Povodom 19. novembra – Svjetskog dana borbe protiv opstruktivne bolesti pluća pozivamo relevantne subjekte u zakonodavnoj i izvršnoj vlasti, u zdravstvenim ustanovama, kolege ljekare i sve zdravstvene radnike, obrazovne i vaspitne ustanove, stručnjake svih profila i građane, proizvođače i zagađivače radne i komunalne sredine, da se pridruže borbi protiv zagađenja svih životnih medija – **zraka, vode i hrane** i za ostvarenje **osnovnog ljudskog prava – prava na zdravu životnu sredinu**.

Apelujemo na jedinstvo u borbi za zaštitu svih prirodnih resursa, a protiv devastacije i neracionalnog korištenja zemljišta, za zaštitu vodenih, šumskih, travnatih i drugih ekosistema, štiteći biodiverzitet i našu ljudsku, civilizacijsku i životnu perspektivu.

Zaštitimo čistoću zraka, vode i tla, zarad zdravlja i prosperiteta nas i naših potomaka. Dignimo glas protiv pohlepe i nemilosrdne težnje za profitom onih koji žive daleko i imaju previše, na račun onih koji žive ovdje, i koji, u nuždi, dobivši tek mrvicu od golemog profita, zalažu zdravlje, moje i tvoje, i svoje.

TREND KRETANJA KVALITETA ZRAKA NA PODRUČJU GRADA ZENICE (1987. – 2007.)

Smajil Durmišević

Kantonalni zavod za javno zdravstvo Zenica; Zdravstveni fakultet Univerziteta u Zenici

1. Djelovanje zagađenja zraka na zdravlje čovjeka

Efekti zagađenja zraka na zdravlje čovjeka su najznačajniji ali dosta teško mjerljivi. Osnovnu poteškoću čini utvrđivanje kvantitativne povezanosti između dugotrajnog izlaganja zagađenom zraku i efekata na zdravlje.

Drugi problem je razdvajanje uticaja zagađenosti zraka na zdravlje od efekata koje prouzrokuju razni faktori subjektivne prirode, kao što su pušenje, fizički napor, dijeta, uslovi života, radna atmosfera, nesljedni faktori, itd.

Djelovanje zagađujućih materija na organizam čovjeka može biti akutno i hronično, kao i direktno i indirektno. Indirektno djelovanje zagađujućih materija iz zraka na zdravlje čovjeka nastaje kontaminacijom biljaka, životinja i materijalnih dobara.

2. Kronično djelovanje zagađenog zraka

U velikom broju studija dokazano je da povećano zagađenje atmosfere naselja izaziva oboljenja i pogoršava stanje bolesnika od sljedećih bolesti: akutna nespecifična oboljenja respiratornog trakta, kronični bronhitis, kronične obstruktivne ventilatorne smetnje, plućni emfizem, bronhijalna astma, rak pluća.

3. Akutno djelovanje zagađenja zraka

Akutno djelovanje podrazumjeva izlaganje organizma većim koncentracijama zagađujuće materije u kraćem vremenskom periodu. Sumpordioksid i sumportrioksid, azotni oksidi i ozon imaju izrazito nadražajno dejstvo na sluznicu disajnih puteva i plućni parenhim. Oni su uzročnici osnovnog toksičnog dejstva pri akutnim epizodama povećanog zagađenja zraka.

U literaturi je opisan čitav niz slučajeva u kojima je u vezi sa naglim povećanjem koncentracije zagađenja u zraku došlo do katastrofalnog povećanja smrtnosti i obolijevanja. Takvi slučajevi su zabilježeni u Londonu 1880., 1892., 1948. i 1952. godine, u Glazgovu 1909. i 1925., u dolini rijeke Meuse u Belgiji 1930., u Donori u SAD 1948. godine. Opisani su slučajevi trovanja sa

H₂S iz atmosfere u Poza Rica, Meksiko, 1950. i trovanje berilijumom putem atmosfere u SAD, 1942.

4. Posebni faktori rizika za obolijevanje zbog zagađenosti zraka na području grada Zenice

Stanovnici Zenice, kao centra crne metalurgije Bosne i Hercegovine, su izloženi visokom riziku obolijevanja od respiratornih bolesti, kao posljedici tehnološkog procesa proizvodnje u pogonima koji su visoki zagađivači životne sredine. Na visoke rizike obolijevanja od akutnih respiratornih oboljenja utiču: velike emisije sumpordioksida i prašine, posebno prašine sa visokim sadržajem olova, kadmijuma i drugih teških metala, nitroznih plinova, ugljenmonoksida, fluorida, amonijaka, policikličkih aromatskih ugljovodonika, i drugih naročito štetnih organskih spojeva.

Glavni izvor zagađivanja zraka u Zenici su postrojenja crne metalurgije iz čijih se pogona nanose velike količine prašine i dimnih plinova u glavno urbano područje locirano, praktično, uz same pogone. Nivo zagađenosti zraka u Zenici ne zavisi samo o količinama emitovanih štetnih tvari, nego i o prirodnim uslovima, geografskim karakteristikama, meteorološkim elementima, stanju atmosfere, uslovima emitovanja, visini dimnjaka.

Zenička kotlina, dužine oko 12 km, širine oko 2 km, nadmorske visine oko 350 m, oivičena je okolnim brdima visine oko 1000 m, dok je visina dimnjaka oko 100 m, najviše 150 m, što znači da u Zenici preovladavaju slaba zračna strujanja, slabi uslovi disperzije štetnih tvari, odnosno prisutni su mnogi elementi koji pogoduju visokoj zagađenosti zraka.

Industrija gvožđa i čelika je uvijek bila snažno povezana sa životnom okolinom, i to ne samo zbog vođenja tehnološkog procesa, nego i zbog koristi koju čine mnogi njeni proizvodi, zbog njezinog uticaja na čovjekov način življenja. Zadnjih 100 godina u svijetu se povećala proizvodnja gvožđa i čelika za oko 30 puta.

Za proizvodnju 1 t sirovog gvožđa potrebne su sirovine: 2 t rude + 1 t krečnjaka + 0,5 t koksa + 3,5 t zraka. Pored

1 t sirovog gvožđa, dobije se: 0,8 t šljake + 0,2 t prašine + 5 t plina. Drugim riječima, za redukciju 2 t željezne rude do 1 t sirovog gvožđa treba 3,5 t zraka, a pri tome nastaje 5 t plina. Ako se ovome doda 0,2 t prašine, onda jasno slijedi zaključak da količina ulaznog zraka i izlaznog plina i prašine značajno premašuju količine čvrstih komponenti ispuhe, kao i količinu ostalih čvrstih proizvoda. Podaci o količinama potrebne vode još su impresivniji – troši se i do 150 t vode po proizvodnji 1 t sirovog gvožđa. Ovi podaci pokazuju da industrija gvožđa i čelika snažno ugrožava životnu okolinu.

5. Realne mogućnosti za pojavu epizoda vrlo visoke zagađenosti zraka u kasnu jesen i zimi

U Zenici je bila redovita pojava epizoda visoke zagađenosti zraka zbog nepovoljnih meteoroloških uslova u kasnu jesen i zimi. Izgradnjom industrije i grada u uslovima jedne zatvorene kotline, sa malo prostora za jedno i drugo, stvaraju se antropogeni faktori klime, koji u svojoj krajnosti modificiraju klimu. Na području zeničke kotline preovladavaju jugozapadni i sjeverni vjetrovi, što doprinosi nanošenju polutanata na glavno urbano jezgro Zenice, koje se upravo nalazi na pravcu puhanja ovih vjetrova.

Naročito su poznate dvije epizode visoke zagađenosti zraka u Zenici. Jedna od ovih epizoda desila se krajem decembra 1987. i početkom januara 1988. godine. Prema kriterijima i njemačkih i američkih propisa u Zenici je tada bilo četiri dana najvišeg III stepena alarma, tri dana II stepena i nekoliko dana I stepena alarma. U naselju Tetovo bilo je tada neprekidno 7 dana najvišeg trećeg stepena alarma. Posebno je bila teška situacija u januaru 1989. godine. Tada je utvrđen veoma veliki broj dana najvišeg stepena alarma.

6. Pregled kretanja koncentracija SO₂ i ukupnih lebdećih čestica u zraku grada Zenice

Prosječne godišnje koncentracije sumpordioksida u Zenici u periodu 1987. – 1989. godina, znatno su bile iznad graničnih vrijednosti za urbana područja (90 µg/m³ zraka), i to: 210 µg/m³ zraka u 1987. godini, 177 µg/m³ zraka u 1988. godini, te 190 µg/m³ zraka u 1989. godini.

Prosječne godišnje koncentracije sumpordioksida u Zenici u periodu 1997. – 2006. godina su značajno niže nego u prethodnom periodu, i niže su od graničnih vrijednosti (90 µg/m³ zraka) ali su u 2006. godini veće od ciljnih vrijednosti kvaliteta zraka (60 µg/m³ zraka).

Prosječne godišnje koncentracije lebdećih čestica u Ze-

nici u periodu 1987. – 1989. godina, znatno su bile iznad graničnih vrijednosti (150 µg/m³ zraka), i to: 172 µg/m³ zraka u 1987. godini, 170 µg/m³ zraka u 1988. godini, te 175 µg/m³ zraka u 1989. godini.

Prosječne godišnje koncentracije lebdećih čestica u Zenici u periodu 1997. – 1999. godina su značajno niže nego u prethodnom periodu i koncentracije su bile ispod graničnih vrijednosti (150 µg/m³ zraka), a kretale su se blizu gornje granice ciljnih vrijednosti godišnjeg prosjeka koncentracije lebdećih čestica (75 µg/m³ zraka).

7. Stanje kvaliteta zraka u 2007. godini na području grada Zenice

Koncentracije SO₂ i ukupnih lebdećih čestica u zraku na području grada Zenice mjerene su u 2007. godini od strane Metalurškog instituta «Kemal Kapetanović» na tri mjerna mjesta: Institut, Crkvice i Tetovo.

Kada se promatra cijela 2007. godina može se zaključiti da su godišnje prosječne koncentracije SO₂ u 2007. godini porasle na sva tri mjerna mjesta, u odnosu na 2006. godinu, i to: na mjernom mjestu „Institut“ za 28%, „Crkvice“ za 25% i „Tetovo“ za 17%. Prosječne godišnje koncentracije ukupnih lebdećih čestica u 2007. godini su opale, u odnosu na 2006. godinu, i to: na mjernom mjestu „Institut“ za 5% i „Crkvice“ za 17%.

U toku kalendarske 2007. godine prosječna dnevna koncentracija SO₂ je bila veća od 240 µg/m³ **duže od 7 dana**, i to: na mjernom mjestu „Institut“ **44 dana**, „Tetovo“ **34 dana**, a **10 dana** na mjernom mjestu „Crkvice“.

Koncentracija ukupnih lebdećih čestica je bila veća od 350 µg/m³ na mjernom mjestu „Institut“ 3 dana a na mjernom mjestu „Tetovo“ 6 dana (dozvoljeno najviše 7 dana u godini).

Obzirom da ne raspolažemo podacima o prosječnim koncentracijama polutanata mjerenim u jednom satu, ne možemo analizirati eventualna prekoračenja „pragova uzbune“, koji predstavljaju prosječne koncentracije mjerene u vremenu od 1 sata, a održavaju se namanje 3 uzastopna sata, za SO₂ > 500 µg/m³, za ukupne lebdeće čestice > 400 µg/m³ zraka.

Maksimalne dnevne prosječne koncentracije SO₂ su dostizale koncentracije od **903 µg/m³** (24.12.'07.) na mjernom mjestu „Institut“, **618 µg/m³** na mjernom mjestu „Crkvice“ (22.12.'07.) i **756 µg/m³** zraka na mjernom mjestu „Tetovo“ (24.12.'07.).

WORLD FOOD DAY 2008

Svjetska sigurnost hrane – Izazovi klimatskih promjena i bioenergija.

Smajil Durmišević

Tema ovogodišnjeg Svjetskog dana hrane, 16. oktobar 2008. godine, je: **Svjetska sigurnost hrane – Izazovi klimatskih promjena i bioenergija**. Ovakva tema Međunarodnog dana hrane 2008. godine odražava sve veću svijest međunarodne zajednice o presudnoj ulozi prilagođavanja klimatskim promjenama u borbi protiv gladi i siromaštva.

Općom deklaracijom o ljudskim pravima iz 1948. godine priznato je pravo na hranu kao jedno od osnovnih ljudskih prava. Ovo pravo je uključeno i u sadržaj Međunarodnog ugovora o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima, koji je usvojen 1966. godine i koji je ratifikovan od strane 156 država, tako da je Ugovor postao obavezujući za države potpisnice. Općim komentarom 12, Komiteta ekonomskih, socijalnih i kulturnih prava iz 1999. godine, data su stručna tumačenja i definicije ovoga prava. Svjetska organizacija za hranu i ishranu, FAO, dala je 2004. godine Smjernice prava na hranu, kao potporu za realizaciju prava na adekvatnu ishranu u kontekstu nacionalne sigurnosti hrane.

Od 3. do 5. juna 2008. godine održana je u Rimu Konferencija na visokom nivou o sigurnosti hrane, na kojoj je prisustvovalo 5.139 osoba, od toga 1300 novinara, sa delegacijama iz 181. zemlje u kojima su bila 43 šefa država ili vlada i preko 100 ministara. Konferencija je postavila krizu sa hranom u pročeље globalnog programa razvoja i istakla potrebu za većim ulaganjem u poljoprivredu, neodgodivom potrebom povećanja poljoprivredne proizvodnje i poboljšanjem upravljanja resursima relevantnim za ovu proizvodnju kao što su tlo, voda i biološka raznolikost biljnog i životinjskog svijeta.

Iako se pravo na hranu sve više integriše u državne ustave i nacionalna zakonodavstva, iako su postignuti značajni napredci u implementaciji ovoga i ostalih ljudskih prava, možemo sa žaljenjem konstatovati da i 49 godina poslije donošenja Opće deklaracije o ljudskim pravima, pravo na hranu, kao osnovno ljudsko pravo, nije realizovano za oko 862 miliona ljudskih bića, od kojih je oko 799 miliona u nerazvijenim i ze-

mljama u razvoju, te konstatovati da je u svijetu 923 miliona slabo uhranjenih osoba, i da se taj broj povećao za 75 miliona u posljednje tri godine. Za postizanje cilja Svjetskog samita o hrani, o polovičnom smanjenju broja slabo uhranjenih osoba u svijetu do 2015 godine, već sada se može reći da nije uspjelo. Globalno zagrijavanje, klimatske promjene i potražnja za biogorivom dodatno prijetu da povećaju broj gladnih u decenijama koje dolaze.

Da bi se ublažili teški efekti globalnog zagrijavanja, klimatskih promjena i korištenja biomase za proizvodnju energenata, preporučujemo relevantnim subjektima i organima vlasti na svim nivoima da odmah i kontinuirano pristupe provođenju sljedećih mjera:

- Aktiviranje ljudskih i institucionalnih resursa za izučavanje uticaja klimatskih promjena na poljoprivredu i šumarstvo na lokalnom nivou i za iznalaženje modela i metoda uspješne proizvodnje u novonastalim uslovima.
- Promocija i implementacija novih i adekvatnih znanja i vještina u lokalnoj zajednici u poljoprivredi, šumarstvu i ribarstvu i poboljšanje upravljanja resursima vode, očuvanja poljoprivrednog zemljišta, primjeni otpornih vrsta u ratarstvu, stočarstvu i voćarstvu.
- Poboljšati tačnost i produžiti period vremenskih i klimatskih prognoza.
- Razvijati metodologije i modele upravljanja rizicima u slučaj vremenskih nepogoda i prirodnih katastrofa.
- Potrebno je razvijati i usklađivati politiku i planove o upotrebi zemljišnih, vodenih i šumskih resursa te sigurnosti hrane i vode.
- Potrebno je raditi analize modela **trošak-korist** u sistemu zaštite od klimatskih promjena, posebno u poljoprivredi, vodoprivredi i šumarstvu
- U izgradnji novih kapaciteta za proizvodnju, skladištenje i distribuciju hrane potrebno je promovirati i podržavati modele zasnovane na interesima povećanja proizvodnje, smanjenja cijene i povećanja zdravstvene sigurnosti.

- Potrebno je podržati, usvojiti i implementirati Međunarodne programe prilagođavanja klimatskim promjenama u oblasti proizvodnje, prometa i dostupnosti hrane najširoj populaciji.

Povodom 16. oktobra – Svjetskog dana hrane pozivamo relevantne subjekte u zakonodavnoj i izvršnoj vlasti, u zdravstvenim ustanovama, kolege ljekare i sve zdravstvene radnike, obrazovne i vaspitne ustanove, stručnjake svih profila i građane, proizvođače hrane i trgovce, da se pridruže borbi protiv gladi i za ostvarenje **osnovnog ljudskog prava – slobode od gladi**, u borbi za zaštitu prirodnih resursa za proizvodnju hrane, a protiv devastacije i neracionalnog korištenja poljoprivrednog zemljišta, u borbi za zaštitu vodenih, šumskih, travnatih i drugih ekosistema, štiteći biodiverzitet i našu ljudsku, civilizacijsku i životnu perspektivu .

Jedna od najvažnijih mjera za sprečavanje i suzbijanje oboljenja, za unapređenje zdravlja, radne i odbrambene sposobnosti naroda je obezbjeđenje dovoljnih količina zdravstveno ispravne hrane. Apelujemo na relevantne

subjekte u zakonodavnoj i izvršnoj vlasti da maksimalnu pažnju i brigu posvete uspostavljanju institucija i donesu kvalitetne zakonske i podzakonske akte, koji će omogućiti implementaciju međunarodnih standarda u sistemu obezbjeđenja zdravstvene sigurnosti hrane, koji će omogućiti proizvodnju, promet i izvoz kvalitetne i zdravstveno ispravne hrane, te omogućiti uvoz neophodnih vrsta sirovina i gotove hrane, sa zakonskim propisima i institucijama koje će garantovati zdravstvenu ispravnost uvezene hrane i zaštitu zdravlja potrošača.

Osigurati da svaka djevojčica i dječak, žena i muškarac imaju pristup adekvatnoj hrani i ishrani na trajnim osnovama, je ne samo moralni imperativ i ulaganje sa visokim ekonomskim povratom, nego je realizacija fundamentalnih ljudskih prava.

Svaka kap pitke vode je dragocjena, svaki centimetar uništenog poljoprivrednog zemljišta je nenadoknadiv gubitak, a svako posječeno zdravo stablo je nasilje čovjeka nad samim sobom.

KANTONALNI ZAVOD ZA MEDICINU RADA ZENICA

Početak današnjeg Kantonalnog zavoda za medicinu rada bila je Zdravstvena stanica osnovana 1955. godine u krugu Željezare Zenica. Bio je to odgovor na objektivnu potrebu da se radnicima tek izgrađene nove Željezare u Zenici pruži efikasna zdravstvena zaštita.

Ubrzani rast Željezare, i s tim u vezi sve veći obim potreba za uslugama medicine rada, uzrokovali su 1962. godine osnivanje ordinacije sa 24-satnim radnim vremenom, koja je pružala zdravstvene usluge na nivou doktora medicine. U cilju što efikasnijeg rada formirano je, do 1968. godine, u Željezari 11 ordinacija opšte prakse, koje su radile do početka 90-tih godina. Kao vrhunac rada i višegodišnje saradnje sa privredom grada, Zdravstvena stanica je početkom 1969. godine, zahvaljujući dostignutoj kadrovskoj osnovi, tehničkoj opremljenosti i implementiranom dijapazonu i kvalitetu zdravstvene zaštite radnika, stekla sve propisane zakonske uslove za prerastanje u Zavod za medicinu rada Željezare Zenica.

Reorganizacijom zdravstva na teritoriji Zeničko-dobojskog kantona, koja je praktično započela sa 01.01.2006.godine, Kantonalnom zavodu za medicinu rada Zenica povjerena je djelatnost specifične zdravstvene zaštite radnika, konsultativno-specijalistička i javno zdravstvena djelatnost medicine rada, a sve sa ciljem smanjenja povreda na radu, kao i profesionalnih i drugih oboljenja iz rada.

Kantonalni zavod za medicinu rada Zenica je **jedina zdravstvena ustanova u ZE-DO kantonu koja u cjelosti ispunjava propisane uvjete prostora, kadra i opreme za obavljanje svih vrsta prethodnih i periodičnih ljekarskih pregleda radnika**, utvrđenih Pravilnikom o uslovima za utvrđivanje radnih mjesta sa posebnim uslovima rada i ljekarskim pregledima radnika na tim radnim mjestima/Službeni list SR.BiH broj 21/91/, **kao i uslove za obavljanje ljekarskih pregleda radnika koji se upućuju na rad u inostranstvo.**

Danas Kantonalni zavod za medicinu rada ima 92 zaposlenika i organizacioni oblik koji je dostignut kroz 53 godine postojanja i razvoja. Dio sredstava neophodan za egzistenciju ove ustanove ostvaruje se od Kantonalnog zavoda za zdravstveno osiguranje Zenica po ugovorima za rad Komisije na ocjeni radne sposobnosti uslijed privremene spriječenosti za rad, te usluga na obradi pacijenata za IK.

Ipak, djelatnost KZMR-a je najvećim dijelom usmjerena na tržište, te glavninu prihoda ostvaruje komercijalno ugovarajući izvršenje usluga specifične zdravstvene zaštite sa privatnim poslodavcima i učestvujući na tenderima javne nabavke sa državnim preduzećima.

Zahvaljujući radu velikog broja liječnika različitih specijalnosti i bogatog iskustva, KZMR-a svakodnevno posjećuje i veliki broj fizičkih lica tražeći stručnu pomoć, kako u dijagnosticiranju bolesti, tako i u liječenju.

KZMR je opremljen savremenom opremom za dijagnostiku koja je dobrim dijelom obnovljena u periodu 2006-2008.godina. Tako je nabavljen novi ultrazvučni aparat color doppler, uređaj za ergometriju, spirometriju, ORL oprema, EMNG za neurološke pretrage, te nova laboratorijska oprema i oprema za stomatološku ordinaciju.

Od ukupnog broja zaposlenih KZMR ima 25 ljekara:

2 subspecijalista / gastroenterologije i hepatologije, kardiologije/ i 16 specijalista: medicine rada, opšte medicine, interne medicine, fizikalne medicine i rehabilitacije, specijalista za očne bolesti, ginekolog, pneumoftizilog, specijalista za mikrobiologiju i parazitologiju, neuropsihijatriju, radiologiju, specijalista urgentne medicine, specijalista stomatološke protetike i 1 stomatolog, kao i 6 ljekara specijalizanata : 2 medicine rada, po jedan iz ginekologije, neurologije, oftalmologije, pneumoftizilogije.

Bitno je napomenuti da jedan ljekar ima naučnu titulu doktora nauka, a devet počasnu - primarijusa. Sve ne bi funkcionisalo bez ostalog osoblja koje čine: specijalista medicinske biohemije, 3 VSS zdravstvena saradnika: inženjer fizike, inženjer hemije, psiholog, 2

VSS nemedicinska radnika, te prateće osoblje VŠ i SS struke.

U okviru Službe medicine rada, koja je nosilac aktivnosti KZMR-a, vrše se slijedeći ljekarski pregledi:

- periodični pregledi za radna mjesta sa posebnim uslovima rada u skladu sa Zakonom o zaštiti na radu
- prethodni pregledi pri zapošljavanju
- sistematski pregledi
- ciljani kontrolni pregledi
- pregledi sa ciljem verifikacije profesionalnih bolesti i prijava istih
- pregledi pri upisu u škole i fakultete
- pregledi u cilju dobivanja dozvole za boravak u BIH
- pregledi vozača amatera i profesionalaca
- pregledi lica za posjedovanje i nošenje oružja, zaštitara, deminera i vojnih lica
- konsultativno specijalistički pregledi za ocjenu privremene i radne nesposobnosti, te pregledi u sklopu obrada za IK
- pregledi za opšta ljekarska uvjerenja za sud
- sanitarni pregledi
- pregledi sportaša

U okviru iste Službe značajnu ulogu imaju i slijedeća Odjeljenja:

- odjeljenje za profesionalnu patologiju i toksikologiju i ocjenu radne sposobnosti (prevencija profesionalnih oboljenja) i timska obrada i priprema za IK
- odjeljenje higijene rada sa kabinetima:
- kabinet za ispitivanje fizičkih faktora (obavljanje periodičnih pregleda i ispitivanja iz oblasti zaštite na radu: fizičkih, hemijskih ili bioloških štetnosti i mikroklima i mjerenje i vrednovanje nivoa buke)
- kabinet za ispitivanje bioloških faktora/ mikrobiološka ispitivanja/
- kabinet za ispitivanje hemijskih faktora

Osim Službe za medicinu rada u KZMR-a postoje i :

- služba za opštu zdravstvenu zaštitu sa blokom za intervencije
- služba za zdravstvenu zaštitu zuba i usta
- služba za laboratorijsku dijagnostiku
- konsultativno specijalistička služba medicine rada sa dijagnostikom i liječenje u odnosu na uslove i zahtjeve radnog mjesta.

Korisnici naših usluga izražavaju zadovoljstvo kvalitetom rada zaposlenika KZMR-a, o čemu se posebno vodi računa, a što nas i motivira da ubuduće bude još bolje.

DIREKTOR
Sajma Lutvica



Sa Izborne skupštine održane 2.2.2008. godine

Izborna skupština Ljekarske komore Ze – do kantona, održane je dana 2.02.2008.godine, sa početkom u 11 sati, u sali hotela Dom penzionera u Zenici. Od ukupno pozvana 124 delegata prisustvovalo je 86.

Usvojen je Izvještaj o radu za period 7.02.2004. – 2.2.2008. godine i o finansijskom poslovanju Ljekarske komore ZE-DO kantona Zenica za period od 1.1.2007. godine – 30.11.2007.godine, kao i izmjene Statuta Ljekarske komore Zeničko – dobojskog kantona (prečišćeni tekst):

- Izmjenom člana 12. utvrđeno je da članstvo u Komori prestaje nakon tri mjeseca uzastopnog neplaćanja članarine, poslije uručene opomene;
 - Izmjenom člana 15. promijenjen je broj delegata Skupštine: U javnim zdravstvenim ustanovama na području kantona bira se na svakih 10 ljekara jedan delegat. Ukoliko zdravstvena ustanova ima do 10 ljekara ima pravo izabrati jednog delegata. Privatne zdravstvene ustanove sa područja kantona biraju ukupno 6 delegata;
 - Izmjenom člana 17. utvrđeno je da se materijali moraju dostaviti delegatima najmanje 10 dana prije održavanja skupštine;
 - Povećan je broj članova Izvršnog odbora na predsjednika, zamjenika i osam članova (predstavnik privatne prakse), te je istom dato u nadležnost da donosi sve pravilnike Komore, poslovničke o radu organa i tijela Komore, da bira i razrješava predsjednike i članove Komisija;
- utvrđeno je da Sud Komore prvog stupnja ima predsjednika, zamjenika predsjednika i 7 članova, a Sud Komore drugog stupnja ima predsjednika, zamjenika predsjednika i 5 članova;
- Komisija za praćenje pravila/kodeksa medicinske etike i deontologije i Komisija za pružanje zaštite građanima su objedinjene u jednu;
 - Članom 46. Statuta Ljekarske komore Zeničko dobojskog kantona (prečišćeni tekst) utvrđeno je da Strani državljanin može dobiti licencu za samostalan rad: nakon nostrifikacije diplome, regulisane boravišne i radne dozvole, te regulisanog radnog odnosa u javnoj ili privatnoj zdravstvenoj ustanovi. Licenca se izdaje na period na koji se izdaje i boravišna, odnosno radna dozvola

Za predsjednika je ponovo izabran prim.dr Harun Dr-ljević, a za zamjenika predsjednika prim.mr.sci.dr Esad Hasanićević.

U Izvršni odbor izabrani su:

1. dr Elvira Ljevaković, spec.fizikalne med. i rehab, DZ Zenica, predsjednik Izvršnog odbora
2. dr Branka Gajanović, spec.PM/OM, DZ Zenica, zamjenik predsjednik Izvršnog odbora
3. dr Nermina Škaljo, spec.fizikalne med., DZ Kakanj, član
4. dr Zijada Smajlagić, spec.epidem., DZ Visoko, član
5. prim.dr.Anto Jelić, spec.školske medicine, DZ Vareš, član
6. mr.sci.dr.Ramo Meškić, spec. interne med., DZ Zavidovići, član
7. prim.dr.Samir Hundur, spec.pedodont, DZ Tešanj, član
8. dr Suada Šestović,spec.medicine rada, DZ Maglaj, član
9. dr Edina Kapidžić-Pepić, spec.pedijatar, KB Zenica, član
10. mr.sci.dr Muvedeta Lemeš, spec.interne medicine, PZU Poliklinika „Intermed“

Jednoglasno je odlučeno da Izvršni odbor Ljekarske komore Ze - do kantona verifikuje izbor ostalih organa Komore, prema dostavljenim prijedlozima iz zdravstvenih ustanova i dopunjenih kandidata na Skupštini, vodeći računa o zastupljenosti zdravstvenih ustanova po opštinama, te su izabrani sljedeći:

Sud Komore prvog stupnja:

1. Bodul dr Mirjana, KZZMR Zenica
2. prim.dr.Miroslav Spasojević, DZ Kakanj
3. dr Amir Mašić, DZ Olovo
4. dr Haris Đerzić, DZ Zavidovići
5. prim.dr.Ibrahim Cero, KB Zenica
6. dr Bećir Dinar, DZ Vareš
7. dr Oliver Radoš, DZ Žepče
8. prim.dr Enver Šabanović
9. dr Doma Petrović



Sud Komore drugog stupnja

1. Ruvić dr Nermina, DZ Maglaj
2. dr Izet Hasić, KZZMR Zenica
3. Bjelopoljak dr Sajma, spec.oftalmolog, DZ Kakanj
4. dr Hajrudin Kotorić, spec.opće med., DZ Tešanj
5. mr.sci.dr.Amir Denjalić, spec.opće hirurgije, OB Tešanj
6. Osmić dr Vahidin, DZ Zavidovići
7. dr Olga Milanović, DZ Vareš

Tužitelj i zamjenik Tužitelja

1. Humkić-Mustafić dr Maida, DZ Zavidovići, tužitelj
2. dr Jasmina Ljubović, DZ Maglaj, zamjenik tužitelja
3. dr Faketa Kadić, doktor stomatolog, DZ Kakanj, zamjenik tužitelja
4. dr Sabina Delić-Bikić, KB Zenica, zamjenik tužitelja

Nadzorni odbor Komore:

1. prim.dr. Dragutin Anić, KZZMR Zenica, predsjednik
2. prim.dr Abdulkerim Mulasmajić, DZ Maglaj, zamjenik predsjednika
3. prim.dr.Safeta Kahvić, spec.pedijatar, DZ Tešanj, član
4. dr Geza Čeh, spec.anesteziolog, KB Zenica, član
5. dr Alma Mulić, DZ Žepče, zamjenik člana
6. dr Mejrema Ismić, spec.pedijatar, DZ Kakanj, zamjenik člana

U Komisiju za edukaciju izabrani su:

1. Doc.dr.sci.Belma Pojskić, Kantonalna bolnica Zenica, predsjednik,
2. doc.dr.sci. Besim Prnjavorac, Opća bolnica Tešanj, zamjenik predsjednika,
3. mr.sci.dr Senad Ljuca, Kantonalna bolnica Zenica, član,



4. prim.mr.sci.dr Senka Balorda, DZ Kakanj, član,
5. dr Senada Pašić, DZ Žepče, član,
6. dr Emir Hondo, DZ Tešanj, član,
7. dr Predrag Šešlija, DZ Vareš, član,
8. dr Dijana Šarić, Kantonalni zavod za medicinu rada, član,
9. mr.sci.dr Larisa Gavran, DZ Zenica, član

U Komisiju za registar članstva i za izdavanje , obnavljanje i oduzimanje odobrenja/ licence za samostalan rad izabrani su:

1. dr Alma Tanković, KZZMR Zenica - predsjednik
2. dr Senada Dizdarević, DZ Žepče, zamjenik predsjednika
3. dr Orhana Grahić, KB Zenica, član
4. Drnda-Čičeklić dr Emira, DZ Maglaj, član
5. dr Adin Huremović, DZ Zavidovići, zamjenik člana
6. Avdagić dr Hatidža, DZ Visoko, zamjenik člana

Komisija za kolegijalnu pomoć

1. dr Razija Dedić, DZ Zenica, predsjednik, predsjednik
2. dr Edin Avdić, spec.med.rada, DZ Breza, zamjenik predsjednika
3. Lazić dr Mladena, DZ Maglaj, član
4. dr Ljiljana Sejdinović, spec.epidemiolog, DZ Tešanj, član
5. Hodžić dr Galjina, spec.PM/OM, DZ Zavidovići, član

Komisija za praćenje pravila/kodeksa medicinske etike i deontologije i za pružanje zaštite građanima

1. prim.dr.Meliha Branković, spec.anesteziolog, KB Zenica, predsjednik
2. dr Sabina Zahirović, DZ Vareš
3. prim.dr.Ljiljana Arslanagić, KZZMR Zenica
4. dr Adisa Čamdžić, KB Zenica
5. dr Jasna Mehičević, spec.školske med., DZ Visoko



Stručni sastanak Sekcije otorinolaringologa i cervikofacijalnih hirurga Federacije Bosne i Hercegovine

Dana 07. i 08. II. 2008 u hotelu Zenica održan je sastanak Sekcije otorinolaringologa i cervikofacijalnih hirurga Federacije Bosne i Hercegovine. Organizator skupa bio je ORL odjel Kantonalne bolnice Zenica.

Skupu su se odazvali skoro svi specijalisti i specijalizanti otorinolaringologije i cervikofacijalne hirurgije iz federacije B i H. Glavni sponzor sastanka bio je Bosna-lijek, a organizaciju su potpomogli Ljekarska komora ZDK, Hotel Zenica i drugi.

Teme obradjene na skupu:

- 1.) Upale srednjeg uha
- 2.) Stenoze traheje
- 3.) Plan i program specijalizacije za specijalizante iz ORL

U okviru teme o stenozama traheje, kao gost predavač, na skupu je bio prisutan prof.dr B. Baroš, torakalni hirurg iz Novog Sada, sa velikim iskustvom u oblasti hirurškog liječenja stenoza traheje. Sa prof.B.Barošem od ranije je ORL odjel KBZ imao uspješnu saradnju u zbrinjavanju stenoza traheje i edukaciji kadra. U toku skupa, pod vođstvom prof Baroša, uspješno je uradjena jedanaesta operacija stenoze traheje na našem odjelu.

Na skupu su ljekari sa ORL odjela KBZ uzeli aktivno učešće u svim temama. Prezentovali su dvije teme iz oblasti otologije, od sedam ukupno prezentovanih tema; učestvovali u operativnom zahvatu stenoze traheje, te inicirali uskladjivanje plana i programa specijalizacije iz otorinolaringologije sa evropskim standardima.

Nermin Hrnčić

Služba za ORL Kantonalne bolnice Zenica



KAKO POSTATI DIO EVROPSKOG UDRUŽENJA KOMORA (CPME-a)

Dana 05.3.2008.godine u Domu penzionera u Zenici održan je sastanak komora Federacije BiH, a po pitanju izbora zajedničke delegacije komora sa teritorija Federacije BiH i odlaska iste na sastanak CPME (Stalni komitet ljekara Evrope) u Ljubljani 14.-15.03.2008. Za predsjednika Inicijativnog odbora je izabran prim.dr Harun Drljević, a kao članovi delegacije izabrani su:

- prof.dr. Ismet Cerić, predsjednik delegacije;
- prof.dr. Adem Balić, zamjenik predsjednika;
- dr. Elvira Ljevaković, član delegacije;
- dr. Zoran Trninić, član delegacije;
- prim.dr. Fahrudin Kulenović, član delegacije

Krajem 2007. godine održan je prvi sastanak u Ljubljani, te utvrđeno da se postojeće komore na teritoriji Bosne i Hercegovine mogu uključiti kroz jedinstveno komorno tijelo na nivou BiH u CPME (Stalni komitet ljekara Evrope), kao i da će do ulaska u EU imati pravo učestvovati i diskutovati na svim sastancima, redovno dobijati materijale za iste, ali bez prava odlučivanja. Na sastancima CPME se inače razgovara o organizaciji zdravstvene zaštite, javnom zdravstvu, preventivi, zdravstvenoj ekonomiji, medicinskoj zaštiti..., ukratko, pitanjima važnim za zdravstvo. Drugom sastanku, održanom 14.-15.3.2008. godine u Ljubljani su, pored navedene delegacije, prisustvovali predstavnici CPME (Stalnog komiteta ljekara Evrope) – Daniel Mart, predsjednik i Lisette Tiddens, generalni sekretar, predstavnici Ljekarske komore Njemačke, predstavnici Komore doktora medicine Republike Srpske – prof.dr Aleksandar Lazarević i Dragana Mastalo, generalni sekretar, dr Tatjana Radosavljević-Lekarska komora Srbije, predstavnici Zdravstvene zbornice Slovenije, gosp. Brane Drobnikar, generalni sekretar. Ponovo je za učešće na sastancima CPME postavljen uslov formiranje jedinstvene Komore BiH.

Inicijativni odbor za formiranje Asocijacije komora Federacije BiH i RS-a održao je u još tri navrata sastanke u Tuzli, Banja Luci i Zenici – kada je za novog predsjednika Inicijativnog odbora izabran prof.dr Adem Balić. Predstavnici Sarajevske Ljekarske komore su na

sastanku u Zenici (20.05.2008. godine) ponudili nacrt Statuta buduće asocijacije komora, te je isti distribuiran ostalim komorama na razmatranje i doradu. Sa predstavnicima Komore doktora medicine Republike Srpske (prof.dr Aleksandar Lazarević, predsjednik i dipl. pravnik Dragana Mastalo, generalni sekretar), koji su takođe prisustvovali ovom sastanku, dogovoreno je da se do polovine juna formira „Asocijacija komora F BiH“, te zakaže novi sastanak za stvaranje asocijacije, saveza ili unije komora BiH. S obzirom da nije došlo do realizacije u smislu osnivanja asocijacije komora na nivou Federacije BiH, uključilo se i Federalno ministarstvo zdravstva, te je prim.dr Safet Omerović zakazao sastanak 24.06.2008. godine i pozvao sve komore i ministre zdravstva sa prostora Federacije BiH. Sastanku su se odazvali predstavnici kantonalnih komora iz Tuzle, Sarajeva, Zenice, Mostara, Travnik, a od ministara su se odazvali ministar zdravstva Hercegovačko – neretvanskog kantona i Tuzlanskog kantona. Na ovom sastanku je dogovoreno na koji način će se finansirati Asocijacija ljekarskih komora Federacije BiH, ovlasti koje će ista imati, da će Izvršni odbor činiti predsjednici kantonalnih komora, kao i da će svaka komora imati određen broj delegata u Skupštini. Za koordinate su izabrani prof.dr Adem Balić i prim.dr Goran Čerkez. Formiranje komore na nivou Federacije je neupitno bitno, što zbog organizovanog istupa prema državnim tijelima, pripreme propisa od uticaja na razvoj zdravstvene struke, jedinstvenih akata na nivou svih komora, to svakako i zbog mogućnosti da se putem CPME imaju spoznaje o organizaciji i zbivanjima u struci izvan granica Bosne i Hercegovine. Radi ostvarivanja zajedničkih ciljeva i interesa, nadamo se da će pregovori i aktivnosti oko osnivanja, po ko zna koji put, Asocijacije komora na nivou Federacije, u skoro vrijeme uroditi plodom. Za to postoji i interes i načelna saglasnost svih komora sa teritorije Federacije BiH i Ljekarske komore Republike Srpske, ali predstoje dodatna usklađivanja i neriješena tehnička pitanja oko toga, što će iziskivati dodatne konsultacije. Naredni sastanak je zakazan 02.12.2008 godine u Federalnom ministarstvu u Sarajevu.

Neki od članova važećeg Zakona o zdravstvenoj zaštiti Federacije Bosne i Hercegovine...

Kolege – članovi ove komore - doktori medicine i doktori stomatologije, često izražavaju svoje nezadovoljstvo direktno i indirektno po pitanju dozvola (licenci) za rad koje izdaje ova (i druge) komora(e). Zato mislim, da ne bi bilo loše citirati neke od članova postojećeg “Zakona o zdravstvenoj zaštiti F BiH” i dati kratak komentar.

Član 107.

Odobrenje za samostalan rad je javna isprava koju izdaje nadležna komora nakon dobijenog uvjerenja o položenom stručnom ispitu. Odobrenjem za samostalan rad zdravstveni radnik stiče pravo da samostalno obavlja poslove u svojoj struci.

Član 108.

Nadležna komora oduzima zdravstvenom radniku odobrenje za samostalan rad:

- ako kandidat ne zadovoljava prilikom obnavljanja odobrenja za samostalan rad,
- ako tijelo nadležne komore odredi tu mjeru kao najstrožu kaznu zbog kršenja etičkih principa struke,
- ako izvan punog radnog vremena obavlja poslove zdravstvene zaštite u suprotnosti s odredbama člana 98. ovog zakona.

Komentar: Pojedine kolege - članovi ove komore (moram reći da prvenstveno mislim na pojedine kolege doktore stomatologije), za otvorenje privatne prakse moraju imati mišljenje nadležne komore o potrebi obavljanja djelatnosti na području na kojem namjerava provoditi privatnu praksu, koje prilažu uz zahtjev Kantonalnom ministarstvu zdravlja. U momentu izdavanja ovog mišljenja ove kolege imaju sve potrebne uslove za njeno izdavanje. U trenutku kada dobiju saglasnost prestaju da plaćaju članarinu i informišu komoru po nekim pitanjima (edukacija). Zato su komisije i organi Ljekarske komore ZDK, na prijedlog predsjednika komore, ukinuli odobrenja (licence) za samostalan rad i mišljenje o potrebi obavljanja djelatnosti ovim članovima, te

o ovome informisali Kantonalno ministarstvo zdravlja i nadležne zdravstvene ustanove. Ista procedura biće primijenjena i sa kolegama koji nisu licencirani ili koji nisu stekli uslove za relicenciranje predviđene Statutom Ljekarske komore Zeničko - dobojskog kantona (prečišćeni tekst) i Pravilnikom Komisije za izdavanje licenci ove Komore. Uбудuće će ova Komora u javnim glasilima i Službenom listu obavijestiti javnost (Ministarstvo, zdravstvenog inspektora i zdravstvenu ustanovu u kojoj uposlenik radi) o gubitku odobrenja (licence) za rad dotičnom doktoru medicine/stomatologije.

Oblast XV istog zakona (KOMORE) tretira same komore i kaže:

Član 152.

Radi očuvanja i zaštite interesa svoje profesije, zadovoljavanja svojih stručnih i ličnih potreba, osiguravanje uvjeta za organiziran nastup zdravstvenih radnika istih profesionalnih skupina prema državnim organima, udruženjima, zdravstvenim ustanovama, proizvođačima i dobavljačima medicinske opreme, kao i zaštite zdravlja građana, zdravstveni radnici zavisno od stručnog naziva obavezno se udružuju u ljekarsku komoru, farmaceutsku komoru, komoru medicinskih biohemičara i komoru zdravstvenih tehničara (u daljem tekstu: komora), kao strukovna udruženja.

Član 153.

Komore kao strukovna udruženja se osnivaju za teritoriju jednog ili više kantona, sa mogućnošću udruživanja do nivoa Federacije. Komora ima status pravnog lica i upisuje se u registar nadležnog suda. Komora ima statut kojim se utvrđuje organizacija, djelokrug rada, upravljanje i finansiranje komore, članstvo u komori, prava, obaveze i odgovornosti članova komore i uređuju druga pitanja bitna za rad komore. Kantonalno ministarstvo prati rad komore sa stanovišta provođenja zakona i utvrđivanja politike iz oblasti zdravstva i predlaže odgovarajuće mjere za unapređenje njenog rada.

Član 154.

Komore obavljaju sljedeće poslove:

1. vode registar svojih članova;
2. prate i nadziru provođenje pravila - kodeksa medicinske etike i deontologije i poduzimaju odgovarajuće mjere u slučaju njihovog kršenja;
3. daju mišljenje ministru zdravstva, odnosno kantonalnom ministru, o opravdanosti izdavanja, produženja ili oduzimanja odobrenja za obavljanje poslova privatne prakse, te početka i prestanka rada zdravstvenih ustanova s obzirom na utvrđenu mrežu zdravstvene djelatnosti, te stručne i ekonomske interese svojih članova,
4. daju mišljenja za rad zdravstvenih radnika izvan punog radnog vremena u zdravstvenoj ustanovi kod zdravstvenih radnika koji obavljaju privatnu praksu u vlastitom prostoru i na vlastitoj medicinsko - tehničkoj opremi, i zdravstvenim radnicima privatne prakse za rad u zdravstvenim ustanovama,
5. daju mišljenje na cijenu zdravstvenih usluga za privatnu praksu koja ne ostvaruje prihode putem kantonalnog zavoda osiguranja,
6. zastupaju interese svojih članova kod sklapanja ugovora sa Federalnim zavodom osiguranja i reosiguranja, odnosno kantonalnim zavodom osiguranja i drugim osiguravajućim zavodima,
7. pružaju zaštitu građanima u ostvarivanju prava s obzirom na kvalitet, sadržaj i vrstu zdravstvene usluge koja im se pruža,
8. po službenoj dužnosti izdaju, obnavljaju i oduzimaju odobrenje za samostalan rad svojih članova,
9. sudjeluju pri utvrđivanju standarda i normativa zdravstvenih usluga,
10. daju stručna mišljenja kod pripreme propisa od uticaju na razvoj zdravstvene struke,
11. organiziraju u saradnji s medicinskim, stomatološkim i farmaceutskim fakultetom, te stručnim medicinskim društvima, dodatno usavršavanje za proširenje djelatnosti unutar struke s obzirom na nove dijagnostičko-terapijske metode,
12. propisuje način oglašavanja i način isticanja naziva privatne prakse,
13. obavljaju i druge poslove određene ovim zakonom.

Član 155.

Komore donose statut. Statutom komore obavezno se utvrđuje:

- osnivanje, djelokrug i organizacija rada,

- sadržaj, rokovi i način stručnog usavršavanja članova komore,
- postupak izdavanja, obnavljanja i oduzimanja odobrenja za samostalan rad, dobnu granicu do koje se odobrenje za samostalan rad obnavlja, uvjete pod kojima se razmatra obnavljanje odobrenja te obavezu davanja izvještaja ministru zdravstva ukoliko kandidat ne udovolji uvjetima za obnavljanje dozvole, te pravila postupanja u vezi s navedenim,
- granice, način i druga pitanja vezana uz ostvarenje javnih ovlaštenja iz člana 154. ovog zakona,
- razrada načina obavljanja ostalih poslova utvrđenih članom 154. ovog zakona.

Komentar: Citirani članovi ovog Zakona definišu obavezu učlanjenja doktora medicine/stomatologije u komoru. Drugim riječima, to nije “dobra volja“ pojedinca (kako to neke kolege interpretiraju), već zakonska obaveza koju mora poštovati i doktor medicine/stomatologije i zdravstvena ustanova u kojoj isti radi i sama komora. Zato su odredbe koje donosi komora preko svojih tijela i organa, kao i njena normativno pravna akta obavezujući za njene članove - doktore medicine/stomatologije.

Oblast XVI (KAZNENE ODREDBE: članovi 156., 157., 158., 159., 160. i 161.) govori o novčanim kaznama predviđenim za zdravstvene radnike i zdravstvene ustanove i neće biti citirani niti komentarisani u ovom tekstu.

Završni komentar: Postojanje Ljekarske komore i učlanjenje doktora medicine /stomatologije u iste nije stvar izbora pojedinca već zakonska obaveza. Neshvatanje ove obaveze od strane (istina vrlo malog broja ljekara) govori o neinformisanosti istih o ovoj zakonskoj obavezi, ali i o niskom nivou svijesti tih pojedinca koliko je važno “esnafsko“ povezivanje kolega, a u cilju očuvanja i zaštite interesa naše profesije. Budućnost će svakako pokazati da je **primaran značaj** za zdravstvene radnike udruživanje u komore i da u komorama pojedinci – članovi komora moraju vidjeti i naći svoj lični i zajednički interes.

Predsjednik Ljekarske komore Ze-do Kantona

Harun Drljević

DEPRESIVNI POREMEĆAJI SU ČEŠĆI KOD ŽENA NEGO KOD MUŠKARACA

Osjećaj tuge, neraspoloženja ili razočarenja čine sastavni dio života i dešavaju se povremeno. Ovakve emocije mogu biti posljedica neuspjeha u poslovnom i privatnom životu.

Međutim, ukoliko ovakvo emocionalno stanje potraje duži vremenski period i postane dominantno, postaje patološko i govorimo o depresiji.

Depresivna stanja predstavljaju danas jedan od najčešćih i najznačajnijih oblika izmijenjenog ponašanja i reagovanja.

Depresija je ozbiljan i kompleksan emocionalni poremećaj sa simptomima napetosti koji utiču na svakodnevne aktivnosti, odnose s drugim ljudima i porodicom te na gubitak radne sposobnosti. Ona se mora posmatrati kao ozbiljan zdravstveni problem i mora se liječiti kao i svako drugo oboljenje. Depresivni poremećaji su češći kod žena u odnosu na muškarce a najčešće se javljaju između 25. i 44. godine života. Dodatni riziko faktori za nastanak depresije mogu biti psihosocijalni kao što su gubitak roditelja, razdvojenost od porodice, svakodnevne stresne situacije, gubitak podrške okoline ali i različite vrste organskih oboljenja koje dugo traju ili imaju negativan ishod.

Depresivne osobe karakteriše gubitak interesa, anksioznost, razdražljivost, smanjenje energije i vitalnosti, povećan umor, smanjena koncentracija i pažnja, pesimističko viđenje budućnosti, reducirano samopouzdanje i samopoštovanje, poremećaj libida i apetita, izražene ideje krivice i bezvrijednosti te ponavljajuće samoubilačke ideje.

Vrlo često je slika depresije prikrivena fizičkim simptomima bolesti koja ne postoji kao što su glavobolja, generalizirani svrbež te bolovi i simptomi bolesti od strane više organa. Depresivne osobe često posežu za alkoholom ili opojnim drogama kako bi olakšale svoje tegobe.

Liječenje depresije i prevencija te sprečavanje ponovnih epizoda bolesti zahtijeva pažljivo planiranje i razvoj strategije od strane ljekara uz punu saradnju pacijenta. Uz obaveznu psihoterapiju i socijalnu podršku od strane porodice i svih članova zajednice neophodna je farmakoterapija.

Lijekovi koji se koriste u terapiji depresije nazivaju se antidepresivi i među njima se nalazi Bosnalijekov **Flusetin® (fluoksetin) filmdablete 20 mg**, koji pripada grupi selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina.

Primjenjuje se u liječenju blagih do umjereno teških depresivnih poremećaja te svih oblika anksioznosti i fobičnih poremećaja. Učinak Flusetina je višestruk jer djeluje antidepresivno, antipanično, antiopsesivno, opuštajuće, antiagresivno i antisuicidalno. Puni terapijski efekt Flusetina se očekuje već nakon četiri sedmice redovne primjene. Flusetin poboljšava raspoloženje, osjećaj relaksacije i sigurnosti, pojačava samopoštovanje, koncentraciju, poboljšava kontrolu ponašanja, omogućava miran i dubok san te reguliše apetit.

Dobro se podnosi i ne izaziva pospanost tokom dana a posebno dobru efikasnost je pokazao kod starijih pacijenata jer ne pokazuje značajne negativne efekte na kardiovaskularni sistem. Može se koristiti u monoterapiji ili u kombinaciji s drugim lijekovima. Agencija za hranu i lijekove - FDA (Food and Drug Administration) odobrila je primjenu fluoksetina u djece iznad 7 godina starosti u liječenju depresivnog i opsesivno – kompulzivnog poremećaja.

Flusetin je lijek prvog izbora u liječenju depresivnih poremećaja i temeljna terapija anksioznih poremećaja. Režim izdavanja ovog lijeka je isključivo uz liječnički recept.

Bosnalijek d.d.

Domaći marketing i prodaja
Medicinsko-informativna služba



KONGRESI 2009.

17th AEP European Congress of Psychiatry - "Pathways to Integrative Care"

Lisbon 24.01. - 28.01.

The 2nd World Congress on Controversies in Urology (CURy)

Lisbon 05.02. - 08.02.

17. World IFTA Congress - International Family Therapy Association

Portorož 04.03. - 07.03.

12th World Congress on Cancers of the Skin 2009

Tel Aviv 03.05. - 06.05.

13th World Congress on Human Reproduction

Venice 05.03. - 08.03.

European Congress of Radiology

Vienna, Austria 2009. March 6-10

www.myesr.org

3rd Image-guided Ablation (IGA) Workshop

March 25 - 26, London, UK

Phone: +43 1 535 89 27; Fax: +43 1 535 70 37

E-Mail: office@esgar.org; www.esgar.org

VISAR 2009 - 6th Vienna Interdisciplinary Symposium on Aortic Repair

Vienna, Austria April 22-24

Phone: +43 1 867 49 44-0; Fax: +43 1 867 49 44-9

E-Mail: office@ee-pco.com; www.visar.at

ESGAR 2009 - 20th Annual Meeting and Postgraduate Course of the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology

Valencia, Spain June 23 - 26

Phone: +43 1 535 89 27, ext: -25; Fax: +43 1 535 70 37

E-Mail: nmorpurgo@esgar.org; www.esgar.org

12. International Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology (IFPE)

Vienna 16.04. - 19.04.

2nd World Congress of Total Intravenous Anaesthesia TCI - (TIVA-TCI)

Berlin 21.04. - 25.04.

World Congress of Public Health

Istanbul 27.04. - 01.05.

World Congress of Nephrology

Milan 22.05. - 26.05.

ESPID 2009 - 27. Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases

Brussels 09.06. - 13.06.

FEMS 2009 - 3rd Congress of European Microbiologists

Goteborg 28.06. - 02.07

ICCAD 2009 - 8th International Congress on Coronary Artery

Disease

Prague 11.10. - 14.10.

9th World Congress of Perinatal Medicine

Berlin 24.10. - 28.10.

6th International Congress on Vascular Dementia

Barcelona 19.11. - 22.11.

8th Congress of European Federation of Internal Medicine

Istanbul May 27, 2009 - May 30, 2009

13th EBA (European Burn Association) Congress

Lausanne September 02, 2009 - September 05, 2009

7th Croatian Congress on Atherosclerosis with International Participation

Island-Mali Losinj Croatia 13.-16. May 2009

20th Congress of the European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care - ESPNIC

Verona 17 - 20 June 2009

ESC Congress 2009

Barcelona Spain August 29, 2009 - September 02, 2009

EUROECHO 2009

Madrid Spain December 09, 2009 - December 12, 2009

CMI - 15th Computed Maxillofacial Imaging Congress

Berlin Germany 23.-27. June 2009

GEST 2009 Meeting Europe

Paris France April 15, 2009 - April 18, 2009

11th ESGAR CT-Colonography Hands-on Workshop

Stresa Italy 17.-19. September 2009

EANM'09 Annual Congress of the European Association of Nuclear Medicine

Barcelona, Spain, October 10 - 14, 2009

Euroson 2009

Edinburgh 6 December - 8 December 2009

Edinburgh International Convention Centre - EICC;

www.euroson2009.org

XIII. mediteranski reumatološki kongres i 11. godišnji kongres Hrvatskog reumatološkog društva HLZ-a

Cavtat, 11.-18.10.2009.

HLZ, Hrvatsko reumatološko društvo; www.reumatologija.org

8. osječki urološki dani

Osijek, 14.-16.05.2009.

Klinika za urologiju KB Osijek i Medicinski fakultet Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku; Sandra Karalić, tel.: 031/511-401, fax.: 031/512-224, e-mail: karalic.sandra@kbo.

Šesti hrvatski psihijatrijski dani

Opatija, 16.-19.4.2009.

Kongres obiteljske medicine

Split 23.-25.04.2009.

IV. Hrvatsko-Talijanski simpozij o psorijazi

Zagreb, 13.11.2008.

Klinika za kožne i spolne bolesti KBC Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; Dr.sc. Romana Čević, tel.: 01/4552-333, k. 137, e-mail: romana.ceovic@zg.htnet.hr; fax.: 01/4920-014 500,00kn specijalisti, 250,00kn specijalizanti

14TH Alp-Danube-Adria Symposium on Sexually Transmitted Diseases and Infections (STDIs) of the Skin

Zagreb, 14.-15.11.2008.

Klinika za kožne i spolne bolesti KBC Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu; Doc.dr.sc. Branka Marinović, tel.: 01/4920-014; 4552-333/266, fax.: 01/4920-014, e-mail: branka@marli.hr; jasna.lipozencic@zg.htnet.hr

VIII. Hrvatski simpozij o epilepsiji s međunarodnim sudjelovanjem

Zagreb, 16.-19.11.2008.

Hrvatska liga protiv epilepsije; Prim.dr.sc. Danilo Hodoba, tel.: 01/3780-610, e-mail: danilo.hodoba@bolnica-vrapce.hr; doc.dr.sc. Ljerkica Cvitanović-Šojat, tel.: 01/3787-903, e-mail: ljerkica-cvitanovic-sojat@zg.htnet.hr; Mr.sc. Davor Sporiš, tel.: 01/2388-344, e-mail: davor.sporis@zg.t-com.hr 1.100,00kn do 15.09.2008., od 16.09.2008. 1.500,00kn, jednodnevna kotizacija 700,00kn

7. hrvatski kongres o aterosklerozi s međunarodnim sudjelovanjem

Mali Lošinj, 13.-16.05.2009.

HLZ, HD za aterosklerozu; Prof. Vesna Galenić, tel.: 01/4220-019 ili TOP TOURS, tel.: 01/4847-604, e-mail: top-tours@zg.t-com.hr 500,00kn, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

3. hrvatski dijabetološki kongres sa međunarodnim učešćem

Bol, Brač, 27.-31.05.2009.

HD za dijabetes i bolesti metabolizma HLZ-a; Sead Kučević, mob.: 091/4008-488, e-mail: sead@events.hr; 750,00kn

6th ISABS Conference on Human Genome Project Based Applications in Forensic Science, Anthropology and Individualized Medicine

Split, 01.-05.06.2009.

Međunarodno društvo primjenjenih bioloških znanosti; Ivana Erceg Ivkošić, tel.: 01/3702-961; prije 01.03.2009. 270EUR, poslije 350EUR

III. Požeški simpozij o infektivnim bolestima „Novosti u prevenciji, etiološkoj dijagnostici i liječenju infektivnih bolesti

Požega, 17.-19.06.2009.

HD za infektivne bolesti HLZ-a, HD za medicinsku mikrobiologiju i parazitologiju HLZ-a, Hrvatsko epidemiološko društvo HLZ-a Nevenka Jakopović, oec., tel.: 01/4603-240, e-mail: njakopovic@bfm.hr; Specijalisti 500,00kn, specijalizanti 300,00kn

3. Internacionalni simpozij iz regionalne anestezije i analgezije

3. hrvatski kongres iz regionalne anestezije i analgezije

Zagreb, 18.-20.06.2009.

Hrvatsko društvo za regionalnu anesteziju i analgeziju, Med.fak. Zagreb i Osijek, European Society of Regional Anaesthesia & Pain therapy; Prof.dr. Katarina Šakić, tel.: 01/2388-865, mob.: 098/318-317, e-mail: ksakic@mef.hr, www.mef.hr/hdraa, www.esreeurope.org HLZ: 01/4693-302, gđa. Blaževac Verica, fax.: 01/4655-446 ALS, gđa. Grospic Andrea, mob.: 091/437-889, fax.: 01/4886-770, e-mail: andrea.grospic@als.hr, www.als.hr; 500EUR za vanjske sudionike, 300EUR za domaće sudionike

SIGNA VITAE, First International Conference in Pediatric/ Neonatal Intensive Care Anesthesiology

Split, 25.-27.06.2009.

KB Split; Dr. Julije Meštrović, mob.: 098/432-590 1.400,00kn

IV Central European Vascular Forum – International Educational Course VI Adriatic Vascular Ultrasound Society Meeting about Vascular Ultrasonography Novacon d.o.o.

Opatija, 15.-18.10.2009.

Javor Vučić, mob.: 091/507-5134; 200EUR specijalisti, 120EUR specijalizanti

III. SLOVENSKA ŠOLA EHOKARDIOGRAFIJE

ŠMARJEŠKE TOPLICE

30.-31. januar 2009; maj 2009; oktober 2009

organizator: Združenje kardiologov Slovenije; Delovna skupina za ehokardiografiju

MIKROKIRURGIJA V OFTALMOLOGIJI - OSNOVE MIKROKIRURŠKE TEHNIKE IN PRAKTIKUM

MARIBOR, 13-14 februar 2009.

Univerzitetni klinični center, velika predavalnica, 16. nadstropje kirurške stolpnice

INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2009

LJUBLJANA 27.-28. marec 2009; APRIL 2009; 16. ob 9.00

organizator Sekcija za kemoterapiju SZD

Katedra za infektivne bolezni in epidemiologijo MF; Klinika za infektivne bolezni in vroćinska stanja; UKC Ljubljana; Univerzitetni klinični center, Zaloška 2, predavalnica 1

I. MEDNARODNI KONGRES IZVEDENCEV

MARIBOR, April 2009, 16 ob 9.00

Hotel Habakuk

ni omejeno kongres je namenjen izvedencem ZPIZ, sodnim izvedencem, zdravnikom ZZS, zdravnikom družinske medicine in specialistom MDPŠ (vsebine: predstavitev sistemov zavarovanja in ocene invalidnosti v posameznih državah EU, ortopedski bolnik in ocena invalidnosti, pooblaščen zdravnik in ocena invalidnosti, proste teme s področja ocene invalidnosti)

5. SLOVENSKI KONGRES ANESTEZIOLOGOV z mednarodno udeležbo

PORTOROŽ, maj 8.-10. ob 14.00

Hotel Bernardin; mednarodno strokovno srečanje za anesteziologe predvideno 300 učesnika

THE 1ST SOUTH-EASTERN EUROPEAN PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY (SEEPEG) MEETING

LJUBLJANA, Septembar 2009, 25.-26. ob 9.00

Medicinska fakulteta; mednarodni kongres je namenjen pediatrom, specialistom šolske in družinske medicine s področja jugovzhodne Evrope, ki se poglobljeno ukvarjajo s pediatrično gastroenterologijo

EVROPSKI KONGRES RAZISKOVALNE IN KLINIČNE OFTALMOLOGIJE (EVER)

PORTOROŽ, 30.9.-3.10.2009.

Kongresni center, Hotel St. Bernardin; 1100 mednarodno strokovno srečanje s področja raziskovalne in klinične oftalmologije za oftalmologe in raziskovalce na področju oči in vidnega sistema

Zadnja unutrašnja

Korica zadnja