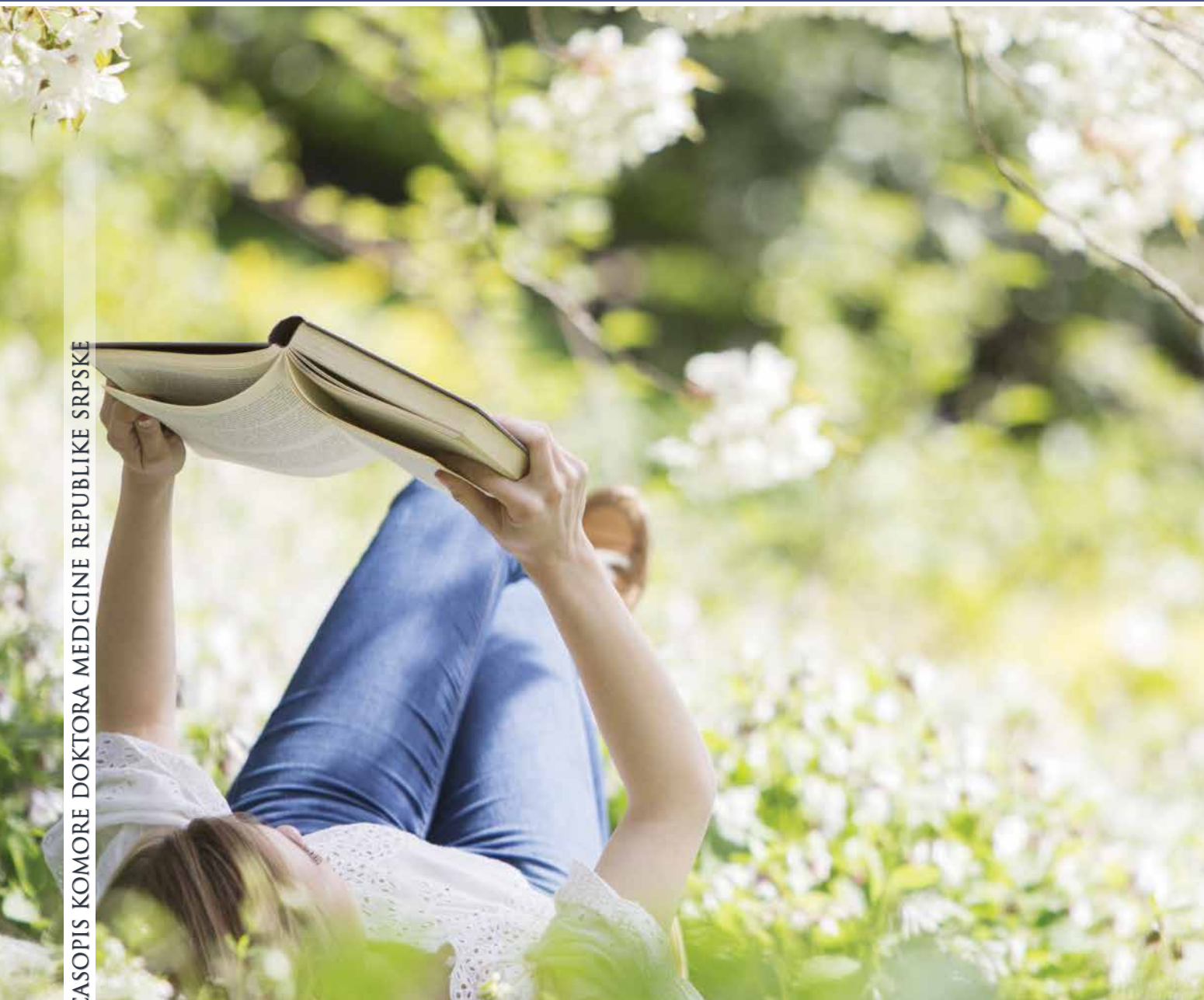


KOD

42

GODINA XVI MART 2017.

ČASOPIS KOMORE DOKTORA MEDICINE REPUBLIKE SRPSKE



eHD
Technology

bawariamed doo

15 GODINA U SLUŽBI ZDRAVSTVA



esaote



MyLab Eight



Najnovija generacija eHD ultrazvučnih aparata Esaote



MyLab Seven



Već od 29.900 KM + pdv sa konveksnom i linearnom sondom



**EB NEURO/ATES EEG/EP/EMG APARATI
NAPREDNE KLINIČKE KONFIGURACIJE
Video EEG 32/64/128 kanala
Holter EEG-a**

**EEG Monitoring tokom hirurških intervencija
Klinički EMNG sa Evociranim potencijalima
Ekonomično - EEG konfiguracija sa laptopom**

**ICRco CR I DR SISTEMI
Komputerska Radiografija - CR Sistemi
Direktna Radiografija - DR Sistemi
Softverska rješenja - XC, Clarity, PACS
Laserski Štampači**



4 320 140



posjetite nas na adresi
Jovana Bijelića 19a
78 000 Banja Luka

ili nas pozovite na telefone
+387 51 389-530
+387 51 389-532 (faks)

ili nas kontaktirajte mailom
info@bawariamed.net
www.bawariamed.net

BROJ 42

KOD

Izdavač

Komora doktora medicine RS
www.komoradoktorars.org

Glavni i odgovorni urednik
prof. dr Jelica Predojević Samardžić

Urednik

Željka Grabež Biuković

Redakcioni odbor

mr sc. med. Dragan Unčanin
dr Biljana Đurđević Banjac
dr Nina Marić
dr Bojan Kozomara
dr Ljubiša Simić

Izdavački savjet

doc. dr Sanja Marić, dr Milijan Vujić,
dr Nedžad Havić, dr Milan Gluhović,
dr Siniša Mutić, dr Danko Ilić,
dr Svyetlana Dunjić
prof. dr Snježana Miličević,
doc. dr Darko Golić

Grafička priprema

Vanesa Kovač

Sekretar redakcije

Jelena Plavljanin

Lektor

Mladen Keleč

Adresa redakcije

KOD, Prvog krajiškog korpusa 4/1
78000 Banja Luka, RS, BiH
Tel/fax: +387 51 32 93 63
+387 51 329 360
e-mail: casopiskod@blic.net
zkrred@blic.net

Štampa

Grafomark d.o.o.

Časopis je oslobođen poreza na promet
na osnovu člana 33. stav 1. tačka 9,
Zakona o akcizama i porezu na promet,
rješenjem br: 06/6-61-882/02,
Ministarstvo nauke i kulture RS.



Manjak znanja, višak samopouzdanja

Postoji jedan predmet, koji smo svi učili na početku kliničke medicine, a to je propedeutika. Često mi se čini, gledajući naše ordinacije ali i čitajući raznorazna akta, dopise i naredbe zdravstvenih vlasti, da smo zaboravili na ono što smo učili u propedeutici.

Učili smo: *pregled bolesnika ima za cilj, ne samo da otkrije oboljenje, već da sagleda bolesnika kao cjelovito ljudsko biće i da mu istovremeno pruži odgovarajuću pomoć, pa i riječi utjehe i ohrabrenja.* Propedeutika propisuje kako treba da izgleda pregled pacijenta od glave do pete. Dobro znamo: pacijent je čovjek a ne stvar; moramo uzeti anamnezu, ličnu, pa porodičnu, izvršiti kompletan pregled, zatim postaviti radnu dijagnozu, odrediti dodatne dijagnostičke procedure, odrediti terapiju, porazgovarati, objasniti i dijagnozu i terapiju i nuspojave i komplikacije. *Pola sata – minimalno.* Koliko traje pregled pacijenta u realnosti, dok pred ordinacijom čekaju desetine pacijenata – znate i sami. Koliko vremena je predviđeno u normativnim aktima – uglavnom se ne zna ili se ne primjenjuje u praksi.

Isti oni, koji jedno predaju studentima, u praksi zagovaraju/naređuju drugo. Oni su iskreno uvjereni u svoju kompetentnost (sveznanje i sposobnost) i ne mogu da prepoznaju ne samo sopstvene propuste i greške, već i tuđu istinsku kompetentnost.

Da li smo, možda, u suludoj trci za željom da budemo najbolji, najzaposleniji i najproduktivniji ljekari i najsposobniji menadžeri, zaboravili ono što smo učili?

Kako rekoh na početku: *manjak znanja – višak samopouzdanja.* Ovaj pojam odnosi se na osobe koje imaju *iluziju superiornosti*; takve osobe rangiraju svoju sposobnost iznad prosjeka, mnogo više nego što ona zapravo zaslužuje.

Prof. dr Jelica Predojević Samardžić

KOD SADRŽAJ

3	<i>Riječ urednika</i> <i>Manjak znanja, višak samopouzdanja</i>
6	<i>Događaji</i> <i>Drugi kongres endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem</i>
8	<i>Zdravstvena zaštita djece treba biti prioritet za zdravstvene sisteme evropskih zemalja</i>
9	<i>VI akademija o hemofiliji</i>
10	<i>Intervju</i> <i>Doc. dr MILORAD GRUJIČIĆ</i> <i>Nacionalni koordinator za transplantaciju organa Republike Srpske</i>
14	<i>Predstavljamo</i> <i>Dobra organizacija za dobre rezultate</i>
16	<i>Korak dalje</i> <i>Posvećeni napretku i saradnji</i>
18	<i>Udruženja</i> <i>Prijedor domaćin 23. simpozijuma otorinolaringologa</i>
19	<i>Tumori u fokusu</i>
20	<i>Aktivnosti komore</i> <i>Novi pravilnik o KME pod lupom</i>
21	<i>Analiza šestomjesečne primjene novog pravilnika o kontinuiranoj edukaciji u Republici Srpskoj</i>
26	<i>Prve licence</i>

<i>Svijet u kojem živimo</i>	
<i>Neispunjena očekivanja vode u bolest</i>	28
<i>Medicina</i>	
<i>Primarne imunodeficijencije</i>	30
<i>Vremeplov</i>	
<i>PAVLOVIĆEVA KREMA Lijek za sva vremena</i>	36
<i>Razvoj zdravstvene zaštite u Rogatici</i>	38
<i>Stručne knjige</i>	
<i>Mentalno zdravlje i sluh</i>	39
<i>Urgentna stanja u urologiji</i>	39
<i>Moj hobi</i>	
<i>Otkad pamtim, nešto pravim ili popravljam</i>	40
<i>Knjige koje čitamo</i>	
<i>Ljubav nasuprot smrti</i>	42
<i>Kongresi maj-avgust 2017.</i>	43
<i>Žute strane</i>	47
<i>Vodič za dijagnostiku, liječenje i praćenje malignih tumora</i>	

DRUGI KONGRES ENDOKRINOLOGA I DIJABETOLOGA REPUBLIKE SRPSKE SA MEĐUNARODNIM UČEŠĆEM

Drugi kongres endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem održan je u Banjoj Luci od 9. do 12. marta 2017. godine u organizaciji Udruženja endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske. Pokrovitelj skupa je Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske, a koorganizatori su Medicinski fakultet Univerziteta u Banjoj Luci i Univerzitetski klinički centar Republike Srpske

Udruženje endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske je jedno od najaktivnijih profesionalnih medicinskih udruženja u Republici Srpskoj i ove godine slavi desetogodišnjicu postojanja. Tokom ovog perioda, udruženje je dalo značajan doprinos u ostvarivanju kontinuirane medicinske edukacije i stručnog usavršavanja, kako endokrinologa i dijabetologa, internista i pedijataru, tako i doktora porodične medicine i medicinskih sestara/tehničara, putem organizacije velikog broja simpozijuma, stručnih predavanja i radionica.

Poneseni velikim odzivom i zadovoljstvom učesnika na Prvom kongresu endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske sa međunarodnim učešćem, održanom marta 2013. godine, odlučili smo da organizujemo i Drugi kongres, za koji vjerujemo da će biti jednako uspješan.

I ovaj, Drugi kongres endokrinologa i dijabetologa Republike Srpske izazvao je veliko interesovanje endokrinologa, dijabetologa, ljekara porodične medicine i supspecijalista koji se bave komplikacijama dijabetesa u Republici Srpskoj, ali i u regionu, te je akreditovano preko 300 učesnika.

Osim predavača iz Republike Srpske i Federacije BiH, u radu kongresa učestvovali su eminentni stručnjaci iz Grčke, Srbije, Hrvatske, Slovenije i Makedonije, što je ovom skupu dalo međunarodni karakter, te je kao takav i akreditovan od strane Savjeta za zdravstvo Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Vjerujemo da je ovaj skup najvišeg ranga snažan podsticaj za razvoj endokrinologije i dijabetologije u Republici Srpskoj i da će doprinijeti unapređenju naučnog i stručnog rada i zdravlja naših pacijenata.

U okviru naučnog programa kongresa bile su obuhvaćene najaktuelnije teme iz dijabetologije i endokrinologije, kao i drugih srodnih disciplina. Održano je dvanaest tematskih simpozijuma, zajednički simpozijum Udruženja endokrinologa i dijabetologa i Udruženja kardiologa Republike Srpske, pedijatrijska sesija; saopštjeni su originalni naučni radovi domaćih i stranih učesnika.

Teme kongresa su veoma zanimljive i aktuelne i obuhvatile su: dijagnostiku i terapiju dijabetesa tipa 1; dijagnostiku i terapiju dijabetesa tipa 2; dijabetes, komplikacije i komorbiditeti; bolesti hipofize



i nadbubrežnih žlijezda; oboljenja štitne i paraštitne žlijezde; endokrine bolesti tokom trudnoće; reproduktivnu endokrinologiju i osteoporozu.

Tokom kongresa, održana su 53 predavanja po pozivu, u okviru kojih su bila predstavljena najnovija dostignuća i stručni stavovi iz oblasti endokrinologije i dijabetologije i date preporuke za kvalitetan klinički rad. Na kongresu su predstavljene i 33 usmene prezentacije naučnih radova, klinički prikazi slučajeva koji obuhvataju najzanimljivije slučajeve iz dijabetologije, endokrinologije i srodnih disciplina, i 43 posterske prezentacije.

Takođe, naše je veliko zadovoljstvo što su u radu kongresa, pored afirmisanih endokrinologa i dijabetologa, učestvovali i mladi endokrinolozi iz Republike Srpske, što ukazuje na stabilnu perspektivu ne samo ovog kongresa, nego i endokrinologije i dijabetologije u Republici Srpskoj.

Posebno ističemo da je drugog dana kongresa, u Velikoj sali ANURS-a, održan veoma značajan simpozijum Odeljenja medicinskih nauka Akademije nauka i umjetnosti Republike Srpske (ANURS) i Odeljenja medicinskih nauka Srpske akademije nauka i umjetnosti (SANU), pod nazivom *Kardiova-*

*Radno predsjedništvo:
akademik prof. dr Nebojša Lalić i
prof. dr Snježana Popović - Pejičić*

skularne bolesti i dijabetes u fokusu, koji je omogućio učesnicima da čuju najeminentnije stručnjake u oblasti dijabetologije i kardiologije Republike Srbije i Republike Srpske. U okviru simpozijuma bio je promovisan i *Zbornik radova sa naučnog skupa Diabetes mellitus: savremena dostignuća i izazovi* u izdanju Akademije nauka i umjetnosti Republike Srpske, a pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske.

U okviru Kongresa publikovan je *Zbornik radova sa rezimeima i izabranim naučnim radovima u cjelini*, prema svim međunarodnim bibliografskim standardima. O nivou organizovanosti i pripremljenosti zbornika govori adekvatnost recenzija naučnih radova, koje podliježu recenziji najmanje dva recenzenta, od kojih je jedan iz druge države, anonimnost recenzija i činjenica da svaki rad ocjenjuju najmanje dva recenzenta.

Opšti je utisak, da je kongres protekao u svjetlu profesionalnog napretka i dobre saradnje svih učesnika i gostiju, a učesnici kongresa su, osim prisustva stručnom i naučnom programu, imali priliku da upoznaju grad Banju Luku, univerzitetski i kulturni centar Republike Srpske.

*Prof. dr Snježana Popović - Pejičić
Predsjednik Udruženja endokrinologa i
dijabetologa Republike Srpske
Predsjednik Kongresa*

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA DJECE TREBA BITI PRIORITET ZA ZDRAVSTVENE SISTEME EVROPSKIH ZEMALJA

Godišnji sastanak Evropske akademije za pedijatriju (EAP) održan je sredinom decembra prošle godine u Briselu. Tom prilikom, Udruženje pedijatara Republike Srpske postalo je punopravni član ove akademije

Evropska akademija za pedijatriju (EAP) je panevropsko, naučno i stručno udruženje koje blisko saraduje sa Evropskom pedijatrijskom asocijacijom (EPA) i Evropskom unijom specijalističkih udruženja (UEMS). Glavni cilj EAP-a je podsticanje naučne saradnje u cilju unapređenja zdravlja djece i sveobuhvatne pedijatrijske njege. EAP je osnovana prije trideset pet godina u italijanskom gradu Sijeni.

Na sastanku su pružene informacije o nekoliko projekata koje provodi EAP u Evropi, zatim su izvještaje podnijeli i Komitet za rijetke bolesti, Komitet za primarnu i sekundarnu zdravstvenu zaštitu djece kao i Komitet za hospitalni nivo zdravstvene zaštite djece. Pedeset nacionalnih evropskih društava, pripadnici EPA-UMS-a sa njihovim predsjednicima, pozvani su da aktivno saraduju na projektu *Različitosti zdravstvene zaštite djece u Evropi*, koji će sagledati prednosti i slabosti sistema zdravstvene zaštite djece. Njegov fokus je na sagledavanju posebnosti nacionalnih zdravstvenih sistema. Razumijevanje zašto i kako se sistemi zdravstvene zaštite djece razlikuju od zemlje do zemlje, može otvoriti oči svim evropskim institucijama i stručnjacima za javno zdravstvo.

Razlozi koje je Evropska komisija navela, mogu se vidjeti iz sljedećeg saopštenja: *Postojeće nejednakosti u zdravstvenom stanju djece i adolescenata u Evropi su neprihvatljive i stoga je osnovni cilj i zajednički interes za sva pedijatrijska udruženja Evrope da rade na po-*

boljšanju tog stanja. O zdravlju djece se rijetko raspravlja, budući da djeca čine najzdraviji dio evropske populacije, ali je ustanovljeno zabrinjavajuće povećanje broja hroničnih i teških bolesnika unutar dječije populacije, što, kada se uzme u obzir i nizak natalitet u zemljama Evrope, veoma zabrinjava. Djeca su, u odnosu na ostale dijelove populacije, u najmanjoj mjeri konzumenti zdravstvenih usluga; zdravstvena zaštita djece je relativno jeftina i treba biti prioritet za sve zdravstvene sisteme u evropskim zemljama.

Rezultati ovog ispitivanja biće objavljeni u časopisu *European Journal of Pediatrics*.

OTVORENA VRATA SARADNJE

Sastanku su prisustvovali predstavnici Evropske komisije, Evropskog parlamenta i sekretar UEMS-a dr Bernard Maile iz Belgije, koji je u razgovoru sa predsjednicom Udruženja pedijatara RS-a prof. dr Jelicom Predojević Samardžić izrazio želju da se i ostala udruženja iz naše zemlje učlane u UEMS.



European Academy of Paediatrics

Paediatric Section of U.E.M.S.
Union Européenne des Médecins Spécialistes

Budimpešta, od 27. februara do 3. marta 2017. godine

VI AKADEMIJA O HEMOFILIJU

Akademija je prilika da se sa stanovišta kliničara ukaže na glavne poteškoće u svakodnevnom radu i potraže rješenja za njihovo uklanjanje u cilju što boljeg liječenja oboljelih od hemofilije u regionu

Nakon osnivanja Evropske asocijacije za hemofiliju i druge poremećaje koagulacije (*European Association for Haemophilia and Associated Disorders – EHAD*) 2008. godine, dati su evropski principi i standardi za liječenje hemofilije, koji obuhvataju osnovne postulate kućnog liječenja, sprovođenja profilakse i liječenja pacijenata sa inhibitorima. To je interaktivni skup u okviru kojeg se prezentuju nove smjernice, analiziraju nedoumice u kliničkom radu i razmjenjuju iskustva stručnjaka različitih medicinskih specijalnosti koje se bave liječenjem oboljelih od hemofilije.

Ovogodišnji program akademije odvijao se kroz nekoliko sesija koje su obuhvatale predavanja i radionice iz oblasti hematologije, laboratorijskog testiranja poremećaja koagulacije i ortopedije. Profesor Karlo Martinoli iz Italije je održao interesantno predavanje na temu novih dijagnostičkih metoda u detekciji kako krvarenja tako i promjena na zglobovima kod oboljelih od hemofilije. Eminentni ortopedi iz Italije i Mađarske su održali nekoliko predavanja na temu ortopedskih inter-

vencija u ranom i kasnom liječenju deformiteta kod osoba sa hemofilijom. Još jednom je istaknut značaj uvođenja profilakse u prevenciji nastanka invaliditeta koji dodatno narušavaju kvalitet života ovih pacijenata. U sesiji posvećenoj novoj/staroj dilemi: *da li promjena faktora povećava učestalost pojave inhibitora* – istaknuti su praktični aspekti i dobiti po pacijente uvođenja u terapiju novih generacija faktora, te neopravdana briga o povećanju učestalosti pojave inhibitora.

Skupu je prisustvovalo 80 učesnika iz četrnaest zemalja Centralne i Istočne Evrope, među njima i pedijatri hematolozi iz UKCRS Banja Luka. Šestu akademiju o hemofiliji organizovao je Nacionalni hemofilija centar Mađarske, pod pokroviteljstvom kompanije *Novo Nordisk*. Idealnom kombinacijom struke, nauke i druženja, ovogodišnja akademija je omogućila učesnicima ne samo da steknu nova saznanja već i nova prijateljstva.

dr Dragana Malčić - Zanić

DOC. DR MILORAD GRUJIČIĆ

Nacionalni koordinator za transplantaciju organa Republike Srpske

VRIJEME JE ZA ISKORAK U OBLASTI TRANSPLANTACIJE ORGANA

Transplantacioni program je jedna od osnovnih karakteristika koja odvaja klinički centar od opšte ili regionalne bolnice. Rad na transplantaciji organa i donorstvo organa podstiče pozitivne vrijednosti u društvu, što je danas zaista neophodno.

Od prve transplantacije bubrega u UKC RS-a u Banjoj Luci prošlo je već šest godina. Da li je u međuvremenu došlo i do očekivanog stručnog i organizacionog pomaka u ovoj oblasti, pošto transplantacija predstavlja razvojni podsticaj za niz medicinskih i srodnih naučnih disciplina?

Od prve transplantacije bubrega u Univerzitetskom kliničkom centru Republike Srpske u Banjoj Luci, do danas izvedeno je 26 transplantacija. Za sve njih davaoci organa su bili živi srodnici – majke, očevi, braća, sestre kao i nesrodnici – braćni drugovi.

Izvodili su ih zajedno Timovi za transplantaciju VMA Beograd i UKC-a u Banjoj Luci, kako je i zamišljeno ugovorom između ovih institucija, koji je predvidio da uz realizovanje transplantacija bubrega ide uporedo i edukacija članova našeg *Tima za samostalno izvođenje kompletne transplantacije*. Predviđeno je da se zajednički uradi 30 transplantacija, a da potom banjalučki tim za transplantaciju počne samostalan rad. Prema sadašnjoj dinamici edukacije to će i biti ostvareno, zahvaljujući velikom trudu i nesebičnosti kolega sa VMA, ali i zalaganju i stručnosti članova našeg tima. Kompletna priprema donora i primaoca za transplantaciju, izuzev HLA-tipizacije, sama transplantacija kao i postoperativno i kasnije praćenje pacijenta obavlja se u UKC-u.

DOBRI REZULTATI DOSADAŠNJIH TRANSPLANTACIJA

Najvažnije je da su sve transplantacije uspjele; trogodišnje preživljavanje je 100 posto. Dva pacijenta su nakon četiri godine imala zatajenje grafta i sada su na dijalizi, a jedan pacijent je umro pet godina nakon transplantacije od sepse. Preko 70 posto pacijenata imaju danas dobru ili odličnu funkciju bubrega. Na ove rezultate, koji su potpuno uporedivi sa većim i poznatijim transplantacionim centrima, s pravom možemo biti ponosni.



TRANSPLANTACIJA PODIŽE NIVO ZNANJA I VJEŠTINA I U DRUGIM MEDICINSKIM OBLASTIMA

Članovi Tima za transplantaciju UK-CRS-a u Banjoj Luci, edukovani su na beogradskoj VMA, ali su neki članovi bili i drugim ustanovama u regionu i okruženju. Ja sam, recimo, učio transplantaciju na VMA u Beogradu, u Kliničkom centru Srbije i Kliničkom centru u Gracu, Ljubljani, Pragu.

Sam razvoj transplantacije je zahtijevao i učinio značajan stručni pomak u laboratorijskoj i imunološkoj dijagnostici, radiološkoj dijagnostici, nefrologiji, urologiji, vaskularnoj hirurgiji.

Transplantacija podrazumijeva timski rad i multidisciplinarni pristup, što je vrlo značajno u modernoj medicini i dobar konačan rezultat nije moguć

bez doprinosa svakog od članova tima, od ljekara, farmaceuta, biohemičara, instrumentarki, medicinskih sestara, koji su u svakom trenutku pored bolesnika. Ne manje bitna je i podrška rukovodstva ustanove u kojoj se postupak obavlja. Uostalom, transplantacioni program je jedna od osnovnih karakteristika koji odvaja klinički centar od opšte ili regionalne bolnice. Prelazak u nove, uslovnije prostorije odjela nefrologije, a nadamo se do kraja sljedeće godine i hirurgije, trebao bi dati podsticaj za napredak u ovoj oblasti.

Do sada smo imali veliku podršku posloводства Kliničkog centra u Banjoj Luci ali i Fonda zdravstvenog osiguranja RS-a i Ministarstva zdravlja. Ipak, za dalji razvoj transplantacionog programa (prvenstveno kadaverične transplantacije) potrebno je preduzeti dalje korake, kako bi se nabavila oprema za HLA-tipizaciju i uspostavila bolja organizacija čitavog procesa.

Zakon o transplantaciji organa u našoj zemlji, donesen 2010. godine, nalaže formiranje Koordinacionog centra za transplantaciju organa koji je vodeće tijelo u organizaciji nimalo jednostavnog transplantacionog postupka. Taj centar, međutim, ni do danas nije formiran?

Već postoji plan za formiranje *Koordinacionog centra za transplantaciju Republike Srpske*, koji je sredinom prošle godine dostavljen na usvajanje

Vladi Republike Srpske. Za njegovo osnivanje nadležno je Ministarstvo zdravlja RS-a.

ULAGANJA KOJA ĆE SE VRATITI

Koordinacioni centar bi objedinjavao i koordinisao sve aktivnosti oko transplantacije, kao što su jedinstvena lista čekanja na pojedine organe, lista donora organa, edukacija koordinatora za transplantaciju, sama organizacija alokacije organa itd.

Sigurno je da su potrebna i značajna materijalna ulaganja. Samo nabavka opreme za tkivnu HLA-tipizaciju košta nekoliko miliona KM-a, međutim, to su ulaganja koja će se u budućnosti sigurno vratiti. Osim finansijskih sredstava, potrebne su i značajne organizacione aktivnosti na edukaciji bolničkih koordinatora za transplantaciju, edukaciji timova za utvrđivanje moždane smrti, edukacija timova za eksplantaciju, organizacija samog Koordinacionog centra.

Do sada su imenovani bolnički koordinatori u svim bolnicama u Republici Srpskoj, a u Kliničkom centru u Banjoj Luci – koordinatori za svaku pojedinu oblast: gastroenterolog za transplantaciju jetre i gušterače, kardiolog za transplantaciju srca, pulmolog za transplantaciju pluća.

Takođe, u UKC RS-a kompletno je, radi transplantacije bubrega, obrađeno dvadeset pacijenata koji bi odmah mogli biti stavljeni na listu čekanja.

Centri za dijalizu su koordinatori za transplantaciju dostavili spisak sa oko 180 pacijenata, koji nemaju kontraindikacije za transplantaciju i koji bi, realno, mogli da budu klinički obrađeni i transplantirani.

Srbija je početkom ove godine postala pridruženi član velike Evropske organizacije za alokaciju i razmjenu organa za presađivanje „Eurotransplant“. Gotovo sve zemlje u našem okruženju su već njeni članovi ili na putu za učlanjenje. Gdje smo mi?

Sve aktivnosti o kojima sam govorio, koje nisu male, potrebno je preduzeti da bi se započeo program kadaverične transplantacije i da bi se ujedno počeli ispunjavati uslovi za članstvo u Eurotransplant-u.

Tačno je da većina zemalja u okruženju sprovodi aktivnosti u smjeru učlanjenja u ovu organizaciju. Hrvatska i Slovenija su već članovi i to vrlo uspješni. Srbija se približava tom cilju. Makedonija i Crna Gora su već započele kadaveričnu transplantaciju, Federacija BiH takođe. Doduše, to su još uvijek pojedinačni slučajevi, ali je vrijeme da i Republika Srpska napravi iskorak u tom pravcu.

Koje sve uslove treba da ispune zemlje koje žele članstvo u „Eurotransplantu“?

Osnovni uslov za članstvo je deset donora na milion stanovnika, ali naravno, potrebno je ispuniti i niz drugih uslova. Važno je znati da je is-

punjavanje ovih uslova i započinjanje kadaverične transplantacije, samo po sebi je pozitivno i kompletno podiže nivo zdravstvene službe, čak i kad ne bi ušli u Eurotransplant.

NEOPHODNO INFORMISANJE STANOVNIŠTVA O ZNAČAJU DONIRANJA ORGANA

Bosna i Hercegovina je složena država, sastavljena iz dva ravnopravna entiteta sa dva praktično odvojena zdravstvena sistema i dva Ministarstva zdravlja, a transplantacija organa je složen postupak u kojem je skoro imperativ postojanje jedne krovne institucije. Mali dio toga sada obavlja Ministarstvo civilnih poslova BiH, sa određenim stepenom nadležnosti što ne isključuje postojanje pojedinačnih centralnih organizacija za koordinaciju na nivou svakog od ministarstava. Dogovor o ovim zadacima tek predstoji i on će se trebati postići na nivou ministara zdravlja.

Nema uspješnog doniranja organa bez podrške javnosti. Postoje li planovi informisanja građana o značaju transplantacije organa?

Na informisanju javnosti, koja se tek od skoro polako upoznaje sa transplantacijom organa, treba ozbiljnije raditi. Mnogo je stvari i pojmova koje ljudima treba objasniti; npr. šta je to donorska kartica, šta je pretpostavljena saglasnost za transplantaciju o kojoj se u posljednje vrijeme dosta priča itd. Kad se stanovništvo dobro informiše, razlika između sistema donorskih kar-

tica i sistema pretpostavljene saglasnosti se praktično gubi.

Sistem pretpostavljene saglasnosti podrazumijeva da je svaka odrasla osoba koja doživi moždanu smrt, bilo u saobraćajnom udesu ili nakon masivnog moždanog krvarenja, potencijalni donor organa, ako se za života pisanom izjavom (za koju postoji formular) ne izjasni suprotno.

Ključno je napomenuti da bolnički koordinatori za transplantaciju uvijek prije uzimanja organa razgovara sa porodicom i traži saglasnost.

Rad na transplantaciji organa i donorstvo organa podstiče pozitivne vrijednosti u društvu, što je danas zaista neophodno. Takođe, valja znati da je u organizovanom društvu sa razvijenom transplantacijom, daleko veća šansa da nam zatreba organ, nego da budemo donori.

Materijalna osnova društva je važan preduslov za razvoj transplantacije, ali ne i odlučujući. Dobar primjer za to su recimo, Hrvatska i Slovenija koje imaju bolje razvijen transplantacioni program od jedne visokorazvijene Njemačke.

Veoma je važno informisanje kompletne javnosti, na čemu svi moramo raditi. Pravilno osmišljen i dobro realizovan proces informisanja doprinosi stvaranju pozitivne atmosfere u društvu i prihvatanje učešća u postupku doniranja organa od strane stanovništva.

Željka Grabež Biuković

15. ПЕДИЈАТРИЈСКИ ДАНИ
РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

21-23. април 2017.
Бања Врућица, Теслић



УДРУЖЕЊЕ ПЕДИЈАТАРА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ



www.pedijatri.org



DOM ZDRAVLJA ROGATICA

DOBRA ORGANIZACIJA ZA DOBRE REZULTATE

Sa sertifikatom u oblasti uspostavljanja sistema sigurnosti zdravstvene zaštite Dom zdravlja u Rogatici ušao je među 20 najuspješnijih zdravstvenih ustanova u Republici Srpskoj

Da bi se što bolje odgovorilo zdravstvenim potrebama za nešto više od 11.500 stanovnika koliko ih, prema posljednjim statističkim podacima, živi u Rogatici i 116 sela širom opštine, uz dobru kadrovsku i tehničku opremljenost posebna pažnja poklanja se organizaciji rada.

Tokom prošle godine, u ovoj zdravstvenoj ustanovi obavljeno je preko 150.000 raznih medicinskih usluga. Najzastupljeniji su zdravstveni pregledi realizovani kroz osam timova porodične medicine. Izdato je i preko 10.000 uputnica za specijalističke preglede u sklopu sekundarne zdravstvene zaštite.

Naš problem je, kaže dr Njegoš Tripković, direktor Doma zdravlja, u tome što djelatnost obavljamo u izrazito nerazvijenoj opštini sa lošom socijalnom i zdravstvenom strukturom stanovništva. Prisutnost starijih osoba vuče veći

broj hroničnih oboljenja i daleko veću potrošnju lijekova i drugih troškova zdravstvene zaštite. Razbacana sela, u kojim i pored slabe naseljenosti moramo pružiti pomoć bolesnim, poseban su problem. Neka su udaljena i do 50 kilometara od sjedišta opštine i Doma zdravlja. To, pored napora medicinskih radnika, traži i povećan broj terenskih sanitetskih vozila koja nikako da obezbijedimo u dovoljnom broju. Dva sanitetska vozila prevoze tri puta nedjeljno, u dva termina, šest pacijenata na dijalizu u Foču. Što se tiče sekundarne zdravstvene zaštite građana, ona se obavlja u 70 kilometara udaljenoj bolnici u Foči ili još dalje (90 km) u Kasindolu u Istočnom Sarajevu. I tu su problemi oko prevoza i troškova od hitnih slučajeva do dijaliza i obavljanja drugih poslova.

I pored svih teškoća Dom zdravlja uspješno posluje. Sa ukupnim prihodom od 1,470.000



Dr Njegoš Tripković, direktor Doma zdravlja Rogatica

maraka za 2016. godinu, redovno su isplaćivani dobavljači i plate za 52 stalno zaposlena radnika uz propisane poreze i doprinose. To je dokaz da Dom zdravlja spada u red uspješnijih u Republici Srpskoj.

U Domu zdravlja Rogatica radi devet ljekara, tri stomatologa i jedan biohemičar koji, uz ostale medicinske radnike, pružaju usluge oslanjajući se na organizacionu strukturu koja podrazumijeva: službu porodične medicine, službu stomatologije za djecu i odrasle, službu hitne pomoći, koja radi non-stop od nula do 24 sata, higijensko-epidemiološku službu, laboratoriju, radiološku dijagnostiku. Tu su još i ambulante specijalističkih konsultacija iz ginekologije i pedijatrije i terenska ambulanta na Borikama. Sastavni dio DZ-a je jedinica za uvođenje, praćenje i poboljšanje kvaliteta i sigurnosti zdravstvenih usluga i služba zajedničkih poslova.

Mnogi posjetioci ove ustanove primijetili su da je opremljenost ambulantnih i drugih prostorija na visokom nivou. Uz moderan namještaj, tu je i video nadzor, računari, uređene čekaonice i staza za invalidna lica. Instaliran je internet i telefonska mreža do svakog mjesta rada, kako u Rogatici, tako i u terenskoj ambulanti na

Borikama, gdje stalno radi medicinska sestra, a ljekar, stomatolog i apotekar dolaze jednom nedjeljno. Potpuno je riješeno pitanje grijanja svih prostorija uz mogućnost da ga koriste i radnici Gradske apoteke i Biroa za zapošljavanje radnika. Vlastitim sredstvima izgradili su garažu, za smještaj pet sanitetskih vozila, a uređen je i krug oko Doma zdravlja, površine od 10.500 kvadratnih metara sa popločanim i betonskim stazama, fontanom, nizom raznovrsnog rastinja i ukrasnog bilja te klupama i mjestima za odmor koje koriste ne samo pacijenti, nego i veliki broj ostalih građana.

Rezultati zdravstvene zaštite i finansijska stabilnost, uz dobru organizaciju rada, bili su povod da Komora doktora medicine Srpske, prošle godine, dodijeli direktoru Njegošu Tripkoviću *Povelju za izuzetnu organizaciju primarne zdravstvene zaštite*.

Tim povodom dr Tripković je istakao da je to priznanje zaslužio cijeli kolektiv. Za njega lično to je podstrek i velika obaveza da budućim radom, uz podršku svih relevantnih institucija, obezbijedi što bolje liječenje stanovništva ovog kraja.

Sreten Mitrović

Služba za anesteziju i reanimaciju JZU Bolnice Istočno Sarajevo

POSVEĆENI NAPRETKU I SARADNJI

Nakon dvadeset i pet godina od osnivanja, služba za anesteziju i reanimaciju i dalje nenametljivo iskazuje brigu o pacijentima, edukuje nove generacije ljekara i unapređuje rad uvođenjem savremenih dostignuća

Jedan od dobitnika *Nagrade za organizaciju zdravstvene službe*, koju je novembra prošle godine dodijelila Komora doktora medicine Republike Srpske, je i dr Dalibor Bošković, načelnik Službe za anesteziju i reanimaciju JZU Bolnice Istočno Sarajevo. Služba, na čijem je čelu od 2007. godine, uspješno realizuje svakodnevne zadatke brinući o pacijentima i saradujući sa kolegama drugih specijalnosti. U okviru zdravstvene djelatnosti služba organizuje i obavlja poslove anestezije u hirurgiji (ortopedskoj, urološkoj, vaskularnoj, plastičnoj, dječijoj i grudnoj), otorinolaringologiji, oftalmologiji, ginekologiji i akušerstvu, jednodnevnoj hirurgiji i ambulantnoj anesteziji (kolonoskopija, bronhoskopija, cistoskopija i CT pregled). Organizovan je rad u Jedinici intenzivnog liječenja (JIL), gdje postoji osam kreveta sa tri respiratora i pripadajućim invazivnim i neinvazivnim monitoringom za svaki krevet.

U našoj bolnici se izvode sve vrste anestezija – OETA, TIVA, svi periferni i centralni blokovi; osim toga plasira se centralni venski kateter za potrebe parenteralne ishrane, dijagnostike i dijaliziranja pacijenata sa hroničnim i akutnim bubrežnim zastojem. Plasira se epiduralni kateter u sklopu terapije bola, bezbolnog porođaja, a obavljaju se i reanimacije na svim odjeljenjima u bolnici. Svakog dana radi i ambulanta za terapiju bola – kaže dr Bošković, koji kao regionalni koordinator za vazdušni transport, aktivno učestvuje u organizovanju



Dr Dalibor Bošković



transporta teških pacijenata iz Bolnice Istočno Sarajevo do Univerzitetskog Kliničkog centra u Banjoj Luci.

Odnedavno dr Bošković praktikuje izvođenja niskog epiduralnog-periduralnog (kaudalnog) bloka kod djece, čime su stvoreni optimalni uslovi za rad dječijeg hirurga prim. dr Dejana Kafke, stalnog saradnika ove bolnice iz Kliničkog centra Vojvodine. Ova procedura se u BiH izvodi još u Kantonalnoj bolnici u Zenici.

Kaudalni blok ima veliku prednost nad endotrahealnom intubacijom jer je dosta sigurnija metoda, izaziva manju traumu kod djeteta, jednostavnija je za izvođenje, a za cilj ima da obezbijedi operativnu i postoperativnu analgeziju.

Posebno treba naglasiti da ova procedura ima minimum komplikacija, što je za djecu i cijeli tim koji to izvodi, od neprocjenjive važnosti. Troškovi su značajno manji nego kod opšte endotrahealne anestezije, što svakako nije zanemarljivo. *Sam postupak se odvija tako što se dijete prvo uvede u duboki san uz kontrolisanu ventilaciju, nakon toga se okreće na bok te se u takvom položaju izvodi kaudalni blok. Nakon uspješno izvedenog bloka, dijete se vrati u prvobitni položaj tj. na leđa, a onda se pristupa genitourinarnim operacijama i operacijama u donjem abdomenu. U slučaju da postoji potreba, dijete se u svakom momentu može sedirati ili uvesti u opštu endotrahealnu anesteziju.*

Od 2007. godine pa do danas, dr Bošković je uspješno vodio anesteziju kod više od sedamdesetoro djece ispod tri godine, a veoma je interesantan i podatak da je najmlađe dijete, koje je uveo u opštu endotrahealnu anesteziju radi operacije ingvinalne kile, imalo samo petnaest dana, a bilo je teško svega 4.5 kg.

Služba anestezije Bolnice Istočno Sarajevo daje sigurnost i podršku ostalim službama i odjeljenjima ove bolnice i omogućava im da i same razvijaju nove metode i tehnike kod kojih je potrebna asistencija anesteziologa.

M.G

UDRUŽENJE ORL

BRIGA O STRUČNOM
USAVRŠAVANJU ČLANOVA

Cilj nam je da informacije sa skupova budu od pomoći u svakodnevnom radu, kako ORL-specijalistima, tako i kolegama iz drugih grana medicine



Pripreme za održavanje 23. Simpozijuma ORL-a Republike Srpske su u punom jeku – rekao nam je prim. dr Zoran Trifković iz Bijeljine, predsjednik Udruženja ORL, apelujući na sve kolege da svoje stručne radove pošalju najkasnije do prvog maja 2016. godine. Tema ovogodišnjeg simpozijuma, koji će se održati od 18. do 20. maja u Prijedoru, je *Audiologija i vestibulologija* i na njemu će učestvovati i domaći i strani predavači.

Organizujući kongrese i simpozijume vodimo računa da teme budu aktuelne, da pratimo stručna napredovanja u oblasti otorinolaringologije kod nas i u svijetu. Cilj nam je da informacije sa skupova budu od pomoći u svakodnevnom radu, kako ORL specijalistima, tako i kolegama iz drugih grana medicine.

Udruženje ORL Republike Srpske osnovano je 1996. godine u

Banjoj Luci na inicijativu dr Ljiljane Đurđević sa tadašnjim kolegijumom ORL klinike Banja Luka. Rad Udruženja podrazumijeva: redovno godišnje održavanje stručnih skupova sa učešćem domaćih i stranih predavača; uspostavljanje saradnje između otorinolaringologa kliničkih, kliničko-bolničkih, zdravstvenih i drugih ustanova u RS-u; stručno i naučno napredovanje i usavršavanje članova udruženja; organizovanje kongresa i kurseva iz različitih oblasti otorinolaringologije. Pored 22 simpozijuma, udruženje je organizovalo i dva kongresa ORL-a, 2011. i 2015. godine u Banjoj Luci.

Učestvovanju članova udruženja na svjetskim i evropskim stručnim skupovima i projektima posvećuje se dužna pažnja, jer je to način da se prenesu i usvoje savremeni stavovi u tretmanu bolesti i u našoj sredini, ističe Trifković.

U susret 9. Simpozijumu o bolestima štitne žlijezde

TUMORI U FOKUSU

Pod pokroviteljstvom Akademije nauka i umjetnosti Republike Srpske u Banjoj Luci će se od 20. od 22. oktobra 2016. godine održati 9. Simpozijum o bolestima štitne žlijezde.

Tema ovogodišnjeg stručnog skupa tireologa – *Tumori štitne žlijezde*, okupiće domaće i inostrane stručnjake, koji će u dvodnevnoj razmjeni iskustava

razmatrati načine dijagnostike i nove metode liječenja ove bolesti. Osim ove osnovne teme na simpozijumu će biti govora i o ostalim vrstama bolesti štitne žlijezde.

Organizatori skupa su Udruženje tireologa RS-a i Centar za štitnu žlijezdu Banjaluka. Više informacija na www.stitnazlijezda.com

Jahorina

USVAJANJE DOBRIH NAVIKA U ISHRANI I FIZIČKOJ AKTIVNOSTI

U okviru projekta *Mala škola zdravlja* koji se provodi u saradnji Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite i Fonda zdravstvenog osiguranja, četrdeset i dvoje djece školskog uzrasta, sa dobojske regije, boravilo je krajem prošle godine na Jahorini sa ekipom ljekara, psihologa i nastavnika. Sve su to gojazna djeca (sa BMI preko 97 posto) i predgojazna djeca (sa BMI od 85 do 97 posto) uzrasta od sedam do četrnaest godina koja su ovom prilikom upoznata sa načinima pravilne ishrane i fizičke aktivnosti kao prevencije gojaznosti i bolesti koje ona može da izazove. Desetodnevno druženje je proteklo u igri, vježbanju i šetnjama poslije kojih se zdravo jelo, ali i učilo o pravilnoj ishrani. To znači pet obroka na dan, tri glavna i dvije užine, bez grickalica, gaziranih pića i brze hrane, sa dosta

voća i povrća.

D.T.



Izvršni odbor

NOVI PRAVILNIK O KME POD LUPOM

Članovi Izvršnog odbora Komore doktora medicine Republike Srpske su na sjednici održanoj 15. marta 2017. godine razmatrali primjenu novog Pravilnika o kontinuiranoj medicinskoj edukaciji kao i Nacrta pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju licenci



*Prim. dr Mladen Šukalo,
predsjednik IO Komore*

Nakon analize o šestomjesečnoj primjeni *Pravilnika o sprovođenju KME-a*, koji je donijelo Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite, 8. jula 2016. godine, predsjednik komore je načinio analizu efekata njegove primjene i o tome informisao članove Izvršnog odbora. U vezi sa tim donesena je odluka da se kompletna *Analiza* proslijedi u Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS-a, da se objavi u časopisu KOD i na veb-stranici Komore. Zbog neadekvatnosti samog pravilnika i njegove nedosljedne primjene u praksi postoji bojazan da ljekari, vremenom, neće moći da sakupe potrebne bodove za produženje licenci, što za sobom povlači kompletan pad zdravstvenog sistema. S toga je potrebno na vrijeme ukazi-

vati na propuste i nastaviti saradnju sa Ministarstvom zdravlja oko ovih pravilnika.

Komora će i dalje insistirati na donošenju Zakona o doktorskom radu, koji bi trebalo da reguliše sva pitanja vezana za ljekarsku profesiju, a aktivno će se uključiti i u proces donošenja novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Na sjednici se diskutovalo i o osiguranju ljekara. Opšti je stav da se ne smije podleći insistiranjima osiguravajućih kuća na osiguranju kolega. Preporuka je da zdravstvene ustanove same osiguraju svoje zaposlene prema procjeni procenta rizika svakog radnog mjesta.

Donesena je i odluka o pružanju materijalne pomoći za dvoje bolešću ugroženih kolega.

ANALIZA ŠESTOMJESEČNE PRIMJENE NOVOG PRAVILNIKA O KONTINUIRANOJ EDUKACIJI U REPUBLICI SRPSKOJ

*Predsjednik Komore doktora medicine Republike Srpske
Prof. dr Nebojša Jovanić*

UVOD

Prva komora doktora medicine u Evropi osnovana je prije gotovo 150 godina. Jednima je već tada bilo jasno, a drugima ni danas nije jasno, da su doktori sposobni da se samoorganizuju i samoregulišu svoj rad, što u prvom redu štiti sigurnost pacijenata.

U naprednim evropskim zemljama danas komore štite javni interes i u okviru te zaštite, između ostalog, vrše akreditaciju organizatora kontinuirane medicinske edukacije (KME), kao i svakog pojedinačnog skupa.

Tako je bilo i u Republici Srpskoj punih šesnaest godina, od osnivanja Komore doktora medicine pa do 28. 7. 2016. godine, kada je na snagu stupio *Pravilnik o sprovođenju kontinuirane edukacije*, kojeg je donijelo Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske.

Prema tom Pravilniku, za evaluaciju i akreditaciju KME-a zadužen je Savjet za zdravlje. Savjet za zdravlje je savjetodavno tijelo Vlade Republike Srpske koje se povremeno sastaje i nema kapacitete da može kvalitetno voditi akreditaciju organizatora KME-a i akreditaciju pojedinih skupova KME-a u ime tri komore: Komore doktora medicine, Komore doktora stomatologije i Farmaceutске komore kako je predviđeno novim Pravilnikom.

Prema dostupnoj literaturi, nigdje u svijetu savjetodavna tijela vlada, koja se sastaju povremeno po potrebi i savje-

tuju vlade, ne rade niti vode operativne poslove, pa tako i ne akredituju kontinuiranu medicinsku edukaciju.

Pošto je ovaj Pravilnik jedinstven u svijetu i pošto sličnih primjera nema, željeli smo da analiziramo šestomjesečnu primjenu novog Pravilnika i da rezultate te analize uporedimo sa stanjem u istim periodima 2014/15. i 2015/16. godine, a zatim da izvedemo zaključke i sve to objavimo u stručnoj literaturi.

METODE

Na osnovu pisane dokumentacije koja je službeno stigla i zaprimljena u Komori doktora medicine Republike Srpske, napravili smo analizu, a zatim te podatke uporedili sa pravilima koja su propisana novim Pravilnikom.

Dobijene podatke smo zatim uporedili sa podacima za isti vremenski period 2014/15. i 2015/16. i to analizirali i grafički predstavili.

REZULTATI

U periodu od 28. 7. 2016. godine pa do 28. 1. 2017. godine, u Komoru doktora medicine Republike Srpske stiglo je ukupno 67 rješenja (sva potpisana od strane ministra zdravlja i socijalne zaštite) koji inače nije član Savjeta za zdravlje. Od ukupno 67, dva rješenja su izdata na duži period (jedno na godinu dana, a drugo na šest mjeseci).

Prije održavanja edukativnog skupa izdato je 25 rješenja, što iznosi 37 posto od ukupnog broja, a pošto je edukativni skup održan, naknadno je izdato 40 rješenja što predstavlja 60 posto.

U samo 14 slučajeva, što čini 21 posto, ispoštovan je čl. 5 važećeg Pravilnika i Komora doktora medicine Republike Srpske je obaviještena prije održavanja skupa.

U 51 slučaju, ili u 76 posto slučajeva, nije ispoštovan čl. 5 i Komora doktora medicine Republike Srpske nije, ni od strane organizatora niti Savjeta za zdravlje, uopšte obaviještena da će edukativni skup biti održan.

Nakon održanih edukativnih skupova, od strane organizatora u Komoru je stiglo samo 9 izvještaja što je 13 posto, dok njih 58, ili 87 posto, nije uopšte stiglo u Komoru.

Od pristiglih 9 izvještaja, samo u 2 (ili u 22,2 posto) slučaja ispoštovan je čl. 6 Pravilnika i izvještaj je dostavljen u predviđenom roku, a u 7 (ili u 77,7 posto) slučajeva izvještaj nije dostavljen u predviđenom roku.

Prema dostavljenim podacima na edukacijama je bilo samo 1157 učesnika i isto toliko bi trebalo da bude izdatih uvjerenja.

U istom vremenskom periodu, ali 2014/15. godine, održano je 60 edukativnih skupova i izdato je 4975 zaštićenih sertifikata, da bi 2015/16. bilo održano 48 edukativnih skupova a izdato je 4360 zaštićenih sertifikata.

DISKUSIJA

Novi Pravilnik o sprovođenju kontinuirane edukacije objavljen je u Službenom glasniku Republike Srpske broj 59 od 19. 7. 2016. godine, a primjenjuje se od 28. 7. 2016. godine.

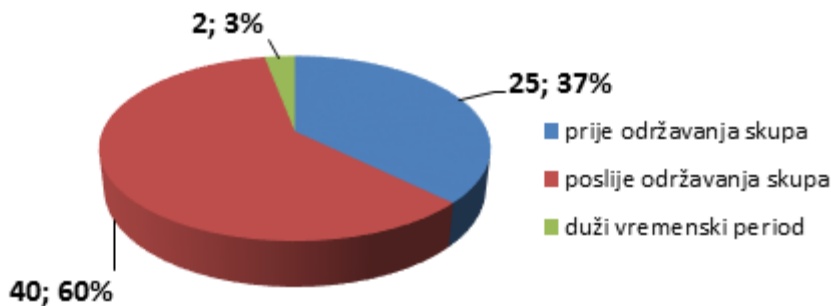
U ovom radu analizirana je šestomjesečna primjena novog Pravilnika.

Prije svega potrebno je istaći tri kurioziteta koje ne možete naći nigdje u svjetskoj literaturi. Prvi je, da sam naziv novog Pravilnika nije u skladu sa savremenom evropskom terminologijom.

Drugi je, da isti pravilnik, koji ima samo devet članova, mora da se primjenjuje u tri komore (Komori doktora medicine, Komori doktora stomatologije i Farmaceutskoj komori) koje su toliko različite i specifične da, kada je u pitanju KME, imaju potpuno različite pristupe i interese.

Treći kuriozitet je, da novi Pravilnik obrađuje i potencira samo neke oblike KME-a (kongres, konferencija, simpozijum, kurs, seminar..) koji se u žargonu obično nazivaju *turistički*, dok potpuno ignoriše najvažnije oblike KME-a (studijski boravci u zemlji i inostranstvu, pisanje knjiga, poglavlja u knjigama, udžbenika, naučnih i stručnih članaka, polaganje specijalističkih i supspecijalističkih ispita, magistriranje i doktoriranje, primarijate, učešće u domaćim i stranim projektima, radove na međunarodno priznatim metodama u dijagnostici i terapiji) gdje znanje, individualnost, inventivnost, poduzetnost dolaze do posebnog izražaja i koji su visoko bodovani u svim svjetskim i evropskim pravilnicima. Iz našeg Pravilnika su izbačeni.

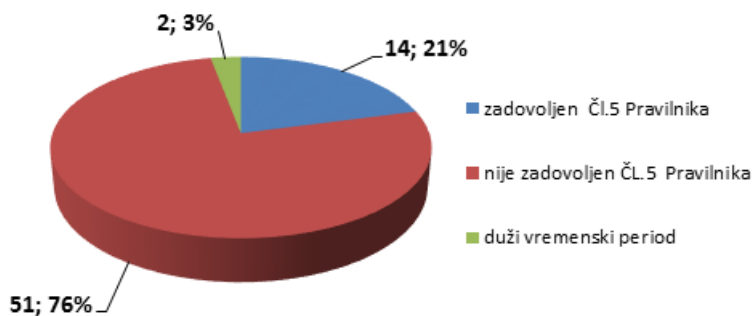
Od ukupno 67 pristiglih rješenja o akreditaciji kontinuirane edukacije, dva rješenja su izdata na duži period (jedno na godinu dana, a drugo na šest mjeseci). To je potpuni apsurd, poigravanje i privatizovanje KME-a, jer se u tim rješenjima ne vidi ni naziv skupa, ni predavači, ni vrijeme održavanja, ni mjesto održavanja. Ovim je prekršen Čl. 4 Pravilnika o kontinuiranoj edukaciji i praktično ova rješenja su nevažeća.



Broj prijavljenih edukacija u periodu jun/ januar 2016/2017.

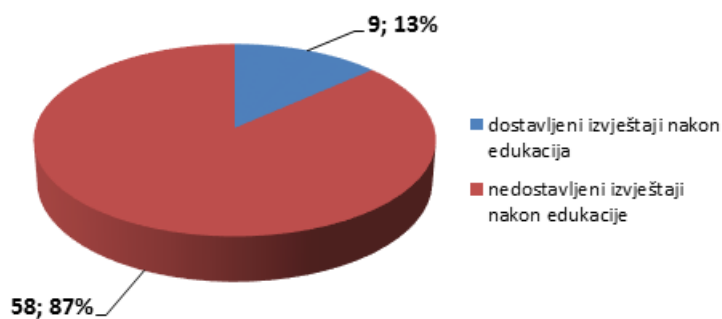
U svijetu nije uobičajeno, potpuno je nedopustivo i nije u skladu sa novim Pravilnikom da se rješenja izdaju naknadno pošto se edukativni skup održi. Nažalost, u ovih šest mjeseci većina rješenja ili njih 60 posto, izdata je naknadno, pošto je edukativni skup održan.

U velikoj većini slučajeva ili u njih 76 posto, nije zadovoljen ni Čl. 5 novog Pravilnika, koji predviđa da Komora doktora medicine Republike Srpske bude uredno obaviještena prije održavanja edukativnog skupa kako bi dalje mogla obavijestiti svoje članove.

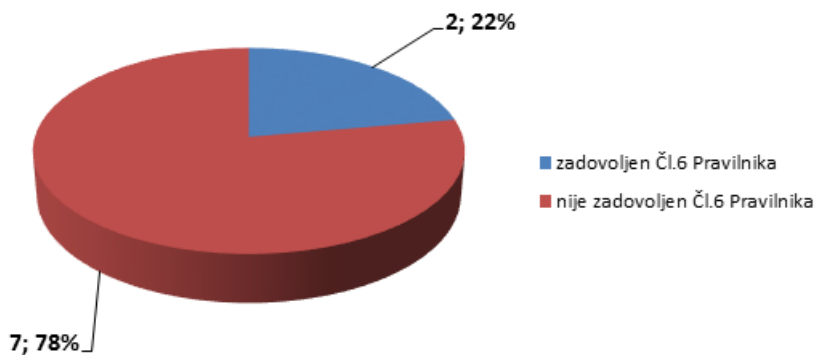


Broj edukacija prema Čl.5 Pravilnika

Nakon održanih edukativnih skupova, organizatori su pokazali potpunu neodgovornost, budući da su samo u 13 posto slučajeva poslali izvještaje u Komoru. Od pristiglih devet izvještaja samo u dva slučaja (22,2 posto) je ispoštovan i Čl. 6 Pravilnika.



Broj edukacija sa dostavljenim/ nedostavljenim izvještajima nakon edukacije



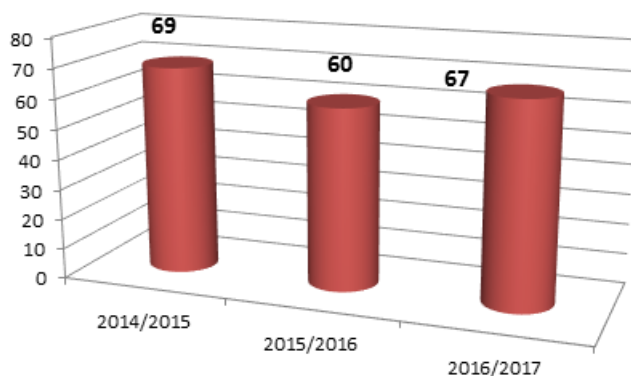
Broj dostavljenih izvještaja koji zadovoljavaju Čl.6 Pravilnika

Prema dostavljenim podacima na edukacijama je bilo samo 1157 učesnika i isto toliko bi trebalo da bude izdatih uvjerenja. Pravilnikom je ovlašten organizator, da bez bilo kakve kontrole i zaštite od falsifikovanja, izdaje uvjerenja. Na ovaj način, dajući ovako velika ovlašćena organizatorima *otvorena su vrata* svim mogućim negativnostima vezanim za sistem KME. Inače, prema važećim evropskim standardima organizatorima nije dozvoljeno da sami, bez ikakve kontrole, izdaju uvjerenja, budući da organizator ima interes da izda što više uvjerenja. Tako nastaju brojne prevare, a KME gubi smisao i pretvara se u haos.

Prema evropskim standardima organizator može biti jedino supotpisnik na uvjerenju i ovlašten je samo da podijeli sertifikate. U ovom trenutku, potpuno je nepoznat broj izdatih uvjerenja što će u daljem radu predstavljati veliki problem.

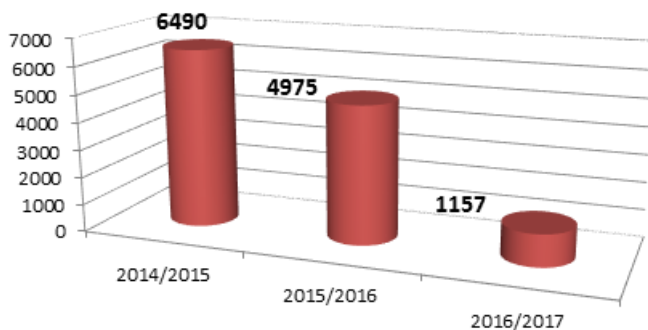
U istom vremenskom rasponu, ali 2014/15. godine, održano je 60 edukativnih skupova, izdato je 4975 zaštićenih sertifikata, da bi 2015/16. bilo je 48 edukativnih skupova i izdato je 4360 zaštićenih sertifikata.

Kada uporedimo ove podatke vidimo da je broj organizovanih edukacija u posljednje tri godine približno isti.



Broj edukacija u periodu jun/januar po godinama

Postoji drastična razlika u broju izdatih uvjerenja. Poseban problem je što ne postoji nikakva propisana zaštita uvjerenja, što će dovesti do pojave velikog broja falsifikata i na taj način će KME izgubiti svoj značaj.



Broj sertifikata u periodu jun/januar po godinama

Prema novom Pravilniku, za samu akreditaciju KME-a zadužen je Savjet za zdravlje. U posmatranom periodu ni na jednom dokumentu, koji smo mi u Komori dobili, nije potpisan Savjet za zdravlje. Sve dokumente potpisuje ministar lično, što nije u skladu sa Pravilnikom koji je sam, prethodno, potpisao.

Neobično je da ministar, koji je zadužen da se brine o zdravlju naroda, vodi računa o KME-u i potpisuje ko će dobiti 5 ili 6 bodova za poster prezentaciju na nekakvom lokalnom skupu.

ZAKLJUČCI

1. Novi pravilnik, kao što se vidi iz analize, nije ispoštovan od strane onih koji su ga donijeli i koji su zaduženi za njegovo sprovođenje.
2. Novi pravilnik nije u skladu sa evropskim standardima, kada je u pitanju terminologija koju koristi, niti je sadržajno u skladu sa evropskim standardima.
3. Novi pravilnik je proizveo mnoštvo problema kada je u pitanju KME (prijavlivanje edukativnih skupova, bodovanje, lažni sertifikati itd.)
4. Novi pravilnik će vrlo brzo će dovesti do toga da se veliki broj doktora neće moći relicencirati, budući da neće imati dovoljan broj bodova.
5. Novi pravilnik je već doveo do toga da je kvalitet KME izuzetno nizak (najbolji primjer su dva doktora, koji već godinama putuju od grada do grada i drže isto predavanje).
6. Novi pravilnik je potpuno razorio i obesmislio sistem KME-a u Republici Srpskoj.
7. Novi pravilnik treba, dok još uvijek nije kasno, hitno povući i donijeti novi koji će biti u skladu sa evropskim standardima.



2001

Комора доктора медицине
Републике Српске

PRVE LICENCE

IZDATE OD NOVEMBRA 2016. DO MARTA 2017. GODINE

1. Bojana Ilić, *Bijeljina*
2. Jelena Četić, *Banja Luka*
3. Vladanka Stokić, *Donji Brodac*
4. Nikola Bojić, *Banja Luka*
5. Vanja Iković-Mijović, *Foča*
6. Sanja Stojanović, *Foča*
7. Aleksandra Lukić, *Banja Luka*
8. Hasan Huskić, *Kotorsko*
9. Milica Jovanović, *Bijeljina*
10. Vanja Kovač, *Foča*
11. Suzana Lučić Davidović, *Foča*
12. Biljana Stupar, *Derventa*
13. Vedrana Jovanović, *Banja Luka*
14. Radiša Ninić, *Šekovići*
15. Ivana Gajić, *Bijeljina*
16. Vesna Radić Topić, *Prijedor*
17. Ognjen Panić, *Banja Luka*
18. Anđa Škobić, *Banja Luka*
19. Jelena Pavlović, *Bratunac*
20. Maja Bereš, *Brčko*
21. Milena Milićević, *Osječani Donji*
22. Tea Domazet, *Banja Luka*
23. Milica Mijić Guslov, *Banja Luka*
24. Maja Kos, *Banja Luka*
25. Milovan Nikolić, *Donja Trnova*
26. Jelena Tešić, *Ugljevik*
27. Marko Semiz, *Prijedor*
28. Milan Milovanović, *Bijeljina*
29. Zvezdana Milivojević, *Doboj*
30. Boris Dujaković, *Teslić*
31. Milan Popović, *Banja Luka*
32. Biljana Tešić, *Ugljevik*
33. Tijana Filipović, *Doboj*
34. Sonja Đurić, *Gradiška*
35. Jelena Damjanović, *Vlasenica*
36. Biljana Bjekić Marić, *Prijedor*
37. Borjan Kovačević, *Doboj*
38. Tamara Savić, *Banja Luka*
39. Maja Bohač, *Brod*
40. Vladimir Mirić, *Gradiška*
41. Suzana Simić, *Derventa*
42. Sandra Mičić, *Zvornik*
43. Željko Jakšić, *Šipovo*
44. Aleksandar Miličević, *Teslić*
45. Slobodan Dakić, *Banja Luka*
46. Jadranko Buzadžija, *Banja Luka*
47. Dragan Lukić, *Prijedor*
48. Milan Cvijić, *Turjak*
49. Duško Šobot, *Banja Luka*
50. Minja Budalić, *Nevesinje*
51. Suzana Simanović, *Teslić*
52. Siniša Kitić, *Teslić*
53. Maja Kuzman, *Banja Luka*
54. Davor Vukić, *Prijedor*
55. Dragana Kovačević, *Čelinac*
56. Sanja Jovičić, *Banja Luka*
57. Jelena Berić, *Omarska*
58. Igor Škaljac, *Banja Luka*
59. Marijana Škaljac, *Banja Luka*
60. Svjetlana Srdanović, *Foča*
61. Anita Stojaković, *Prijedor*
62. Dragana Trepanc Kecman, *Prijedor*
63. Ines Jotanović, *Teslić*



ILIJA ZUBOVIĆ

Devetnaestog marta ove godine, preminuo je prof. dr Ilija Zubović, rođen 1934. godine u Banjoj Luci. Medicinski fakultet je završio u Beogradu 1962. godine, a specijalizaciju interne medicine, specijalizaciju nuklearne medicine i doktorski studij u Zagrebu. Bio je načelnik Zavoda za nuklearnu medicinu KC Banjaluka u čijem osnivanju je aktivno učestvovao. Dužnost dekana Medicinskog fakulteta u Banjaluci obavljao je od 1992. do 1994. godine.

Kolege i pacijenti pamtiće dr Zubovića kao izuzetnog stručnjaka, koji je do kraja života ostao posvećen nauci i profesiji.



MOMIR ĐAJIĆ

Dr Momir Đajić je rođen 1938. godine u Sitnešima kod Srpcā, preminuo je 17. marta 2017. godine. Medicinski fakultet je završio 1972. godine u Beogradu gdje je i specijalizirao medicinu rada 1982. godine. Obavljao je i funkciju direktora Doma zdravlja Kotor-Varoš.

Svi koji su poznavali dr Đajića, pamtiće ga kao dobrog kolegu, omiljenog u kolektivu i među pacijentima.



dr. Milan Gluhović
specijalista interne medicine

Burn out sindrom ili sindrom sagorijevanja na radu

NEISPUNJENA OČEKIVANJA VODE U BOLEST

Neravnoteža između naših vizija ljekarske profesije, onoga što smo tokom školovanja učili i stvarnosti sa kojom se svakodnevno srećemo, kod mnogih ljekara dovodi do izraženog nezadovoljstva, pada radnog elana, osjećaja hroničnog umora i pada profesionalnih standarda, nerijetko i problema u privatnom životu

Imate previše teških zadataka? Provodite mnogo vremena na poslu? Plata je neprimjerena vašem zalaganju na poslu? Nedostaje vam profesionalno ispunjenje? Ne možete, na dovoljno dobar način, pružiti pacijentima svu neophodnu medicinsku pomoć? Imate previše teških pacijenata? Previše pacijenata u ambulanti tokom dana? Ne možete da izdvojite dovoljno novca ili vremena za profesionalno usavršavanje? Niste u stanju da primijenite trenutno važeće smjernice iz određene oblasti? Sve je više papirologije koja se mora ispuniti? Imate problem sa teškim kolegama ili osobljem? Osjećate stalni pritisak i umor? Imate teškog šefa?

Ako je na jedno ili više ovih pitanja, koja se nalaze u Medscape-ovoj anketi za 2016. godinu vezanoj za burn out sindrom, vaš odgovor pozitivan, onda

vjerovatno pripadate grupi ljekara koji su izloženi visokom riziku da razviju sindrom sagorijevanja na radnom mjestu ili ga već imaju. Neravnoteža između naših vizija ljekarske profesije, onoga što smo tokom školovanja učili i stvarnosti sa kojom se svakodnevno srećemo, kod mnogih ljekara dovodi do izraženog nezadovoljstva, pada radnog elana, osjećaja hroničnog umora, pada profesionalnih standarda, a nerijetko i do problema u privatnom životu. Prema istraživanju Medscape-a za 2016. godinu, u grupi od dvadeset i pet specijalizacija, u kojima se ovaj sindrom najčešće javlja, prvih deset su: intenzivna medicina, urologija, urgentna medicina, porodična medicina, interna medicina, pedijatrija, hirurgija, ginekologija i akušerstvo, neurologija, radiologija. Utvrđeno je također da je ženski pol skloniji obolijevanju od ovog sindroma.

NEUSAGLAŠENI ODNOSI IZMEĐU ZAPOSLENOG I RADNE SREDINE

Sindrom sagorijevanja na radu (*burnout*) je dugotrajni odgovor na hronične emocionalne i međuljudske stresore koji su povezani sa radnim mjestom. Nastaje kao posljedica neusaglašenih odnosa između zaposlenih ljudi sa jedne strane i radne sredine, sa druge. To je hronični poremećaj a oboljeli osjećaju zamor, malaksalost, dugo trajanje neodređenih fizičkih bolova, ili pak glavobolju, bol u leđima, nesanicu, stomačne tegobe. Razdražljivi su, nervozni, stalno napeti, impulsivni, ljuti, posežu za alkoholom ili drogama. Isto tako, ispoljavaju i tugu, pesimizam, zatvorenost, emocionalnu krutost, preosjetljivost, bespomoćnost, osjećaj beznađežnosti.

Ovaj sindrom ima i određene faze ispoljavanja. Sve počinje sa fazom *radnog entuzijazma*: osoba je maksimalno posvećena svome poslu, udovoljava ljudima sa kojima radi, ne dopušta sebi dnevni ili godišnji odmor. Ovako angažovanje ne dovodi do adekvatnog zadovoljstva, te osoba postaje razočarana i nezadovoljna. Zatim dolazi faza *stagnacije*: karakterišu je teškoće u odnosima, kako sa saradnicima, tako i sa porodicom, prijateljima. Osoba je emocionalno ranjiva i nepovjerljiva. Najčešće, ona izlazi u sljedećoj fazi a to je *emocionalno povlačenje i izolacija*: ovakav obrazac još više doprinosi doživljavanju posla kao besmislenog i bezvrijednog. U ovom stadijumu počinju prvi znaci tjelesnog iscrpljivanja što predstavlja dodatni stres i dovodi do posljednje faze. To je faza *apatije i gubitka životnih interesa*: javlja se kao odbrana od hroničnog nezadovoljstva na poslu. Prvobitno oduševljenje i samouvjerenost prelaze u cinizam i ravnodušnost, javlja se gubitak vjere u sebe i svoje sposobnosti. Osoba koja dospje u četvrtu fazu ili se odlučuje na promjenu ili ostaje na poslu ali potpuno bez motivacije.

USKLADITI ŽELJE SA REALNOM SITUACIJOM

Jedna studija, koja je rađena u Hrvatskoj, u svom zaključku je navela da je na našim prostorima *burn out* sindrom izraženiji nego na zapadu, da postoji sve veća opterećenost poslom koju ne prati i finansijska stimulacija. Finansijska primanja ljekarima ne omogućavaju život u skladu sa njihovim zalaganjem niti dovoljno stručnog usavršavanja. Uključenost zdravstvenih radnika u kreiranju zdravstvene politike je minimalna. Saradnja sa kolegama je najbolja kada se treba dogovoriti oko termina godišnjih odmora, dok su rijetko to u pitanju stvarne profesionalne konsultacije. U privatnoj praksi se često ne koristi pun godišnji odmor zbog pritiska pacijenata i straha da se isti ne izgube. Pritisak od strane pacijenta je sve veći zbog trenutne ekonomske krize, i ljekari im često služe kao bi izrazili svoje frustracije.

Sigurno je da postoje i druge profesije koje su izložene ovom sindromu, ali ljekarska profesija je u samom vrhu. Takođe je činjenica da loša zdravstvena zaštita stanovništva može da ima ozbiljne i nesagledive posljedice za jedno društvo. Zato bi trebalo da kreatori zdravstvene politike aktivno mjere *burn out* sindrom, te da donose zakonske odredbe kojima bi se omogućilo da zaposleni na radnom mjestu bude što manje izložen nepotrebnim stresorima. Sa svoje strane pak, pojedinac bi trebao da vodi brigu o sebi prepoznavanjem sopstvenih granica djelovanja i iznalaženjem efikasnih načina za savladavanje stresa. Neophodno je stalno analizirati sebe i svoje ciljeve te ih prilagođavati realnosti. Kada prepoznamo problem, već smo prešli pola puta ka njegovom rješavanju.





ASPIRIN[®] PROTECT

Danas prevencija, sutra zaštita.

Srčani udar.

Da li se to može dogoditi i meni?



Više od 100 godina duga tradicija Njemačkog kvaliteta.

Da li imate povišen krvni pritisak?
Sprječite srčani udar sa
Aspirin[®] Protect !



Prije upotrebe pažljivo pročitajte uputstvo o lijeku.
Za obavijesti o indikacijama, mjerama opreza i
nuspojama upitajte svog ljekara ili farmaceuta.



BAYER d.o.o.
Trg solidarnosti 2a
71 000 Sarajevo - Bosna i Hercegovina
Tel.: +387 33 941 600
Fax: +387 33 941 620 / 788 840
www.bayer.com

Svjetski dan hemofilije 17. april

NAPREDAK LIJEČENJA U NAŠOJ ZEMLJI

Svjetska federacija za hemofiliju WFH proglasila je 17. april za Svjetski dan hemofilije. Taj dan obilježavaju nacionalna udruženja hemofiličara, kao i mnoge humanitarne i medicinske organizacije u svim zemljama svijeta, sa ciljem da se javnost upozna sa problemima oboljelih i da se društvena zajednica solidariše i pomogne hemofiličarima u obezbjeđenju što boljih uslova liječenja i socijalne integracije

Svjetsku federaciju za hemofiliju osnovao je 1963. godine, na svoj datum rođenja, Frank Šnabel, kanadski biznismen koji je i sam bolovao od teškog oblika hemofilije. On je mnogo doprinio (kako je obično koristio slogan) *unapređenju liječenja hiljada ljudi oboljelih od ove bolesti*. Danas se, međutim, ovaj datum koristi za promociju prava i potrebe za liječenjem, ne samo kod oboljelih od hemofilije, nego i drugih urođenih poremećaja koagulacije.

Svjetska federacija za hemofiliju (WFH) procjenjuje da je broj oboljelih od hemofilije u svijetu oko 400.000. Hemofilija se manifestuje u ranom djetinjstvu sklonošću ka krvarenju posebno u zglobove, mišiće ali i CNS i meka tkiva, kao i krvarenjima nakon traume ili hirurških zahvata.

ORGANIZOVAN REGISTAR OBOLJELIH

U Republici Srpskoj registrovan je ukupno 91 pacijent sa hemofilijom A i B. Od toga 41 posto pacijenata ima tešku kliničku sliku sa čestim krvarenjima i teškim oštećenjima muskuloskeletnog

aparata kao i drugim komplikacijama. Oboljeli od hemofilije su, prije svega, u svakodnevnom životu suočeni sa bolnim i recidivirajućim krvarenjima u zglobovima koji dovode do hronične artropatije i invaliditeta. Pravovremena i adekvatna terapija pa i primjena rane profilakse je od ključne važnosti za omogućavanje normalnog života oboljelih od hemofilije.

Sistematskom pristupu organizacije zdravstvene zaštite hemofiličara u Republici Srpskoj pristupilo se od 2006. godine. Tada je na inicijativu Fonda ZORS-a ustanovljen ukupan broj oboljelih od hemofilije i započeto je redovno obezbjeđenje terapije. Od tada, u proteklih jedanaest godina, u našoj zemlji napravljen je veliki napredak u liječenju ovih pacijenata.

Prije svega, napravljen je Registar oboljelih. Zatim, svim oboljelim od hemofilije u RS-u, obezbjeđena je terapija. Pacijenti sa najtežim oblikom bolesti stavljeni su na profilaktičnu ili intermitentnu terapiju faktorima koagulacije. Sva djeca oboljela od teškog i srednje teškog



oblika hemofilije nalaze se na primarnoj profilaksi čime im je omogućen normalan rast i razvoj i sprečavanje invaliditeta.

Višegodišnja primjena profilakse kod djece sa hemofilijom je dala veoma dobre rezultate. Danas takvi pacijenti u RS imaju potpuno zdrav lokomotorni aparat, integrisani su u svoju okolinu i žive normalan život svojih vršnjaka. Nažalost, mnogim pacijentima to nije bilo ranije dostupno i oni danas predstavljaju grupu hemofiličara – najtežih invalida

NEOPHODNA KONTINUIRANA TERAPIJA

U RS-u pacijentima je na raspolaganju savremena terapija, uključivši više vrsta faktora koagulacije, a među njima posebno mjesto pripada rekombinanim faktorima koagulacije. Sigurnost, efikasnost i jednostavna primjena su osobine koje odlikuju ove rekombinantne faktore koagulacije. Svi oboljeli od teškog oblika hemofilije imaju dostupan lijek u mjestu stanovanja (lokalne apoteke) čime smo se svrstali u red evropskih zemalja koji primjenjuju savremene principe liječenja hemofilije a to je prije svega dostupnost terapije i kućni tretman. Većina mlađih pacijenata kod kojih je dijagnoza hemofilije postavljena u dječijem dobu i na Odjeljenju Dječije hematookologije

Klinike za dječije bolesti UKC RS-a obučena je za samoprimeću faktora u kućnim uslovima.

Veliki problem predstavljaju pacijenti koji su zbog izostanka adekvatne terapije razvili teške atropatije i invaliditet. Veliki broj njih je kandidat za komplikovane ortopedske zahvate (uglavnom ugradnju proteza). Ovi operativni zahvati spadaju, po svojoj složenosti u sam vrh savremene ortopedije i hematologije. Naš zdravstveni sistem raspolaže stručnim kapacitetima za rješenje ovog problema.

Mnogobrojni su izazovi pred obezbjeđivanjem i organizacijom zdravstvene zaštite hemofiličara. Prije svega, obezbjeđivanje kontinuirane terapije za njih ne smije biti upitno. Zatim, ovim pacijentima potrebno je, pored edukacije, obezbijediti i redovan fizikalni tretman, odgovarajuću stomatološku zaštitu. Ljekari iz RS-a su u nekoliko navrata predstavili rezultate uvođenja profilaktičke terapije na svjetskim sastancima. Uprkos svemu postignutom, još uvijek se nalazimo, prema količini potrošenih faktora koagulacije, na samom začelju u Evropi.

Možemo samo zaključiti: *mnogo smo uradili – ali mnogo je još toga potrebno učiniti.*

*Nacionalni koordinator za hemofiliju u RS-u: prof. dr
Jelica Predojević Samardžić*

DRUGO OBAVJEŠTENJE



XXIII SIMPOZIJUM ORL RS
sa međunarodnim učešćem

AUDIOLOGIJA I **VESTIBULOLOGIJA**

18 - 20. maja 2017. godine
PRIJEDOR

www.orlrepublikesrpske.org





*Mr sc. dr med. Želimir Erić,
specijalista pedijatrije*

PRIMARNE IMUNODEFICIJENCIJE

(UROĐENI POREMEĆAJI IMUNITETA)

Primarne imunodeficijencije (PID) su genetski/urođeni nedostatak kompetentnosti imunološkog sistema (jednog njegovog dijela ili kombinacija više komponenti). To znači da organizam, zbog određenih promjena na genima, te kasnije fenotipske ekspresije ne može da se bori protiv bakterija i virusa kao organizam osobe čiji imunološki sistem je fiziološki kompetentan i funkcionalan. Postoji više od 150 do sada utvrđenih oblika primarne/urođene imunodeficijencije koje su različite po svojoj težini i kliničkom toku. PID se prepoznaje po čestim, ponovljenim, hroničnim i trajnim, čak iznurujućim oboljenjima koja u mnogim slučajevima mogu završiti fatalno. Imunodeficijencija se u pravilu manifestuje ponavljajućim infekcijama. Kod djece su ponavljajuće infekcije često rezultat boravka u vršnjačkim kolektivima (vrtići ili u škole).

Dojenčad i djeca mogu imati do 10 respiratornih infekcija godišnje, vjerojatan uzrok kod djece i odraslih može biti neodgovarajuća antibiotska terapija (izbor antibiotika i dužina terapije), infekcija rezistentnim mikroorganizmima ili druge bolesti koje pogoduju razvoju infekcije (npr. urođene srčane mane, alergijski rinitis, stenozna uretera ili uretre, sindrom nepokretnih cilija, astma, cistična fibroza, teški dermatitis...).

Članovi Evropskog društva za primarne imunodeficijencije (ESID) napisali su dijagnostički protokol za ljekare koji se ne bave primarnim imunodeficijencijama i pedijatrijskom imunologijom. Navedeni protokol ima za cilj da se poveća svijest i obrati pažnja na urođene poremećaje imuniteta. Prvi protokol za dijagnostikovanje primarnih imunodeficijencija (PID) objavljen je 2006. godine od strane ESID-a. Trenutno je u upotrebi protokol iz 2011. godi-

ne, koji je revidiran i dopunjen. Protokol se zasniva na kliničkoj prezentaciji-simptomatologiji kod djece i odraslih osoba. Najveći broj oboljenja iz ove grupe prisutan je u ranom djetinjstvu, dok neke klinički oblici kao što je Kombinovana varijabilna imunodeficijencija (CVID) svoju punu kliničku ekspresiju ima u drugoj odnosno trećoj deceniji života.

Pravovremeno postavljanje dijagnoze je izuzetno značajno za prognozu primarnih poremećaja imuniteta ali to obično nije lak zadatak. Zato predloženi protokol polazi od kliničke slike pacijenta. Primarne imunodeficijencije se klinički prezentuju u svim uzrastima i životnim dobima. Algoritamski pristup i analiza svakog pojedinačnog slučaja omogućava skrining na PID i otkrivanje ove grupe oboljenja u ranim fazama, dok su skupi dijagnostički algoritmi predviđeni za definitivnu kliničku potvrdu na tercijarnim

nivoima zdravstvene zaštite, u kasnijim fazama obrade pacijenata.

Na žalost, svijest o PID među ljekarima profesionalcima je jako niska, ta grupa oboljenja se smatra rijetkim i kompleksnim oboljenjima. Prema svim dosadašnjim multicentričnim studijama incidencija PID se kreće od 1:500 do 1:500 000, zavisno od vrste poremećaja-oboljenja. Uzimajući u obzir sva oboljenja iz ove grupe može se sa sigurnošću reći da je incidencija za PID 1:2000.

Protokol se zasniva na anamnestičkim podacima iz istorije bolesti, fizikalnom pregledu i kliničkim znacima kao i na rezultatima laboratorijskih testova. Uspjeh samog liječenja zavisi od pravovremeno postavljene dijagnoze pogotovo kod teških i kompleksnih poremećaja kao što je Teška kombinovana imunodeficijencija (SCID). U postavljanju pravovremene dijagnoze veoma značajnu ulogu imaju pedijatri na primarnom nivou zdravstvene zaštite, specijalisti porodične medicine, pulmolozi te ORL specijalisti.

Određivanje diferencijalne krvne slike i vrijednosti serumskih imunoglobulina obično su prvi algoritamski korak. Rekurentne, protrahirane respiratorne infekcije, naočigled rezistentne na antibiotsku terapiju, prve pobuđuju

sumnju na postojanje primarne imunodeficijencije. Zbunjujuće za najveći broj pedijatarata i ljekara na primarnom nivou zdravstvene zaštite je to što su respiratorne infekcije i najčešće u pedijatrijskoj populaciji. Najveći broj ovih pacijenata nema urođene poremećaje odnosno oboljenja imunološkog sistema. Međutim kada se dešava rekurentna pneumonija, sa sumnjom ili dokazanim bronhiektazijama, infekcijama koje ne daju odgovor na konvencionalnu antibiotsku terapiju, tada je indikovana imunološka obrada.

Obično je kao i drugim kliničkim entitetima od izuzetnog značaja lična i porodična anamneza bez obzira da li se radi o djeci ili odraslim osobama. U toku praćenja pacijenta obično je evidentan veći broj kliničkih znakova i prezentacija što može biti zbunjujuće, pogotovo kada se izoluje i identifikuje dva ili više patogenih mikroorganizama. Veći broj oboljenja iz grupe primarnih imunodeficijencija prisutan je u ranom djetinjstvu, pogotovo teži klinički oblici. Lakši klinički oblici obično se dijagnostikuju kasnije.

Klinički je od izuzetnog značaja precizno znati fiziološke vrijednosti laboratorijskih parametara pogotovo kod novorođenčeta da bi se izbjeglo pogrešno tumačenje

dobijenih rezultata. Novorođenčad fiziološki često imaju relativnu limfocitozu kao i visoke vrijednosti imunoglobulina koji potiču od majke. Nekada sekundarne imunodeficijencije (HIV, maligne bolesti, zloupotreba narkotika, gubitak serumskih proteina i/ili limfocita uzrokovan medikamentima) u samom početku izgledaju kao primarne imunodeficijencije, pogotovo kod odraslih. Važno je otkloniti sumnju na ove poremećaje prije postavljanja definitivne dijagnoze.

Napredovanjem molekularne biologije, imunogenetike kao i sveukupna sadašnja istraživanja upućuju na činjenicu da ni jedan protokol kod ove vrste oboljenja nije kompletan i po samom uvođenju u primjenu zahtijeva reviziju zbog brze akumulacije novih naučnih činjenica.

Ukoliko postoji čak i sumnja na primarne imunodeficijencije do postavljanja definitivne dijagnoze potrebno je obustaviti vakcinaciju živim, atenuisanim vakcinama. Obično nedostatak serumskih imunoglobulina dugoročno vodi do oštećenja respiratornih i digestivnih organa.

Urgentnu dijagnostičku obradu zaslužuje svako dijete kod kog se sumnja na tešku kombinovanu urođenu imunodeficienciju.

Simptomi i znaci koji mogu pobuditi sumnju na primarne imunodeficijencije:

a. Anamnestički podaci

Podaci iz lične anamneze:

- Informacije o preležanim infekcijama (vrsta, broj, dužina trajanja)
- Ponavljajuće, najčešće bakterijske infekcije (češće od očekivanih za uzrast-dob)
- Teške infekcije-više od jedne epizode (meningitisi, osteomijelitisi, pneumonije, sepse)
- Atipične infekcije komplikovane po svom toku ili su hronične; bez odgovora na standardnu terapiju (posebno ako su rezistentne na IV antibiotsku terapiju)
- Apscesi unutrašnjih organa (posebno parenhimatoznih)
- Ponavljajući subkutani apscesi (posebno kod djece)
- Produženi ili hronični prolivi
- Infekcije uzrokovane rijetkim-opportunističkim mikroorganizmima (Pneumocystis c., ...)
- Generalizovana infekcija sa Molluscum contagiosum, invazivno pojavljivanje bradavica po koži
- Oralne kandidijaze kod djece mlađe od 1 godine

- Komplikacije vakcinacija (diseminovana tuberkuloza, varicela infekcija, paralitički poliomijelitis, rota virusne infekcije)

Podaci iz porodične anamneze:

- PID u porodici; pojava sličnih simptoma u porodici (isti simptomi kod muškaraca jedne porodice povezanih po ženskoj liniji ili drugom očiglednom obrascu nasljeđivanja)
- Neobjašnjiva rana smrt novorođenčadi, smrtni ishod novorođenčeta zbog infekcije ili sepse
- Konsangvinitet (krvno srodstvo) između roditelja (baka i djedova)-potvrđeno ili sa sumnjom na isto
- Autoimune bolesti ili postojanje hematoloških maligniteta kod nekoliko članova porodice

Simptomi i znaci koji mogu ali i ne moraju buditi na sumnju PID (mogući znaci):

- Aplazija ili hipoplazija timusa (radiološki dokazana)
- Angioedem
- Autoimuna oboljenja (autoimune citopenije, SLE)

- Sklonost ka spontanim krvarenjima
- Kongenitalne anomalije srca (uglavnom luka aorte)
- Hronični prolivi, malapsorpcija, insuficijencija pankreasa
- Odloženo odvajanje (otpadanje) pupčanog patrljka (> 4 sedmice)
- Odloženo ispadanje mliječnih zuba
- Zastoj u rastu i razvoju (progresivno)
- Slabije napredovanje (dijete) ili gubitak u tjelesnoj masi (odrasla osoba)
- Teške opstruktivne bolesti pluća, rezistentne na terapiju
- Ekcemi, dermatitisi (teški, atipični)
- Reakcije odbacivanja (graft-versus-host reakcija) nakon transfuzije krvi, ili odbacivanje grafta pri transplantaciji sa majke na dijete (novorođenče)
- Postojanje granuloma
- Hemolitičke reakcije
- Preosjetljivost na sunčevu svjetlost
- Hipokalcemične tetanije
- Inflamatorne bolesti crijeva (atipične)
- Maligniteti (obično limfomi)

- Edemi (otoci) nealergijske prirode
- Usporeno zarastanje rana; usporeno stvaranje ožiljaka
- Ponavljajuća groznica
- Anomalije rebara ili neke druge skeletne anomalije (radiološki dokazane)
- Neobjašnjivo nastajanje bronhiektazija, pneumotokela ili intersticijskih plućnih bolesti
- Vaskulitisi

b. Najčešće kliničke promjene u fizikalnom nalazu

Koža, kosa, nokti, zubi:

- Abnormalnost kose ili zuba. Eksemi. Eritrodermija novorođenčeta. Makularni osip. Piodermije. Parcijalni albinizam kože. Izraženo blijedilo kože. Distrofija nokatnih ploča. Veće površine kože prekrivene bradavicama odnosno moluskama. Kongenitalna alopecija. Vitiligo. Petehije (u novorođenačkom periodu ili hronične). Hladni apscesi kože. Telangiektazije. Odsustvo znojenja.

Usna duplja:

- Gingivostomatitisi (opsežni, hronični). Paradontoze. Afte (ponavljajuće). Ulceracije

oralne sluzokože. Veći broj zuba u gornjoj i donjoj vilici. Konični sjekutići. Hipoplazija zubne gleđi. Perzistirajući mliječni zubi.

Oči:

- Oštećenja retine. Telangiektazije.

Limfni sistem:

- Nedostatak limfnih čvorova odnosno tonzila i adenoida. Limfadenopatija. Hronični limfadenitisi. Asplenija. Organomegalije (jetra, slezena)

U neurološkom nalazu:

- Ataksia. Mikrocefalija. Makrocefalija.

Ostali simptomi: Angioedem. (bez urtikarija). Dismorfizmi. Zaostajanje u rastu ili neproporcionalan rast.

KLINIČKE PREZENTACIJE NEKIH POREMEĆAJA IMUNITETA

Kombinovani poremećaji imuniteta (CID) (B i T limfocitne imunodefijencije):

Usporeno napredovanje, uporni prolivi, diseminovane infekcije, EBV (Epštajn Bar) i VZV (Varičela zoster) infekcije, rekurentne piogene infekcije, rekurentne bakterijske infekcije respiratornog trak-

ta, bronhiektazije, oportunističke infekcije, osipi po koži različite morfologije, maligniteti.

Imunodeficientni sindromi:

Ozbiljne bakterijske infekcije, oportunističke infekcije, infekcije izazvane gram pozitivnom bakterijskom florom u ranom djetinjstvu, hronične kožne i mukozne infekcije gljivicama, encefalitis izazvan HSV, infekcije izazvane inkapsuliranim sojevima (*Neisseria*), diseminovane kutane papilomatoze, epizode groznica praćene dermatitisima, diareje, artropatije, autoimuni poremećaji. Trombocitopenije sa krvarenjem i modricama, ekcem, rekurentne infekcije sa inkapsuliranim mikroorganizmima, autoimuni poremećaji, hronične infekcije disajnog trakta, cerebelarna ataksija, te leangiektazija, maligniteti.

Nedostatak serumskih imunoglobulina (antitijela):

Rekurentni sinuzitisi i rekurentne infekcije ostalih infekcija disajnog trakta sa inkapsuliranim bakterijama, rekurentne virusne infekcije disajnog i gastrointestinalnog trakta.

Poremećaji fagocitne funkcije:

Infekcije dubokih tkiva, apscesi praćeni granulomima, ozbiljne rekurentne bakterijske infekcije, prolongirano odvajanje pupčanog proljeka, sporo zarastanje rana-povreda, hronični dermatitisi, ozbiljne rekurentne infekcije pluća praćene pneumatocelama, česte infekcije kože, koštana fragilnost, kasno ispadanje mliječnih zuba, ozbiljne infekcije mikobakterijom i salmonelom.

Imunodeficientna stanja udružena sa autoantitjelima na interleukine:

Meningitis uzrokovan *Cryptococcus*-om, diseminovane infekcije izazvane mikobakterijama, *Salmonella* spp., *Cryptococcus* spp., *Histoplasma* spp., *Penicillium* spp. i *Varicella* virusom.

PROMJENE U OSNOVNIM LABORATORIJSKIM NALAZIMA;

Hematološki nalazi:

- Granulocitopenija, limfocitopenija, neutrofilija. Eozinofilija. Trombocitopenija. Anemija (aplastična, hemolitička).
U razmazu periferne krvi:

velike granule ili potpuno odsustvo granula u fagocitima. Mali trombociti.

Biohemijski nalazi:

- Hipokalcemija. Hipofibrinogenemija. Hipertrigliceridemija. Hiperferitinemija. Niske vrijednosti CRP-a i drugih parametara inflamacije u toku klinički izraženih infekcija.

SPECIFIČNA LABORATORIJSKA DIJAGNOSTIKA**Procjena humoralnog imuniteta:**

- nivo serumskih imunoglobulina (IgA, IgM, IgG)
- nivo specifičnih imunoglobulina (podklase)
- titar antitijela na specifične antigene nakon vakcinacije (antitijela na antigene difterije i tetanusa)
- određivanje ukupnog broja B limfocita putem protočne citometrije
- određivanje pojedinih klonova B limfocita putem protočne citometrije

Procjena ćelijskog imuniteta:

- određivanje broja CD4 i CD8 T limfocita, kao i njihovog odnosa

- određivanje broja NK ćelija
- određivanje spontane citotoksičnosti NK ćelija
- određivanje stimulisane citotoksičnosti NK ćelija
- testovi kožne preosjetljivosti-procjena citotoksičnosti T limfocita

Fagocitna aktivnost

- KKS sa DKS (kompletna i diferencijalna krvna slika)
- analiza morfologije celularnih oblika razmaza periferne krvi
- analiza morfologije celularnih oblika razmaza kostne srži (mijelogram)

Aktivnost komponenti komplemента

- određivanje nivoa pojedinih komponenti komplemента u serumu (C1-9)
- određivanje ukupne hemolitičke aktivnosti komplemента (CH50)
- određivanje alternativnog puta hemolitičke aktivnosti komplemента (AH50)



octapharma

For the safe and optimal use of human proteins



Za sigurno i optimalno korištenje ljudskih proteina

Ovlašteni zastupnik za BiH:
Remedia d.o.o.
Kranjčevićeva 37
71000 Sarajevo
Bosna i Hercegovina



PAVLOVIĆEVA KREMA

Lijek za sva vremena

Naziv za ovu kremu nastao je spontano, od naroda je prozvana „Pavlovićeva mast“, budući da je na receptima, uz koje se, sve do početka sedamdesetih godina prošlog vijeka, krema dobijala besplatno, stajao faksimil dr Živorada Pavlovića



Nema osobe, na prostorima bivše Jugoslavije, koja nije čula za ovu mast, u čiju su se ljekovitost i blagotvornost uvjerile mnogobrojne generacije. Recepturu je napravio dr Živorad Žika Pavlović, beogradski dječiji ljekar i nenadmašni dijagnostičar. Poslije Drugog svjetskog rata dr Pavlović se posvetio brizi o najmlađima, koji su iz svih krajeva opustošene države, stizali u vilu Živkovića na Avali. Bio je i rukovodilac Doma za nezbrinutu djecu Beograda i Srbije u Zvečanskoj. U velikoj oskudici lijekova, sinula mu je ideja da

napravi mast koja bi mogla da pomogne pri zacjeljivanju obojlenja kože, koja su se masovno javljala kod mališana.

BEZ AUTORSKIH PRAVA

Tako je 1947. godine moj otac počeo da stvara sredstvo koje će potom decenijama biti osnovna mast za njegu dječije kože - kaže dr Vojislav Pavlović, takođe pedijatar. Jedno vrijeme bio je raspoređen u leskovački kraj, da tamo organizuje pedijatrijsku službu. Kad se vratio u Beograd, nastavio je da usavršava mast.

Ruža Resanović, tadašnji direktor apoteke „Veljko Dugošević“ na Zvezdari, omogućila je da se dobije mast baš po receptu koji je prepisao moj otac. Ubrzo se pokazalo da mast brzo i efikasno liječi promjene na koži, pa su počele da je izdaju i ostale apoteke. Ime kreme nastalo je spontano, od naroda je prozvana „Pavlovićeva mast“, jer je na receptima, uz koje se, sve do početka sedamdesetih godina prošlog vijeka, mast dobijala besplatno, stajao faksimil dr Živorada Pavlovića.

Mast je ostala do danas u svijesti naroda, prešla je granice Sr-

bije, okruženja, Evrope, i postala dio kućnih apoteka na drugim kontinentima - kaže dr Pavlović. Otac za života nije zaštitio autorska prava na „Pavlovićevu mast“. Za njega je bilo značajno što je stvorio preparat koji je od pomoći, nikakva zarada nije ga interesovala. Bila su tada, ipak, malo drugačija vremena. Umro je početkom novembra 1978. godine u ubjeđenju da je ostavio nešto vrijedno svom narodu.

Dr Živorad Žika Pavlović rođen je početkom 1905. godine u Ljigu, osnovnu školu završio je u Ljigu i Gornjem Milanovcu, a gimnaziju u Valjevu. Po završetku Medicinskog fakulteta i specijalizacije 1936. godine bio je ljekar u Zemunu a ubrzo je prešao u Beograd. Molili su ga da bude profesor na medicinskim fakultetima u Lozani i Beogradu, ali on se odlučio za ljekarsku praksu i posvetio se liječenju najmlađih.

BRINUO JE O DJECI, STUDENTIMA I SIROMAŠNIMA

U toku studija medicine družio se sa svojom generacijom, poznatim profesorima i doktorima Vojom Stojanovićem, Stanislavom Bukurovom, Rihardom Burjanom,

kao i mnogim značajnim imenima hirurgije, interne medicine, pedijatrije; Rajkom Nenadićem, Krstom Živkovićem. Aktivno je učestvovao u političkom životu studenata tadašnje Jugoslavije, u Demokratskoj stranci Ljube Davidovića i Milana Grola. Sarađivao je sa dr Ivanom Ribarom i njegovim sinovima Lolom i Juricom. Tada je, od studenata svih banovina, bio izabran za predsjednika Ujedinjene studentske omladine Jugoslavije.

Poslije rata porodični imetak u Ljigu je eksproprisan, vjerovatno je smatrano da za nas nema mjesta u ovoj varoši, kaže sa sjetom dr Vojislav Pavlović. Naša kuća u Ljigu bila je značajna i po tome što je u njoj legendarni vojvoda Živojin Mišić donosio odluke o Suvoborskoj i Kolubarskoj bici; tu mu je postavljena bista. U Ljigu je, ipak, ostalo sjećanje na mog oca, dr Živorada Žiku Pavlovića. Jedna ulica nosi njegovo ime.

Izuzetan doktor, dobronamjerni čovjek je ušao u gradska predanja po dobroti, bio je osnivač institucija za zbrinjavanje mališana, a postojalo je pravilo da svakog četvrtka studente i Rome liječi besplatno. Na kraju je i sam obolio i završio u bolničkoj postelji. Nedjeljama pred

smrt, ispod njegovog bolničkog prozora, smjenjivali su se ciganski orkestri pjevajući mu u znak zahvalnosti pjesmu za laku noć. Iza velikana ostade legenda i što je važnije *Pavlovićeva mast* koja za sedamdeset godina koliko se upotrebljava, nikome nikada nije naškodila, niti izazvala alergijsku reakciju. Malo je preparata koji mogu time da se podiče.

Pripremila: Dragana Mastalo



Dr Živorad Žika Pavlović

RAZVOJ ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U ROGATICI

Prvi ljekar došao je u Rogaticu, zabilježili su hroničari, prije 134 godine, odnosno davne 1883. godine, što se smatra početkom rada organizovane zdravstvene službe. Kao sresko mjesto Rogatica je 1919. dobila i bolnicu sa 12 kreveta u kojoj su stalno radili doktor Alija Tomić, tri bolničara i jedna babica



Dr Alija Tomić sa suprugom

Između dva svjetska rata zdravstvenu zaštitu u privatnoj ordinaciji sa rendgen-aparatom i jednom medicinskom sestrom pružao je i vrsni ljekar Božo Bulajić, a lijekove, preko privatne apoteke, obezbijedivao je mr ph. Šento Papo.

Prvi ljekar u Rogatici poslije Drugog svjetskog rata bio je dr Geh, zarobljeni njemački oficir sa nekoliko bolničara. U kraćem periodu radio je i doktor Birsa, Slovenac, ali bilo je i prekida kada nije bilo ljekara, pa su zdravstvene usluge pružali medicinski tehničari.

Novu zgradu bolnice Rogatica je dobila 1948. godine i to je sadašnja stara zgrada Doma zdravlja u kojoj su postojali stacionar, ambulanta,

porodilište, služba zaštite na radu, rendgen, laboratorija i apoteka, ali su sve do 1950. godine ljekari bili zarobljeni Nijemci: dr Johan i dr Leha Urlih. Njih su vremenom zamijenile doktorice Divna Petković i Danica Vasić. Prvi domaći ljekari bili su Mustafa Ajanović, Hasan Hadžijahić i Milutin Planojević.

Ipak *zlatno doba* zdravstva u Rogatici bilo je ono između Drugog svjetskog i posljednjeg Odrambeno-oslobodilačkog rata. Kako se razvijalo zdravstvo u Rogatici vidi se iz podataka o rastu broja zaposlenih stručnjaka i broja ležaja, na primjer: 1968. godine ovdje su radila četiri ljekara, dok je stacionar raspolagao sa 20 bolesničkih postelja. Još jedna bolnička zgrada izgrađena je 1971.

godine, a već 1973. tu je osam ljekara, 42 medicinska tehničara i 40 bolesničkih kreveta. Uz terenske ambulante na Borikama, Žepi, Šljedovićima, Mesićima i Stjenicama pružana je kompletna primarna zdravstvena zaštita za više od 25.000 stanovnika. Narod ovog kraja sa žaljenjem je dočekaio zatvaranje stacionara 1979. godine.

Kakva je slika zdravstva bila na kraju 1991. godine vidljivo je na osnovu činjenice da je Dom zdravlja imao 24 ljekara, od čega osam specijalista, sedam stomatologa i jednog farmaceuta. Ostalo su bili ljekari opšte prakse i plejada uglavnom mladih medicinskih tehničara.

Sreten Mitrović



*Doc. dr Mira Spremo
i prof. dr Slobodan Spremo*
Medicinski fakultet Univerziteta u
Banjoj Luci, 2016. godine

MENTALNO ZDRAVLJE I SLUH

Monografija *Mentalno zdravlje i sluh* sadrži osvrt na stepen nagluposti i rizične faktore koji mogu doprinijeti razvoju mentalnog poremećaja u svim razvojnim fazama života, od djetinstva do starosti, rezultate vlastitih istraživanja u ovoj oblasti te preporuke za efikasnije mjere prevencije nastanka mentalnih poremećaja kod gluhih. Cilj je da se, sumirajući probleme sa kojima se sreću osobe sa gubitkom sluha, podstaknu profesionalci, porodice i drugi značajni faktori u okruženju da svojim pristupom i podrškom doprinesu smanjenju mogućnosti nastanka poteškoća u mentalnom zdravlju gluhih.

Sumirajući brojna istraživanja koja jasno ukazuju na postojanje mentalnih poremećaja kod gluhih i nagluhih osoba urađeno je istraživanje u našim uslovima sa ciljem da se ukaže na postojanje mentalnih poremećaja u ovoj populaciji na koje se nije obraćalo dovoljno pažnje. Rezultat toga su pokazatelji koji upućuju na značajno više simptoma anksioznosti i depresije u grupi nagluhih nego u uzorku ispitanika kojima sluh nije oštećen. Poznavanje rizičnih faktora i podržavanje otvorenije komunikacije i uklanjanje stigme povezane sa psihičkim problemima među osobama sa gubitkom sluha, omogućice lakšu procjenu mentalnih poremećaja u budućnosti. Nastava na znakovnom jeziku je važan aspekt prevencije.



Akademik prof. dr Snježana Miličević
Medicinski fakultet Univerziteta u
Banjoj Luci, 2016. godine

URGENTNA STANJA U UROLOGIJI

Sva klinička stanja i oboljenja urgentnog karaktera, koja se susreću u urološkoj praksi, kao i bazični principi njihove dijagnostike i terapije, teorijski su obrađeni u ovoj monografiji koja je na pravi način popunila prazninu u deficitarnosti udžbenika na našem jeziku iz hirurške oblasti urologije.

Namjera autorke je da ukaže ljekarima da prilikom susreta sa oboljenjima urgentnog karaktera, samo usmjeren dijagnostički i terapijski program sa pacijentom može dati dobre rezultate i uštediti kapacitete i sredstva zdravstvene službe, jer dijagnostička i terapijska polipragmazija to zasigurno ne čini. Knjigu čini jedanaest poglavlja kroz koja su obrađeni svi aspekti ovog problema: Pristup pacijentu sa hitnim urološkim stanjem;

Simptomi hitnih stanja u urologiji; Šok i terapija šoka; Povrede urogenitalnog trakta; Akutne opstrukcije gornjeg dijela urinarnog trakta; Akutne opstrukcije donjeg dijela urinarnog trakta; Infekcije urogenitalnog trakta; Vaskularna i hemoragijska hitna stanja; Najčešće jatrogene komplikacije; Postoperativne hitnoće nakon uroloških hirurških intervencija; Preoperativna priprema pacijenata sa hitnim urološkim stanjem.

Ova stručna knjiga namijenjena je, prije svega, specijalizantima urologije ali i specijalizantima svih drugih hirurških grana medicine, urolozima u prvim godinama njihovog profesionalnog rada, te ljekarima urgentne i porodične medicine.



DR ELVIRA SIMIĆ
IZ BANJE LUKE

OTKAD PAMTIM, NEŠTO PRAVIM ILI POPRAVLJAM

Volim da pravim. Ruke tome i služe. Rekoše čak, neki pametni ljudi tome vični, da imam dvije desne. Roditelji su to dopuštali i ohrabivali, uz uslov da je škola kako valja. Crtala sam, bojila, lijepila, sjeckala, šila. Izmišljala sam i nosila majice sa natpisima kakve niko nije imao. Pravila nakit od gline, žice, perli; za sebe i kao poklon za drage ljude. Sa jedanaest sam sašila svoj prvi odjevni predmet - teksas suknju. I od tada se ne zaustavljam. Šila sam sve što mi je trebalo, a da se moglo na taj način napraviti. Konfekcija mi se nije dopadala, a kasnije sam ustanovila da za mene, naprosto, nema broja. Nekako mi uvijek nedostaje rukava i nogavica. Plela sam po džemper uz svaki ispit i tada shvatila koliko mi takva razonoda koristi i na drugi način. Koliko mi pomaže da se opustim, rasteretim i razbistrim glavu. Tu negdje sam samu sebe naučila da heklam. Iz knjige.

PRVA MAŠINA – POKLON OD TATE

Jednog dana otac se pojavio sa polovnom mašinom u rukama i izgovarajući rečenicu - *ne diraj više materinu, molim te* – uručio mi je svoju novu-staru Ružu. Mojoj sreći nije bilo kraja. Družile smo se uz beskrajn niz projekata praktičnih i nepraktičnih, šašavih i jako ozbiljnih. A prije svega zabavnih.

Kad sam se udala i odselila od roditelja, Ruža je došla sa mnom. Porubljivala je zavjese, posteljine i stolnjake. Sašila je svoju vjenčanu haljinu i svileni prsluk sa dvadeset pet dugmića za mog dragog; potom trudničke pantalone, gegice i dječiju posteljinu, moderne platnene pelene, pidžamice, pantalonice, haljinice, *sling* maramu za nošenje – prvu a dugo i jedinu u gradu. Sašila je i prvorođendanske štepane prekrivače od prerasle odjeće, kojima se oboje i danas pokrivaju. Sve što bi bilo kome moglo pasti na pamet da se sašiti može: ruksake, kapute, igračke, papuče, rukavice, tašne, jastuke, prekrivače.. lista je duga. Kako je Ruža skrenula u dječijem pravcu, tamo su otišle i druge alatke. Pa je tu bilo pletenih prsluka i dekica, heklanih cipelica i šeširića, haljinica, torbica i korpi za sve i svašta i jedno veliko more šarenih heklanih igračaka jako zgodnih za glodanje. Vremenom, u stan su se uselile nove mašine, bolje i naprednije od Ruže. One su šile brže i bolje, i mogle su da urade ono što ona nije mogla. Moja stara Ruža je i danas ispravna. Ne koristim je više, ali mi je žao sa njom se rastati. Nova mašina donijela je i novi kreativni izazov – mašinski vez. Pomalo sam naučila i sama da pravim dizajne za vez. Sada vezem na novu ili osvježavam staru odjeću, pravim modne dodatke, stvari za kuću, za nas ili kao poklon za drage ljude, a naročito djecu.

PORODIČNA RADIONICA

Uz vlastiti dom i muža jednako kreativnog kao i ja, vičnog alatima od one teže, električne vrste, stan smo opremili namještajem napravljenim sopstvenim rukama i tako iskoristili svaki kvadratni centimetar raspoloživog poda i zidova. Djeci smo pravili igračke, stolice, muzičke instrumente, kostime za maskenbale, uokvirivali njihova remek-djela. Posjeli prvo jedno, pa drugo za vlastiti pisaci sto. Oduvijek i još uvijek posebno zadovoljstvo i izazov predstavlja prenamjena (repurposing); kada od nečeg nepotreblijivog, napravim nešto sasvim drugo. Prekrajanje iznošene odjeće u nešto drugo: odjeću, torbu, ili samo prihvaćajući za vrele lonce; preplitanje starog džempersa u novi; pravljenje police od starog ormara ili vaze od zanimljive boce. Kreirala sam i mnogo jestivih igračaka od nevoljenih ostataka goblenskih konaca mnogobrojnih znanih i neznanih gospođa koje su ih se rado odrekle. Sve je to kod mene transgeneracijski prenesen način života. Ali i dalje je izazov postići zamišljeno. Na taj način sam i stekla vještinu, vježbajući na onome što više nikome nije trebalo. Vremenom je bivalo sve manje promašaja.

DJECA SU VJEČNA MOTIVACIJA

Zbog velikog broja obaveza, pravljenje odjeće za mene sada je samo sporadično. Napravim povremeno nešto samo za sebe, ali, kao i svaka mama, djecu stavim na prvo mjesto pa šijem za njih. I dalje mislim da sam buntovna po pitanju odjeće. Možda samo zato što nosim ono što mi se dopada, nezavisno od trenutne mode. Rad vlastitim rukama, bilo da šijem, pletem, heklam ili pravim nešto treće, uvijek i zauvijek je moj način opuštanja. Sam proces skida sa mene brige koje, i mimo svoje volje, prenesem preko praga, a zadovoljstvo dobro urađenog posla stavlja osmijeh na lice. Postoji manje-više konačan broj stvari koje možete napraviti sebi i svojim. Onda pravite nešto jer je lijepo, korisno ili je, eto, baš fora. Može to biti i izazov, nešto što zahtijeva novu vještinu. Onda te stvari čekaju da budu poklonjene nekom prilikom ili tek onako. Djeca se posebno obrađuju takvim poklonima. Obraduju se i odrasli, ali dječiji smijeh i radost u očima je nešto posebno. Bilo da su u pitanju šarene ukosnice od filca, novi peškir sa fora zakačkom, vezena majica sa omiljenim crtanim junakom ili nova heklana igračka. Svejedno. Djeca se raduju cijelim svojim bićem, bez zadržke. Djeca su osnovni razlog zašto smo tu - djeca su razlog postojanja.



Dr Elvira Simić rođena u Sarajevu 1973. godine. Osnovnu školu i gimnaziju završila je u Banjoj Luci. Diplomirala je na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Banjoj Luci 2000. godine. Specijalistički ispit iz pedijatrije položila 2006. godine. APLS (Advanced Pediatric Life Support) instruktor je od 2005. godine. Radi na Klinici za dječije bolesti UKC RS-a u Banjoj Luci, bavi se dječijom neurologijom. Udata, majka dvoje djece. Mnogo radi, malo spava, uvijek se smije.



Ivana Dimić: **ARZAMAS**
Laguna, Beograd 2016. godine

LJUBAV NASUPROT SMRTI

Roman enigmatičnog naziva „Arzamas“, beogradske autorke Ivane Dimić, dobitnik je Ninove nagrade za najbolje književno ostvarenje u protekloj godini

Ovo je naizgled jednostavna priča o odnosu dementne majke i kćerke koja je njeuguje, ispričana na neobičan način kroz dvije, reklo bi se nespojive forme. Pripovijedanje u *Arzamasu* teče smjenom dramskih dijalozkih i prozno-esejističkih dijelova. Dok se u dramskoj kolokvijalnoj formi predočava sva složenost ljubavi majke i kćerke, dotle se u onim kontemplativnim fragmentima promišljaju ključna egzistencijalna pitanja, koja su u simboličkoj vezi sa glavnom pričom. *Tako se iz jedne sasvim intimne, gotovo kamerne perspektive otvara univerzalni pripovjedni plan* - navodi se u obrazloženju žirija - *bez kojeg nema dobrog romana ni vrijedne umjetnosti*. Pripada rijetkom i zanimljivom žanru *danse macabre*

(špa. ples smrti), *nadigravanju* u kojem je moć ljubavi jedini dostojan protivnik smrti.

Ivana Dimić, diplomirani dramaturg, rođena je u Beogradu 1957. godine. Autor je brojnih kratkih priča, drama, dramatizacija i TV scenarija. Objavila je knjige priča: *Crna zelen* (1995), *Mahorka, mastilo i muž* (1998), *Uzimanje vremena* (2001), *Ima li koga?* (2006), *Popis imovine* (2009). *Arzamas* je pisala sedam od ukupno devet godina koliko je čuvala majku. *Pisanje je, kao i čitanje, za mene imalo terapeutsko dejstvo. Spasilo me od arzamskih i drugih užasa, to je bio moj štit od svijeta. Svaki pisac se u suštini bavi pitanjima smrti i ljubavi. Tako je i poruka mog romana da je ljubav jača od smrti*, tvrdi Dimićeva. ŽGB

ARZAMAS

*Naslov sam odabrala zbog citata u knjizi „Energija zablude“ Viktora Šklovskog, kaže autorka. On piše kako je grof Tolstoj otišao u Arzamas (grad u Nižnjenovgorodskoj oblasti, udaljen 300 km od Moskve, ka istoku) kako bi kupio imanje. Kad se dogovorio sa trgovcem ostao je tamo i da prespava. U sred noći probudio ga je užas; smrt mu je na uvo šapnula: *To se ti mene plašiš*. Šklovski komentariše: *sreća i smrt, to je arzamski užas*. Ja sam uzela tu riječ za naslov jer se kćer koja čuva dementnu majku nalazi u pravom arzamskom užasu.*

KONGRESI

ALERGOLOGIJA/IMUNOLOGIJA

1st International Congress of Micro-Immunotherapy 2017

- Datum: 18-20 maj 2017
- Mjesto održavanja: Palma de Mallorca, Spain
- Website: <http://icomi2017.org/>

EAACI 2017

- Datum: 17-21 juni 2017
- Mjesto održavanja: Helsinki, Finland
- Website: <http://www.eaaci.org/>

Antibodies & Complement: Effector Functions, Therapies & Technologies

- Datum: 20–23 juni 2017
- Mjesto održavanja: Albufeira, Portugal
- Website: <http://10times.com/>

ANESTEZIOLOGIJA/URGENTNA MEDICINA

E66 ESCVS 2017

- Datum: 11–14 maj 2017
- Mjesto održavanja: Solun, Greece
- Website: <http://escvs2017.org/>

Euroanaesthesia – ESA 2017

- Datum: 3-5 juni 2017
- Mjesto održavanja: Geneva, Switzerland
- Website: <http://euroanaesthesia2017.esahq.org/>

CSRS-ES 2017: 33rd Annual Meeting of the Cervical Spine Research Society – European Section

- Datum: 24–26 maj 2017
- Mjesto održavanja: Salzburg, Austria
- Website: <http://www.csrs-salzburg2017.com/>

KARDIOLOGIJA

EuroPCR

- Datum: 16–19 Maj 2017
- Mjesto održavanja: Paris, France
- Website: <https://www.pcronline.com/>

ESH 2017

- Datum: 15-19 juni 2017
- Mjesto održavanja: Milan, Italy
- Website: <http://www.esh2017.eu/>

Cardio Update Europe 2017

- Datum: 29 juni–1 juli 2017
- Mjesto održavanja: Prague, Czech Republic
- Website: <http://cardio-update-europe.eu/>

Cardiac Rhythm Device Summit: Implantation, Management, and Follow Up

- Datum: 30 juni–2 juli 2017
- Mjesto održavanja: Dana Point, United States
- Website: <https://cveducation.mayo.edu/>

ESC congress 2017

- Datum: 28-30 avgust 2017
- Mjesto održavanja: Barselona, Spain
- Website: <http://www.escardio.org/>

PULMOLOGIJA

CHEST COPD: Current Excellent and Future Development

- Datum: 7–9 maj 2017
- Mjesto održavanja: Amsterdam, Netherlands
- Website: <http://www.chestcopdconference.com/>

Pneumo Update Europe 2017

- Datum: 9–10 juni 2017
- Mjesto održavanja: Vienna, Austria
- Website: <http://pneumo-update-europe.eu/>

16th International Congress on Pediatric Pulmonology (CIPPXVI)

- Datum: 22–25 juni 2017
- Mjesto održavanja: Lisbon, Portugal
- Website: <https://www.cipp-meeting.org/>

ENDOKRINOLOGIJA

ECE 2017

- Datum: 20–23 maj 2017
- Mjesto održavanja: Lisabon, Portugal
- Websit: <http://www.ece2017.org/>

Keystone Symposia: Neuronal Control of Appetite, Metabolism and Weight

- Date: 9–13 May 2017
- Mjesto održavanja: Kobenhavn, Denmark
- Website: <https://www.kestonesymposia.org/>

GASTROENTEROLOGIJA/HEPATOLOGIJA

12th International Congress of the European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association (E-AHP-BA 2017)

- Datum: 23–26 maj 2017
- Mjesto održavanja: Mainz, Germany
- Website: <http://eahpba2017.com/>

NEFROLOGIJA

E54. ERA-EDTA

- Datum: 3-6 juni 2017
- Mjesto održavanja: Madrid, Spain
- Website: <http://www.era-edta2017.org/>

HEMATOLOGIJA

XVII International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (iwCLL)

- Datum: 12–15 maj 2017
- Mjesto održavanja: New York, United States
- Website: <http://www.iwcll2017.org/>

EHA 2017

- Datum: 22-25 juni 2017
- Mjesto održavanja: Madrid, Spain
- Website: <http://www.ehaweb.org/>

ISTH 2017

- Datum: 8-13 juli 2017
- Mjesto održavanja: Berlin, Germany
- Website: <http://www.isth2017.org/>

The 5th Annual International Conference on Advances in Hematology and Oncology 2017

- Datum: 12–13 august 2017
- Mjesto održavanja: Coeur d'Alene, United States
- Website: <http://oncology.binayfoundation.org/>

ONKOLOGIJA

IMPAKT 2017 Breast Cancer Conference

- Datum: 4–6 maj 2017
- Mjesto održavanja: Bruxelles, Belgium
- Website: <http://esmo.org/>

ELCC 2017 European Lung Cancer Conference

- Datum: 5–8 maj 2017
- Mjesto održavanja: Grand-Saconnex, Switzerland
- Website: <http://esmo.org>

EAPC 2017-World Congress of the European Association for Palliative Care

- Datum: 18–20 maj 2017
- Mjesto održavanja: Madrid, Spain
- Website: <http://www.eapc-2017.org/>

REUMATOLOGIJA**EULAR 2017**

- Datum: 14-17 juni 2017
- Mjesto održavanja: Madrid, Spain
- Website: <http://www.congress.eular.org/>

PSIHIJARIJA**24th Annual International STRESS AND BEHAVIOR Neuroscience and Biopsychiatry Conference**

- Datum: 16–19 maj 2017
- Mjesto održavanja: St-Petersburg, Russian Federation
- Website: <http://www.stressandbehavior.com/>

NEUROLOGIJA**A Vision for Multiple Sclerosis (MS)**

- Datum: 12 maj 2017
- Mjesto održavanja: Edinburgh, United Kingdom
- Website: <https://zibrant.eventsair.com>

26th European Stroke Conference

- Date: 24–26 maj 2017
- Mjesto održavanja: Berlin, Germany
- Website: <http://www.eurostroke.conventus.de/>

Keystone Symposia - Neuroinflammation: Concepts, Characteristics, Consequences

- Datum: 19–23 juni 2017
- Mjesto održavanja: Keystone, United States
- Website: <https://www.keystonesymposia.org/>

Neurology conferences

- Datum: 26–28 juni 2017
- Mjesto održavanja: Valencia, Spain
- Website: <http://neurologycongress.com/>

ISN-ESN Biennial Meeting

- Datum: 20–24 avgust 2017
- Mjesto održavanja: Paris, France
- Website: <https://www.neurochemistry.org/>

RADIOLOGIJA**ESTRO 36**

- Datum: 5–9 june 2017
- Mjesto održavanja: Wien, Austria
- Website: <http://estro.org/>

World Congress of Thoracic Imaging 2017

- Datum: 18–21 june 2017
- Mjesto održavanja: Boston, United States
- Website: <http://4wcti.org/>

Oncologic Imaging Course 2017

- Datum: 29 juni – 1 juli 2017
- Mjesto održavanja: Dubrovnik, Croatia
- Website: <http://oncoic.org/>

GINEKOLOGIJA**9th Annual SERGS meeting, Lille, France**

- Datum: 14–16 juni 2017
- Mjesto održavanja: Lille, France
- Website: <https://lille.sergs.org/>

21st International Conference on Prenatal Diagnosis and Therapy

- Datum: 9–12 juli 2017
- Mjesto održavanja: San Diego, United States
- Website: <http://www.ispdhome.org>

PEDIJARIJA

World Summit on Pediatrics 2017

- Datum: 22–25 juni 2017
- Mjesto održavanja: Roma, Italy
- Website: <http://www.wsp-congress.com/>

The 3rd International Neonatology Association Conference (INAC 2017)

- Datum: 7–9 juli 2017
- Mjesto održavanja: Lyon, France
- Website: <http://2017.worldneonatology.com/>

OTORINOLARINGOLOGIJA

Osseo 2017

- Datum: 17–20 MAJ 2017
- Mjesto održavanja: Nijmegen, Netherlands
- Website: <https://www.osseo2017.com/>

IFOS 2017

- Datum: 24-28 juni 2017
- Mjesto održavanja: Paris, France
- Website: <http://ifosparis2017.org/>

OFTALMOLOGIJA

ARVO 2017 Annual Meeting

- Datum: 7–11 maj 2017
- Mjesto održavanja: Baltimore, United States
- Website: <http://www.arvo.org/>

HIRURGIJA /ORTOPEDIJA/FIZIJARIJA

EACD 2017

- Datum: 17-20 maj 2017
- Mjesto održavanja: Amsterdam, Netherland
- Website: <http://www.eacd2017.org/>

7th Annual Traumatic Brain Injury Conference

- Datum: 24–25 maj 2017
- Mjesto održavanja: Arlington, United States
- Website: <http://tbiconference.com/>

18. EFORT congress

- Datum: 31 maj-2 juni 2017
- Mjesto održavanja: Vienna, Austria
- Website: <https://www.efort.org/>

2017 Vascular Annual Meeting | Society for Vascular Surgery

- Datum: 31 maj – 3 juni 2017
- Mjesto održavanja: San Diego, United States
- Website: <https://vascular.org>

WCS 2017 - World Congress of Surgery by ISS/SIC

- Datum: 13–17 august 2017
- Mjesto održavanja: Basel, Switzerland
- Website: <http://www.wcs2017.org>

6th FFN Global Congress 2017

- Datum: 24–26 august 2017
- Mjesto održavanja: Malmö, Sweden
- Website: <http://fragilityfracturenetwork.org/>

INFEKTOLOGIJA

Keystone Symposia - Modeling Viral Infections and Immunity

- Datum: 1–4 maj 2017
- Mjesto održavanja: Estes Park, United States
- Website: <https://www.keystonesymposia.org/>

PRVO IZDANJE NA SRPSKOM JEZIKU

ESMO
vodič za dijagnostiku, liječenje i praćenje
malignih tumora

BUBREG

UDRUŽENJE ONKOLOGA REPUBLIKE SRPSKE

Glavni urednik
Saša Jungić

Banjaluka, april 2016.

Predgovor prvom izdanju

U saradnji „Evropskog udruženja medicinskih onkologa“ (ESMO) i „Udruženja onkologa Republike Srpske“ nastala je ova knjiga sa ciljem i željom da postane nacionalni vodič za dijagnostiku, liječenje i praćenje malignih tumora bubrega. Ona predstavlja prvo izdanje ovog vodiča na srpskom jeziku.

Pisana je da bude od praktične pomoći prilikom donošenja odluka svim kolegama različitih specijalnosti koji se u svakodnevnom radu susreću sa oboljelima od tumora bubrega.

Knjiga daje posljednje objavljene naučne informacije i saznanja o ispravnim ili optimalnim dijagnostičko-terapijskim postupcima sa navedenim nivoom dokaza i stepenom preporuka.

Zahvaljujem uređivačkom odboru i saradnicima, koji su svojim trudom i znanjem omogućili izradu ovog vodiča.



Saša Jungić

1 INCIDENCA I EPIDEMIOLOGIJA

Karcinom bubrega (RCC) čini 2%-3% svih maligniteta kod odraslih. Sedmi je karcinom po učestalosti kod muškaraca i deveti kod žena [1].

Širom svijeta godišnje se registruje ~ 209000 novih slučajeva i 102000 ljudi godišnje umre od ove bolesti. Incidenca svih stadijuma RCC-a se povećala u posljednjih nekoliko godina, a to je doprinijelo stalnom povećanju stope mortaliteta u populaciji. Aktivno i pasivno pušenje cigareta, kao i povećan krvni pritisak, dokazani su faktori rizika za nastanak ove bolesti. Ne postoje podaci o povezanosti ove bolesti sa upotrebom antihipertenziva kao što su diuretici. Čini se da se karcinom bubrega češće javlja: kod pretelih pacijenata, u posljednjem stadijumu bubrežne insuficijencije, u stečenoj cističnoj bubrežnoj bolesti, kao i tuberoznoj sklerozi. U prosjeku 2%-3% od svih karcinoma bubrega su nasljedni i opisano je nekoliko sindroma koji se nasljeđuju autozomalno dominantno, svaki sa određenom genetskom osnovom i fenotipom, a najčešći od njih je Von Hippel Lindau-sindrom. Posljednjih godina otkriveni su mnogi novi geni povezani sa RCC-om (PBRM1, SETD2, BAP1). Njihova uloga u patogenezi, ali i uloga tih gena kao prognostičkih biomarkera, još uvijek se istražuje.

2 DIJAGNOZA I PATOLOGIJA/MOLEKULARNA BIOLOGIJA

Udio malih tumora, kao i tumora koji se otkriju slučajno, značajno se povećao zahvaljujući široj upotrebi ultrazvuka, CT-a i magnetne rezonance (MRI). Danas se više od 50% RCC-a otkrije slučajno. Međutim, neki pacijenti sa RCC-om imaju kliničke simptome bolesti kao što su: bol u slabinama, makrohematurija i palpabilna masa u abdomenu (klasična trijada); bol u kostima i promjene u plućima (znaci proširene bolesti), ili paranoplastične sindrome (hiperkalcemija, neobjašnjena groznica i temperatura, eritrocitoza ili loše opšte stanje).

Klinički pregled usmjerava dalje dijagnostičke postupke, posebno kada postoje pomenuti simptomi i znakovi bolesti.

Kod sumnje na RCC treba uraditi sljedeće laboratorijske analize: kreatinin u serumu, hemoglobin, leukociti i trombociti, laktat dehidrogenaza i jonizovani Ca, uz dodatak ostalih analiza koje se rade na osnovu postojanja određenih simptoma [IV, B]. Preporučuje se da se uradi i C-reaktivni protein (CRP), kao i sedimentacija eritrocita. Neki od ovih testova su prognostički faktori za preživljavanje i koriste se za procjenu rizika (vidjeti kasnije).

Sumnja na postojanje RCC-a najčešće se postavlja na osnovu slikovnih metoda (ultrazvuk, nakon kojeg se radi CT, koji omogućava procjenu lokalnog širenja bolesti, zahvatanja limfnih čvorova i postojanja drugih metastaza). Magnetna rezonanca može dati dodatne informacije o lokalnom širenju bolesti, kao i postojanju tumorskih trombova u venama. Magnetna rezonanca, takođe, može biti od pomoći u slučajevima gdje nije moguća primjena intravenskog kontrasta.

Za tačno određivanje stadijuma bolesti neophodan je CT ili MRI abdomena i grudnog koša [III,A]. CT grudnog koša je najsenzitivnija metoda za procjenu bolesti u grudnom košu [III,A]. Ukoliko ne postoje klinički simptomi i znakovi, snimanje kostiju ili CT (ili MRI) glave se ne preporučuju u rutinskoj kliničkoj praksi [III,A]. Pozitronska emisiona tomografija (PET) nije standardna pretraga u postavljanju dijagnoze i određivanju stadijuma bolesti [I,B].

Kor biopsija tumora omogućava patohistološku potvrdu maligne bolesti sa visokom specifičnosti i senzitivnosti. Dijagnostička biopsija se posebno zahtijeva prije primjene ablative terapije [III,B]. Potrebna je i kod pacijenata koji imaju metastatsku bolest prije započinjanja sistemskog liječenja [III,B]. Konačna patohistološka dijagnoza, klasifikacija, određivanje gradusa i procjena prognostičkih faktora se zasnivaju na uzorku dobijenom nefrektomijom, kada je uzorak dostupan.

3 PATOLOŠKA PROCJENA

U svrhu boljeg razumijevanja povezanosti između hromozomskih alteracija, histoloških podtipova bolesti i abnormalnosti molekularnog puta, otkrivene su nove morfološke varijante RCC-a.

Da bi se ove nove morfološke varijante RCC-a klasifikovale, International Society of Urological Patology (ISUP) organizovao je konsenzus-konferenciju 2012. godine, na kojoj je predložena Vankuverska klasifikacija [2] Tabela 1.

Značajniji zaključci konsenzus-konferencije su:

Prerada postojeće WHO-klasifikacije iz 2004. godine:

- Svijetloćelijski RCC je najčešći podtip sporadičnog RCC-a kod odraslih (70%- 80%) [3], sa gubitkom 3p i klasičnim svijetlim izgledom ćelija zbog postojanja glikogena i lipida u njihovoj citoplazmi.
- Multilokularni cistični RCC je sačinjen u potpunosti od mnogobrojnih cisti koje su oivičene svijetlim ćelijama, bez područja solidnog tumora, i smatra se neoplazmom niskog malignog potencijala.
- Papilarni RCC (7%-15%) pokazuje distribuciju malignih ćelija oko papila u 50%-70% tumora, kao i trizomiju 7, 12, 16, 17, 20 gubitak Y hromozoma, ali ne i 3p gubitak [4]. U 73% slučajeva ćelije imaju oskudnu citoplazmu i klasifikovane su kao tip I. U 42% slučajeva ćelije imaju eozinofilnu citoplazmu i klasifikovane su kao tip II. Neki patolozi preferiraju potklasifikaciju papilarnih tumora prema veličini nukleolusa [5].
- Hromofobni RCC (5%-10%) je sačinjen od tipičnih poligonalnih ćelija sa jasno ograničenom citoplazmatskom membranom i retikularnom citoplazmom. Kod ovog tumora postoji gubitak hromozoma 1, 2, 6, 10, 13, 17 i 21.
- Hibridni onkocitom/hromofobni RCC može se javiti u sastavu Birt-Hogg-Dube sindroma kao i sporadični karcinom
- Karcinom sabirnih kanalića (Bellini-tumor) čini 1% svih RCC i potiče od medularnog distalnog nefrona ili Bellini-dukta. Tipična morfolologija ćelija je visok nuklearni gradus, eozinofilna citoplazma sa predominantno tubularnim uređenjem. Dezmozoplazija bez drugih RCC podtipova ili karcinom urotelijalnih ćelija je obavezan.
- Medularni RCC pokazuje gubitak INI1 i gena koji su uključeni u put (HIF)1 α (faktor koji dovodi do hipoksije).
- MiT porodična translokacija RCC uključuje translokaciju Xp11.2 sa TEF3 fuzijom gena i t(6;11)(p21;q12) translokaciju sa TFEB fuzijom gena. [6]
- Mucinozni tubularni karcinom vretenastih ćelija je indolentni tumor niskog gradusa koji jako rijetko daje metastaze u limfne čvorove.

Predložene nove epitelne neoplazme

- Tubulocistični RCC je indolentni tumor sastavljen od tubula i cisti koje su ograničene kuboidnim ćelijama sa mnoštvom eozinofilne citoplazme i velikim jedrom i prominentnim jedarcem.
- Stečena cistična bolest povezana sa karcinomom bubrega se često dijagnostikuje u ranoj fazi i karakteriše se eozinofilnim ćelijama sa kribriformnom arhitekturom i oksalatnim kristalima unutar tumora.
- Svijetloćelijski (tubulo) papilarni RCC ne pokazuje gubitak 3p i nije povezan sa svijetloćelijskim RCC-om. Postoje papilarni način rasta, ekspresija CK7 i CAIX i nedostatak ekspresije AMACR. Objavljeni podaci idu u prilog indolentnom načinu rasta.
- Karcinom bubrega povezan sa nasljednom leiomiomatozom predstavlja morfološku kombinaciju papilarnog karcinoma bubrega –tip II i /ili karcinoma sabirnih kanalića bubrega i ima neobičan pseudovirusni nukleolus. O ovom entitetu se još uvijek raspravlja.

Ostali entiteti koji još uvijek nisu formalno prihvaćeni su nalik štitnoj žlijezdi folikularni RCC, RCC povezan sa sukcinat dehidrogenaza B-mutacijom i ALK translokacijski RCC. Naravno, neki oblici RCC-a još uvijek ostaju neklasifikovani. Svaki od najčešćih morfoloških genetskih podtipova je u korelaciji sa određenim molekularnim putem.

Primjeri su:

- (HIF)1 α put (svijetloćelijski, papilarni tip II, kroz FH-gene);
- mTOR-signalni put (svijetloćelijski i papilarni tip II);
- c Met-RAF-MEK-ERK put (papilarni tip I i translokacijski RCC).

Tabela 1. Vankuverska RCC-klasifikacija

Svijetloćelijski RCC
Multilokularna svijetloćelijska neoplazma bubrega niskog malignog potencijala
Papilarni RCC
Hromofobni RCC
Hibridni onkocistični hromofobni tumor
Karcinom Belinijevih sabirnih kanalića
Medularni karcinom bubrega
MiT porodična translokacija RCC
Xp11 ttranslokacija RCC
T(6;11) RCC
Karcinom povezan sa neuroblastomom
Mucinozni tubularni karcinom vretenastih ćelija
Tubulocistični karcinom bubrega
Stečena cistična bolest povezana sa karcinomom bubrega
Svijetloćelijski papilarni (tubulopapilarni) RCC
Nasljedna leiomiomatoza povezana sa karcinomom bubrega
RCC, neklasifikovani

4 NOVI SISTEM GRADIRANJA (ISUP)

Na ISUP 2012. konsenzus-konferenciji predložen je novi sistem gradiranja, koji je zasnovan na veličini nukleolusa [7] (modifikacija starog sistema gradiranja). Ova modifikacija je u dobroj korelaciji sa prognozom i pokazuje dobru reproducibilnost među patolozima.

Preporuke su:

- Sistem gradiranja zasnovan na veličini nukleolusa treba se koristiti samo u svijetloćelijskom i papilarnom RCC-u.
- Kod hromofobnog RCC-a neophodno je samo navesti prisustvo sarkomatoidne ili anaplastične komponente.
- Iako su neke od novijih varijanti označavale i nukleolarnu atipiju, ovaj sistem gradiranja se preporučuje samo za procjenu anaplastičnih područja.

4.1 Stadijum bolesti i procjena rizika

Određivanje stadijuma bolesti:

Za određivanje stadijuma bolesti koristi se Union for International Cancer Control TNM klasifikacija (Tabela 2)

Tabela 2. Staging RCC-a [Union for International Cancer Control (UICC) TNM klasifikacija malignih tumora [8]]			
T	Primarni tumor		
Tx	Primarni tumor ne može biti procijenjen		
T0	Nema dokaza o postojanju primarnog tumora		
T1	Tumor ≤ 7cm u najvećem promjeru, ograničen na bubreg		
T1a	Tumor ≤ 4.0 cm		
T1b	Tumor > 4.0 cm ali ≤ 7.0 cm		
T2	Tumor > 7 cm u najvećem promjeru, ograničen na bubreg		
T2a	Tumor > 7 cm ali ≤ 10 cm		
T2b	Tumor > 10 cm, ograničen na bubreg		
T3	Tumor se širi do velikih vena ili perinefritičkog tkiva, ali ne u ipsilateralnu nadbubrežnu žlijezdu i ne izvan Gerotove fascije		
T3a	Tumor se širi u bubrežnu venu ili njene segmentalne grane ili prodire okolno bubrežno i/ili masno tkivo bubrežnog sinusa (peripelvično) ali ne izvan Gerotove fascije		
T3b	Tumor se širi u venu cavu ispod dijafragme		
T3c	Tumor se širi u venu cavu iznad dijafragme ili invadira zid vene cave		
T4	Tumor se širi izvan Gerotove fascije (uključujući kontinuirano širenje u ipsilateralnu nadbubrežnu žlijezdu)		
N	Regionalni limfni čvorovi		
NX	Regionalni limfni čvorovi ne mogu biti procijenjeni		
N0	Nema metastaza u regionalnim limfnim čvorovima		
N1	Metastaze u regionalnom limfnom čvoru/čvorovima		
M	Udaljenje metastaze		
cM0	Klinički bez udaljenih metastaza		
cM1	Klinički postoje udaljene metastaze		
pM1	PH potvrda udaljenih metastaza, npr iglenom biopsijom		
Stadij			
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
	T3	Bilo koji	M0
III	T1-T3	N1	M0
	T4	Bilo koji	M0
IV	Bilo koji	Bilo koji	M1

4.2 Procjena rizika

Lokalizovana bolest: Za procjenu rizika od progresije u lokalizovanoj bolesti mogu se koristiti dva sistema: SSIGN skor [9] (the stage, size grade and necrosis score) i UISS skor (University of California Los Angeles Integrated Staging System). [10] Ovi sistemi su opisani u tabelama 3. i 4. U SSIGN sistemu faktori rizika se zbrajaju i dobija se rizik-skor. SSIGN skor je u poređenju sa UISS skorom imao tačnije predviđanje kod serije pacijenata kojima je hirurškim putem odstranjen svijetloćelijski RCC. S druge strane, UISS skor nudi prognostička predviđanja i za lokalizovanu i za metastatsku bolest.

Uznepredovala bolest: Prvi prognostički modeli su nastali kada je imunoterapija bila standardna terapija. "Memorial Sloane Kettering Cancer Centre" (MSKCC) ili Motzer-skor je bio standardni sistem. MSKCC skor je validiran i unaprijeđen za korištenje u današnjoj eri ciljanih terapija kao IMDC kriterij (Heng or International Metastatic RCC Database Consortium) [11]. Pacijenti su stratifikovani prema postojanju 6 faktora rizika:

- Karnofsky performans-status (PS) < 80%;
- Hemoglobin < donje granice normale;
- Vrijeme od postavljanja dijagnoze do terapije < 1 godinu;
- Jonizovani Ca iznad gornje granice normale;
- Trombociti iznad gornje granice normale;
- Neutrofili iznad gornje granice normale.

Tabela 2: Broj postojećih faktora rizika se zbraja i rizik se stratifikuje na sljedeći način:

Broj faktora rizika	Rizična grupa	Medijana ukupnog preživljavanja (OS), mjeseci	Ukupno preživljavanje 2 god %
0	Povoljna	43	75
1-2	Srednja	27	53
3-6	Loša	8.8	7

Biomarkeri: Iako se trenutno istražuju mnogi potencijalni biomarkeri, nijedan još uvijek nije odobren za korištenje kao prognostički ili prediktivni faktor za karcinom bubrega. Mnoga ispitivanja su pokazala da prisustvo PBRM1 mutacije predstavlja povoljniju prognozu, a prisustvo BAP1-mutacije lošiju prognozu. Mali broj pacijenata koji su imali i BAP1- i PBRM1 mutaciju su imali najlošiji prosjek preživljavanja [12].

Tabela 3. Stadij, gradus i nekroza (SSIGN) skor za lokalizovani RCC		
Patološka T kategorija primarnog tumora (TNM 2002)	pT1a	0
	pT1b	2
	pT2	3
	pT3a-4	4
Status regionalnih limfnih čvorova (TNM 2002)	pNx ili pN0	0
	pN1 ili pN2	2
Veličina tumora (cm)	<10	0
	≥10	1
Nuklearni gradus	1 ili 2	0
	3	1
	4	3
Histološka nekroza tumora	Ne	0
	Da	1
SKOR	Grupa	petogodišnje preživljavanje bez metastaza (%)
0-2	nizak rizik	97,1%
3-5	srednji rizik	73.8 %
≥ 6	visok rizik	31.2 %

Tabela 4. University of California Los Angeles Staging System (UISS) rizične grupe i petogodišnje preživljavanje vezano za bolest

Grupa pacijenata		Prognostička grupa			
		T stadij	Fuhrman gradus	ECOG status	petogodišnje preživljavanje (%)
Lokalizovana bolest (N0,M0)	nizak rizik	1	1-2	0	91.1
	srednji rizik	1	1-2	1 ili više	80.4
		2	3-4	Bilo koji	
		3	1	Bilo koji	
	Visok rizik	3	2-4	Bilo koji	54.7
		4	2-4	1 ili više	
Metastatska bolest	nizak rizik	N1M0	Bilo koji	Bilo koji	32
	srednji rizik	N2M0/M1	1-2	0	19.5
		N2M0/M1	1-2	1 ili više	
		3	0,1 ili više		
	visok	N2M0/M1	4	0	0

5. TRETMAN LOKALNE/LOKOREGIONALNE BOLESTI

T1-tumori (<7cm)

Parcijalna nefrektomija se preporučuje kao prioritarna opcija kod organa sa ograničenim tumorom veličine do 7 cm (elektivna indikacija). Kod pacijenata koji imaju oslabljenu bubrežnu funkciju, samo jedan bubreg ili bilateralni tumor parcijalna nefrektomija je takođe standard bez obzira na veličinu tumora (imperativna indikacija). Laparoskopiska radikalna nefrektomija se preporučuje ako parcijalna nefrektomija nije tehnički moguća [13].

Radiofrekventna ablacija i krioblacija su opcije liječenja kod pacijenata sa malim kortikalnim tumorima (≤ 3 cm), posebno kod pacijenata koji su slabijeg opšteg stanja ili spadaju u rizičnu grupu za operaciju, kao i kod onih pacijenata koji imaju samo jedan bubreg, oslabljenu bubrežnu funkciju, nasljedni tip RCC-a ili multiple bilateralne tumore. Sada su dostupni dugoročni onkološki rezultati i oni pokazuju nisku stopu recidiva bolesti i odlično karcinom-specifično preživljavanje [14]. Aktivno praćenje je opcija kod starijih pacijenata, sa značajnim komorbiditetima, ili kod onih koji imaju kratko očekivano vrijeme preživljavanja i tumor veličine <40mm sa podacima o brzom rastu tumora [15].

T2-tumori (>7cm)

Laparoskopiska radikalna nefrektomija je prioritarna opcija zbog manjeg morbiditeta u odnosu na otvorenu hiruriju, ali ishod liječenja za T1-T2a tumore je jednak i kod laparoskopiske i otvorene radikalne nefrektomije.

5.1 Lokalno uznapredovali RCC (T3 i T4)

Otvorena radikalna nefrektomija ostaje standard liječenja, iako se može razmatrati i laparoskopski pristup. Rutinska adrenalektomija ili ekstenzivna disekcija limfnih čvorova se ne preporučuje ako CT abdomena ne pokazuje postojanje invazije nadbubrežnih žlijezda ili limfnih čvorova.

Ne postoji preporučeni adjuvantni tretman, iako su završene barem četiri adjuvantne studije zasnovane na tirozin kinaza inhibitorima (TKI).

Neoadjuvantni pristupi liječenju su još uvijek eksperimentalni, posebno za resektabilne tumore, i ne treba ih rutinski preporučivati izvan kliničkih studija. Mnoge studije su pokazale da je takav pristup liječenju relativno siguran, sa skromnim smanjenjem medijane tumora i bez dokazane koristi u smislu preživljavanja bez bolesti: Tabela 5.

6. TRETMAN METASTATSKE BOLESTI

6.1 Uloga hirurgije

U eri imunoterapije citoreduktivna nefrektomija je bila preporučena kod pacijenata sa dobrim performans-statusom [I,A] [16]. Da li će ova preporuka ostati i danas, u eri ciljane terapije, trenutno se ispituje u dvije prospektivne studije. U rutinskoj praksi citoreduktivna nefrektomija se preporučuje kod pacijenata sa dobrim performans-statusom i velikim primarnim tumorom sa ograničenom metastatskom bolešću, i za pacijente sa simptomatskim primarnim tumorom. Citoreduktivna nefrektomija se ne preporučuje kod pacijenata sa lošim performans- statusom.

Metastazektomija se može uraditi, nakon multidisciplinarnog razmatranja, i to kod odabranih pacijenata koji imaju: jednu metastazu ili „lako dostupne“ metastaze u plućima, solitarne resektabilne intraabdominalne metastaze, dugačak period bez bolesti nakon nefrektomije, ili parcijalni odgovor metastaza na imunoterapiju ili ciljanu terapiju. Skorašnje retrospektivne i nerandomizovane studije pacijenata sa metastatskim RCC-om su pokazale produženje medijane preživljavanja kod pacijenata sa metahronim metastazama u plućima i interval od barem dvije godine [17]. Metastazektomija može dati mogući benefit u preživljavanju u određenim grupama pacijenata kad postoje samo plućne metastaze, kada postoji dug period prije pojave metastaza i kada postoji dobar odgovor na imunoterapiju ili ciljanu terapiju prije resekcije. Nakon metastazektomije ne preporučuje se sistemsko liječenje.

6.2 Sistemsko liječenje

Preporuke se odnose na svijetloćelijski histološki podtip, s obzirom da se većina ključnih studija odnosila upravo na ovaj podtip tumora. Usto, preporuke će se razlikovati u odnosu na to kako su pacijenti stratifikovani prema riziku.

Prva linija liječenja kod pacijenata sa dobrom ili srednjom prognozom. Neki karcinomi bubrega imaju indolentan tok i zbog toga bi trebalo razmotriti period praćenja pacijenta prije samog započinjanja liječenja. To se posebno odnosi na pacijente kod kojih tumor ima ograničen rast i koji imaju malo simptoma.

Ishod liječenja kod pacijenata koji su prešli na aktivni lijek nakon kraćeg perioda primanja placeba, a u okviru placebo-kontrolisane studije faze III, indirektno podupire ovu opciju [II,C].

Tri tretmana su pokazala efikasnost u ključnoj fazi III:

bevacizumab [u kombinaciji sa interferonom alfa (INF- α)], sunitinib i pazopanib [18-20]. Sva tri lijeka su registrovana na osnovu poboljšanja PFS-a, a u odnosu na INF- α ili placebo. Nedavno je u velikoj studiji faze III dokazano da pazopanib nije inferioran u odnosu na sunitinib [21].

Nivo preporuke za sva tri lijeka je [I,A].

Opcije liječenja su: sorfenib [II,B], visokodozni interleukin -2 [III,C] i niskodozni IFN α u kombinaciji sa bevacizumabom. IFN α kao samostalan lijek se više ne smatra standardnom opcijom.

Prva linija liječenja za pacijente sa lošom prognozom. Temsirolimus je trenutno jedini lijek sa nivoom dokaza I kod ove grupe pacijenata [II,A] [22]. Ključna studija pokazala je poboljšanje ukupnog preživljavanja u poređenju sa IFN α ili kombinacijom temsirolimusa i IFN α .

Na osnovu analiza podgrupa iz ključne studije, kao i proširenih programa pristupa, sunitinib je takođe razumna opcija kod ovih pacijenata [II,B]. Sorafenib je, zasnovano na proširenim programima pristupa, druga moguća alternativa, [III,B]. Jasno je da je za neke pacijente sa lošom prognozom simptomatski tretman jedina opcija liječenja.

Tabela 5. Sažetak preporuka za liječenje lokalizovanog i lokalno uznapredovalog RCC	
Preporuka	Nivo preporuke
Parcijalna nefrektomija je preporučena za tretman svih T1 tumora ako su margine negativne i rizik od morbiditeta prihvatljiv	III,C
Laproskopska radikalna nefrektomija je prioritet za tretman RCC-a ograničenog na organ (stadij T1T2N0NxM0) kada parcijalna nefrektomija nije izvodljiva	II,B
Rutinska adrenalectomija i disekcija limfnih čvorova nisu potrebne kod svih radikalnih nefrektomija	III,D
Otvorena radikalna nefektomija sa ciljem dobijanja negativnih margina je i dalje standard za lokalno uznapredovalu bolest	III,C
Ablativni tretmani su opcija kod: pacijenata sa malim kortikalnim tumorima (≤ 3 cm) i preko 70 godina, visokim rizikom za operaciju, jednim bubregom, narušenom bubrežnom funkcijom, nasljednim RCC-om ili multiplim bilateralnim tumorima	III,C
Aktivno praćenje je opcija kod pacijenata ≥ 75 godina, značajnim komorbiditetima, i solidnim bubrežnim tumorima veličine < 40 mm	III,C

6.3 Druga linija liječenja

Djelotvornost tirozin kinaza-inhibitora nakon primjene citokina je dokazana kod sorafeniba [I,A], pazopaniba [II,A] i nedavno aksitiniba [I,A][20,23,24]. Sunitinib je takođe djelotvoran u drugoj liniji [III,A].

Nakon prve linije liječenja VEGF-ciljanom terapijom:

I aksitinib [I,B] i everolimus [II,A] su pokazali efikasnost [24,25]. Oba lijeka su pokazala značajno poboljšanje PFS-a u odnosu na placebo (everolimus) ili sorafenib (aksitinib), ali ne i poboljšanje ukupnog preživljavanja (OS).

Na osnovu podataka iz skorašnje studije faze III [26], sorafenib se može koristiti kao opcija [II,A].

Krajem 2015. objavljeni su podaci iz dviju kliničkih studija faze III, “METEOR” i “CheckMate 025”, koje su predstavile nove opcije liječenja za pacijente sa metastatskim RCC-om koji su imali progresiju bolesti na VEGFR-ciljanu terapiju. Studija “METEOR, kabozantinib versus everolimus”

Kabozantinib je oralni tirozin kinaza-inhibitor koji djeluje na VEGFR-receptor, kao i na MET i AXL, a svaki od njih je uključen u patobiologiju metastatskog svijetloćelijskog karcinoma bubrega, ili u razvoj rezistencije na antiangiogene lijekove. U studiji “METEOR”, koja je randomizovana studija faze III, procjenjivana je efikasnost kabozantiniba u poređenju sa everolimusom kod pacijenata sa RCC-om koji su imali progresiju bolesti na VEGFR-ciljanu terapiju. Učestvovalo je 658 pacijenata koji su randomizovani i primali su kabozantinib u dozi od 60 mg dnevno, ili everolimus u dozi od 10 mg dnevno. Primarni cilj istraživanja je bio PFS (vrijeme preživljavanja bez progresije). Sekundarni ciljevi su bili ukupno preživljavanje i objektivna stopa

odgovora. Medijana PFS-a je bila 7,4 mjeseci sa kabozantinibom i 3,8 mjeseci sa everolimusom. Stopa progresije ili smrti je bila 42% niža sa kabozantinibom nego sa everolimusom (HR 0,58; 95% [CI] 0,45 do 0,75 $P < 0,001$). Objektivna stopa odgovora je bila 21% sa kabozantinibom i 5% sa everolimusom ($P < 0,001$). Ukupno preživljavanje je bilo duže sa kabozantinibom nego sa everolimusom (HR za smrt, 0,67; 95% CI, 0,51 do 0,89; $P = 0,005$), ali nije prešlo granicu značajnosti za interim analizu. Zaključak ove studije je da je PFS duži sa kabozantinibom nego sa everolimusom kod pacijenata sa RCC-om koji su imali progresiju na VEGFR-ciljanu terapiju. [27]

Studija “CheckMate 025, nivolumab versus everolimus”

U “CheckMate”-studiji, randomizovana studija faze 3, upoređivani su nivolumab i everolimus kod pacijenata sa RCC-om koji su ranije liječeni jednim antiangiogenim lijekom ili dvama antiangiogenim lijekovima. Pacijenti, njih 821, su randomizovani u omjeru 1:1, i primali su 3 mg nivolumaba po kg tjelesne težine intravenski svake dvije sedmice ili 10 mg everolimusa oralno jednom dnevno. Primarni cilj ove studije je bio ukupno preživljavanje. Medijana ukupnog preživljavanja je iznosila 25,0 mjeseci (95% CI, 21,8 do neutvrđenog) sa nivolumabom i 19,6 mjeseci sa everolimusom (95% CI, 17,6 do 23,1).

HR za smrt sa nivolumabom u poređenju sa everolimusom je bio 0,73 (98,5% CI,

0,57 do 0,93; $P = 0,002$) čime je dostignut unaprijed određeni kriterijum za superiornost ($P \leq 0,0148$). Medijana PFS-a je bila 4,6 mjeseci (95% CI, 3,7 do 5,4) sa nivolumabom i 4,4 mjeseca (95% CI, 3,7 do 5,5) sa everolimusom (HR 0,88; 95% CI, 0,75 do 1,03; $P = 0,11$). Zaključak ove studije je da je ukupno preživljavanje kod ranije liječenih pacijenata sa uznapredovalim RCC-om koji su primali nivolumab bilo duže i ti pacijenti su imali manje neželjenih efekata gradusa 3 i 4 u odnosu na pacijente koji su primali everolimus [28].

6.4 Treća linija liječenja

Nakon druge linije liječenja preporučuje se, ako je moguće, uključivanje pacijenata u kliničke studije.

Kod pacijenata koji su liječeni dvama TKI (ili TKI i bevacizumab) preporučuje se everolimus [II,A].

Kod pacijenata koji su tretirani VEGF-ciljanom terapijom i mTOR-inhibitorom sorafenib [I,B] je pokazao djelotvornost [29]. Opcija su i neki drugi TKI, ali i ponovni pokušaj istim TKI [IV,B].

Medicinski tretman metastatske bolesti, “non clear cell”-tip: Za sada ne postoje prospektivne randomizovane studije (osim analiza podgrupa) za pacijente sa “non clear cell”-karcinomom bubrega. Za ove pacijente preporučuje se uključivanje u posebno dizajnirane kliničke studije. Ipak, u nedostatku ovih studija preporuke mogu biti određene na osnovu rezultata iz proširenog programa pristupa za sunitinib i sorafenib, malih retrospektivnih studija i analize podgrupa iz studije za registrovanje temsirolimusa. Ove studije pokazuju da pacijenti sa “non clear cell”- histološkim tipom tumora mogu imati korist od liječenja sunitinibom, sorafenibom ili temsirolimusom [III,B]. Ipak, većina ovih studija su se odnosile na papilarne i hromofobne tumore.

U nedostatku prospektivnih podataka, na izbor liječenja mogu uticati genetske karakteristike: kod papilarnih tumora tipa I zabilježena je aktivacija c-MET puta. Trenutno se istražuju novi lijekovi koji inhibišu c-MET receptor.

Međutim, kako je dokazano da c-MET receptor i VEGF-receptor „sarađuju“, VEGF- inhibirajući agensi bi mogli biti razuman izbor. Slično tome nema dokaza za optimalni tretman papilarnog tipa II koji se karakteriše inaktivacijom gena fumarat-hidraze, akumulacijom fumarata i HIF1 α up-regulacijom. VEGF-inhibitori se mogu razmatrati i u ovom kontekstu. Pacijenti sa hromofobnim RCC-om bi mogli imati koristi od mTOR-inhibitora s obzirom da mutacija na hromozom 7 dovodi do gubitka folikulin-gena sa up-regulacijom mTOR-a. I na kraju, tumori sabirnih kanalića (i medularni karcinomi, takođe) ponašaju se više kao agresivni urotelni tumori, nego kao RCC i zbog toga kod njih možemo razmatrati primjenu hemoterapije. Nijednoj od ovih preporuka se ne može dati „nivo i stepen preporuke“.

Tabela 6. Algoritam za sistemsko liječenje mRCC

Histologija	Rizična grupa	Standard	Opcija
Svijetloćelijski prva linija	nizak ili srednji rizik	Sunitinib [I,A]	visoka doza IL2[III,C]
		Bevacizumab+IFN- α[I,A]	Sorafenib [I,A]
		Pazopanib [I,A]	Bevacizumab + niska doza IFN- α[III,A]
	visok rizik	Temsirolimus [II,A]	Sunitinib [II,B] Sorafenib [III,B]
Svijetloćelijski druga linija	nakon citokina	Aksitinib [I,A]	Sunitinib [III,A]
		Sorafenib [I,A]	
		Pazopanib[II,A]	
	nakon TKI	Aksitinib [I,B]	Sorafenib [II,A]
		Everolimus [II,A]	
Svijetloćelijski treća linija	nakon 2 TKI	Everolimus [II,A]	
	nakon TKI i mTOR	Sorafenib [I,B]	drugi TKI[IV,B] retretman [IV,B]
Drugi histološki tipovi			Temsirolimus [III,B]
			Sunitinib [III,B]
			Sorafenib [III,B]

6.5 Uloga radioterapije i bisfosfonata

Radioterapija (RT) ima ograničenu ulogu u primarnom liječenju karcinoma bubrega [30]. Međutim, ona se koristi u različitim situacijama posebno za neresektibilne lokalne recidive i metastatske bolesti.

Radioterapija nema ulogu u adjuvantnom i neoadjuvantnom liječenju. Ovo je zaključeno na osnovu 4 negativna ispitivanja sa dvije preoperativne i dvije adjuvantne studije. Iako su studije bile randomizovane, postoji nekoliko velikih ograničenja u dizajnu studije i metodologiji, koja uključuju neprikladan izbor slučajeva, supertapijske RT-režime i neadekvatan broj pacijenata. Pored toga, morbiditet vezan za liječenje je bio visok i radioterapijske tehnike tada korištene su prevaziđene današnjim modernim metodama kao što su 3D konformalna radioterapija ili radioterapija moduliranog intenziteta [II, D].

Radioterapija se može koristiti za liječenje neresektibilne lokalne bolesti ili recidiva, a sve sa ciljem da se poboljša lokalna kontrola bolesti. Za pacijente kod kojih operacija nije moguća zbog lošeg performans-statusa ili nekog drugog komorbiditeta, radioterapija je moguća kao alternativa ako drugi tipovi lokalnog liječenja nisu mogući (radiofrekventna ablacija). Postoji pretpostavka da korištenje visoke doze zračenja po frakciji, isporučene ekstrakranijalnom stereotaksičnom radioterapijom [IV, B] [31], može da prevlada očiglednu radiorezistentnost karcinoma bubrega. Ova pretpostavka se zasniva na postojanju biološkog ceramidnog puta.

Radioterapija je djelotvorna terapija za palijaciju lokalne i simptomatske metastatske bolesti, ili za sprečavanje progresije metastaza u mozgu i kostima [I, A]. Za simptomatske koštane metastaze, lokalna radioterapija, bilo u jednoj frakciji ili u više njih, može omogućiti olakšanje simptoma u do 2/3 trećine slučajeva sa kompletnim odgovorom kod 20 do 25% pacijenata. Približno 25 randomizovanih kliničkih studija i tri metaanalize su demonstrirale ekvivalentnost RT isporučene u jednoj frakciji i RT u više frakcija za smanjenje bola kod nekomplikovanih metastaza u kostima.

Nije bilo značajnih razlika između različitih frakcionisanja u smislu patoloških fraktura, kompresije spinalnog kanala, akutne toksičnosti, kvaliteta života, vremena do prvog smanjenja bola, vremena do potpunog popuštanja bola, korištenja opijata ili ukupnog preživljavanja. Druge prednosti tretmana u jednoj frakciji uključuju smanjenje troškova i niži rizik neželjenih efekata. [32] Većina autora preporučuje režim s više frakcija za primarni tretman komplikovanih metastaza u kostima gdje ne postoji hirurška opcija, ili u slučaju postoperativnog tretmana - ukupna doza 20- 40 greja (Gy) u 1-3 sedmice.

Za liječenje kompresije kičmene moždine bolji prognostički faktori su: mogućnost hodanja u trenutku postavljanja dijagnoze, kao i ograničena metastatska bolest. Kod onih pacijenata kod kojih je operacija moguća, operacija i radioterapija poboljšavaju preživljavanje i mogućnost hodanja u poređenju sa primjenom radioterapije same [I,A]. Radioterapija može biti indicirana u slučaju kompresije spinalnog kanala kada hirurška intervencija nije indicirana ili nije izvodiva. Ukupna doza 30 greja u

10 dnevnih frakcija po 3 greja je uobičajeni režim frakcionisanja. Dostupna literatura ne daje sugestiju za optimalni režim frakcionisanja, iako jedna studija kaže da jedna frakcija od 8 greja pokazuje slične rezultate kao 16 greja u dvije frakcije [33].

U liječenju pacijenata sa metastazama na mozgu upotreba kortikosteroida može omogućiti značajno privremeno olakšavanje simptoma. Radioterapija cijelog mozga između 20 i 30 greja u 4-10 frakcija je efektivna za lokalnu kontrolu i može se pojačati stereotaksičnom kranijalnom radioterapijom, posebno kod pacijenata koji imaju jednu neresektibilnu metastazu [II,B]. Transkutana radioterapija cijelog mozga nakon hirurške resekcije ili stereotaktička radiohirurgija je standardna opcija za tretman solitarne metastaze u mozgu [34].

Rezultati retrospektivnih studija su pokazali da je stereotaktička radiohirurgija komparabilna i da može zamijeniti hirurgiju sa transkutanom radioterapijom cijelog mozga u tretmanu solitarne meta promjene u mozgu [33].

Transkutana radioterapija cijelog mozga sa SRS se smatra standardnim tretmanom za pacijente koji imaju 1-3 meta promjene u mozgu. Efikasnost kombinovanog tretmana je demonstrirana u randomizovanoj kliničkoj studiji [35].

Terapija bisfosfonatima sa zoledronskom kiselinom je pokazala smanjenje koštanih komplikacija kod pacijenata sa koštanim metastazama [37]. Kod ovih pacijenata treba razmotriti upotrebu zoledronske kiseline, uz obaveznu procjenu odnosa benefit (ukupno preživljavanje) / potencijalni rizik (rizik od osteonekroze vilice) [II,A] [38]. Novi lijekovi osim bisfosfonata (npr. alfaradin i denozumab) su trenutno (ili će biti u budućnosti) na raspolaganju, ali njihova specifična upotreba kod karcinoma bubrega se još uvijek istražuje.

7. PROCJENA ODGOVORA I PRAĆENJE

Ne postoji dokaz da neki određeni protokol praćenja utiče na ishod kod ranog karcinoma bubrega. Nikakve standardne preporuke ne mogu biti date ni za uznapredovali karcinom bubrega.

Šema za praćenje za lokalizovani RCC nakon operacije treba da zavisi od terapijskih mogućnosti nakon povrata bolesti. CT grudnog koša i abdomena rade se rutinski, u vremenskim intervalima određenim na osnovu faktora rizika. Dugoročno praćenje se preporučuje u nekim institucijama zbog mogućnosti kasnog relapsa, ali benefit takvog praćenja nikada nije dokazan .

Za vrijeme sistemske terapije kod pacijenata sa metastatskom bolesti preporučuje se praćenje na 2-4 mjeseca uz CT da bi se procijenili odgovor i rezistencija.

Iako nije savršen, RECIST kriterij ostaje najbolji metod za procjenu efikasnosti lijeka.

Tabela 7. Nivo dokaza i stepeni preporuke
Nivo dokaza
I Dokaz iz barem jedne velike randomizovane studije dobrog metodološkog kvaliteta (nizak stepen odstupanja) ili metaanalize dobro sprovedenih randomizovanih studija bez heterogenosti.
II Malo randomizovano ispitivanje, ili veliko ispitivanje sa sumnjivim odstupanjima (nizak nivo metodološkog kvaliteta), ili metaanalize takvih studija, ili metaanalize studija varijabilne heterogenosti.
III Prospektivna kohortna studija.
IV Retrospektivna kohortna studija ili studija slučajeva.
V Studije bez kontrolne grupe, prikaz slučaja, mišljenje eksperta.
Stepen preporuke
A Čvrsti dokazi o efikasnosti sa značajnim kliničkim benefitom, izuzetno se preporučuju.
B Čvrsti i srednji dokazi o efikasnosti, ali sa malim kliničkim benefitom, obična preporuka.
C Nedovoljni dokazi o efikasnosti i koristi ne nadmašuju rizik ili nedostatke (neželjeni efekti, cijene...), opcionalno.
D Umjereno jaki dokazi o neefikasnosti ili lošem ishodu, generalno se ne preporučuje.
E Snažni dokazi protiv efikasnosti ili o lošem ishodu, nikad se ne preporučuje.

8. REFERENCE

1. Rini BI, Campbell SC, Escudier B. Renal cell carcinoma. *Lancet* 2009; 373: 1119–1132.
2. Srigley JR, Delahunt B, Eble JN et al. The International Society of Urological Pathology (ISUP) Vancouver classification of renal neoplasia. *Am J Surg Pathol* 2013; 37: 1469–1489.
3. Patard JJ, Leray E, Rioux-Leclercq N et al. Prognostic value of histologic subtypes in renal cell carcinomas: a multicenter experience. *J Clin Oncol* 2005; 23: 2763–2771.
4. Delahunt B, Eble JN. Papillary renal cell carcinoma: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 105 tumors. *Mod Pathol* 1997; 10: 537–544.
5. Sika-Paotonu D, Bethwaite PB, McCredie MR et al. Nucleolar grade but not Fuhrman grade is applicable to papillary renal cell carcinoma. *Am J Surg Pathol* 2006; 30: 1091–1096.
6. Argani P, Lal P, Hutchinson B et al. Aberrant nuclear immunoreactivity for TFE3 in neoplasms with TFE3 gene fusions: a sensitive and specific immunohistochemical assay. *Am J Surg Pathol* 2003; 27: 750–761.

7. Delahunt B, Cheville JC, Martignoni G et al. The International Society of Urological Pathology (ISUP) grading system for renal cell carcinoma and other prognostic parameters. *Am J Surg Pathol* 2013; 37: 1490–1504.
8. Edge SB, Byrd DR, Compton CC (eds). *AJCC Cancer Staging Handbook*, 7th edition. New York, NY: Springer 2010.
9. Leibovich BC, Blute M, Cheville JC et al. Prediction of progression after radical nephrectomy for patients with clear cell renal cell carcinoma: a stratification tool for prospective clinical trials. *Cancer* 2003; 97: 1663–1671.
10. Patard JJ, Kim HL, Lam JS et al. Use of the University of California Los Angeles integrated staging system to predict survival in renal cell carcinoma: an international multicenter study. *J Clin Oncol* 2004; 22: 3316–3322.
11. Heng DY, Xie W, Regan MM et al. Prognostic factors for overall survival in patients with metastatic renal cell carcinoma treated with vascular endothelial growth factor-targeted agents: results from a large, multicenter study. *J Clin Oncol* 2009; 27: 5794–5799.
12. Kapur P, Peña-Llopis S, Christie A et al. Effects on survival of BAP1 and PBRM1 mutations in sporadic clear-cell renal-cell carcinoma: a retrospective analysis with independent validation. *Lancet Oncol* 2013; 14: 159–167.
13. MacLennan S, Imamura M, Lapitan MC et al. UCAN Systematic Review Reference Group; EAU Renal Cancer Guideline Panel. Systematic review of oncological outcomes following surgical management of localised renal cancer. *Eur Urol* 2012; 61: 972–993.
14. Psutka SP, Feldman AS, McDougal WS et al. Long-term oncologic outcomes after radiofrequency ablation for T1 renal cell carcinoma. *Eur Urol* 2013; 63: 486–492.
15. Jewett MA, Mattar K, Basiuk J et al. Active surveillance of small renal masses: progression patterns of early stage kidney cancer. *Eur Urol* 2011; 60: 39–44.
16. Flanigan RC, Mickisch G, Sylvester R et al. Cytoreductive nephrectomy in patients with metastatic renal cancer: a combined analysis. *J Urol* 2004; 171: 1071–1076.
17. Karam JA, Rini BI, Varella L et al. Metastasectomy after targeted therapy in patients with advanced renal cell carcinoma. *J Urol* 2011; 185: 439–444.
18. Escudier B, Pluzanska A, Koralewski P et al. Bevacizumab plus interferon alfa-2a for treatment of metastatic renal cell carcinoma: a randomised, double-blind phase III trial. *Lancet* 2007; 370:2103–2111.
19. Motzer R, Hutson TE, Tomczak P et al. Sunitinib versus interferon alfa in metastatic renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2007; 356: 115–124.
20. Sternberg CN, Davis ID, Mardiak J et al. Pazopanib in locally advanced or metastatic renal cell carcinoma: results of a randomized phase III trial. *J Clin Oncol* 2010; 28: 1061–1068.
21. Motzer RJ, Hutson TE, Cella D et al. Pazopanib versus sunitinib in metastatic renal cell carcinoma. *N Engl J Med* 2013; 369: 722–731.
22. Hudes G, Carducci M, Tomczak P et al. Temsirolimus, interferon alfa, or both for advanced renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2007; 356: 2271–2281.
23. Escudier B, Eisen T, Stadler WM et al. Sorafenib in advanced clear-cell renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2007; 356: 125–134.
24. Rini BI, Escudier B, Tomczak P et al. Comparative effectiveness of axitinib versus sorafenib in advanced renal cell carcinoma (AXIS): a randomised phase 3 trial. *Lancet* 2011; 378: 1931–1939.
25. Motzer RJ, Escudier B, Oudard S et al. Efficacy of everolimus in advanced renal cell carcinoma: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase III trial. *Lancet* 2008; 372: 449–456.
26. Hutson TE, Escudier B, Esteban E et al. Randomized phase III trial of temsirolimus versus sorafenib as second-line therapy after sunitinib in patients with metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol* 2014; 32: 760–767.
27. Choueiri TK, Escudier B, Powels T, Mainwaring PN et al ; METEOR investigators

28. Motzer RJ, Escudier B, McDermott DF, George S, Hammers HJ et al ; CheckMate 025 Investigators
29. Motzer RJ, Porta C, Vogelzang NJ et al. Dovitinib versus sorafenib for third-line targeted treatment of patients with metastatic renal cell carcinoma: an open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2014; 15: 286–296.
30. Khoo VS, Pyle L. Radiotherapy and supportive care. In: Eisen T, Christmas T (eds), *Clinical Progress in Renal Cancer*. Oxford: Informa UK Ltd 2007; 191–201.
31. De Meerleer G, Khoo V, Escudier B et al. Radiotherapy for renal-cell carcinoma. *Lancet Oncol* 2014; 15: e170–e177.
32. Chow E, Harris K, Fan G et al. Palliative radiotherapy trials for bone metastases: a systematic review. *J ClinOncol* 2007; 25:1423–1436.
33. Maranzano E, Trippa F, Casale M et al. 8-Gy single-dose radiotherapy is effective in metastatic spinal cord compression: results of a phase III randomized multicentre Italian trial. *Radiother Oncol* 2009; 93:174–179.
34. Patchell RA, Tibbs PA, Regine WF et al. Postoperative radiotherapy in the treatment of single metastases to the brain: a randomized trial. *JAMA* 1998;280:1485–1489.
35. O'Neill BP, Iturria NJ, Link MJ et al (2003) A comparison of surgical resection and stereotactic radiosurgery in the treatment of solitary brain metastases. *Int J RadiatOncolBiol Phys* 55:1169– 1176.
36. Andrews DW, Scott CB, Sperduto PW et al. WBRT with or without SRS boost for patients with 1–3 brain metastases: phase III results of the RTOG 9508 randomised trial. *Lancet*2004; 363:1665–1672
37. Lipton A, Zheng M, Seaman J. Zoledronic acid delays the onset of skeletal-related events and progression of skeletal disease in patients with advanced renal cell carcinoma. *Cancer* 2003; 98: 962–969.
38. Aapro M, Abrahamsson PA, Body JJ et al. Guidance on the use of bisphosphonates in solid tumours: recommendations of an international expert panel. *Ann Oncol* 2008; 19: 420–432.

Preuzmite kontrolu...



Saurus®

solifenacin

film tablete 30x5mg i 30x10mg

- Savremena terapija urinarne inkontinencije
- Novija generacija antiholinergika sa selektivnim dejstvom na M3 receptore
- Terapija izbora kod muškaraca i žena sa sindromom hiperaktivne beške
- Dobar sigurnosni profil - neželjena dejstva blagog karaktera
- Moguća primjena kod pacijenata sa komorbiditetima
- Brzo poboljšanje simptoma - nakon nedjelju dana korištenja lijeka