

Zagreb, 2009
Med Fam Croat
Vol 17
No 1-2
1-100

Medicina Familiaris Croatica



UDK 61:36.058
ISSN 1330-1527

ČASOPIS HRVATSKE UDRUŽBE OBITELJSKE MEDICINE

UVODNIK

Otočka medicina -
uvodne napomene

IZVORNI RADOVI

Neke posebnosti otočke
obiteljske medicine

Kako sam počeo rješavati
hipertenziju na mom otoku

Usporedba odrednica depresije
na otoku i priobalju

Ultrazvuk dojki u otočkoj
ordinaciji obiteljskog liječnika

REFORMA HRVATSKOG ZDRAVSTVA

Korijeni nezadovoljstva liječnika
primarne zdravstvene zaštite

IZVJEŠĆA I NAJAVE

Zaključci s trećeg simpozija u
organizaciji Hrvatske
liječničke komore

Posjet Maastricht-u 2008.



IZDAVAČ

HRVATSKA UDRUŽBA OBITELJSKE MEDICINE
CROATIAN ASSOCIATION OF FAMILY MEDICINE
Zagreb 10000, Rockefellerova 4

VIJEĆE ČASOPISA – EDITORIAL COUNCIL
MEDICINA FAMILIARIS CROATICA

Zdravko Ebling, Davor Ivanković,
Želimir Jakšić, Milica Katić, Eris Materljan,
Mirjana Rumboldt, Mladenka Vrcić-Keglević

GLAVNI UREDNIK – EDITOR IN CHIEF

Rajka Šimunović

10000 Zagreb, Rockefellerova 4 ili
10001 Zagreb, P.P.509

tel. +385 (034) 271 494,

fax. +385 (034) 312 285

E-mail: branko.simunovic1@po.t-com.hr

TAJNIK-SECRETARY

Zlata Ožvačić

10000 Zagreb, Rockefellerova 4 ili
10001 Zagreb, P.P.509

tel. +385 (01) 2902 495, fax. +385 (01) 2902 495

**UREĐIVAČKI ODBOR -
EDITORIAL BOARD**

Ljiljanka Jurković, Suzana Kumbrija,
Dragomir Petric, Mirica Rapić, Hrvoje Tiljak,
Nevenka Vinter Replaut, Davorka Vrdoljak

**LEKTOR ZA ENGLLESKI JEZIK –
ENGLISH LANGUAGE REVISION**

Marina Teuber

**GRAFIČKI UREDNIK –
GRAPHICAL EDITOR**

Alma Šimunec-Jović

**UMJETNIČKI SAVJETNIK –
ART CONSULTANT**

Hrvoje Vuković

FOTOGRAFIJA NA NASLOVNICI

Vlado Bjelajac

Časopis izlazi 2 puta godišnje. Radovi se šalju na adresu
Uredništva:

Medicina familiaris Croatica,
Zagreb, P.P. 509, 10001 Zagreb

Journal is published in two times a year.

Articles for submission should be sent to:

Medicina familiaris Croatica, P.P. 509, 10001 Zagreb

Godišnja pretplata za časopis iznosi: 150 kuna
(pojedinačna cijena izdanja 75 kuna)

Broj žiro računa: 2360000-1101478397

Broj deviznog računa kod Zagrebačke banke:
30101-620-16 2343006959

Godišnja članarina HUOMA (uključivo pretplatu časopisa)
iznosi: 200 kuna

Matični broj izdavača –HUOM-a: 0179515

web site: www.huom.hr

Rješenjem Ministarstva znanosti i tehnologije. Ur. Broj 533-08-
96-2/96 časopis je priznat kao znanstvena i stručna publikacija na
području obiteljske medicine.

UMJESTO UVODNIKA

Pismo predsjednika HUOM-a	4
Gost urednik prof dr. sc. Mirjana Rumboldt Otočka medicina - uvodne napomene	8

IZVORNI RADOVI

Neke posebnosti otočke obiteljske medicine <i>Nataša Mrduljaš-Đujić, Pjera Šušnjar, Nada Džopalić-Cvjetanović</i> ...	10
Kako sam počeo rješavati hipertenziju na mom otoku <i>Milan Glavaški</i>	21
Usporedba odrednica depresije na otoku i priobalju <i>Divna Lizatović, Marin Rojnica, Marion Kuzmanić</i>	27
Ultrazvuk dojki u otočkoj ordinaciji obiteljskog liječnika <i>Liza Čurčić</i>	36

CRVICE IZ SVAKODNEVNOG ŽIVOTA LIJEČNIKA NA OTOKU

Prvo bijaše porod, a zadnje morsk pas <i>Nikola Tomić</i>	42
Otočke reminiscencije <i>Marin Rojnica</i>	45

RAZGOVOR O STRUCI

Rudika Gmajnić - predstojnik Katedre obiteljske medicine u Osijeku, predsjednik Skupštine HUOM-a	47
---	----

PROVJERIMO SVOJE ZNANJE

Priredila <i>Suzana Kumbrija</i>	50
--	----

OBNOVIMO ZNANJE

Sindrom karpalnog tunela u ordinaciji opće medicine <i>Tomislav Crnković, Ranko Bilić, Robert Kolundžić</i>	52
--	----

**SAŽECI RADOVA S MEĐUNARODNOG KONGRESA
MEDICINE ZA SVAKODNEVNU PRAKSU U SURADNJI S IFDA**
(Zagreb 11.-12. listopada 2008.)

Kolesterol visoke gustoće (HDL)- Novi terapijski cilj za smanjenje kardiovaskularnog rizika <i>Mijo Bergovac</i>	58
Statini i ateromatoza <i>Željko Reiner</i>	59
Zaštita bubrega u hipertenzivnih pacijenata s tip II šećernom bolesti <i>Biserka Bergman - Marković</i>	60
Kako koristiti scintigrafiju štitnjače u patologiji štitnjače? <i>Zvonko Kusić</i>	61

Glitazoni: treba li mijenjati liječenje šećerne bolesti tip II <i>Nevenka Vinter-Repalust</i>	63
Kako odrediti rizik samoubojstva u obiteljskoj medicini ? <i>Suzana Kumbrija</i>	64
Depresija i duševno zdravlje <i>Sanja Blažeković- Milaković</i>	65
Efikasna upotreba antidepresivnih lijekova <i>Stanislava Stojanović-Špehar</i>	67
Alzheimerova bolest versus vaskularna deficijencija <i>Slava Podobnik</i>	67
Erektilna disfunkcija <i>Hrvoje Tiljak</i>	70
Radioterapija, hormonalno liječenje ili kirurška intervencija kao mogućnost liječenja raka prostate <i>Hrvoje Šobat</i>	71
HNL u menopauzi <i>Linda Zanchi</i>	76
Humani papiloma virus (HPV) i cijepljenje <i>Nives Šikanić Dugić</i>	79
Kakvu biološku procjenu treba uzeti u obzir u pristupu osteoporozi? <i>Renata Čop</i>	80
Lijekovi u reumatskim bolestima i njihov utjecaj na krvožilni sustav <i>Porin Perić</i>	81
Probiotici <i>Željko Krznarić</i>	82
Metabolički sindrom <i>Marijan Merkler</i>	82
Medikamentozno liječenje debljine u ordinaciji opće medicine <i>Tatjana Cikač</i>	83
 REFORMA HRVATSKOG ZDRAVSTVA	
Korijeni nezadovoljstva liječnika primarne zdravstvene zaštite <i>Željko Bakar</i>	85
 IZVJEŠĆA I NAJAVE	
Zaključci s trećeg simpozija u organizaciji Hrvatske liječničke komore	93
Posjet Maastricht-u 2008.	95
Izvjeshće s konferencije Europske mreže istraživača iz obiteljske medicine	96
IX. Kongres HDOD- HLZ, Rovinj 1.-10. 3. 2009.	97
Simpozij: Potporno liječenje onkoloških bolesnika, Brijuni 1.-4. 10. 2009.	98
 UPUTE AUTORIMA	99

NEUMANJIVA SUŠTINA OPĆE PRAKSE...



je skrb za ljude koji jesu, ili vjeruju da jesu, bolesni. Osjećaj nelagode i nesigurnosti, koji nije razrješiv vlastitom snagom i sredstvima bližnjih, tjera ih da traže savjet kako bi razumjeli što im se događa, što to znači, što se može poduzeti i s kakvim učinkom. Takvo ljudsko ponašanje prelazi granice prošlosti, mjesta i kulture, pa će preživjeti i efemerne politike prolaznih vlada. Većina općih praktičara osjeća da to radi najbolje i sa zadovoljstvom. Srž našeg umijeća je odgovor na tu vječnu ljudsku potrebu i time potvrđujemo razlog postojanja i određujemo suvereni profesionalni teritorij u vremenima sumnji i demoralizacije.

GM SC 1995 Core general medical services and the classification of general practitioner activity
BMJ 1998;31 6:1955. (Prijevod Ž.Jakšić)

Pismo predsjednika HUOM-a

Poštovane kolegice i kolege,

Mnogo se toga događalo posljednjih mjeseci, na žalost ništa što bi promijenilo stavove Hrvatske Udružbe obiteljske medicine (HUOM-a) iznesene još u studenome 2008. Problemi u ordinacijama obiteljske medicine (OM) gomilani godinama samo su sada došli još više do izražaja, i dalje bez pravih rješenja. Od ideje zajedništva i građanske inicijative do razjedinjavanja, nove udruge, vrijeđanja svakoga tko ne misli isto i negiranja svega do sada bio je veoma kratak put. Kako se lako zaboravlja kako su svi današnji sudionici u sustavu poodavno. Nikada nikoga nisu podržali. Zar je rezultat i mogao biti drugačiji??

U dva navrata, prije tri i četiri godine, HUOM je pokušao pokrenuti otpor potpisivanju ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO-om). Prošle godine je i Hrvatska liječnička Komora (HLK) isto pokušala za ugovore s HZZOZZR-om. Nije bilo odgovora i podrške. Što se promijenilo??

Internet je prisilno došao u naše ordinacije. Novi zakon, koji u osnovi nije loš, doveo je do novih provedbenih akata, ne zaista bitno različitih od prethodnih jer su i oni bili ponižavajući za LOM kao ugovornog partnera. Bitna novina je prijetnja mogućnošću oduzimanja dijela dosadašnjih prihoda i obaveze prikazivanja sadržaja dnevnog rada što najviše pogađa preopterećene liječnike s previše osiguranika u skrbi.

Traži se poštivanje zatečenog stanja ne uviđajući (??) kako je to prihvatljivo samo za dio liječnika sa puno osiguranika, dok onima s malo, uz sada zakonsku obavezu plaćanja sestre po KU, ne donosi ništa.

Na žalost se pokazalo kako je ministar najveći protivnik vlastite reforme. Ne samo kako je stalno odgađao pojašnjenje predviđenih promjena već je

odbijao i prijedloge HLK i HUOM.-a koji bi zaista preoblikovali sustav, riješili zatečene nepravilnosti, osigurali pravičan start. Ishitrenim dodacima osnovnom ugovoru, bez savjetovanja sa HLK, stalno novim promjenama poput ortopedskih pomagala, oduzimanja licence ABI, uvođenjem vađenja krvi samo u OM, kao da stalno potiče opravdano nezadovoljstvo liječnika.

Kako bi možda ponovno pokušali ukazati ne na probleme već na njihova rješenja, ponovit ćemo ih:

1. Smatramo kako je i dalje najveći problem neprihvatljiva širina normativa, tek neznatno sužena novim prijedlogom ugovora. Takav raspon (1020 – 2380) neprihvatljiv je bez kvalitetnih korekcijskih mehanizama. Ispodstandardni timovi su potplaćeni, iznadstandardni preopterećeni.

Rješenje je u sužavanju normativa na najviše 20% uz etički prihvatljive mehanizme preraspodjele pacijenata (odlaze oni koji su zadnji došli osim ukoliko ostatak obitelji nije od ranije u skrbi). Naravno kako sredine u kojima preraspodjela nije moguća (sela) treba pojedinačno razmotriti. Ukoliko je moguće osigurati još jednog liječnika, ukoliko to nije moguće, platiti sve osiguranike u skrbi.

2. Kako je taj proces moguće provesti i postupno kroz nekoliko godina, do tada je potrebno osigurati i pravo na dohodak i onim liječnicima koji imaju ispodstandardne liste, ali ugovoreno cijelo radno vrijeme!! Nedopustivo je pozivanje na dosadašnje zatečeno stanje jer zato što su do sada bili oštećeni ne znači kako to i dalje moraju biti. U suradnji s HLK osmislili smo i jednostavan model kojim bi se omogućilo svim liječnicima pravo na plaću. Predložili smo povećanje prava na ispostavljanje računa do

iznosa standardnog tima. Tako bi i liječnik s manje pacijenata dodatnim radom mogao ostvariti prihod dostatan ne samo za plaćanje svih troškova, već i za njegovu plaću. Na žalost odgovor HZZO-a je kako je to za njih preskupo!! Nevjerojatna je lakoća kojom se svi oglašuju o pravo liječnika da za puno radno vrijeme ima pravo barem na mogućnost zarade plaće. Svi se pozivaju na zatečeno stanje koje odgovara samo onima s velikim brojem pacijenata dok se oni s ispodstandardnim brojem koriste samo kao alibi (jer prijedlog koji je došao od novoutemeljene udruge traži standardnu naknadu za sve, što je nepoznavanje sustava jer dokida razlog za povećanje broja pacijenata sa 1020 na 1700, kada je naknada ista)

Još gore je odbijanje HZZO-a da omogući (ne da plati bezuvjetno, samo da omogući!!!) svim liječnicima pravičnu naknadu ne samo sukladno broju osiguranika u skrbi već i zakupljenom radnom vremenu!! Tražiti potpis na ugovor kojim se liječnik odriče prava na naknadu za svoje vrijeme koje zakupljuje HZZO je bešćutno (vjerojatno i pravno neutemeljeno jer se radi o pozivanju na sklapanje štetnog ugovora)

3. Bezbroj propisa koji se gotovo svakodnevno mijenjaju ili se izmišljaju novi predstavljaju veliko opterećenje u svakodnevnom radu liječnika. Kako se sada pokušava nametnuti i obveza propisivanja ortopedskih pomagala sa zapriječenim kaznama, radi se i o financijskoj prijetnji. Naravno, sve nove obveze su bez naknade.

Kako smo svi prisilno informatizirani bilo bi u najmanju ruku normalno da MZSS i HZZO imaju ugovore s tvrtkama kojima su dali licence i koje bi u svoje programe morali ugraditi sve promjene i to na način da liječniku što više olakšaju rad.

Nedopustivo je da se jedna tvrtka kazni zbog kašnjenja u promjeni programa oduzimanjem licence kao prve mjere jer je to ujedno i kažnjavanje liječnika koji s tim nisu imali ništa, osim što su poslušali preporuku MZSS-a o izboru programa – za koje bi onda MZSS trebao i

odgovarati a ne neodgovorno savjetovati promjenu programa, ne vodeći prethodno računa da li je to uopće moguće, kakvi su preostali programi i koliko je to dodatno opterećenje za liječnike.

4. Nezavršeni proces informatizacije zbog kojega se i dalje izvještaji i računi šalju i u papirnatom obliku. Otpor pojedinaca spajanju na CEZIH je nastao kao zaštita prava pacijenata na tajnost podataka, a da se istovremeno ni jedna udruga pacijenata nije pobunila!! Ne uviđaju kako time samo daju podlogu onima koji u svemu traže lošu stranu pa to tumače ne kao zaštitu pacijenata (jer su podaci zaštićeni šifriranjem karticom) već kao pokušaj prikrivanja dužine i sadržaja rada liječnika. Upravo zato se treba spajati kako bi se vidjelo kada dolazimo raditi, koliko radimo i kako su zlonamjerni svi oni koji nas proglašavaju neradnicima. Problem je jedino u pojašnjavanju sadržaja našeg rada jer je on sada sveden samo na prvi i kontrolni pregled te nekoliko DTP-a. Stoga žurno treba doraditi popis preventivnih postupaka i DTP-a koji moraju biti u funkciji prvenstveno opisa našeg svakodnevnog rada, a tek onda kontrole HZZO-a i osnove za financiranje.

5. Glavarina kao jedini način plaćanja. Ne samo što stimulira povećanje broja osiguranika već omogućava ucjenjivanje laika čije je mišljenje o kvaliteti liječnika postalo jedino mjerodavno, jer može odnijeti karton ukoliko se njegove želje ne ispune. Stoga poštivanje pravilnika HZZO-a neminovno vodi gubljenju pacijenata. Ima li tu liječnik uopće izbora?

Neophodno je uvesti miješani model koji obuhvaća plaćanje stalnih troškova poslovanja ordinacije (STP) koji su prosječno isti za sve ugovorne liječnike, definirati pravu vrijednost pacijenta (PVP) koja na standardni tim predstavlja plaću liječnika i time omogućava razlikovanje onih sa više ili manje pacijenata i stimulatívni dio (SD) koji predstavlja dodatne aktivnosti sukladno potrebi zajednice i mogućnostima liječnika (preventivni programi lokalne

zajednice, DTP druge razine, naknada za grupnu praksu, stimulacija za kvalitetan rad i ispunjavanje ugovornih obveza i sl.)

6. Uvođenje obveze pisanja ortopedskih pomagala u OM iako se i u HZZO-u slažu kako bi to trebali raditi oni koji indiciraju pomagala samo zato jer u SKZ-u nemaju pristup CEZIH-u pokazuje nespretnost sustava. Umjesto da sačeka uvođenje računala u SKZ čime će se riješiti puno više od pukih pomagala, uvodi se dodatna obaveza LOM-u za koju nije educiran i koja često znači dodatno otežavanje pacijentu.

Slično je i sa vađenjem krvi samo u OM. Dok je možda negdje i primjereno da se to radi u ordinaciji, udaljeno selo ili otok kao olakšanje putovanja pacijentima, u većini gradova to oduvijek rade vrsni laboranti. Umjesto da se ostavi liječnicima izbor kroz DTP, pokušava se nametnuti rješenje i to zbog navodne zakonske (?) zapreke laborantima da to dalje rade – ali samo u OM, a u pedijatriji i dalje može po starome. Ono što u najosjetljivijoj populaciji nije problem, kod odraslih jeste??

7. Dežurstva i pripravnosti su problemi na koje godinama ukazujemo. Sve je manje liječnika, preostali su sve opterećeniji i samo je pitanje kada će posustati i napraviti neku pogrešku. Naknade za rad su različite ne samo između županija već i unutar njih ukoliko imaju više domova zdravlja. Ne poštuje se ni postojeći pravilnik MZSS, ne sklapaju se ugovori s liječnicima.

Najmanje je potrebno odmah sklopiti ugovore sa svim liječnicima uključenim u sustav dežurstava i pripravnosti i ujednačiti naknade na nivou države. Osigurati više sredstava i bolje uvjete kako bi mlađe kolege pristajale otići na takva mjesta.

Osigurati dodatna sredstva za turističke ambulante.

8. Uvjeti za grupnu praksu su takvi da je izvjesno kako ih nitko neće prihvatiti. Kako su one jedini model legaliziranja zamjena za godišnje odmori i bolovanja

i kako će to zbog sve veće nestašice liječnika sve više biti, nejasno je zašto MZSS inzistira na neprihvatljivim uvjetima, osim ako ne želi zadržati sadašnju situaciju u kojoj svi znaju kako se kolege mijenjaju ali im odgovara (!?) da to bude mimo propisa. Radi kontrola i kažnjavanja??

9. Starosna struktura liječnika u OM je sve lošija. Pobol i umor su neminovnost. Ukoliko liječnik radi sam ili ih je samo nekoliko u malom mjestu umor se taloži. U jednom trenutku nijedna naknada za takav rad više nije dostatna.

U gradovima je mnogo liječnika sa manjim brojem pacijenata, ne njihovom krivnjom. Nisu oni donosili mrežu, nisu oni zapošljavali gdje god se ukazala prilika. Sada su taoci sustava, mnogi rade za neprimjerenu naknadu, pojedini i bez nje!!

Rješenje: omogućiti povratak u domove zdravlja svima koji se nisu više u stanju nositi sa sustavom.

10. Izdvajanje HZZOZZR-a iz HZZO-a napravilo je nered u liječenju pacijenata prošle godine. Sukladno propisima medicina rada je morala preuzeti cjelokupnu skrb kod ozljeda i profesionalnih bolesti. Problemi su nastali ne samo što za to nisu educirani već ih je i premalo, a i stručno ne postoji razlika između posjekotine na poslu i kod kuće.

Ove godine dolaze novi ugovori sukladni pregovorima s HLK koji bi trebali osigurati liječenje pacijentima kod LOM-a uz naknadu za svaku uslugu, dok bi obveza medicine rada ostalo izvješćivanje i bolovanje

11. Odbijanje naplate participacije kao manipuliranje propustom u zakonu koji je donio Sabor. Godinama smo nešto naplaćivali za DZ ili Proračun.

Poziva se na autoricu iz Velike Britanije koja govori o uskrati pristupa sustavu a zaboravlja kako se radi o sustavu kome je strateški cilj do 2011 omogućiti svim građanima pristup LOM-u u roku od dva dana !!

Ni jedna udruga pacijenata nije prosvjedovala. Mnogi su pacijenti pitali hoće li nenaplaćivanje participacije prestati kada liječnici dobiju što žele. Samo Sabor može mijenjati zakone.

Zaključci:

1. Smanjiti odstupanje normativa od standarda na najviše 20%
2. Omogućiti svim ispodstandardnim timovima rad (preventiva + DTP) i ispostavljanje računa do iznosa standardnog tima
3. Osigurati redovite kontrole kvalitete svih programa za ordinacije OM, u njima omogućiti što jednostavnije unošenje podataka i elektronsko izvješćivanje.
4. Svako dodatno opterećenje liječnika, pod uvjetom da je uopće provedivo, mora biti i odgovarajuće nagrađeno
5. Razraditi preventivne postupke i DPP kao opis rada LOM
6. Promijeniti sustav plaćanja glavarinom u miješani sustav (STP + PVP + SD)
7. Ukoliko propisi traže promjenu sustava vađenja krvi – bolje je promijeniti propise nego sustav!
8. Ugovoriti i dobro platiti timove za pripravnost i dežurstvo
9. Pojednostaviti uvjete za grupnu praksu – samo hitni u suprotnoj smjeni
10. Omogućiti povratak u DZ onima koji to žele
11. Potpisati ugovore s HZZOZZR-om
12. Naplaćivati participaciju. Uvijek se dio naknade koja se za to dobije može pokloniti pacijentu koji je ugrožen i bez dopunskog osiguranja.

Za kraj

Omalovažavanje znanosti, katedri i stručnih radova znak je slabosti struke, osjećaja manje vrijednosti - svi drugi su bolji, više vrijedi naručeno predavanje interniste nego izlaganje kolege koji se pomučio prikazati nešto što smatra interesantnim iz svakodnevnih prakse ali nije vrhunska znanost.

Najvažnije je razumjeti kako nismo svi isti, kako imamo različite uvjete rada i života. Pohvalno je što su se neke kolege napokon probudile i shvatile kako pojedinci sami bez podrške ne mogu mijenjati sustav i kako je upravo njihova podrška izostala svih prošlih godina.

Uvažavanje znači promišljanje o razlozima drugačijeg mišljenja a ne vrijeđanje i odbacivanje.

Umjesto da se primjerom pokaže kako se nešto može još bolje, omalovažavaju se oni koji su barem pokušali. A zadaća HUOM-a je upravo podrška svim kolegama koji pokušaju opisati naš svakodnevni rad, ma kako se on jednostavnim činio, jer je upravo to put u sastavljanju sadržaja našeg dnevnog rada, onoga što nam nedostaje.

Stoga svim liječnicima koji imaju znanja i vještina koje su željni podijeliti s drugima kao i svima koji žele naučiti nešto novo poruka je: HUOM je bio i ostat će udruga za promicanje stručnih, znanstvenih i edukativnih vrijednosti obiteljske medicine.

Do viđenja na kongresu u Splitu,

Dragomir Petric, predsjednik HUOM-a

Gost urednik: prof. dr. sc. Mirjana Rumboldt

Otočka medicina - uvodne napomene

*„ U srcu te škrte zemlje i nezahvalnog kamena
ima neki trenutak visoke i strasne domaće poezije,
neki vrutak ljepote na kojima bi se trebalo zaustaviti...
Ova pitoma mjesta njeguju izgled spokojan, smiren, okupan:
ona su kao ljepotice što se umivaju samo kišnicom
i imaju nečeg golubinjeg“.*

Tin Ujević

Poštovani kolegice i kolege, dragi čitatelji!

Jesmo li se ikad zapitali, gledajući prelijepu idiličnu sliku naših otoka i njihovih osunčanih gradića i naselja, s kakvim se teškoćama, ali i posebnim okolnostima tamo susreće naša kolegica ili kolega?

Osim ljepote i privlačnosti ovi otoci obiluju bogatom poviješću, osebujnom kulturom i tradicijom turističke i sportske ponude. Svi su oni slični, a opet toliko različiti sa svojim posebnostima.

U Jadranskom moru (dobilo je ime po gradu Adriji u sjevernoj Italiji), koje oplakuje našu obalu, na njegovoj se istočnoj strani smjestilo 718 otoka i oko 389 otočića, što Hrvatsku s pravom čini "zemljom tisuću otoka". Od toga je naseljeno svega pedesetak, na kojima živi nešto preko 120.000 stanovnika. Svjedoci smo neprestanog iseljavanja, mahom mladih žitelja, s ovih naših jadranskih bisera. Mnoge su silnice uzrokom ove depopulacije, počevši od gospodarske nerazvijenosti i prometne odsječenosti preko nezaposlenosti do najosjetljivije djelatnosti – zdravstvene zaštite otočana.

Nedovoljan broj stručnog osoblja i nezadovoljavajuća razina opremljenosti nisu zanemarivi. Nedostatna je cjelovita, pouzdana zdravstvena zaštita, koja ovisi o vremenskim i inim prilikama i neprilikama, a manje

o ljudskim potencijalima. Potrebno je napomenuti da su otoci uvijek bili dobro „pokriveni“ liječničkim kadrom; mnogi otočani su se nakon završetka studija medicine vraćali kao mladi liječnici na svoj otok. Dakako, „najveće blago otoka je onaj stanovnik koji tamo živi i koji zna tamo živjeti“.

„Teško je biti liječnik na selu, osobito na otoku, u doba vremenskih nepogoda, kad su sve veze na kopnu otešćane, a na moru prekinute, i kad svaki, pa i najteži medicinski slučaj mora sâm općinski liječnik da rješava. Čudno, ali baš tada, kad se ne može ni od kuda nadati pomoći, kad treba koncentrirati sve znanje, volju, ljubav, osjećajnost, dolazi seoski liječnik nekim nepoznatim intuitivnim putem do dijagnoze, ispravne terapije i spašava bolesnika. Svaki izliječeni slučaj na selu mnogo je vredniji od izliječenog u gradu, gdje postoje sva moguća pomagala“ (Škarić J. Uspomene jednog liječnika. Split: Slobodna Dalmacija 1965.).

„Otočkom medicinom“, kao prioritetom u sustavu zdravstva, bave se i političke i znanstvene i društvene strukture (npr. Ministarstvo zdravstva, medicinski fakulteti, županijski domovi zdravlja, nevladine organizacije), omogućavanjem boljih uvjeta rada, stručnim usavršavanjem-doedukacijom, uspostavljanjem sustava telemedicine i nizom kadrovskih rješenja. Usprkos tome ima još mnogo neriješenih

Prof. dr. sc. Mirjana Rumboldt, Katedra obiteljske medicine, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

pitanja i poteškoća na koje nailaze otočki liječnici: organizacija hitne pomoći, brzina prijevoza bolesnika, radno vrijeme u turističkoj sezoni, kada se broj tražitelja zdravstvene usluge umnaža nekoliko puta, samo su neki primjeri.

S obzirom na svoj zemljopisni položaj, razumljivo je da Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu smatra jadransku usmjerenost jednim od svojih prioriteta. Katedra obiteljske medicine prepoznala je važnost pružanja zdravstvene zaštite u posebnim uvjetima, kakvi su upravo otočki. Stoga je u svoj *curriculum*, uz punu podršku uprave našeg fakulteta, uvela praktični dio nastave na otocima (višednevni boravak s vježbama-radom u tamošnjim ambulantomama), koje studenti visoko ocjenjuju i svrstavaju među najkvalitetnije i najkorisnije tijekom cijelog studija medicine. Pritom smo se rukovodili potrebom osposobljavanja budućih liječnika u ne baš svakidašnjim uvjetima, koji se bitno razlikuju od gradske sredine s mogućnošću bržeg i sigurnijeg zbrinjavanja bolesnika na nekoliko razina. Liječniku obiteljske medicine na otoku je proces donošenja odluka mnogo složeniji i odgovorniji, a često puta i vremenski skućeniji. Mladi kolege tu imaju priliku upoznati složene specifičnosti odnosa liječnik-bolesnik, povjerenja i uzajamnosti, jednom riječju oživotvorenje obiteljske medicine. Možda baš u tome,

i pored teškoća koje su gotovo zadane, leži čar i ljepota liječničkog djelovanja na otoku. Stoga je poticanje mladih liječnike za život i rad na otocima, sa svježim idejama za unapređenje tamošnje zdravstvene zaštite, bilo je jedno od naših vodećih promišljanja.

Kad mi je urednica ovog časopisa ponudila da osmislim, kao gost-urednik, tematski broj *Medicina familiaris croatica* pod naslovom „Otočka medicina“, prijedlog sam prihvatila sa zadovoljstvom, ne samo zato što sam otočko dijete, već sam kao mlada liječnica iskusila rad u sličnim uvjetima, pa imam poseban senzibilitet prema tim kolegicama i kolegama, uz proživljeno, suštinsko razumijevanje njihova rada.

Preveliki je broj naših otoka da bi iskustva svih njihovih liječnika mogla stati u jedan broj našeg časopisa, iako oni podjednako zaslužuju mjesto na ovim stranicama. Pred Vama je štivo koje predstavlja tek presječni pogled i samo je dio zbira rada i života kolega sa srednje-dalmatinskog otočja. Vidjet ćete kako obiteljski liječnici osim struke njeguju i znanstveno istraživanje (N. Mrduljaš-Đujić, P. Šušnjar, N. Cvjetanović-Džopalić, M. Glavaški, D. Lizatović, M. Rojnica, L. Čurčić), a kroz esejističke priloge kolega N. Tomića i M. Rojnice moći ćete zaći u njihova promišljanja i njihove dvojbe tijekom niza godina života i rada na otocima.



I na kraju evo još jednog otočana, dobro nam poznatog Vladimira Nazora:

*„Otoče loze i masline,
od tebe mi to drevno pijanstvo
u ljetne dane,
to neugasivo svjetlo,
u sve noći moga života“...*

Mirjana Rumboldt

NEKE POSEBNOSTI OTOČKE OBITELJSKE MEDICINE

SOME SPECIFITIES OF ISLAND FAMILY PRACTICE IN CROATIA

Nataša Mrduljaš-Đujić¹, Pjera Šušnjar², Nada Džopalić-Cvjetanović³

Sažetak

Cilj. Istražiti neke sociodemografske karakteristike otočke i gradske populacije, razlike u upućivanju te kvaliteti zdravstvene skrbi.

Ispitanici i metode. Istraživanje je provedeno u ordinacijama obiteljske medicine: u otočkim ambulantom Milna, Postira i Pučišća na otoku Braču te u gradskim ambulantom Blatine i Sućidar u Splitu, od 6. do 20. listopada 2008. U otočkim ambulantom je na taj način obuhvaćeno ukupno 457 ispitanika (Milna 128, Postira 179, Pučišća 150), a u gradskim 277 (Blatine 115, Sućidar I 64, Sućidar II 98).

Rezultati i zaključci. Na anketu je odgovorilo daleko više otočana nego pacijenata iz priobalja, što ukazuje na bliži kontakt liječnika i njegovih pacijenata na otoku. Prema dobi puno je više onih ≥ 65 godina u otočkim (31%) nego u gradskim ordinacijama (16%). Obrazovna razina otočana je niža kao i zaposlenost, a ekonomski status lošiji. Na otoku je utvrđena viša učestalost prehranjenih i debelih osoba, kao i onih s visokim srčanožilnim rizikom ($p < 0,001$). Ispitanici su općenito jako zadovoljni kvalitetom usluge u otočkim

ambulantom obiteljskog liječnika, no nezadovoljni su dugim zadržavanjem u čekaonici ($p = 0,009$). Tradicionalno ruralne sredine, pa tako i otoci, manje upućuju pacijente na obradu i na dodatne specijalističke preglede ($p < 0,001$).

Ključne riječi: *obiteljska medicina, otočka medicina, posebnosti*

Summary

Aim. To explore some sociodemographic characteristics of island (rural) and urban (city of Split) population, differences in referring and quality of health care.

Examinees and methods. Survey was carried out in offices of family practice: island family practices in Milna, Postira, and Pučišća on island Brač, and in city practices Blatine and Sućidar in town Split, from 6th to 20th October, 2008th. From island practices were pooled 457 examinees (Milna 128, Postira 179, Pučišća 150), and from city practices 277 (Blatine 115, Sućidar I 64, Sućidar II 98).

¹ Mr. sc. Nataša Mrduljaš-Đujić, dr. med., specijalist obiteljske medicine; Katedra obiteljske medicine Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu; Ordinacija obiteljske medicine Postira (Brač)

² Pjera Šušnjar, dr. med., Katedra obiteljske medicine Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu; Ordinacija opće medicine Pučišća (Brač)

³ Nada Džopalić-Cvjetanović, dr. med., specijalist opće medicine; Katedra obiteljske medicine Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu; Ordinacija opće medicine Milna (Brač)

Results and conclusions. Questionnaire filled much more island patients than patients from the city (land), which points out closer doctor - patient relationship in island family practice. There are much more examinees aged 65 and above in island practices (31%) than in city practices (16%). Education level of island examinees is lower, the same as employment, and economic state. It is higher frequency of overweight patients, the same as patients with higher cardiovascular risk at the island ($p < 0.001$). Examinees are very satisfied with quality of service in general in island family practices, but they are not satisfied with longer waiting in waiting room ($p = 0.009$). In traditionally rural environment, like islands, referring patients to other examinations and to additional specialist examinations is less, comparing with city family practices.

Key words: *family medicine, island primary care, specificities*

Uvod

Karakteristike rada u malim sredinama često su opisivane u literaturi. Liječnici u malim sredinama ("seoski doktori") pravi su obiteljski doktori jer u pravilu imaju u skrbi čitave obitelji i najčešće su jedina opcija tom stanovništvu. Samim tim u prisnijem su odnosu sa svojom populacijom.

Mala sredina ima svoje nepisane zakone funkcioniranja. Veliki broj stanovnika malog mjesta (otoci) je u krvnom srodstvu i vrlo je teško održati privatnost. Puno informacija prikuplja se neformalnim načinom za razliku od gradske sredine. Kao što i liječnik radi "pod povećalom", tako su i obitelji pod paskom sredine. Vrlo često liječnik ima osjećaj da umjesto s jednim pacijentom koji je došao na konzultaciju radi s grupom ljudi čije mišljenje/stav pojedinac predstavlja. Taj stav se obično temelji na glasinama i neprovjerenim informacijama. Veliki je broj tzv. teških komunikacija, punih nesvjesnih i neverbalnih detalja.

Osim karakteristika same male sredine postoje i razlike u obavljanju primarne skrbi u odnosu na

udaljenost od bolnice. Specifičnosti pojedinih praksi vezane su i za sociodemografsku strukturu pacijenata u skrbi (dob, spol, razina obrazovanja, imovinski status, zaposlenost itd.). Sveobuhvatna skrb za bolesnike, svojstvena obiteljskoj medicini na otocima je intenzivnija uslijed prometne izoliranosti i dobne strukture stanovništva¹.

Istraživanja otočke populacije pokazala su da se stanovništvo otoka smanjuje, prisutan je negativni prirodni priraštaj, a isto tako i tzv. negativna selekcija odraslog, radno sposobnog stanovništva. Iako se udio starijeg stanovništva (≥ 65 godina) općenito povećava, na otocima se on razmjerno smanjuje, brže od pada ukupnog broja stanovnika².

Udaljenost od regionalnih bolnica s jedne strane čini rad na otočkom terenu težim, a populaciju dovodi u neravnopravan položaj u odnosu na onu prometno povezaniju i bližu bolnici. S druge strane, liječnici na terenu više koriste znanja i vještine koje su stekli tijekom svog obrazovanja. Tako ne olakšavaju samo pacijentima zadovoljenje zdravstvenih potreba, nego i štede „zdravstveni“ novac. Jasan pokazatelj ove tvrdnje je manje upućivanje u specijalističko-konzilijarnu službu. U pravilu se terenski liječnik teže odlučuje na pisanje uputnica, a pri odlučivanju uzima u obzir komplikacije i troškove vezane uz prijevoz¹.

Starija populacija, brojnija u odnosu na gradske sredine, sklonija je kroničnim bolestima, čiju učestalost određuju i drugi socioekonomski činioci, poput zdravstvene (ne)prosvijećenosti i lošije opće naobrazbe, prehrambenih navika, bračnog statusa i prihoda³.

Promatrajući svakodnevno pacijente koji dolaze po pomoć, uočile smo da ih je veliki dio preuhranjen. Ova opservacija je našla potvrdu i u literaturi: u Hrvatskoj je približno svaka peta odrasla osoba debela ($BMI \geq 30$), bez razlika po spolu⁴. U životnom stilu većine ljudi današnjice (razvijenih zemalja i zemalja u razvoju) prevladava unos energijom bogate hrane i smanjen utrošak energije zbog premale fizičke aktivnosti. Incidencija prekomjerne težine i debljine progresivno raste zadnjih pedesetak godina i poprima

dimenzije epidemije. Rezultat je interakcije genetske predispozicije i životnog stila. U općoj populaciji pretilost je povezana s povećanim mortalitetom⁵. Uz ostale nepovoljne učinke, važan je faktor rizika srčanožilnih bolesti. Debljinu definiramo povećanim opsegom struka, omjerom opsega struk/bok ili indeksom tjelesne mase (ITM, BMI)⁶, a aktivnosti vezane za prevenciju pretilosti (savjetovanje o pravilnoj prehrani, povećana fizička aktivnost) treba uključiti u promjene životnog stila zajednice i kontinuirano provoditi u našim ordinacijama¹.

Kvaliteta skrbi određuje se elementima strukture, procesa i ishoda rada. Zadovoljstvo pacijenata, odnosno njihovo ocjenjivanje kvalitete rada liječnika još uvijek je dvojbena kategorija (jesu li laici sposobni za takvu procjenu?) mada se u novije vrijeme sve više koristi⁷⁻⁹. Prema nekim istraživanjima slaba je povezanost između pacijentove percepcije kvalitete skrbi i prosudbe liječnika o količini obavljenog posla ili o ocjenjivanju¹⁰. Imajući sve navedeno u vidu, pokušale smo istražiti neke specifičnosti rada na otoku u usporedbi s priobalnom, gradskom populacijom.

Ciljevi

- Istražiti neke sociodemografske karakteristike pacijenata u otočkoj ambulanti, njihove prehrambene navike, uhranjenost i zdravstveni status te ih usporediti s onima u gradskoj ordinaciji.
- Ispitati razlike u upućivanju specijalistima između obiteljskog liječnika na otoku i onoga u gradu.
- Utvrditi kvalitetu usluge u ambulanti obiteljske medicine.

Hipoteze

- Upućivanje na specijalističke konzultacije i obradu iz otočkih ambulanti je značajno manje u odnosu na gradske.
- U dobnoj strukturi pacijenata koji traže zdravstvene usluge u otočkim ordinacijama izrazito prevladavaju stariji od 65 godina.

- Stanje uhranjenosti, kao pokazatelj zdravstvenog i ekonomskog statusa, značajno se razlikuje između ove dvije skupine pacijenata.

Ispitanici i metode

Istraživanje je provedeno od 6. do 20. listopada 2008. u ordinacijama obiteljske medicine: u otočkim ambulantom Milna, Postira i Pučišća na morskoj obali otoka Brača te u gradskim ambulantom Blatine i Sućidar u Splitu.

Obuhvaćen je prigodni uzorak sukcesivnih pacijenata starijih od 7 godina, a sve osobe starije od 18 godina zamoljene su da ispune upitnik te im je izmjerena tjelesna visina, težina i opseg struka prema antropometrijskim standardima¹¹. Upitnik se sastojao iz sedam pitanja: o sociodemografskom statusu, o navikama, o prehrambenom i o zdravstvenom statusu te o farmakoterapiji, uz deset upita po Likertu o kvaliteti zdravstvenih usluga i o upućivanju specijalistima.

Iz dobivenih podataka izračunat je indeks tjelesne mase (BMI od engl. *body mass index*), po kojem su ispitanici podijeljeni na pothranjene (BMI <18,5), normalne tjelesne mase (BMI 18,5-24,99), umjereno debele (BMI 25-29,99) i debele (BMI ≥30). Isto tako, s obzirom na opseg struka podijeljeni su na one s prosječnim (žene do 88 cm, muškarci do 102 cm) i one s povećanim srčanožilnim rizikom (žene > 88 cm, muškarci >102 cm).

U otočkim ambulantom je na taj način obuhvaćeno 457 ispitanika (Milna 128, Postira 179, Pučišća 150), a u gradskim 277 (Blatine 115, Sućidar I 64, Sućidar II 98). Ukupni broj osiguranika, prema podacima HZZO-a o kojima skrbe obiteljski liječnici na Braču je 12.532 pa je ovo 3,56 % uzorak.

Podaci su obrađeni paketom Statistica 6.0, a značajnost opaženih razlika provjeravana je χ^2 testom i t-testom za neparne uzorke, te neparametrijskim Mann Whitney - U testom, a značajnim je smatran $p < 0,05$.

Tablica 1. Dobna raspodjela ispitanika

Table 1. Age distribution of the examinees

Ordinacija/ <i>Practice</i>	Dobna pripadnost / <i>Age</i>				Ukupno/ <i>Total</i>
	7-18	18-44	45-64	≥65	
Otok/ <i>Island</i>	381 (13,80%)	930 (33,69%)	700 (25,36%)	749 (27,14%)	2760 (100%)
Grad/ <i>City</i>	316 (6,39%)	2216 (44,81%)	1466 (29,64%)	947 (19,15%)	4945 (100%)
Ukupno/<i>Total</i>	697	3146	2166	1696	7705

Tablica 2. Sociodemografska obilježja ispitanika

Table 2. Sociodemographic characteristics of the examinees

	Osobine ispitanika/ <i>Characteristics of the examinees</i>	Ambulante/ <i>Practices</i>	
		Otočke/ <i>Island</i>	Gradske/ <i>City</i>
		N (%)	N (%)
Spol/ <i>Gender</i>	Muškarci/ <i>male</i>	207 (45)	110 (40)
	Žene/ <i>female</i>	249 (55)	167 (60)
Dobne skupine (god.)/ <i>Age groups (years)</i>	18-44	152 (34)	129 (47)
	45-64	159 (35)	104 (37)
	≥65	143 (31)	44 (16)
Obrazovanje/ <i>Education</i>	Bez/ <i>None</i>	19 (4)	1 (0,4)
	OŠ/ <i>Primary school</i>	173 (38)	16 (6)
	SŠ/ <i>Secondary school</i>	214 (47)	168 (60,6)
	VŠS/VSS/ <i>University</i>	50 (11)	92 (33,2)
Zaposlenost/ <i>Employment</i>	Ne/ <i>Unemployed</i>	67 (15)	27 (10)
	Na „birou“/ <i>Employment bureau</i>	35 (8)	20 (7)
	Zaposlen/ <i>Employed</i>	184 (40)	143 (52)
	Umirovljenik/ <i>Retired</i>	171 (37)	86 (31)
Mjesečni prihod/ <i>Monthly income</i>	Nedovoljan za život/ <i>Below minimum</i>	108 (24)	33 (12)
	Egzistencijalni minimum/ <i>Bare minimum</i>	162 (36)	82 (30)
	Za pristojan život/ <i>Sufficient</i>	175 (39)	155 (56)
	Za komforan život/ <i>Comfortable</i>	4 (1)	5 (2)

Rezultati

Uvidom u dobnu strukturu ispitanika (tbl. 1) opaža se da je među otočanima bilo značajno više osoba do 18 godina i preko 65 godina, dok su u gradu prevladavale dobne skupine od 18 do 64 godine ($\chi^2=224$; df 3; $p<0,001$) tj. studenti i radno sposobni. Dio ispitanika koji je odbio ispuniti anketu u otočkim je ambulantom bio zanemariv (5/483 ili 1,03%) u odnosu na gradske (90/412 ili 32,5%; $\chi^2= 101$; $p<0,0001$). U otočkim ambulantom je bilo 20/477 (4,34%) neispravno ispunjenih upitnika, a u gradskim 45/322 (14,28%; $\chi^2= 19,27$; $p<0,001$). Obrađena su dakle ukupno 734 odgovora; 457 otočkih i 277 priobalnih pacijenata. Budući da svi anketni listići nisu bili detaljno ispunjeni, obrađeni su samo dostupni podaci, pa brojevi među pojedinim tablicama variraju.

Analiza sociodemografskih obilježja (tbl. 2) pokazuje da se pacijenti otočkih i gradskih ambulanti ne razlikuju prema spolu (odnos muškarci/žene na otoku 45:55%, a u priobalju 40:60%). Kao što je spomenuto, na otoku je manje mlađih (18-44 godina 34%) u odnosu na grad (47%), ali i znatno više starijih (≥ 65 godina 31%) nego u gradu (16%).

Neobrazovanih je više na otoku (4%) nego u priobalju (0,4%). Isto vrijedi i za osnovnu školu (38%: 6%), dok su omjeri za srednjoškolsko obrazovanje (47%: 60,6%) i višu ili visoku stručnu spremu (11: 33,2%) obrnuli. Među pacijentima otočkih ambulanti je nešto više nezaposlenih (15:10%), nešto manje zaposlenih (40:52%) i nešto više umirovljenika (37%:31%). Prema bračnom statusu neoženjenih/neudatih je na otoku bilo više (21%:11%), oženjenih/udatih nešto

Tablica 3. Pregled nekih zdravstvenih pokazatelja

Table 3. Review of some health indices

Pokazatelj/Index	Ambulante/Practice location		χ^2 ; P
	Otočke/Island	Gradske/City	
Vaša očekivanja glede zdravstvenog stanja <i>Your health expectations</i>	N (%)	N (%)	
Pogoršanje/worsening	35 (9)	20 (8)	4,25; 0,119
Isto/The same	301 (82)	225 (87)	
Poboljšanje/Improvement	33 (9)	13 (5)	
BMI			
1. < 18,5	12 (2,7)	3 (1,8)	12,5; <0,001
2. 18,5 - 25	134 (30,0)	92 (54,4)	
3. 25,1 - 30	182 (40,7)	53 (31,4)	
4. > 30	119 (26,6)	21 (12,4)	
Obujam struka/Waist circumference			
1. <88 cm žen/females <102 cm muškarci/males	216 (48,5)	163 (61,5)	11,2; <0,001
2. ≥ 88 cm žen/females ≥ 102 cm muškarci/males	229 (51,5)	102 (38,5)	

Tablica 4. Indeks tjelesne mase u odnosu na spol, prebivalište i dob

Table 4. BMI according to gender, place of residence and age

BMI Osobina/ Feature	<18,5	18,5-24,9	25,0-29,9	≥30	Ukupno/ Total
Muškarci/males	3 (1,09%)	82 (29,71%)	129 (46,74%)	62 (22,46%)	276 (100%)
Žene/females	12 (3,54%)	144 (42,48%)	105 (30,97%)	78 (23,01%)	339 (100%)
$\chi^2=20,5; p<0,001$					
Žene, otok/ Females-island	9 (3,70%)	81 (33,33%)	85 (34,98%)	68 (27,98%)	243 (100%)
Žene, kopno/ Females-land	3 (3,13%)	63 (65,63%)	20 (20,83%)	10 (10,42%)	96 (100%)
$\chi^2=20,4; p<0,001$					
Dobna skupina/Age group	χ^2		p		
18 - 44 godina /years	6,029		0,110		
45 - 64 godina/years	8,866		0,031		
≥65	16,162		0,001		

Tablica 5. Važnost prehrane: subjektivna procjena ispitanika

Table 5. Importance of nutrition: subjective appraisal of examinee

Je li prehrana bitna za vašu bolest/zdravlje?/ Is food essential for your health?	Skupine/Groups		Ukupno/Total
	DM, HTA, KVB*	Ostali/Others	
Ne/No	40(33,06%)	182(45,27%)	222
Da/Yes	81(66,94%)	220(54,73%)	301
Ukupno/Total	121(100%)	402(100%)	523

*DM= diabetes mellitus, HTA= hipertensio arterialis; KVB= kardiovaskulne bolesti/cardiovascular diseases

manje (60%:75%), a razvedenih (3%:7%) i udovaca/udovica (10%:7%) podjednako. Onih koji žive sami u domaćinstvu u uzorku otočkih ordinacija bilo je nešto više nego u priobalju (14%: 8%).

Prema mjesečnom prihodu, nedovoljno za život imalo je 24% otočkih prema 12% gradskih ispitanika. Za pristojan život ima 39% otočkih, a 56% gradskih ispitanika ($\chi^2= 5,932$; $p= 0,015$).

U navođenju zdravstvenih poteškoća nisu opažene značajne razlike, primjerice probavne smetnje u smislu žgaravice tek su nešto češće u gradu (17,4%: 11%). Ni u očekivanom razvoju zdravstvenog stanja dvije skupine ispitanika se ne razlikuju (tbl. 3).

Indeks tjelesne mase imao je znatno širi rasap na otoku nego u gradu ($p<0,001$). Premda se očekivalo da su otočani u prosjeku mršaviji, pokazalo se da je tamo značajno više debelih (26,6%:12,4%; $p<0,001$). To nije slučaj samo u muškaraca, već i u žena (tbl. 4), a razlike starenjem postaju sve očitije.

Ove razlike potvrđene su i s obzirom na opseg struka: utvrđeno je značajno više abdominalno pretelih na otoku nego u gradu (51.5%: 38,5%; $\chi^2=11,23$; $p=0,0008$), dok su spolne razlike u tom smislu bile zanemarivo male ($\chi^2=0,0062$; $p=0,803$). Primjerice, opseg struka preko 88 cm ima daleko više žena na otoku nego u gradu ($\chi^2= 9,2$; $p= 0,002$).

Tablica 6. Izjašnjavanje ispitanika o kvaliteti usluga u ambulantni

Table 6. Examinees's qualification of service quality

Kvaliteta usluga u Vašim ambulantama/ Quality of service in your doctor's practice	Ambulante/Practice location		Z; p
	Otočke/Island	Gradske/ City	
Liječnik/doctor	4,82 (1-5)	4,86 (2-5)	1,94; 0,052
Sestra/nurse	4,8 (2-5)	4,9 (1-5)	0,998; 0,318
Dogovor za pregled i konzultacije/ Visit/consultation time agreement	4,7 (1-5)	4,6 (1-5)	1,337; 0,181
Telefonske konzultacije/ Phone consultations	4,8 (1-5)	4,4 (1-5)	1,744; 0,081
Čekanja u čekaonici/ Waiting room time spent	4,2 (1-5)	4,4 (1-5)	2,576 ; 0,01
Opskrba hitnih stanja/ Emergency care equipment	4,7 (1-5)	4,8 (1-5)	0,455; 0,649
Pripreme za specijalistički pregled/ Preparing for specialist consultation	4,7 (1-5)	4,8 (1-5)	1,09; 0,272
Pripreme za bolničko liječenje/ Preparing for hospitalization	4,7 (1-5)	4,8 (1-5)	0,739; 0,459
Razgovor o problemu/ Talking about a problem	4,8 (1-5)	4,9 (2-5)	0,526; 0,598
Klinički pregled pacijenta/ Clinical examination of the patient	4,7 (1-5)	4,9 (2-5)	0,971; 0,331

Procjena važnosti prehrane za zdravlje nije se bitno razlikovala između otočkog i gradskog uzorka. Među otočanima je nešto više onih koji smatraju da prehrana nije bitna (46%: 37%). U pogledu vrste poželjnih namirnica „dijetalnu prehranu“ više cijene otočki ispitanici. Kao što pokazuje tbl. 5, hipertoničari, dijabetičari i srčanožilni bolesnici su pridavali veću zdravstvenu važnost prehrani od ostalih ispitanika ($\chi^2=5,68$; $p=0,017$), no bez izrazitih razlika između otoka i grada ($\chi^2=3,0$; $p=0,0827$). Usprkos takvim deklarativnim stavovima, ovi su bolesnici imali znatno veći BMI ($\chi^2=25,0$; $p<0,001$) i opseg struka ($\chi^2=15,7$; $p<0,001$) od ostalih ispitanika!

Ocjena kakvoće zdravstvenih usluga (tbl. 6) nije se značajno razlikovala između grada i otoka, osim po vremenu izgubljenom u čekaonici ($z=2,576$; $p=0,01$), što dodatno prikazuje tbl. 7 ($\chi^2=6,67$; $p=0,009$).

Analizirani se uzorci pacijenata značajno razlikuju po učestalosti upućivanja na dodatnu obradu. Na otoku se znatno manje upućuje na bilo kakve pretrage, uključujući i specijalističke preglede (tbl. 8). U gradskim se ambulantama osim toga skoro dvostruko više pregledanih upućuje na dodatnu, mahom laboratorijsku obradu ($\chi^2=12,0$; $p<0,001$).

Tablica 7. Ocjena vremena potrošenog u čekaonici

Table 7. Grading of the time spent in the waiting room

Ordinacija/ Practice	Ocjena usluge s obzirom na čekanje/ Quality of service according to waiting time		Ukupno/ Total
	Loša - srednja (1,2 i 3) Bad-average (marks 1- 3)	Vrlo dobra-odlična (4 i 5) Very good- excellent (marks 4, 5)	
Otok/Island	88 (23%)	295 (77%)	383 (100%)
Grad/City	39 (15%)	225 (85%)	264 (100%)
Ukupno/Total	127	520	647

$\chi^2=6,67$; $p=0,009$

Tablica 8. Osobitosti obrade ispitanika

Table 8. Patients' work-up

Upućivanje/Referrals	Otok/Island	Grad/City	Ukupno/Total
Bez upućivanja/No referrals	313 (76%)	154 (62%)	467
Obrada u PZZ/ Primary care work-up	41 (10%)	47 (19%)	88
Obrada u SZZ/ Secondary care referrals	59 (14%)	47 (19%)	106
Ukupno/Total	413 (100%)	248 (100%)	661

$\chi^2=15,7$; $p<0,001$

Rasprava

Poznato je kako izgleda čekaonica prosječne otočke ambulante: tamo uglavnom sjede stariji ljudi, vrlo često isti, kojima nije teško i dugo čekati na red i usput porazgovarati s prijateljima i poznanicima iz mjesta koje zadnje vrijeme nisu vidjeli, razmijeniti novosti te zauzeti stav o najnovijim događajima u mjestu, zemlji i svijetu. I naši rezultati pokazuju da su najčešći posjetitelji otočkih ordinacija upravo oni stariji od 65 godina, za razliku od gradskih ambulanti u kojima prevladavaju pacijenti srednje dobi (18-44 godine). Razlika u dobnoj strukturi ispitanika odgovara i razlici u dobnoj strukturi pučanstva: otočki timovi najviše skrbe o dobnoj skupini ≥ 65 godina, za razliku od gradskih, u kojima je najviše onih do 44 godine. Isto tako, mada nije predmet interesa ovog rada, u otočkim timovima ima značajno više mlađih pacijenata, dobi do 18 godina, što govori da još uvijek ima obiteljskih liječnika koji skrbe za cijelu populaciju. Osim navedenoga, značajno veći udio starijih u posjetama obiteljskom liječniku može se objasniti i povećanim korištenjem zdravstvene zaštite na otoku od strane starije i bolesnije populacije. Moguće zbog veće dostupnosti i blizine liječnika na otoku stariji ljudi češće dolazi liječniku osobno, za razliku od grada gdje netko drugi dolazi u njihovo ime.

Na anketu je odgovorilo daleko više otočana nego pacijenata iz priobalja, što ukazuje na prisniji kontakt liječnika sa sredinom u kojoj radi. Rezultat prisnijeg kontakta liječnika i pacijenata sigurno je i bolji „compliance“. Osim toga, radi se o specifičnoj, relativno izoliranoj, manjoj sredini u kojoj su i pacijenti zahtjevniji, a samim tim i motiviraniji za dolazak liječniku. S druge strane, poznato je da su ljudi u urbanim sredinama otuđeniji, a da je komunikacija zatvorenija i rjeđa (manjak vremena).

Otočki ispitanici su znatno manje obrazovani od gradskih (deset puta više je onih bez završene osnovne škole i sedam puta više onih s osnovnom školom). Zato je potreba za prosvjećivanjem ove populacije jače izražena. Ovakva struktura pacijenata je sigurno zahtjevnija za obradu i zasigurno utječe na zdravstvenu potrošnju i vrstu obrade u ordinaciji¹².

Nepovoljnoj strukturi obrazovanja valja dodati veću nezaposlenost i lošije prihode otočkih ispitanika u odnosu na gradske. Na otoku međutim postoje dodatni izvori prihoda, poput poljoprivrede, turizma i ribarstva¹³. O tome ispitanici nisu anketirani; pitanje se odnosilo samo na fiksni dohodak (penzija, plaća).

Od pacijenata koji su tijekom ovog ispitivanja dolazili u ordinacije, otočani su pridavali manje važnosti sastavu hrane, iako su skloniji „dijetalnoj prehrani“. Pojam mediteranske dijeta odnosi se i na ovo podneblje, a karakteriziraju je lako probavljive namirnice, navlastito riba, povrće i maslinovo ulje. Logično bi bilo očekivati da ova, tradicionalna prehrana prevladava u ruralnijem okruženju (nekada i siromašnijem, neobrazovanim). Međutim, osim deklarativne izjave o dijetalnoj prehrani, ispitanici iz otočkih ambulanti značajno su deblji od onih iz gradskih. Moguće je tome razlog razlika u dobnoj zastupljenosti ispitanika, gdje na otoku prevladavaju stariji, a na kopnu mlađi ili je ipak riječ o promjeni tradicionalne prehrane odnosno o gubitku mediteranskog načina ishrane, čemu sigurno doprinosi i turizam, bolja prometna povezanost i sredstva informiranja koji potiču potrošački mentalitet, a najvjerojatnije kombinacija svega navedenog^{13,14}.

Naši rezultati pokazuju da su muškarci nešto deblji od žena, što se ne poklapa s podacima jednog istraživanja cijele Hrvatske⁴ te da otočani vode manje računa o svom zdravlju i prehrani od onih na kopnu, dok studija populacije jadranskih otoka nalazi veću proporciju debelih žena u odnosu na muškarce¹⁵. U ovom su radu otočke žene ispale značajno deblje od onih u gradu. Koliko tome doprinose obrazovanje, materijalni uvjeti, neprosvijećenost i tradicija koja očito više nije ona klasična, mediteranska teško je reći. Čini se da ljudi u gradu o svom izgledu i zdravlju vode više računa^{16,17}.

Već rečeno potvrđuju i podaci da u skupini dijabetičara, hipertoničara i srčanožilnih bolesnika, unatoč izjavama da je prehrana za te bolesti važna, ima najviše debelih osoba, osobito androidnog tipa, kojih je još značajno više na otoku¹⁸⁻²⁰.

Svi ispitanici su podjednako povoljno ocijenili rad analiziranih ordinacija obiteljske medicine, počevši od liječnika, preko sestara, do različitih usluga. Jedino nisu bili suglasni u pogledu čekanja. Gubljenje vremena po čekaonicama je razmjerno najlošije ocijenjeno, posebno u otočkim ambulantomama. Osnovni razlog leži izgleda u činjenici da na otoku još uvijek nema sustavnog naručivanja. Pacijenti se rješavaju kako i kada dođu. To ponekad, posebno na početku radnog vremena, uzrokuje gužve i dugotrajnije čekanje. Zašto je tome tako? Je li u pitanju stvarna ili fiktivna nemogućnost primjerenog organiziranja službe²¹? Među otočkim liječnicima prevladava mišljenje da je takav plan ovdje nemoguće provesti. Mjere kojih se treba strogo pridržavati u maloj sredini nisu popularne i čini se da bi izazvale negativnu reakciju, iako su pacijenti istaknuli da im dulje čekanje pred vratima ambulante smeta (dužina čekanja nije kvantificirana). Pokušali smo anketirati pacijente žele li naručivanje ili ne: odgovorilo ih je malo, većina je bila za procjenu liječnika, a od onih koji su se izjasnili bilo je podjednako za i protiv. Na otoku Braču ni jedna ambulanta još ne naručuje pacijente. Ne znamo koliko je to važno pacijentima, ali naručivanjem se gubi atmosfera male grupe u čekaonici i prilika da se podijeli nešto s drugima.

Prosjek otočkih ocjena u tablici 6 iznosi 4,692, a gradskih 4,736, što je gotovo jednako. Najslabije je međutim ocijenjeno dugotrajno čekanje, osobito na otoku (tbl. 6 i 7). Čini se da naručivanje sasvim dobro funkcionira u gradu, a vrijeme liječnika i pacijenta se racionalnije koristi^{10,22}. Bilo bi stoga vrlo korisno provesti kontroliranu, prospektivnu usporedbu naručivanja i nenaručivanja pacijenata u nekoliko otočkih ordinacija, na čemu upravo radimo.

Liječnici u tradicionalno ruralnim sredinama, pa tako i na otocima, manje upućuju pacijente na obradu i na

dodatne specijalističke preglede u odnosu na gradske. Model „čuvara ulaza“ pokazao se učinkovit u pogledu upućivanja jer upravo takvi liječnici imaju i više pragove za upućivanje^{3,12}.

Nedostak ovog rada je razmjerno mali uzorak, koji vjerojatno nije dovoljno reprezentativan, tako da se zaključci ne mogu ekstrapolirati na opću otočku populaciju. Premda eksterna validnost ovog istraživanja nije visoka, uočene su stanovite razlike, koji nisu samo statistički značajne, već i praktički, tj. klinički relevantne.

Zaključak

- 1) Otočko stanovništvo je u prosjeku znatno starije od priobalnoga.
- 2) Obrazovna razina otočana je niža.
- 3) Zaposlenost je također niža, a ekonomski status lošiji.
- 4) Na otoku je, neočekivano, utvrđena veća učestalost preuhranjenih i debelih osoba, kao i onih s visokim srčanožilnim rizikom (lošiji socijalno-ekonomski status, nestajanje mediteranske dijete, životni stil siromaštva?).
- 5) Pacijenti se na otoku obrađuju brže i efikasnije nego na kopnu; manje se upućuju na laboratorijsku i specijalističku obradu.
- 6) Na anketu je odgovorilo daleko više otočana nego pacijenata iz priobalja, što ukazuje na veću motiviranost (bolje komuniciranje s ordinariusom, veća izoliranost otočana, izrazitije otuđenje građana?).

Zahvaljujemo kolegicama dr Alenki Erceg Mladinić, dr Dubravki Bačić i dr Davorki Vrdoljak na pomoći u prikupljanju podataka za ovaj rad.

Literatura

1. Urek R, Crncević-Urek M, Cubrilo-Turek M. Pretilost - globalni javnozdravstveni problem. *Acta Med Croat.* 2007;61:161-4.
2. Vučica I, Smoljanović A. Stanovništvo u dobi 65 i više godina Splitsko -dalmatinske županije. *Javno zdravstvo.* 2006;2(6),<http://www.hcjz.hr/danak.php?id>
3. Zielinski A, Hakansson A, Jurgutis A, Ovhed I, Halling A. Differences in referral rates to specialised health care from four primary health care models in Klaipeda, Lithuania. *BMC Fam Pract.* 2008;9:63.
4. Heim I, Leontić K, Gostović MJ. Pretilost i prekomjerna tjelesna težina u Hrvatskoj. *Acta Med Croat.* 2007;61:267-73.
5. Parikh NI, Pencina MJ, Wang TJ, Lanier KJ, Fox CS, D'Agostino RB, Vasan RS. Increasing trends in incidence of overweight and obesity over 5 decades. *Am J Med.* 2007;120:242-50.
6. Freiberg MS, Pencina MJ, D'Agostino RB, Lanier K, Wilson PW, Vasan RS. BMI vs. waist circumference for identifying vascular risk. *Obesity.* 2008;16: 463-9.
7. Tudja K, Tiljak H. Procjena kvalitete rada liječnika obiteljske medicine kroz zadovoljstvo bolesnika. *Med Fam Croat.*2005;13:43-51.
8. Jurković Lj, Judaš Par V, Tiljak H. Osobna karta liječnika opće medicine. *Med Fam Croat.* 2007;15:11-9.
9. McKinstry B, Colthart I, Walker J. Can doctors predict patients' satisfaction and enablement? A cross-sectional observational study. *Fam Pract.* 2006;23:240-5.
10. Potiriadis M, Chondros P, Gilchrist G, Hegarty K, Blashki G, Gunn JM. How do Australian patients rate their general practitioner? A descriptive study using the General Practice Assessment Questionnaire. *Med J Aust.* 2008;189:215-9.
11. Rumboldt M. Antropometrija. U Rumboldt Z. *Praktikum interne medicine.* Split: JZR OB Split, 1985:11-3.
12. Šimunović R, Katić M, Todorović G, Vinter-Repalust N, Petric D. Razlike u strukturi rada obiteljskih liječnika na selu i u gradu. *Acta Med Croat.* 2007; 61: 13-8.
13. Smoljanović A, Vorko-Jović A, Kolčić I, Bernat R, Stojanović D, Polasek O. Micro-scale socioeconomic inequalities and health indicators in a small isolated community of Vis island, Croatia. *Croat Med J.* 2007;48:734-40.
14. Kuzmanić M, Vrdoljak D, Rumboldt M, Petric D. Metabolički sindrom u dijabetičara tipa 2. *Med Jad* 2008;38:13-22.
15. Pucarín-Cvetković J, Mustajbegović J, Doko Jelinić J, Senta A, Nola IA, Ivanković D i sur. Body mass index and nutrition as determinants of health and disease in population of Croatian Adriatic islands. *Croat Med J.* 2006;47:619-26.
16. Dekar, Narancić NS, Xip H, Turek S, Cubrilo-Turek M, Vrhovski-Hebrang D i sur. Metabolic syndrome in an island population of the eastern Adriatic coast of Croatia. *Coll Antropol.* 2008;32:85-91.
17. Belahsen R, Rguibi M. Population health and Mediterranean diet in southern Mediterranean countries. *Public Health Nutr.* 2006;9:1130-5.
18. Pucarín Cvetković J, Kaić Rak A, Mustajbegović J, Ivanković D, Milošević M. Utjecaj stanja uhranjenosti na razvoj čimbenika rizika za nastanak KVB i prehrabene navike otočke populacije. U Vuletić S i sur, ur. *Kardiovaskularno zdravlje: strategija i intervencija na razini lokalnih zajednica.* Zagreb: Medicinska naklada, 2006:17-8.
19. Barclay L. General and abdominal adiposity linked to mortality risk. *Pristupljeno 17. XI. 2008. na www.medscape.com/viewarticle/583657*
20. Pavlić-Renar I, Poljicanin T, Metelko Z. Metabolički sindrom: što, zašto, kako i u koga? *Acta Med Croat.* 2007;61:335-7.
21. McKinstry B, Walker J, Porter M, Fulton C, Tait A, Hanley J, Mercer S. The impact of general practitioner morale on patient satisfaction with care: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2007;8:57.
22. Cerovečki Nekić V, Soldo D, Bilić J, Buljan N, Mačković M, Tiljak H. Naručivanje - sigurna budućnost? *Med Fam Croat.*2008;16:3-9.

KAKO SAM POČEO RJEŠAVATI HIPERTENZIJU NA MOM OTOKU

HOW I STARTED SOLVING HYPERTENSION ON MY ISLAND

Milan Glavaški¹

Sažetak

Arterijska hipertenzija je glavni neovisni faktor rizika srčano-žilnog obolijevanja i smrtnosti s rastućom prevalencijom u Hrvatskoj. Nakon dva teška pacijenta s nereguliranom hipertenzijom, odlučio sam ponovno obraditi sve hipertoničare radi utvrđivanja stanja i korigiranja terapije prema najnovijim smjericama uz otkrivanje novih bolesnika. Obuhvaćena je populacija od 1884 stanovnika otoka Brača iz 7 naseljenih mjesta o kojima skrbim u svakodnevnom radu, a karakterizira je veliki udio starijih od 65 godina (23%) ali i onih od 20 do 49 godina (47%), između kojih se regrutiraju novi bolesnici. Istraživanje je obavljeno od ožujka 2006. do siječnja 2008. a obrada podataka od travnja do rujna 2008. Ukupni udio hipertoničara u populaciji je bio 22,18% (n=409), od kojih trećina (34,72%; n=142) nije bila zadovoljavajuće regulirana. Svim nereguliranim bolesnicima je obnovljena

edukacija o hipertenziji i korigirana terapija. Onima na monoterapiji najčešće je uvedena kombinirana terapija, a od lijekova najviše su dodavani ACE inhibitori. Korigirane su i doze propisanih lijekova. Internist je konzultiran u 26,76% slučajeva. Prevalencija loše kontrolirane hipertenzije ovom se intervencijom postotak loše reguliranih hipertoničara sa >30% snizio na <10% (p<0,0001). Istraživanje je pokazalo početne dobre rezultate glede suzbijanja hipertenzije u otočkoj populaciji, a dalji ciljevi su motiviranje ostalih kolega da u svojim sredinama učine isto u smislu unapređenja zdravlja i poboljšanja kvalitetnog života ljudi o kojima skrbe.

Ključne riječi: arterijska hipertenzija; korekcija terapije; unapređenje zdravlja.

¹ Mr. sc. Milan Glavaški, dr. med., specijalist opće medicine; Katedra obiteljske medicine Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu; Ordinacija opće medicine, Supetar (Brač)

Summary

Arterial hypertension is a major independent risk factor for cardiovascular morbidity and mortality with rising prevalence in Croatia. After two severe cases of uncontrolled hypertension, I decided to reevaluate all the patients with high blood pressure, to assess the situation and to correct the management according to current guidelines, and to discover new hypertensives. Included was a sample of 1884 inhabitants of the island of Brač from 7 communities, characterized by a large proportion of persons over 65 years (23%) and of those from 20 to 49 years (47%) where new patients derive from. The survey was conducted from March 2006 to January 2008 and data processing from April to September 2008. There were 409/1884 hypertensives (22.18%) and 34.72% of them (n= 142) were not satisfactorily regulated. These patients were reeducated about lifestyle and compliance, and drug therapy was corrected. Most often it was a switch from monotherapy to combination therapy, and mostly introduced were the ACE inhibitors. Modified was the drug dosage as well. A cardiologist was consulted in 26.76% of these cases. The study has achieved its initial goal reducing the prevalence of poorly controlled hypertension among islanders (from >30% to <10%; $p < 0.0001$), and further goal is to motivate other colleagues to do the same in their communities in order to improve the health and quality of life of people under their care.

Key words: arterial hypertension; therapy correction; health improvement.

Uvod

Svakodnevni rutinski rad u ambulanti obiteljske medicine krije u sebi mnoge zamke kojima nesvjesno podliježemo i ne obraćamo pozornost na njih sve dok se ne dogode posljedice s lošim ishodom.

Da, poštovani čitatelji i kolege. Kada ste zadnji put promislili o hipertenziji, njezinoj reguliranosti u populaciji o kojoj skrbite, mogućim posljedicama dugotrajnog nedostatnog liječenja, velikim komplikacijama, kao što su moždani udar, infarkt miokarda i ostalo? Koliko se pravilna regulacija hipertenzije odražava na ukupno zdravlje populacije, kada znamo da među odraslom populacijom možemo očekivati blizu 40% hipertoničara (u Hrvatskoj 37%)? Koliki su troškovi liječenja posljedica zapuštenih slučajeva u odnosu na troškove pravilnog primarnog liječenja?

Gdje se krije zamka? Tamo gdje mislimo da je sve riješeno. Pacijenti dolaze u ambulantu kada im ponestane lijekova, tlak se kontrolira ili ne kontrolira u ovisnosti koliko je čekaonica puna, samokontrole se vrše često na neprikladnim uređajima, terapija se uzima proizvoljno uz „samokorekcije“ i uz uvjerenje da je to nužan i dovoljan uvjet da sve bude u redu, o higijensko-dijetetskim mjerama i regulaciji tjelesne težine da i ne govorimo, jer to je ipak preteško.

I mi i pacijenti počinjemo o ovome ozbiljno razmišljati tek kad se nevolja dogodi. Upravo su me dva takva slučaja prije tri godine potakla da „pročešljam“ sve hipertoničare koje imam u skrbi te da im podesim terapiju, uspostavim suradljivost i ponovno objasnim značaj općih mjera u odnosu na moguće posljedice (znamo da bi to trebalo i inače raditi u svakodnevnoj praksi, a koliko to detaljno radimo druga je priča). Jedan slučaj je bila 68-godišnja pacijentica s naglim nastupom slabovidnosti zbog bitnog oštećenja mrežnice, koje srećom nije završio sljepilom, a drugi je bio 70-godišnjak koji nije uzimao terapiju kako mu je preporučeno, nego povremeno, i doživio je moždani udar, kasnije s trajnom lijevostranom uzetošću. Oba incidenta su se dogodila istog dana (statistika je neumoljiva, ili *duplicitas casi*, kako bi rekli stari Rimljani).

Nakon toga sam odlučio primijeniti aktivni pristup i u naredne dvije godine ponovo sam obradio sve poznate mi hipertoničare, otkrio dosta novih, regulirao terapiju, sam ili uz pomoć internista, i, nadam se, stvorio temelj za kvalitetniji i sigurniji život ove skupine pacijenata. Kako, što i koliko, čitat ćete u nastavku ovog teksta.

Ciljevi intervencije

1. Obuhvat svih poznatih hipertoničara, provjera trenutnog stanja bolesti uz korekciju terapije prema novim smjernicama^{2,3} uz edukaciju o primjeni higijensko-dijetetskih mjera, kao i o mogućim rizicima nepridržavanja.

2. Otkrivanje neotkrivenih hipertoničara u što većem broju i u što blažem stadiju bolesti putem rutinskih kontrola arterijskog tlaka prilikom dolaska u ambulantu radi drugih razloga, kao i aktivno tijekom sistematskih pregleda osoba starijih od 50 godina.

Ispitanici i metode

U skrbi imam 1884 osobe na otoku Braču iz 7 naseljenih mjesta (Supetar, Sutivan, Nerežišća, Milna, Postira, Dračevica i Donji Humac), koje mogu predstavljati dosta reprezentativan uzorak bračke

populacije (13,17% od 14.000)⁴. Demografsko stablo pučanstva na Braču obilježeno je visokom prevalencijom starijih, pa udio osoba iznad 65 godina premašuje 23%⁴. Struktura populacije o kojoj skrbim prikazana je na tbl. 1. Razvidan je veliki udio osoba starijih od 50 godina (>43%), ali i onih u tzv. radno aktivnoj skupini, od 20 do 49 godina (>47%), iz koje se regrutiraju hipertoničari.

Istraživanje prevalencije hipertenzije uz neophodne intervencije provedeno je od ožujka 2006. do siječnja 2008. godine, a sistematizacija i obrada podataka od travnja do rujna 2008. Kao početni nalazi za novootkrivene hipertoničare, u ovom su istraživanju korišteni i podaci iz zdravstvenih kartona. Arterijski tlak je mjereno živim sfingmomanometrom na standardni način^{2,3}. Hipertoničarima prvog stupnja smatrane su osobe s izmjerenim vrijednostima sistoličkog tlaka 140-160 mm Hg i/ili dijastoličkog 90-99 mm Hg; u drugi stupanj svrstavane su osobe s arterijskim tlakom 160-179/100-109 mm Hg, dok su osobe s višim vrijednostima ($\geq 180/110$ mm Hg) svrstavane u treći stupanj³.

Dobiveni rezultati su statistički obrađeni, prikazani tablicama i grafikonima, a značajnost opaženih razlika provjeravana je χ^2 testom; značajnim je smatran $p < 0,05$.

Tablica 1. Dobna i spolna struktura analiziranog segmenta bračke populacije

Dob(god.)/ Age (years)	Broj (n)	%	Muškarci/ Males		Žene/Females	
			n	%	n	%
0-6	1	0,05	0	0,00	1	0,05
7-19	163	8,84	74	4,01	89	4,83
20-49	872	47,29	431	23,37	441	23,91
50 +	808	43,82	381	20,66	427	23,16
Ukupno/ Total	1844	100,00	886	48,05	958	51,95

Table 1. Age and gender structure of the analyzed population from the island of Brač

Rezultati

Između 1.884 obrađenih pacijenata bilo je 409 hipertoničara (21,71%). Njihov udio u analiziranom uzorku prikazuje sl. 1, a raspodjelu po dobi i spolu sl. 2. Znatno više ih je bilo u skupini starijoj od 50 godina: 357/808 ili 44,18% (tj. 19,36% ukupne populacije; $\chi^2=418,1$; $p<0,0001$), nešto više među ženama (24,5%) nego muškarcima (19,6%; $\chi^2=3,853$; $p=0,049$). Početne nalaze prilikom obrade prikazuje tbl. 2. Ponovnim pregledom registriranih hipertoničara, ustanovio sam da ih preko trećine (34,72%) nije zadovoljavajuće regulirana (sl. 3). To su većinom bili granični (59 ili 41,5%) ili blagi oblici (18 ili 12,7%), uz 63 umjerena (44,4%) i tek dva (1,4%) teška oblika⁵.

Farmakoterapija prije i nakon provedenih postupaka prikazana je na tbl. 3, a mjere poduzete za normali-

ziranje povišenog tlaka na tbl. 4. Udio nereguliranih hipertoničara se nakon ove intervencije bitno smanjio, sa više od 1/3 na manje od 1/10 ($\chi^2=77,35$; $p<0,0001$), kao što pokazuje tbl. 5.

Tablica 2. Stupnjevanje obrađenih hipertoničara

Table 2. Staging of the evaluated hypertensive patients

Stupanj/ Stage	n	%
Stupanj 1/ Stage 1	208	49,39
Stupanj 2/ Stage 2	200	48,90
Stupanj 3/ Stage 3	7	1,71
Ukupno/ Total	409	100,00

Tablica 3. Terapija hipertoničara prije i nakon provedenih postupaka

Table 3. Antihypertensive therapy before and after the intervention

Lijekovi/kombinacije Drugs/combination	Prije /Before		Nakon/ After		Razlika (n) Difference (n)
	n	%	n	%	
D	20	4,89	7	1,71	-13
β	67	16,38	20	4,89	-47
Ca ⁺⁺	26	6,36	14	3,42	-12
ACEI (BAR)	48	11,74	41	10,02	-7
D+β	24	5,87	24	5,87	0
D+Ca ⁺⁺	6	1,47	4	0,98	-2
D+ACE (BAR)	118	28,85	142	34,72	24
β+ACE (BAR)	23	5,62	30	7,33	7
ACE (BAR) +Ca ⁺⁺	21	5,13	60	14,67	39
D+β+ACE (BAR)	27	6,60	33	8,07	6
D+ACE (BAR)+Ca ⁺⁺	24	5,87	29	7,09	5
M+D+ACE (BAR)	5	1,22	5	1,22	0
Ukupno/Total	409	100,00	409	100,00	0

D= diuretik/diuretic, β= beta blokator/beta-adrenergic blocker, Ca⁺⁺= antagonist kalcija/calcium antagonist, ACEI= inhibitor konvertaze angiotenzina/angiotensin converting enzyme inhibitor, BAR= blokator angiotenzinskih receptora/angiotensin receptor blocker, M= moksonidin/moxonidine

Rasprava

Učestalost hipertenzije u ovom segmentu otočke populacije iznosi nešto preko 20%. Međutim, treba uzeti u obzir da populacija 20-49 godina nije dovoljno istražena i da se stanoviti broj hipertoničara krije među njima. Ova skupina razmjerno rijetko dolazi u ambulantu pa je i probir otežan, tako da je stvaran broj hipertoničara vjerojatno veći.

Nezadovoljavajuća kontrola povišenog arterijskog tlaka utvrđena je u 1/3 obrađenih hipertoničara, što nije dobro, ali je u suglasju s podacima iz drugih sredina¹. Ipak, budući da je u Hrvatskoj samo oko 8% liječenih hipertoničara dobro kontrolirano¹, zatečeni se rezultati mogu uvjetno smatrati čak zadovoljavajućim (dobro kontroliranih >65%, loše kontroliranih 34,72%).

Najviše terapijskih korekcija izvršeno je u osoba na monoterapiji, što govori da jedan antihipertenziv često nije dovoljan ni za većinu pacijenata prvog stupnja, a kamoli za više stupnjeve bolesti²⁻⁴. Zastupljenost monoterapije je sa 39,4% nakon korekcije pala na 20,0%, tj. praktički se prepolovila. Udio kombinacija lijekova je s druge strane porastao sa 60,6% prije na 79,96% nakon korekcije terapije (povećanje za 31,9%). Najviše promjena se odnosilo na uvođenje ACE inhibitora, uz diuretik, β blokator ili blokator kalcijevih kanala. Kombinirana terapija je skuplja, ali značajno smanjuje broj komplikacija, a samim tim

i ukupne troškove liječenja³. Povećan je udio kombinacije ACE inhibitora i blokatora kalcijevih kanala. S druge strane, najviše je ukinuto β blokatora, što je također sukladno smjernicama^{2,3}, mada i tu ima niz iznimaka⁶.

Osim promjene terapije, nerijetko je valjalo korigirati i dozu već ranije preporučenog lijeka, te unaprijediti suradljivost u provođenju već propisane terapije, što govori o nedovoljnoj motiviranosti pacijenata za čuvanje vlastitog zdravlja, kao i o važnosti njihove permanentne edukacije. U 81/409 (19,8%) slučajeva trebalo je promijeniti terapiju, u 22/409 (5,4%) korigirati dnevnu dozu već propisanog lijeka, a u 39/409 (9,5%) valjalo je temeljito potaknuti terapijsku suradljivost. U svih je „obnovljeno“ znanje o općim, tzv. higijensko-dijetetskim mjerama, što se u praksi

Tablica 4. Postupci reguliranja hipertenzije u analiziranih pacijenata

Table 4. The implemented blood pressure control measures.

Postupak/ Intervention	n	%
Promjena terapije/ Change in drug therapy	81	19,80
Promjena doze istog lijeka/ Change in dose	22	5,38
Uspostavljanje suradljivosti uz istu dozu lijeka/ Achieved compliance with the same drug dose	39	9,54
Ukupno/ Total	142	34,72

Tablica 5. Uspješnost reguliranja arterijske hipertenzije

Table 5. Blood pressure control effectiveness.

Kontrola hipertenzije/ Hypertension control	Prije intervencije/ Before the intervention	Nakon intervencije/ After the intervention
Neegulirana/ Uncontrolled	142 (34,72%)	37 (9,05%)
Regulirana/ Controlled	267 (65,28%)	372 (90,95%)
Ukupno/ Total	409	409

neopravdano zanemaruje⁷. Opisanom se intervencijom broj nereguliranih hipertoničara drastično smanjio, sa preko 30% na manje od 10%, što potvrđuje svrsishodnost i učinkovitost takvog pothvata.

Za 38/142 (26,8%) pacijenata je konzultiran internist, nakon čega je došlo do uvođenja novih lijekova, većinom ACE inhibitora, uz korekcije i/ili ukidanje starijih. Interesantni su bili prijedlozi zamjene unutar iste skupine, primjerice atenolola bisoprololom ili lizinoprilom ramiprilom. Davanje prednosti novijim, možda selektivnijim, ali skupljim lijekovima, koji potencijalno imaju manje nuspojave, predstavlja dodatno opterećenje zdravstvenog budžeta. Ti, početno veći troškovi mogli bi se ipak kompenzirati naknadno nižom stopom komplikacija, što još nije utvrđeno⁵⁻⁷.

Zaključak

Cilj mi je bio prikazati objektivno stanje suzbijanja hipertenzije u otočkoj populaciji te pokazati kako se s malo truda i dobre volje može puno napraviti, te motivirati kolege da poduzmu slične korake. Razmislimo: koliko godina kvalitetnog života možemo pacijentima dodati na taj način u odnosu na sporadične učinke skupih oblika kasnog liječenja, čega su puna sredstva javnog priopćavanja. Podsjetimo naše financijere da se u zdravstveno naprednim zemljama, kao što je Velika Britanija, liječnici obiteljske medicine nagrađuju prema rezultatima rada, tj. prema suzbijanju komplikacija kroničnih bolesti, a ne prema potrošnji lijekova, dijagnostike i sl. Recimo hrabro: kad bi se sredstva, utrošena na herojske zahvate koji nerijetko tek zanemarivo produžavaju život jednoj osobi, uložila u prevenciju srčano-žilnih bolesti, produžili bismo život populacije za nekoliko stotina ili tisuća pacijent/godina! Uzdignimo stoga našu ulogu i vrijednost u borbi za unaprjeđenje zdravlja na mjesto koje zavrjeđuje.

Literatura

1. Jelaković B, Dika Ž, Kos J i sur. Liječenje i kontrola arterijske hipertenzije u Hrvatskoj. BEL-AH istraživanje. Liječ Vjesn 2006;128:329-33.
2. ESH/ESC Task force on the management of arterial hypertension. 2007 ESH/ESC practice guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertension 2007;25:1751-62.
3. Jelaković B, Kuzmanić D, Miličić D i sur. Smjernice za dijagnosticiranje i liječenje arterijske hipertenzije. Praktične preporuke Hrvatske radne skupine i osvrt na smjernice ESH/ESC 2007. Liječ Vjesn 2008;130:115-32.
4. Smoljanović M, Smoljanović A, Nejašmić I. Stanovništvo hrvatskih otoka. Split: ZJZ, 1999.
5. Kaplan NM. Kaplan's clinical hypertension. 8. izd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
6. Rumboldt Z. Mjesto betaadrenergičkih blokatora u suvremenom liječenju arterijske hipertenzije. Liječ Vjesn 2007;129:237-40.
7. Rumboldt M, Kuzmanic M, Petric D, Mrduljas-Dujic N, Vrdoljak D. Quality of hypertension care in Croatian family practice. WoncaEurope 12th Regional Conference, Florence 27-30 August 2006. Abstract book: 129-30 (CP.166).

USPOREDBA ODREDNICA DEPRESIJE NA OTOKU I PRIOBALJU

ISLAND/COAST COMPARISON OF DEPRESSION CHARACTERISTICS

Divna Lizatović¹, Marin Rojnica², Marion Kuzmanić³

Sažetak

Uvod. Depresija je danas jedan od najčešćih psihičkih poremećaja, navlastito među ženama, a u 15% slučajeva ima smrtni ishod.

Cilj. Istražiti učestalost depresivnih simptoma u populaciji na skrbi obiteljskog liječnika te usporediti pojavnost s obzirom na stanovanje (otok, priobalni grad na kopnu), spol i životnu dob.

Ispitanici i metode. Istraživanje je provedeno prospektivno, u četiri ordinacije obiteljske medicine, dvije na otoku Hvaru (Jelsa i Hvar), te dvije u Splitu. Svim pacijentima koji su došli u ordinaciju u razdoblju između 1. i 12. prosinca 2008. godine ponuđeno je sudjelovanje u ovom istraživanju. Upitnik se sastojao iz tri dijela: sociodemografska obilježja, podaci o kroničnim bolestima i uzimanju lijekova i Beckov upitnik o depresiji (BDI).

Rezultati. Analizirano je 112 odgovora. Depresivne tegobe imalo je 20,4% ispitanika. Stanovnici otoka su u prosjeku bili stariji ($p < 0,001$), a depresivni simptomi nešto češći u žena ($p = 0,683$), u starijih od 45 godina ($p = 0,014$) te na otoku ($p = 0,029$). Opažene razlike u odnosima spol/dob, dob/regija ili spol/regija bile su male i statistički neznčajne. Depresiji su posebno sklone starije otočanke, dok su to na kopnu stariji muškarci ($p = 0,044$).

Zaključak. Depresija je čest poremećaj u obiteljskoj medicini, koji se može očekivati u svakog petog odraslog pacijenta, prije na otoku nego na kopnu.

Ključne riječi: depresija, obiteljski liječnik, otok, priobalje

¹ Divna Lizatović, dr. med., Ordinacija opće/obiteljske medicine Hvar, Katedra obiteljske medicine Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

² Marin Rojnica, dr. med., specijalist opće medicine, Ordinacija opće/obiteljske medicine Jelsa, Katedra obiteljske medicine Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

³ Marion Kuzmanić, dr. med, specijalizantica obiteljske medicine, Katedra obiteljske medicine Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

Summary

Introduction. Depression is highly prevalent mental disorder, particularly among women, with a lethal outcome in up to 15%.

Aim. To assess the prevalence of depressive symptoms according to dwelling conditions (island vs. coastal town on the continent), gender, and age.

Methods. The survey was performed in four primary care offices; two of them on the island of Hvar (Jelsa and Hvar), and two in Split, Croatia. All the consecutive patients visiting these surgeries between December 1 and 12, 2008 were offered to participate in the poll. The questionnaire consisted of three parts: general sociodemographic data, questions about chronic diseases and drug therapy, and the Beck depression inventory (BDI).

Results. Analysed were 112 answers. Depressive symptoms were present in 20.4% of the polled patients. Islanders were older ($p < 0.001$), depressive symptoms were more prevalent in women ($p = 0.683$), in persons over 45 years ($p = 0.014$), and among the islanders ($p = 0.029$). The observed gender/age, age/region, and gender/region differences were minor and statistically insignificant. Particularly prone to depression were elderly women on the island, followed by elderly men on the continent ($p = 0.044$).

Conclusion. Depression is frequently seen in family practice: it may be expected in one fifth of the adult population, more often on the island than on the continent.

Key words: depression, family physician, island, continent

Uvod

Depresija je jedan od najčešćih psihičkih poremećaja suvremenog društva: u ukupnoj populaciji je na četvrtom, a u žena na drugom mjestu¹. Prevalencija u svijetu iznosi 12-20% u ženskom, a 5-12% u muškom dijelu populacije^{2,3}. Predviđanja Svjetske zdravstvene organizacije govore kako će po važnosti do 2020. godine postati drugi zdravstveni problem svijeta, a vodeći problem u žena¹. Svaka peta žena i svaki deseti muškarac tijekom života dožive bar jednu ozbiljnu depresivnu epizodu. Točan razlog dva puta češćeg obolijevanja žena nije poznat, ali mu svakako doprinose hormonske promjene, trudnoća, naučen obrazac ponašanja u određenim životnim situacijama te predodređenost životnih uloga^{4,5,6}.

Depresivni poremećaj uzrokuje smetnje u tjelesnoj i osjećajnoj sferi te dovodi do značajnih obiteljskih, profesionalnih i socijalnih poteškoća. Izaziva duboke patnje oboljelih te ozbiljno financijsko opterećenje za društvo. Većina stručnjaka ga svrstava u najbolnija životna iskustava s kojima se današnji pojedinac može suočiti⁷.

Osoba u depresiji je žalosna veći dio svakog dana, kroz dva tjedna ili duže i ništa je ne može razveseliti^{8,9}. Kriteriji za postavljanje dijagnoze depresivne epizode dijele se na tipične i druge, česte simptome. Tipični simptomi su depresivno raspoloženje, gubitak interesa za uživanje i smanjena životna energija u vidu umora i smanjene aktivnosti. Drugi česti simptomi su smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje, smanjena pažnja i koncentracija, osjećaj krivnje i bezvrijednosti, pesimističan pogled na budućnost, ideje o samoubojstvu i samoozljeđivanju, poremećeno spavanje i gubitak teka^{8,9}. To su također i rano buđenje, jutarnje pogoršanje depresije, psihomotorna usporenost ili nemir, gubitak na tjelesnoj težini $\geq 5\%$ u posljednjih mjesec dana te smanjenje libida. Tjelesni simptomi depresije mogu biti vodeći ili jedini, što je osobito često u starijih osoba, kroničnih tjelesnih bolesnika ili u slučajevima maskiranih depresija, pa unatoč visokoj učestalosti polovica depresija ostaje neprepoznata, kako od oboljelih i članova njihovih obitelji,

tako i od njihove okoline⁹⁻¹¹. To posebno dolazi do izražaja u uvjetima primarne skrbi, gdje bez pravog instrumenta za probir nije lako uočiti osobu s depresivnim poremećajem¹². Dijagnoza depresije se bilježi prema međunarodnoj MKB 10 klasifikaciji, a depresivna epizoda se označava kao blaga, umjerena ili teška, prema uočenim simptomima^{9,13}. Blaga depresivna epizoda ima najmanje četiri simptoma: dva tipična i dva druga, te blaži poremećaj socijalnog funkcioniranja. Umjerena depresivna epizoda ima najmanje pet simptoma: dva tipična, tri druga te umjeren poremećaj socijalnog funkcioniranja, dok teška epizoda bez psihotičnih simptoma ima najmanje sedam simptoma: 3 tipična i bar 4 druga, od kojih su neki izuzetno teški^{9,13}. Neliječena depresivna epizoda traje prosječno 6-13 mjeseci, a liječena 2-3 mjeseca^{9,13,14}.

Podaci o pojavnosti depresije u Hrvatskoj su oskudni, a podataka iz primarne zdravstvene zaštite nema jer u statističkom obrascu nisu predviđene šifre takvih poremećaja. U stacionarnim psihijatrijskim ustanovama godišnje se liječi prosječno 3755 depresivnih osoba, od čega su 65% žene¹⁵. Udio depresivnih epizoda i povratnog depresivnog poremećaja u ukupnom broju psihijatrijskih hospitalizacija iznosi 9,7 %, uz 7,6% udjela u bolnoopskrbnim danima^{13,15}.

Depresija se javlja tijekom čitavog životnog vijeka, ali najčešće između 25. i 35. godine života. Novija istraživanja pokazuju tendenciju pomaka prema mlađim dobnim skupinama^{16,17}. Epizode depresije u adolescenciji važan su prediktor javljanja epizode ili povratnog poremećaja u odrasloj dobi i povećavaju rizik obolijevanja 2-4 puta⁷. U komorbiditetu kroničnih tjelesnih bolesti vrlo su česti duševni, većinom depresivni poremećaji, a u depresivnih bolesnika se, u odnosu na opću populaciju, kronične tjelesne bolesti nalaze znatno češće¹⁸. Depresiju osim toga prati visoka smrtnost. Čak 15% osoba liječenih od velike depresije počini samoubojstvo, a među neliječenima je taj postotak vjerojatno i veći¹⁹.

Zbog svega navedenog potreban je proaktivan pristup u traženju novooboljelih u prividno zdravoj populaciji,

koristeći pravi instrument za probir radi izdvajanja najugroženije skupine.

Cilj rada

U ovom smo radu htjeli istražiti učestalost depresivnih simptoma u ordinaciji obiteljskog liječnika te usporediti osobitosti depresije na otoku prema onima u velikom priobalnom gradu. Osim toga, pokušali smo utvrditi njenu pojavnost s obzirom na spol i životnu dob ispitanika.

Ispitanici i metode

Istraživanje je provedeno prospektivno, u četiri ordinacije obiteljske medicine, dvije na otoku Hvaru (Jelsa i Hvar), te dvije u Splitu (Sućidar i ex Školska poliklinika). Svim pacijentima koji su došli u navedene ordinacije u razdoblju od 1. do 12. prosinca 2008. g. ponuđeno je sudjelovanje u istraživanju. Pacijenti koji su pristali, ispunili bi anketni list u sobi medicinske sestre i ubacili ga u označenu, zapečaćenu kutiju.

Anketni list se sastojao iz tri dijela: a) sociodemografska obilježja, b) podaci o postojanju kroničnih bolesti i uzimanju lijekova te c) Beckov upitnik (Beck Depression Inventory, BDI)²⁰. U prvom dijelu su prikupljeni podaci o spolu, dobi, bračnom statusu, broju djece i zaposlenju, a u drugom je bilježeno postojanje kroničnih bolesti i njihovo eventualno liječenje. Treći dio, BDI, je samoocjenska ljestvica od 21 pitanja, sa po 4 moguća odgovora, koji se boduju od 0 do 3. Ispituje se poremećaj raspoloženja, gubitak nade, osjećaj odbačenosti, nesposobnost za uživanje, osjećaj krivice, potreba za kaznom, mržnja prema sebi, samoosuđivanje, sklonost samoubojstvu, plačljivost, razdražljivost, poremećaj u odnosu prema drugim ljudima, neodlučnost, negativna slika o sebi, nesposobnost za rad, poremećaj sna, umor, gubitak teka, mršavljenje, hipohondrija i gubitak libida. Minimalni rezultat je 0, a maksimalni 63 boda. Ispitanici koji postižu ≤ 11 bodova obično nemaju depresiju, oni s 12-28 bodova imaju blagu, odnosno

umjerenu depresiju, dok >28 bodova govori za tešku depresivnu epizodu.

U obradi smo se služili Statistica 7.0 programskim paketom (StatSoft., Inc., Tulsa, USA). Korištene su metode deskriptivne statistike (aritmetičke sredine i standardne devijacije, medijani i interkvartilni rasponi podataka) te neparametrijski testovi značajnosti opaženih razlika. Značajnom smo smatrali p vrijednost <0,05.

Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo 115 ispitanika, odnosno oko 10% od ukupnog broja pregledanih bolesnika tijekom provedbe istraživanja, od čega ih je 68 (59,1%) iz Splita, a 47 (40,9%) s otoka Hvara. U ukupnom uzorku bilo je 43 (37,4%) muškarca i 72 (62,6%) žene; na otoku 13 muškaraca i 34 žene, a na kopnu 30 muškaraca i 38 žena. Većina ispitanika, njih 58 (50,9%), bila je u braku, a 55 (47,8%) je

Tablica 1. Dob ispitanika prema spolu i mikro-regiji

Table 1. Age distribution of the examinees according to gender and micro-region.

	n	Aritmetička sredina/Mean	SD	Median	IQR	TB	Min	Max	S-W p
Cijeli uzorak / Entire sample									
	112	37,50	14,64	34,5	26	36,7	16	77	<0,001
Spol / Gender									
Muškarci/ Male	42	35,10	15,46	30,0	24	30,7	16	77	0,001
Žene/ Female	70	39,00	14,04	39,0	25	39,0	17	64	0,002
Mikro-regija / Micro-region									
Kopno/ Continent	65	30,20	12,01	26,0	17	25,8	16	64	<0,001
Otok/ Island	47	47,60	11,80	49,0	19	48,2	24	77	0,193
Spol: Mikro-regija / Gender: micro-region									
Kopno - muškarci/ Continent - males	29	28,80	10,98	25,0	11	24,5	16	56	0,001
Kopno - žene/ Continent - females	36	31,40	12,81	28,0	20	28,2	17	64	0,001
Otok - muškarci/ Island - males	13	49,20	14,98	51,0	25	48,9	26	77	0,912
Otok - žene/ Island - females	34	47,00	10,48	49,0	16	48,8	24	63	0,039

SD= standardna devijacija / standard deviation; IQR= interkvartilni raspon / interquartile range; TB= Tukey's Biweight M-estimator; S-W p= Shapiro-Wilk test značajnosti odstupanja empirijske od teorijske distribucije normalne raspodjele/ Shapiro-Wilk test of significance

Tablica 2. Izvorni rezultati na Beckovoj ljestvici prema spolu, dobi i mikro-regiji

	n	Median±IQR	U; p
Cijeli uzorak/ Entire sample	108	5,0±8	x
Spol/ Gender			
Muškarci/ Males	41	5,0±8	1308,0; 0,683
Žene/ Females	67	6,0±8	
Dob/ Age			
<46 godina/ years	66	4,0±8	922,5; 0,014
≥46 godina/ years	39	7,0±7	
Mikro-regija/ Micro-region			
Kopno/ Continent	63	4±8	1075,0; 0,029
Otok/ Island	45	7±11	

IQR= interkvartilni raspon/ *Interquartile range*; U= Mann-Whitney U test; p= Monte Carlo test značajnosti razlika/ *Monte Carlo significance test*

imalo jedno do troje djece. Završenu osnovnu školu imalo je 9 (7,8%), srednju 72 (62,6%) a visoku i višu 34 (29,6%) ispitanika.

Analizirano je 112 anketnih listova (3 su bila neprimjereno ispunjena). Udio žena u tim odgovorima bio je značajno veći (tbl. 1), nešto izraženije na otoku nego na kopnu ($p=0,081$). Dobne razlike među spolovima nisu bile značajne (Mann-Whitney $U=1226,0$; Monte Carlo $p=0,141$), ali su ispitanici s otoka bili izrazito stariji od onih s kopna (49: 29 godina; M-W $U= 458,5$; $p<0,001$; tbl. 1).

Obradu trećeg dijela anketnog lista, Beckove ljestvice (BDI), mogli smo izvršiti na svega 108 od 115 obrazaca (93,9%) jer ih 7 (6,1%) nije imalo odgovore na sva BDI pitanja (2 muškarca i 5 žena, od toga 2 s otoka, a 5 sa kopna). Temeljne podatke te obrade prikazuje tbl. 2. Pouzdanost Beckove ljestvice, mjerena Cronbachovim koeficijentom unutarnje konzistencije, bila je u ovom uzorku visoka ($\alpha=0,89$).

Bez depresije, tj. s ≤ 11 bodova, bilo je 86 (79,6%) naših ispitanika, dok je znakove blage ili teže depresije

Table 2. Original Beck's scale data according to gender, age, and micro-region

imalo njih 22 (20,4%). Kao što prikazuje tbl. 2, prosječni rezultat ostvaren na Beckovoj ljestvici se značajno razlikovao između mlađih i starijih ispitanika ($p=0,014$), kao i s obzirom na mikro-regiju ($p=0,029$), dok su razlike po spolu bile male ($p=0,683$). Stariji ispitanici, kao i oni nastanjeni na otoku postizavali su više BDI rezultate, bili su dakle skloniji melankoliji.

Interakcije spola i mikro-regije, dobi i mikro-regije te spola i dobi nisu se pokazale statistički značajnima (tbl. 3). Ipak, utjecaj spola i dobi na sklonost depresiji razlikovao se između kopna i otoka. Na kopnu su muškarci bili nešto skloniji višim BDI rezultatima, dok je na otoku to vrijedilo za žene. Opažene razlike ne dosižu međutim konvencionalnu razinu statističke značajnosti.

Tablica 4 donosi dobne, spolne i regionalne specifičnosti za osobe koje bi se prema Beckovoj ljestvici mogle razvrstati u one bez depresije, one s blagom do umjerenom depresijom i u one s težim oblikom depresije. Dobivene su razlike mahom neznačajne, osim glede spola i mjesta stanovanja: na kopnu su muškarci skloniji depresiji, a na otoku žene.

Tablica 3. Podaci Beckove ljestvice (BDI) prema spolu, dobi i mikro-regiji**Table 3.** Beck Depression Inventory (BDI) results according to gender, age, and micro-region

	n	Median±IQR	TB	K-W; ss; p
Cijeli uzorak/ Entire sample	108	5,0±8	5,4	-
Spol: mikro-regija/ Gender: micro-region				
Kopno - muškarci/ <i>Continent - men</i>	29	5,0±7	6,0	6,78; 3; 0,077
Kopno - žene/ <i>Continent - women</i>	34	4,0±7	3,8	
Otok – muškarci/ <i>Island - men</i>	12	6,0±20	4,5	
Otok – žene/ <i>Island - women</i>	33	7,0±9	7,5	
Dob: Mikro-regija/ Age: micro-region				
<46 Kopno/ <i>Continent</i>	51	4,0±9	4,5	7,14; 3; 0,068
≥46 Kopno/ <i>Continent</i>	9	7,0±3	6,7	
<46 Otok/ <i>Island</i>	15	5,0±6	4,4	
≥46 Otok/ <i>Island</i>	30	8,5±11	8,2	
Spol: Dob/ Age: gender				
<46 Muškarci/ <i>Males</i>	29	5,0±9	5,5	7,17; 3; 0,069
≥46 Muškarci/ <i>Males</i>	11	6,0±11	5,0	
<46 Žene/ <i>Females</i>	37	4,0±8	3,8	
≥46 Žene/ <i>Females</i>	28	7,0±7	7,6	

IQR= interkvartilni raspon/ Interquartile distribution range; TB= TB Tukey's Biweight M-estimator; +² = Hi-kvadrat Kruskal Wallis test/ Chi-square Kruskal Wallis test; ss= stupnjevi slobode/ degrees of freedom; p= Monte Carlo test značajnosti razlika/ Monte Carlo significance test

Pozitivna korelacija između dobi i BDI bodova bila je nešto uža na otoku nego na kopnu, a starenje izgleda više potiče depresivnost u žena nego u muškaraca.

Rasprava

Depresija je bolest modernog društva, čemu u prilog govori višestruki porast broja oboljelih posljednjih desetljeća¹. Najčešće spominjani razlozi su suvremeni način života, otuđivanje, gubitak interesa za socijalne kontakte, ali i bolja dijagnostika te češće prepoznavanje bolesti⁴.

U našem je uzorku bez depresivnih simptoma bilo gotovo 80% ispitanika (79,6%), dok je znakove blage ili teže depresije imalo oko 20%. Ovi rezultati potvrđuju da je broj dijagnosticiranih slučajeva depresije samo vrh ledenog sante ukupnog broja oboljelih u svakodnevnoj skrbi liječnika obiteljske medicine i ukazuje na potrebu korištenja pouzdanog instrumenta za probir^{9,10,11,12}. Velika istraživanja pokazuju da tek polovica depresivnih osoba zatraži liječničku pomoć. Nažalost, veliki dio ih se liječi neprimjereno, uzimajući subterapijske doze antidepresiva i/ili prerano prekida terapiju, s dodatnim društvenim, zdravstvenim i ekonomskim opterećenjem^{21,22,23}.

Tablica 4. Rezultati na BDI grupirani u tri razreda prema spolu, dobi i mikro-regiji**Table 4.** Three strata of BDI results according to gender, age, and micro-region

Rezultat na BDI/ BDI results					
	Bez depresije No depression	Blaga do umjerena Mild to moderate	Teška depresija Severe depression	Ukupno Total	LR; ss; pBez
Spol/ Gender	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Muškarci/ Men	33 (80,5)	6 (14,6)	2 (4,9)	41 (100,0)	1,35; 2; 0,583
Zene/ Women	53 (79,1)	13 (19,4)	1 (1,5)	67 (100,0)	
Dob/ Age					
< 46 godina/ Years	56 (84,8)	9 (13,6)	1 (1,5)	66 (100,0)	2,83; 2; 0,415
≥46	28 (71,8)	9 (23,1)	2 (5,1)	39 (100,0)	
Mikro-regija/ Micro-region					
Kopno/ Continent	55 (87,3)	7 (11,1)	1 (1,6)	63 (100,0)	5,45; 2; 0,097
Otok/ Island	31 (68,9)	12 (26,7)	2 (4,4)	45 (100,0)	
Spol: Mikro-regija/ Gender: micro-region					
Kopno-muškarci/Continent-men	25 (86,2)	4 (13,8)	0 (0,0)	29 (100,0)	13,01; 6; 0,044
Kopno-žene/Continent-women	30 (88,2)	3 (8,8)	1 (2,9)	34 (100,0)	
Otok-muškarci/Island-men	8 (66,7)	2 (16,7)	2 (16,7)	12 (100,0)	
Otok-žene/Island-women	23 (69,7)	10 (30,3)	0 (0,0)	33 (100,0)	
Dob: Mikro-regija/ Age: micro-region					
<46 kopno/ Continent	44 (86,3)	6 (11,8)	1 (2,0)	(100,0)	10,9; 6; 0,100
≥46 Kopno/ Continent	9 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	(100,0)	
<46 Otok/ Island	12 (80,0)	3 (20,0)	0 (0,0)	(100,0)	
≥46 Otok/ Island	19 (63,3)	9 (30,0)	2 (6,7)	(100,0)	
Spol:Dob/ Gender/Age					
<46 Muškarci/ Men	24 (82,8)	5 (17,2)	0 (0,0)	(100,0)	11,12; 6; 0,098
≥46 Muškarci/ Men	8 (72,7)	1 (9,1)	2 (18,2)	(100,0)	
<46 Žene/ Women	32 (86,5)	4 (10,8)	1 (2,7)	(100,0)	
≥46 Žene/ Women	20 (71,4)	8 (28,6)	0 (0,0)	(100,0)	

LR= Omjer vjerojatnosti/Likelihood Ratio; ss= stupnjevi slobode/ degrees of freedom;
p= Monte Carlo test značajnosti razlika/ Monte Carlo significance

Starije osobe, osobito one koje žive na otoku, po našim su rezultatima sklonije depresiji (dobivaju više IBD bodova). Takve osobe obično imaju poteškoće u prepoznavanju i opisivanju depresivnih simptoma, a zbog komorbiditeta često pružaju atipičnu kliničku sliku, dok postojeća somatska bolest, npr. organski moždani poremećaj, otežava postavljanje dijagnoze^{11,24,25}.

Nismo utvrdili razlike u depresivnosti s obzirom na spol, mada podaci iz literature navode ženski spol kao rizični čimbenik^{3,4,5,6}. Točan razlog češćeg obolijevanja žena nije poznat, ali je vjerojatno povezan s hormonskim promjenama, trudnoćom, naučenim ponašanjima u određenim životnim situacijama te društvenom predodređenosti životnih uloga^{4,5,6}.

Depresija se često javlja kao komorbiditet uz kronične tjelesne bolesti. Istraživanja uspješnog i pravilnog liječenja depresije govore u tom slučaju o poboljšanju kvalitete života, s aktivnijim pristupom bolesnika liječenju primarne bolesti^{26,27,28}. Podaci o komorbiditetu su u našem ispitivanju nepotpuni, pa nisu prikazani. Prema podacima iz literature možemo pretpostaviti da je upravo postojanje pratećih kroničnih bolesti razlog dobrom porastu simptoma depresije.

Glavni nedostatak ovog istraživanja je razmjerni mali uzorak i prilično osipanje, što otežava ekstrapoliranje na širu populaciju.

Zaključak

Namjera našeg rada bila je ukazati na fenomen „sante leda“ kod depresivnih stanja u populaciji za koju skrbimo i ukazuje na potrebu korištenja pravog instrumenta za probir osoba s depresivnim simptomima.

Prema prikazanim podacima, svaka peta odrasla osoba nosi u sebi veće ili manje breme depresije. Pojavnost je vjerojatnija u pacijenata iznad 45 godina, posebno na otoku.

Porast prevalencije depresivnih simptoma s dobi u razini je očekivanja, dok je podjednaka spolna zastupljenost (očekivala se veća učestalost u žena) vjerojatno posljedica razmjerno malog uzorka.

Utvdili smo znatno veću učestalost depresivnih simptoma među otočkim nego među priobalnim pacijentima, što je po svoj prilici posljedica osobitosti života na otoku: komunikacijske izoliranosti, gospodarske bezperspektivnosti i pustoši izvan turističke sezone.

Na presudnoj pomoći pri statističkoj obradi podataka zahvaljujemo g. Žarku Bajiću, Biometrika Healthcare Research, Stara Knežija 6, Zagreb.

Literatura

1. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020. Global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349:1498-504.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. Virginia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
3. Christodoulou GN, Lecic-Tosevski D, Kontaxakis VP. Issues in preventive psychiatry. Basel: Karger, 1999.
4. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001.
5. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG i sur. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996; 276: 293-9.
6. Bland RC. Epidemiology of affective disorders: a review. *Can J Psychiatry* 1997; 42:367-77.
7. Hotujac Lj, Filipčić I, Grubišin J, Marcinko D. Živjeti s depresijom. Zagreb: Pliva, 2003.
8. Maj M, Sartorius N. Depressive disorders. Chichester: John Wiley & Sons, 1999.
9. World Health Organization ICD 10 Chapter V (F) Mental and behavioral disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
10. Rush AJ. The varied clinical presentations of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (supl 8):4-10.
11. Mrduljaš-Dujić N, Džopalić-Cvjetanović N, Dvornik-Radica A, Vrdoljak D. Karakteristike depresije u starijih osoba. *Acta Med Croat.* 2007;61:33-8.

12. Sharp LK, Lipsky MS. Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *Am Fam Physician* 2002;66:1001-8.
13. Ministarstvo zdravstva RH. Prijedlog dijagnostičkih i terapijskih smjernica za liječenje depresije, Zagreb 2001. Pristupljeno 14. 1. 2009. na www.miz.hr
14. Hotujac Lj. Poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji). U: Muacevic V i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 1995: 349-70.
15. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Mentalne bolesti i poremećaji u Republici Hrvatskoj. Zagreb: HZJZ, 2004.
16. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 1998;7:3-14.
17. Haarasilta L, Maurttunen M, Kaprio J, Aro H. The 12-month prevalence and characteristics of major depressive episode in a representative nationwide sample of adolescents and young adults. *Psychol Med* 2001;31:1169-79.
18. Katon W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:147-55.
19. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *Am J Psychiatry* 2000;157:1925-32.
20. Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Romildo Bueno J. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Disord* 2005;86:87-91.
21. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR i sur. The epidemiology of major depressive disorder: result from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289:3095-105.
22. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12:19-29.
23. Tylee A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J. DEPRESS II (Depression Research in European Society II): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14:139-51.
24. Rosenbaum JF, Covino JM. Depression in geriatric patients. *Medscape Psychiatry/Mental Health* 2006;11. Pristupljeno 16. 01. 2009. na www.medscape.com/viewarticle/520534
25. Lapid MI, Rummans TA. Evaluation and management of geriatric depression in primary care. *Mayo Clin Proc* 2003;78:1423-9.
26. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29:409-16.
27. Benton T, Staab J, Evans DL. Medical co-morbidity in depressive disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2007; 19:289-303.
28. Filipčić I, Popović-Grle S, Marčinko D, Basić S, Hotujac L, Pavičić F i sur. Screening for depression disorders in patients with chronic somatic illness. *Coll Antropol* 2007;31:139-43.

ULTRAZVUK DOJKI U OTOČKOJ ORDINACIJI OBITELJSKOG LIJEČNIKA

BREAST ULTRASOUND IN AN ISLAND FAMILY PRACTICE

Liza Ćurčić¹

Sažetak

Uvod. Bolesti dojke, posebice karcinom, idu posljednjih godina u vodeće uzroke pobola i pomora ženske populacije. Dostupnost preventivnih ultrazvučnih pregleda je na otoku vrlo otežana.

Cilj rada je bio istražiti učinkovitost ultrazvučnog (UZ) pregleda dojki u ambulanti obiteljske medicine u Domu zdravlja Korčula te ukazati na potrebu što ranije dijagnostike u otočkim okolnostima.

Ispitanice i metode. Retrospektivnom analizom prikazan je UZ dojki 253 pacijentice različite životne dobi (adolescentna, generativna i postmenopauzna) tijekom 2006. i 2007. godine. Prikazana je zastupljenost najčešćih bolesti dojke (fibrocistične mastopatije, ciste, dobroćudni i zloćudni tumori).

Rezultati. Ukupno su postavljene 273 dijagnoze uz 69 normalnih nalaza. Obradom podataka utvrđeno je da su najčešće promjene fibrocistične mastopatije (159 ili 58,2%), a najrjeđe maligni tumori (2 ili 0,7%).

Zaključak. Pokazana je nužnost dodatne UZ dijagnostike u ordinaciji obiteljskog liječnika na otoku, uključujući preventivne preglede i edukaciju žena u smislu samokontrole.

Ključne riječi: dojka, ultrazvuk, obiteljska medicina, otočka medicina

Summary

Background. Breast diseases, particularly cancer have recently entered among the leading causes of female population's morbidity and mortality. The accessibility of preventive ultrasound breast examination on the islands is severely limited.

Aim. To investigate the role of breast ultrasound in a Croatian insular family practice (Korčula). In a retrospective analysis of 253 patients of different age (adolescent, generative, postmenopausal) examined during 2006 and 2007 the most prevalent breast diseases have been identified (fibrocystic mastopathy, cysts, benign and malignant tumors).

Results. A total of 273 breast abnormalities and 69 normal findings have been recorded.

The most prevalent were cystic mastopathies (159 or 58.2%), and the least prevalent were malignant tumors (2 or 0.7%).

Conclusion. The utility and necessity for ultrasound diagnostic facilities in an island's family practice, including preventive breast examinations and self-control education of women have been shown.

Key words: breast, ultrasound, family medicine, island medicine

¹Liza Ćurčić, dr. med., specijalist opće medicine
Katedra obiteljske medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Splitu
Ordinacija opće medicine, Korčula (Korčula)

Uvod

Otoci svojom odvojenošću od kopna, gospodarskim razvojem i demografskom strukturom te raštrkanošću manjih naselja bez jasnog centra predstavljaju niz osobitosti, navlastito u organiziranju zdravstvene službe¹. To se posebno odnosi na nedovoljnu dostupnost sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite te na manjkavu tehnološku opremljenost primarne². Da se u takvim okolnostima ipak mogu postići znatni pomaci pokušat ću ilustrirati analizom ultrazvučnog (UZ) pregleda dojki u jednoj otočkoj ordinaciji obiteljske medicine.

Karcinom dojke je najučestaliji maligni tumor žena i na drugom je mjestu uzroka smrti kod ženskih malignoma³⁻⁹. Zbog velikog broja oboljelih te estetske i simbolične vrijednosti uložene u dojke, takav je karcinom uvijek bio uzrok teške nesreće za pacijentice i njihove obitelji. Iz istog razloga su se posljednjih dvadesetak godina dramatično povećala istraživanja o karcinomu dojki, s velikim napretkom u razumijevanju te bolesti, kao i u efikasnijoj zaštiti zdravlja žene. Rana dijagnostika bitno ovisi o blagovremenom i kompetentnom ultrazvučnom pregledu³, što je uz ostala ograničenja na otoku teško provedivo, a upućivanje na specijalističke preglede u zdravstvene centre priobalja složeno, skupo i vremenski zahtjevno^{1,2}.

American Cancer Society je za 2005. godinu predvidio 211.240 novih slučajeva karcinoma dojke (32,1% svih karcinoma u žena) u SAD^{9,10}. U Hrvatskoj je prema Registru za rak¹¹ ovaj tumor bio sa 20% na prvom mjestu među svim zloćudnim bolestima u žena. U Europi godišnje od raka dojke obolijeva oko 430.000, a umire preko 130.000 žena (procjene za 2006. godinu)⁹⁻¹¹. Prema zadnjim podacima, broj novooboljelih žena u Hrvatskoj je 2005. godine iznosio 2.303 (>100/100.000), a procijenjena dobrostandardizirana incidencija prema europskom stanovništvu iznosi 79,4/100.000 za 2006. godinu¹¹. Iste godine, u listopadu, započela je provedba Nacionalnog programa ranog otkrivanja raka dojke u Dubrovačko-neretvanskoj županiji.

Ženska dojka je pod presudnim utjecajem estrogena i progesterona; tijekom života doživljava odgovarajuće fiziološke promjene pa zahtijeva pozornost većeg broja različitih stručnjaka³. Međutim, zadnjih nekoliko godina patologija dojke je objektivno ostavljena van odgovarajućih medicinskih specijalnosti. Zašto?

Ginekolozi se bave isključivo ginekologijom i porodiljstvom, onkolozi liječe već dijagnosticirane slučajeve, mahom malignitete, radiolozi imaju širok dijapazon radiološke i druge dijagnostike, a liječniku obiteljske medicine ostavljena je akutna kazuistika. Slijedom rečenoga ne rade se preventivni pregledi pa je to jedan od ključnih razloga da je program ranog otkrivanja raka dojke ušao u Nacionalni program Republike Hrvatske. Statistički pokazatelji govore da će svaka jedanaesta žena oboljeti od zloćudne bolesti dojke³⁻⁵, čime to postaje javnozdravstveni problem.

UZ dijagnostika bolesti dojki je neškodljiva metoda, komplementarna s mamografijom, koje zajedno pružaju 98%-tnu dijagnostičku pouzdanost⁴. Budućnost UZ dijagnostike leži u vrlo preciznoj definiciji heterogenih odjeka, iregularnih sjena i nepravilnih obrisa^{4,6}. UZ pretraga može razlučiti preko 90% palpabilnih tvorbi dojke, što joj daje posebnu vrijednost, navlastito za pacijentice ispod 35 godina, u kojih je dojka gusta zbog obilnog žljezdanog tkiva⁷.

Počeci UZ pretraživanja dojke datiraju još iz 1952. godine, kad je Wild prvi pokušao primijeniti UZ pri otkrivanju njenih tumora⁴. Kosov i Kobayahi su 1970. objavili prve praktične rezultate, da bi se tek osamdesetih godina prošlog stoljeća, pojavom visokorezolutnih UZ uređaja te sonde visoke frekvencije, moglo govoriti o senomamografiji^{4,8}. Valja istaknuti je da se ovom pretragom može otkriti zloćudna promjena sve do promjera od 5 mm⁶.

Specifičnost rada liječnika obiteljske medicine na otoku bitno se razlikuje od one na kopnu, pogotovo u većim gradovima: da bi dovršio obradu radi postavljajući što brže dijagnoze često je primoran na procedure koje zadiru u druge medicinske specijalnosti, a koje mu nerijetko nisu ni na raspolaganju. Glede toga je nužna dodatna edukacija,

koja ponekad zahtijeva osobna ulaganja, kako u poslijediplomske tečajeve, tako i u medicinsku aparaturu. Trebalo je osim toga poduzeti niz propagandnih i edukacijskih mjera kako bi se ženska populacija na otoku potaknula na provođenje takvih pregleda, u svjetlu njihove svrsihodnosti i djelotvornosti.

Cilj rada

Svrha ovog rada je, na primjeru jednog udaljenog otoka, prikazati svu važnost ranog otkrivanja bolesti dojke i educiranja žena o mogućim uzrocima oboljenja te o načinima sprječavanja, odnosno rane dijagnostike, uključujući i samopreglede.

Ispitanice i metode

Istraživanje je provedeno retrospektivnom analizom UZ nalaza pohranjenih u elektronskom mediju. Za tu priliku oblikovan je upitnik sa slijedećim podacima za ispitanice: godina rođenja, broj poroda, dojenje, prvi pregled, kontrole, punkcija, dijagnoza, upućivanje na konzilijarni pregled, kirurški zahvat. Analizirani su podaci za 2006. i 2007. godinu susljedno pregledavanih žena, od kojih su se jedne javile prvi put na pregled, druge su došle na redovitu kontrolu, a ostale zbog tegoba vezanih uz dojku. Pacijentice su se na pregled javljale samoinicijativno, a UZ dojki je u ordinaciji obavljan sa sondom od 7,5 MHz. Prije svakog UZ pregleda uzeta je ciljana osobna i obiteljska anamneza s podacima o porodima, dojenju i

čimbenicima rizika. Fizikalni pregled dojki bio je nezaobilazan dio svakog posjeta. Edukacija žene o samopregledu i o važnijim čimbenicima rizika, u prvom redu zloćudnih bolesti, bio je sastavni je dio takvog pregleda, koji traje oko 60 min.

Ispitanice su razvrstane po dobnim skupinama u sedam kategorija: 0-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 i 70-100 godina. Postavljene dijagnoze su razvrstane u pet kategorija: a) fibrocistične mastopatije koje uključuju fibrozne i cistične promjene, b) ciste kao zaseban entitet, c) benigni tumori, d) maligni tumori, e) normalni nalazi. Analiziran je njihov udio u pojedinim dobnim skupinama.

Statističkom obradom podataka prikazane su aritmetičke sredine i standardne devijacije, a značajnost opaženih razlika među frekvencijama provjeravana je χ^2 testom; signifikantnim se smatrao $p < 0,05$.

Rezultati

Ukupno su pregledane 253 pacijentice (tbl 1). Taj broj ne odgovara broju postavljenih dijagnoza (273) i urednih nalaza (69) jer su pojedine osobe imale više različitih promjena. Prvi pregledi su izvršeni u 39 žena, što čini 15,4% od ukupnog broja ispitanica, dok se u ostalih radilo o ponovnim, kontrolnim pregledima.

Obradom dobivenih podataka (tbl. 2) proizlazi da su najčešće bile fibrocistične mastopatije (58,2%), a slijede ih ciste (12,8%), benigni tumori (2,9%) i maligni tumori (0,7%), dok je normalnih nalaza bilo

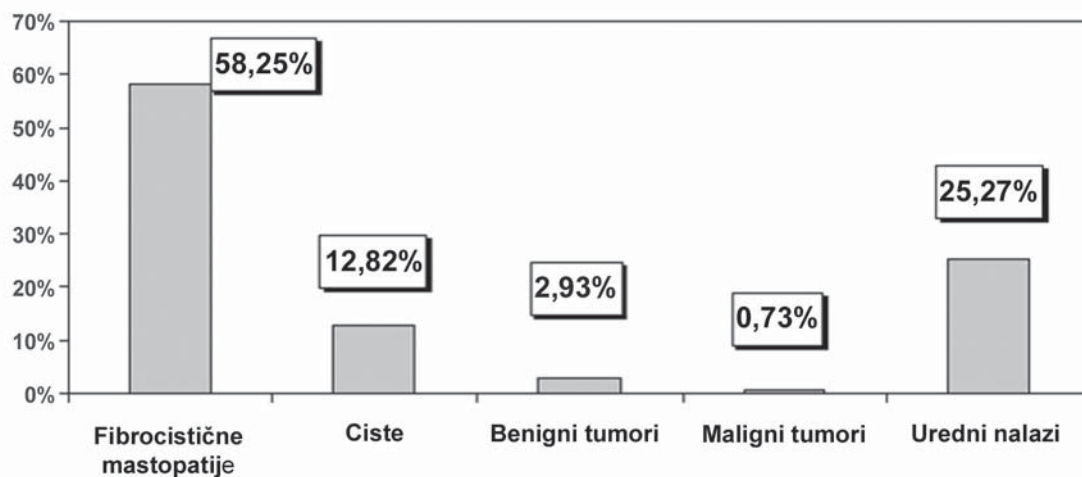
Tablica 1. Broj pregledanih žena u pojedinim dobnim skupinama

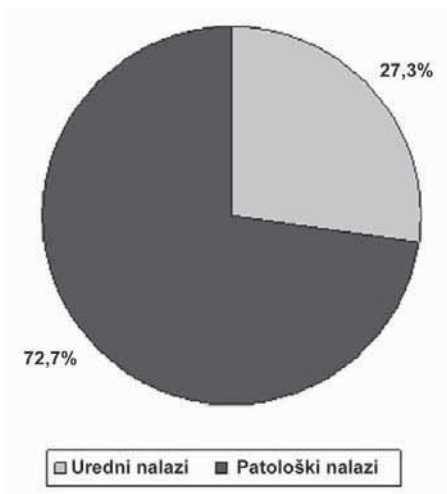
Dobna skupina Age group	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-70	≥70	Ukupno Total
Broj pacijentica Number of patients	3	16	37	67	76	30	24	253

Table 1. Distribution of the examinees according to age groups

Tablica 2. Pregled dobivenih rezultata prema dobi ispitanica**Table 2.** Overview of the results by age groups

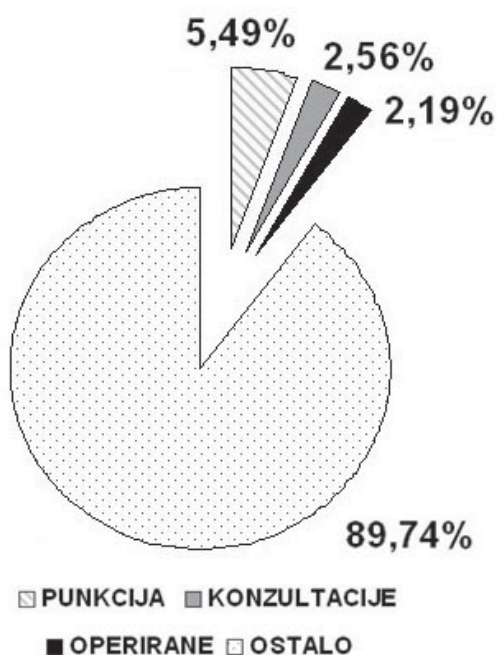
Dob(god) Age (years)	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-70	≥70	Ukupno Total
Nalaz/Finding								
Fibrocistične mastopatije <i>Fibrocystic mastopathy</i>	-	6	21	45	53	17	17	159
Ciste <i>Cysts</i>	2	2	2	12	14	3	-	35
Benigni tumori <i>Benign tumors</i>	-	1	1	4	-	2	-	8
Maligni tumori <i>Malignant tumors</i>	-	-	-	-	1	1	-	2
Uredan nalaz <i>Within normal limits</i>	1	7	13	15	17	9	7	69
Ukupno i (%) <i>Total and (%)</i>	3 (1,1)	16 (5,9)	37 (13,6)	76 (27,8)	85 (31,1)	32 (11,7)	24 (8,8)	273 (100)

**Slika 1** Učestalost dijagnoza u analiziranih ispitanica**Figure 1.** Frequency distribution of diagnostic entities among the examinees



Slika 2. Rezultati UZ pretraga dojki u 253 ispitanice.

Figure 2. Breast ultrasound results in 253 examinees.



Slika 3. Udio biopsija, konzultacija i operacija

Figure 3. The share of biopsy (punctures), consultations and surgery (operations)

25,3% (sl. 1 i 2). Usporedba nalaza mastopatije u osoba do i preko 60 godina nije pokazala značajnih razlika ($\chi^2=0,177$, df 1, $p=0,674$), kao ni usporedba po dobnim skupinama ($\chi^2=8,266$, df 5, $p=0,144$).

Svim pacijenticama s dvojbom UZ nalazom izvršena je citološka punkcija pod UZ kontrolom, koju je izvodila specijalistica kliničke citologije; takvih je intervencija bilo 15 (5,39%), a nalazi su bili gotovi unutar 3-5 dana. Ni usporedba učestalosti između malignih i benignih tumora dojke ovisno o dobi (<50 prema ≥ 50 godina) nije pokazala značajne razlike (Fisher exact test, $p=0,091$). Na kiruršku i onkološku konzultaciju upućeno je 7 žena (2,77%), od kojih je 6 (2,37%) operirano (sl. 3). Valja napomenuti da je od postavljanja dijagnoze i prijeoperacijske pripreme do izvršenog kirurškog zahvata prolazilo samo 7-10 dana.

Rasprava

Rezultati dobiveni ovom retrospektivnom analizom pokazuju da je najviše oboljelih žena u dobi 50-59 godina, a najmanje između 0 i 19 godina; učestalost opada s dobi, što odgovara pojavnosti patologije u različitim zemljama, uz osobitosti pojedinog podneblja³⁻⁵. Prema podacima iz 2006. godinu, uspoređujući sve naše županije, najveća incidencija raka dojke upravo je u Dubrovačko-neretvanskoj županiji, sa najvećim brojem oboljelih u starijoj životnoj dobi¹¹. Uspoređujući nalaze novootkrivenih karcinoma s podacima ovog rada, rezultati odgovaraju malignomima istih dobnih skupina između 50 i 69 godina¹¹.

Najviše su bile zastupljene fibrocistične mastopatije – gotovo 60%, a najmanje malignomi – ispod 1% svih nalaza. Ciste se javljaju već u adolescentnoj dobi, što je povezano s pojačanim hormonskim utjecajem. Nalaze se i u kasnijim dobnim skupinama, što bi se moglo pripisati ranijem postojanju, tj. javljanju u mlađoj dobi, ali kasnijem otkrivanju.

Liječnik obiteljske medicine u svom radu ima holistički pristup, pruža osobnu, primarnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu pojedincu u njegovom okruženju,

prvenstveno u obitelji¹². To naročito dolazi do izražaja u izoliranim sredinama kao što su otoci. Stoga bi se moglo reći da je otočki liječnik prototip obiteljskog, kako je to oduvijek i bio. U stanovitim prilikama, taj liječnik radi i više od strukom i zakonom propisane mu obaveze, u prvom redu radi potrebe onih koji su mu na skrbi, tj. pripadajuće mu populacije, kao i zbog vlastite potrebe za dodatnim usavršavanjem i pružanjem što kvalitetnije zdravstvene zaštite. U sklopu rastućeg interesa za preventivnu medicinu obiteljski liječnik treba procijeniti vrijednost pojedinih intervencija prema njihovoj svrsishodnosti i individualnim potrebama svojih pacijenata¹³.

Zaključak

Ovo istraživanje, provedeno u otočkoj ordinaciji obiteljske medicine, nedvojbeno ukazuje na potrebu za što bržom i efikasnijom UZ dijagnostikom dojke, što je bio i cilj rada. Ukazano je na mogućnost dodatnog angažmana liječnika obiteljske medicine radi što brže dijagnostike bolesti dojke u otočkim uvjetima. Specijalistička služba u urbanim sredinama je udaljena i prezasićena UZ pretragama, koje su u ruralnom području, posebice na otoku, neophodne.

Bilo bi korisno dobivene podatke usporediti s rezultatima iz drugih sredina i većih medicinskih centara, što bi uz dobru volju kolega zahtijevalo dodatan trud i vrijeme.

Literatura

1. Petric D. Općina Split. U simpoziju „Posebnosti zdravstvene zaštite na hrvatskim otocima“. Zdravstvo 1993;35:99-102.
2. Jančić Lešić A. Moja ordinacija – ordinacija Lastovo. Med Fam Croat 2008;16:67-72.
3. Ebling Z. Rano otkrivanje raka. U Budak A i sur. Obiteljska medicina. Zagreb: Gandalf, 2000:261-84.
4. Fajdić J i sur. Suvremena dijagnostika bolesti dojke. Zagreb: Medicinska naklada, 2001.
5. Janković S. Mamografija i ultrazvuk dojke. Split: JZZR KB Split, 2004.
6. Sutton D. Textbook of radiology. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2003.
7. ACR BI-RADS. Postupci oslikavanja dojki-sustav tumačenja i kategorizacija nalaza. Zagreb: Medicinski fakultet, 2005.
8. Hebrang A, Lovrenčić M. Radiologija. Zagreb: Medicinska naklada, 2001.
9. eMedicine-Breast Cancer Evaluation. Pristupljeno 13. 1. 2009. na <http://www.emedicine.com/med/topic3287>
10. eMedicine-Breast Cancer. Pristupljeno 14. 1. 2009. na <http://www.emedicine.medscape.com/article/283561>
11. Znaor A. Rak dojke u Hrvatskoj – kako stojimo i što očekujemo? Pristupljeno 12. 1. 2009. na <http://www.hcjz.hr/clanak.php?id=13572&rnd>
12. Budak A. Liječnik opće medicine. U Budak A i sur. Obiteljska medicina. Zagreb: Gandalf, 2000: 17-238.
13. Tiljak H. Misli 21. stoljeća. Med Fam Croat 2007;15:99-102.

Prvo bijaše porod, a zadnje morski pas...

Starting with a delivery, and ending with a shark...

Nikola Tomić*

Otok Vis je udaljen 32 nautičke milje od Splita, površina mu je 100 km². Na istoku se nalazi grad Vis, a na zapadu grad Komiža, koje povezuje cesta duga 12 km. U sredini otoka je nekoliko sela u kojima živi oko 400 stanovnika. Grad Vis ima 2000 stanovnika, a Komiža stotinjak manje.

Već u prvoj polovici XVII. stoljeća Vis i Komiža imaju stalne liječnike. Početkom XIX. stoljeća postoje dva gradska liječnika, po jedan u svakom gradu, te još jedan obiteljski koji je privatnik. U isto vrijeme u gradovima radi i babica te se otvaraju i privatne ljekarne.

Prostori za rad koje sam zatekao prije 38 godina bili su bez uvjeta za rad. Prijevoz bolesnika bio je moguć samo jednom brodskom vezom dnevno (osim nedjeljom) ili ribarskim brodom, za što je trebalo 6-7 sati. Ako je poziv helikopteru ili vojnom brodu bio odobren, od poziva do dolaska u Splita trebalo je 4-5 sati.

Danas u svakom gradu rade po dva tima obiteljske medicine. Postoje nove i dobro opremljene ordinacije. Ambulanta u Visu nije još u uporabi, ali će biti uskoro. Timovi obiteljske medicine obavljaju i hitne intervencije, a bolesnici se upućuju u KBC Split pomoću dvije brodske i jednom katamaranskom vezom dnevno te helikopterom HRM ili policijskim gliserom. Od poziva helikoptera ili policijskog glisera

do dolaska u KBC Split danas prođe tek nekih 45 minuta i po tome je otok Vis predgrađe Splita.

Obiteljski liječnik na otoku mora rješavati široki spektar problematike jer specijalisti, ginekolog, pedijatar, radiolog i fizijatar, dolaze na otok jednom mjesečno. Savjesnost i upornost uz uvijek prisutnu misao kako je pacijent uvijek u pravu moraju biti stalno prisutni u radu liječnika. Njegov način rada izrazio bih rečenicom: *errare humanum est, corrigere philosophicum* te rečenicom iz nastupnog predavanja glasovitog bečkog kliničara Hermanna Nothagela „samo dobar čovjek može biti veliki liječnik“!

U početku bijaše porođaj

Treći radni dan u Komiži 1971. godine. Prolazim najmorskijom rivom prekrasnog otočkog grada. U kući me čeka stari ribar koji boluje od nedostatka zraka zbog kroničnog bronhitisa i zatajivanja srca. Na kraju rive prema mostu vidim ljude - prenose nekoga na nosilima. Zastanem, priđem, upitam tko je bolestan i kamo ga vode. Vojnička topovnjača je spremna, roditelja na nosilima ide u rodilište u Split (ono staro, kod starog Hajdukovog igrališta). Zamislim se, naložim da se roditelju vrati kući jer u ambulanti nije bilo moguće obaviti porođaj. Međutim, suprug i rodbina nastoje mi objasniti kako je sve spremno i da će do Splita stići za dva sata. Znajući za sve

*Nikola Tomić, dr. med., specijalist opće medicine; Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, ispostava Vis, Ordinacija opće medicine Vis (Vis)

mogućnosti komplikacija na brodu koji vozi 25 milja, te valovima, ostajem pri svom zahtjevu, a rodbina nerado kreće prema kući. Stigli smo i pregledam roditelje: prvorotka, stara 20 godina, glava vodeća čest, vodenjak sačuvan, trudovi počeli prije tri sata, sada se javljaju svakih pet minuta. Medicinska sestra donijela je set za porođaj. Babica, umirovljenica, stigla je odmah nakon poziva:

- Doktore, u Komiži je prošlo više od pet godina od zadnjeg porođaja, svi se rađaju u Splitu.
- Molim vas pregledajte roditelje!

Nakon pregleda babica ustanovi kako je ušće otvoreno za mali dlan, vodenjak je sačuvan, glava vodeća čest, a trudovi svake tri minute. Poslušam otkucaje djetetova srca koji su uredni. Dakle, porođaj je započet prije 4 sata, ne postoji mogućnost da roditelj stigne do Splita, a kućni uvjeti su dobri. Bolovi u leđima su jači i češći, šire se preko trbuha, prerežem vodenjak, sačekam 10 minuta, napravim epiziotomiju. Glava je na izlazu, te nakon dva napona nastupi porođaj. Između dva peana prerežem pupkovinu i podvežem je te dajem 5 ij. ergometrina im. Babica prihvati žensko novorođenče, aspiriram sluz iz usne šupljine, stavim Credeove kapi u oči, pregledam djevojčicu dugu 48 cm, tešku 3500 g i ustanovim kako je sve u redu. Dakle, porođaj je nastupio nakon 45 min; sačekam posteljicu, pregledam je, pristupim šivanju međice u lokalnoj anesteziji. Živahna i rumena djevojčica stoji prislonjena uz majku, čudi se novom svijetu. Kroz njeno srce i žile teče njena krv, zrakom u njenim plućima započeo je novi život. Dosad ne bi stigli do Splita, a sve je *lege artis* napravljeno u Komiži. Majci savjetujem da bar 4 h bude budna, a babici da majku i novorođenče posjećuje jednom dnevno kroz tjedan dana, a medicinskoj sestri da ujutro djevojčicu „besežira“.

Ispraćen sam sa zahvalnošću svih ukućana. Nastavim sa medicinskom sestrom do starog ribara. Ordiniram dvije ampule furosevida i jednu aminofilina iv. Iste večeri se po Komiži pričalo – hvala Bogu, rodila se mala Komiška!

I, da završim priču – prvi put je otišla u Split nakon završenog prvog razreda osnovne škole!

Blokada

Rat je, viška luka puna je neprijateljskih brodova tzv. JRM. Nakon dvije blokade nastupila je treća, najduža. Brodske veze sa Splitom su prekinute. Četiri tisuće ljudi ostalo je bez mogućnosti liječenja u splitskoj bolnici. Do kada? Samo Bog zna. Razmišljam kako postupiti u hitnim slučajevima koji iziskuju bolničko liječenje, kako nabaviti lijekove jer se zalihe u ljekarnama obnavljaju jednom tjedno. Savjetujem se s kolegama. Ugovaram razgovor sa zapovjednikom okupatorske vojske. Predlaže mi vezu helikopterom i liječenje u Kotoru i Podgorici. Poznato mi je da se na Visu nalazi ekipa RTV Beograd. Spremni su napraviti reportažu o hitnom slučaju kako bi se vidjelo da helikopter zločinačke JNA spašava život Višanina prijevozom do Kotora. Odbijam takvu mogućnost.

Prolaze dani, srećom nema hitnih slučajeva koji bi iziskivali bolničko liječenje. Ozljede obrađujemo ambulantno, upale, srčane dekompenzacije, hipertenzivne krize i slična stanja liječe se u kućama pacijenata. Jednu fibrilaciju atrija (iznad 220 otkucaja/min) s apsolutnom aritmijom liječim medikamentnom konverzijom (propafenon amp. u infuziji 250 ml NaCl) uz stalno EKG praćenje ritma. Dva ili tri krvarenja radi erozivnog gastritisa (posljedice stresa) liječim ranitidinom, infuzijom glukosaline i metoklopramida te diazepamom; prijelom potkoljenice bez pomaka saniram gipsanim zavojem bez rtg provjere. Febrilne konvulzije (prvi put) kod djevojčice od 10 mjeseci u sklopu spastičnog bronhitisa s visokom temperaturom ($T_{\text{rect}} 39,4^{\circ}\text{C}$) liječim klizmom diazepamom uz ampule fenobarbitona im. Konvulzije prestanu, no nakon pola sata nastupi teški oblik respiracijske insuficijencije sa gušenjem. Odmah dajem adrenalin, aminofilin i metilprednisolon u infuziji te kisik. Stanje se postepeno popravlja i djevojčicu posjećujem svaka dva sata. Uvodim cefaleksin u obliku sirupa te paracetamol čepiće. Treći dan djevojčica je afebrilna i u dobrom stanju. Prvim brodom nakon prekida blokade

upućujem je na Kliniku za pedijatriju KB Split.

Brod iz Splita, nakon 23 dana, dočekale su stotine Višana. Ljudi su plakali od sreće. Međutim, prava sreća nastupila je nekoliko mjeseci kasnije kada su zločinci zauvijek napustili Vis.

Na kraju bijaše morski pas

Hitan poziv s broda: u uvali Mala smokva morski pas je ugrizao podvodnog ribolovca. Prema kazivanju njegovog prijatelja ozljeda je teška, otrgnuta je stražnja grupa mišića lijeve potkoljenice. Ozlijeđeni je bez svijesti, mnogo je iskrvario. Pozovem vozilo HMP i čekam na obali brod koji će stići za 20 minuta. Uskoro stiže i drugi poziv kako je stanje ozlijeđenog pogoršano, zapravo ne znaju je li živ. Brod pristaje, ozlijeđeni leži, lijeva potkoljenica je u zavojima, a iznad koljenog zgloba je postavljena elastična povjeska. Pristupim pacijentu i zaključim da se radi o uznapredovalom, traumatskom i hemoragijskom šoku (puls mekan, ubrzan, oko 130/min, srčani tonovi ritmični, slabo čujni, disanje ubrzano, koža blijeda i hladna, sluznice cijanotične, bez svijesti, arterijski tlak 95/70 mm Hg, aksilarna temperatura 35,4°C). Odmah pozovem helikopter za prijevoz do KBC Split i postavljam infuziju glukosaline u obje lakatne vene brzinom od 40 kapi/min te osiguram inhaliranje kisika.

Utopljavamo ga s dvije deke. Zavoje iznad ozljede ne skidam jer helikopter upravo stiže. Vozimo prema heliodromu, pacijent je u nesvijesti, puls filiforman, bojim se ireverzibilnog hemoragijskog šoka i dajem 2 ampule orciprenalina iv. Letimo prema Splitu i razmišljam kako se radi o mladom, 34 godine starom čovjeku, jake fizičke konstitucije i kako samo zahvaljujući tome ima izgleda da dođe živ do KBC Split. Desetak minuta prije ateriranja puls se popravlja, ozlijeđeni lakše diše i počinje se buditi. Otvori oči i imam osjećaj da zna gdje se nalazi, tuži se na jake bolove u udovima i osjeća žeđ. Stižemo na hitan kirurški prijem. Pregledavaju ga dva specijalizanta, priča im o događaju i bijelom morskom psu, dužine preko tri metra, koji ga je ugrizao. Ozlijeđeni je prevezen na odjel za vaskularnu kirurgiju gdje se ustanovi da ugrizna rana sa rastrgnućem stražnje grupe mišića, bez ozljede kosti. Ozlijeđeni su i svi živci, a samo jedna arterija nije prekinuta. Odmah se pristupa hitnom, složenom kirurškom zahvatu. Od poziva do dolaska u KBC Split bilo je potrebno 1 sat i 20 minuta. Jedan život je spašen; da je ozljeda nastupila na nekom udaljenijem mjestu to ne bi bilo moguće. Sedmi dan pacijent je u dobrom općem stanju otpušten iz KBC Split i prevezen na Kliniku za plastičnu kirurgiju KBC Ljubljana radi daljnjeg liječenja.

Otočke reminiscencije / *Island Memories*

Marin Rojnica*

Kad me prof. Rumboldt zamolila da napišem nešto za „Crtice iz svakodnevnog života liječnika na otoku“ toliko se toga u meni pokrenulo da sam i danas u nedoumici: što izdvojiti, a što ne?!

Najradije bih cijeli tekst posvetio dvadesetogodišnjoj skrbi koju sam pružao tada najstarijem Hrvatu, njegovoj ljubavi prema radu, kamenu, životu, odlasku u svijet sa 16 godina, lovu na losose, doživljajima iz Barentsovog mora. Umro je u 107. godini života.

Rado bih pisao o jednom od posljednjih iz generacije slavni, koji su na vesla išli do obala Afrike. Sreću i zadovoljstvo koju sam osjećao odlaskom do njih ne mogu Vam opisati. Kateterizirao sam ga punih jedanaest godina i danju i noću, nekad i par puta tjedno. Taj dan kad su me pozvali pomislih, opet kateter, no nije bio. Kćerke su dogovorile smještaj u *Dom* na kopnu. Ja sam trebao potpisati putni nalog za ambulatno vozilo. Pokušao sam razgovarati, nije išlo. Po stisku ruke i tužnom pogledu znao sam da nije za to. Dva tjedna izgovarao sam se zauzetošću ambulatnog auta. Dvadesetak dana po odlasku, taj divni čovjek umro je daleko od svoga doma i otoka. I danas osjećam taj pogled i stisak ruke. Po kretanju oblaka znao je kakvo je vrijeme u Sredozemlju, a po plimnom valu ispod svog prozora ocjenjivao je vremensku prognozu po nekoliko tjedana unaprijed.

Rado bih vam pisao o mladoj ženi iz Australije, gošći hotela „Borak“ iz Bola na Braču. U ranim jutarnjim satima skokom u more odlučila je oduzeti si život, ostavljajući dvoje maloljetne djece i supruga. Poslije dvadesetak sati izvučena je iz mora uz obalu Hvara, očuvanih životnih funkcija ali u vrlo teškom stanju...

- profesionalnom ribiču iz Splita koji je roneći na par metara dubine, hvatajući male crve, skoro izgubio glavu kad mu se u disaljk uvekao crv te kroz usta stigao do dišnih putova i doveo do gušenja s gubitkom svijesti, popuštanjem sfinktera...
- porodu na trajektu i sterilnosti uvjeta...
- talijanskom studentu koji u trenutku nestanka struje bježi kroz prozor opservacije, da ne plati račun...
- transportu roditelje policijskim gliserom po mrtvom moru. Uz pacijenticu smo doslovce ležali držeći i nju i dijete od udara valova. Novorođenče je bilo u „otočkom inkubatoru“ – u kainu (tj. lavoru), obloženo vatom i zavojima...
- Ahilovoj tetivi koju sam šivao u olujnoj noći kad se nije moglo prema Splitu. Tetiva inače još drži i pacijent hoda...
- frakturi lubanje poradi pada s balkona bez ograde, apartmana koji se uredno iznajmljuje, visina oko 4,5 m...
- „majci“ iz Slovenije koja inzistira na vađenju spirale na godišnjem odmoru a odbija poći do ginekologa...
- pacijentu iz Maribora s edemom pluća u sklopu akutnog koronarnog incidenta, koji odbija odlazak u bolnicu...
- pacijentu iz Turske koji je tražio i uhvatio poskoka te se dao ugristi nekoliko puta da bi riješio problem eccema po rukama...
- frakturi lubanje djeteta od pet godina (umjetna trudnoća), a usred turističke sezone helikoptera nema...

*Marin Rojnica, dr. med., specijalist opće medicine; Katedra obiteljske medicine Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu; Ordinacija opće medicine Jelsa (Hvar)

- mladoj ženi u komatoznom stanju i peterosatnom čekanju helikoptera na heliodromu, na temperaturi od 38°C u hladu. Za pacijenticu poslije 18 godina doznate da je živa i poslije dvadeset godina slučajno doznate da je razlog njezinog nedolaska bila havarija helikoptera pri slijetanju...
- transportu mladića u dubokoj komi (prometna nesreća) čija je neurokirurška prognoza na prijemu bila beznadna. U noći je donesen u dubokoj nesvijesti, obliven krvlju. Intubacija, venski put, kateterizacija i žurni transport; kasnije sam danima zvao bolnicu – stalno duboka koma, prognoza očajna. Sedam godina kasnije čekam na sudu izvadak iz zemljišnika, a iz susjedne sobe prozivaju poznato mi ime i prezime. Ubrzo ispred mene prolazi mladić koji se uz pratnju teže kreće. Ispričao sam se ali morao sam u tu sobu. Ispred Vas je onaj koga znate i ne znate. Onaj koji je ležao nepomično i bezizlazno, sad je na svojim nogama. Oči koje su bile prazne sada vas gledaju. Zjenice koje nisu reagirale sada reagiraju. Zagrlio me jako i počeo jecati. Poslije ročišta ostali smo u razgovoru dugo u noć. Za Božić uz čestitku stigla mi je i slika jednog slatkog novorođenčeta uz napomenu „ma ne treba ni doktorima uvijek vjerovati“!
- kolegi (80-godišnjaku) koji je tjednima i mjesecima inzistirao na upućivanju brata (70-godišnjak) na psihijatriju. Razlog: bio je čudan još kad je bio mali, sada puno konzumira alkohol i grub je prema supruzi... A iza svega su zapravo ležala znatna devizna sredstva i nejasni imovinski odnosi...
- pacijentu iz Švedske koji je proletio kroz veliku, neoznačenu staklenu stijenku hotelske terase, sa stotinjak razderotina, a potkoljenice su mu doslovno sasjekli komadi stakla. Žurnu intervenciju odgađaju nepromišljeno postavljene zapreke na putu prema hotelu, a za otvaranje rampe trebalo je desetak minuta. Izgubljeno vrijeme nadoknadio je helikopter koji je slučajno bio na povratku s Korčule. Taj dan, kao i mnogo puta ranije ni sestra ni ja nismo gledali na sat, nismo osjećali glad. Krvave odjeće odletjeli smo prema Splitu. Umor i

miris krvi te je noći izbrisala najljepša vijest: obje su potkoljenice spašene! U znak isprike ugostitelja, pacijent je s obitelji pozvan na besplatno ljetovanje. Mi ovo ljeto u svakom pacijentu iz Skandinavije tražimo našeg „Šveđanina“. U zbruci i hitnosti zbrinjavanja njihov je račun ostao nenaplaćen. Predstavnica je obećala poslati osiguravajući list, koji nikada nije stigao. No to je manje bitno od bolne spoznaje da „naš pacijent“ za svo vrijeme ljetovanja nije našao trenutak vremena da nam se javi. Danas, kad sam došao s posla dočekala me preporučena pošiljka: HZZO mi traži hitno očitovanje za jedan neplaćeni račun iz 2007. godine za jednog pacijenta iz Slovenije. Žurnost poslije godinu dana?! A kad bismo mi tako radili?

Gledam ovo što Vam napisah. Gotovo svi spomenuti pacijenti nisu imali odgovarajuće osiguravajuće listove. Prije nekoliko godina uputio sam desetine nenaplaćenih računa Područnoj upravi HZZO-a u Splitu i zamolio da to refundiraju. Odgovor je bio negativan. Potom sam se obratio Udruzi privatnih poslodavaca u zdravstvu, koja me uputila da svoja potraživanja prosljedim Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi. Odgovor Ministarstva: zahtjev je utemeljen ali mora ići preko Područne uprave HZZO u Splitu. Poslije 5 mjeseci opet dostavljam kompletnu dokumentaciju HZZO-u, a odgovor je bio: „navedeni pacijenti nisu na Vašoj listi neprijepornih...“.

Na otok Hvar dovela me beskrajna ljubav prema moru, suncu i kamenu. U želji da „ispečem zanat“ prije 27 godina napustio sam rodni grad i došao u Jelsu. U beskrajnom miru i ljepoti prirode ni slutio nisam da će svakodnevica biti toliko izazovna, nepredvidiva, divna, krvava, lijepa i nezahvalna. Da li slučajno ili ne, no gotovo svi spomenuti primjeri imali su sretan završetak, a onaj tužniji dio priče neka ostane tamo negdje visoko u krošnjama borova.

Ovo je prilika da se, u šetnji kroz dio otočkog života, prisjetim i svih onih dragih članova našeg kolektiva kojih više nema a bili su dio „crtica otočke svakodnevnice“, tako bliske a tako daleke...

Ab imo pectore, Marin

Razgovor s doc. dr. sc. Rudikom Gmajnićem, predstojnikom Katedre obiteljske medicine u Osijeku i predsjednikom Skupštine HUOM-a

Razgovor vodila Rajka Šimunović

RŠ: Poštovani kolega doc. Gmajnić, Vi ste predsjednik Skupštine Hrvatske udruge obiteljske medicine. Koja je Vaša uloga?

RG: HUOM je udruga koja okuplja najveći broj liječnika obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj. HUOM ima sva potrebna radna i upravljačka tijela za koje postoje uporišta u Statutu Udruge. Skupština Udruge je skup predstavnika koje po ključu biraju i predstavljaju članovi Udruge, a sastaje se najmanje jednom godišnje. Skupštinu vodi i njen rad koordinira predsjednik skupštine. Tu svoju ulogu vidim kao nekoga tko dobro poznaje Statut, Poslovnik, tehnike i metodologiju rada udruge. S obzirom na činjenicu da upravo Skupština HUOM-a bira Upravni odbor, predsjednika i ostala radna tijela smatram da je vrlo bitno da rad skupštine bude dobro koordiniran, utemeljen na Zakonu i Poslovniku o radu. Također moram istaknuti da i predsjednik i članovi Upravnog odbora HUOM-a o svim bitnim odlukama konzultiraju i informiraju predsjednika Skupštine.

RŠ: Kako vidite svoj rad i rad HUOM-a u protekle 4 godine? Koja je važnost i uloga HUOM-a i za što ste se zalagali tijekom svog mandata?

RG: U navedenom razdoblju održali smo po jednu skupštinu godišnje. Smatram da su te skupštine održane u demokratskom ozračju, te da su uvijek dale dobar presjek učinjenog i planove za naredno razdoblje. Rad, aktivnosti i rezultate djelovanja

HUOM-a u protekle 4 godine treba promatrati u svjetlu realno mogućeg organiziranja i djelovanja liječnika obiteljske medicine. Egzistirale su dvije udruge: HDOD kao stručno društvo HLZ i HUOM kao udruga obiteljskih doktora. Mislim da je svatko pokušavao djelovati unutar svojih statutarnih obveza i uvažavajući „podjelu zaduženja“ jer o obiteljskoj medicini mogu i moraju raspravljati, govoriti i predlagati rješenja sve naše udruge, ali i sindikati, Komora, katedre itd. HUOM je u realnim okolnostima pokušavao prije svega održati stručnu razinu. Izuzetno posjećeni kongresi, afirmacija novih kolega u stručnom i znanstvenom smislu, prijedlozi za poboljšanje struke napokon i dobra druženja, nešto je što se ne može zanemariti. Participacija u osmišljavanju i provođenju projekta specijalizacije obiteljske medicine vrlo je važno dostignuće. Također postoji i niz „malih i nevidljivih“ poteza koji su značili pokušaje da se isprave mnoge negativnosti i nepravilnosti usmjerene prema obiteljskoj medicini. Pokušaji, uspjesi i neuspjesi u borbi za bolji status obiteljskih liječnika bili su konstantni. Svakako treba istaknuti da se zapravo vrlo mali broj ljudi uključivao u realnu „borbu“. Većina članova živjela je i radila dosta uljuljkano i neaktivno. Na takvim osnovama uvijek je bilo teško i službenim predstavnicima artikulirati i izboriti se za stavove marginalizirane obiteljske medicine. Kao glavni problem cijelo vrijeme vidio sam našu veliku raznolikost i teško dostižne zajedničke ciljeve i stavove u mnogim bitnim problemima.

RŠ: Vi ste ujedno i ravnatelj osječkog doma zdravlja, koja je uloga ravnatelja doma zdravlja u današnjem sustavu zdravstva?

RG: Kao što je nedefiniran status domova zdravlja i zakupa tako je i uloga ravnatelja prilično nedefinirana i nedorečena. Ipak, ja bih posao i zadatke ravnatelja podjelio na tri razine. Prva je razina briga o cjelokupnom sustavu primarne zdravstvene zaštite na područje koje Dom zdravlja pokriva, druga briga o zaposlenicima Doma zdravlja i treća su odnosi sa zakupcima.

Danas je zapravo izuzetno komplicirano obnašati funkciju ravnatelja Doma zdravlja, jer sa vrlo malim brojem zaposlenika i vrlo velikim brojem timova u zakupu treba održavati cijeli sustav. Bez namjere da prizivam stari ustroj Doma zdravlja, ipak mi se čini da nedostaje čvršća poveznica svih timova, kako bi svakodnevno mogli odgovoriti na realne probleme kao što su primjerice mogući izostanci s posla nekog od zdravstvenih radnika zbog bolovanja, edukacije, godišnjih odmora i sl. Smatram to jednim od većih problema kolega u zakupu. Financiranje sustava Doma zdravlja iz godine u godinu sve je teže tako da se od ravnatelja očekuju mnoge menadžerske sposobnosti da bi Dom zdravlja uopće opstao i bio likvidan. U tom procesu ostalo je previše otvorenih pitanja i previše situacija u kojima ovisimo o dobroj volji ili političkoj situaciji koja nas okružuje.

RŠ: Koje su ovlasti ravnatelja u odnosu na liječnike u zakupu ordinacija u domovima zdravlja?

RG: Deklarativno su odnosi ravnatelja i zakupaca uređeni propisima. Realno stanje nalaže da ti odnosi ipak budu malo drugačiji. Od prvih mogućnosti odlazaka u zakup smatrao sam da je to pravo svih, i to pravo nismo nikada niti pokušali uskratiti. Nadalje, kolege smo uvijek doživljavali kao prave privatnike te smo u najmanjoj mogućoj mjeri ulazili u segmente rada zakupaca, pogotovo u financijskoj sferi. Pokušavamo se ponašati kao klasični najmodavci i upravitelji zgrada. Svjesni smo financijskih

mogućnosti ustanove i sukladno tome ne mogućnosti da se svima osiguraju primjereni tehnički prostori i uvjeti za rad, ali smo poticali i pomagali pojedince da sami dostignu što višu razinu. Posebno mi je žao što je zakupizacija dovela do otuđenosti timova, pa se izgubila navika čestih druženja, razmjene iskustava, međusobnih stručnih savjetovanja. Često se „borba“ za pacijente i glavarine stavlja ispred dobrih međuljudskih odnosa.

RŠ: Doc. Gmajnić Vi ste i Predstojnik osječke Katedre za obiteljsku medicinu o kojoj smo pisali u prošlom broju časopisa. Zato nam sada samo recite što je zadatak i uloga Predstojnika Katedre?

RG: Prema broju norma sati i kolegija nastave na diplomskom, poslijediplomskom i studiju sestrinstva Katedra obiteljske medicine na Medicinskom fakultetu u Osijeku jedna je od najvećih. Cijeli taj posao obavlja 4 nastavnika u kumulativnom radnom odnosu i 10 asistenata te još 20-ak vrlo vrijednih voditelja vježbi. Zadatak pročelnika Katedre je organizirati kompletnu nastavu i ispite. Najveća poteškoća je omogućiti studentima vježbe po ambulantomama obiteljske medicine jer važeći propisi ne priznaju grupe od jednog ili dva studenta, koliko bi mi htjeli da u jednom trenutku bude na vježbama. Pročelnik je i član Fakultetskog vijeća te je moj zadatak na Vijeću izboriti se za što bolji status Katedre.

RŠ: Nalazimo se u tijeku reforme zdravstva koja je izazvala burne reakcije i velike podjele između liječnika obiteljske medicine. Kako Vi gledate na to?

RG: Govoreći o radu HUOM-a u protekle 4 godine svakako moram izreći i osobno mišljenje o stanju obiteljske medicine od polovice prošle godine do danas.

Grupa ljudi koja je i inače često kontaktirala i raspravljala o tome kako poboljšati status obiteljske

medicine razmišljala je najprije o tome kako sve koji misle i žele dobro obiteljskoj medicini imaju bilo kakvu volju i snagu nešto učiniti treba ujediniti. Tako se i rodila ideja o koordinaciji svih koji su spremni dati dodatni impuls i izboriti se za napredak obiteljske medicine. Sjetit ćete se da sam upravo ja pozvao sve koji podržavaju tu ideju da o svom trošku dođu u Osijek te da „stavimo glave skupa“. Već tada se tome ispriječilo nekoliko problema. Od udaljenosti Osijeka do mogućnosti da se stvaraju nekakvi „novi centri moći“. Istovremeno je dobro funkcionirala informatizacija PZZ, te je postalo moguće da više ljudi kontaktira, postalo je moguće da baš svatko nešto predloži, primijeti, kritizira. Takva mogućnost ljudima je dala krila. Internet je pokazao svoju moć, oslobođene su mnoge intelektualne vrline. Tako je velika lista onih koji su željeli razmijeniti iskustva i mišljenja dočekala najavu reforme zdravstva. Osobno smatram da je Ministarstvo u najavi reforme vrlo nepripremljeno izašlo s idejom iz koje su ljudi na terenu najprije vidjeli namjeru da se nešto oduzme odnosno da se ugroze stečena prava. To je izazvalo opravdanu buru nezadovoljstva. Počele su padati teške riječi, optužbe, reakcije na reakciju, šumovi u komunikaciji i sl. Mislim da je Ministar zdravstva prenaivno shvatio pljesak za reformu svih koje je o tome pitao: dakle i HLZ i Komoru i Sindikat i HUP. Ostaje otvoreno pitanje koliko je tko od nas u tom trenutku mogao ili želio reći nešto drugo.

Drago mi je da polako prolazi faza gnjeva. Valjda je i to trebalo da se svi kvalitetno ispušu, jer je znalo biti i previše netolerancije za druga mišljenja, grubih riječi, osobnih obračuna, „izvrtanja crijeva“ i mnogo čega što ne priliči intelektualnoj eliti. Posebno mi se lošim čini natjecanje u tome tko se prvi čega sjetio i tko je prvi ili kada nešto podržao ili nije, što bi ljude trebalo dijeliti na „mi i vi ili naši i vaši, njihovi, nečiji, ničiji ili tko zna čiji“. Mislim da se ništa ne može izgraditi na rušenju mostova već na njegovanju suradnje i dogovora. Naravno uz visoku, najvišu dozu samopoštovanja.

Nadam se i čvrsto vjerujem da do podjele liječnika obiteljske medicine neće doći već da će se naći

dovoljno zajedničkih interesa i ciljeva da obiteljska medicina kvalitetno ide prema naprijed. Siguran sam da će obiteljska medicina znati sagledati poziciju u kojoj se trenutno nalazi, znati artikulirati zahtjeve i znati prepoznati vlastitu snagu.

RŠ: Što mislite zašto su liječnici obiteljske medicine toliko nezadovoljni?

RG: Rekao bih da su ponajprije uvrijeđeni sustavnim zanemarivanjem. Isto tako mislim da nezadovoljstvo ne proizlazi najprije iz materijalnog statusa. Svatko ima pravo biti (ne)zadovoljan i iskazati svoje (ne)zadovoljstvo na način koji smatra ispravnim i potrebnim. Ako se u tome nađe istomišljenika tada se stav može jasnije i glasnije izreći. Podržavam svaku aktivnost koja će unaprijediti položaj obiteljskih liječnika, potpisujem svaki potez koji će ići u smjeru da se naše kolege financijski ne ugroze i silno bih želio da svi zajedno što više i što češće budemo pravi obiteljski doktori kojima vrijeme neće oduzimati izvanmedicinske aktivnosti.

RŠ: Izabrani ste za člana Radne skupine za praćenje reforme zdravstva. Kako ste shvatili tu ulogu i što konkretno radite u toj skupini?

RG: U radnu skupinu izabran sam kao pročelnik Katedre za obiteljsku medicinu i ravnatelj Doma zdravlja Osijek koji bi mogao imati širinu u nekim pogledima i razmišljanjima. Ulogu radne skupine doživljavam savjetodavnom. Radna skupina pokušat će osmisliti dugoročno najoptimalnije prijedloge za organiziranje, funkcioniranje i financiranje primarne zdravstvene zaštite. Nadam se da će kreatori i planeri zdravstvene zaštite usvojiti razmišljanja struke. Kao odgovorna osoba iz radne skupine izašao bih onog trenutka kada bih uočio da nas se ne uvažava ili da se radnom skupinom pokušava manipulirati. Isto tako sam siguran da nikoga iz radne skupine neće pokolebati podcjenjivački stav nekih kolega prema radu, mogućnostima i namjerama članova radne skupine.

Provjerimo svoje znanje

1. Jedna od navedenih tvrdnji nije točna

- a) APACHE II scor (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) upotrebljava se u procjeni razvoja akutnog pankreatitisa i rizika od smrti odmah kod prijema u bolnicu
- b) APACHE II scor prati laboratorijske i kliničke parametre te prethodne bolesti i otkazivanje pojedinih organa ili sustava
- c) U Ransonove kriterije procjene težine ac. pankreatitisa ubrajamo: $\text{dob} > 55$, $\text{L} > 16$, $\text{GUK} > 12 \text{ mmol/l}$, $\text{LDH} > 350 \text{ u/l}$, $\text{AST} > 250 \text{ u/l}$, pad hematokrita, porast ureje, deficit baza, pad pO_2 , gubitak tekućine, poremećaj serum. kalcija
- d) više od 4 pozitivna parametra prema Ransonovim kriterijima označuju teški oblik pankreatitisa
- e) kad se u lumbalnom dijelu i oko pupka pojavi plavkasto–zelenkasta diskoloracija kože to je uvijek indikator teške retroperitonealne nekroze i razvoja teškog pankreatitisa.

2. Trening u Balintovim grupama neće nas osposobiti za (jedna tvrdnja nije točna)

- a) teorijska znanja iz grupnog rada
- b) znanja o vlastitom psihološkom
- c) znanja iz psihoanalize
- d) osnovna teorijska znanja iz psihodinamskih odnosa
- e) znanja da centralno mjesto u dijagnostičko-terapijskom pristupu pripada odnosu pacijent-lijječnik

3. Pacijent sa psihološkim problemom najčešće se obraća svom liječniku sa nekim simptomom. (jedna tvrdnja nije točna)

- a) to je prihvatljivije samom pacijentu a i njegovoj okolini
- b) pacijent “ne vidi” svoj simptom jer se on nalazi u njegovom nesvjesnom

- c) simptom, vic i san ne mogu prijeći cenzuru (ego) zbog jakog superega
- d) kronična bolest koja “nikako ne prolazi”, česti dolasci u ambulantu, mogu upućivati na skriveni psihološki problem
- e) psihološki problemi u ordinaciji obiteljske medicine zastupljeni su u više od 30% svako-dnevne problematike

4. Aleksitimija (A lexis thymos) (jedna tvrdnja nije točna)

- a) pojam koji potiče od Sifneosa a znači “bez riječi za emocije”
- b) ta poteškoća je karakteristična za osobe sa psihosomatskim bolestima
- c) aleksitimičari imaju specifične poteškoće u izražavanju svojih emocija koje su posljedica psiholoških i neurofizioloških faktora, na pitanje kako se osjećaju slijedi beskrajno nabiranje detalja iz okolice i vlastitih postupaka, teže opisivanju okolnosti i događaja, a ne emocije
- d) aleksitimičari imaju bogatu maštu (unutrašnji život)
- e) nije povezano s naobrazbom i bitna je hereditarna komponenta

5. U fiziološke promjene starenja ne ubrajamo (jedna tvrdnja nije točna)

- a) porast mase masnog tkiva
- b) smanjenje relativne količine vode i mišićne mase
- c) smanjenje koncentracije proteina plazme
- d) ubrzano pražnjenje želuca i smanjenje želučanog PH
- e) smanjenje površine tankog crijeva

6. U karakteristični gerijatrijski 4 N ne spada (jedan odgovor nije točan)

- a) nesamostalnost
- b) nepravilna uporaba lijekova
- c) nepokretnost

- d) nestabilnost
- e) nekontrolirano mokrenje

7. Za hipernefrom (adenokarcinom bubrega) je karakteristično (jedna tvrdnja nije točna)

- a) češći je u žena starije dobi, pogotovo ako ne puše
- b) za njega je karakterističan trijas simptoma: hematurija, bol u lumbalnoj regiji, palpabilna tvorba u abdomenu)
- c) hematurija je masivna i bezbolna
- d) ugrušci-odljevi uretera, koji prolaze kroz ureter, mogu izazvati bubrežne kolike
- e) osnovna metoda u dijagnostici solidnih tumora bubrega je UZV

8. Žena u dobi od 49 g. traži savjet svog liječnika zato što se loše osjeća, brzo se umara i gubi apetit, jako joj je nizak tlak. U zadnjih mjesec dana izgubila je 7 kg, primjetila je da joj je potamnila sluznica usne šupljine i nepca, na čelu i vratu pojavile su joj se crne pjege (jedan odgovor nije točan)

- a) zbog hiperpigmentacije treba misliti na rak bronha, hemokromatozu, trovanje teškim metalima
- b) diferencijalno dijagnostički treba isključiti Addisonovu bolest i u lab učiniti elektrolite i GUK
- c) kod Addisonove bolesti u nalazima očekujemo poremećaj elektrolita-visok natrij i nizak kalij u serumu zbog smanjene razine steroida nadbubrežne žlijezde-posebice aldosterona i visok GUK zbog manjka kortizola
- d) hiperpigmentacija je posljedica povišene razine ACTH koji je povišen zbog smanjene koncentracije cirkulirajućih steroida kore nadbubrežne žlijezde, on potiče melanocite
- e) Addisonova bolest je podmukla progresivna bolest koja nastaje zbog hipofunkcije kore nadbubrežne žlijezde kao posljedica idiopatske atrofije najčešće uzrokovano autoimunim procesima

9. Žena u dobi od 34 g. tijekom posljednja 3 mj. je razdražljiva, ima mišićni tremor i lupanje srca, pojačano se znoji, izgubila je 6-7 kg unatoč povećanom uzimanju hrane, puls u mirovanju joj je 110 otkucaja u min, koža topla i vlažna, pokreti ubrzani, iz čučućeg položaja se teško podiže bez pomoći (jedan odgovor nije točan)

- a) najvjerojatnije se radi o hipertireozi
- b) očekujemo povišene T3,T4,i TSH
- c) povišena razina hormona štitnjače povećala je bazalni metabolizam, razgradnja bjelancevina je veća od njihove sinteze i to dovodi do gubitka mišićne mase, a time i mišićne slabosti
- d) razdražljivost, tremor, živahni refleksi i tahikardija upućuju na povećanu aktivnost adrenergičnog sustava
- e) visoki bazalni metabolizam udružen je s povećanom proizvodnjom topline što uzrokuje nepodnošenje visokih okolišnih temperatura, znojenje i hiperventilaciju

10. Muškarac u dobi od 62 g. dolazi zbog jake boli u području desnog boka. Pregledom mokraće nađe se hematurija, a rtg nativna urotrakta pokazuje kamenac u desnom mokraćovodu. Bolesnik navodi da je već 2 puta imao napad bubrežnih kamenaca (prije 10 i 20 godina.) Zadnje vrijeme ima poliuriju, mišićnu slabost i bol u kostima (jedan odgovor nije točan)

- a) zbog recidiva bubrežnih kamenaca pacijentu treba odrediti kalcij i fosfor
- b) u slučaju hiperkalcemije i visokih fosfata u plazmi trebalo bi učiniti PTH
- c) hiperkalcemiju može uzrokovati unošenje vitamina D u suvišku
- d) aktivni metabolit vitamina D -1,25-(OH)₂ vit D povećava apsorpciju kalcija iz crijeva i pospješuje resorpciju kosti
- e) niska razina fosfata u plazmi upućuje na PTH kao uzrok hiperkalcemije

TOČNI ODGOVORI: 1-D; 2-C; 3-C; 4-D; 5-D; 6-B; 7-A; 8-C; 9-B; 10-B.

Sindrom karpalnog tunela u ordinaciji opće/obiteljske medicine

Carpal tunnel syndrome in general/family practice

Tomislav Crnković, Ranko Bilić, Robert Kolundžić

Sažetak

Sindrom karpalnog tunela najčešća je kompresivna neuropatija na ljudskom tijelu koja se manifestira ispadima u inervacijskom području živca medianusa s učestalošću između 50 i 150 slučajeva na 100.000 stanovnika. Smetnje senzibiliteti prvi su i najstalniji simptom, dok motoričke smetnje nastaju u bolesnika s dugotrajnom kompresijom živca. Elektroneurofiziološka dijagnostika "zlatni je standard" u postavljanju dijagnoze, a potrebno ju je učiniti kod svake kliničke sumnje na sindrom karpalnog tunela. Neoperacijsko liječenje rezervirano je za lakše oblike kompresije živca, te kod pojave sindroma u tranzitornim stanjima kao što su trudnoća, laktacija, korištenje oralnih kontracepcijskih sredstava i sl. Metoda izbora za perzistentne i progresivne oblike sindroma karpalnog tunela, kao i za one koji ne reagiraju na konzervativnu terapiju, operacijsko je liječenje. Dekompresija živca medianusa efikasan je i siguran zahvat koji u najvećem broju slučajeva oslobađa pacijenta od tegoba. U svakodnevnoj praksi najveće značenje ima rano prepoznavanje sindroma karpalnog tunela, te njegovo pravodobno i adekvatno liječenje. U suprotnom dolazi do nepotrebno dugog trajanja smetnji za pacijenta i težeg oštećenja živca, što smanjuje izgled uspješnog liječenja, te dovodi do nepotrebnih ekonomskih gubitaka.

Cljučne riječi: sindrom karpalnog tunela, obiteljska medicina

Summary

Carpal tunnel syndrome is the most common compressive neuropathy in a human body, which presents with a deficit in a median nerve innervation area, with prevalence of 50 to 150 cases per 100.000 inhabitants. Sensibility disorders are the first and one of the most persistent symptoms, while motorical disorders arise in patients with prolonged nerve compression. Electroneurophysiological diagnostics is a "golden standard" in diagnosis setting, and it is necessary to be done in every patient with a clinical doubt on a carpal tunnel syndrome. Non-surgical treatment is reserved for mild forms of nerve compression, and in cases of syndrome in temporary conditions like pregnancy, lactation, taking oral contraceptives etc. Method of choice for persistent and progressive forms of carpal tunnel syndrome, as well for those who don't respond to the conservative treatment, is surgery. Decompression of median nerve is an efficient and secure procedure, which in most cases releases the patient from its symptoms. In everyday practice, the most important is early recognition of the carpal tunnel syndrome, and its timely and adequate treatment. On the contrary, unnecessary prolongation of the condition leads to much more severe nerve damage, which diminishes chances for a successful treatment and causes necessary economy losses.

Key words: carpal tunnel syndrome, family practice

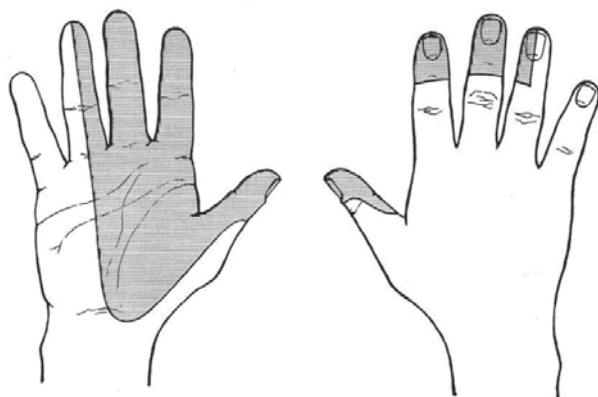
Opća županijska bolnica Požega (Tomislav Crnković, dr. med., spec. ortoped)

Klinika za ortopediju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (Prof. dr. sc. Ranko Bilić, dr. med., spec. ortoped, dr. sc. Robert Kolundžić, dr. med., spec. ortoped)

Uvod

Primarna uloga čitavog gornjeg ekstremiteta jest postavljanje šake u odgovarajući položaj za obavljanje različitih funkcija. Također, poznato je da funkcionalna sposobnost šake određuje stvaralačku i socijalnu sposobnost čovjeka. Tako svako oštećenje funkcije šake uzrokuje velike nepovoljne praktične i ekonomske posljedice za oboljelog, pa tako i za zajednicu. Svrha liječenja oboljele šake jest obnavljanje funkcije. Jedan od čestih uzroka funkcionalne nesposobnosti šake je sindrom karpalnog tunela (SKT) kod kojeg je od velike važnosti njegovo rano prepoznavanje te rano liječenje, jer se kasnijim intervencijama postižu znatno slabiji rezultati (1).

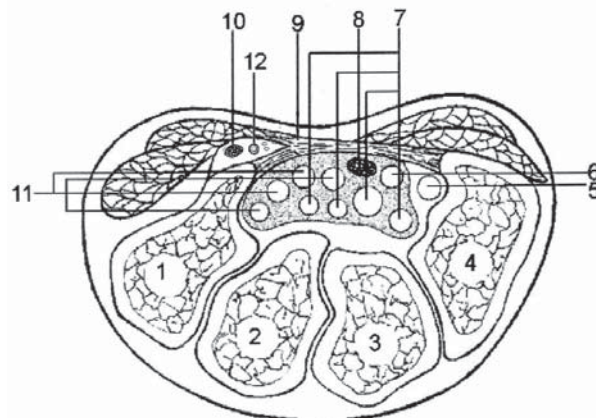
SKT najčešći je kanalikularni sindrom na ljudskom tijelu koji se manifestira ispadima u inervacijskom području živca medianusa (sl.1), sa učestalošću između 50 i 150 slučajeva na 100.000 stanovnika (2). Češće se javlja u ženskih osoba, između četvrtog i šestog desetljeća, ali pojavljuje se i u ostalim dobnim skupinama (3).



Slika 1: Senzorna inervacija živca medianusa na šaci.

Figure 1: Sensory innervation of the median nerve in the hand.

SKT nastaje kompresijom živca medianusa između poprečnog karpalnog ligamenta s jedne strane, te tetiva mišića fleksora šake i karpalnih kostiju s druge strane (sl.2). Funkcionalno gledajući, karpalni tunel zatvoreni je odjeljak kod kojeg, uslijed povećanja



Slika 2: Shematski presjek karpalnog tunela: 1. kukasta kost; 2. glavičasta kost; 3. trapezoidna kost; 4. trapezna kost; 5, 6, 7, 11. tetive mišića fleksora šake; 8. živac medianus; 9. poprečni karpalni ligament; 10. ulnarni živac; 12. ulnarna arterija.

Figure 2: A schematic section of the carpal tunnel: 1. hamate bone; 2. capitate bone; 3. trapezoid bone; 4. trapezium bone; 5, 6, 7, 11. flexor tendons; 8. median nerve; 9. transverse carpal ligament; 10. ulnar nerve; 12. ulnar artery.

volumena njegova sadržaja, dolazi do povećanja tlaka u njemu (4). U zdravoj populaciji tlak u karpalnom tunelu veći je nego u drugim odjeljcima ekstremiteta te iznosi oko 13 mmHg. U pacijenata s ovim sindromom iznosi oko 26 mmHg, a često raste i do 30 mmHg te prilikom fleksije i ekstenzije šake taj tlak može doseći i do 90 mmHg. Uslijed povećanja tlaka u karpalnom tunelu dolazi do pritiska na sam živac medianus kao i na vasa nervosum što dovodi do ishemijskih promjena na živcu (5).

Etiologija

Predisponirajući faktori za nastanak SKT mogu biti dugotrajni ponavljajući pokreti u ručnom zglobu osobito kod specifičnih zanimanja kao što su daktilografi, vozači, ličionci, vrtlari i sl. Postoje određena medicinska stanja koja mogu utjecati na pojavljivanje sindroma kao što su trudnoća, laktacija, menstrualni ciklus, oralna kontracepcijska sredstva, menopauza, hemodijaliza, degenerativne promjene na zglobovima, trauma ručnog zgloba, reumatoidni

artritis, diabetes mellitus, hipertireoidizam, amiloidoza, akromegalija, miksedem. Ova stanja obično se dijagnosticiraju prije pojave SKT, te mu je sama etiologija jasna. Postoje i rijetke bolesti unutar karpalnog tunela kao što su aneurizme, arterio-venske malformacije, anomalije mišića i tetiva, hemoragija, ganglion, lipom, neurofibrom itd., a koji povećavaju volumen unutar karpalnog tunela. Na njih možemo posumnjati u nedostatku navedenih predisponirajućih faktora, a pravi uzrok otkrije se često tek intraoperacijski (2). Međutim, u oko 50 % slučajeva uzrok nije moguće otkriti te se ti pacijenti ubrajaju u idiopatske slučajeve. Primjenom kompjutorizirane tomografije (CT) i magnetske rezonancije (MR) kod velikog broja tih pacijenata nađeno je kongenitalno suženje karpalnog tunela. Tu činjenicu potvrđuje i zapažanje da je tunel uži u osoba ženskog spola u kojih je učestalost SKT znatno veća kao i često prisustvo obostrane simptomatike (6).

Dijagnostika

Simptomi SKT ovise o trajanju i jačini kompresije živca medianusa. Smetnje senzibilnosti obično su prvi i najstalniji simptom i pojavljuju se u 80% bolesnika. Očituju se hipoestezijom u inervacijskom području živca koja s vremenom može preći u potpunu anesteziju. Bol te parestezije u obliku trnaca, pečenja i mravinjanja mogu se širiti iz ručnog zgloba u dlan i prste ili isijavati u lakat i rame. Bol može biti izrazito jaka noću, te buditi bolesnike iz sna. Motoričke smetnje nastaju u bolesnika s dugotrajnom i intenzivnom kompresijom živca. Smetnje motiliteta očituju se kao nesigurnost pokreta i hvatanja prstima i palcem. Hipotrofija tenarnih mišića pojavljuje se u oko 40% bolesnika sa SKT (7).

U postavljanju dijagnoze SKT služimo se i provokacijskim testovima od kojih ćemo posebno spomenuti četiri koja su prikladna za obavljanje u ordinacijama opće medicine. To su Tinellov, Phalenov, Bilićev i Tourniquet test. Tinellov test je pozitivan ako se na perkusiju u području karpalnog ligamenta pojave bol i/ili parestezije. Phalenov test se izvodi

tako da se ručni zglob postavi u forsiranu palmarnu fleksiju 60 sekundi te je pozitivan ako se u tom periodu pojave boli i/ili parestezije. Bilićev test izvodi se u palmarnoj fleksiji ručnoga zgloba od 45 stupnjeva pritiskom iznad živca medianusa u području distalne brazde i sredine ručnoga zgloba, u trajanju od 30 sekundi. Test je pozitivan ako se u tom periodu pojave bolovi i/ili parestezije. Tourniquet test izvodi se tako da se manšeta tlakomjera postavi na nadlakticu i napuše iznad vrijednosti sistoličkog tlaka. Test je pozitivan ako se u trajanju od 60 sekundi pojave bolovi i/ili parestezije u inervacijskom području živca medianusa (8).

Uz navedenu simptomatiku, elektroneurofiziološka dijagnostika „zlatni je standard“ u postavljanju dijagnoze SKT kako bi se odredilo točno mjesto kompresije živca i kako bi se mogla postaviti indikacija za kirurško liječenje (9). Elektromioneurografija (EMNG), premda bolna, jeftina je i jednostavna pretraga koju je potrebno učiniti kod svake kliničke sumnje na SKT te prije kirurške intervencije na oboljeloj šaci. Princip pretrage sastoji se u mjerenju brzine provodljivosti impulsa duž segmenta živca te mjerenju odgovora mišićnih vlakana (mišića tenara) na podražaj. Međutim, u literaturi se može naći da elektroneurofiziološko ispitivanje potvrđuje dijagnozu u 61-90% klinički suspektih bolesnika na ovaj sindrom (2, 9). U slučaju negativnog nalaza EMNG-a, a uz prisustvo tipičnih simptoma i pozitivnih provokacijskih testova dijagnoza treba biti postavljena na temelju kliničke slike, odnosno negativan nalaz EMNG-a u tih pacijenata ne isključuje postojanje SKT (2, 3, 10).

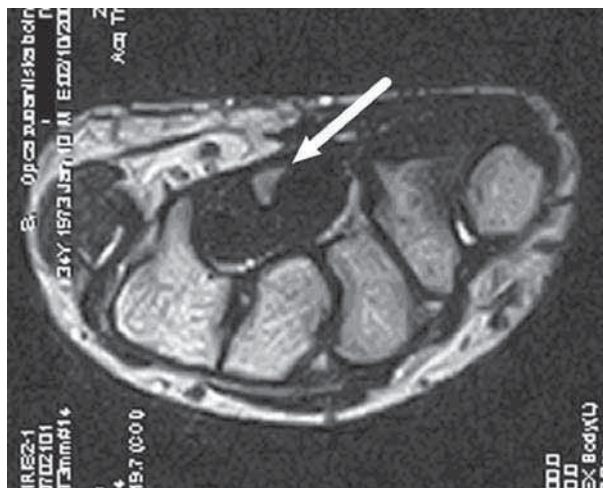
Također, EMNG može biti korisna u diferencijalnoj dijagnostici drugih stanja koji uzrokuju bol, parestezije te gubitak osjeta šake, kao što su kompresija živca medianusa proksimalno od karpalnog ligamenta, cervikalna radikulopatija, polineuropatija, sindrom žlijeba ulnarnog živca, sindrom torakalnog otvora, lateralni epikondilitis ili tendinitis podlaktice (2).

Osim elektroneurofiziološkog ispitivanja, kao dodatna dijagnostička sredstva mogu poslužiti ultrazvučna i MR pretraga karpalnog tunela.

Ultrazvuk karpalnog tunela relativno je brza i jeftina premda zapostavljena metoda kojom možemo vizualno prikazati kompresiju živca te eventualno prisustvo gangliona, lipoma ili tenosinovitisa unutar karpalnog tunela. Tipični ultrazvučni nalaz spljošten je živac u distalnom dijelu karpalnog tunela, te povećanje promjera živca proksimalno od mjesta kompresije, uz izbočenje karpalnog ligamenta u palmarnom smjeru radi povećanog tlaka unutar tunela (5).

Razvojem MR uređaja sa snažnim magnetskim poljem i snimkama visoke rezolucije, razvija se i mogućnost prikaza perifernih živaca- MR neurografija (11).

MR karpalnog tunela (sl.3) omogućuje vizualni prikaz živca u karpalnom tunelu, eventualnu kompresiju unutar tunela, te anatomske odnose i strukture unutar karpalnog tunela.



Slika 3: MR snimka karpalnog tunela. Živac medianus (strelica).

Figure 3: MR image of the carpal tunnel. Median nerve (arrow).

Praktična upotreba MR uređaja u SKT ograničena je radi cijene i duljine trajanja pretrage. Stoga se ne koristi kao rutinska pretraga kod pacijenta sa sumnjom na sindrom, već se može koristiti kod dijagnostički atipičnih slučajeva kod kojih je nejasna simptomatika i/ili elektroneurofiziološki nalaz. Postoji također jedan broj pacijenata kod kojih unatoč adekvatnoj kirurškoj

dekompresiji simptomatika i dalje perzistira. Ti pacijenti mogu predstavljati težak klinički problem, jer unatoč potpunoj disciziji karpalnog ligamenta elektroneurofiziološko ispitivanje može pokazati patološki nalaz još neko vrijeme nakon operacije. Kod takvih slučajeva MR pretragom možemo dokazati da je dekompresija živca uspješno obavljena te na taj način izbjeći potencijalno mogući ponovni operativni zahvat (5, 12).

Znakovi kompresije živca medianusa na MR T2 presjecima karpalnog tunela su slijedeći: 1. povećanje promjera živca na ulasku u tunel, 2. spljošten živac u tunelu, 3. povišeni (hiperintenzni) signal živca, 4. palmarno izbočenje karpalnog ligamenta (12, 13, 14).

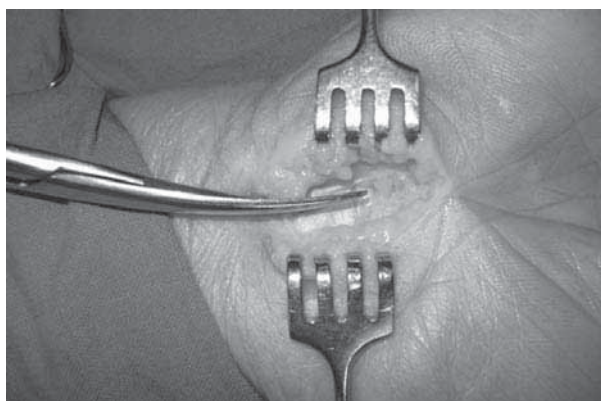
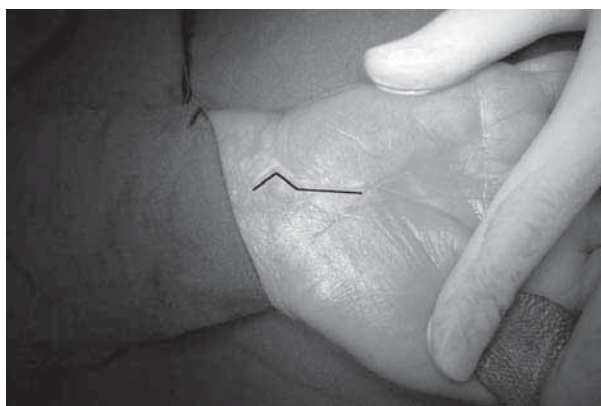
Liječenje

Neoperacijsko liječenje sastoji se od fizikalne terapije, imobilizacije ručnog zgloba, primjene nesteroidnih protuupalnih lijekova i aplikacije kortikosteroidnih injekcija unutar karpalnog tunela, uz terapiju osnovne bolesti koja je dovela do pojave sindroma ukoliko je to moguće (3).

Koristi se kod lakših oblika kompresije živca kod kojih se javljaju utrnulost i parestezije u inervacijskom području živca medianusa. U tom slučaju bol se javlja rjeđe, a tijekom dana postoje periodi kada pacijent nema nikakvih simptoma. Imobilizacija ručnog zgloba u blagoj dorzalnoj fleksiji, elevacija šake i upotreba nesteroidnih protuupalnih lijekova ima smisla u slučajevima s privremenim edemom mekih tkiva i tenosinovitisom u području ručnog zgloba koji ne traje dulje od četiri do pet mjeseci. Aplikacijom injekcija kortikosteroida, uz dodatak lokalnog anestetika unutar karpalnog tunela mogu se prolazno ublažiti ili ukloniti simptomi smanjujući edem mekog tkiva u tunelu. Iгла se uvodi unutar karpalnog tunela 1 cm proksimalno od distalne kožne brazde između tetive m.palmaris longusa i tetive m.flexor carpi ulnarisa, pod kutom od 45 stupnjeva, usmjerena distalno (3, 10). Upotreba kortikosteroidnih injekcija nije bez komplikacija, jer pogrešna intraneuralna aplikacija kortikosteroida može uzrokovati ozljedu živca. Također, zbog potencijalne

neurotoksičnosti lokalno primjenjivanih kortikosteroida, nije preporučljivo prolongirati takav oblik terapije (5).

Neoperacijsko liječenje također je adekvatan izbor za kontrolu SKT u tranzitornim stanjima kao što su trudnoća, laktacija, korištenje oralnih kontracepcijskih sredstava i sl., dok se ne ukloni etiološki uzrok za nastanak sindroma. Međutim, literatura navodi da 82% šaka sa SKT reagira na konzervativnu terapiju, ali u 80 % njih tegobe će recidivirati nakon jedne godine zahtijevajući tada kirurški zahvat (2).



Slika 4: Dekompresija živca medianusa u karpalnom tunelu metodom "otvorenog polja":

- a) Kožni rez u obliku "kvadratnog korjena"
- b) Discizija karpalnog ligamenta

Figure 4: Decompression of the median nerve in a carpal tunnel syndrome by an "opened field" method:

- a) Skin incision in a form of a "square root"
- b) Discision of a carpal ligament

Metoda izbora za perzistentne i progresivne oblike SKT kao i one koji ne reagiraju na konzervativnu terapiju, operacijsko je liječenje. Dekompresija živca medianusa (sl.4) efikasni je i sigurni zahvat koji u najvećem broju slučajeva oslobađa pacijenta od tegoba. U literaturi se navodi da je uspješnost kirurškog zahvata veća od 95% s komplikacijama manjim od 3% (10). Operativnim liječenjem uklanjamo mehaničku kompresiju živca u karpalnom tunelu, te se potpunim presjecanjem karpalnog ligamenta povećava volumen karpalnog tunela za oko 24% (3). Sam zahvat može se izvršiti metodom „otvorenog polja“ ili endoskopski uz lokalnu, regionalnu ili opću anesteziju te bližuju stazu ekstremiteta. Istraživanjima nije pronađena statistički značajna razlika u zadovoljstvu i oporavku pacijenta nakon operacije bez obzira koristi li se otvorena ili endoskopska metoda. Također, utvrđeno je da otvorena metoda stvara veći ožiljak, dok endoskopska uzrokuje više ozljeda živca (15, 16). Prosječno vrijeme oporavka nakon kirurškog zahvata varira ovisno o periodu koji je prošao od pojave prvih simptoma do samog zahvata. Oporavak snage stiska šake i prstiju nakon operativnog zahvata kreće se od 0-3 mjeseca. Parestezije i utrnulost sporije isčezavaju i prema pojedinim autorima nestaju nakon 2-6 mjeseci. Oporavak elektroneurofizioloških parametara je sporiji u odnosu na klinički i varira od 4-10 mjeseci (6).

Zaključak

SKT najčešća je kompresivna neuropatija te se često susreće u ordinacijama opće medicine. U svakodnevnoj praksi najveće značenje ima rano prepoznavanje tog sindroma te njegovo pravodobno liječenje. U suprotnom dolazi do nepotrebno dugog trajanja smetnji za pacijenta i težeg oštećenja živca što smanjuje izgled uspješnog liječenja. Sve to može rezultirati i ekonomskim gubicima radi smanjene radne sposobnosti pacijenta. Nizom prospektivnih studija dokazana je djelotvornost kirurškog liječenja SKT iako za sada nema pokazatelja o prednosti

endoskopske tehnike u odnosu na klasičnu tehniku „otvorenog polja“, a jatrogena oštećenja živca medianusa daleko su češća pri endoskopskoj tehnici.

Bilić i suradnici pronašli su da su oni pacijenti, kod kojih je vremenski interval od javljanja liječniku primarne zdravstvene zaštite do javljanja ortopedu bio manji od tri mjeseca, bili zadovoljniji operativnim zahvatom u smislu smanjenja boli i poboljšanja funkcije šake, u usporedbi s pacijentima kod kojih je taj vremenski interval bio dulji od šest mjeseci. Međutim, činjenica je da je u Hrvatskoj kod 50 % pacijenata period od javljanja u primarnu zdravstvenu zaštitu do upućivanja ortopedu dulji od godinu dana, bilo da se to događa zbog neprepoznavanja sindroma, preduge „obrade“ pacijenta ili neadekvatnog-neoperacijskog izbora liječenja (7).

Radi gore navedenog, preporuča se ubrzati i unaprijediti dijagnostiku pacijenata kod kojih postoji sumnja na SKT. Kad je riječ o liječnicima obiteljske medicine to bi uključivalo dodatnu edukaciju i usmjerenje pažnje na prepoznavanje SKT kao i na registriranje težine stanja i potrebe za adekvatnim-kirurškim načinom liječenja. Također, uputno je smanjiti period konzervativnog liječenja i predugo isčekivanje njegovih učinaka što u konačnici daje veće šanse za efikasnost kirurškog liječenja te smanjuje nepotrebne ekonomske gubitke.

Literatura

1. Bilić R, Kolundžić R, Jelić M. Sindromi prenaprezanja u šaci, podlaktici i laktu. *Arh Hig Rada Toksikol* 2001;52:403-14.
2. Kanaan N, Sawaya R. A. Carpal tunnel syndrome: modern diagnostic and management techniques. *Br J Gen Pract* 2001;51:311-314.
3. Halikis NM, Taleisnik J, Szabo MR. Compression neuropathies of the upper extremity. U: Chapman MW. *Chapman's orthopaedic surgery*, 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001, str. 1546-1561.
4. Bower JA, Stanisiz GJ, Keir PJ. An MRI evaluation of carpal tunnel dimensions in healthy wrists: Implications for carpal tunnel syndrome. *Clin Biomech* 2006;21:816-25.
5. Cantatore FP, Del'Accio F, Lapadula G. Carpal tunnel syndrome: A review. *Clin Rheumatol* 1997;16:596-03.
6. Rasulić L, Bašćarević V, Cvrkota I. Hirurško liječenje kompresivnih neuropatija. *Acta Chir Jugosl* 2003;50:73-82.
7. Bilić R, Kolundžić R, Trkulja V, Crnković T, Vuković A. Sindrom karpalnog kanala-medicinske i ekonomske prednosti pravodobnog operativnog liječenja. *Lijec Vjesn* 2006;128:143-49.
8. Pećina M. Kanalikularni sindromi. U: Pećina M i suradnici, ur. *Ortopedija*. 3. izd. Zagreb: Naklada Ljevak; 2004, str. 411-413.
9. Fleckenstein JL, James J, Wolfe GI. MRI vs EMG: Which has the upper hand in carpal tunnel syndrome? *Neurology* 2002;58:1583-584.
10. Sen D, Chhaya S, Morris VH. Carpal tunnel syndrome. *Hosp Med* 2002;63:392-95.
11. Cudlip SA, Howe FA, Clifton A, Schwartz MS, Bell BA. Magnetic resonance neurography studies of the median nerve before and after carpal tunnel decompression. *J Neurosurg* 2002;96:1046-051.
12. Musluoglu L, Celik M, Tabak H, Forta H. Clinical, electrophysiological and magnetic resonance imaging findings in carpal tunnel syndrome. *Electromyogr Clin Neurophysiol* 2004;44:161-65.
13. Jarvik JG, Yuen E. Diagnosis of carpal tunnel syndrome: electrodiagnostic and magnetic resonance imaging evaluation. *Neurosurg Clin N Am* 2001;12:241-53.
14. Monagle K, Dai G, Chu A, Burnham RS, Snyder RE. Quantitative MR imaging of carpal tunnel syndrome. *Am J Roentgenol* 1999;172:1581-586.
15. Bande S, DeSmet L, Fabry G. The results of carpal tunnel release: open versus endoscopic technique. *J Hand Surg* 1994;19:14-17.
16. Brown RA, Gelberman RH, Seiler JG, et al. Carpal tunnel release. A prospective randomized assessment of open and endoscopic methods. *J Bone Joint Surg* 1993;75:1265-275.

Sažeci radova s međunarodnog kongresa medicine za svakodnevnu praksu u suradnji s IFDA

Zagreb 11.-12. listopada 2008.

Kolesterol visoke gustoće (HDL) - Novi terapijski cilj za smanjenje kardiovaskularnog rizika

Prof. dr.sc. Mijo Bergovac

Kolesteroli visoke gustoće (HDL) jesu najmanji (7.0-12nm u promjeru) lipoproteini plazme koji imaju veliku gustoću ($1.063 < d < 1.25\text{g/ml}$). To je heterogena skupina, koja obuhvaća više podskupina čestica koje variraju u obliku, veličini, gustoći, sastavu i površinskom naboju. Najčešće su to čestice sferična oblika, koje se sastoje od masne jezgre koju obavija sloj fosfolipida, neesterificiranog kolesterola i apolipoproteina. Najzastupljeniji apolipoproteini HDL-a su apolipoproteini (apo) A-I (oko 70% ukupnih HDL proteina) i apoA-II (oko 20% ukupnih HDL-a). Dvije su glavne subpopulacije HDL-a gledajući na sastav apolipoproteina. Jednu subpopulaciju čine HDL-i koji sadrže apoA-I ali ne i apoA-II (A-I HDL), dok drugu čine čestice koje sadrže i apoA-I i apoA-II (A-I/A-II HDL). Dokazi za zaštitni učinak pojedine subpopulacije HDL-a su dosta nejasni i proturječni. Stoga još uvijek ostaje nejasno, ovisi li kardio-protektivni učinak HDL-a o apolipoproteinskom sastavu, njihovoj veličini, gustoći, elektroforetskim svojstvima, ili kombinaciji svih ovih osobina.

Plazmatski HDL ima svoje porijeklo u jetri i crijevima kao čestice siromašne lipidima koje sakupljaju većinu lipidnih komponenti koja se otpušta u plazmu iz istih organa. Nakon otpuštanja u plazmu, apoA-I veže fosfolipide i kolesterol iz staničnih membrana u procesu koji rezultira formacijom A-I HDL-a diskoidnog oblika. Kolesterol koji se nalazi u diskoidnom HDL-u postupno se esterificira u procesu

pretvorbe diskoidnog HDL-a u sferični HDL koji je dominantni oblik u plazmi. Glavna funkcija HDL-a u plazmatskom prijenosu kolesterola je dostava kolesterola iz eksahepatičnih tkiva u jetru da bi došlo do recikliranja i odstranjivanja iz tijela putem žuči. Također, HDL ima potencijalno antiaterogena svojstva: kao anti-oksidant uz protuupalno i antitrombotsko djelovanje te stabilizaciju endotela. Mehanizmi kojima HDL štiti od ateroskleroze uključuju poticanje ulaza kolesterola iz masnih stanica, blokadu oksidacije aterogenih lipoproteina, inhibiciju upale i trombotskih mehanizama. Izravna povezanost plazmatskog kolesterola u razvoju i progresiji aterosklerotskog kardiovaskularnog rizika jedna je od najbolje dokazanih činjenica u modernoj medicini. Snažna, pozitivna veza između koncentracije LDL-a i budućeg rizika za kardiovaskularne događaje prepoznata je u brojnim populacijskim studijama. Isto tako, dobrobit koja se postiže redukcijom razine LDL-a bez sumnje je dokazana prospektivnim studijama.

Također je poznato kako je koncentracija HDL-a obrnuto proporcionalna sa kardiovaskularnim rizikom. Brojne populacijske studije čvrsto podržavaju ideju da je za o kolesterolu ovisan kardiovaskularni rizik potrebno djelovati na dvije razine: smanjenjem razine LDL-a i povećanjem razine HDL-a. Ovu ideju dodatno osnažuju rezultati Interheart studije prema kojoj je odnos LDL-a i HDL-a snažni prediktor budućeg infarkta miokarda. Iz ove, a i brojnih drugih studija može se zaključiti kako svako povećanje HDL-a za 0.025 mmol/L smanjuje rizik od koronarne bolesti srca za 2-5%. Povećan rizik od kardiovaskularnih bolesti povezan je sa niskim razinama HDL-a neovisno o koncentraciji LDL-a. Isto tako, niski HDL povećava rizik od kardiovaskularnih bolesti neovisno o razini LDL-a,

dok visoki HDL smanjuje rizik i kad je LDL visok. Izuzetna važnost HDL-a kao terapijskog cilja dodatno je naglašena u stanjima kao što su diabetes tip 2 i metabolički sindrom. Nekoliko je razloga zašto je HDL nizak kod većine osoba sa diabetesom tip 2 i metaboličkim sindromom. Poremećaji metabolizma lipida su slični i karakterizirani povišenom razinom plazmatskih triglicerida, LDL frakcijom koju čine male čestice niske gustoće, snižena razina HDL-a kojeg čine male čestice visoke gustoće.

Populacijske studije ukazuju da visoke razine HDL-a smanjuju rizik za razvoj kardiovaskularnih incidenata. Ne postoji jedna koncentracija HDL-a koja definira nagli porast rizika. Stoga, definicija niskog HDL-a je uistinu samo arbitrarna. Brojne smjernice preporučuju da su optimalne razine HDL-a manje od 1.03 mmol/L kod muškaraca i manje od 1.16 mmol/L kod žena. Ključno je pitanje koga liječiti, kada i na koji način? Promjene u životnim navikama treba preporučiti svim osobama sa niskim HDLom. Odluku o započinjanju medikamentozne terapije treba temeljiti na procjeni ukupnog rizika a ne samo prema razini HDL-a. Fibrati se preporučuju u terapiji stanja sa niskim HDLom kada postoji i komponenta diabetesa tip 2 i metaboličkog sindroma. Statini smanjuju kardiovaskularni rizik kod svih bolesnika, ali najveća korist ipak proizlazi iz sekundarnog sniženja LDL-a, nego iz povišenja HDL-a. Niacin je najučinkovitiji od trenutno dostupnih lijekova za povišenje HDL-a, i treba ga uzeti u obzir kod bolesnika sa visokim rizikom za kardiovaskularne bolesti i sa niskim HDLom. Kombinirana terapija sa statinima i fibratima potrebna je kod bolesnika sa visokim rizikom, koji imaju diabetes tip 2 ili metabolički sindrom. Statine i niacin u kombinaciji treba razmotriti kod osoba kod kojih niski HDL nije korigiran monoterapijom statinima. Također, postoje i noviji pristupi liječenju niskih razina HDL-a kao što su intravenske infuzije HDL-a, CETP inhibitori i selektivni blokatori kanabinoidnih receptora tip I. Ove su metode još u razvoju i u budućnosti bi trebale biti dostupne.

Statini i ateroskleroza

Akademik Željko Reiner

Ateroskleroza uzrokuje koronarnu bolest srca, ishemijsku bolest srca, infarkt miokarda i ishemijski moždani udar, a te su bolesti vodeći uzroci smrti i veliki javnozdravstveni problem u većini zemalja svijeta uključujući i Hrvatsku. U nas su kardiovaskularne i cerebrovaskularne bolesti koje su uglavnom posljedica ateroskleroze koronarnih arterija srca i moždanih arterija uzrok smrti svakog drugog stanovnika. Brojnim je istraživanjima dokazana izravna povezanost između povećane koncentracije ukupnog kolesterola u krvi, a posebno LDL-kolesterola i ateroskleroze, osobito one koronarnih i moždanih arterija, ali i onih perifernih. Značenje povećane količine triglicerida je poglavito u tome što je ona redovito praćena sniženjem koncentracije zaštitnog HDL-kolesterola u krvi. Sniženi HDL-kolesterol je čimbenik rizika vjerojatno ne manje važan od povećanog LDL-kolesterola zbog čega se danas sve više govori o dislipidemijama, a ne kao ranije, o hiperlipidemijama. Sukladno europskim smjernicama o prevenciji bolesti srca i krvnih žila svatko bi morao imati ukupni kolesterol u krvi manji od 5,0 mmol/L, a LDL-kolesterol manji od 3,0 mmol/L. Međutim, bolesnici s dokazanom koronarnom bolešću, preživjelim infarktom miokarda, TIA-om ili ishemijskim moždanim udarom te dijabetičari morali bi imati ukupni kolesterol manji od 4,5 ili, još bolje, manji od 4,0 mmol/l, a LDL-kolesterol manji od 2,5 ili, još bolje, manji od 2,0 mmol/l. Smatra se da je rizik koronarne bolesti također povećan ako je HDL-kolesterol manji od 1,0 u muškaraca ili manji od 1,2 mmol/L u žena, a trigliceridi veći od 1,7 mmol/L. To se često može postići odgovarajućom prehranom i pojačanom tjelesnom aktivnošću. Ako se time tijekom 2-3 mjeseca ne uspije normalizirati vrijednosti lipida na spomenute ciljne vrijednosti, primjenjuju se lijekovi. Za liječenje hiperkolesterolemije danas se terapijom prvog izbora smatraju statini. Prvi statin načinio je 1976. godine japanski istraživač Endo sa

suradnicima izoliravši iz gljivice *Penicillium citrinum* tvar koja je smanjivala kolesterol u krvi. Nazvao ju je kompaktin a kasnije je preimenovana u mevastatin. 1979. godine je iz gljivice *Aspergillus terreus* izoliran lovastatin (u početku nazvan mevinolin) koji je bio prvi statin odobren za uporabu 1987. godine u USA. Ubrzo je pokazano da statini, osim što vrlo snažno smanjuju ukupni i LDL-kolesterol u krvi te donekle i trigliceride, malo povećavaju i HDL-kolesterol, a imaju i niz drugih protuaterosklerotičkih pleiotropnih učinaka. Od tada se statini smatraju lijekovima koji su unijeli revoluciju u prevenciju kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti. Provjereni su u stotinama dobro kontroliranih kliničkih ispitivanja na stotinama tisuća bolesnika a desetci milijuna bolesnika uzimaju statine godinama, neki već više od dva desetljeća pa se može reći da su statini najpropisivaniji lijekovi uopće. Na našem tržištu u ovom trenutku postoje atorvastatin, simvastatin, lovastatin i fluvastatin, a uskoro će biti dostupan i rosuvastatin. Oni se daju u dozama od 20 do najviše 80 mg dnevno i to jednom navečer ili podijeljeno u 2 doze od kojih jedna obvezatno mora biti večernja. Uvijek se mora početi s najmanjom dozom koja se onda postupno povećava dok se ne postigne ciljna vrijednost kolesterola u krvi i na toj se dozi ostaje trajno.

Zaštita bubrega u hipertenzivnih pacijenata s tip II šećernom bolesti

Assoc. Prof. Biserka Bergman Marković,
MD, GP, PhD

Bubreg i srce su dva srodna sestrinska organa, etiopatogeni povezana. Dijabetes (DM) je tako veliki rizik za kardiovaskularnu bolest (KVB), da se njegova važnost izjednačuje sa postojanjem KVB. DM se uobičajeno kasno otkriva, u momentu otkrivanja šećerne bolesti 30% pacijenata ima povišeni

arterijski krvni tlak, a često se dijabetička nefropatija (DN) i DM zajedno otkrivaju zajedno. Čimbenici rizika se međusobno isprepliću, posebno dijabetes i arterijska hipertenzija, 70 % dijabetičara s DN ima hipertenziju (AH). Kontrola AH bi se morala raditi kod svakog pregleda dijabetičara, ali ga ohrabriti i na samokontrolu AH. Ciljna vrijednost AH kod DM je >130/80, a kod DN >125/80 mmHG. Danas se u preventivnim aktivnostima sve više ide prema fazi subkliničkog oštećenja organa, a u obiteljskoj medicini za oštećenja bubrega najbolji i najjednostavniji pokazatelj je povećanje kreatinina. Albumin predstavlja rani znak oštećenja bubrega i vrlo specifični znak funkcije bubrega. Ako u fazi mikroalbuminurije ne interveniramo 20% pacijenata sa DN razvit će kronični stadij bubrežne bolesti. Prihvatljiva je i metoda određivanja odnosa albumina i kreatinina, dok se određivanje kreatinina klirensa nije jednostavno i rijetko se radi, pogotovo u starijoj populaciji. Albumen je potrebno napraviti jednom godišnje od momenta dijagnoze DM. Najbolje liječenje DN je prevencija, brigom o kontroli šećera, AH i smanjenjem unosa proteina. Jesu li svi antihipertenzivni lijekovi renoprotektivni? U skali učinkovitosti na prvom mjestu su ACE inhibitori i blokatori angiotenzinskih receptora (ARB), njihova kombinacija s diureticima, i tek onda ostali. ACE djeluju na mikroalbuminuriju neovisno o AH, važni za prevenciju mikroalbuminurije, ali i za liječenje mikroalbuminurije. U makroalbuminuriji je agresivno liječenje AH nužno, preferirajući ACE, čak važnije od metaboličke kontrole. Patofiziološki mehanizam djelovanja ACE je smanjenje tlaka eferentnih arteriola u glomerulu. ARB upotrebljavamo kod alergije na ACE, kod nuspojava na ACE, ali i kod AH sa hipertrofijom lijeve klijetke i /ili srčanom greškom, bubrežnim ili jetrenim oštećenjem.

Kako koristiti scintigrafiju štitnjače u patologiji štitnjače?

Prof. dr.sc. Zvonko Kusić

Scintigrafija štitnjače je nuklearno-medicinska slikovna dijagnostička metoda koja omogućava prikaz funkcionalnog tkiva štitnjače. Za scintigrafiju štitnjače se može upotrebljavati nekoliko radiofarmaka: ^{99m}Tc -pertehnenat ($^{99m}\text{TcO}_4^-$), jod-131 i jod-123. Izbor radiofarmaka ovisi o indikaciji, dostupnosti i cijeni a u nas se najčešće upotrebljava ^{99m}Tc -pertehnetat. Dobiva se u klinici iz molibden-tehnecijskog generatora a fizikalno poluvrijeme života ^{99m}Tc je 6 sati. Daje se intravenski u dozi od 37-185 MBq (1-5 mCi), a snimanje se vrši 20-30 minuta po injiciranju radiofarmaka. Tehnecij ulazi u stanice štitnjače s jodnim transportnim mehanizmom, ali se dalje ne organificira kao jod. Također ulazi i u druga tkiva kao što su žlijezde slinovnice pa se može registrirati i u slini u usnoj šupljini ili jednjaku. Jod-123 je najbolji radiofarmak za scintigrafiju štitnjače, ali nije u širokoj upotrebi zbog visoke cijene. Jod-131 se rijetko koristi za scintigrafiju štitnjače: kod ektopične štitnjače ili retrosternalne guše i scintigrafiju cijelog tijela u bolesnika s diferenciranim karcinomom štitnjače nakon totalne tireoidektomije. Primjenjuje se za mjerenje nakupljanja ^{131}I u štitnjači - tzv. „uptake“ test, a najvažnija primjena joda-131 je u liječenju hipertireoze, toksičnog adenoma, multinodozne toksične guše i diferenciranog karcinoma štitnjače. Jod-131 je reaktorski produkt fisije Urana-235 a fizikalno poluvrijeme života mu iznosi 8 dana. Uz gama zračenje visoke energije emitira i beta zračenje koje se koristi u terapijske svrhe. Za scintigrafiju štitnjače jod-131 se daje oralno u dozi od 1.85-14.8 MBq (50-400 mCi), a snimanje se vrši nakon 24 sata.

Za scintigrafiju štitnjače danas se upotrebljava gama-kamera s tzv. «pinhole» kolimatorom (kolimator sa malim otvorom), rezolucije manje od 1 cm. Standardno se bolesnik nalazi u ležećem položaju, a snima se područje štitnjače odnosno prednjeg dijela

vrata. Vrijeme snimanja je relativno kratko i obično iznosi 5-10 minuta. Prije početka snimanja neophodan je pregled ispitanika koji uključuje uzimanje važnih podataka o bolesti štitnjače, lijekovima koje ispitanik uzima te pregled štitnjače i vrata palpacijom. U slučaju postojanja palpabilnog čvora u štitnjači utvrđuje se korelacija sa scintigrafskim nalazom.

Scintigrafija štitnjače ne zahtijeva posebnu pripremu ispitanika. Ako se pretraga izvodi u bolesnika koji primaju hormone štitnjače tada je neophodno prekinuti uzimanje hormona četiri tjedna prije pretrage. Uzimanje većih količina joda, najčešće u sastavu nekih lijekova i vitaminskih preparata uzrokuje izostanak prikaza štitnjače na scintigramu. Pretraga se ne smije izvoditi trudnicama. Ako se pretraga izvodi dojilji tada je neophodno prekinuti dojenje slijedeća 24 sata nakon izvođenja pretrage.

Normalna štitnjača scintigrafski ima oblik leptira, homogene raspodjele radiofarmaka. Indikacije za scintigrafiju štitnjače su:

1. Diferencijalna dijagnoza hipertireoze (Gravesova hipertireoza vrs. toksični adenom ili multinodularna toksična guša). U slučaju kliničkog nalaza palpabilnog čvora/čvorova štitnjače i sniženog TSH (tireotropina) neophodno je učiniti scintigrafiju štitnjače;
2. Multinodularna guša kada je nalaz palpacije neophodno usporediti sa scintigrafskim nalazom „hladnog“ ili „vrućeg“ čvora;
3. Utvrđivanje ektopičnog tkiva štitnjače;
4. Obrada nejasne mase na vratu ili substernalne mase;
5. Sumnja na subakutni ili postpartalni tireoiditis;
6. Obrada kongenitalne hipotireoze.

Scintigrafija se danas najčešće primjenjuje u obradi bolesnika s čvorovima štitnjače, osobito kada je u laboratorijskim nalazima snižen (suprimiran) tireotropin u serumu. Tada se čvor najčešće prikazuje kao „vrući“. «Vrući» čvorovi su izrazi za funkcionalne čvorove štitnjače koji intenzivnije nakupljaju radionuklid i ne zahtijevaju daljnju obradu, osim ako bolesnik ima povišene hormone štitnjače (radi se o toksičnom adenomu ili nodoznoj toksičnoj strumi). Nalazom «vrućeg» čvora na scintigramu štitnjače s

velikom vjerojatnošću se isključuje zloćudnost. U scintigrafskom nalazu koristimo izraz «hladni» čvor kada opisujemo čvor bez funkcije koji ne nakuplja radionuklid. Prikaz «hladnog» čvora je važan jer se tako prikazuje većina malignih tumora, ali nije specifičan jer su takvi čvorovi većinom dobroćudni (90-95%). «Hladne» čvorove je potrebno punktirati pod kontrolom ultrazvuka da bi se isključila maligna promjena. U bolesnika sa Gravesovom bolesti štitnjača je često difuzno uvećana, a scintigrafski se obično prikazuje, homogene raspodjele i intenzivne akumulacije radiofarmaka. Kod upala štitnjače koje mogu biti uzrok tireotoksikoze štitnjača se ne prikazuje ili je njen prikaz izrazito oslabljen, za razliku od Gravesove hipertireoze gdje je štitnjača scintigrafski intenzivno aktivitetom prikazana. Multinodularna guša se scintigrafski prikazuje kao uvećana štitnjača, nepravilnih policikličkih kontura, s čvorovima koji mogu biti „vrući“ i „hladni“.

Obzirom da tijekom razvoja štitnjača migrira, funkcionalni parenhim može se naći na različitim razinama od baze jezika (foramen coecum) do jugularne regije, a rjeđe štitnjača može biti i substernalno položena. Za scintigrafiju lingvalne, sublingvalne i substernalne štitnjače pogodniji je radioaktivni jod-123 ili jod-131. Najčešća razvojna anomalija je hemiageneza pojedinog lobusa štitnjače. Oko 4 puta češće registrira se nedostatak lijevog režnja, a poremećaj se javlja oko 3 puta češće u žena. Substernalna guša obično predstavlja ekstenziju multinodularne strume ispod razine juguluma, a iznimno rijetko je cijela struma substernalna.

Premda se uvođenjem ultrazvuka i osjetljivih laboratorijskih testova uloga scintigrafije smanjila, ona još uvijek zauzima značajno mjesto u dijagnostici, liječenju i praćenju bolesti štitnjače

Radioaktivni jod i operativni zahvat u liječenju Gravesove hipertireoze

Metode liječenja se razlikuju između institucija i regija (zemalja). Radiojod i operacija se primjenjuju kada dođe do recidiva ili neuspjeha tireostatske terapije.

Radiojod se preferira u USA a manje u Europi. Totalna tireodektomija u iskusnim rukama se preferira kao definitivno rješenje. Osim apsolutnih i relativnih indikacija za operativni zahvat bolesnici mogu imati različit pogled koji utječe na donošenje odluke.

Apsolutne indikacije za operaciju su :

- Suspektni ili dokazani malignitet
- Koegzistirajuća patologija koja zahtjeva operativni zahvat (npr. hiperparatireoidizam)
- Trudnoća ili dojenje
- Teške toksične nuspojave na tireostatike
- Velika guša koja izaziva kompresiju
- Djeca ispod 16 g

Relativne indikacije za operativni zahvat

- Oftalmopatija
- Slabo kontrolirana Gravesova bolest koja zahtijeva brzi definitivni tretman
- Bolesnice koje žele trudnoću unutar 12 mjeseci
- Bolesnici koji ne mogu imati dugoročno praćenje

U australskom ispitivanju 27% bolesnika nije imalo pravu indikaciju za kirurško liječenje Gravesove bolesti. Najčešće je to bilo izbjegavanje radiojoda..

19% bolesnika je imalo temporernu hipokalcemiju a neki bolesnici inzistiraju na subtotalnoj tireodidektomiji usprkos predložene totalne. Bolesnici preferiraju operaciju jer daje definitivnu i brzi rezultat. Čvorovi su indikacija za operaciju. Kao i kompresija ili djeca ispod 16 g. (Djeca lošije reagiraju na tireostatike). Često bolesnici imaju strah od radiojoda. Djelovanje radiojoda nastupa između 6 tj. i 6 mj. Za bolesnika je teško shvatiti kompleksnost problema. Na definitivno liječenje idu oni bolesnici čija se bolest teško kontrolira.

Spontana remisija se u djece javlja samo u 30% (s Gravesovom bolesti).- S PTU ima i smrtnih slučajeva u djece (oštećenje jetre) Kocher je 1909 dobio Nobelovu nagradu za operaciju. U USA operacija košta oko 7000 dolara. Najvažnije je iskustvo kirurga i centra.

Radiojod se primjenjuje preko 60 godina i do sada u oko 1 milijun ljudi. Detaljno je obrađeno 1200 djece i primijenjen je i u djeteta starog samo 1 g. Operacija je potrebna u guša većih od 80 grama jer tu jod nije dostatan. Radiojod uzrokuje prolaznu mučninu i blagu bol.

Neoplazme se mogu očekivati s nižim dozama a ne višim, 25 Gy (30 uCi /gr a ne sa 100 do 200 Gy 110-220 uCi/gr s kojima se u djece tretiraju zbog Gravesova bolest. Karcinomi su 5 puta češći u onih liječenih s tireostaticima nego s radiojodom. Rizik za razvoj raka štitnjače je veći u djece ispod 5 g. (kod vanjskog zračenja). Zato se i liječenje Gravesove bolesti izbjegava u djece ispod 5 g. U literaturi je opisano oko 500 potomaka od 370 liječenih radiojodom zbog Gravesove bolesti.

Glitazoni: treba li mijenjati liječenje šećerne bolesti tip II

Prim. mr. sc. Nevenka Vinter-Repalust

Dijabetes melitus ozbilna je kronična bolest koju u osnovi uzrokuju dva ključna poremećaja: inzulinska rezistencija i disfunkcija β -stanica gušterače. U bolesnika sa unapređenom šećernom bolesti tipa 2 inzulinska rezistencija prisutna je u više od 80% slučajeva.

Danas nam na raspolaganju stoje brojni oralni anti-dijabetički agensi (inhibitori glukozidaze, bigvanidi sulfonilurea i meglitinidi) koji imaju različito mjesto i različit mehanizam djelovanja.

Tiazolidindioni –glitazoni oralni antidijabetički lijekovi namijenjeni za liječenje šećerne bolesti tipa 2, poznati još i kao » senzitivatori inzulina», agonisti su staničnih PPAR γ receptora. Reduciraju glikemiju smanjujući inzulinsku rezistenciju u masnom tkivu, skeletnim mišićima i jetri.

Jedina dva tiazolidindiona u svijetu trenutno su roziglitazon i pioglitazon Glitazoni potiču produkciju

GLUT-4 i inzulin-stimuliranu translokaciju u adipocitima.

Tijekom primjene glitazona dolazi do redistribucija masnog tkiva iz visceralnog u subkutani tip.

Brojne su studije ispitivale e učinkovitost glitazona:

- **ADOPT** studija pokazala je da roziglitazon znatno duže od najšire korištenih oralnih lijekova za liječenje DM tipa 2 –metformina i SU glibenklamida (57 mjeseci=gotovo 5 godina) održava vrijednosti HbA1c ispod 7% što su ciljne vrijednosti liječenja po preporukama ADA-e (American Diabetes Association)
- **DREAM** studija pokazala je potencijal roziglitazona u predijabetesu, rosiglitazon u dozi 8 mg/dan reducira progresiju u novi DM tip 2 za 62% kod bolesnika sa IGT/IFG u usporedbi s placeboom što navode na razmišljanje da roziglitazon treba koristiti što ranije u samom dijabetesu tipa 2
- Zabrinutost oko primjene roziglitazona izazvala je 2007.godine godine meta-analiza 42 kliničke studije (**Nissen SE et Wolski K. N Eng J Med 2007;356:2457-71.**) koja je ustvrdila da bi primjena roziglitazona mogla biti povezana sa povećanim rizikom za infarkt miokarda.
- **RECORD** studija ima za cilj procijeniti kardiovaskularne ishode tijekom primjene roziglitazona još nije gotova, specifična situacija zahtijevala je da se objavi interim analiza (privremena analiza) čiji rezultati pokazuju da primjena roziglitazona nije povezana sa povećanim rizikom od kardiovaskularne smrti u bolesnika sa tipom 2 šećerne bolesti.

Iste zaključke su polučile i **VADT** i **ACCORD** studije objavljene u 7 mj. 2008.godine.

Slijedom toga izdano je priopćenje za javnost Europske medicinske agencije objavljeno 18.10.2007: «Dobrobiti (benefiti) liječenja tiazolidindionima nadilazi rizike primjene tih lijekova u tipu 2 šećerne bolesti...liječnici bi trebali nastaviti sa propisivanjem roziglitazoma sukladno podacima iz Sažetka opisa

svojstava lijeka.» Što više u veljači 2008. odobrena je primjena inzulina i roziglitazona naravno u samo u iznimnim slučajevima i uz pomni nadzor.

Brojne epidemiološke studije pokazuju da samo 1/3 bolesnika postiže ciljne vrijednosti HbA1c. Svakako da trebamo puno toga promijeniti. Mi predlažemo:

- Rana intervencija (posebice sa lijekovima koji su usmjereni na osnovni uzrok T2DM)
- kombinirana terapija treba uključivati agense sa komplementarnim mehanizmima djelovanja (metformin+glitazoni)
- Usmjeriti se na insulinsku rezistanciju (tiazolidindioni)
- Trajna kontrola glikemije 1 (tiazolidindioni-ADOPT)

Veće učestće obiteljskih liječnika u tretmanu T2D

Kako odrediti rizik samoubojstva u obiteljskoj medicini?

Suzana Kumbrija, dr.med. spec.opće med.

Suicid kao kompleksan fenomen privlači pažnju kroz stoljeća raznih filozofa, psihijatar, sociologa, teologa. Tako je još francuski psihijatar Esquirol smatrao da je svatko tko izvrši suicid duševno bolestan, a njemački psihijatar Kraepelin da je samo 30% počinitelja suicida manifestno duševno bolesno. Francuski filozof Camus smatrao je suicid jedinim ozbiljnim filozofskim problemom- da li netko može živjeti ili odabire umrijeti.

S medicinskog gledišta suicid je inkopatibilan s osnovnim biološkim nagonom, a to je nagon za samoodržanjem.

Koliko je problem suicida velik govore i činjenice da je u zadnjih 50-tak godina stopa suicida u nekim zemljama porasla za oko 60%, da je 2000. godine oko milijun ljudi u svijetu počinilo suicid, da svakih 40 sekundi netko u svijetu počini suicid, da je suicid

na trećem mjestu uzroka smrti u dobnoj skupini od 15.-44.godine.

1999.g.WHO pokreće svjetsku inicijativu za prevenciju suicida (SUPRE).

Uloga obiteljske medicine u prevenciji suicida je rano prepoznavanje osoba koje su u riziku adekvatno liječenje i intervencija. To je moguće zbog kontinuiteta zdravstvene zaštite koju provodi obiteljska medicina, jer dobro pozna pacijenta i njegovu obitelj, ima trajni i blizak kontakt sa pacijentom i lako je dostupna.

Stopa suicida (broj počinjenih samoubojstava na 100.000 stanovnika godišnje) je najveća u zemljama bivšeg SSSR-a (Latvija-42,5; Litva 42,; Rusija-37), Slovenija i Mađarska imaju oko 25, Hrvatska oko 19, a najnižu, Gvatemala 0,5 Filipini 0,5 i Albanija 1,4.

U Hrvatskoj postoji velika regionalna razlika u stopi suicida, bitno je manja u mediteranskom dijelu nego u kontinentalnom, te sezonska varijacija tijekom godine-najviše osoba ubije se u proljeće.

Prema podacima WHO muškarci se ubijaju 4x više od žena ali žene češće pokušavaju suicid. Interesantno je da je suicid češći kod udanih žena nego kod oženjenih muškaraca i kod žena koje nisu rađale.

Ako pogledamo dob počinitelja suicida prema WHO postoje dva vrha-prvi je u dobnoj skupini od 15-35. godini života a drugi iznad 75. godina. Suicidalno ponašanje kod djece i adolescenata najčešće je rezultat depresije, emocionalnih i socijalnih problema te ovisnosti. U visokom su riziku djeca razorenih i nefunkcionalnih obitelji, zlostavljana djeca s niskim samopoštovanjem. Kod adolescenata veća učestalost suicida povezana je i s lošim uspjehom u školi, lošim odnosom sa ljubavnim partnerom i problemom seksualnog identiteta.

Među zanimanjima najveća stopa suicida je prisutna kod liječnika, veterinara, kemičara i farmaceuta.

Najčešći načini izvršenja suicida u 2002.godini u Hrvatskoj bilo je vješanje, pa vatreno oružje.

Shizofreni bolesnici vrše suicid najčešće vješanjem, (svaki peti počini suicid) a u povećanom riziku su

mlađi, visoko obrazovani, nezaposleni muškarci, samci, češće u ranom stadiju bolesti, češće ako su paranoični, depresivni.

U faktore suicidalnog rizika spadaju: muški spol, starija životna dob, usamljenost, nezaposlenost, neprepoznata i neliječena krizna stanja, nasljedni faktori, postojanje duševne ili kronične tjelesne bolesti.

90% osoba koje počine suicid imali su psihičku bolest (depresiju, alkoholizam, SCH, poremećaj osobnosti, zlouporabu psihoaktivnih tvari) a 60% u tom trenutku bilo je depresivno. Povišeni rizik od suicidalnog ponašanja imaju terminalni bolesnici, bolesnici s neoplazmama (češće muškarci, odmah iza postavljanja dijagnoze i za vrijeme kemoterapije), bolesnici sa jakim bolovima i ozljedama mozga i leđne moždine, bolesnici s AIDS-om, MS, oni s prethodnim pokušajem suicida (rizik ponovljenog suicida najveći je u prvoj godini nakon pokušaja).

Nedavni stresni događaji koji mogu povećati rizik od suicidalnog ponašanja su: razvod, žalovanje, obiteljski problemi, gubitak posla, novčani gubitak, gubitak romantične veze, naročito u mladima, sram ili opasnost da će biti objelodanjena krivica.

Osjećaji i razmišljanja suicidalnih osoba isti su u cijelom svijetu i ne smijemo ih ignorirati.

Osjećaji: tužan, depresivan, usamljen, bespomoćan, očajan, bezvrijedan.

Razmišljanja: želim da me nema, ne mogu učiniti više ništa, sve sam od sebe dao, ja sam gubitnik i višak, svi će biti sretniji bez mene.

Ambivalentnost, impulzivnost i rigidnost su glavne karakteristike suicidalnog pacijenta. Kako ovo iskoristiti i pomoći? Mnogo suicidalnih osoba nije potpuno sigurno želi li umrijeti, nesretni su sa životom, očajni te pravodobni suport može smanjiti rizik. Suicid je impulzivni akt, pokrenut najčešće lošim danom ali kao i svaki drugi impuls prolazi kroz nekoliko minuta ili sati i ako smo u prilici biti uz njih u određenom trenutku, možemo reducirati želju za suicidom. Sve misli, osjećaji, akcije suicidalnih osoba usmjerene su na taj čin, te osobe nesposobne su da vide izlaz iz

problema. Ponudimo li im neka nova rješenja, postoji mogućnost i da spriječimo suicid.

Ako imamo pred sobom pacijenta u suicidalnom riziku trebamo ga slušati s toplinom, respektirati njegova razmišljanja i stavove, razumjeti njegove osjećaje, pokazati brigu i toplinu za njegove osjećaje, davati neverbalne znakove prihvatanja i uspostaviti odnos pun uvažavanja i povjerenja. Kroz razgovor pokušati saznati i procijeniti stvarni suicidalni rizik, tj. procijeniti namjeru, plan ili metodu kako misli okončati život.

Ako je suicidalni rizik mali (emocionalna uznemirenost, neodređene ideje i misli o smrti, još nema plana) slušati ga s empatijom i probati identificirati podršku (obitelj, prijatelji). Ako pacijent ima suicidalne ideje i psihijatrijski poremećaj ili neki od teških životnih stresora uputiti ga psihijatru, a ako je uz to još i agitiran ili je imao već prethodni pokušaj suicida trebamo ostati uz njega do organiziranja hospitalizacije kako bi prevenirali čin.

Depresija i duševno zdravlje

Prof.dr.sc. Sanja Blažeković Milaković,
specijalist obiteljske medicine

Mentalne bolesti u Hrvatskoj se nalaze na 10. mjestu morbiditeta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) s udjelom od 3,8%.

Slijedom Europske komisije mentalno zdravlje definirano je kao stanje u kojem je osoba sposobna: savladavati negativne životne stresne događaje, raditi produktivno i plodonosno, te ostvariti doprinos zajednici.

WHO procjenjuje da će **25%** osoba diljem svijeta razviti **jednu ili više mentalnih bolesti ili poremećaja ponašanja** tijekom života i izdvaja bolesti koje dovode do očajavajuće zabrinutosti: depresija, ovisnost, alkohol, cigarete, schizofrenia.

Naročitu pažnju izazivaju djeca i adolescenti, jer 10%-

20% pate od mentalnih bolesti i poremećaja ponašanja. Novije kanadske i američke studije bilježe **najveću stopu prve pojave depresije (1,4%–9,1%) među mladima** (od 12 do 24 godine starosti), a **najnižu stopu (1,3%–1,8%) među starijima od 65 godina**.

Komisija Europske zajednice (EZ) procjenjuje da **jedan od četiri Europljana** pati od barem jednog mentalnog problema tijekom života. Depresija je jedan od glavnih uzroka nesposobnosti u EZ, a 2020. depresija će biti najčešći uzrok bolesti u razvijenom svijetu.

Osobe s depresijom više su onesposobljene u socijalnoj komunikaciji nego osobe s drugim kroničnim nezaraznim bolestima (hipertenzija, dijabetes, artritis). Osim toga depresija može pogoršati bolesti kao što su dijabetes i koronarna bolest.

Obiteljski liječnik ima idealnu poziciju i specifične značaje rada u zbrinjavanju ovih bolesti: prvi kontakt (ulazak u zdravstveni sustav), prva odluka o sudbini pacijenta, pacijentu usmjeren srb, upućivanje na konzultacije, sažimanje timskog rada, kontinuitet skrbi, kućno liječenje, kontinuirani rad s obiteljima.

To je razlog zbog kojeg je Svjetska zdravstvena organizacija izradila preporuke da depresija mora biti zbrinjavana na primarnoj razini. Zdravstveni profesionalci razlikuju mentalne bolesti prema znacima, simptomima i funkcionalnom popuštanju

Znakovi se mogu objektivno dokumentirati (ubrzano disanje, lupanje srca).

Simptomi iskazuju subjektivne osjećaje (beznađe, radost).

Postoji niz skala i instrumenata za probir depresivnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Najčešće korištene skale za procjenu depresije, kojima se procjenjuju težina i učestalost simptoma su:

- Beck Depression Inventory (BDI),
- Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D),
- Geriatric Depression Scale (GDS),

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS),
- Zung Self Assessment Depression Scale (Zung SDS).
- Najčešće korišteni instrumenti za procjenu depresije, koji zbrajaju određene simptome na kojima se zasnivaju kriteriji depresije, su: Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD),
- PRIME-MD Patient Health Questionnaire Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care (SDDS-PC),
- PRIME-MD Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

Ipak, prepoznati, dijagnosticirati i pravilno je liječiti u obiteljskoj medicini je teško. Problem na kojeg ukazuju znanstveni podatci jest da su depresivni poremećaji neprepoznati u 50% slučajeva u PZZ, a više od 70% nema odgovarajuće liječenje.

Pacijent s **depresijom često dolazi liječniku s nekom tjelesnom tegobom, što pogoduje neprepoznavanju** od strane obiteljskog liječnika. S druge strane ako je prepoznata često se propisuju antidepresivi, ali nepravilno ili neodgovarajućih doza. Uzimanje terapije je diskontinuirano a praćenje slabo i nedovoljno što kompromitira ishod liječenja (pitanje kontroverza liječenja).

S obzirom na ulogu liječnika obiteljske medicine u prevenciji i ranom otkrivanju bolesti, a značaj važnosti prvog susreta sa svojim pacijentom treba naglasiti da prevalencija ovisi o izloženosti rizičnim čimbenicima koje je precipitiraju ili podržavaju. Dva najčešće spominjana čimbenika rizika su niski **socioekonomski status** (niski prihodi i financijski problemi, nezaposlenost, poslovni stres, socijalna izoliranost i loši uvjeti stanovanja) i **ženski spol**.

Većina pacijenata za koje skrbe liječnici obiteljske medicine imaju **rekurentne depresivne poremećaje** i gledajući iz perspektive cijelog života i kontinuiteta praćenja često su bilo u prodromalnoj ili rezidualnoj fazi i imaju visoku prevalenciju psihijatrijskog i somatskog komorbiditeta.

Efikasna upotreba antidepresivnih lijekova

Mr. sc. Stanka Stojanović-Špehar,
specijalist obiteljske medicine

Prevalencija depresije je u svjetskim razmjerima oko 10%, a u Europi prosječno 5%. Međutim, prema projekcijama Svjetske zdravstvene organizacije, 2020.god., depresija će biti drugi razlog DALY (godina života sa dizabilitetom). Takav dizabilitet se ne može objasniti samom stopom prevalencije i njenim stalnim porastom nego se tumači djelomično recidivirajućim karakterom bolesti, a djelomično neodgovarajućim liječenjem.

Cilj izlaganja je bio iznijeti današnje nedoumice u terapiji depresije s posebnim osvrtom na terapiju skupinom lijekova reverzibilnih inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI).

Prva nedoumica u liječenju depresije je sama definicija antidepresiva kao lijekova učinkovitijih u terapiji depresije od samog placeba. I s novim antidepresivima terapijski odgovor se javlja najmanje nakon 2 do 6 tjedana. Rizik ponavljanja depresije nakon prve epizode je 50%, nakon druge 70%, a nakon treće 90%. Radi prevencije recidiva terapiju je potrebno nastaviti godinu dana nakon remisije u prvoj epizodi te godinu do dvije nakon druge i do pet godina nakon treće ili više epizoda s time da se remisija može pojaviti i pod terapijom antidepresivima. Britanske nacionalne smjernice kao prvu liniju u liječenju depresije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti preporučuju lijekove iz skupine SSRI. Prednost ove u odnosu na stariju skupinu antidepresiva (triciklički) predstavlja izostanak teških kardiovaskularnih nuspojava te umanjениh kognitivnih i psihomotornih sposobnosti. Dobre su podnošljivosti i tijekom dugotrajne primjene te manje toksičnosti i kod predoziranja, čime se djelomično tumači i smanjena stopa suicida. Uglavnom se doziraju jednom dnevno.

Nisu po učinkovitosti nadmašili starije antidepresive.

Manje su učinkoviti u bolesnika s teškom depresivnom epizodom i/ili melankolijom, a jedino su učinkovitiji od tricikličkih antidepresiva u žena generativne dobi. I njihovo djelovanje je s latencijom od 3 do 4 tjedana.

Zbog farmakokinetičke interakcije mogu potencirati učinak drugih lijekova. Najčešće nuspojave SSRI su glavobolja, nesanica, razdražljivost, seksualna disfunkcija s kvantitativnom razlikom među pojedinim podskupinama. Premda o SSRI-ma govorimo kao o jedinstvenoj skupini, svaka podskupina: fluvoksamini, fluoksetini, sertralini, paroksetini, citalopram i escitalopram djeluje osim na ponovnu pohranu serotonina i preko drugih mehanizama uz što se javljaju i specifične nuspojave. Razlikuju se međusobno i po djelovanju na pojedine cyp enzime i interakciji s lijekovima koji preko njih djeluju. Farmakokinetički su najneutralnije novije podskupine escitalopram i citalopram.

Kao i kod starijih antidepresiva i kod upotrebe lijekova iz skupine SSRI treba voditi računa pri prekidu terapije o fenomenu sustezanja. Kao zaključak treba naglasiti da je neophodno dobro poznavati mehanizam djelovanja i nuspojave pojedinih antidepresivnih lijekova te znati koje su općenito mogućnosti liječenja antidepresivima. Ostaju dileme kada treba započeti liječenje depresije jer u prvih mjesec dana trajanja simptoma, dolazi do spontane remisije u do 50% depresija te treba li započeti farmakoterapiju i kod blagih oblika depresije.

Alzheimerova demencija versus vaskularna deficijencija

Prof. dr. sc. Slava Podobnik-Šarkanji,
neurolog

Alzheimerova demencija

Alzheimerova demencija /AD/ je najčešći oblik demencije; incidencija se udvostručuje svakih 5 godina

nakon 60. godine života. Najčešća je neurodegenerativna bolest.

Epidemiologija:

1. dob: javlja se uglavnom iza 50. godine života: u dobi od 65 god. prevalencija je 1 do 2%, u dobi od 75 godina 15%, a u dobi od 85 godina 35 do 50%
2. Obiteljska anamneza: oko 20% oboljelih od AD ima jednog ili više rođaka s AD -ustanovljene su razne genske mutacije: mutacija na APP genu, na presenilinu 1, presenilinu 2, APOE polimorfizam. Homozigoti s e 4 alelom imaju veću vjerojatnost za razvoj demencije
3. spol i izobrazba: ženski spol je podložniji, a veća izobrazba znači i manji rizik za nastanak AD
4. trauma glave
5. metabolički sindrom: dijabetes, hiperlipoproteinemija, hipertenzija, prekomjerna tjelesna težina, smanjena fizička aktivnost

Patološke promjene:

Atrofične promjene počinju u entorinalnom korteksu i hipokampusu postepeno zahvaćaju ostali dio mozga /osim okcipitalnog korteksa/. Mikroskopski nalazimo amiloidne plakove i neurofibrilarne čvorove.

Dijagnostički kriteriji:

U postavljanju dijagnoze služimo se DSM –IV kriterijima i NINCDS-ADRDA kriterijima.

DSM-IV kriteriji se češće upotrebljavaju: **A.** A1. oštećenje pamćenja, A2. najmanje jedno od navedenog: oštećenje prosuđivanja, afazija, apraksija, agnozija

B. Oštećenje u A1 i A2 tako da utječe na socijalni i radni životni aspekt- nedostatak čimbenika koji bi upućivali na oštećenje mozga, intoksikaciju ili delirij

C. Postepeno i kontinuirano pogoršanje kognitivnog funkcioniranja

D. Isključene druge neurološke i psihijatrijske bolesti

Klinička slika: klinički nalazimo poremećaj u sferi pamćenja, mišljenja, razumijevanja i prosuđivanja, poremećaj funkcije dominantne ili nedominantne hemisfere, poremećaj uvida i emocionalnu labilnost.

Pri postavljanju dijagnoze važno je učiniti fizikalni i neurološki pregled, psihološke testove, laboratorijske testove: KKS, GUK, hormone štitnjače, elektrolite, kreatinin, transaminaze i jetrene probe, serologiju na sifilis, AIDS, EKG, rtg pluća, MRI mozga, ev, PET ili SPECT.

Kod oboljelih od Alzheimerove demencije česti su psihički poremećaji: agitacija, lutanje, depresija, psihoza, nasilnost, izraženi seksualni porivi.

Liječenje

Liječenje je simptomatsko. Daju se lijekovi iz grupe *kolinergičnih agensa*: donepezil, rivastigmin, galantamin ili *nekolinergičnih agensa*: memantin.

Terapija poremećaja ponašanja i psihijatrijskih poremećaja:

Agitacija: atipični neuroleptici /quetiapine, olanzapin, risperidon,; benzodiazepini: /apozalam, lorazepam/

Depresija /citalopram, sertralin, fluoxetin/

Nesanica /zolpidem, aprolazam, trazodon/

Vaskularna deficijencija

Cerebrovaskularne promjene su drugi najčešći uzrok demencije.

Vaskularna demencija /VaD/ je samo jedan oblik u okviru poremećaja vaskularne deficijencije/VD/. Vaskularna deficijencija podrazumijeva kognitivni poremećaj uz prisutnu cerebrovaskularnu bolest.

Epidemiologija

Incidencija za VaD je 11 na 1000 osoba godišnje starijih od 65 godina. Oko 25 do 32% osoba s moždanim udarom razvije demenciju unutar 3 mjeseca poslije udara.

Dijagnoza:

- Dijagnoza uključuje: kliničku sliku, neuroradiološke preglede, patološki nalaz. Hachinski je 2006. god. predložio vodič za dijagnostiku VaD. 1975. god. je Hachinski objavio ishemijski bodovni skor koji obuhvaća:
 - 1. nagli nastup 2
 - 2. postupno propadanje 1
 - 3. promjenjiv tijek 2
 - 4. noćna konfuzija 1
 - 5. razmjerno sačuvana ličnost 1
 - 6. depresija 1
 - 7. somatske poteškoće 1
 - 8. emocionalna inkontinencija 1
 - 9. hipertenzija 1
 - 10. moždani udar u anamnezi 2
 - 11. ateroskleroza 1
 - 12. fokalni neurološki simptom 2
 - 13. fokalni neurološki znaci 2

Maksimalni broj bodova je 18. Više od 7 bodova govori u prilog vaskularne demencije, manje od 4 boda u prilog Alzheimerove demencije.

Za postavljanje dijagnoze služimo se: DSM –IV kriterijima, ICD-10 kriterijima, ADDTC kriterijima, NINDS-AIREN kriterijima.

Prema DSM-IV kriterijima:

Za postavljanje dijagnoze VaD moraju biti zadovoljena 3 kriterija:

1. Demencija: poremećaj pamćenja koji utječe na svakodnevno funkcioniranje. Nema podataka o poremećaju svijesti.
2. Cerebrovaskularni poremećaj: postepeni progresivni tijek i pojedinačni ispadi. Fokalni neurološki simptomi i znaci.
3. Podaci anamnestički ili evidentno klinički, ili laboratorijski koji ukazuju na cerebrovaskularnu bolest kao uzrok smetnji.

Patološki nalaz

Nema jasnog kriterija za dijagnozu VaD ili VD. Postoje heterogena vaskularna oštećenja koja ponekad nisu

vidljiva neuroradiološkim tehnikama. Patološki nalaz otkriva promjene koje su podloga za nastanak CVI: ateroskleroza, arterioskleroza, amiloidna angiopatija, CADASIL.

Neuropsihološka evaluacija

- Nema tipičnog kognitivnog poremećaja koji karakterizira vaskularnu deficijenciju
- Oštećeni mogu biti u različitom intenzitetu: pažnja, govor, vizuospacijalne sposobnosti, pamćenje, ovisno o mjestu vaskularnog oštećenja
- Infarkti u opskrbnom području velikih cerebralnih arterija imaju tipične kognitivne ispade:

MCI- afazija /dominantna hemisfera/, zanemarivanje (nedominantna hemisfera)

MCA –apatija, abulija, akinetski mutizam

ACP- amnezija, anosmia, agnosia

Neuropsihološki protokol mora biti osjetljiv na široku paletu kognitivnog oštećenja

Magnetska rezonanca mozga i kliničke značajke

- MRI je “zlatni standard “ za određivanje morfoloških promjena u postavljanju dijagnoze VD

Promjene koje nalazimo mogu biti:

Simptomatski infarkt: kortikalni ili subkortikalni (veličine 3 do 15 mm u području penetrantnih arteriola)

Nijemi infarkti: - bez popratnih kliničkih znakova- male lezije do 3 mm vidljive u subkortikalnoj sivoj ili bijeloj tvari, broj raste s dobi i hipertenzijom

Hiperintenzivne lezije bijele tvari: simptomatske ili asimptomatske- nastaju zbog stenoze arteriola zbog arterioskleroze, amiloidne angiopatije, CADASIL. Patološki se radi o gubitku mijelina i oštećenju aksona

Mikrohemoragije: krvarenja veličine do 5 mm- nastaju kod hipertoničara, CADASIL, cerebralne amiloidne angiopatije

Hipokampalna atrofija: prisutna kod AD, volumen

hipokampusa je kod VD sačuvan

Kortikalna atrofija: tipična za AD ali je prisutna i kod VD. Atrofija kortikalne sive tvari je prediktor za kognitivna oštećenja

Liječenje

Primarna prevencija: epidemiološke i kliničke studije pokazuju da liječenje hipertenzije značajno smanjuje rizik nastanka demencije - čak do 55% (Peila et al 2006, Forette et al 2002)

Opće je važno sve promjenjive faktore rizika eliminirati

Sekundarna prevencija: eliminiranje čimbenika rizika kod osoba s moždanim udarom.

Tercijarne mjere: djelovanje na kognitivne smetnje, ponašanje i raspoloženje

Do sada primjenjivani lijekovi imaju slab efekt: piracetam, nicergoline, citicoline, pentoxifilin, nimodipin, triflusal, ginkgo biloba (Kaye 2002)

Nimodipin nije pokazao značajnog utjecaja na demenciju (Pantoni 2005)

Memantine je pokazao poboljšanje kognitivnog funkcioniranja, stabilizaciju stanja (Orgogozo 2002)

Inhibitori kolinesteraze su također ispitivani u VD (uglavnom nisu registrirani za tu dijagnozu)

Depresija: daju se selektivni inhibitori serotonina (SSRI)

Psihoteične manifestacije, agitacija (puno su rijeđe u odnosu na AD: risperidon, olanzapine, quetiapine)

Prognoza

- Kognitivno propadanje je sporije kod VD u odnosu na AD
- Mortalitet je veći kod VD nego kod AD

Erektina disfunkcija

Doc. dr. sc. Hrvoje Tiljak, specijalist obiteljske medicine

Ereksijska disfunkcija (ED) se definira kao trajna ili ponavljajuća nemogućnost muškarca da postigne i/ili održi erekciju penisa dostatnu za uspješan spolni odnos. Populacijska istraživanja, jednako kao i istraživanja provedena u zdravstvenim ustanovama pokazala su da je učestalost problema veća nego što je zabilježena u službenoj zdravstvenoj statistici. Razlog je nesklonost osoba s problemima da potraže pomoć i odsustvo odgovarajućih službi za rješavanje zdravstvenih problema vezanih za seksualnost.

Zajednički uzrok ED su bolesti modernog načina života u razvijenom svijetu. Tako su za organski uzrokovana ED najčešće krive bolesti krvožilja čiji su glavni čimbenici: debljina, hipertenzija, hiperlipidemija i šećerna bolest. Psihološki uzrokovana ED se povezuje sa stresnim načinom života koji je određen promjenama vrijednosnih sustava i životnog stila, smetnjama raspoloženja i intimnoj asocijalnosti.

U dijagnostičkom pristupu važno je rano odijeliti organsku od psihološke ED. U uvjetima rada u obiteljskoj medicini to je moguće učiniti postavljanjem karakterističnih pitanja o spontanoj erekciji, erekciji pri masturbaciji i erekciji pri promjeni partnera. Ukoliko erekcija postoji u sva tri slučaja velika je vjerojatnost da se radi o psihološki uvjetovanoj ED. Također, potrebno je provjeriti postoje li karakteristične bolesti krvožilja koje su ranije navedene i koje je dobi pacijent. Pojava ED u dobi iznad 40 godina starosti i postojanje bolesti krvožilja ukazuju da je ED vjerojatnije organskog porijekla.

U daljnjem pristupu ED za liječnika obiteljske medicine je važno odijeliti individualni problem (koji može biti organski ili psihološki) od problema veze koji također može biti uzrok ED. Individualni psihološki problem može se liječiti jednako kao i problem veze - psihoterapijskim intervencijama različite vrste. Ukoliko se utvrdi da se radi o

parafilijama, potreban je veliki oprez u pristupu liječenja. Potrebno je oprezno usklađivati ciljeve liječenja od strane liječnika i od strane pacijenta, što u nekim slučajevima znači da će liječnik morati odbiti nastaviti liječiti pacijenta čiji su ciljevi liječenja neprihvatljivi.

U liječenju organski uvjetovane ED na raspolaganju su kirurške i medikamentozne intervencije. Od kirurških intervencija u obzir dolaze lokalni korektivni zahvati i ugradnja penilne proteze, odnosno proteze kavernoznih tijela penisa. Medikamentozna terapija uključuje inhibitore difosfoesteraze (PDE5 inhibitori) i prostaglandinske preparate (PGE1 sredstva) koji djeluju vazoaktivno na krvožilje spolovila. Inhibitori difosfoesteraze djeluju tako da se na seksualnu stimulaciju pojavi erekcija. Razlika u djelovanju pojedinih preparata je upravo na polju pojave i zadržavanja erekcije. Efekt *sildenafil* se zadržava 8 sati, djelovanje *ildenafil* nastupa brže nego ostalih lijekova, a djelovanje *tadalafil* je najduže i traje preko 24 sata. Obzirom da djeluju samo uz seksualnu stimulaciju, te lijekove treba uzimati prigodno i ne više od 1 tablete najvećeg pripravka dnevno. Nuspojave tih lijekova su ozbiljne jer se radi o vazoaktivnim lijekovima, pa je zadatak liječnika obiteljske medicine pacijentu ponuditi precizno objašnjenje o načinu korištenja i rizicima korištenja ovih lijekova. Prostaglandinski preparati se apliciraju direktno u kavernožno tijelo spolovila i uzrokuju brzi nastanak erekcije bez potrebe stimulacije. Zbog nepraktičnosti i neugodnosti primjene rijetko se koriste u liječenju ED.

Iako raširena, upotreba inhibitora difosfoesteraze u rekreativne svrhe u oba spola nije prihvatljiva. Osim što nema nikakvog dokazanog pozitivnog efekta, upotreba vazoaktivnog lijeka može biti vrlo opasna.

Radioterapija, hormonalno liječenje ili kirurška intervencija kao mogućnosti liječenja raka prostate

Prim. dr. sc. Hrvoje Šobat, dr. med.
specijalist radioterapije i onkologije

Rak prostate najčešća je zloćudna bolest muškaraca u razvijenom svijetu, a u Hrvatskoj je prema incidenciji na drugom mjestu, nakon tumora pluća.

Svakodnevno se susrećemo s tri oblika zloćudnih tumora prostate: onima koji vrlo sporo rastu i u kojih je lokalno liječenje nepotrebno, onima koji su toliko agresivni da lokalno liječenje značajno ne pomaže i velike skupine tumora koji su umjereno agresivni i u kojih lokalno liječenje može polučiti značajno produljenje života. Kontinuirano se nastoji iznaći kriterije za što točnije definiranje prognoze bolesti kako bismo u pojedinih bolesnika mogli izbjeći pre- ili pod- tretiranje.

Kao posljedica intenzivnog provođenja probira u određenim dobnim skupinama muškaraca otkriva se sve više supkliničkih oblika bolesti za koje nitko na svijetu ne može sa sigurnošću tvrditi da li ih je uopće bolje liječiti ili samo pratiti, s obzirom na očekivano trajanje života koje možda neće biti dovoljno dugo da bi novootkriveni tumor prostate uzrokovao patnje i/ili smrt. Tipičan primjer je pacijent star 65 godina s tumorom prostate stadija T_{1c} i stupnjem zrelosti izraženim Gleason zbrojem 6.

U takvih se pacijenata kao razumna alternativa operaciji ili zračenju često preporučuje intenzivno praćenje iz više razloga:

1. Screening otkriva brojne tumore prostate koji predstavljaju niski rizik po život bolesnika;
2. Pacijenti u toj skupini mogu se otkriti s razumnom razinom sigurnosti;
3. Nema bezopasnog i besplatnog liječenja;

4. U slučaju da kriteriji niskog rizika s vremenom prerastu u višu kategoriju nije kasno za izliječenje;
5. Psihološko opterećenje od neliječenog raka prostate ima manji utjecaj na kvalitetu života od posljedica nepotrebnog kurativnog liječenja.

Prirodan tijek razvoja raka prostate vrlo je dug. Istraživanja kadavera pokazuju da bolest tipično nastaje tijekom trećeg ili četvrtog desetljeća života. U većine pacijenata spora supklinička progresija traje oko 30 godina, nakon čega slijedi klinički manifestan razvoj koji nakon diseminacije neliječene bolesti do smrti traje i do 15-tak godina. Prema tome mnogi pacijenti, osobito oni s povoljnim prognostičkim pokazateljima, imaju dugo razdoblje tijekom kojeg mogu biti izliječeni. Vrijeme od biokemijskog otkrivanja bolesti na temelju povišene vrijednosti PSA do kliničke bolesti većina autora procjenjuje na oko 10 godina.

Aktivno praćenje podrazumijeva intenzivan redoviti nadzor pacijenta, određivanje kriterija za intervenciju koji bi na vrijeme ukazali na agresivan tijek bolesti i koji ne bi rezultirali u nepotrebno intenzivnom liječenju, te aktivnu komunikaciju s pacijentom i njegovom

obitelji kako bi se umanjio psihološki pritisak na kvalitetu života uz neliječenu zloćudnu bolest.

Kada razmatramo potrebu za liječenjem raka prostate rukovodimo se najznačajnijim čimbenicima rizika (TNM stadij, zrelost tumora - Gleason zbroj i vrijednost PSA) prema kojima razlikuje tumore niskog srednjeg i visokog rizika, kako je prikazano u Tablici 1.

Operacija ili praćenje bolesnika?

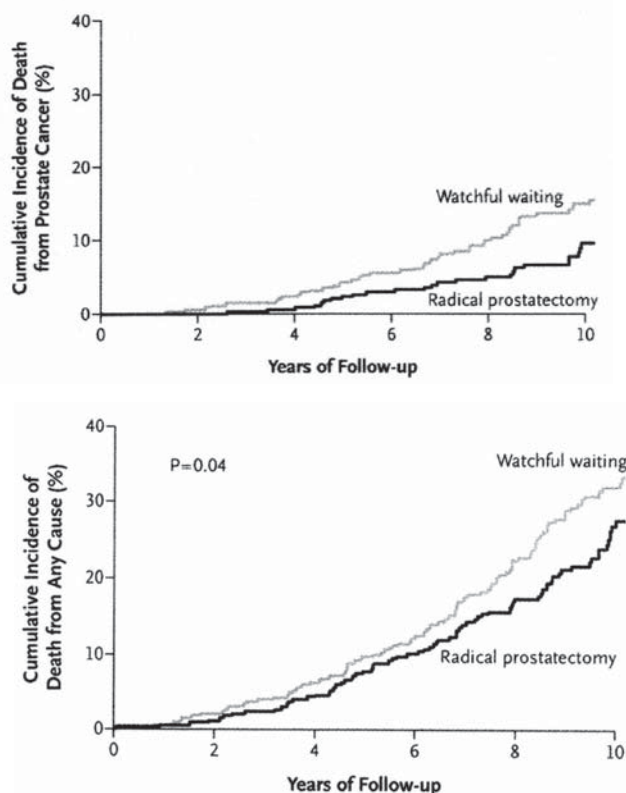
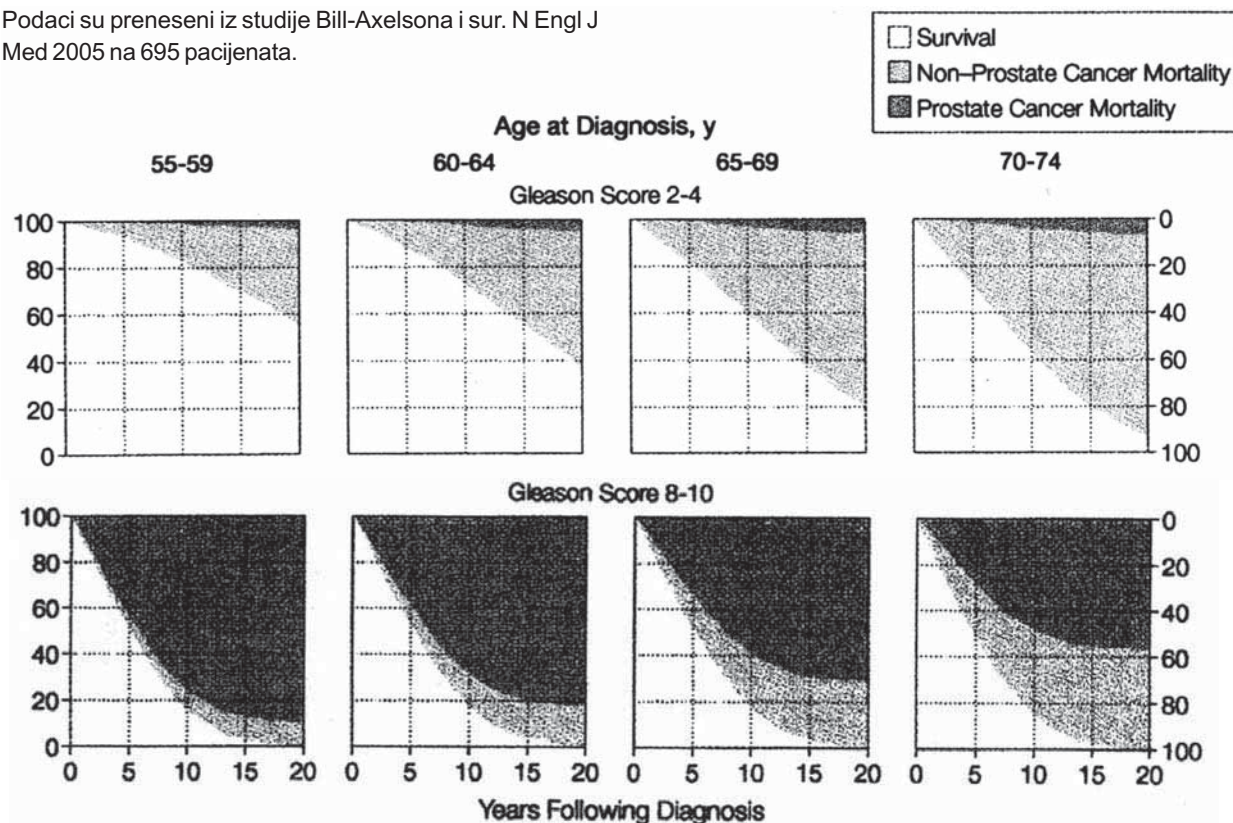
Uz tradicionalno prihvaćene čimbenike rizika uvodi se zbog često sporog i indolentnog tijeka bolesti i kategorija očekivanog trajanja života. Istraživanja su pokazala različito visok rizik bolest specifične smrtnosti od raka prostate u pojedinim dobnim skupinama i vrstama raka prostate što također treba uzeti u obzir.

Razmatrajući odnos prostatektomije i promatranja bolesti možemo uočiti kako statistički značajna razlika nastupa nakon određenog broja godina od početka praćenja i može se pratiti kako kod bolest specifičnog tako i ukupnog mortaliteta.

Tablica 1.

Prognostička skupina	Očekivano trajanje života (godine)	Mogućnosti liječenja liječenja		
		I izbor	II izbor	III izbor
Niski rizik T1-T2a i GS 2-6 i PSA <10ng/ml	<10 <10	praćenje praćenje	RT RT	OP
Srednji rizik T2b-T2c ili GS 7 ili PSA 10-20 ng/ml	<10 <10	praćenje OP	RT RT	OP
Visoki rizik T3a ili GS 8-10 ili PSA>20 ng/ml		RT+HT	OP (osim T3)	
Uznapredovali tumor T3b-T4		RT+HT	HT	OP + LY
Metastatski N1 M1		HT HT	RT+HT KT	

Podaci su preneseni iz studije Bill-Axelsona i sur. N Engl J Med 2005 na 695 pacijenata.



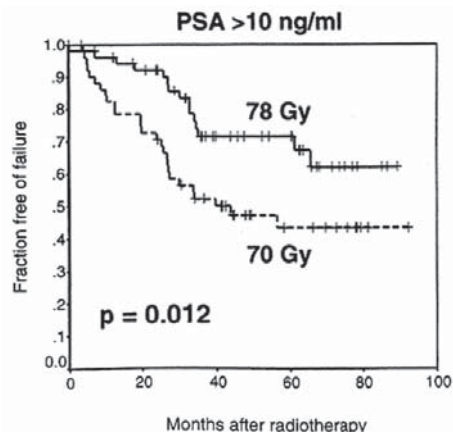
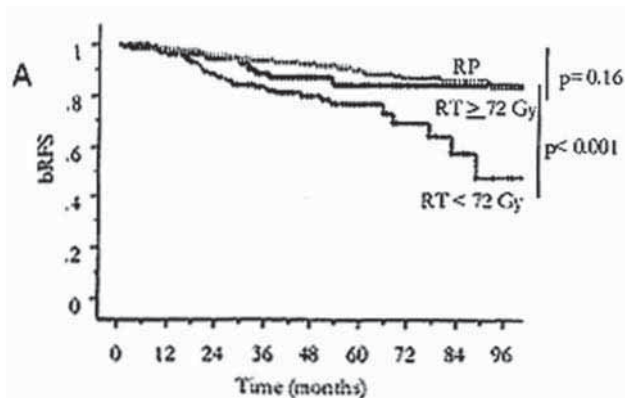
Prostatektomija ili primarna radioterapija?

Usporedba rezultata radikalne prostatektomije i primarne radikalne radioterapije otežana je zbog toga što je preživljenje i potrebno praćenje bolesnika s rakom prostate toliko dugo da za to vrijeme tehnologija zračenja iznimno napreduje i promijeni se do neprepoznatljivosti. U svakom slučaju dokazan je povoljan i direktno proporcionalan odnos povišenja aplicirane doze zračenja s preživljenjem. Modernim tehnikama konformalnog zračenja postižu se rezultati usporedivi s poslijeoperacijskim, često uz mnogo manje nuspojava.

Povišenjem doze zračenja s nekadašnjih <72 Gy na >72 Gy rezultati se preživljenja izjednačavaju s onima nakon radikalne prostatektomije (RP).

Učinak povišenja doze zračenja na preživljenje moguće je i matematički dokazati.

Zračenje se može primijeniti u liječenju raka prostate i nakon prostatektomije: u vidu «adjuvantnog» liječenja



(unutar prva 3 mjeseca nakon operacije) kada postoji povišeni rizik povrata bolesti (inicijalni titar PSA veći od 0,4, rezidualna bolest tj. R-1 resekcija, ili zahvaćenost sjemenih mjehurića s perineuralnom i limfokapilarnom invazijom) ili nakon više od 3 mjeseca po operaciji – «salvage» radioterapija radi biokemijskog recidiva (PSA porast iznad 0,4 nakon prvotno urednog nalaza). Potrebne doze zračenja su značajno niže od onih kod primarne radioterapije (66 Gy – 33 frakcije).

Učinak adjuvantnog zračenja nakon prostatektomije

Indikacije za «salvage» radioterapiju

Indikacija je uzastopni porast PSA do vrijednosti preko 0,4 na najmanje dva mjerenja. Uspjeh «salvage» radioterapije treba očekivati ukoliko je:

- Vrijednost PSA < 2;
- Gleasonov zbroj < 7;

- Rub kirurške resekcije slobodan od tumora (R-0);
- Vrijeme udvostručenja PSA (PSADT) > 10 mjeseci.

Nasuprot tome, povoljan ishod je manje vjerojatan u slučaju:

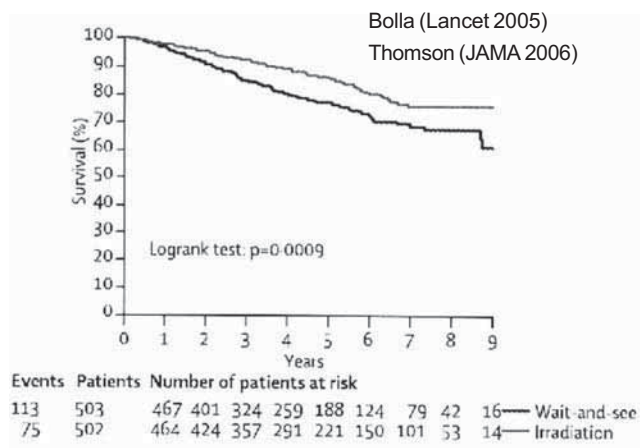
- Infiltracije sjemenih mjehurića tumorom;
- Infiltracije zdjeličnih limfnih čvorova tumorom (N₁ stadij);
- Vremena udvostručenja PSA (PSADT) < 10 mjeseci.

U slučaju odabira primarne radioterapije za liječenje raka prostate također nakon određenog vremena može doći do biokemijskog recidiva, u kojem slučaju je potrebno «salvage» liječenje drugim modalitetima:

Združena primjena radioterapije i hormonskog liječenja

Do danas nije u potpunosti razjašnjena narav sinergističkog učinka zračenja i hormonske manipulacije u liječenju raka prostate. Vjerojatno se radi o učinku na programiranu smrt stanice (apoptozu). Osim toga pri zračenju koristimo povoljan učinak antiandrogena koji aplicirani prije početka zračenja dovode do smanjenja volumena prostate i posljedičnog smanjenja dimenzija potrebnih polja zračenja.

Primjena hormonske manipulacije opravdana je u tumora srednjeg i visokog rizika u kojih očekivana korist nadilazi ozbiljne nuspojave takvoga liječenja. Indikacije i trajanje liječenja prikazani su u tablici koja slijedi:



Indikacije za “salvage” liječenje nakon primarne radioterapije

	Biopsija M-stadij	I izbor	II izbor	III izbor	IV izbor
•T1-2, Nx-0 •PSA<10 Očekivano trajanje života > 10 godina	Pozitivna MO	OP	CRYO	BRACHY	
	Negativna MO	Praćenje	CRYO	BRACHY	HT
	M1	HT (OP)	KT	Praćenje	
Svi ostali		HT	KT	Praćenje	

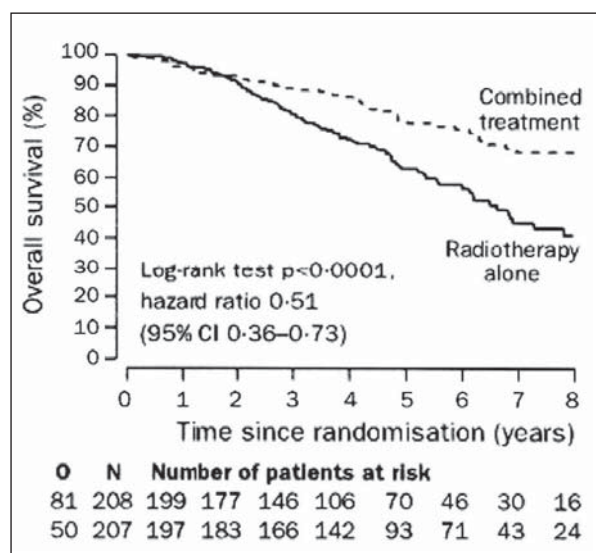
Kada primijeniti hormonsko liječenje?

- započeti 2-3 mjeseca prije zračenja
- provoditi ga tijekom zračenja
- nastaviti ga nakon zračenja

Koju vrstu hormonskog liječenja rabiti?

- totalnu androgenu blokadu pri kratkotrajnoj terapiji (6 mjeseci)
- totalnu androgenu blokadu prije i tijekom zračenja, a zatim samo kastracija pri dugotrajnoj terapiji (2 godine)

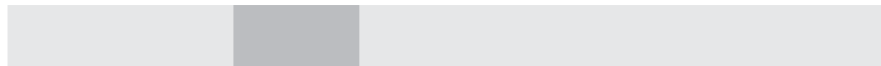
Nuspojave hormonskog liječenja uključuju napade vrtoglavice, znojenja, promjene raspoloženja,



Hanks GE, J Clin Oncol 2003.

Združena radioterapija i hormonsko liječenje

prognostički pokazatelji	trajanje hormonske terapije	
	poz. pojedini prognostički pokazatelji	poz. više prognostičkih pokazatelja
T1-T2a / GS 2-6 / PSA < 10	bez hormonske terapije	
T2b-T2c / GS 7 / PSA 10 – 20	bez hormonske terapije	6 mjeseci
T3-T4 / GS > 8 / PSA > 20	6 mjeseci	2 godine

Združena primjena radioterapije i hormonskog liječenja**2 – 3 mjeseca zračenje****2 – 24 mjeseca**

goserelin 10.8 mg sc. svakih 12 tjedana

ciproteron-acetat ili flutamid ili bikalutamid do kraja zračenja



ginekomastiju, debljanje, smetnje potencije, osteopeniju i sklonost patološkim frakturama (osobito dugotrajna hormonska terapija).

Bitno je spomenuti da prije primjene LHRH agonista (goserelina) treba početi s davanjem antiandrogena kroz barem 7 dana radi izbjegavanja intenzivnih nuspojava kemijske kastracije. Antiandrogeni se primjenjuju istovremeno s goserelinom do završetka zračenja.

Liječenje diseminirane i «hormon-refrakterne» bolesti

U bolesnika s diseminiranom bolešću potrebna je trajna kastracija bilo kirurška, bilo medikamentozna («totalna androgena ablacija»). Najbolji rezultati kod koštanih presadnica postižu se kirurškom kastracijom uz niske doze antiandrogena trajno. Potrebno je ukazati na etički problem propisivanja trajne i skupe hormonske terapije u bolesnika koji odbijaju orhidektomiju, a potreba za hormonskim liječenjem je doživotna.

U svih oblika hormonskog liječenja nakon početnog uspjeha koji se očituje padom vrijednosti PSA i remisijom bolesti dolazi do razvoja rezistencije (prosječno vrijeme do nastupa 18-24 mjeseca). U slučaju ponovne progresije bolesti razumno je pokušati s promjenom vrste antiandrogena, a nakon nekoliko vrsta lijekova na koje se razvila refrakternost u obzir dolazi kemoterapijsko liječenje s relativno kratkim očekivanim preživljenjem koje seže od 6-12 mjeseci.

U svih bolesnika s diseminiranom bolesti za razmotriti je primjenu palijativnog antidoloroznog zračenja i svih oblika najbolje suportivne terapije.

Hormonsko nadomjesno liječenje u menopauzi

Linda Zanchi, dr.med., spec. ginekologije i opstetricije

HNL ili HRT (hormon replacement therapy) koristi se u svakodnevnoj praksi već više od 20 godina. Iskustvo je pokazalo kako je ovo liječenje izrazito poboljšalo kvalitetu života žena u razdoblju perimenopauze, menopauze i postmenopauze.

Primjena HNL izbor je pacijentice i liječnika zasnovana na praćenju i usvajanju svjetskih stručnih znanja i dokaza te vlastitom iskustvu što stvara kliničku odluku o dobrobiti i rizicima. Potreban je individualni pristup, redovite kontrole i pretrage uz upotrebu prirodnih hormona u najnižoj djelotvornoj dozi, prilagođavajući je učinku, nalazima i nuspojavama. Provođenje ovog liječenja u Hrvatskoj temeljeno je praćenjem i usvajanjem svih svjetskih stručnih postignuća, znanja i dokaza, vlastitim dvadeset petogodišnjim iskustvom te donošenjem zajedničkih konsenzusa na redovitim stručnim okupljanjima svih ginekologa Hrvatske, u suradnji sa stručnjacima iz područja primjenjivih u problematici menopauze.

Tradicionalno mišljenje o HNL donosi zablude da HNL povisuje tjelesnu težinu, krvni tlak, rizik za KVB, pojačava dlakavost, povisuje rizik za rak dojke i negativno utječe na raspoloženje i psihu.

A istina o HNL je da se žene u razdoblju menopauze inače debljaju (debljina je glavni zdravstveni rizik u

menopauzi). Starenjem napreduje ateroskleroza i KVB, ovisno o dobi raste učestalost hipertenzije (8-60%), 15% žena u menopauzi ima hiperandrogenizam, a nedostatak neurosteroida uvjetuje promjenu raspoloženja, depresiju i pad kognitivnih funkcija.

Dileme i privremeni prekid primjene HNL izazvala je WHI studija objavljena 2003.g. u Americi. Provedena je kod žena u prosjeku starijih od 63 godine (25% ih je iznad 70.g. života). Terapija je ordinirana u prosjeku 18 godina nakon menopauze konjugiranim estrogenom u visokim dozama, te gestagenom (medroksiprogesteronacetatom) vrlo upitnog dijabetogenicitetnog djelovanja.

Rezultat su bili povišeni rizici za KVB, CHD i rak dojke.

HNL koji mi preporučamo, a koristi se i u cijeloj Europi započinjemo oko 50.g. života, (najkasnije 3 god. nakon posljednje menstruacije), a završava do 60.g. Ordiniramo niske doze humanog estrogena i gestagene više vrsta (noretisteron, didrogesteron i drospirenon).

2006.g. isti autor WHI studije objavio je reanalizu, a rezultati su u potpunosti drugačiji nego 2003.g. Ali šteta za zdravlje žena zbog redukcije uporabe HNL je učinjena.

Studije priznatih svjetskih stručnjaka menopauzalne medicine u razdoblju od 2004. do 2008.g. su dokazale da je WHI studija bila pogrešna, a ponovno ukazale na dobrobit korištenja HNL koje ne uzrokuje već usporava debljanje. Ne povisuje krvni tlak, reducira učestalost dijabetesa za 30%, ne povisuje relativni rizik (RR) za kardiovaskularne bolesti. Uz rani početak terapije i nižu dozu djeluje i protektivno. Blago je povišen rizik za vensku tromboemboliju u prvih 6 – 12 mjeseci uzimanja. HNL smanjuje rizik od nastanka raka kolona i rektuma za 35%, raka endometrija za 20%, te raka dojke ako se koriste samo estrogeni. Ne povisuje RR za rak jajnika.

Smatra se da je općenito u svijetu smanjena smrtnost kod žena koje koriste HNL u dobi od 50 do 60 godine.

HNL i rak dojke

Sve studije pokazale su statistički neznajčan porast RR. Povećanje apsolutnog rizika (AR) je svega 0,7/1000 žena godišnje. Relativni rizik (RR) iznad 1,0 se povisuje tek nakon 10 godina uzimanja HNL.

Smrtnost od raka dojke uz HNL je snižena (redukcija 27%). Studije iz 2007.g. su pokazale da je u Americi smanjena incidencija raka dojke od sredine 2002.g. (prije objave WHI studije). Znatno smanjenje uporabe HNL u USA i Engleskoj nije promijenilo incidenciju te bolesti.

U Hrvatskoj od 2000.g. nema promjena u incidenciji raka dojke. Moguće i zbog boljeg probira – mamografija.

Najveći rizik za Ca dojke izaziva: rana menarha, kasni prvi porođaj, nerotkinje, alkohol, debljina, pušenje.

Indikacija i dobrobit korištenja HNL:

1. liječenje prijevremene menopauze (<40g.) i rane menopauze (>40g.)
2. rješavanje i ublažavanje simptoma peri i postmenopauze (valovi vrućine, noćno znojenje, poremećaj sna, palpitacije, umor, iritabilnost, nervoza, depresivna raspoloženja)
3. sprečavanje urogenitalne atrofije
 - suhoca rodnice, dispareunija, urinarna frekvencija i urgencija
4. prevencija i liječenje postmenopauzalne osteoporoze
 - koristi se kod simptomatskih žena, asimptomatskih sa čimbenicima rizika, mlađih od 60g., za prevenciju osteoporotičkih fraktura te kod T score -1 do -2,5.
5. prevencija ateroskleroze
 - primarna kardioprotekcija početkom menopauze jer tada započinje najaktivnija progresija ateroskleroze
6. neuroprotektivni učinak na CNS

Rani početak korištenja važan jer su tkiva zdrava, s više estrogenskih receptora, što daje bolji učinak HNL.

Kontraindikacije za HNL su:

- akutni ili liječeni rak dojke, drugi estrogen ovisni tumori, akutna ili preboljela idiopatska venska tromboembolija (ne odnosi se nakon operacije ili prometnog udesa), aktivna ili nedavno preboljela arterijska tromboembolijska bolest (angina pectoris, infarkt miokarda), neliječena hipertenzija, aktivna bolest jetre, porfiria cutanea tarda, osjetljivost na aktivne supstance lijeka, trudnoća, nerazjašnjeno krvarenje iz maternice

Prije odabira i primjene HNL potrebno je uzeti temeljitu obiteljsku i osobnu anamnezu, ginekološku anamnezu, utvrditi korištenje lijekova (kortikosteroidi, tireostatici, antikonvulzivi) zbog kojih se ne bi koristila HNL. Razgovorom otkriti simptome menopauze te izvršiti ginekološki pregled, Papa bris, ultrazvuk (UZV). Potrebno je procijeniti estrogenski status vaginalne sluznice i integritet dna male zdjelice. Laboratorijska obrada nije obvezna kod zdravih žena, ali se može učiniti KKS, analiza urina, GUK, jetreni testovi, lipidogram, koagulogram. Hormonska obrada nije potrebna ako je klinički jasna slika menopauze. Potreban je pregled dojki, UZV i mamografija. Densitometrija samo kod onih s povišenim rizikom.

Odabir terapije

1. Prijevremena menopauza nakon operacije uterusa (mlađe od 45g.) – ordinira se estrogenska monoterapija (oralni ili transdermalni put)
2. Spontana menopauza (<45g.) i perimenopauza (>45g.)- liječi se sekvencijski (ciklički) estrogensko-progesteronskom primjenom (pojava mjesečnih krvarenja, treba dati savjet o kontracepciji), ili niskodozažnom oralnom kontracepcijom - kod žena bez kontraindikacija. Na HNL treba prijeći

kad je FSH 7. dan pill-free intervala >20mIU/l, E2 <20pg/ml, kod pojave vrućina, i najkasnije do 50-te godine života. Ili se aplicira intrauterini uložak Mirena u kombinaciji s oralnim ili transdermalnim estrogenom

3. Postmenopauza -preporuča se kontinuirana-kombinirana HNL ili estrogenska monoterapija (kod operiranih žena, a može oralno ili transdermalno te gel dermalno) ili lokalno estrogenski- intravaginalno kod urogenitalne atrofije

Put primjene

- oralni je najjednostavniji i najispitivniji, daje metabolički povoljnije učinke (porast HDL, smanjenje LDL i ukupnog kolesterola)
- transdermalni put je po izboru pacijentice, kod malapsorpcije iz gastrointestinalnog trakta, kod povišenog rizika za vensku tromboemboliju, kod uzimanja lijekova koji induciraju enzime jetre (antikonvulzivi), migrene i preosjetljivosti na laktozu.
- intravaginalni

Najvažnije u odabiru i primjeni HNL je razgovor s pacijenticom o njenim očekivanjima i strahovima u svezi korištenja HNL. Potrebno je objasniti rizike, dobrobit i nuspojave. Planirati trajanje liječenja, uz obvezne redovite kontrole. U početku kontrole su svaka 3 mjeseca prve godine uzimanja, potom svakih 6mj. do 1 godine.

Preporuka je ginekološke struke koristiti HNL, ali uz individualni pristup, korištenjem niskih doza hormona, započeti liječenje u pravo vrijeme da bi rezultat bio poboljšanje kvalitete života žene.

Humani papiloma virus (HPV) i cijepljenje

Mr.sc.Šikanić Dugić Nives, dr. med.

Humani papiloma virus (HPV) su relativno mali DNA virusi obitelji Papovaviridae, rod Papillomavirus i danas ima već preko 130 tipova, s time da je oko 40-tak tipova vezano za genitalne organe. S obzirom na promjene koje uzrokuju dijele se na visokorizični HPV (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 i dr) i niskorizični HPV (6, 11, 40, 42, 44, 44, 54, 61, 70, 72 i dr). *Niskorizični* tipovu HPV-a su povezani sa pojavom spolnih bradavica (condylomata accuminata), a najčešći su uzročnici tipovi 6 i 11. *Visokorizični* tipovi izazivaju razvoj abnormalnih stanica vrata maternice, kao i rak vrata maternice, gdje je HPV virus dokazan u 99,7% slučajeva. Najčešći visokorizični HPV je tip 16 koji ima i najveći onkogeni potencijal za razvoj karcinoma pločastih stanica. Tip HPV 18, češće je vezan za pojavu adenokarcinoma vrata maternice, a zajedno oba tipa 16 i 18 uzročnici su raka vrata maternice u 70% slučajeva.

HPV se prenosi spolnim putem, ali i kontaktom kože na kožu. Infekcija HPV-om je česta infekcija i nakon prvog spolnog odnosa oko 60% žena će se inficirati. Međutim, preko 90% žena spontano će riješiti infekciju u razdoblju od 6 do 18 mjeseci, bez pojave simptoma bolesti tzv. *tranzitorna infekcija*. Samo 5-10% infekcija HPV-om tzv. *trajna infekcija* uzrokovat će promjene na stanicama vrata maternice-CIN (cervikalne intraepitelne neoplazije), kao predstadije raka vrata maternice i to u razdoblju od 5 godina od infekcije. To je ipak dovoljno vremena da se redovnim citološkim pregledom (PAPA testom) ili genotipizacijom HPV-a na vrijeme otkrije infekcija HPV-om i primijene uobičajeni protokoli i terapija za pojedine stupnjeve CIN-a. U slučaju trajne infekcije promjene na vratu maternice mogu napredovati u karcinom, ali nakon dugog vremenskog perioda (>10g).

U svijetu je nakon raka dojke, rak vrata maternice drugi po učestalosti karcinom srednje životne dobi s

oko 500 000 novih slučajeva, te 250 000 smrti godišnje, najviše u zemljama u razvoju. U Hrvatskoj je rak vrata maternice na 8. mjestu po učestalosti zloćudnih karcinoma u žena. Hrvatska godišnje bilježi oko 350 slučajeva i 100 smrti od raka vrata maternice, najčešće u dobi između 30. i 49. godine.

Cijepljenje protiv HPV-a

Uvođenje cjepiva protiv HPV-a dio je primarne prevencije raka vrata maternice. Postoje dvije vrste cjepiva (četverovalentno Gardasil i dvovalentno Cervarix), oba napravljena radi zaštite protiv tipova 16 i 18 koji su načešći uzročnici predstadija i raka vrata maternice, rodnice i stidnice. U Hrvatskoj je od rujna 2007. prisutno četverovalentno rekombinantno cjepivo Gardasil protiv 4 tipa HPV-a.: 16, 18, 6 i 11., cjepivo koje sprečava infekciju HPV-a tipovima 16 i 18 vrata maternice, stidnice i rodnice, teške displazije vrata maternice (CIN 2/3), rak vrata maternice, teške displazijske lezije na stidnici (VIN 2/3), teške displazije rodnice (VAIN 2/3), te nastanak anogenitalnih bradavica (condylomata acuminata), uzrokovanih tipovima HPV 6 i 11.

Preporuke četiri društva HLZ za cijepljenje četverovalentnim cjepivom je davanje cjepiva kao preventivnog cjepiva tj. prije stupanja u spolne odnose i to u djece i adolescentica do 15 g. i za žensku populaciju od 16 do 26 godina, koja se još nije cijepila. Učinkovitost preventivnog cijepljenja je gotovo 100%. Na temelju dosadašnjih podataka, potvrđena zaštitna učinkovitost četverovalentnog cjepiva protiv HPV-a tip 6, 11, 16 i 18 iznosi minimalno 5 godina. Unutar tog vremenskog perioda cjepivo je pokazalo djelotvornost potpune zaštite i za sada nema potrebe za docijepljivanjem.

Cjepivo se primjenjuje intramuskularno kao 3 odvojene doze od 0,5 ml cjepiva (prvi se prva doza, druga za 2 mjeseca od prve i treća do za za 6 mj od prve doze).

Kontraindikacije za cijepljenje su preosjetljivost na djelatne ili pomoćne tvari. Cijepljenje se može provesti kod lakše akutne bolesti, a s umjerenom ili teškom

akutnom bolesti treba odgoditi cijepljenje dok se zdravstveno stanje ne popravi, u konzultaciji s nadležnim liječnikom

Nuspojave su rijetke, ali je moguća povišena temperatura, na mjestu uboda eritem, bol, otjecanje, svrbež. Štetni događaji s učestalošću manjom od 1%, a povezani s cijepljenjem su: vrlo rijetko bronhospazam, rijetko urtikarija, kao i nespecifični artritis.

Cjepivo trebamo smatrati kao dio prevencije raka vrata maternice, a istovremeno potrebna je i dalje stalna edukacija mladih o odgovornom spolnom ponašanju, a kod spolno aktivnih redovni ginekološki i citološki pregledi.

Kakvu biološku procjenu treba uzeti u obzir u pristupu osteoporozi?

Renata Čop dr.med. specijalist fizijatar

Osteoporoza je bolest gubitka koštane mase i danas je među pet najčešćih kroničnih bolesti. Starenjem populacije raste i njezina učestalost te poprima značajke tihe epidemije. Danas zahvaća 8-10 % populacije a otkriva se tek oko 20-25% bolesnika.

Osteoporoza, odnosno prijelom kosti kao posljedica bolesti, u starijoj dobi je jedan od glavnih uzroka onesposobljenosti za svakodnevni život. Od osteoporoze obolijevaju češće žene u postmenopauzi, koje radi smanjenja estrogena brže gube koštanu masu, ali i osobe starije dobi. Nadalje, na razvoj bolesti utječu konstitucijski i nasljedni čimbenici među kojima treba istaknuti bijelu rasu, gracilnu konstituciju i obiteljsku predispoziciju. Način života, loše životne navike, neprimjerena prehrana kao i dugotrajno uzimanje nekih lijekova može također dovesti do sekundarne osteoporoze kosti.

Osim postmenopausalne, senilne i sekundarne danas navodimo i idiopatsku osteoporozu. Bolest je asimptomatska pa je stoga često i neprepoznata.

Smanjenje tjelesne visine, deformacija kralješnice, spontana jaka bol u leđima i ograničenje pokretljivosti često su prvi znakovi bolesti. Najbolje liječenje je prevencija bolesti.

Budući da je prijelom najteža komplikacija važno je otkriti bolesnike koji imaju rizik za nastank prijeloma..

Uz anamenu i klinički pregled danas u dijagnostici osteoporoze denzitometrija kosti DXA je zlatni standard. Nadalje potrebna je kompletna krvna slika, sedimentacija eritrocita, kreatinin, urea, jetreni enzimi, Ca i P u serumu i 24 satnom urinu, hormoni a u koliko je potrebno i pokazatelji koštane pregradnje. Rendgenogram torako lumbalne kralješnice potreban je kao dodatna pretraga.

DXA je potrebno učiniti kod žena u postmenopauzi, iznad 65 godina, odralih s osteoporotičnim prijelomom, kod bolesnika s čimbenicima rizika i muškarcima sa sumnjom ili prijelomom s minimalnom traumom.

Vrijednosti nalaza mineralna gustoća kosti mjerena denzitometrom do $-1,0$ pokazuju urednu gustoću kostiju. Vrijednost između -1 i $-2,5$ ukazuju na osteopeniju, a vrijednosti manje od $-2,5$ standardne devijacije SD govore o značajnom gubitku koštane mase, osteoporozi, koju je potrebno liječiti.

Osnovno liječenje uključuje uz uklanjanje čimbenika rizika, uzimanje dnevno Ca od 1000 do 1500 mg i D vitamina 800 ij te medikamentozno liječenje.

U liječenju se primjenjuje hormonalno nadomjesni lijekovi no prvenstveno radi uklanjanja klimakteričkih tegoba. Također se koriste selektivni modulatori estrogenskih receptora. Danas su zlatni standard u liječenju osteoporoze bisfosfonatni lijekovi koji ne samo da sprječavaju napredovanje osteoporoze već dovode do povećanja koštane mase i smanjuju rizike prijeloma. Trenutno uz alendronat u liječenju naših bolesnika koristimo risedronat i ibandronat Koriste se i kalcitonin, stroncijev ranelat i paratireoidni hormon. Izbor pojedinog lijeka ovisi o statusu bolesnika i procjeni liječnika. Uz lijekove je potrebno svakodnevno kretanje uz povremeno i fizikalnu terapiju.

Za uspjeh prevencije i liječenja osteoporoze važna je edukacija bolesnika. Samo dobro informirani bolesnik može prevenirati prijelome a time i onesposobljenost za svakodnevno kvalitetni život.

Lijekovi u reumatskim bolestima i njihov utjecaj na krvožilni sustav

prim.mr.sc. Porin Perić, dr.med. fizijatar-reumatolog

U reumatologiji se često koriste dvije grupe lijekova koji imaju utjecaj na kardiovaskularni sustav: nesteroidni antireumatici (NSAR) i kortikosteroidi.

Više NSAR se povezuje s negativnim utjecajem na kardiovaskularni sustav, odnosno njihova upotreba sa povezuje s povišenim rizikom kardiovaskularnih incidenata. Tako se *diklofenak* povezuje s povišenjem rizika razvoja akutnog infarkta miokarda, a *ibuprofen* s povišenjem rizika cerebrovaskularnog incidenta. Za sve NSAR su dobro poznati učinci na kardiovaskularni sustav kao što su porast krvnog tlaka, edemi i posljedično kongestivno zatajenje srca. Ipak, treba napomenuti da *acetilsalicilna kiselina* (ASK) u niskoj dozi snižava rizik kardiovaskularnih trombotičkih incidenata, a da *naproksen* u dozi od dva puta 500 mg dnevno ima sličan učinak kao ASK, odnosno djeluje protektivno na kardiovaskularni sustav. Zaključno se može reći da u reumatološkoj terapiji nema adekvatne zamjene za NSAR, te da ih se treba upotrebljavati vodeći se ovim smjernicama:

- Procijeniti odnos rizika/dobrobiti za pacijenta
- Ne dati NSAR bolesniku s ishemičkom bolesti srca ili pozitivnom anamnezom o cerebrovaskularnom incidentu
- Oprez u bolesnika s pozitivnim činiteljima rizika
- Dati najnižu moguću dozu u najkraćem mogućem vremenu
- Bolesnici koji dulje vremena uzimaju NSAR, postupno trebaju smanjiti ili prekinuti uzimanje lijeka

Glukokortikosteroidi se u reumatologiji koriste radi značajnog immunosupresivnog učinka. Prema dužini djelovanja glukokortikoidi se mogu podijeliti na kratkodjelujuće (*kortizol*), srednje dugo djelujuće (*prednizon*, *prednizolon*, *metilprednizolon*) i dugodjelujuće (*deksametazon*). Prema shemi doziranja lijeka prepoznaje se terapija od niskih do vrlo visokih doza, te pulsna terapija.

Glukokortikoidi imaju čitav niz nuspojava na različite organske sustave. Od potencijalno negativnog efekta na ednokrini sustav (supresija nadbubrežne žlijezde, hiperglikemija), muskuloskeletni sustav (osteoporoza) do neželjenih efekata na gastrointestinalnim organima (petički ulkus, gastritis) i bubrežnih (retencija tekućina, hipokalemijska alkalozija) i hematoloških komplikacija (leukocitoza i limfopenija). Dobo poznate posljedice korištenja glukokortikoida na kardiovaskularnom sustavu su pojačana retencija tekućine i natrija, te povišenje krvnog tlaka. Međutim, u bolesnika s manje od 10 mg glukokortikoida dnevno, dob i povišeni krvni tlak, uvođenja terapije glukokortikoida bolje objašnjavaju hipertenziju, nego sama glukokortikoidna terapija. Spekulacije o povišenju lipida u serumu vezanom za glukokortikoidnu terapiju nisu potvrđene.

Treba imati na umu da reumatoidni artritis i druga upalna stanja ubrzavaju aterosklerozu, dok niske doze glukokortikoida ne ubrzavaju aterosklerozu. Visoke doze glukokortikoida uvećavaju rizik kardiovaskularnih komplikacija, čak i nakon korekcije prethodno poznatih rizika. Pulsne doze glukokortikoida se povezuju s pojavom srčanih aritmija, uglavnom u bubrežnih bolesnika. Zbog toga je prije infuzione terapije glukokortikoidima potrebno provjeriti elektrolitni status bolesnika, a tijekom terapije strogo monitorirati kardiovaskularni sustav. Uz sporije davanje infuzije kroz 1-2 sata smanjuje se rizik aritmija

Zaključno se može reći da za pri izboru lijeka i načina doziranja lijeka uvijek vrijedi pravilo *najniža učinkovita doza kroz najkraće vrijeme*.

Probiotici

Doc dr. sc. Željko Krznarić, dr. med.,
internist -gastroenterolog

U crijevnoj flori čovjeka otkriveno je oko 500 vrsta bakterija, od kojih 30-40 vrsta čini 99% ukupne flore crijeva. Tijelo čovjeka sadrži deset puta više stanica bakterija nego tjelesnih stanica, a o značaju crijevne flore govori podatak da crijeva flora čovjeka teži od 1.3 do 2 kg.

Probiotici se definiraju kao živi mikroorganizmi koji se nalaze u dodacima i/ili zamjenskoj hrani (u mješavini tvari ili kao monokultura), a mijenjaju crijevu floru izazivajući pozitivne učinke na zdravlje osobe koja ih konzumira.

Oni su humanog porijekla, rezistentni na želučanu kiselinu i žuč, imaju sposobnost kolonizacije i zadržavanja metaboličke aktivnosti, dokazane su kliničke sigurnosti i validiranih zdravstvenih efekta.

Probiotici su osjetljivi na stres i hranidbene navike, pa se poremećaj crijevne flore može predstaviti u formi idiopatske upalne bolesti crijeva (IBD prema engl. Idiopathic inflammatory bowel disease).

Pozitivni efekti probiotika se mogu podijeliti na opće, humoralne i stanične. Opći su da proizvode nutriende i antioksidanse, sudjeluju u proizvodnji faktora rasta i koagulacije, aktiviraju limfatički sustav sluznice, potiču antioksidacijsku aktivnost, kontroliraju potencijalno patogene mikroorganizme, reduciraju proizvodnju endotoksina i reduciraju mutagenost. Humoralni efekti su da stimuliraju proizvodnju IgA, inhibiraju proizvodnju IgE, stimuliraju proizvodnju dušičnog oksida (NO), moduliraju odgovor citokina. Stanični efekti probiotika su da stimuliraju funkciju makrofaga, stimuliraju aktivnost stanice ubojica (NK), potiču rast i regeneraciju, potiču apoptozu.

Zaključno se može reći da dosadašnji rezultati istraživanja ukazuju na potencijalnu veliku vrijednost probiotika, ali da su potrebna daljnja istraživanja

preciznije definirane metodologije i usmjerena na identificiranje uloge/efekta pojedinih probiotika i njihove povezanosti sa uzrokovanjem i/ili uspješnosti liječenja pojedinih bolesti.

Metabolički sindrom

Prim. mr.sc. Marijan Merkler, internist –
intezivist

Metabolički sindrom je jedan od glavnih javnozdravstvenih problema današnjice. Od 1988. godine kad je Reaven definirao sindrom X kao skup bolesti koje zajednički višestruko utječu na povišenje kardiovaskularnog rizika, rasprava što sve uključuje metabolički sindrom nije dovršena.

Tako definicija Svjetske zdravstvene organizacije uključuje postojanje inzulinske rezistencije i/ili povišene vrijednosti glukoze u krvi natašte uz postojanje dva ili više od ovih stanja: povišeni arterijski tlak, povišene vrijednosti triglicerida uz snižene vrijednosti HDL- kolesterola, mikroalbuminurija i centralni tip debljine.

Definicija Europske grupe za istraživanje inzulinske rezistencije (EGIR prema engl. European Group for the study of Insulin resistance) uključuje inzulinsku rezistenciju i hiperinzulinemiju uz postojanje dva ili više od ovih stanja: povišeni arterijski tlak, povišene vrijednosti triglicerida uz snižene vrijednosti HDL- kolesterola, centralni tip debljine.

Prema definiciji Nacionalnog programa za edukaciju o kolesterolu (NCEP prema engl. National Cholesterol Education Program) metabolički sindrom uključuje povišene vrijednosti glukoze u krvi natašte uz postojanje dva ili više od ovih stanja: povišeni arterijski tlak, povišene vrijednosti triglicerida, snižene vrijednosti HDL- kolesterola i centralni tip debljine.

Obzirom da sve tri definicije uključuju poremećaja metabolizma šećera i masti te debljinu, odnosno stanja

koja predstavljaju nezavisne čimbenike kardiovaskularnog rizika, jasna je poveznica metaboličkog sindroma i povišenog kardiovaskularnog rizika. Centralni tip debljine se još opisuje kao visceralna pretilost, a vrijednosti koje se prepoznaju kao granične su opseg struka 94-102 cm u muškarca, 80-88cm u žena, te Indeks tjelesne mase (BMI) iznad 30kg/m².

Ne postoji specifično liječenje metaboličkog sindroma. Liječenje se provodi prema aktualnim smjernicama za liječenje povišenog krvnog tlaka, dislipidemija, povišenog šećera u krvi i pretilosti. Ciljevi terapije su djelovati na sve elemente metaboličkog sindroma: sniziti povišeni arterijski tlak, postići idealan lipidni status, sniziti povišene vrijednosti glukoze u krvi i smanjiti povišenu tjelesnu težinu.

Kao i za sve kardiovaskularne rizike, prevencija predstavlja prvu liniju intervencije i početni korak u borbi protiv metaboličkog sindroma. Preventivne mjere koje su se pokazale uspješnim su: redovita tjelesna aktivnost, normalizacija tjelesne težine, zdrava prehrana, kontrola krvnog tlaka i šećera u krvi, prestanak pušenja i umjeren konzumiranje alkoholnih pića (do 2 dcl vina, 5 dcl piva, 0,3 dcl žestice)

035140530 je broj kojim se opisuju karakteristike zdrave osobe vezane za metabolički sindrom. Pri tome brojevi znače:

- 0 broj cigareta
- 3 km pješaćenja (ili 30 minuta fizičke aktivnosti) dnevno
- 5 broj malih obroka (voće i povrće)
- 140 sistolički tlak
- 5 ukupni kolesterol
- 3 LDL kolesterol
- 0 prisutnost debljine i dijabetesa

Liječenje debljine u ordinaciji opće medicine

Tatjana Cikač, dr. med. specijalist obiteljske medicine

Debljina - pretilost je stanje prekomjernog nakupljanja masnog tkiva u organizmu i predstavlja jedan od najvećih javnozdravstvenih problema u svijetu, a ipak je zanemareni problem u liječničkoj ordinaciji.

Debljina nastaje prvenstveno zbog prevelikog unosa energije hranom i nedovoljne tjelesne aktivnosti, ali se ne smije zaboraviti da genetske osobine koje su poticale preživljavanje u naših predaka, sada potiču nastanak pretilosti u mnogih osoba zbog načina života koji se promijenio.

Komplikacije pretilosti

Debljina je kronična bolest povezana s rizikom nastanka raznih bolesti: kardiovaskularnih (hipertenzija, CVI, koronarna bolest...), respiratornih (noćna apneja, nedostatak zraka...), probavnih (kolelitijaza, hijatus hernija...), hormonalno metaboličkih (šećerna bolest, hiperandrogenizam...), osteoartrotskih bolesti, te sklonosti nastanku pojedinih tumora (pluća, endometrija i cerviksa u žena te prostate i debelog crijeva u muškaraca). Naravno da se svi poremećaji ili bolesti neće javiti u svake pretile osobe, ali povećanjem tjelesne težine raste rizik nastanka jedne ili više bolesti osobito u genetski predisponiranih osoba.

Kako se mjeri debljina? BMI kg/m² i opsegom struka (cm).

Liječenje pretilosti

Cilj liječenja treba biti realan, postupno tijekom duljeg vremenskog razdoblja postupno gubiti tjelesnu težinu i promijeniti način života.

Metode liječenja ovise o stupnju pretilosti, sveukupnom zdravstvenom stanju i motivaciji za gubitak tjelesne mase. Liječenje može uključiti: dijetu,

tjelovježbu, modifikaciju ponašanja, psihoterapiju, farmakoterapiju i kirurgiju. Postoje razne dijete, ali treba naglasiti da ne postoji univerzalna dijeta i da ona mora biti prilagođena svakom pojedinom bolesniku. Dijeta bi se trebala provoditi tako da se tjedno gubi 1kg tjelesne težine. Dobro uravnotežena dijeta mora imati normalne udjele makronutrijenata (20-30% masti, 50-60% ugljikohidrata i 12-15% proteina). Svakodnevno se preporuča provoditi neki oblik tjelesne aktivnosti, minimalno 30 minuta aktivnog hoda.

LOM može raditi s pojedincem ali i malom grupom tzv. **bihevioralni program mršavljenja**, oblik edukacije o promijeni životnih navika. Nakon tečaja pad tjelesne težine ne može se dugo zadržati ali neke usvojene navike ostaju a tada se može uključiti farmakoterapija.

Danas se preporučuju dva lijeka za smanjenje i održavanje tjelesne težine: orlistat i sibutramin (acomplia nije odobrena kod nas). Farmakoterapija se uključuje kod osoba čije je BMI viši ili jednak 30 kg/m². Ukoliko postoje čimbenici rizika ili oboljenja poput hipertenzije, dijabetesa tip II, dislipidemije ili koronarne bolesti farmakoterapija se promjenjuje već kod vrijednosti BMI 27 kg/m².

Mehanizam djelovanja orlistata - inhibira djelovanje intestinalne lipaze-enzim koji razgrađuje trigliceride i tako smanjuje njenu aktivnost i resorpciju masti iz crijeva, 30% masti se ne resorbira već izlučuje stolicom. Budući da je smanjena apsorpcija

masti, uz terapiju se preporuča uzimanje dodatnih vitamina topivih u masti dva sata prije obroka. Uzima se 3x120mg dnevno, uz obrok koji sadržava masti. Neželjeni učinci su probavni poremećaji, masne stolice, vjetrovi a ponekad i proljevi.

Mehanizam djelovanja sibutramina -djeluje na dva načina centralno koči ponovnu pohranu serotonina i noradrenalina što rezultira smanjenjem osjećaja gladi i potrebom za hranom.

Periferno -povećava termogenezu, sprječava smanjenje bazalnog metabolizma koji se smanjuje kada osoba mršavi. Vezano uz središnje simpatomimetičko djelovanje, kod nekih osoba može prouzročiti povišene vrijednosti krvnog tlaka, povećanu frekvenciju srca, te se preporuča u početku liječenja češće kontrole i mjerenje krvnog tlaka. Terapija se započinje 1xdnevno 10mg, može se povećati postepeno do doze 1x15 mg.

Tijekom 12 tjedana liječenja trebalo bi se postići smanjenje tjelesne mase za barem 5%, u protivnom se liječenje prekida.

Kirurško liječenje debljine

Ukoliko se tijekom duljeg razdoblja ne uspije postići BMI <40 kg/m² potrebno je razmotriti mogućnost kirurškog liječenja ili prije samog zahvata može se primijeniti i metoda balonom.

Kirurškom liječenju može se pribjeći i ukoliko je BMI >35kg/m², ukoliko su prisutni i drugi čimbenici rizika.

REFORMA HRVATSKOG ZDRAVSTVA

Korijeni nezadovoljstva liječnika primarne zdravstvene zaštite

Željko Bakar¹

Uvod ili što je to PZZ i OM (primarna zdravstvena zaštita i obiteljska medicina)?

Pišem ovo, jer je notorna činjenica da velik dio medija i ljudi koji prate ovu „krizu” u PZZ ne znaju i ne razumiju što je to PZZ, a izgleda da je tako i s dijelom ljudi koji kreiraju zdravstvenu politiku. Pokušati ću to razjasniti što jednostavnije.

PZZ je osnovni oblik zdravstvene zaštite, zdravstvena zaštita prvog kontakta, u koju se pojedinac javi kad osjeti ili primijeti zdravstveni problem. Ona je prvi i osnovni dio zdravstvenog sustava koji brine za zdravlje pojedinca i zajednice. U racionalno organiziranim društvima to je najosnovniji dio zdravstvene zaštite, najdostupniji, najrašireniji, i najjeftiniji koji putem svojih specifičnih metoda rada i primjenom jednostavnih i najdostupnijih dijagnostičkih metoda treba rješavati oko 80-85% zdravstvenih problema.

Preventivan rad na očuvanju zdravlja je samo jedan vid rada u PZZ koji je usmjeren na prevenciji i ranom otkrivanju zdravstvenih problema.

Ovaj vid zdravstvene zaštite je ujedno i filter ulaza u više nivoe zdravstvenog sustava koji su nedostupniji, jer ih manje ima i daleko su skuplji zbog primjene skupih tehnologija.

Svojim visoko stručnim djelovanjem u rješavanju do 80% najjednostavnijih, najčešćih, svakodnevnih i

nekomplikiranih zdravstvenih problema PZZ je čuvar zdravstvenog sustava od nepotrebne i skupe zdravstvene potražnje i usmjerivač neriješenih zdravstvenih problema k stručno najsvrsishodnije odabranim višim (usko specijaliziranim) dijelovima zdravstvenog sustava.

Obiteljska medicina je najbrojniji dio PZZ (pokraj pedijatara, ginekologa i stomatologa).

Iz ovog se, nadam se, vidi ogroman značaj i odgovornost PZZ i OM u dobro i svrsishodno organiziranom zdravstvenom sustavu. Bez dobro organizirane PZZ i OM zdravstveni sustav postaje anarhičan, neučinkovit, zatrpan nepotrebnim dijagnostičkim procedurama i beskrajno skup.

Sekundarna (polikliničko-konzilijarna) i tercijarna (bolnička) zdravstvena zaštita su u neku ruku „servis“ PZZ za rješavanje kompliciranih zdravstvenih problema koji zahtijevaju upotrebu posebne opreme i posebnih znanja u dijagnostičke i terapijske svrhe.

Da bi PZZ i OM odgovorile svrsi svog postojanja i bile u stanju rješavati do 80% zdravstvenih potreba moraju biti zadovoljeni neki preduvjeti koji trebaju omogućiti svrsishodan, odgovoran i učinkovit rad.

Osnovni preduvjeti su: stručni kadar, odgovarajući prostor i oprema za rad, administrativno rasterećenje, stručna autonomija i neovisnost, financijska sigurnost i stimulativnost, dobra i svrsishodna vertikalna i

¹Dr. med Željko Bakar, Spec. opće medicine; naslovni predavač Medicinskog fakulteta; predsjednik udruge privatnih poslodavaca u zdravstvu Hrvatske; Mob: 0915105783; E:mail: zeljko.bakar@kc.t-com.hr

horizontalna komunikativnost unutar sustava, definiranost prava, obveza i obima rada nositelja sustava, definiranost prava i obveza korisnika.

1. Uzroci krize

Kada se počelo razgovarati o reformi zdravstvenog sustava nositelji rada u PZZ i OM – liječnici, dobili su dojam da će se konačno riješiti i njihov položaj i status u zdravstvenom sustavu, prava i racionalna organizacija rada, te financijska stabilnost. Mislili su da će konačno dobiti priliku da sudjeluju u kreiranju sustava koji će omogućiti da postanu pravi liječnici i da liječe svoje pacijente. Očekivali su da će se kroz reformu konačno dobiti prilika za ostvarenje ranije navedenih preduvjeta da bi PZZ i OM mogle ispuniti svoju funkciju u zdravstvenom sustavu.

Ali, već na prvoj prezentaciji reforme vidjelo se da se očekivanja neće ispuniti i da kreatori zdravstvene politike nemaju sluha ili znanja o ulozi PZZ u zdravstvenom sustavu, a i kroz daljnje rasprave o reformi, unatoč upozorenjima, došao je do izražaja indolentan i omalovažavajući odnos prema struci OM.

I tada je puklo.

Unutar godinama frustrirane struke stvorila se kritična masa mislećih ljudi koji su odlučili, potaknuti nekolicinom entuzijasta, dići svoj glas i upozoriti na nepravedan odnos prema struci koja je temelj zdravstvenog sustava i od koje bi trebala početi svaka reforma sustava. Odlučili su upozoriti na potrebu godinama nerješivanih preduvjeta za normalno funkcioniranje struke, a to su:

1. Stručni kadar

Liječnici u PZZ i OM, godinama stručno marginalizirani, a profesionalno podcijenjeni, jedina su svijetla točka u sustavu PZZ. Kako tumačiti, da je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) u cijeni usluge – „glavarine“ privatnika specijalistu opće/obiteljske medicine u vrednovanju njegovog rada ocijenio s koeficijentom 1,85, za teže uvjete rada

ocijenio sa 6%, za rad u zdravstvu sa 1,9%, za ukupni radni staž samo sa 5%, bez dodatka za rukovođenje i odgovornost za zakonitost rada, dok je istovremeno njegov kolega u bolnici ocijenjen s koeficijentom 2,00, za teže uvjete rada ocijenjen sa 16 % ili 20%, pa i za rad kada djelatnost obavlja u ambulanti kao i on, za ukupni radni staž i do 20 %, za rad u zdravstvu od 4 % ili 8% ili 10% i...? Odgovor se nalazi u narodnoj mudrosti: „Podijeli pa vladaj“.

Razjedinjeni, razasuti po gradovima i selima, brdima i dolinama, strpljivo živeći sa svojim pacijentima i rješavajući njihove zdravstvene, socijalne, obiteljske, gospodarske i ine egzistencijalne probleme, dočekali su dan kad ih se proglasilo neradnicima i skretničarima?? A sustav je prema njima bio takav da su egzistencijalno ovisili samo o broju upisanih pacijenata! Nespremno su utjerani u poduzetničke vode i postali privatnici ne znajući kakve obveze preuzimaju. Da bi si osigurali sredstva za zamjenu za zasluženi godišnji odmor, za slučajno bolovanje, za platiti zamjenu za stručno usavršavanje, za uređenje ordinacije, za osiguranje plaće sestri prema kolektivnom ugovoru i „sebi“ (što ostane), za režijske troškove, zakupninu, investicijsko i tekuće održavanje, članarine i osiguranja, za sanitetski materijal i ampulirane lijekove..., sve prema nereальной procjeni HZZO-a iz 1997.g., koje je povećavao iz godine u godinu po postotku, ne prema kalkulaciji i to bez ukalkuliranih troškova amortizacije i sredstava za razvoj, jer su izjednačili privatnu praksu poduzetnika s neprofitnim subjektima. U takvim okolnostima stvarali su ordinacije s puno osiguranika u kojima je vremenski i fizički nemoguće rješavati 80% zdravstvene problematike. Oni pak, koji žive u malim sredinama morali su živjeti i raditi skromno, a kao privatnici i poduzetnici, na granici bankrota. I u takvoj situaciji, pod pritiskom HZZO-a, kažnjavani su za prevelik broj kućnih njega koje odobravaju liječnička povjerenstva, ili za preveliku recepturu koju indiciraju kolege kliničari, ili za veliku stopu bolovanja koja je mahom rezultat nezdravstvenih okolnosti, oni odrađuju ogroman dio zdravstvene potražnje. Po zdravstvenim statistikama oko 150% iznad normativa

rada po famoznoj „Plavoj knjizi“. I još uredno upisuju specijalističko usavršavanje, unapređujući stručnost. Pohađaju nastavu vikendima i paralelno radeći u svojim ordinacijama, jer nema liječnika za zamjene.

Jesu li to neradnici i skretničari ili mazohisti?

I čudimo se što je OM potpuno neatraktivna struka i u RH manjka nekoliko stotina obiteljskih liječnika. Ista ta struka organizira i sudjeluje na stručnim kongresima i simpozijima, piše i upozorava već godinama na stanje, po stručnosti je priznata u svijetu. Jeli li itko išta čita?

2. Adekvatan prostor i oprema za rad

Liječnici OM potjerani u privatizaciju i zakupizaciju nastavili su raditi u istim prostorima i s istim sredstvima rada u zakupu doma zdravlja (DZ) ili angažirajući vlastita sredstva u svom prostoru i sa svojom opremom. Zakupljeni prostori i oprema ostali su i nakon desetak godina zakupa isti, neodržavani a oprema nezamjenjivana novom, nezavisno od ugovorne obveze zakupodavca za održavanje i zamjenu opreme. Negativna strana takve prakse naročito dolazi do izražaja u provincijskim sredinama. U ordinacije se ne ulaže ništa, a često se u istom prostoru radi i u dvije preklapajuće smjene. Iz istih razloga, privatnik OM za održavanje vlastitog prostora i opreme, ne realizira ni kune sredstava u kalkulacijama glavarine HZZO-a.

Oprema je naslijeđena iz DZ, pa je kvalitetom i sastavom prema Pravilniku iz 1994.g., danas zastarjela, a za nabavku zamjenske opreme, liječnik OM u glavarini nema ni kune. Također, u glavarini ne realizira sredstva za razvoj, za kupnju nove – dodatne opreme propisane Pravilnikom iz 2004.g. Opremu kupljenu iz tzv. decentraliziranih sredstava za zdravstvo, niti jedna ordinacija OM u Republici Hrvatskoj nije ostvarila.

Rezultat toga je da se skoro ništa ili vrlo malo u posljednjih 15-ak godina ulagalo u prostor i opremu PZZ i OM, i to samo u ordinacije, koje su ostale u sastavu DZ, iako je to zakonska obveza lokalnih samouprava na teret tzv. decentraliziranih sredstava,

koja su, kako je zamišljeno trebala zamijeniti sredstva amortizacije. U praksi, jedinice područne samouprave decentralizirana sredstva trošile su uglavnom u uređenje i proširenje lokalnih bolničkih kapaciteta. Mogu se jedva na prste nabrojiti lokalne sredine koje su nešto ulagale u opremu PZZ i OM.

Pravilnikom iz 2004.g. se traži, da svaka ordinacija OM ima EKG, set za malu kirurgiju, pa čak i defibrilator. Na osnovi rada s tom i takvom opremom, privatnoj praksi OM nudi se posebna „zarada“ uz obavljenu takvu „sophisticiranu „medicinu. Kupnja EKG-a stoji oko 20.000 kn, a za uslugu, koja ponekad znači i spašavanje života, HZZO nudi se 25Kn. U sredstvima koja realizira iz glavarine, privatnik nema tih sredstava za kupnju opreme. Dapače, HZZO strogo zabranjuje korištenje sredstava, jer su ona namijenjena isključivo za tekuću zdravstvenu potrošnju, ne i za investicije (glavarina ne sadrži amortizaciju niti sredstva za razvoj?). Da privatnik i kupi EKG ili defibrilator, postavlja se pitanje, kako i kada će ih amortizirati. Za mali kirurški zahvat nudi se 75Kn, a osnovni sanitetski materijal sa previjanjem stoji oko 100kn, a gdje je tu cijena stručnosti, rada i odgovornosti? Na inicijativu da se u „glavarinu“ ukalkuliraju i troškovi amortizacije i sredstva za razvoj, HZZO je odgovorio: „Na taj način bi se privatnik samo obogatio?“.

Kako da u takvoj situaciji privatnik OM nabavi novu i suvremenu opremu? Istovremeno medicinska tehnologija ubrzano napreduje! Postoji brza dijagnostika „suhe kemije“, postoji ultrazvuk, postoji masa novih metoda koje se u „normalnom“ svijetu i „normalnoj situaciji OM“ uredno upotrebljavaju, jer su jednostavne, primjerene metodologiji rada u OM, brze su, daju brza dijagnostička razjašnjenja i pacijenta rješavaju nepotrebne šetnje kroz zdravstveni sustav. Naša OM naprosto nije ni u financijskoj mogućnosti ni u organizacijskom položaju da ih upotrijebi. I dalje se radi sa tlakomjerom i slušalicama i bitno je da šaljemo izvješća na CEZIH. Europa nam istovremeno šalje poruke: zdravstvenu potrošnju nastojati uravnotežiti, povećavajući udio primarne zz u ukupnoj zdravstvenoj zaštiti, jer je ona jeftinija,

dostupnija narodu, apostrofirajući zaključke Svjetske zdravstvene organizacije iz Alma Ate 1978.g. Svjetska zdravstvena organizacija je definirala primarnu razinu zdravstvene zaštite kao esencijalnu zdravstvenu zaštitu baziranu na praktičnim, zdravim i socijalno prihvatljivim metodama i tehnologiji, koja je globalno dostupna svima i po cijeni, koju si država i zajednica može priuštiti. Na taj način, zdravstvena zaštita bi se dovela do mjesta gdje ljudi žive i rade, tvoreći tako prvi element procesa zz (izvor: EHMA – Udruga menadžera u zdravstvu, Brissel, I/09., koje je Udruga privatnih poslodavaca u zdravstvu član).

3. Administrativno rasterećenje, stručna autonomija i neovisnost

Svakodnevno administriranje u OM je poseban problem koji smanjuje vrijeme za direktan rad s pacijentom. Prva pomisao pri saznanju o reformi bila je da će se određenim organizacijskim zahvatima ostaviti više vremena za rad s pacijentom, rad na preventivi i edukaciji. Ali ne događa se ništa. I dalje se klasično dopisujemo s kliničarima, povjerenstvima, HZZO-om, raznim zavodima i institucijama, skupljamo medicinsku dokumentaciju i mišljenja za razne komisije i ocjene, a stalno smo na Internetu i automatizacija svih tih procesa nam je pred nosom.

Zar ne bi bilo jednostavnije da HZZO „skine“ naše DTP postupke i terapiju s naših CEZIH izvješća, obračuna i plati, a ne da npr. za 1.8 kn potrošimo 3 A4 papira za ispisivanje računa.

Ili da recepturu za kroničnu stabilnu terapiju propisujemo za 3 ili 6 mjeseci, ili da konzilijarni kolega, ako smatra potrebnim, sam proširi i organizira daljnju dijagnostičku proceduru u svojoj ustanovi. Bilo bi puno manje šetnje pacijenata, a i za potrošnju bi se bolje znala odgovornost.

Nadalje, liječnici u OM su doktori, koji najbolje poznaju svog pacijenta, njegove životne okolnosti i navike, educirani sa kao najveći stručnjaci za multimorbidnost, dobro poznaju medicinske stručne smjernice i zašto im sustav ne vjeruje, već svaki svoj

nalaz moraju potkrijepiti mišljenjem kolege koji možda prvi i jedini puta vidi pacijenta, ili za svaku, imalo diferentniju terapiju ili dijagnostičku pretragu moraju imati placet kolege kliničara. A to izaziva ogromno nepotrebno piskaranje i šetnje pacijenata, a i nepovjerenje u struku.

OM ima svoj specifičan način rada, ona najjednostavnijim i najdostupnijim metodama nastoji dijagnostički ciljano, induktivnom metodom riješiti zdravstveni problem, a tek u daljnjem postupku ide, opet ciljano, širi dijagnostičke metode i eventualne konzultacije. Ona je zato struka sui generis i da bi to stvarno bila treba imati stručnu autonomiju i neovisnost u pristupu dijagnostičkim metodama i tek tada snositi odgovornost za količinu zdravstvene potrošnje. U sadašnjoj organizaciji zdravstvenog sustava ona nema autonomnost, već diferentnije metode indiciraju usko specijalizirani kliničari, vrlo širokim, deduktivnim pristupom, a da paradoks bude veći, odgovornost za potrošnju snosi OM. O „šetnji“ pacijenata ne treba ni govoriti.

4. Financijska sigurnost i stimulativnost

Danas u OM imamo dvije vrste liječnika prema statusu. Jedni su javni službenici – zaposlenici doma zdravlja, koji bez obzira na broj upisanih osiguranika o kojima skrbe primaju fiksnu plaću, prema zvanju i položaju, prema KU za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja (njih 20 %). Drugi su u statusu privatnih liječnika (izjednačeni, prema članku 18. Zakona o porezu na dohodak, s obrtnicima i slobodnim zanimanjima) bez obzira da li su u svom prostoru ili u zakupljenom prostoru doma zdravlja. Oni ostvaruju dohodak iz ukupnog prihoda ordinacije, nakon podmirenja svih troškova poslovanja, pa tako i troškova za zaposlene, sa doprinosima „na“ plaće, prema propisanim zakonskim stopama.

Djelatnosti u PZZ pa tako i OM financirane su putem tzv. „glavarine“. Glavarina je godišnji zbroj novčanih iznosa koji liječnik dobije, prema ugovoru s HZZO-om, za svakog upisanog osiguranika, ovisno kojoj

starosnoj skupini pripada. Kod liječnika, zaposlenika doma zdravlja, glavarina je prihod Doma zdravlja, a kod liječnika privatnika glavarina je ukupan prihod njegove djelatnosti iz koje on financira sve troškove svoje djelatnosti.

Privatnik prvo namiruje troškove djelatnosti (el. energiju, grijanje, telefon i interneta, sanitetski materijal i ampulirane lijekove, komunalne usluge, informatičke i knjigovodstvene servise, kontrolu sterilizacije i opasnog otpada, plaću medicinske sestre s doprinosima i svim pravima iz Zakona o radu, kancelarijskog materijala, zaštitne odjeće, servisa i kontrole eventualne opreme, tekućeg održavanja, stručnog usavršavanja i stručne literature, članarine za Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsku liječničku komoru, stručna društva (HUOM), osiguranja, troškove prijevoza na posao sestre i liječnika i troškove uporabe automobila za kućne posjete, pranja i održavanja radne odjeće i pribora, obveznih sistematskih zdravstvenih pregleda, poreza na tvrtku i spomeničke rente, komunalne naknade, zakupa prostora...) uplaćuje doprinose za vlasnika djelatnosti prema rješenju RFMIORH i ostaje mu dohodak – „plaća“ iz koje plaća porez na dohodak. Mora osigurati i sredstva za zamjenu za godišnji odmor sebe i sestre te za zamjenu za eventualna bolovanja i stručno usavršavanje.

A to je prava umjetnost.

Računica je vrlo jednostavna. Poznato je da je prosječna glavarina za standardni tim od 1700 osiguranika za 2008.g. iznosila oko 30 000 kn. HZZO-ova kalkulacija glavarine učinjena je tako da 70% glavarine čine sredstva za plaće liječnika i sestre (21 000 ukupni bruto) ili oko 8000 kn liječnik neto i 3800 kn med. sestra neto. Ostaje 9 000 kn za sve ostale, ranije nabrojane troškove. Je li je moguće poslovati, zadovoljiti osnovni poduzetnički princip ravnoteže prihoda i rashoda (a liječnici u PZZ su privatnici) u ovakvoj financijskoj situaciji? Od čega se opremiti, nabavljati opremu, uređivati ordinacije i stručno se usavršavati i proširivati dijapazon usluga primjerenih OM i PZZ.

Ovo je mali izračun za ordinacije OM s 1700 osiguranika prosječne dobne strukture, a kako da to čine ordinacije s 1000 do 1200 osiguranika, koje k tome skrbe o osiguranicima mlađe životne dobi??

U isto vrijeme istovrsni tim u javnoj zdravstvenoj službi, dakle liječnik i med. sestra po kolektivnom ugovoru za javno zdravstvo ostvarili bi samo za plaće – II. bruto ukupno oko 26.087,00 kn, bez obračuna za odgovornost i bez obračuna dežurstva, sve za 172 sata rada/mjesec (za spec./09.=5.415,37 kn - osnovica x 2,00=10.830,74 kn + 10% za 20 g.r.s., odnosno 1.083,07 kn 0 11.913,84 kn=osnovica za obračun drugih dodataka + 10% za liječnike prema Uredbi Vlade RH + 16% za teže uvjete rada i + 4% za vjernost zdravstvu za 20 godina radnog staža = 15.487,94 kn I. bruto + 17,20% doprinosa „na“ plaću = 18.151,86 kn II. bruto, što sa 3 dežurstva, sve u okviru 172 sata/mjesec, daje iznos od cca 24.000,00 – 25.000,00 kn II. bruto/mjesec + plaća za medicinsku sestru od oko 7.935,60 kn II. bruto/mjesec, daje sveukupni iznos od oko 26.086,00 kn II. bruto/mjesec, bez dežurstva ili sa dežurstvom liječnika od cca 33.000,00 kn II bruto/mjesec = troškovi za plaće). Zar ovo nije prava diskriminacija? Kada bi prihvatili realnim da ostali materijalni/režijski troškovi sudjeluju u ukupnom prihodu sa 30%, a troškovi za plaće 70%, onda bi „glavarina“ u ovom slučaju iznosila oko 37.304,00 kn ili 24% više. No, sigurno je jedno da svaka ordinacija OM i bez ukalkuliranih troškova amortizacije, sredstava za razvoj i investicijsko održavanje opreme, reproducira veće materijalne/režijske troškove od 11.000,00 kn/mjesec (samo DZ za zajedničke troškove ordinacija plaća i do 5.000,00 kn/mjesec).

Udruga privatnih poslodavaca u zdravstvu Hrvatske (UPPUZ) davno je izračunala, uzimajući u obzir sva prava koja su imanentna poduzetniku i prava prema Zakonu o porezu na dohodak, da je realna struktura troškova plaća i ostalih troškova poslovanja u omjeru oko 50:50 (sa ukalkuliranim troškovima amortizacije, sredstva za razvoj – kupnju nove opreme i sredstva za investicijsko održavanje opreme). Ako se ovaj

omjer primjeni na sadašnju glavarinu onda je vidljivo da u glavarini manjka oko 50% sredstava, a ako bi se izjednačila cijena rada u javnom i privatnom zdravstvu onda bi glavarina morala biti veća za oko 80%.

I svi se čudom čude što su privatni liječnici u PZZ i OM nezadovoljni i što svoje nezadovoljstvo iskazuju na demokratski i dostojanstven način. To nije pobuna, oni nisu pobunjenici, oni nisu urotnici, kako ih se pokušava prezentirati javnosti. S njima se samo ne želi uspostaviti dijalog, njih se ignorira i...? Zar je potrebno tražiti posredovanje suda tužbom za sprečavanje diskriminacije, prema posebnom zakonu u primjeni od 01.01.2009.g., da bi se ostvarilo temeljno ustavno načelo demokracije i slobode zaštite vlastitog interesa?

U cijeloj priči čudnovata je pozicija ravnatelja domova zdravlja. Oni sredstva za rad DZ dobivaju prema visini glavarine liječnika – zaposlenika, a plaće raspodjeljuju po principima KU za zdravstvo u vlasništvu države ili lokalne samouprave. Niti jedan DZ nije iskazao gubitak u poslovanju zbog primjene KU za javno zdravstvo, a sve bolnice jesu? Zašto? Zato jer su razliku troškova za materijalne/režijske troškove prebacili na zakupce. Umjesto da zakupca terete npr. 640,00 kn/mjesec za zajedničke troškove, koliko oni ostvare u prihodu od „glavarine“ za 1700 osiguranika, oni zakupca terete od 2.000,00 – 5.000,00 kn/mjesec. Niti jedan DZ nije postupio u smislu Zakona o zdravstvenoj zaštiti, da je razliku troškova, do uvjetno rečeno stvarnih/realnih troškova za jedinicu zakupa prebacio na županiju, kao vlasnika DZ, pozivajući se na obvezu pokrića tzv. nadstandarda troška. Sve troškove poslovanja OM, HZZO je standardizirao na nivo niskog/minimalnog standarda. To je učinjeno i sa bolnicama. Rezultat toga je da bolnice obračunavaju plaću prema KU, čija visina troškova za plaće zaposlenih remeti strukturu ukupnih troškova, na teret drugih materijalnih troškova poslovanja. Iskazani gubitak pokriva država. Domovi zdravlja ne pribjegavaju takvoj metodologiji poslovanja, već preveniraju pozitivan rezultat poslovanja prebacivanjem stvarnih troškova na zakupce. Tako siromašnog zakupca čine

još siromašnjim (često isticani primjer kolegice, koja sa 23.000,00 kn prihoda/mjesec DZ plaća oko 5.000,00 kn, plaću medicinske sestre 5.000,00 kn, a njoj ostane 3.000,00 kn??). U životu, pa tako i u poslovanju subjekata zdravstva postavlja se pitanje odgovornosti za obveze. DZ, kao i drugi subjekti javnog zdravstva ne odgovaraju za gubitke, kao privatnik koji odgovara i svojom posebnom – obiteljskom imovinom, jer im manjak pokriva/sanira vlasnik, a to je država. Pitanje odgovornosti svakog subjekta, bio on pravna ili fizička osoba, temelji se na članku 48. Ustava RH, koji pored načela – „jamči se pravo vlasništva“, propisuje i načelo „vlasništvo obvezuje“. Citirana ustavna načela pretočena su i u Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o ustanovama, Opći porezni zakon, Zakon o porezu na dohodak, Ovršni zakon iOvakva pravila igre država je propisala i za financiranje PZZ.

Ima jedan divan pojam koji opisuje ovakvo ponašanje, a to je licemjerje.

A ima i dalje. Kalkulacija cijene rada HZZO-a u glavarini polazi od faktora složenosti poslova, preuzimajući koeficijent složenosti za službenika DZ prema KU za „javno zdravstvo“, iako zdravstveni radnik privatne prakse OM nije službenik, već je poduzetnik i poslodavac, sa sadržajem rada identičnim kolegi u DZ, ali i sa sadržajem rada i odgovornosti za rad i zakonitost rada koji obavlja/konzumira ravnatelj DZ, njegova pravna i financijska služba, služba nabave i ... Faktor za obračun rada liječnika spec. u OM je 1,85, 6% za teže uvjete rada, 1,9 % za vjernost zdravstvu i 5 % za periodske povišice za najviše 10 godina radnog staža. Istovremeno, njegov kolega spec. liječnik u bolničkom sustavu ostvaruje za složenost najmanje faktor 2,0, dok faktor 1,5 za odgovornost i rukovođenje, 16 ili 20% za teže uvjete rada, pa i za rad ambulanti za hitan prijem djelatnosti – slični/isti poslovi koje svakodnevno obavlja spec. opće/obiteljske med., do 20 % za radni staž, 4% ili 6% ili 10% dodatka za vjernost zdravstvu i... Zaključak je, OM je zapravo podcijenjena već u startu, prilikom kalkulacije vrijednosti njenog rada. Zato je krucijalno pitanje odnosa države prema

primarnoj razini zdravstvene zaštite – NJEN STATUS.

Ispada da su sve dosadašnje reforme zdravstva imale utjecaj samo na stanje u PZZ i njen položaj u sustavu, i nije čudo da se udio sredstava za PZZ u zadnji 15-ak godina u ukupnom zdravstvenom kolaču prepолоvio.

Liječnici u PZ i OM postali su svjesni ovakve situacije, jer to svakodnevno osjećaju na svojoj koži, svom standardu i na utjecaju na svoj rad.

5. Dobra i svrsishodna vertikalna i horizontalna komunikativnost unutar sustava

Komunikativnost unutar zdravstvenog sustava jedna je od osnova njegove racionalnosti. Ona sprječava nepotrebne dijagnostičke i druge zahvate i time pojeftinjuje zdravstvene procedure. O ovom problemu već je nešto rečeno. Imamo kompjutorizaciju OM i internetsku vezu, a podaci o pacijentovom stanju još uvijek su neadekvatno prezentirani u vezi PZZ i PKZ.

- OM se mora dovesti su situaciju da se njeni nalazi i mišljenja na zadovoljavajući način prezentiraju u više nivoa zdravstvenog sustava, a i da budu uvažavani od kolega kliničara. Ipak mi u PZZ najbolje poznamo pacijente, jer živimo s njima, poznamo životne okolnosti i navike, okruženja i htijenja što može imati veliki utjecaj u dijagnostičkom postupku.
- Bit je zapravo da se klinička medicina s povjerenjem i uvažavanjem osloni na OM, da zna što OM može i zna, a zna puno, i da „zalutale“ svakodnevne jednostavne, kronične, zdravstvene probleme vrati na pravo mjesto rješavanja - u OM. A i što je najvažnije, da ukaže pacijentu, stručno i racionalno što je za njega najbolje i da mora imati povjerenja u svog LOM-a. Ovo je najvažnije kod rješavanja problematike kroničnih, nezaraznih, masovnih bolesti gdje se može upotrijebiti silna dijagnostika

i masu terapijskih postupaka, a bit je zapravo u promjeni navika i načina života.

6. Definiranost prava, obveza i obima rada nositelja sustava, definiranost prava i obveza korisnika zdravstvene zaštite

Nas, liječnike u PZZ i OM neki zovu neradnicima i liječnicima. A, postoji i standard rada liječnika u tzv. „Plavoj knjizi“ koja definira vremenski normativ rada za sve usluge u OM. Po tom standardu u prosječnom radnom vremenu liječnik bi trebao obaviti oko 25 - 33 pregleda i napisati nešto recepture za kronične pacijente. I time bi ispunio kvotu bodova za normativ za koji je plaćen glavarinom. Stvarnost je potpuno drugačija. Gledajući statistiku unazad nekoliko godina vidi se da liječnici odrađuju oko 150% više usluga nego što je propisano standardom, a posebno se to odnosi na ordinacije s velikim brojem upisanih pacijenata. Jer zdravstvena potražnja nema limita i nema ograničenja pristupu obiteljskom liječniku. Svaki osiguranik ima neograničeno pravo koristiti PZZ. Ako sada pogledamo cijene u novo ponuđenom aneksu ugovora onda ispada da za svakog osiguranika ispod 7 godina dobijemo 22,65 kn mjesečno, za svakog osiguranika od 8 - 17 godina starosti 9,62 kune mjesečno, osiguranika u dobi od 18 - 45 godina 12,53 kuna mjesečno, svakog osiguranika od 46 - 65 godina, 16,95 kuna mjesečno i svakog osiguranika iznad 65 godina 21,55 kunu mjesečno. Za taj iznos osiguranik ima neograničeno pravo koristiti usluge svog liječnika u OM i besplatno dobiti potreban sanitetski materijal i eventualno potrebnu injekcijsku terapiju.

U ovakvoj situaciji velike zdravstvene potražnje i „primjereno stimulatивно“ vrednovanja rada (ne mogu odoljeti a da ne budem ironičan) normalno je da se sve ne stigne ili objektivno ne može riješiti u ordinaciji obiteljske medicine, ili po cijenama po DTP-ima nije isplativo, te i tu leži jedan od uzroka pomicanja usluga prema polikliničko konzilijarnoj zdravstvenoj

zaštiti. Nitko ne razmišlja o tome da bi se liječnici u svom radu trebali držati vremenskih normativa, ali tada bi trebalo smanjiti dozvoljeni broj upisanih pacijenata, a liječnika niti sada nema dovoljno, i stvorile bi se liste čekanja i u PZZ.

Kao što je ranije rečeno, liječnik PZZ i OM mora biti čuvar ulaza u više dijelove zdravstvenog sustava, ali on to u ovakovom svom položaju unutar sustava i u svom položaju prema pacijentu, gdje njegov ukupni prihod ordinacije ovisi samo o broju upisanih pacijenata, to nikako ne može biti, a da zbog želja pacijenata ne ugrozi svoj materijalni opstanak.

Na kraju

Ovdje su opisani samo neki najočitiji problemi koji tište PZZ i OM, a o kojima u reformi nema ni traga. Dapače, reforma ih uopće nije akceptirala. A ima ih još. Na primjer rad u vrijeme turističke sezone, dežurstva i pripravnost, zamjene i slično. O puno problema i rješenja bi se mogle napisati cijele rasprave, ali istini za volju u svjetskoj i domaćoj literaturi sve je već poznato, samo treba pročitati.

Struka OM već godinama na kongresima upozorava na probleme i daje određena rješenja, ali se struku i one koji su u poziciji da rade u prvoj liniji zdravstvene zaštite ne pita i oni nisu u poziciji da reformiraju sustav.

Eto zbog toga su liječnici PZZ nezadovoljni, i imaju legitimno pravo da se bore za svoju struku, svoj položaj u sustavu i vrijednost svoga rada.

PS: Za sve podatke navedene u ovom tekstu postoje izvorni dokumenti u Udruzi PPUZ

Zaključci s trećeg simpozija u organizaciji Hrvatske liječničke komore

«Privatni ugovorni liječnici u hrvatskom zdravstvu»

Opatija, 13.-15. ožujka 2009.

Nedostatak liječnika je temeljni ograničavajući faktor reorganizacije zdravstvene službe.

Osim što onemogućava normalnu organizaciju zdravstvene službe, nedostatak liječnika je poprimio takve dimenzije da bitno utječe na liječnike koji rade u zdravstvenom sustavu primarne zdravstvene zaštite (PZZ) i onemogućava njihov normalan život i rad, budući da ne mogu ostvariti pravo na godišnji odmor, bolovanja i slobodne dane.

Preporuča se nastavak istraživanja o stresu među liječnicima PZZ-a s obzirom da su jedna od najugroženijih skupina za razvoj stresa unutar liječničke populacije.

Prilikom formiranja Savjeta za zdravlje na županijskom nivou obvezno u njega treba imenovati predstavnike primarne zdravstvene zaštite, sekundarne zdravstvene zaštite i privatne prakse.

Sustav financiranja

Sustav financiranja mora biti strukturiran i uključivati više izvora financiranja, odnosno stalni trošak poslovanja, vrijednost pacijenta i stimulativne mjere.

Svi ugovorni liječnici imaju pravo očekivati pravičnu naknadu za svoj rad. Odnosno, svakom liječniku koji sklopi ugovor s HZZO-om mora se omogućiti minimalni prihod u visini plaće po kolektivnom ugovoru, te za sada dozvoliti dodatni rad do iznosa DTP-a (dijagnostičko terapijskih postupaka) u visini standardne glavarine.

Sve što država dodatno želi, mora dodatno i platiti.

Nužno je, također, dozvoliti dodatni rad izvan ugovorenog radnog vremena s HZZO-om i HZZOZZR-om (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu).

Potrebno je zahtijevati standardiziranje prostora i opreme i namjensko korištenje decentraliziranih sredstava za njihovo uređenje.

Administrativni pritisak u radu potrebno je smanjiti uvođenjem kvalitetnijih informatičkih programa.

Nužno je s boljim uvjetima stimulirati rad i odlazak mladih liječnika u izolirane sredine.

Grupna praksa mora imati pojednostavljene uvjete za osnivanje, budući da je jedini model ozakonjenja zamjena za izostanak s radnog mjesta.

Sve probleme financijske regulative potrebno je riješiti s Ministarstvom financija.

Sustav procjene kvalitete rada mora biti definiran na temelju nezavisnog i stručnog izbora indikatora i kriterija.

Različiti sudionici zdravstvene zaštite (HZZO, HLK, MZSS) mogu se uključiti u sustav nudeći stimulativne i destimulativne mjere iz svoje domene: informacije, upozorenja, kazne i nagrade. Sustav mora poticati izvrsnost i osiguravati uvjete za mogućnost promjene indikatora i kriterija koji su se pokazali nerealmim.

U domovima za starije i nemoćne osobe treba osigurati adekvatnu skrb na način da na 100 i više kreveta u stacionaru dolazi jedan liječnik.

Hitna medicinska pomoć

Pružanje hitne medicinske pomoći unutar radnog vremena liječnika opće medicine jako opterećuje svakodnevni rad liječnika, djeluje vrlo stresno i nije adekvatno plaćeno. Izlaz iz te situacije je u organiziranju ustanova ili zavoda za hitnu medicinsku pomoć.

Liječnici opće medicine pokrivaju službu hitne medicinske pomoći u malim mjestima, redovito su preopterećeni, što predstavlja veliku opasnost za njihov stručni rad.

Također, iznosi koje dobivaju za taj rad su izrazito mali, a uz to i neujednačeni u različitim dijelovima zemlje. Stoga je potrebno povećati te iznose i ujednačiti ih s obzirom da se radi o istom poslu.

Pedijatrija

Potrebno je smanjiti standardni pedijatrijski tim s 1000 na 850 djece u skrbi uz odgovarajuće povećanje glavarine.

Nužno je upućivanje liječnika na specijalizaciju iz pedijatrije sukladno Nacionalnom planu aktivnosti za prava i aktivnosti djece 2006.-2012. i to prema iskazanim potrebama mreže.

Moraju se osmisлити programi koji će svoj djeci omogućiti barem približno jednaku razinu zdravstvene skrbi.

Ginekologija

Bez obzira na dobre rezultate antenatalne skrbi s postojećim brojem ginekologa potrebno je i dalje raditi na povećanju broja timova ginekologa u PZZ-u prema mreži upućivanjem novih liječnika na specijalizaciju.

Sadašnji standard broja pacijenata (6000 žena) treba zadržati dok se ne poveća broj ginekologa, a potom predložimo standardni broj od 5000 žena u skrbi, ali uz uvećanu glavarinu.

Ginekologe je potrebno izjednačiti s liječnicima opće medicine u pogledu naknade za administrativne poslove (naplata participacije).

Odnos sa specijalistima

Potrebno je pronalaziti načine bolje suradnje doktora u SKZ-u (specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita) i doktora u PZZ-u, te od doktora specijalista zahtijevati da se strogo pridržavaju smjernica iz liste lijekova pri preporučivanju lijekova koji se propisuju na recept. Iznimno je važno izjednačiti suodgovornost liječnika PZZ-a i SKZ-a.

Također, od liječnika u SKZ-u treba tražiti racionalnost u preporučenoj obradi, a potrebu za kontrolnim pregledom prepustiti odluci izabranog liječnika.

Mora se inzistirati na odgovornosti specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite za terapiju koja nije u skladu s preporukama HZZO-a.

Potrebno je revidirati smjernice i administrativna ograničenja vezana uz listu lijekova, a u skladu sa postojećim postupnicima.

Daljnje širenje specijalističko-konzilijarne obrade internim uputnicama moguće je samo za najnužnije postupke i to postupno.

Nužno je da doznaku za ortopedsko pomagalo izdaje onaj tko to pomagalo indicira.

Potrebno je omogućiti rješavanje svih prijepornih pitanja putem arbitraže, odnosno uključivanjem predstavnika županijskih povjerenstava HLK u postupak utvrđivanja odgovornosti.

Iznimno je važno potencirati zajedništvo u rješavanju problema.

Od HZZO-a je potrebno tražiti da redovito ažurira informacije o indikacijama i svim uvjetima propisivanja lijekova na trošak HZZO-a, te da osigura njihovu dostupnost na svojoj Internet stranici.

Ugovorna specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita

Rok plaćanja potrebno je smanjiti na 30 dana.

Povećanje cijene boda treba osigurati u skladu s rastom troškova. Također, potrebno je izjednačiti cijenu boda specijalista u sustavu (bolnice, ugovorni specijalisti u domovima zdravlja, poliklinike) kako bi se spriječilo staleško podcjenjivanje, jer je ugovorna specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita za istu vrstu usluga plaćena manje nego kolege u bolnicama, a usluga je nerijetko pružena na modernijoj i boljoj opremi i u boljim uvjetima.

Potrebno je omogućiti prekoračenje limita u određenim objektivno potrebnim situacijama te

izostaviti hitne preglede iz mjesečnog bodovnog limita.

Treba omogućiti predaju računa elektronskim putem.

Nužno je da se ugovori sklapaju na duže vremensko razdoblje s obostranom mogućnošću prijevremenog prekida.

Potrebno je izbacivanje ugovorne obveze o pronalaženju zamjene za vrijeme godišnjeg odmora jer je to neprovedivo zbog premalog broja specijalista.

U ugovor je potrebno dodati obveznu stavku - obračun zatezne kamate u slučaju kašnjenja plaćanja i to s istom kamatnom stopom koju primjenjuje porezna uprava.

Potrebno je kreirati mogućnost paušalnog plaćanja odobrenih materijalnih troškova ambulante.

Nezaobilazno je na vrijeme u raspravu uključiti sve sudionike i buduće eventualne potpisnike ugovora o koncesiji kako bi se uvažile i njihove primjedbe.

S obzirom da plaćajući najam domovima zdravlja ugovorni specijalističko-konzilijarni liječnici financiraju skup i nefunkcionalan sustav, a troškovi režija su značajno porasli dok su prihodi porasli gotovo beznačajno, od vlasnika domova zdravlja se očekuje da subvencioniraju nastali nesrazmjer u prihodima liječnika.

Medicina rada

Svi sudionici skupa su upoznati s problemom liječenja ozljeda na radu i suglasni su da se radi integralnog liječenja – dostupnosti pacijentima – realizira ugovor dvaju zavoda (HZZO-a i HZZOZZR-a) o liječenju ozljeda na radu, te da bi radi sistemskog rješenja ozljeda na radu trebalo žurno pristupiti korekcijama zakona.

U protivnom, doći će do kolapsa sustava budući da samo 152 specijalista medicine rada skrbi za milijun i pol radnika te svojim radom održavaju cjelokupni sustav specifične zdravstvene zaštite.

Kako bi se osiguralo dugoročno provođenje zakonskih obveza medicine rada potrebno je žurno upućivanje liječnika na specijalizaciju iz medicine rada.

Posjet

School of Health Professions Education (SHE) Faculty of Medicine, University of Maastricht

Od 3. studenog 2008. do 7. studenog 2008. godine dr. Goranka Petriček i dr. Venija Cerovečki Nekić s Katedre za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu aktivno su sudjelovale na tečajevima iz područja medicinske edukacije koji su organizirani na *School of Health Professions Education (SHE), Faculty of Medicine, University of Maastricht*.

Medicinski fakultet u Maastrichtu osnovan je 1976. godine kao prvi fakultet pri Sveučilištu u Maastrichtu. Jedan je od prvih reformiranih medicinskih fakulteta u Europi koji primjenjuje integrirani *curriculum* u dodiplomskoj nastavi medicine.

School of Health Professions Education (SHE) ustrojbeno je jedinica Medicinskog fakulteta u Maastrichtu posvećena unaprjeđenju kvalitete nastave biomedicinskih znanosti. Škola nudi niz programa iz područja edukacije, od kratkih tečajeva do doktorskog studija, namijenjenih prvenstveno nastavnicima ali i managerima u zdravstvu te osobama koje sudjeluju u donošenju odluka vezanih uz edukaciju.

Dr. Goranka Petriček aktivno je sudjelovala na tečaju *Assessment in Medical Education* koji je prvenstveno namijenjen nastavnicima medicinskih fakulteta koji su uključeni u strukturiranje i provedbu procesa vrednovanja naučenog. Tijekom tečaja koji je organiziran kroz pet dana tematski su obrađeni gotovo svi najčešće korišteni oblici procjene kliničke osposobljenosti: pismeni ispit, OSCE (Objective Structured Clinical Examination), Mini-CEX (procjena provedbe kliničkog postupka s trenutnim osvrtom tijekom praktične nastave), portfolio te prosudba profesionalnog ponašanja. Voditelj tečaja *Assessment in Medical Education* bio je vodeći stručnjak iz područja

medicinske edukacije prof.dr. Cees van der Vleuten.

Dr. Venija Cerovečki Nekić aktivno je sudjelovala na tečaju *Research in Medical Education*. Tijekom tečaja dr. Venija Cerovečki Nekić izradila je nacrt znanstvenog istraživanja „Što možemo procijeniti pomoću portfolia tijekom specijalizacije iz obiteljske medicine“. Izradu nacra ovog istraživanja mentorirao je prof.dr. Albert Scherpbier, direktor Instituta za medicinku edukaciju Nizozemske.

Aktivno sudjelovanje na tečajevima *Assessment in Medical Education* i *Research in Medical Education* zasigurno je iznimno korisno iskustvo za nas kao nastavnike Medicinskog fakulteta u Zagrebu i Katedre za obiteljsku medicinu pred kojima je velika odgovornost pri procjeni znanja studenata tijekom dodiplomske, poslijediplomske i specijalističke edukacije.

*dr. Venija Cerovečki Nekić, dr. Goranka Petriček
Katedra za obiteljsku medicinu,
Medicinski fakultet u Zagrebu*

Izvješće s konferencije Europske mreže istraživača iz obiteljske medicine

(European General Practice Research Network (EGPRN))

U Budimpešti, Mađarska, od 15.-19.10.2008. godine održana je EGPRN konferencija. Glavna tema konferencije bila je „Integrated management of Cardiovascular Disease“. Uvodničari su bili poznati stručnjaci iz tog područja istraživanja: prof. Carlos Brotons iz Barcelone, koji je održao predavanje o istraživanjima o integriranom pristupu liječenju kardiovaskularnih bolesti (KVB). Prof. Manfred Maier, iz Beča održao je predavanje kako procijeniti utjecaj istraživanja u obiteljskoj medicini prema science citation indeksu (CC) ili prema socijalnom

impaktu? Prof. Arno Hoes iz Utrechta, govorio je o instrumentima primjenjivim u dijagnosticiranju kardiovaskularnih bolesti.

Na ovoj konferenciji prezentirano je 47 radova na glavnu i slobodne teme. Skupina liječnica iz Hrvatske, dr. Davorka Vrdoljak, dr. Jasna Vučak i dr. Ksenija Kranjčević, prikazale su projekt istraživanja kardiovaskularnih rizika na populaciji Hrvatske, koji je pobudio dobru i korisnu diskusiju.

Na sastanku Glavnog odbora s nacionalnim predstavnicima raspravljalo se o područjima istraživanja važnim za obiteljsku medicinu (research agenda), važnosti povećanja broja članova EGPRN i širenja mreže istraživača u Europi, o međunarodnim kolaborativnim istraživanjima u obiteljskoj medicini, te o temama i mjestu održavanja slijedećih konferencija EGPRN-a.

Od 7.-10. svibnja 2009. održat će se konferencija u Bertinoru u Italiji. Tema konferencije je «Data Analysis of Electronic Patient Record Databases in General Practice».

Ponosni smo da ćemo biti domaćini jesenske, 59. EGPRN konferencije koja će se održati u Dubrovniku 15.-18.10.2009. na temu «Research on multimorbidity».

Uvodničari na dubrovačkoj konferenciji bit će prof. Cris van Weel, predsjednik svjetske WONCA-e i prof. Igor Švab, predsjednik Europskog ogranka WONCA-e.

Pozivam liječnike obiteljske medicine zainteresirane za istraživanja u obiteljskoj medicini da postanu članovi EGPRN-a, te da se pridruže radu konferencija, a posebice onoj koja će se održati u Dubrovniku, u jesen 2009.

Detaljne podatke o samoj EGPRN organizaciji, te o dosadašnjim i budućim EGPRN konferencijama moguće je dobiti na www.egprn.com ili od nacionalnog predstavnika za istraživanja iz obiteljske medicine dr. sci. Đurđica Lazić, dr. med., Katedra za obiteljsku medicinu u Zagrebu.

*Dr.sc. Đurđica Lazić, dr. med.,
Katedra za obiteljsku medicinu u Zagrebu.*



H.D.O.D.

**HRVATSKO DRUŠTVO OBITELJSKIH DOKTORA
HRVATSKOG LIJEČNIČKOG ZBORA**

sa
DOMOVIMA ZDRAVLJA ISTRE



Pod pokroviteljstvom

**Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske
i Poglavarstva Istarske Županije**

organizira

IX. KONGRES HDOD-HLZ

na teme

1. PROCJENA ZDRAVSTVENOG STANJA I ZDRAVSTVENIH POTREBA PACIJENATA
2. PREVENCIJA KARDIOVASKULARNIH BOLESTI U OBITELJSKOJ MEDICINI
3. PROBLEMATIKA KONZILIJARNIH PREGLEDA I DIJAGNOSTIKE U OBITELJSKOJ MEDICINI
4. SLOBODNE TEME
4. OKRUGLI STOL NA TEMU: «Položaj obiteljskog liječnika u današnjem sustavu zdravstva»

PRVA OBAVIJEST

KONGRESNA DVORANA HOTELA ISTRA-CRVENI OTOK ROVINJ

Rovinj 01.10 - 03.10. 2009.

Rezervacije : Hotel Istra **** Crveni otok Rovinj, tel.052 802- 500, 802- 519, rezervacije na 052 800-390, fax-052 813-497. Obvezno se uplaćuje POLUPANSION, koji po osobi -u jednokrevetnoj sobi iznosi 502,00 kune, a u dvokrevetnoj 401,50 kuna (uključena vožnja brodom na otok, parkiralište). Doplata za puni pansion iznosi 100 kuna.

Voditelj skupa: Prim.mr.sc.dr.Bruno Mazzi, tel. 052 811 429, tel./fax- 052 846-878

Kotizacija: za članove 800, za zakupce 1000, za pratnju 200.

Ako niste bili na ovogodišnjem kongresu, produžite članstvo sa uplatom od 50 kuna do 01.04.09. godine (dostavite potvrdu o uplati na faks 052 840228) i podmirite članarinu u vašoj Podružnici HLZ. Nakon tog datuma sredstva idu za članarinu u 2010 godini.

ŽIRO RAČUN HDOD-HLZ-Za. Ba. d.d. 2360000-1101214818 poziv na broj 268-345-1.

Prijava radova faksom i tel. do 01.08. a dostava gotovih radova do 31.08.2006.

PROGRAM: ČETVRTAK-upravni odbor, izlet, svečano otvaranje, večera
PETAK-stručna izlaganja, skupština, popodnevni tečajevi, svečana večera
SUBOTA-stručna izlaganja, okrugli stol, ručak, izlet po izboru

Rezervacije kreću od 01.08.Potvrdu o uplaćenju kotizaciji na Žiro račun kod Za-Ba 2360000-1101214818 poziv na br.268-345-2,dostavite na faks 052 846-878 zatim možete rezervirati sobe na tel.052 802 500. Hotel Istra –otok Sv.Andrije Rovinj s napomenom «**ZA KONGRES**». Kolege koje ne koriste hotelski smještaj uplatu kotizacije vrše na prijemnom desku kod dolaska.

OČEKUJEMO VAS S RADOŠĆU NA IX. KONGRESU HDOD-HLZ

Sekcija za potpurnu skrb, hematološku onkologiju, radioterapijsku onkologiju i internističku onkologiju Hrvatskog onkološkog društva HLZ i

Onkološko - hematološka sekcija Hrvatske udruge medicinskih sestara

priređuju

drugi hrvatski simpozij s međunarodnim sudjelovanjem

POTPORNO LIJEČENJE ONKOLOŠKIH BOLESNIKA

Hotel NEPTUN-ISTRA, Brijuni

1.-4.10. 2009.

Pokrovitelji

Stjepan Mesić, predsjednik Republike Hrvatske
Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa RH
Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH
Hrvatski liječnički zbor
Hrvatska liječnička komora

Teme

Karcinomska bol ♦ Opioidi u kliničkoj praksi ♦ Ostali pristupi u liječenju boli ♦ Bifosfonati
♦ Novosti u potpurnom liječenju: anoreksija – kaheksija, anemija, infekcija i monoklonska protutijela, depresije, respiratorne smetnje, orofacijalne smetnje

Poster

Pozivamo liječnike i medicinske sestre da prijave postere na navedene teme.

Zlatni sponzor: Abbott

Glavni sponzor: Lek Zagreb

9 satelitskih simpozija farmaceutskih tvrtki

**KOTIZACIJE po osobi
u kn**

**1.4.-15.8.2009.
1.850**

**od 16.8.2009.
2.220**

Tehnički organizator:

Penta d.o.o.
Danijela Čurčić / Frano Falkoni
A. Hebranga 20
10000 Zagreb, Hrvatska
tel.: 01 4553 290, 462 86 17
fax : 01 4553 284
e-mail: danijela@penta-zagreb.hr
www.penta-zagreb.hr

**Detaljan program simpozija
sa svim obavijestima:
www.penta-zagreb.hr**

Upute autorima

Medicina familiaris Croatica (Med fam Croat) je glasilo Hrvatske udružbe obiteljske medicine. Objavljuje stručne i znanstvene radove, preglede, prikaze bolesnika, znanstvena i stručna priopćenja, edukativne prikaze, prikaze knjiga, rasprave iz područja obiteljske medicine. Uvjet je da radovi nisu već objavljeni u drugim časopisima i knjigama. Radovi se objavljuju na hrvatskom i engleskom jeziku.

OPREMA RADOVA

Rad i svi prilozi šalju se e-mailom. Rad mora biti pisan u jeziku „times new roman“, veličina fonta 12 tako da na jednoj stranici bude najviše 28 redaka. Sa svake strane valja ostaviti rub širok 2,5 cm. Pregledni i izvorni radovi sa svim priložima (tablice, grafikoni, slike- crno bijeli u excelu) mogu imati najviše 15 stranica a prikazi bolesnika do 8 stranica.

Rad treba sadržavati:

- Naslov rada (kratak i jasan) na hrvatskom i engleskom jeziku na posebnom listu s imenima autora, njihovim akademskim titulama i ustanovama ili ordinacijama u kojima rade. Ispod toga treba navesti adresu jednog autora koja će biti objavljena u članku kao kontakt adresa. Istu adresu koristit će uredništvo za kontakt s autorima.
- Sažetak na hrvatskom i engleskom jeziku na posebnom listu. Sažetak sadrži sve bitne činjenice iznesene u radu, cilj rada i kratko metode, glavne rezultate i osnovne zaključke. Može sadržavati 15-17 redaka.
- Ključne riječi (2-5) na hrvatskom i engleskom jeziku iz kojih se članak može identificirati.
- Uvod, kratak i jasan, s prikazom biti problema i svrhe istraživanja.
- Primijenjene metode treba prikazati kratko i jasno, razumljivo da ih drugi autori mogu ponoviti. Lijekovi se navode generičkim imenima. Treba opisati primijenjene statističke metode.

- Rezultate treba jasno prikazati. Značajnost rezultata treba statistički obraditi. Treba se služiti SI jedinicama.
- Rasprava treba protumačiti rezultate i usporediti ih s postojećim spoznajama na tom području. Iz rasprave treba izvući kratke i jasne zaključke.

Tablice treba priložiti svaku na posebnoj stranici s naslovom na hrvatskom i engleskom jeziku, a u tekstu označiti gdje dolazi tablica. Tekstualni dio tablica mora biti dvojezičan.

Slike treba priložiti svaku na posebnoj stranici s naslovom na hrvatskom i engleskom jeziku. Objavljivat će se crno-bijele slike i grafikoni. Na pozadini treba označiti broj slike prema navodu u tekstu i označiti gore-dolje. Bolesnicima na slikama valja oči prekriti crnom vrpcom da se ne mogu identificirati.

Literatura se navodi na zasebnoj stranici na kraju članka i numerira prema redosljedu citata u tekstu (prvi citat označava se brojem 1). Citat u tekstu označava se brojem koji ga povezuje s popisom literature.

Ako rad ima šest ili manje autora, treba navesti sve autore. Ako ih je sedam ili više navodi se prvih šest i doda et al. Naslove časopisa treba prikazivati kraticom koju upotrebljava Indeks Medicus. Kod citiranja članaka iz časopisa treba uz autore, naslov i časopis navesti godinu objavljivanja, broj sveska te početnu i završnu stranicu rada. Kod citiranja knjige navode se autori ili urednici knjige, naslov, izdanje (ako nije prvo), mjesto nakladnika, nakladnik, godina izdanja te stranica ukoliko se navodi određena stranica ili poglavlje.

Nepublicirana zapažanja ne smiju se uvrštavati u popis literature. Citiranje sažetaka treba izbjegavati. Kod članaka koji još nisu objavljeni, ali su prihvaćeni za tisak, dodaje se u zagradama „u tisku“.

Autor je dužan svaki citirani rad verificirati prema originalu.

Primjeri citiranja literature:

a) članak iz časopisa

Zelić-Havić I, Tiljak H. Specifičnosti korištenja zdravstvene zaštite u pridruženoj ambulanti opće medicine. *Liječ Vjesn* 2000;122:56-60.

b) knjiga

Balint M. *The doctor, his patient and the illness* (Millenium reprint of 2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000, str 215-229.

c) poglavlja iz knjiga (kad ima vlastitog autora)

Vrcić-Keglević M. Komunikacija između liječnika opće/obiteljske medicine i bolesnika. U: Budak A i sur. *Obiteljska medicina*. Zagreb: Gandalf; 2000, str. 77-89.

Prema International Committe of Medical Journal editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. *New Engl J Med* 1997; 336:309-15.

Detaljne upute: Teuber M. Citiranje literature – Vancouverski stil. *Med Fam Croat* 1999;7:41-4.

Prispjele radove Uređivački odbor šalje rad na dvije anonimne recenzije. Ako recenzent predloži izmjene, rad se vraća autoru s kopijom recenzije, bez imena recenzenata. Autor donosi odluku o ispravci teksta i vraćanju rada.