

Број 20 //
Београд //
Април //
2014 //
Година VI //

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ГЛАСНИК

ISSN 1821-3995

Догађаји

ЕФМА ФОРУМ У БЕОГРАДУ

ЛКС УГОСТИЛА ЛЕКАРСКЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ ЕВРОПЕ

Ексклузивни интервју

ДР КАТРИН ФЈЕЛДСТЕД, ПРЕДСЕДНИЦА
СТАЛНОГ КОМИТЕТА ЛЕКАРА ЕВРОПЕ

НАЈВАЖНИЈА ЈЕ БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНТА



Срећан Ускрс!



Лекарска комора Србије

САВРЕМЕНО издање капиталног дела
водећег и најпопуларнијег светског уџбеника медицине
на српском језику

СЕСИЛ – уџбеник интерне медицине *књига друга*

Ради се о капиталном делу, СВЕТСКОМ УЏБЕНИКУ медицине, који је српску клиничку медицину и медицину у бившој СФРЈ унапредио као ниједан други уџбеник медицине у XX веку.

Ово савремено издање превело је пар стотина специјалиста и професора из ВМА, Медицинских факултета у Београду, Новом Саду, Нишу и наши лекари из иностранства.

Писан је јасним стилом, лако разумљивим. То је више него интерна медицина, зато што су обухваћене и заразне, кожне, имунологија, неурологија очне, ушне, психијатрија. Од издања до издања СЕСИЛ се врло мало мења, то су трајне вредности, које се не мењају, а као ново, убацују се само тачни подаци, проверени вишедеценијским студијама. Наменен је лекарима свих специјалности: у њему се „може наћи све“. СЕСИЛ је класика: највиши стандард приступа болестима, размишљању, лечењу, истини...

Кроз ово савремено издање, поново је на српском језику овај на свету водећи и најпопуларнији уџбеник медицине.

НАРУЏБИНЕ директно:

СЛАВЈАНСКАЈА доо (Издавач СЕСИЛ-а)
11000 Београд, Војводе Степе 139



Тел 011/24 918 25

Моб. 061/230 59 22

Куповина иде у
три (3) месечне рате

Цена је 6000 динара

Гласник

ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Година VI, број 20,
април 2014. године.

ISSN 1821-3995

Редакција:

Београд, ул. Краљице Наталије 1

Тел/факс:

36-26-185, 36-26-187, 36-26-188

И-мејл:

lekarskakomorasrbije@gmail.com,
www.lks.org.rs

Главни уредник:

Др Бранка Лазић

Чланови уређивачког одбора:

Др Нинослава Михајловић
Др Јасмина Павловић
Др Игор Николић
Др Сергеј Лазаров
Др Данка Грудић
Др Иван Илић
Др Милан Симић
Др Драгана Арсић
Др Слађана Илић
Др Гордана Ђокић
Др Олга Вучићевић Осипов
Др Јелица Крчмаревић
Др Никола Костић
Др Предраг Рогулић
Др Дубравка Миодраговић

Издавачки савет:

Прим. др сци. Татјана Радосављевић
Др Драгана Милутиновић
Проф. др Марина Дељанин Илић
Прим. др сци. Спасо Анђелић
Доц. др Бранко Ристић
Проф. др Бранислав Перин
Др Александар Радосављевић
Др Љубиша Недељковић

Новински уредник:

Јасмина Томашевић

Ликовно-графички уредник:

Илија Милошевић

Типографско писмо:

Adamant

Лист се објављује четири пута
годишње и доставља бесплатно
свим члановима ЛКС

Насловна и последња страна:

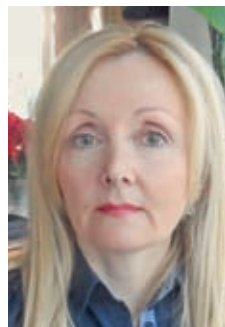
Специјална за цереброваскуларне
болести „Свети Сава“ у Београду

Штампа:

Штампариа „Scanner studio“, Београд

Реч уредника

Поштоване колегинице и колеге,
Драги чланови Лекарске коморе Србије,



Ж

елим да вам
честитам предстојеће
празнике, и надам се да ћете
их добро искористити, али и
пронаћи времена да прочитате
20. број Гласника.

На нашој насловној страни
налази се Специјална болница
за цереброваскуларне болести „Свети Сава“, где се
годишње лечи око 6.000 пацијената, уз примену
најсавременије технологије; текст петиције о
солидарном опорезивању и забрани запошљавања
у јавном сектору који сте у претходном периоду
у великом броју потписали и емотиван текст
професора Делића са његовим виђењем ситуације;
извештај о раду Лекарске коморе, Управног и
посебних одбора (Посебан одбор јавно здравље и
примарну здравствену заштиту у државној пракси
је, осим извештаја, тиме обухватио све четири
године мандата, донео и једну врсту Манифеста за
будући рад тог Одбора), као и извештаје свих пет
регионалних комора, као што смо и обећали;

Занимљиви су и интервјуи са др Катрин
Фјелдстед, председницом Сталног комитета
лекара Европе, др Снежаном Манић, директорком
Агенције за акредитацију здравствених установа
и проф. др Зораном Перишићем, председником
Удружења кардиолога Србије.

Текст и слике са овогдишњег ЕФМА форума
ће показати да можемо да ухватимо корак са
сродним организацијама.

На крају желим да вас подсетим да је 2014.
изборна година и у Лекарској комори и да вас
позовем да се укључите у рад наше (и ваше)
организације, како кандидовањем, тако и
изласком на изборна места.

Срдачан поздрав,

Прим. др Бранка Лазић,
главни уредник Гласника
Лекарске коморе Србије

ИЗ ОВОГ БРОЈА

РЕЧ ДИРЕКТОРА Стр. 6

- САЧУВАНИ ТЕМЕЉИ
ИНСТИТУЦИЈЕ

АКТУЕЛНОСТИ У КОМОРИ Стр. 12

- ПЕТИЦИЈА О СОЛИДАРНОМ ОПОРЕЗИВАЊУ
И ЗАПОШЉАВАЊУ
- ДОНЕТО ВИШЕ ОД 110 ОДЛУКА
- СВИ АПЕЛИ БЕЗ ОДГОВОРА

ИНТЕРВЈУ Стр. 17

- ПРОФ. ДР ЗОРАН ПЕРИШИЋ:
МРЕЖИЦЕ ОТВАРАЈУ ПУТ ДО СРЦА
- ДР СНЕЖАНА МАНИЋ
АКРЕДИТАЦИЈА ЈЕ „АЛАТ“
КОЈИ ТРЕБА ИСКОРИСТИТИ

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ Стр. 24

- ПРОФ. ДР ДРАГАН ДЕЛИЋ: С ОНЕ СТРАНЕ
ДОБРА И (МОГУЋЕГ) ЗЛА
- ДР ДРАГАН ЦВЕТИЋ: МОЖЕМО, АКО ХОЋЕМО
- ДР БОЈАН ТРКУЉА: КОДЕКС ЗА ЈАСНА
ПРАВИЛА ИГРЕ

НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ Стр. 29

- ИНДУКОВАНЕ ПЛУРИПОТЕНТНЕ
МАТИЧНЕ ЋЕЛИЈЕ
- ПРОФ. ДР МИЛАН САВИЋ:
„ПОГЛЕД“ У УНУТРАШЊОСТ МОЗГА

МЕЂУНАРОДНА САРАДЊА Стр. 36

- ЛКС УГОСТИЛА ЛЕКАРСКЕ
ОРГАНИЗАЦИЈЕ ЕВРОПЕ
- ДР КАТРИН ФЈЕЛДСТЕД, ПРЕДСЕДНИЦА СРМЕ:
НАЈВАЖНИЈА ЈЕ БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНТА

СА СТРУЧНИХ ОКУПЉАЊА Стр. 46

- АРТЕРИЈСКА ОКЛУЗИВНА БОЛЕСТ
- САРАДЊА ОВИ УДРУЖЕЊА
И ОТОЛАРИНГОЛОГА СРБИЈЕ

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ Стр. 49

- КЛИНИКА ЗА ВАСКУЛАРНЕ БОЛЕСТИ
ИНСТИТУТА ЗА КАРДИОВАСКУЛАРНЕ
БОЛЕСТИ „ДЕДИЊЕ“:
У КОРАК СА СВЕТСКИМ ЦЕНТРИМА
- ПАТОХИСТОЛОШКА ЛАБОРАТОРИЈА
„ДР РАДОСАВЉЕВИЋ“: ОТКРИВАЊЕ
БОЛЕСТИ ПРЕ СИМПТОМА

ИЗВЕШТАЈИ ИЗ РЕГИОНА Стр. 56

ЛЕКАРИ ПИШУ Стр. 64

- НЕКОНТРОЛИСАНО ЦУРЕЊЕ ПЉУВАЧКЕ
- ЦИНОВИ У СВЕТУ ВИРУСА

САВЕТИ ПРАВНИКА Стр. 65

ПРЕНОСИМО ИЗ ДРУГИХ ГЛАСИЛА Стр. 66

- СРБИН ТВОРАЦ БИОНИЧКЕ РУКЕ

ИЗ ИСТОРИЈЕ МЕДИЦИНЕ Стр. 67

- ВОЈНА БОЛНИЦА У XVIII И XIX ВЕКУ
- КРАЉ ВУКАШИН, ИПАК,
МОГАО УБИТИ ЦАРА УРОША

ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ Стр. 72

- БОЛЕСНЕ ЛЕЧИЛИ ВИДАРИ
И НАДА У ОЗДРАВЉЕЊЕ

ОДЛУКЕ СУДОВА ЧАСТИ Стр. 77

ВЕСТИ Стр. 78



15-16

Апели без одговора

*Посебни одбор за ЈЗ и ПЗЗ у државном сектору
благовремено је реаговао на сва дешавања
у њим областима, али је многи људи наишао
на недостижан слуха код надлежних органа*



28-29

Кодекс за јасна правила игре

*Циљ Кодекса је да помоћне и представницима
индустрије и здравственим радницима да
лакше виде маркетинг шера у коме би требало
да се крећу – објашњава др Бојан Тркуља,
директор удружења*



17–20

Мрежице ошварају иућ до срца

Оно шћо је у Европи сћандард у лечењу,
ћолако ћосћаје и код нас,
каже ћроф. др Зоран Перишић, ћредседник
Удружења кардиолога Србије



21–23

Акредитација је алат који ћреба искорисћити

За шћо акредитација ћреба да буде сћраћешка
одлука државе, објашћава др Снежана Манић,
дирекћорка Аћенције за акредитацију



31–35

Поћлед у унућрашћосћ мозћа

Проф. др Милан Савић, дирекћор СБ „Свећи
Сава“ објашћава за шћо је софисћицирана
оћрема моћно оруће у дијаћносћици и лечењу
можданоћ удара



49–53

У корак са свећским ценћрима

Резућћаћи ће усћанове ћризнаћи су и ван
ћраница Србије, али свесћ о значају васкуларне
хирургије у нашој земљи није довољно развијена,
указује ћроф. др Ђорђе Радак, дирекћор Клинике
за васкуларну хирургију „Дедиње“

Реч директора

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ У 2013. ГОДИНИ

Сачувани ђемељи
институције

Пише:
прим. др Татјана
Радосављевић,
директор ЛКС



Лекарска комора Србије је у 2013. години обављала све послове поверене од стране државе Србије, сагласно Закону о Коморама здравствених радника. Истовремено, Лекарска комора Србије обавља значајне активности у омогућавању лекарима доступне, бесплатне континуиране медицинске едукације путем програма КМЕ који су подржани од стране ЛКС и увођењем Платформе за бесплатну online едукацију путем сајта Лекарске коморе Србије.

Годину 2013. обележили су и непримерени напади дела руководства Српског лекарског друштва на институцију Лекарске коморе Србије, подржани од једног броја медија, појединих фантомских удружења приватних лекара, уз покушаје да се читавај „акцији“ да политички контекст.

ПОВЕРЕНИ ПОСЛОВИ

Лекарска комора Србије на дан 31. 12. 2013. године има укупно регистрованих 33.780 лекара, од тога са лиценцом 31.369.

РЛК Београд

- 12.074 регистрованих
- 10.965 лиценцираних
- РЛК Војводина
- 6.820 регистрованих
- 6.694 лиценцираних
- РЛК ЈиС
- 7.143 регистрованих
- 6.463 лиценцираних
- РЛК ЦЗС
- 6.904 регистрованих
- 6.429 лиценцираних
- РЛК КиМ
- 839 регитрованих
- 818 лиценцираних

– У Србији ради 11.582 мушкарца – лекара и 19.926 жена лекара.

– У државној пракси ради 27.644 лекара, а у приватној пракси 4.011 лекара.

– У Србији је 896 лекара млађе од 30 година, 7.016 старо је између 30 и 40 година, 7.564 између 40 и 50 година, 8.753 ста-

ро је између 50 и 60 година, а чак 5.838 лекара старије је од шездесет година.

– У Србији ради 19.621 лекар специјалиста, доктора медицине је 10.315, а 1.804 има уже специјализације.

У 2013. години странцима је издато 10 привремених лиценци, и то шест у РЛК Београд и четири у РЛК ЦЗС.

Сагласност за отварање приватних ординација у 2013. добило је 26 лекара пензионера.

Лекарска комора Србије издавала је по захтевима све врсте потврда, али и сертификате добре праксе за

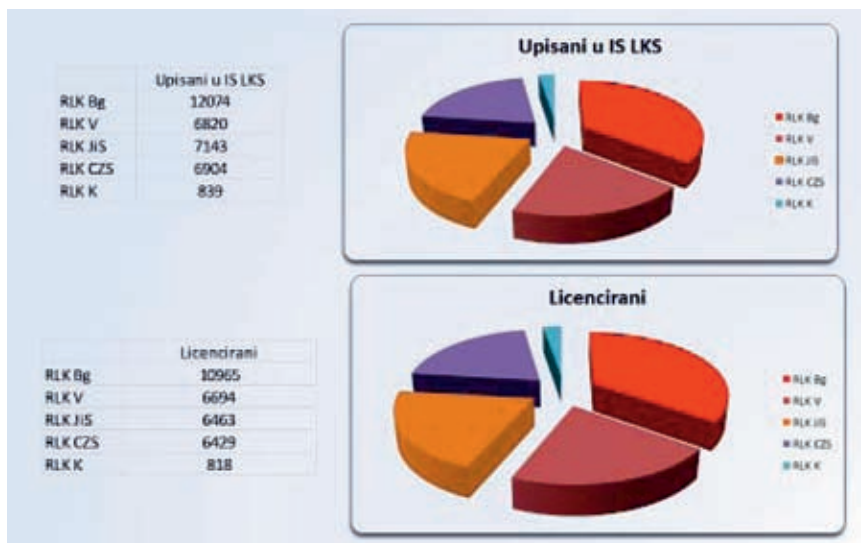
одлазак у иностранство, и њих је у 2013. години било 850. Најшечће су ове потврде тражили доктори медицине, али и специјалисти, а лекари из Србије најчешће су одлазили за Немачку, Словенију, Норвешку.

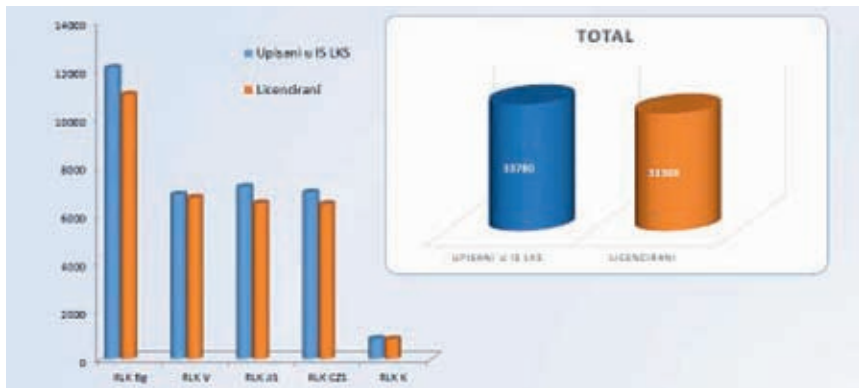
Кодекс професионалне етике Лекарске коморе Србије, на чијим се изменама радило дуже од годину дана, због усвајања Закона о заштити права пацијената и последње ревизије Хелсиншке декларације која регулише клиничка истраживања, и даље је предмет допуна и измена.

ГЛАСНИК ЛЕКАРСКЕ
КОМОРЕ СРБИЈЕ

У функционисању Гласника кључну улогу имају Издавачки савет састављен од чланова Управног одбора, као и Уређивачки одбор састављен од чланова ентузијаста из свих региона. Препознавајући да лекари желе поуздану, корисну, лако доступну и актуелну информацију у припреми сваког броја руководимо се информацијама са терена

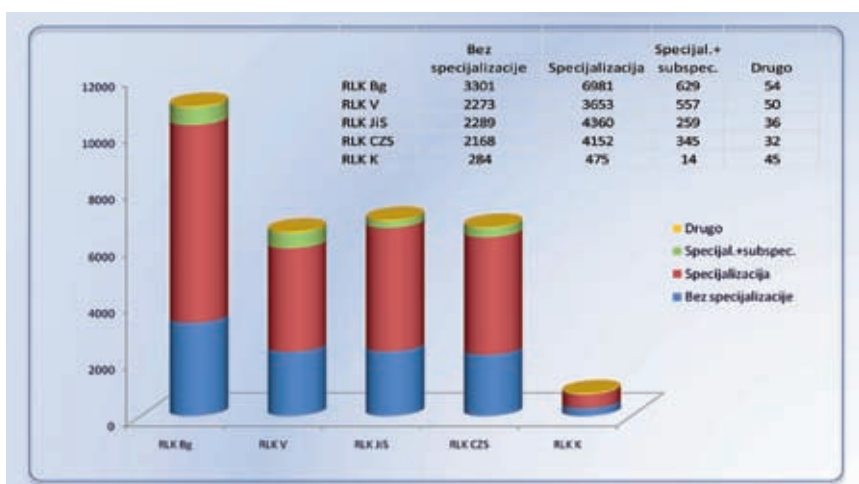
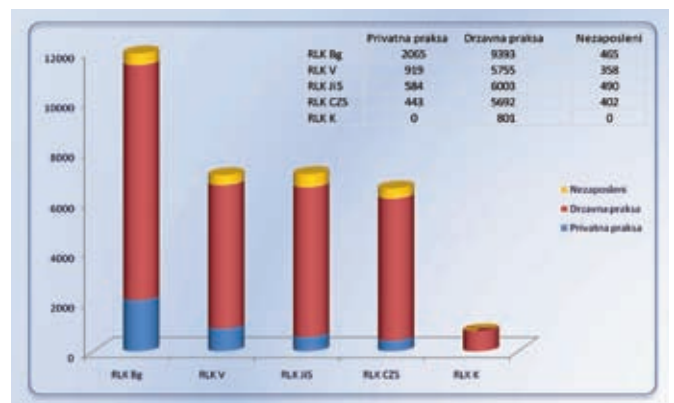
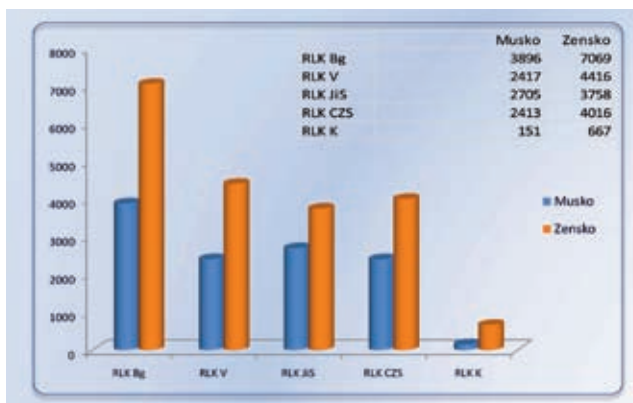
Статистика – лекари 2013.





које излистамо на заједничком организационом састанку. У финалној обради нам помажу два врхунска професионалца. Од лета 2011. сви бројеви се налазе доступни на сајту Лекарске коморе Србије. Гласник је каталогизиран у Народној библиотеци Србије. Сваки број се шаље на све mail адресе лекара и доставља се преко регионалних комора. Гласник има следеће сталне рубрике:

- Реч уредника-контакт са чланством
- Реч директора – Актуелности у комори

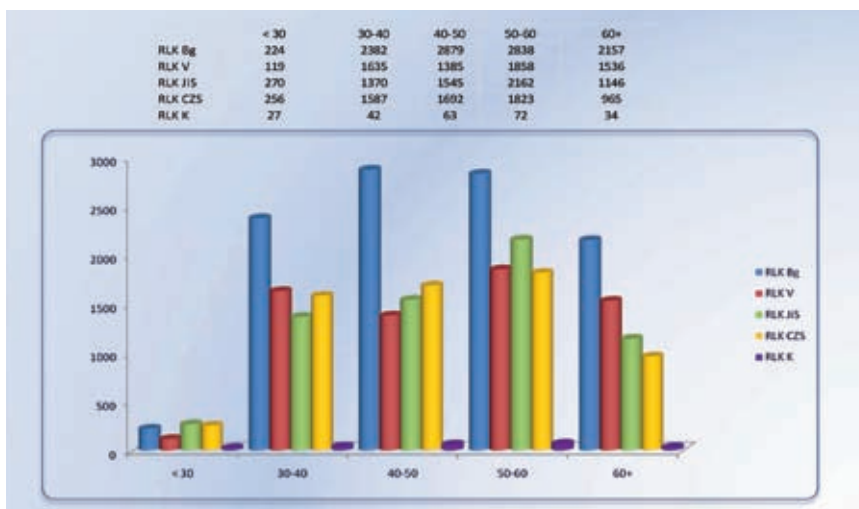


- О здравственом систему
- Нове технологије у медицини
- Са стручних окупљања
- Представљамо здравствену установу
- Интервју
- КМЕ
- Извештаји из РЛК
- Међународна сарадња
- Савети правника
- Из историје медицине
- Лекари пишу
- Преносимо из других гласила
- Одлуке Судова части

КОНТИНИУРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА

У 2013. години одржано је 39 акредитованих програма КМЕ подржаних од стране Лекарске коморе Србије, којима је присуствовало 18.202 лекара. Одржане су конференције у Крагујевцу: „Трансплантација органа у Србији“ и „Пристанак пацијента на меру лечења“, у Београду „Очување репродуктивног здравља“ и „Демографски трендови у Србији“, а крајем године у оквиру „Дана др Спасе Анђелића“, тродневна конференција са медикологалним темама.

Традиционални „Дани српске медицинске дијаспоре“ одржани су у Београду и Нишу, са пет акредитованих програма. У реализацији тих програма учествовала су 103 различита предавача, врхунских страних и домаћих стручњака.



7 <

Бесџлајна Предавања њодржана од ЛКС, одржана у 2013. њодини

Време и место одржавања	Укупно учесника	Број бодова по програму КМЕ	Укупно додељених бодова	Назив предавања	Број присутних лекара				
					РЛКБ	РЛК ЦЗС	РЛК ЈИС	РЛК КиМ	РЛКВ
06.02.2013. Београд	129	4	516	Принципи рехабилитације хроничних болесника А-1-1505/12	126	1	0	0	2
27.02.2013. Чачак	234	4	936	А-1-1511/12	4	226	2	0	2
27.02.2013. Београд	202	3	606	Психонкологија А-1-2902/12	187	3	6	0	6
06.03.2013. Београд	346	4	1384	А-1-1511/12	320	7	9	1	9
09.03.2013. Ћуприја	297	4	1188	А-1-1511/12	0	297	0	0	0
13.03.2013. Београд	183	3	549	Психонкологија А-1-2902/12	101	4	14	1	2
16.03.2013. НС	1287	4	5148	Укључивање приватне лекарске праксе у здравствени систем Србије А-1-2901/12	52	1	2	5	1227
29.03.2013. Лозница	122	4	488	А-1-1511/12	6	115	0	0	1
06.04.2013. Ниш	64	4	256	Укључивање приватне лекарске праксе у здравствени систем Србије А-1-2901/12	0	0	64	0	0
10.04.2013. Београд	99	3	297	Психонкологија А-1-2902/12	92	3	2	2	0
11.04.2013. Београд	213	3	639	Физичка активност и здравље А-1-2900/12	198	8	2	3	2
12.04.2013. КГ	1077	5	5385	Трансплантација органа у Србији А-1-470/13	25	966	66	6	14
13.04.2013. КГ	1039	5	5195	Пристанак пацијента на меру лечења А-1-469/13	65	892	69	9	4
20.04.2013. Кикинда	92	4	368	Принципи рехабилитације хроничних болесника А-1-1505/12	0	0	0	0	92
24.05.2013. Младеновац	63	3	189	Физичка активност и здравље А-1-2900/12	63	0	0	0	0
20.09.2013. Београд	1205	6	7230	Очување репродуктивног здравље А-1-2214/13	1118	37	23	7	20
21.09.2013. Београд	1213	6	7278	Демографски трендови у Србији А-1-2215/13	1126	37	19	8	23
25.09.2013. Београд	207	4	828	Психолошка подршка онколошким болесницима Психонкологија А-1-1985/13	193	7	1	4	2
03.10.2013. Београд	2154	6	12924	Трансплантација срца и плућа А-1-2496/13	496	323	367	61	846
03.10.2013. Београд	1063	6	6378	Скрининг и рана детекција меланома А-1-2000/13	598	177	167	29	92
03.10.2013. Београд	694	5	3470	Повреде кичме и доњих екстремитета А-1-2339/13	334	155	114	5	86
04.10.2013. Београд	701	5	3505	Приватна пракса А-1-1986/13	498	92	51	14	46
04.10.2013. Београд	1447	7	10129	Преинвазивне лезије у хируршкој патологији А-1-2112/13	841	357	145	39	65
04.10.2013. Ниш	1165	5	5825	Хипербарична медицина А-1-2340/13	66	125	954	13	7
09.10.2013. Београд	66	4	264	Психолошка подршка онколошким болесницима Психонкологија А-1-1985/13	65	0	1	0	0
11.10.2013. Чачак	119	4	476	Новине у педијатрији А-1-2004/13	4	114	0	0	1
18.10.2013 Смедерево	70	4	280	Туберкулоза – јуче, данас, сутра А-1-1995/13	11	58	0	0	1
19.10.2013. Рума	337	6	2022	Личност, лице и наличеје свакодневице А-1-2063/13	28	3	0	1	305
15.11.2013. Ћуприја	85	4	340	Новине у педијатрији А-1-2004/13	3	81	0	0	1
23.11.2013. Нови Сад	263	4	1052	Психолошка подршка онколошким болесницима Психонкологија А-1-1985/13	2	1	1	0	259

29.11.2013. Београд	371	6	2226	Медији и лекари – како комуницирати без шума на везама А-1-2326/13	333	11	9	5	13
30.11.2013. Београд	394	6	2364	Кризна комуникација са медијима у здравству А-1-2327/13	355	17	8	4	10
02.12.2013. Београд	62	4	248	Психолошка подршка онколошким болесницима Психоонкологија А-1-1985/13	57	3	0	0	2
07.12.2013. Суботица	169	5	845	Техн. онлајн едукације у професионалном усавршавању здравствених радника А-1-2453/13	9	2	0	0	158
10.12.2013. Београд	63	3	189	Како поправити квалитет живота хроничних болесника процесом рехабилитације А-1-2011/13	58	1	1	0	3
12.12.2013. Београд	328	6	1968	Судскомедицинско вештачење А-1-1993/13	292	16	7	5	8
13.12.2013. Београд	260	4	1040	Правни и етички аспекти лекарске одговорности А-1-1991/13	227	18	6	4	5
14.12.2013. Београд	262	4	1048	Инф. Прист. на меру лечења – важност, улога и место исправ. вођења мед. док. А-1-1992/13	217	23	11	4	7
14.12.2013. Зрењанин	57	4	228	Cyber criminal у медицинској пракси А-1-2062/13	0	0	0	0	57
Укупно:	18202		95301		8170	4181	2121	230	3378

Предавачи

1. проф. др Драгана Матановић
2. проф. др Олга Поповић
3. др Бранка Лазић
4. др Оливера Ћирковић
5. прим. др Татјана Радосављевић
6. проф. др Весна Кесић
7. дипл. психолог Весна Костић
8. проф. др Ђорђе Алемпијевић
9. доц. др Снежана Павлекић
10. доц. др Драган Јечменица
11. проф. др Дејан Петровић
12. Дејан Бабић
13. др Драгана Милутиновић
14. Никола Митровић
15. прим. др Биљана Алексић
16. др Драгана Обрадовић
17. проф. др Милотка Фабри
18. проф. др Радомир Наумовић
19. проф. др Звонко Магић
20. проф. др Ђоко Максић
21. др Гордана Лучић
22. проф. др Видојко Ђорђевић
23. асс. мр сци. мед. др Драган Вуканић
24. dr Otmar Kloiber
25. Anabel Seebohm
26. Милош Јанковић
27. др Славица Ђуровић Младеновић
28. др сци. мед. Нивеска Прекрајски
29. др сци. мед. Милан Ђекићим
30. др Бојан Васић
31. проф. др Милан Ђукић
32. прим. др сци. мед. Драган Илић
33. др сци. мед. Душица Матијевић
34. доц. др Милена Шантрић Милићевић
35. др Александар Радосављевић

36. др Златко Спасић
37. Гордана Бјелобрк
38. проф. др Марина Дељанин Илић
39. доц. др Катарина Јеремић
40. др Оливера Косовац
41. мр сци. мед. др Снежана Мијалковић
42. проф. др Миљко Ристић
43. проф. др Дениз Кецециоглу
44. проф. др Јасмина Кнежевић
45. проф. др Драган Мандарић
46. проф. др Лидија Ристић
47. доц. др Миодраг Вукчевић
48. др Емилија Несторовић
49. др Младен Кочица
50. проф. др Бојан Биочина
51. прим. др Јадран Бандић
52. проф. др Ђуро Коруга
53. доц. др Дејан Опрић
54. др Маријана Бандић
55. академик проф. др Милорад Митковић
56. проф. др Јорг Франке
57. мр сци. мед. др Станко Барлов
58. др Бранко Радивојевић
59. др Сеад Личина
60. др Горан Стојиљковић
61. мр сци. мед. др Јасмина Кнежевић
62. мр сци. мед. др Виолета Скоробаћ
63. др Бранко Миленковић
64. прим. др Градимир Драгутиновић
65. академик др Жан Митрев
66. роф. др Александар Лазаревић
67. проф. др Никица Грбић
68. проф. др Роберт Сафтић
69. проф. др Тибор Тот
70. проф. др Гунтер Клопел

71. проф. др Живка Ери
72. проф. др Снежана Томић
73. проф. др Снежана Андрејевић Блант
74. проф. др Илија Ненадић
75. прим. др Радослав Радосављевић
76. проф. др Томислав Јовановић
77. проф. др Алесандро Марони
78. доц. др Предраг Бркић
79. прим. др Лепосава Милићевић
80. др Бранко Маркуш
81. др Весна Колетић
82. Мариана Седлар
83. доц. др Гордана Костић
84. прим. др Рада Петровић
85. доц. др Славица Марковић
86. прим. др Спасо Анђелић
87. мр сци. мед. Слађана Илић
88. доц. др Дејан Нешић
89. Љубинка Рачић
90. Немања Великић
91. Соња Тодоровић
92. Јелена Петровић
93. проф. др Драгољуб Ђокић
94. прим. др Мила Вучић Јанковић
95. дипл.инг Милован Кузмановић
96. прим. др Снежана Кузмановић
97. проф. др Слободан Ковачевић
98. прим. др Марко Драговић
99. проф. др Александар Јовановић
100. проф. др Томислав Седмак
101. мр сци. мед. др Драгана Даруши
102. судија Мирослав Алимпић
103. проф. др Бранко Ђорић

9 <

Online платформа Лекарске коморе Србије, са тренутно четири потпуно бесплатна теста, још један је допринос бесплатној КМЕ за лекаре у Србији.

Online Платформа за КМЕ

Укупно је постављено шест тестова:

1. Делатност јавног здравља у Србији – законске обавезе и одговорности – (103 сертификата x 3 бода=309 бодова)
2. Развој програма online континуиране медицинске едукације – (390 сертификата x 2 бода=780 бодова)
3. Кривична одговорност у вези са здрављем људи – (1003 сертификата x 2 бода=2006 бодова)
4. Кривична одговорност здравствених радника – студија случаја 01 – (1046 сертификата x 2 бода=2092 бода)
5. Пристанак информисаног пацијента – законске одредбе – (683 сертификата x 3 бода=2049 бодова)
6. Хигијена руку – мера за спречавање и сузбијање интрахоспиталних инфекција – (914 сертификата x 3 бода=2742 бодова).

Треба нагласити да Лекарска комора Србије не може да буде организатор програма КМЕ, те то није ни била, али је финансијски подржавала све ове програме.

ЛКС – ПРАВНА АКТИВНОСТ

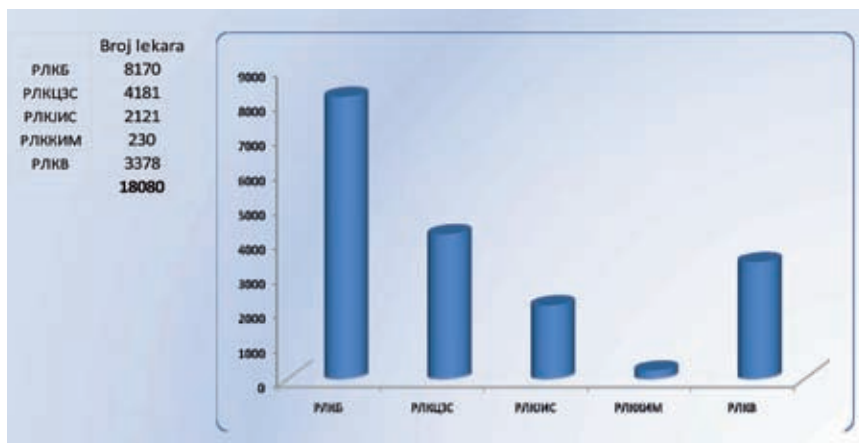
Уставни суд Републике Србије је у јуну месецу одбио захтев Регионалне лекарске коморе Војводине за испитивање уставности и законитости Статута ЛКС и укидање истог и тако је Статут, по други пут од оснивања ЛКС, потврђен на Уставном суду. Подсећања ради, 2008. године одбијен је сличан захтев за укидање Статута и Коморе од стране Вишеслава Хаџи-Тановића.

Добијене су тужбе против следећих медија због објављивања нетачних информација и то против дневних новина „Курир“, „Блиц“ и „Ало“. Против „Курира“ ЛКС је добила четири тужбе, док се пета налази пред судом.

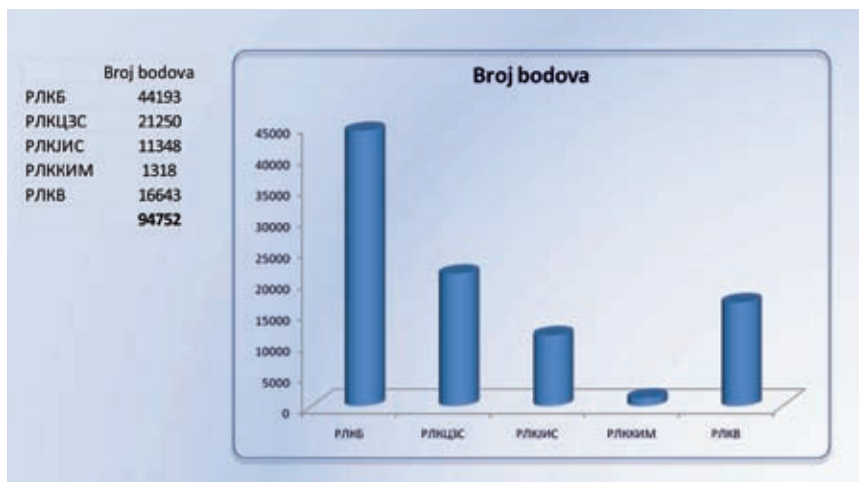
Правни заступник ЛКС про бопо заступа два лекара пред редовним судовима за несавесно лечење.

Правна служба у ЛКС и РЛК свакодневно даје одговоре лекарима

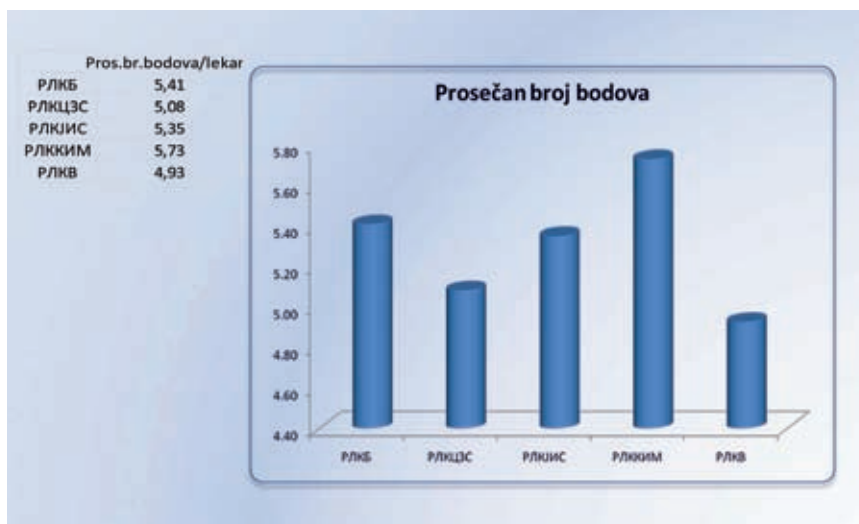
Укупан број лекара присућних на предавањима по регионалним коморама у 2013. години



Укупан број бодова по регионалним коморама у 2013. години



КМЕ статистиџа



Сајт ЛКС



и пружа правну помоћу у различитим предметима.

РАД РЕГИОНАЛНИХ ЛЕКАРСКИХ КОМОРА

Сви органи регионалних комора су радили сагласно Статуту ЛКС, укључујући скупштине, извршне одборе, надзорне одборе (тримесеч-

- Број посета сајта у односу на 2012. повећан је за 22,5 одсто
- Број посећених страна повећан је за 20,7 одсто
- Просечно време прегледа сајта повећано је за 16,4 одсто
- На сајт је постављена платформа за КМЕ и Упитник о здрављу лекара
- Најпосећеније стране су: О нама 21 одсто и Обавештења за лекаре 15 одсто



ни, шестомесечни, деветомесечни и годишњи финансијски извештаји) и посебне одборе. Од тога само одступа Регионална комора Војводине, у којој су радила само два одбора (медицинско образовање, медицинска етика), Надзорни се састао само једном, а Извршни одбор 11 пута.

Истовремено, стручна служба у свим регионалним коморама радила је са лекарима на терену, а подручне канцеларије заузеле су значајно место у непосредном контакту са лекарима, у чему се истиче РЛК ЦЗС.

Нова организација са увођењем координатора за правне, економске и

остале послове, као и редовни састанци колегијума секретара, допринели су изједначавању праксе у раду стручних служби.

Проблеми који су настајали у раду у вези са признавањем диплома са Косова, прослеђивани су према надлежним министарствима.

ЦЕНТРАЛНИ ИНФОРМАЦИОНИ СИСТЕМ

Функционисање информационог система у ЛКС је у 2013. уједначено, са постојећим модулима, користи се могућност слања sms порука лекарима, мејлова, а сајт ЛКС је ажуриран на дневној бази. ЛКС има своју ФБ страницу и Линкедин. На овај начин успевамо да се приближимо колегама.

АКТИВНОСТИ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Годину 2013. обележила је незадовољавајућа сарадња са Министарством здравља, РФЗО, у стратешком смислу. Истовремено у свакодневном функционисању ЛКС, та сарадња је била добра.

ЛКС је у августу месецу одржала поновни састанак са синдикатима у здравству и са удружењима лекара примарне здравствене заштите и упутила отворено писмо у вези са блокирањем рада радне групе за измену капитационе формуле. Представници ЛКС учествовали су у раду на Закону о евиденцијама у здравству. ЛКС је преко представника учествовала у изради Националне стратегије за борбу против корупције. Остварена је сарадња са Институтом за јавно здравље „Др Милан Јовановић – Батут“ и по први пут су званични подаци преузети из Именика ЛКС.

ЛКС НИЈЕ КУПИЛА ПРОСТОР У БЕОГРАДУ

Лекарска комора Србије и даље плаћа закуп Српском лекарском друштву у Улици Краљице Наталије 1-3, око 1.450 евра месечно.

ЛКС је са Правним факултетом „Унион“ склопила уговор о сарадњи, у вези са усавршавањем лекара из области медицинског права. Са Медицинским факултетом у Београду у току је израда Меморандума о усавршавању српских лекара у иностранству, уз учешће српске медицинске дијаспоре.

ЛКС се огласила поводом увођења солидарног пореза и тражила је изузимање лекарске професије из

П <

овог опорезивања. Разматрају се даље мере везане за ту тему.

МЕЂУНАРОДНА САРАДЊА

ЛКС је члан кандидат у Сталном комитету лекара Европе (европска комора) и редован члан Светске медицинске асоцијације (WMA), Европског форума медицинских асоцијација и ZEVA групе. Све ове асоцијације у којима ЛКС заузима важно место и ужива изузетан углед, истовремено су и гарант независности коморе и пред естаблишментом у Србији, на путу ка Европској унији. Изузетно је важна сарадња са Немачком лекарском комором, чији је председник, проф. др Франк Урлих Монгомери био уважени гост 18. јуна 2013 године, када му је уручена повеља ЛКС.

Изузетно је важна подршка коју је Лекарска комора Србије добила од свих лекарских комора Европе, на Европском форуму медицинских асоцијација који је 13. и 14. марта одржан у Београду, а чији је повод било писмо које су председник и председник Извршног одбора Регионалне лекарске коморе Војводине у лично име упутили свим коморама у Европи, Европској комори и Светској медицинској асоцијацији са неутемељеним оптужбама на рачун Лекарске коморе да се у њој спроводи тортура, кршење личних права и да се на судовима чисти прогоне лекари због вербалног деликта. После детаљног националног рапорта, који је показао двогодишњу континуирану и координирану акцију неформалних центара моћи против Лекарске коморе Србије, уз учешће челника Српског лекарског друштва и појединих медија, представници свих комора учесника дали су пуну подршку Лекарској комори Србије, судовима части и напорима да се заштити част и углед професије. Наравно, непосредни повод обраћања коморама у Европи јесте предстојеће суђење пред судом части појединим члановима руководства Српског лекарског друштва, а због навода који су изнети у „Саопштењу“ из априла месеца. Нарочито је значајна подршка Хрватске лијечничке коморе, Федералне коморе Босне и Херцеговине и Сталног комитета лекара Европе. //

АКТУЕЛНОСТИ У КОМОРИ >>

Петиција о солидарном опорезивању и запошљавању

Управни одбор Лекарске коморе Србије је на седници од 18. фебруара, а на захтев многобројних лекара, донео је одлуку да се приступи потписивању петиције:

Доктори који подржавају иницијативу за изузимање здравствених радника из примене Закона о умањењу нето прихода лица у јавном сектору и Закона о изменама и допунама закона о буџетском систему за 2014. годину (фискална стратегија за 2014. годину са пројекцијом на 2015. и 2016. годину), којим се солидарно умањује зарада и ограничава запошљавање здравствених радника.

Примерак петиције можете преузети са сајта Лекарске коморе Србије, добити у подручним канцеларијама или седиштима Регионалних лекарских комора или у Лекарској комори Србије.

Попуњен и скениран примерак можете послати на i-mail:
peticija@lks.org.rs

или поштом:
Лекарска комора Србије,
Краљице Наталије број 1, 11000 Београд.

Истовремено, Управни одбор ЛКС донео је одлуку о покретању иницијативе за оцену уставности и законитости Закона о умањењу нето прихода лица у јавном сектору.

До закључења овог броја, петицију је потписало
више од 10.000 лекара.

*

Подсећамо, пре покретања петиције, Лекарска комора Србије (ЛКС), Синдикат лекара и фармацеута Србије (СЛФС), Синдикат запослених у здравству и социјалној заштити, Грански синдикат здравства и социјалне заштите Независност и Удружење лекара опште/породичне медицине Србије, са заједничког састанка одржаног 29. јануара, упутили су писмо Влади Републике Србије са захтевом да се:

- Изузме здравство из забране запошљавања у јавном сектору,
- Изузму лекари и остали запослени у здравству од обавезе солидарног опорезивања зарада.

Како је наведено у писму, „у противном, бићемо принуђени да у интересу грађана Србије, наших пацијената и нас самих, предузмемо друге законом предвиђене могућности деловања“.

Писмо су потписали: директорка Лекарске коморе Србије прим. др Татјана Радосављевић, председник СЛФС др Драган Цветић, председник Синдиката запослених у здравству и социјалној заштити др Зоран Савић, председник Гранског синдиката здравства и социјалне заштите Зоран Илић и председница Удружења лекара опште/породичне медицине Србије др Александра Цветковић. //

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ УПРАВНОГ ОДБОРА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ У 2013. ГОДИНИ

ДОНЕТО ВИШЕ ОД 110 ОДЛУКА

Пише: др Драгана
Милутиновић,
председник УО ЛКС

Управни одбор Лекарске коморе Србије у 2013. години одржао је 12 редовних и једну ванредну телефонску седницу, 10. септембра 2013. године. Редовне седнице су одржаване у: Београду (седиште ЛКС) – четири седнице; Београду (Хотел „М“) – једна седница; Новом Београду (Скупштина општине Нови Београд) – три седнице; Нишу – две седнице; Крагујевцу и Бањи Врујци – по једна седница. Донето је више од 110 одлука и шест закључака. Припремљене су три седнице Скупштине Лекарске коморе Србије.

Управни одбор је током 2013. године на својим седницама расправљао и доносио одлуке о свим питањима у складу са овлашћењима које му припадају на основу Закона о коморама и Статута Лекарске коморе Србије.

УО је редовно разматрао финансијске извештаје, како регионалних комора, тако и централне канцеларије. Подсећам, изменама Статута донетим 2012. године, промењен је начин финансирања у Лекарској комори Србије и јасно су дефинисане финансијске обавезе, како регионалних комора, тако и централне канцеларије. Током 2013. године уходан је систем наплате и расподеле средстава, појачана контрола над трошковима, а у сарадњи са књиговодственом агенцијом, побољшан је начин приказивања прихода и расхода у финансијским извештајима, како би извештаји били што транспарентнији.



Испоштовани су сви рокови које је Закон наложио везано за нове законске прописе о јавним набавкама и финансијском плану.

Надзорни одбор је редовно извештавао Управни одбор о својим закључцима и активностима. Реаговали смо на све уочене про-

пусте у раду Лекарске коморе Србије и захтевали да се ти пропусти исправе.

Посебно помињем проблем плаћања закупа за простор Пољопривредног факултета у Новом Саду за који је до сада Регионална лекарска комора Војводине платила око 5.000.000 динара, а за који не постоји правни основ (уговор са Пољопривредним факултетом је потписао претходни председник РЛК Војводине, проф. Перин, који нема статутарна овлашћења да потпише такав Уговор). Око тог уговора постоји неколико спорних ствари, али је то у надлежности Надзорног одбора који је и предузео све активности како би заштитио интересе институције.

Подршка КМЕ њрограмима

Измењен је Пословник о раду Управног одбора који је допринео ефикаснијем раду.

Управни одбор се активно бавио Континуираном медицинском едукацијом, прихватао иницијативе Посебног одбора за медицинско образовање, како би се што више приближили колегама на терену, препознали и испунили њихове жеље и потребе за одређеним

програмима едукације из стручних области које би подржала ЛКС и финансирали њихово одржавање и, на тај начин, помогла колегама да прикупе бодове за обнављање лиценце. Такође је формирана платформа ЛКС за online едукацију.

Управни одбор покушао је да спроведе одлуку Скупштине ЛКС у вези са куповином простора за Регионалну лекарску комору Београда и „централну канцеларију“ ЛКС, као и за Регионалну лекарску комору за Југоисточну Србију, али, нажалост, није успео. Наиме, за Београд је у два наврата расписиван конкурс за набавку некретности, у другом наврату и изабрана најповољнија понуда, УО прихватио одлуку Комисије за избор најповољније понуде и приступило се потписивању уговора, међутим, у даљој правној провери дошло до неслагања података наведених у понуди и на терену, те је Управни одбор поништио своју одлуку, како би ЛКС и РЛК Београд заштитио од штетних последица.

Комисија за избор најповољније понуде за простор за РЛК за ЈИС није изабрала ниједног понуђача на расписаном конкурс, тако да нажалост ни у Нишу није купљен простор.

Током читаве 2013. године, одлука Скупштине ЛКС и РЛК о куповини простора нашироко је расправљана у медијима и коментарисана, како од стране СЛД, али нажалост, и од стране функционера Регионалне лекарске коморе Војводине и при том су изношени нетачни подаци почевши од висине планираних средстава до тврдњи да је Лекарска комора Србије купила простор итд.

У више наврата је Управни одбор на својим седницама расправљао о односу и понашању Српског ле-



Војводини) су редовно достављане све одлуке Управног одбора. Повратне информације шта се дешава у РЛК Војводина нисмо добијали, осим путем медија или писама упућеним свим докторима Србије. И током 2013. године Управни одбор се придржавао става да о иницијативама, захтевима из РЛК Војводине који се не односе на редовно функционисање Коморе и извршавања послова који су јавна овлашћења Коморе, не расправља нити одлучује по њима док предлагач на седници не да ближа објашњења и да могућност члановима Управног одбора да добију релевантне информације како би могли

донети одлуку у складу са Законом, Статутом коморе и позитивним интересом институције. И даље се наставио противстатутарни бојкот рада Управног одбора.

Сарадња са Здравственим саветом је била на високом нивоу, али на жалост наш представник у том телу, др Златко Спасић није више међу нама.

Управни одбор је био суочен и са губитком колеге и члана УО, прим. др Спасе Анђелића, председником РЛК Београд које је преминуо након краће болести.

Управни одбор трудио се да реагује у правом тренутку на актуелна дешавања како у самој Комори,

тако и у читавом здравственом систему.

Како је ово последњи извештај овог сазива Управног одбора, закључила бих да смо у протеклом мандату поставили темеље институције, завршили и сва потребна правна акта за рад институције, изменили и допунили Статут и добили потврду Уставног суда да смо то исправно урадили.

Задовољна сам и поносна, да смо у тешким условима успели да купимо први простор за Комору у Крагујевцу, а жао ми је што то нисмо урадили у другим регионалним коморама и мислим да је то циљ који следећи сазив треба да оствари. //

ПОСЕБАН ОДБОР ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ И ПРИМАРНУ ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ

СВИ АПЕЛИ БЕЗ ОДГОВОРА

Чланови Посебног одбора ЛКС за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси, на седници одржаној у Крагујевцу, 24.3.2014, разматрали су ефекте свог рада и остварене резултате у аспекту свеукупне ситуације у здравственој систему Републике Србије.

Једногласно је констатовано да је Одбор, током читавог четворогодишњег мандата, благовремено и адекватно реаговао на сва дешавања у сектору примарне здравствене заштите у Републици Србији, активно радећи не само на спречавању погоршања положаја лекара запослених у домовима здравља, институтима и заводима за јавно здравље и другим установама на примарном нивоу здравствене заштите, већ и активностима на креирању предлога и подношењу иницијатива за уна-

пређења услова рада и квалитета здравствене заштите.

Са жаљењем је констатовано да, од стране креатора здравствене политике у Републици, за протекле четири године није потекла скоро ниједна иницијатива за измену законских прописа која би, усвајањем и применом, имала позитивне ефекте на примарну здравствену заштиту и лекара запослене у овом делу система. Самим тим, изостали су и позитивни ефекти за кориснике здравствене заштите.

РФЗО – креатор здравствене политике

Положај лекара запослених у домовима здравља и другим установама на примарном нивоу у континуитету се погоршава, доводећи до растуће професионалне и личне деградације и претварајући их у адми-

нистративне раднике чија основна улога није вођење бриге о здрављу грађана већ чување социјалног мира и штедна средства Републичког фонда за здравствено осигурање.

Захваљујући ангажовању чланова Одбора најпре је изостало планирање потписивање уговора о обављању послова изабраног лекара које би изабране лекаре у свим домовима здравља довело у још неповољнији положај у односу на РФЗО који је, како ствари стоје, једини прави креатор здравствене политике у држави. Иза тога, представници Одбора су кроз рад Републичке стручне комисије за примарну здравствену заштиту дали велики допринос предлогу измена подзаконских аката који се односе на опрему и номенклатуру услуга на примарном нивоу здравствене заштите, али је рад на овој проблематици прекинут, без икаквог објашњења од стра-

<<<<<<<<<<<<< АКТУЕЛНОСТИ У КОМОРИ

не надлежних из Министарства
здравља Републике Србије.

Радна група за праћење ефеката Уредбе о корективном коефицијенту у чији је састав ушао и представник Одбора, састала се само једном, пре више од годину дана, упркос понављаним апелима Министарству здравља да ово тело што пре настави са радом. Самим тим, и сви напори и рад на изменама потпуно неадекватне капитационе формуле остали су узалудни.

У међувремену, Посебан одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси образовао је читав низ радних група и комисија: за гинекологију, педијатрију, специјалистичку делатност, хитну помоћ, медицину рада, јавно здравље... Еминентне колеге из целе земље укључене су у њихов рад и израђен је читав низ контруктивних предлога за измену постојеће законске регулативе, посебно у домену кадровских стандарда и норматива, као и норматива извршења. Наравно, као по правилу, није било заинтересованих за ове предлоге, упркос понављаним ургенцијама.

Током свог рада Одбор је посебну пажњу посветио сарадњи са представницима струковних и гранских синдиката који окупљају лекаре и струковним удружењима. Захваљујући томе, координисан је заједнички рад ЛКС и партнерских организација на укупном унапређењу положаја лекара у многим сегментима. Опет, најалост, без слуша од стране надлежних државних органа.

Кайӣтациона формула
конт̄рай̄родук̄тивна

Оваково игнорисање целокупног рада органа Коморе чија је основна улога заштита интереса свих лекара запослених у примарној здравственој заштити довело је до тога да Одбор на својој седници одржаној у Нишу, 13.12.2013. донесе одлуку да се обрати Управном одбору и Скупштини ЛКС, али и целокупној стручној и широј јавности, са следећим закључцима:

1. Наставak primene „Kapitacione formule“ koja se u svakodnevnoj praksi pokazala nesvrhisходnom i kontraproduktivnom, dovodi do trajnog нарушавања односа лекар-пацијент и девалвирања статуса и улоге лекара који раде на примар-

ном нивоу здравствене заштите. Основни циљеви рада изабраних лекара и других колега запослених у овом делу здравственог система, уместо превенције настанка обољења и лечења оболелих, поставили су „чување“ средстава Републичког фонда здравства за осигурања и преобмод администрације.

2. Istovremeno, uz izostanak bilo kakvih stimulativnih mera, obim posla, pre svega izabranih lekara, neprestano se povećava. Sve veći broj zdravstvenih usluga koje pružaju lekari na primarnom nivou zdravstvene zaštite nije definisan u odgovarajućoj noменклатури и nije плаћен од стране Републички фонд за здравствено осигурање или било ког другог субјекта. Istovremeno nepostojaње, односно непоштовање норматива и стандарда за рад изабраних и других лекара на примарном нивоу здравствене заштите доприноси стварању тотално неуређеног окружења за рад и амбијента растућег незадовољства и стреса.

3. Посебно је забрињавајуће игнорисање ставова и упозорења Лекарске коморе Србије и њених партнерских организација (синдиката и удружења) од стране надлежних државних органа, пре свега Министарства здравља Републике Србије и РФЗО. Иако и челни људи ових институција признају велике недостатке у начину на који је тренутно организована здравствена заштита на примарном нивоу, изостаје било каква акција. Стиче се утисак да се, „ћутањем администрације“, лекари-ма који раде у примарној здравственој заштити жели показати како су они карика без које се може организовати ланац свеобухватне и квалитетне здравствене заштите, те да би за њих било боље да „ћуте и раде“.

4. Loš model finansiranja rada instituta i zavoda za javno zdravlje prethodi da potpuno uruši sistem javnog zdravlja koji su ove institucije decenijama stvarale, uvek u cilju prevencije, suzbijanja bolesti i unapređenja zdravlja nacije.

Због свега наведеног, али и бројних других проблема са којима се суочавају лекари запослени у установама на примарном нивоу здравствене заштите, институтима

и заводима за јавно здравље, предлажемо следеће:

1. Хитно организовање састанка представника ПО за ЈЗ И ПЗЗ у државној пракси и највиших функционера Коморе са министарком здравља и званичницима Министарства задуженим за јавно здравље и примарну здравствену заштиту, као и са званичницима РФЗО.

2. Упућивање захтева за формирање Радног тела за реформу примарне здравствене заштите Министарству здравља и Влади Републике Србије. У поменуто тело ушли би представници Министарства, РФЗО, Лекарске коморе Србије, других комора здравствених радника, синдиката и других релевантних институција.

3. Организовање билатералних састанака представника ЛКС и ПО за ЈЗ и ПЗ у државној пракси са представницима Делегације Европске уније, Светске банке, Канцеларије СЗО за Србију и других релевантних међународних организација.

4. Интензивирање контаката са лекарским коморама, удружењима и појединцима из земаља у окружењу и Европске уније у циљу прикупљања података и едукације представника ЛКС у области спровођења реформе примарне здравствене заштите.

Бављење проблемима примарне здравствене заштите и јавног здравља само у оквирима Коморе очигледно не даје очекиване резултате. Одређени помаци направљени су успостављањем сарадње са гранским и струковним синдикатима који делују у области здравствене заштите. Очигледно је да је у читав процес неопходно укључити све субјекте који могу утицати на стварање правих реформских помака у области примарне здравствене заштите.

Управни одбор ЛКС је, са своје прве наредне седнице, поменуте закључке проследио Министарству здравља Републике Србије, Републичком фонду здравственог осигурања, Влади Републике Србије... Шта мислите, да ли је неко одговорио?

Спец. др мед. Александар
Радосављевић
Спец. др мед. Сергеј Ив.
Лазаров

ИНТЕРВЈУ ПРОФ. ДР ЗОРАН ПЕРИШИЋ, ИНТЕРВЕНТНИ КАРДИОЛОГ, ПРЕДСЕДНИК УДРУЖЕЊА КАРДИОЛОГА СРБИЈЕ И ГРАДОНАЧЕЛНИК НИША

МРЕЖИЦЕ ОТВАРАЈУ ПУТ ДО СРЦА

// ОДНЕДАВНО ДВЕ НОВЕ ИНТЕРВЕНТНЕ КАРДИОЛОШКЕ ПРОЦЕДУРЕ У СРБИЈИ //

Болести срца и крвних судова највећа су пошаст модерног доба, а Србија се годинама налази у групи земаља са високим ризиком умирања управо од тих обољења. Према подацима Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, у 2012. години од кардиоваскуларних обољења умрло је 55.000 становника Србије, односно 53,7 одсто укупног броја умрлих. Може ли се и на који начин таква алармантна статистика променити, каква је улога превенције, зашто је важно да пацијент са инфарктом миокарда што пре стигне до сале за катетеризацију, али и које нове методе су сада доступне и нашим грађанима – одговара проф. др Зоран Перишић, интервентни кардиолог, председник Удружења кардиолога Србије, ванредни професор на Медицинском факултету у Нишу и градоначелник тог града.

– У Европи већу смртност од кардиоваскуларних болести од Србије имају само Русија и Украјина. Многе друге државе, пре свега у западној Европи, су много радиле на промени статистике на високој смртности од кардиоваскуларних болести. И увек иза таквих акција стоји огромна системска активност целокупне државе. Како код нас удео кардиоваскуларних болести у укупној смртности износи 53 одсто, промена такве статистике захтева ширу друштвену акцију. Синхронизована акција би подразумевала, с једне стране, рад на превенцији, едукацију, укључивање мреже установа примарне здравствене заштите, а с друге, покривање Републике Србије већом мрежом терцијарних установа здравствене заштите које могу да збрињавају проблеме који се јавља-



Проф. др Зоран Перишић

>>> Како код нас удео кардиоваскуларних болести у укупној смртности износи 53 одсто, промена такве статистике захтева ширу друштвену акцију <<<

ју у терминалној фази ових болести. Крајње је време да држава Србија покрене једну такву стратегију за смањење смртности од кардиоваскуларних болести. Таква стратегија направљена је када је реч о срчаним болестима. Држава мора да да подршку програмима који се пре свега тичу превенције, али без шире друштвене акције коначан ефекат не може се очекивати.

Интервентна кардиологија је у великој експанзији. Које су предно-

сти икаквој примени у односу на стандардне хируршке технике?

Не може се све лечити интервентном кардиологијом, али се много тога може урадити. Оно што нам је у овом тренутку најважније је смањивање смртности од акутног инфаркта миокарда и лечење акутног инфаркта миокарда перкутаним коронарним интервенцијама. Оно што је у Европи стандард у лечењу, полако то постаје и код нас и ми те процедуре од 2005. године примењује-

17 <

мо у неколико центара у Србији. Број центара се повећава и то сада већ раде не само Београд, Нови Сад, Крагујевац и Ниш, већ почињу да раде и Ваљево, Ужице, Лесковац... Збрињавајући пацијента који има акутни инфаркт миокарда унутар 120 минута од почетка болова, омогућајемо да штета од инфаркта буде минимална и да радна способност пацијента остане очувана. Наравно, тиме се смањује и смртност. Битно је отворити коронарну артерију што пре. Јер, сваких 10 минута раније отворене артерије, смањује укупну смртност за један проценат. Перкутана коронарна интервенција или интервентна кардиологија драматично су промениле слику лечења пацијената који имају неку од форми коронарне болести – стабилну или нестабилну ангину пекторис или су прележали акутни инфаркт миокарда. Оно што некада била ексклузива хирурргије, данас све више прелази у опсег онога што може да ради интервентна кардиологија. Смернице Европског удружења кардиолога дефинишу ситуације у којима интервентна кардиологија има предност у односу на хирургију, а које су ситуације где се хирургија не може и не сме пренебрегнути.

Из јодине у јодину њај проценај све је већи у користи интервентне кардиологије?

Тачно је да се ради све више интервентних кардиолошких процедура. Подсетићу да су недавно први пут у Србији урађене две такве процедуре: прва је интервенција уградње вештачког аортног заклопака без отварања грудног коша (ТАВИ), перкутаним путем, коју је извео тим Клинике за кардиологију КЦС на челу са проф. др Миланом Недељковићем, а друга – постављање специјалних система за задржавање тромба, такозваних оклудера, у аурикулу леве преткоморе. Код пацијената који имају предиспозиције за настанак тромба у срцу, у аурикули леве преткоморе постављају се оклудери, који је затварају и спречавају расејавање тромба који би могао да доведе до запушења можданих артерија. Обе интервенције резултат су упорног и систематског рада Удружења кардиолога Србије и Радне групе за перкутане коронарне интервенције УКС. Подршку целом програму дао је директор РФЗО проф. др Момчило Бабић.

Која њајчешћа је најзаступљенија?

Најзаступљенија је коронарна патологија са свим њеним облицима,

почев од акутног коронарног синдрома до хроничне коронарне болести. Интервентна кардиологија почиње да се бави и другим областима као што је уградња вештачких заклопака, ренална денервација у лечењу пацијената са резистентном хипертензијом, али најзаступљенија

У ГОСТИМА СВЕТСКА ИМЕНА

Као гостујући оператори, предавачи и коментатори на Самиту интервентних кардиолога најављена су највећа имена светске кардиологије: A. Galassi (Italy), M. Yamane (Japan), E. Eeckhout (Lausanne, Switzerland), L. Ge (China), A. Osiev (Russia), A. Protopopov (Russia), M. Degertekin (Turkey), M. Lesiak (Polska), Bryniarski (Polska), S. Cook (Friburg, Switzerland).

је коронарна болест која је последица атеросклерозе.

Шта је узрок овако учесталијег јављања кардиоваскуларних обољења?

У годинама које су иза нас систем здравствене заштите је прилично руиниран, популација је осиромашила и људи се неретко одлучују не за најбољи, него за најјефтинији лек или, чак, и не узимају медикаменте. С друге стране, начин исхране нашег становништва одувек је обиловало масноћама, знамо да смо „пушачка нација“, да људи неретко одлазе код лекара да лече хипертензију или дијабетес. Пораст тих обољења директно утиче на учесталије јављање кардиоваскуларних болести. Анализирајући факторе кардиоваскуларног ризика, можемо рећи да, осим оних на које не можемо да утичемо – пол, старост, наслеђе, постоје и они фактори који могу да се ставе под контролу: пушење, хипертензија, дијабетес, поремећај липидног статуса. Све су то начини да се смањи инциденца атеросклерозе, а тиме и учесталост јављања кардиоваскуларних обољења.

Каква је улога хроничног стреса?

Хроничан стрес сам по себи није фактор ризика, али је често окидач за манифестацију коронарне болести. Наиме, у стресу организам реагује скоком срчане фреквенције,

скоком притиска, што може пред коронарни крвоток пацијента поставити захтеве на које он не може да одговори и то може да буде разлог за настанак акутног инфаркта миокарда.

Зашто се каже се да се код болести срца фактори ризика не сабирају, него множе?

Интересанта особина код фактора ризика је да се они не сабирају, него множе. И уколико, на пример, пацијент има два фактора ризика, где један повећава инциденцу атеросклерозе два пута, а други три пута, укупан ризик неће бити два плус три, него два пута три. Ако се појави и трећи фактор ризика ако се појави исто са инцидентом три, и он се множи, тако да пацијент који има три фактора ризика, хипертензију, дијабетес и пушење, имаће готово 20 пута већу шансу да развије неку од манифестација атеросклерозе у односу на оног пацијента који те факторе нема. Још по објављивању резултата „Фрамингемске“ студије (Framingham Heart Study) први пут је показано да фактори ризика показују особине агрегације и асимилације, тако да, код пацијента који има један фактор ризика, много је већа вероватноћа да ће се наћи још два, него да се неће наћи ниједан више.

Граница обољевања од болести срца и крвних судова њомера се ка млађем животној доби. Како то објашњавамо?

Бројни су фактори који померају полако ту границу настајања и манифестације коронарне болести ка млађем животном добу, неке сам већ поменуо: бржи темпо живота, изложеност разним штетним факторима, мањак физичке активности, недовољно вођење рачуна о телесној тежини. Више није изненађење када се појави пацијент у трећој деценији живота, а некада смо у нашим класичним уџбеницима читали да је инфаркт миокарда или коронарна болест, болест претежно мушкараца седме деценије. Све је већа заступљеност жена међу оболелим од коронарне болести и, нажалост, све је млађа популација која се јавља. Разлог је што нам темпо којим живимо оставља мало времена да се посветимо себи, својим болестима, свом организму. Оно што бих људима препоручио то су редовне контроле, већ након 35–40 година требало би да се раде прегледи крви, да се види да ли имају повишени ниво масноћа, да се из-

рачуна укупни ризик. То је начин да се препознају пацијенти који спадају у ризичну групу.

Време часно ира пресудну улоју. Применом тромболиитичке тераије „кујује се време“ до доласка иаијенита у салу за катетеризацију.

Не бих баш тако рекао. Давање тромболитика, у свари, хемијска реперфузија, један је од начина признатих у оквиру Европског удружења кардиолога за лечење акутног инфаркта миокарда, поготову у Србији где нема могућности да се сви пацијенти са акутним инфарктом миокарда у најскорије време, првих 120 минута, доведу до сале где би се урадила интервенција, тако да нам тромболитичка терапије некада заиста „купује време“. Суштина је да се код пацијента након инфаркта и након отварања артерије, уради коронарографија и процени који је даљи начин лечења за његову коронарну болест. С друге стране, тромболитичка терапија има мању успешност од механичког отварања артерије, односно перкутане коронарне интервенције. Зависно од врсте фибринолитика који се користи, проценат отворених артерија креће од 55 до осамдесетак, што је значајно мање у односу на интервентне процедуре. Постоји нова генерација фибринолитика који имају и већу успешност, али само уколико се дају у првом сату.

Да ли је то шакозвани „златни сат“?

То је тај „златни сат“, ако се фибринолитик да у првом сату од почетка болова. У том периоду, то је златни сат, малтене изједначава перкутане коронарне интервенције

и савремене тромболитике које на западу могу давати и парамедикуси, немедицинско особље, ватрогасци, ако постоје ЕКГ знаци акутног инфаркта миокарда, могу дати тај фибринолитик, у једнократној дози, за разлику од ранијих који имају многе строже протоколе по којима се дају, али се онда тај пацијент,

>>> Зависно од врсте фибринолитика, проценат отворених артерија креће се у распону од 55 до осамдесетак, што је значајно мање у односу на интервентне процедуре. Постоји и нова генерација фибринолитика који имају и већу успешност, али само ако се дају у првом сату након инфаркта миокарда <<<

по правилу, допрема до сале за катетеризацију.

Колико у овом тренутку Србија има интервентних кардиолога и радиолога, а колико се едукује?

Да набројимо колико центара има у Србији – Нови Сад, Београд има неколико Дедиње, КЦС, ВМА, Звездару, Земун, Ниш, Крагујевац, Лесковац, Ваљево, Ужице, врло брзо и Зајечару. И сами можете да приметите неравномерност у тој подели где нема у Војводини сем у Новом Саду ниједне друге сале, где југ Србије је прилично слабо покривен, изузимајући Лесковац који је почео пре неколико недеља да ради, такође запад Србије, Зајечар ће сада мало покрити исток и то ће поправити мало ситуацију. У овом тренутку има око стотинак интервентних кардиолога. Установе имају своје планове едукације, отприлике, увек се једна петица људи едукује да се укључи у процедуре, јер број процедура у Србији непрекидно расте.

Добићник сје Повеље Медицинској факултету у Нишу због увођења нових метода у клиничку праксу.

То је награда коју сам добио пре неколико година управо због увођења интервентне кардиологије, затим неких новина у области пејсмејкер стимулације, и ја сам први

на овим просторима урадио преглед оптичком кохерентном томографијом. Медицински факултет у Нишу, моја матична кућа, препознао је то, тако да сам, заједно са двоје колега са којима сам радио, добио повељу тог факултета.

Доласком на место градоначелника Ниша нисте зајоштили ни лекарску, ни универзитетску каријеру, а налазити се и на месту председника Удружења кардиолога Србије. Како успевате да помирите бројне обавезе? Имате ли „лични рецепт“ прошив сипреса?

Начин да помирим бројне обавезе је моје слободно време. То је цена која мора да се плати. Сада, кад радим посао градоначелника Ниша, мање времена имам да радим оно што сам радио целог живота и по чему сам, надам се, направио и неку репутацију и име међу кардиолозима Србије. Пошто моја установа и моја сала ради поподне и викендом и у приправности је 24 сата за акутни инфаркт миокарда, и у овој временској оскудици могу да нађем времена да одем до сале и да руке „не забораве“ како се нешто ради. Што се тиче обавеза у Удружењу кардиолога, имам заиста добре сараднике који ми помажу да на све обавезе одговорим професионално, ово што је урађено пре две-три недеље доживљавам као свој први велики успех као председник Удружења кардиолога, јер смо две методе које су до сада биле парктично неизводљиве због неких других ствари, као што је обезбеђивање средстава, успели смо да нађемо неки заједнички пут и то ће се наставити у будућем периоду. Као председник УКС моја обавеза је да уводим нове технологије, али исто тако да се борим да врхунска кардиологија буде доступна што већем броју станов-

БИОГРАФИЈА

Проф. Перишић дипломирао је на Медицинском факултету у Нишу 1982. године, 1989. године је завршио специјализацију из интерне медицине на Војној медицинској академији, а од 1990. године ради у Клиничком центру Ниш на Клиници за кардиологију. Године 1992. одбранио је магистеријум из ендокринологије, а 1998. године докторат из кардиологије. Субспецијализацију из кардиологије завршио је 2011. Од 2000. године ради на Медицинском факултету у Нишу, а јула 2012. године изабран је за ванредног професора.

На месту начелника Одељења за инвазивну дијагностику и песмејкере и начелника Одељења за песмејкере и електрофизиологију развио је ове кардиолошке дисциплине и учинио их доступним грађанима целог региона. Више процедура из области интервентне кардиологије и песмејкер терапије је увео као стандардне, неке од њих је урадио први на Балкану.

Аутор је две монографије, коаутор више уџбеника, аутор и коаутор преко 350 стручних радова и рецензент два домаћа стручна часописа.

19 <

ника Србије, наравно, уз даљи рад и усавршавање сваког члана Удружења, што постижемо разним симпозијумима, конгресима. То су неки изазови испред мене као председника Удружења и ја се трудим се са својим сарадницима да одговорим на све изазове.

Колико је важна превенција кардиоваскуларних обољења на индивидуалном и популационом нивоу?

Превенција је кључна. Народ је давно изговорио реченицу „Боље спречити него лечити“. Када би више радили на превенцији, сигурно би било мање болести. Превенција је, као што сам већ рекао, један посао државе, велики посао који се не може завршити дељењем флајера по домовима здравља. У питању је борба за здравље нације. Да би нација била здравија, прво морате да имате економску стабилност из које произлазе и остали бенефити које доноси снажна економија. И због тога, држава Србија, која у овом тренутку издваја по глави становника 260 евра за потребе здравства, мораће да повећа ту суму уколико заиста жели да поведе рачуна о примарној превенцији кардиоваскуларних болести и здрављу нације. Да би се то десило, Србији је потребна снажна економија. Без другачије, снажније економије, са већим издвајањем за здравство, и иоле озбиљнијег приступа – то ће бити немогуће.

Велика су очекивања од примене матичних ћелија у многим областима, ња и кардиологији. Какав је Ваш сјај?

Ми већ имамо неке резултате у примени матичних ћелија у лечењу пацијената који су преживели акутни инфаркт миокарда. Студију су радили доктори, колеге са Војномедицинске академије, на десетак пацијената. Реч је о пацијентима који су прележали инфаркт у некој тежој форми и којима је део срца претрпео некрозу. Путем коронарографије убацију се посебно припремљене матичне ћелије у тај део срца и, по ономе што сам чуо од колега и пратећи такве резултате у светској литератури, резултата има. С друге стране, то је скупа процедура јер захтева припрема и чување матичних ћелија захтева време и пуно кошта, али треба се ухватити укошта са проблемом и припремати се. Јер, ти пацијенти који прележе тежак инфаркт и неки други пацијенти са урођеним болестима, пре свега болешћу срчаног мишића, „кандидати“ су за трансплантацију

срца. Последњих неколико месеци били смо сведоци неких успешних трансплантација. Неке трансплантације, нажалост, кад су деца у питању, нису завршене успешно, али, матичне ћелије имају перспективу у лечењу болести срца и та перспектива треба да се сагледа и искористи.

У ком правцу очекујете да ће ићи даљи развој интервенционих кардиологија у наредним годинама?

Интервентна кардиологија је у изузетној експанзији и оно што је нама најважније су нове технике и нови материјали. Као илустрацију онога у ком правцу иде развој технологије, напоменуо бих да ћемо у овој години од Фонда за здравствено осигурање добити један нови стент. То је стент који се ресорбује и након две-три године више не постоји у крвном суду. То омогућава да се на том крвном суду у једном тренутку може поново радити перкутана коронарна интервенција или да тај крвни суд постаје доступан за хируршку интервенцију, што није случај са садашњим стентовима који заувек остају у артеријама пацијента као комад метала.

>>> Ове године од Фонда за здравствено осигурање добићемо један нови стент. То је стент који се ресорбује и након две до три године не постоји више у крвном суду <<<

Развој нових материјала када су у питању коронарне жице, системи за различите анатомије коронарних судова, непрекидно проширују поље интервентне кардиологије. На конгресима, којима редовно присуствује велика група лекара из Србије, а који се одржавају најчешће у Риму и Паризу, увек смо у ситуацији да упоредимо наше знање, наше могућности, али и да сагледамо нове технологије које бисмо могли са нашим Фондом здравства да примењујемо у Србији.

Шта очекујете од предстојеће Самити интервенционих кардиологија који ће априла месеца бити одржан у Београду?

Очекујем наставак једне изузетне школе интервентне кардиологије која је одржавана седам година у Београду. Иако смо паузирали две године, интересовање није нестало. Напротив. Појавиће се велики број лекара из земаља у окружењу, затим из Русије, Јапана... Неколико најбољих интервентних кардио-

лога на свету ће током живих преноса показати колегама које су то технике које се могу користити, која је опрема коју треба преферирати. Много тога што су нам показале колеге из иностранства, успели смо касније да применимо и да то постане стандард у нашем раду. Као и ранијих година, очекујемо велики број лекара, како наших, тако и страних. То је школа која је и од стране Европског удружења кардиолога по броју поена које добија симпозијум препозната као важан и квалитетан скуп, а то је 13 за стране, девет за домаће предаваче. Повремено је тај конгрес је доносио и већи број поена него конгрес европског удружења кардиолога.

Шта бисте желели да у 2014. години остварите у Нишу, а шта као градоначелник Ниша, нарочито у сфери здравља?

У Нишу се доста тога дешава. Волео бих да у мрежи установа примарне здравствене заштите, коју сада као градоначелник надзирам, поправимо ниво опреме и да, заиста, у тој причи о превенцији и раном препознавању свих оних болести које угрожавају здравље нације,

будемо бољи. Нови Клинички центар почео да се гради и очекујем да се ове године види помак тих радова. То је сада огромно градилиште. Од сва четири града у Србији, који су обухваћени пројектом реконструкције и изградње клиничких центара који се финансира из кредита Европске инвестиционе банке, Ниш ће први добити модеран клинички центар. Као градоначелник волео бих да се и друге лепе ствари дешавају – морам да размишљам о економској сфери, довођењу нових инвеститора, о ономе што ће грађанима Ниша поправити статус. Поправљањем економског биће сигурно поправљен и њихов социјални и здравствени статус. Кад је у питању струка, тешко ми је да тражим нешто више, с обзиром на то да сам ванредни професор на Медицинском факултету у Нишу и председник Удружења кардиолога Србије. Оно што би ми пружио задовољство – то је да више времена проведем у сали са пацијентом.

Јасмина Томашевић

ИНТЕРВЈУ ДР СНЕЖАНА МАНИЋ, ДИРЕКТОРКА АГЕНЦИЈЕ ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА СРБИЈЕ

АКРЕДИТАЦИЈА ЈЕ „АЛАТ“ КОЈИ ТРЕБА ИСКОРИСТИТИ

// У ПИТАЊУ ЈЕ ПРОЦЕС СТАЛНОГ УНАПРЕЂЕЊА КВАЛИТЕТА, А НЕ ЈЕДНОКРАТНА ПРОВЕРА // АКРЕДИТАЦИЈА ТРЕБА ДА ПОСТАНЕ СТРАТЕШКА ОДЛУКА ДРЖАВЕ //

Акредитација здравствених установа од почетка ове године обавезна је у земљама чланицама ЕУ, док је, према важећем Закону о здравственој заштити из 2005, у Србији и даље остављена „на вољу“ установама. У чему се огледа значај акредитације, које користи од њеног увођења имају пацијенти, а које здравствени професионалци и могу ли цене услуга Агенције да буду ниже – за Гласник ЛКС објашњава др Снежана Манић, директорка Агенције за акредитацију здравствених установа Србије (АСУС).

Резултат процеса акредитације једне здравствене установе је - сертификат, али он не значи „стављање штачке“ на досијнујући квалитет?

Реч је о процесу, а не једнократној провери која доноси диплому - сертификат о акредитацији. Акредитација подразумева спољашњу проверу квалитета рада здравствене установе на основу оптималних стандарда. Циљ је пружање најквалитетније и безбедне здравствене заштите становништву, а правила игре унапред су позната здравственим установама које улазе у поступак акредитације. Успостављањем система сталног унапређења квалитета у сваком тренутку могуће је уочити „слабе тачке“ здравствене установе, што омогућава да се реагује брзо и побољша деловање у сегментима који нису добри. Акредитација је „алат“ који може да доноси велике предности установи. С друге стране, чак и кад има сертификат,



Др Снежана Манић

али га не користи на прави начин, установа ништа не добија.

Како се формирају национални стандарди?

Акредитација је увек национални програм. Национални стандарди формирају се на специфичан начин и постоји интернационални програм, који се примењује да би се оформили акредитацини програми у различитим земљама. Тако је програм акредитације и рад наше Агенције потпуно у складу са стандардима које је прописала ISQua (The International Society for Quality

in Health Care). Сви програми акредитације здравствених установа у свету формирани су према том интернационалном програму, тако је наш програм упоредив са француским, енглеским или било којим другим. Суштина је иста, а разлике су условљене разликама у организацији и финансирању здравствених система.

Акредитација здравствених установа у Србији је добровољна. Како је реулисана у другим земљама?

Према Закону о здравственој заштити, 2005. године, акредитација

21 <

је установљена као добровољна и спроводи се на захтев здравствене установе. У међувремену, ситуација се у Европи променила: тако је од 2. јануара ове године акредитација обавезна у свим земљама Европске уније. Свака земља чланица поседује сет стандарда за квалитет и безбедност, и њихову примену треба да спроводи независно тело. То ради и наша Агенција. Прва земља која увела обавезну акредитацију била је Француска 1995, Енглеска је то учинила 2011. године. Готово све земље у нашем окружењу имају системе акредитације: Хрватска, БиХ, Република Српска, Румунија, Бугарска, Албанија. Нема их Македонија, ни Црна Гора. У Румунији, Бу-

окречених и очишћених ординација и чекаоница, до написаних процедура којих се придржавају.

Ушисак је да су њосишак акредитације прошле и неке установе које нису на највишем нивоу орјанизације или ојремљености?

Одлучили смо не да спустимо квалитет, него да мотивишемо установе да иду даље. То одакле неке куће крену и где заврше је – фасцинантно, иако тај крајњи резултат није увек онакав какав бисмо желели. Ја сам изричито против кажњавања, инспекције, јер то не даје резултате. Запослени у установама у старту нас не воле, али, кад виде

тима Агенције. Наши људи одлазе у установе пре акредитације, представљају програм, стандарде, итд. То ради нас петоро запослених, и сви смо нон-стоп на терену, што није довољно с обзиром на број установа. Бројка од 90 спољашњих оцењивача недовољна је, поготово за секундарни и терцијарни ниво. Како се то може решити? Парама, али пара нема. Едукације спољашњих оцењивача спроводимо у сарадњи са Медицинским факултетом и за то нам је потребан новац. Наш буџет је 30-ак милиона динара на годишњем нивоу, око 300.000 евра. То је системски мало пара, али се тиме пуно добије.

Какви су односи Ајенције и РФЗО?

Програм акредитације примењује се од 2011, а тада су направљени и стандарди. Кад смо сачинили конструкцију, видели смо да ће то бити проблем. Није решење да се нама исплате зараде, већ да се финансира програм! Цена акредитације би могла да буде нижа када би све установе учествовале. Сада Агенција нема сигурне приходе и ми смо давали предлоге за измене и допуне закона.

Разматрани су механизми којим би се стимулисале установе да уђу у акредитацију. Једна од могућности била би да при склапању уговора са РФЗО акредитоване установе имају неке погодности. РС увела је, на пример, обавезну сертификацију, као нижи ниво акредитације, обавезан за све установе.

Републички фонд здравственог осигурања Србије препознао је значај акредитације, а проф. др Момчило Бабић први је директор Фонда који је желео да разговара о акредитацији. Заправо, за акредитацију највише треба да буду заинтересовани осигураници и Фонд. Први, да би добили што бољу услугу, а РФЗО да би плаћао нешто што је уређено. Међутим, медији су ту идеју сачекали „на нож“.

Које су користи од акредитације иледано из ујла медицинских њосленика?

Корист од акредитације је вишеструка. Пре свега, медицински кадар безбедан је у поступку пружања здравствене заштите. У процесу акредитације, први и основни захтев односи се на вођење медицинске документације на адекватан начин, примену водича добре клиничке праксе, клиничких путева. Све то је за њих велика заштита. Друго, постоје процедуре по ко-

>>> Прописане процедуре „воде“ здравствене раднике кроз лечење, а шансе за појаву нежељених догађаја су сведене на минимум. На тај начин, здравствени радник штити себе. Не може да се деси, или је то изузетно ретко, да се направи пропуст или нешто погрешно уради <<<

гарској и Албанији акредитација здравствених установа је обавезна, а у Хрватској и Босни је на добровољној основи. Мада смо као Агенција најкасније основани у овом делу Европе, највише смо урадили и, захваљујући томе, 2012. постали смо Регионални развојни центар за акредитацију и континуирано унапређење квалитета здравствене заштите, што је велико признање.

Неретко се чују замерке на рачун цена услуга. Могу ли се очекивањима њромене у њом сејменју?

Проблем финансирања свуда постоји. Осим нас, и даље су сва акредитациона тела у значајној мери на „државним јаслама“. Наша Агенција је самофинансирајућа. Од субвенција за оснивање 2010. и 2011. три године нисмо добили ни динар из буџета. Није проблем да се обезбеди „просто функционисање“, већ што акредитација захтева велика улагања у едукацију, у даљи развој. Ми се стално боримо за то да акредитација постане стратешка одлука државе, јер она треба да подигне квалитет здравствене заштите. Када постоји добровољност, мали број установа се укључује, а онда нема тог импакта који би постојао када би цео систем ушао у процесу акредитације. У свим установама које су приступиле процесу акредитације, унапређење евидентно на сваком кораку: људи потпуно другачије размишљају, промене се виде свуда – од

о чему се ради, препознају нас као партнере, као помоћ.

Колико установа до сада је добило сертификати о акредитацији?

Од око 400 државних здравствених установа у поступак акредитације ушло око 120. Када је реч о примарном нивоу, у Србији има 159 државних домова здравља, а процес акредитације прошло је 86, укључујући и неколико приватних. До сада је 80 домова здравља финансирано кроз ДИЛС пројекат Светске банке, која је то препознала и максимално подржала. Када је у питању секундарни и терцијарни ниво, Светска банка је током 2010. и 2011. подржала 12 установа различитих категорија – болница, клиника, клиничких центара. Пројекат ДИЛС Светске банке расписује конкурс за акредитацију још 25 до 30 установа које ће делимично подржати. Све већи је број независних установа које су саме ушле у поступак акредитације. Захваљујући уговору са Покрајинским секретаријатом за здравство, 15 установа секундарног и терцијарног нивоа широм Војводине, налази се у поступку акредитације.

Како оцењујете досадашње резултате акредитације? Да ли Ајенција има довољан капацитет за њовене њослове?

Задовољна сам одвијањем процеса акредитације, али не и капацитета

јима поступају у свим сегментима и тиме штите себе. У установама у којима су процеси стандардизовани свако ради шта му је задатак и на тај начин се превенирају нежељени догађаји. Акредитација осигурава да пацијент добије стандардизовану негу, и смањује опасност од нежељених догађаја. То је највећи бенефит како за докторе, тако и за медицинске сестре. Уколико се нешто деси, они имају доказ да су радили све како треба. Било је случајева да их је акредитација буквално спасила.

Осим тога, у установи која уђе у процедуру за акредитацију уређује се систем управљања, који треба да обезбеди распоређивање људских ресурса и финансија на правилан

догађаја дешава због системске грешке - неадекватног обезбеђивања ресурса за рад, мањка сестара, дужих смена, умора запослених због продуженог рада... Ређе су у питању грешке појединца, због незнања или пропуста. Акредитација укључује и успостављање система који стално контролише шта је довело до лекарске грешке и нежељеног догађаја, који мора да буду евидентирани да би се видело шта је узрок томе, чак и ако нису оставили последице.

Ако један гинеколог прегледа 60 пацијената дневно, какав квалитет рада може имати? Већа је могућност да се нанесе штета пацијенту, да дође до грешке у пружању услуга. Велику одговорност за ка-

цијарног нивоа, примењују се стандарди који се односе на директно пружање услуга - лечење пацијената, примењују на све амбулантне и лежеће пацијенте, операционе сале, ургентну службу. У болницама ти стандарди примењују се посебно на хируршке гране, затим интернистичке, гинекологију и педијатрију. Стандарди „покривају“ све пацијенте, операционе сале, интензивну негу. Посебно се оцењује и ургентни центар.

Другу групу чине стандарди клиничке подршке, где спадају стандарди за апотеке, лабораторије и радиолошку дијагностику, и они се примењују у свакој установи. Неки домови здравља немају апотеке у свом саставу, већ су оне организоване као посебне здравствене установе на нивоу локалних заједница.

Трећу групу представљају стандарди неклиничке подршке: за животну средину (болничке инфекције, управљање медицинским отпадом, стерилизација, акцидентне ситуације и природне непогоде, правилно руковање опремом и простором); управљање информацијама и људске ресурсе (шта мора да задовоље, од лиценце, КМЕ, правилно распоређивање кадрова у установи).

Четврта група стандарда односи се на управљање и руковођење установом. Ту постоје стандарди који се односе на менаџмент и стручни савет, управни одбор. Захтевамо много већу ангажованост чланова УО, који треба да разумеју то што раде и дају свој допринос. У том смислу, тражимо да постоји адекватно планирање, од стратешког, преко годишњег, дневног планирања, извршења.

Какви су планови за наредни период?

Немамо проблема у остваривању планираних активности што се тиче стручног рада. Визију имамо, али је тешко остварујемо. Агенција постоји тек четири и по године. Треба да нађемо своје место у систему и за то је потребно време. Да би програм био имплементиран на адекватан начин, установе мора да буду мотивисане да то раде. Велику корист од акредитације имају и „стејкхолдери“. Када постоји анализа на националном нивоу, онда нема куповања непотребне опреме, тачно се зна где треба реаговати како би се системски поправио квалитет услуга.

Као Агенција не тражимо ништа „бланко“. Наш адут су резултати који постижемо.

Јасмина Томашевић

СЕРТИФИКАТИ

Сертификат о акредитацији Агенција издаје на период од годину, три и седам година. Неке од здравствених установа сада су поново у поступку акредитације. Крајем прошле године акредитовано је 38 домова здравља, а у фебруару 2014. још 17 домова здравља. Тренутно су у поступку акредитације:

- четири дома здравља: Прешево, Житорађа, Кикинда и Бач.
- Влада АП Војводине подржала је акредитацију 15 здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите: Клинички центар Војводине, Општа болница (ОБ) Панчево, ОБ Сомбор, ОБ Суботица, ОБ Кикинда, ОБ Сента, ОБ Вршац, ОБ Врбас, Институт за здравствену заштиту деце и омладине Нови Сад, Институт за онкологију Сремска Каменица, Институт за кардиоваскуларне болести Сремска Каменица, Институт за плућне болести Сремска Каменица, Специјална болница (СБ) за плућне болести Зрењанин, СБ за плућне болести Бела Црква, СБ за реуматске болести Нови Сад;
- осам здравствених установа самоиницијативно се укључило у поступак акредитације: ОБ Ужице, ОБ Ваљево, Клиника за васкуларну и ендоваскуларну хирургију КЦС, Клиника за ОРЛ и максиларнофацијалну хирургију КЦС, КБЦ Звезда, ДЗ Шабац, ОБ Смедерево, Институт за онкологију и радиологију Србије.

начин. Мора да постоје прописане процедуре за именовање шефова, начелника. Установе треба да направе критеријуме и да на руководећа места постављају оне који задовољавају те критеријуме.

Кроз акредитацију побољшава се и заштита на раду - здравствени професионалци поступају по процедурама и на тај начин су заштићени (почев од обезбеђења адекватне опреме и средстава - рукавице, течности за хигијену руку, до адекватне заштите од јонизујућих зрачења итд.). Да би се спречили нежељени догађаји на пацијентима, прво мора да буду обезбеђени здравствени радници. На крају, озбиљним студијама у свету утврђено је да највећи део нежељених

дровско планирање сноси менаџмент установе.

Шта подразумевају клинички, а шта неклинички стандарди који се примењују?

Клинички стандарди односе се на директно пружање услуга. Постоје четири врсте тих стандарда. Стандарди за лечење пацијента, који су генерички, могу се применити било где: у ПЗЗ примењују се у свим службама за изабране лекаре - општој медицини, педијатрији и гинекологији, специјалистичко-консултативној служби и поливалентној патронажи. У току је „пилотирање стандарда“ за стоматологију и реуматологију. Код секундарног и тер-



неодговорности, самоуверености, бахатости и непитања искуснијих, мора да буде предмет наше пажње и анализе, па и санкционисања, од нивоа здравствене установе до Лекарске коморе. О овоме се мора говорити јавно, стручно утемељено, без лажне солидарности и покривања (сакривања) неопростивих грешака. Све у свему, и ми лекари мора да се навикнемо на ситуацију да је наш целокупан рад подложен континуираном критичком сагледавању, како стручних тела, тако и истражних и правосудних органа. Нема више недодирљивости и скривања иза ауторитета струке и титула, и што то пре схватимо, биће боље и за нас, и за наше болеснике.

Све се ово дешава у времену у коме је систем вредности, моралних норми, етичких принципа и жртвовања за друге постало анахронизам, раритет и необичност. Бојим се да су, данас, здравствени радници постали дежурни кривци и „глинени голубови“ и за скретање пажње са озбиљнијих друштвено-економско-политичких проблема, евидентних фрустрација и изражавања незадовољства (обичних) људи.

Последњих година пласирано је мноштво лажних, узнемиравајућих и, по друштво, разарајућих вести (нпр. лекари тровали децу, лекари убице, лекари украли бубрег током операције, лекари тровали труднице, итд.), а да се нико није извинио или демантовао те вести. Које то користи? Притом, свакоме је јасно да здравствене раднике нема ко да заштити, а индивидуална одбрана је Сизифов посао, јер су здравствени радници постали „лоши момци“ (у новинама мо-

је ту дошло до крупних негативних промена. Осећај безнађа, економске беде, несигурности, преварености и културног сиромаштва, рађају гнев и деструкцију, поготово код младих, са маркирањем криваца, по правилу, на погрешној страни и адреси. Годинама и деценијама су здравствени радници, у непосредном контакту са болесницима,

су се уверили у одговоран и стручан рад лекара. Сви разумни људи ћуте, наивно верујући да се то њих не тиче, или из простог конформизма. Најгора објашњењења за такву ситуацију своде се на - шта желимо, у то радо верујемо или преносимо оно што се прича, односно не одговарамо за истинитост онога што смо чули. Превише неозбиљно

>>> Поверење између болесника и здравственог радника се, по правилу, тешко стиче, али се тренутно губи, што захваљујући неетичности самих здравствених радника, што упливом многобројних спољашњих фактора <<<

покушавали да и то амортизију. Међутим, проблеми су далеко надмашили наше могућности, на шта јасно указују и доказују „црне“ хронике у нашим новинама. Ускоро ће, ако се овим темпом и дубином хапшења наставе, пола становништва Србије бити у притвору, а половина их обилазити, по различитим родбинским, кумовским, пријатељским или комшијским везама. Постојећу ситуацију додатно усложњава чињеница да је здравствени систем постао и сигурносни вентил за претећи економски и социјални бунт (сви имају здравствену заштиту, а здравствено осигурање уплаћују они који могу или желе!).

Где смо њој решили?

У многим се животним невољама учимо ћутати, написао је Сенека. И добри лекари данашњице, прећутним пристанком, ћуте и трпе, наивно очекујући да ће све то стати и да ће други људи, разумни, одговорни и поштени то променити

>>> И добри лекари данашњице, прећутним пристанком, ћуте и трпе, наивно очекујући да ће све то стати и да ће други људи, разумни, одговорни и поштени то променити или, једноставно, прекинути <<<

жете прочитати термине и етикете: убице, лопови, тровачи, сарадници наркомафије, итд.).

На другој страни, осигуранници се, по правилу, глорификују и ни са једном речју, камоли сумњом, се не доводи у питање њихов интегритет, искреност и објективност. Ми који радимо дуже од 30 година са болесницима, а у контакту смо и са њиховим породицама, знамо да

ни и поштени то променити или, једноставно, прекинути. О tempo-ра, о mores! Упорно ћути и „армија“ болесника којима су ти исти лекари помогли, или им и даље помажу да продуже квалитетан живот. Сведок очевидац вреди више него десет оних који нешто знају по чувењу, кажу правници, и у праву су. Међутим, ћуте и породице, родбина и пријатељи тих болесника који

и неодговорно за једну захтевну и озбиљну ситуацију.

Од устаљеног, кроз векове потврђеног става да је од свих вештина медицина најплемнителија (lat. omni-um artium medicina nobilissima), последњих година, бар у нашој средини, мишљења се крећу између два екстремна става: доминантног, лекару је лоше ако никоме није лоше (lat. medico male est, si nemini male est) и, ставу који губи на значају и убедљивости, лекар је пријатељ и слуга болесника (lat. medicus – amicus et servus insanorum). Наравно, екстремни ставови никада немају своје утемељење у стварности и истини, тако да је и у овој „причи“ истина негде између. Чињеница је да је у основи/темељу здравственог система, поред осталог, поверење између болесника и здравственог радника. Оно се, по правилу, веома тешко стиче, али тренутачно губи, што „захваљујући“ грешкама и неетичности самих здравствених радника, што упливом многобројних спољашњих фактора. Читајући последњих година на многим сајтовима и новинама бројне негативне коментаре грађана о здравству и здравственим радницима, који се крећу до омаловажавања, вређања и деструкције, често сам се питао где смо то ми (лекари) погрешили? Како то да се не види одговоран и квалитетан рад, до самоодрицања, већине лекара последњих двадесетак година? У најтежим временима економске деструкције, странарења, ратова и моралног пропадања, када су други системи били ван функције или штрајковали, здравствени систем је континуирано радио и остваривао прихватљиве (очекиване) резултате. Да ли су не-

25 <

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ >>>>>>>>>>>>

гativни примери у здравству, измишљени или доказани, толико надјачали и потрли позитивне токове? Да ли се и у овом најбитнијем сегменту живота (здравље је национални ресурс!) налазимо на вододелници која води ка даљем разарању, па и потпуном уништењу поверења између лекара и пацијената? Бојим се да се налазимо на том путу.

Бесілаіно здравсйво
не йосйоји

Шта је, онда, решење? Досадашње палијативне, селективне, ограничене, непотпуне, неискрене, дневно-политичке, расколничке мере и ак-

ције nisu donosile boľitak, veľ su samo „kupovale“ vreme i glasace. A, pravo i jedito rešenje je nadohvat ruke i veľ su ga primenili zdravorazumski i odgovorni narodi i države naprednog sveta. Primimo ga i mi, u kompletu, u potpunosti, bez izuzetka, bez ograničenja i nama svoјstvenih dilema. Naravno, da nije realno da to bude baš model Holandije, Luksemburga ili Švedske, ali za poçetak neko tu bude model Slovenije. Indeks kvaliteta rada zdravstvene službe u Evropi 2013. godine, iskazan kroz rezultate istraživawa „Evropski indeks korisnika zdravstvenih usluga“ (European Health Cosumer Index), a

рађен za potrebe Evropskog parlamenta, pozicionira Sloveniju na solidno 18 mesto u konkurenciji 35 zemalja. Ukoliko primenimo „slovenački“ ili „hrvatski“ model, onda ga moramo primeniti na svim nivoima zdravstvenog sistema i zdravstvene politike, od odgovornosti i kontrole rada zdravstvenih radnika, efikasne organizacije i dostupnosti zdravstvenih usluga, efikasne politike u sferi humanih resursa, depolitizacije i departizacije zdravstva, pa sve do nagrađivanja i vrednovanja rada zdravstvenih radnika.

За почетак, хајде да применимо у комплекту, постепено и плански,

ДР ДРАГАН ЦВЕТИЋ, ПРЕДСЕДНИК СЛФС

МОЖЕМО, АКО ХОЋЕМО

III traјk koji smo odrჟali 10. marta uspeo je u smisluno onoga što smo ovim štrajkom želeli da postignemo. Prema izveštajima koje smo dobili, štrajk je sproveden je u svim ustanovama u kojima imamo Osnovne organizacije na način kako smo se dogovorili, a iz dosta ustanova u kojima ih još nema, dobili smo dopise lekara pa čak i direktora u kojima nam daju podršku što nam otvara vrata za osnivaње novih Osnovnih organizacija.

По први пут наш протест је био концентрисан, овог пута на само један дан и по први пут лекари су исказали овакав степен подршке и одлучности. Наш штрајк се осетио и требало је да се осети. Грађани, наши пацијенти су нас озбиљно схватили и послушали да тог дана мање долазе. Још једном им се извињавамо јер они су за ово најмање одговорни. Надлежни су нас схватили

врло озбиљно, а медији максимално propratили. Наши захтеви се нису односили само на „солидарни порез“ већ смо скренули пажњу јавности на мноштво проблема у здравству Србије и оставили отворена врата за даљи протест, што је и био циљ. Зауљаљи смо систем како никада до сада нисмо, а ничија сигурност није била угрожена.

Слика празних чекаоница и ходника болница и домова здравља су се по први пут појавиле и остале као опомена онима који креирају здравствену политику ове земље. А, нама лекарима као знак што можемо ако хоћемо и ако смо јединствени. Надлежни морају схватити да ми постојимо, да имамо своје ставове и да се боримо за њих. Да се ова слика може поновити и у много ширем обиму и да смо ми за то способни! Ово је био први корак. Свима желим да се захвалим на учешћу, одлучности и свести о заједништву.



Председник
Синдиката лекара и фармацеута
Србије, др Драган Цветић, спец.
анестезије и реаниматологије



један модел европске државе који је најреалнији за остварење и оживотворење у периоду од три године. Наравно, веома је битно, ако не и пресудно, да неопходну одговорност за своје здравље понесу и сви грађани ове замље. Грађани морају да схвате да је флоскула „здравство је бесплатно“ политичка парола без утемељења у економској науци. Здравствени систем је изузетно скуп систем, свуда у свету, али мора бити доступан свима (то је одговорна политика!).

У новој здравственој политици и држава мора бити одговорна, од општинског до републичког нивоа, са јасним задацима и активности-

ма. За све учеснике у овом заједничком процесу, мора да буду јасно дефинисане и санкције за нечињење или одступање од зацртаних задатака и обавеза. Искрено верујем да би тај модел најрадије прихватили здравствени радници, бар убедљива већина.

За политичке странке на власти, у било ком времену, нисам сигуран. Ту моју сумњу поткрепљују и две последње катастрофалне одлуке садашње власти; прва, о опорезивању зарада изнад 60.000 динара, што лекаре-специјалисте доводи у још тежи материјални положај, и друга, о немогућности или значајној редукцији пријема младих ле-

кара у радни однос до 31. децембра 2015. године. Те одлуке угрожавају планску и промишљену политику у области хуманих ресурса и, на дуже стазе, доводе у питање функционисање и развој здравственог система Србије. Треба очекивати, убрзани и повећани одлазак најбољих дипломираних студената медицине у друге земље, а што сигурно доноси стручне, економске и биолошке негативности (Србија је земља са значајним негативним природним прираштајем!). Такође, треба очекивати још израженије елементе корупције при запошљавању, па и наглашеније партијско кадрирање. Quod scripsi, scripsi. //



Празни ходници Клиничко-болничког центра Бежанијска коса у време штрајка



но објављивање свих интеракција између фармацеутских компанија и здравствених професионалаца, као што се најављује у Хрватској почев од 2016, наш саговорник одговара:

– Као интегрални део процеса увођења нових правила понашања у односима између фармацеутских кућа и здравствених радника који је започет у земљама чланицама ЕУ, у блиској будућности уводи се и нова пракса јавног објављивања свих сегмената међусобне сарадње. Будући да смо као члан EFPIA у обавези да имплементирамо иста правила која важе у земљама ЕУ, нова верзија ИНОВИА Кодекса садржи и такву обавезу.

Др Тркуља истиче да ће се Удружење ИНОВИА и у овој години ангажовати у промоцији Кодекса и новоуведених правила која подразумевају још већи степен транспарентности и јавности у односима између фармацеутске индустрије

>>> ИНОВИА ће и у овој години бити ангажована на промоцији Кодекса, а у плану су и консултације и дијалог са лекарским и фармацеутским удружењима, надлежним државним органима и свим другим учесницима на тржишту лекова <<<

и здравствених радника. У оквиру тог процеса, планиране су и обавезне консултације и дијалог са лекарским и фармацеутским удружењима, надлежним државним органима и свим другим учесницима на тржишту лекова.

– Као и све досадашње верзије, и ново издање Кодекса обавезује је за све компаније чланице Удружења ИНОВИА. Сматрамо, међутим, да би за друштво било од изузетног значаја када би се кроз сличне кодексе или, можда, увођењем нових законских аката све фармацеутске куће које послују у Србији, а не само иновативне, обавезале на идентичан ниво транспарентности у сарадњи са здравственим радницима – наглашава др Бојан Тркуља.

Јасмина Томашевић

НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ >>>>>>>>>

ВИШЕ ПОСТУПАКА РЕПРОГРАМИРАЊА СОМАТСКИХ ЋЕЛИЈА

ИНДУКОВАНЕ ПЛУРИПОТЕНТНЕ МАТИЧНЕ ЋЕЛИЈЕ

Пише: др Јасмин Нурковић,
АСИСТЕНТ У ДЕПАРТАМАНУ
ЗА БИОМЕДИЦИНСКЕ НАУКЕ
ДРЖАВНОГ УНИВЕРЗИТЕТА
У НОВОМ ПАЗАРУ



У циљу добијања плурипотентних ћелија, а уз истовремено избегавање уништавања људског ембриона, научници су развили нове технолошке поступке којима је могуће добити овакве ћелије – поступком репрограмирања соматских ћелија.

Начини којима је могуће поступком репрограмирања соматских ћелија добити плурипотентне матичне ћелије сличне хуманим ембрионалним матичним ћелијама су: трансфер нуклеуса соматске ћелије у енуклеисану ооциту – клонирање (енгл. Somatic – Cell Nuclear Transfer, SCNT), трансфер хромозома у енуклеисани зигот или рану бластомеру током митозе (енгл. Chromosome Transfer, CT) и добијање матичних ћелија са индукованом плурипотентношћу (енгл. Induced Pluripotent Stem Cells, iPSC).

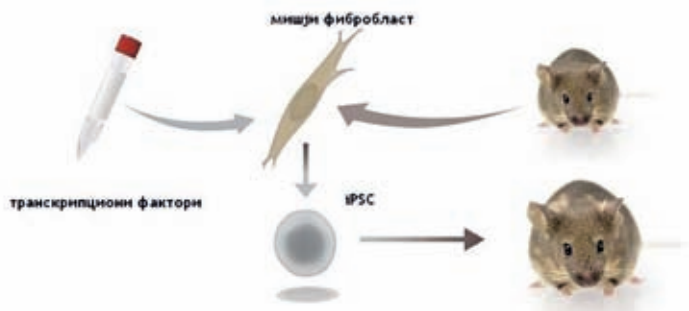
Епигенетско репрограмирање соматске ћелије у плурипотентно стање путем ектопичне експресије транскрипционих фактора (директно репрограмирање), назива се индукција плурипотентног стања, а овако настале ћелије индуцибилне плурипотентне матичне ћелије (iPSC). Јапански научници Такахаши и Јаманака са Кјото уни-

верзитета (Takahashi and Yamana, Kyoto University) успели су 2006. године да прекомерном експресијом четири транскрипциона фактора – Oct4, Sox2, Klf4 и c-Мус конвертују мишићну фибробласт (соматску ћелију) у плурипотентну матичну ћелију (Слика 4). Ови транскрипциони фактори се, у знак поштовања према научнику, називају још и Јаманака фактори (Yamanaka factors).

Због својих научних достигнућа на пољу репрограмирања соматских ћелија Јаманака је, заједно са сер Џон Гурдоном (sir John Gurdon), добио Нобелову награду за медицину и физиологију 2012. године. Значај тог открића у подручју истраживања ћелија може се упоредити са открићем ДНК Крика и Вотсона у подручју генетике, будући да је овај научни и технички пробој ослободио истраживања на матичним ћелијама из идеолошких и политичких окова и дао могућност регенеративној медицини да буде реализована у кратком року.

Још 80-их година прошлог века уведени су називи „стромална матична ћелија“ и „мезенхимална матична ћелија“ у научну терминологију. Тренутно постоји вели-

НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ >>>>>>>>>>>>>>>>



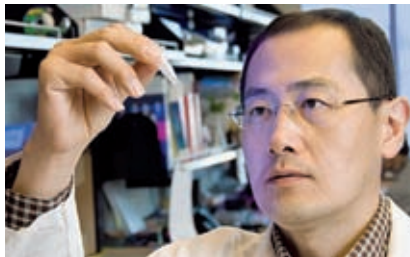
РЕПРОГРАМИРАЊЕ МИШЋЕГ ФИБРОБЛАСТА У ПЛУРИПОТЕНТНО СТАЊЕ

ки број информација које указују да су мезенхималне матичне ћелије независна популација матичних ћелија које имају способност самообнављања и мултипотентне диференцијације у *in vitro* условима.

Најзначајније и најбоље проучене су оне које су смештене у коштаном сржи. Осим коштане сржи, до данас, те ћелије су изоловане и из масног ткива, синовијалне мембране, коже, епитела дигестивног тракта, скелетних мишића, срца, плућа, ретине, мозга, јетре, панкреаса, периоста, жлезданог ткива доје, менструалне крви, ендометријума, бубрега и различитих ткива зуба, али се сматра да практично постоје у свим органима и ткивима, у њиховим периваскуларним нишама.

Матичне ћелије из пупчане врпце, масног ткива и зубне пулпе постају све популарније као ћелије које поседују велики потенцијал за клиничку примену, а добијају се из лако доступних ткива, која су, уколико се не употребе, медицински отпад. Оне имају способност да се диференцирају у остеобласте, хондроците, адипоците и глатке и скелетне мишићне ћелије, фибробласте строме који окружују ћелије мијелоидне лозе, а последњих година доказано је и у ендотел, епителне ћелије бубрега, хепатоците, кардиомиоците, нервне ћелије, теноците и епителне ћелије ретине.

У Лабораторији за матичне ћелије Департмана за биомедицинске науке Државног универзитета у Новом Пазару спроводи се истраживање у области матичних ћелија: изолација, култивација и диференцијација мезенхималних матичних ћелија из хуманог масног ткива и зубне пулпе. У претходне две године од 22 узорка поткожног хуманог масног ткива и пет



ПРОФЕСОР SHINYA YAMANAKA, ЈЕДАН
ОД ДВОЈИЦЕ ДОБИТНИКА НОБЕЛОВЕ
НАГРАДЕ ЗА ФИЗИОЛОГИЈУ И
МЕДИЦИНУ ЗА 2012. ГОДИНУ

узорака зубне пулпе успешно је завршен процес изолације, култивације и циљане мезодермалне диференцијације.

На 5. Конгресу медицине спорта и спортских наука Србије у Дому Војске 6. и 7. децембра 2012, истраживачки тим из ове лабораторије је представио резултате на тему: Потенцијал за диференцијацију мезенхималних матичних ћелија из масног ткива човека. Тим резултатима иде се у правцу предклиничких и клиничких испитивања примене мезенхималних матичних ћелија у циљу брже регенерације или репарације оштећених ткива. Један од значајних аспеката примене тих ћелија, како у хуманој тако и у ветеринарској медицини, јесте њихова примена у санацији већих коштаних дефеката, оштећења хрскавице, тетива и лигамената.

Rezultati tog istraživanja su izazvali veliko interesovanje među domaćim i stranim stručnjacima i svakako otvorili nove naučne stranice iz te oblasti u našoj zemlji.

Прошле године истраживачи су отишли даље и резултате представили на првој годишњој конференцији German Stem Cell Network (GSCN) у Берлину. //

Србија је међу водећим земљама према броју новооболелих од moždanog udara, са инцидентом од 300 на 100.000 становника. У Специјалној болници за цереброваскуларне болести „Свети Сава“ у Београду годишње се лећи око 6.000 пацијената, а према подацима Градског секретаријата за здравство, у тој установи збрињава се више од 80 одсто свих оболелих од moždanog udara из Београда и ближе околине.

– Такви званични подаци указују да су превентивне активности – заказале. У том ланцу одговорности најбоље функционишу установе које лече мождани удар: Болница „Свети Сава“, Ургентни центар, мањим делом и Војномедицинска академија. Специјална болница „Свети Сава“ је специјализована установа секундарног нивоа здравствене заштите, основана за дијагностику, рано препознавање и лечење можданих удара – објашњава за Гласник Лекарске коморе Србије, проф. др Милан Савић, директор Специјалне болнице за цереброваскуларне болести „Свети Сава“.

Болница има 250 постеља, а ради 24 сата седам дана у недељи. Годишње се у овој установи лечи 6.000 пацијената, а обави 12.000 амбулантних прегледа. Под истим крстом овде је концентрисана сва неопходна дијагностичка опрема да би се препознао мождани удар. У 90 одсто случајева, снимање на скенеру представља златни стандард, али у случају неких врста удара скенер није довољно осетљив, због чега је потребно урадити преглед магнетном резонанцом, као и допунску дијагностику: од лабораторијских анализа, ултразвучне дијагностике, па до ангиографске сале. Према речима проф. Савића, дигитална ангиографија ради се код пацијената за које се сматра да имају неки од узрока можданог удара, који треба да се отклони минимално инвазивном процедуром. Ангиосала је, у суштини, намењена дијагностици, али се све више користи у терапијске сврхе.

– Последње три године све више радимо ендоваскуларне, минимално инвазивне процедуре. Кроз препонску артерију решава се проблем на крвним судовима: као што су сужења на главним артеријским стаблима, каротидима или вертебралним артеријама, па чак и ин-



ПРОФ. ДР МИЛАН САВИЋ, ДИРЕКТОР
СПЕЦИЈАЛНЕ БОЛНИЦЕ „СВЕТИ САВА“

„ПОГЛЕД“ У УНУТРАШЊОСТ МОЗГА

// СОФИСТИЦИРАНА ОПРЕМА ЈЕ МОЋНО ОРУЂЕ У ПОСТАВЉАЊУ ДИЈАГНОЗЕ,
АЛИ И ПРАЋЕЊУ ТОКА ЛЕЧЕЊА МОЖДАНОГ УДАРА //

тракранијалне стенозе које могу да се реше специфичним стентовима. Ту су и анеуризме, неруптуриране и руптуриране, хеморагије... Прошле године урађено је више од 200 разних ендоваскуларних интервенција – каже проф. Савић.

ПРВА МЕХАНИЧКА ТРОМБЕКТОМИЈА

Крајем марта у ангиосали Болнице Свети Сава урађена је прва механичка тромбектомија код акутног možданог удара у Србији. Интервенција је обављена код пацијенткиње која је дошла са тромбозом великог крвног суда, после истека времена за интравенску тромболизу. Такви пацијенти често имају не само лошу клиничку слику, него и лошу прогнозу, јер је у питању велики инфаркт, опасан по живот.

– Након четири сата за примену интравенске тромболизе, немамо много терапијских опција. Имамо



Проф. др Милан Савић

ни плазмин). То је урађено у оквиру велике студије, са истом идејом да дође до реканализације крвног суда. Наша болница и Клинички центар у Нишу учествују у истој великој америчкој студији, а сада смо ушли у другу фазу – каже проф. Савић.

С обзиром на то да смо ишли на неке едукације, успели смо да организујемо службу на тај начин,

зумева знање, технологију и добру организацију службе – указује директор Болнице.

Одлуке се, каже, доносе ad hoc, у кругу неуролог - неурорадиолог - интервентни радиолог, а онда се приступа интервенцији у ангиосали. Специјалним стентовима улази се до места тромбозе које је претходно дијагностиковано скенером, ако је потребно и магнетном резонанцом, онда се стентом вади тромб напоље, крвни суд се реканализује и покушава се да се постигне функционални опоравак.

Према његовим речима, када дође пацијент, прво се даје интравенска тромболиза која треба да поправи неуролошки статус мерен NIHSS скором. Ако резултата нема после сат времена, а ангиографски је потврђена тромбоза великог крвног суда, онда се улази у салу и ради се механичка тромбектомија, у земљама које су увеле ту методу.

– Имамо све што је потребно: обучене људе, организацију и опрему. Код možданог удара све је питање времена, зато је важно брзо постављање дијагнозе и адекватан приступ. Интравенска тромболиза, као за сада једини златни стандард, метода је која мора да се ради ако пацијент дође у терапијском прозору, има исхемијски možдани удар у већем крвном суду и уколико нема контраиндикација. Потребно је да пацијент има зону очуваних, функционално умртвљених неуро-

>>> Имамо све што је потребно – обучене људе, организацију и опрему. Код možданог удара све је питање времена, зато је важно брзо постављање дијагнозе и адекватан приступ <<<

симптоматску терапију, антиагрегациону, некад антикоагулантну – ако је тромб потекао из срца, а постоји и интраартеријска тромболиза код које се катетером директно у тромб даје тромболитик (хума-

набавили одговарајући материјал и кренули са идејом да „протоколишемо“ механичку тромбектомију, да је што више уведемо у праксу, као што се ради у готово свим земљама у окружењу. Метода подра-

31 <

НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ >>>>>>>>>>>>>>>>

на (penumbra) тако да може да се ради тромболиза са идејом да се реканализацијом вратите неуроне у живот. Интравенска тромболиза се ради и код пацијената без великог моторичког дефицита, ако имају афацију. Не ради се код пацијената који имају мождано крварење (контраиндикација), уколико је прошло више од четири сата од почетка симптома, код пацијената који су на антикоагулантној терапији или су у претходних пар месеци имали инфаркт срца или мозга. Кад интравенска тромболиза није могућа, код тромбозе великих крвних судова – избор је механичка тромболиза, која се не ради код инфаркта малих крвних судова.

ЈЕДИНИЦЕ ЗА МОЖДАНИ УДАР

У Србији полако заживљава регионални приступ у терапији акутног moždanog удара, а специјализоване јединице постоје у свим клиничким центрима, у Београду у Ургентном центру, Болници Свети Сава и КБЦ Земун. Лечење пацијената у тим јединицама повезано је са бољим резултатима лечења, мањом смртношћу, мањим степеном инвалидности и бољим опоравком пацијената.

У ситуацији када примарна превенција није одрадила свој део посла, важно је да постоји добро организована хитна служба. Пацијенту са инфарктом мозга не може да се уради тромболиза на терену. Код инфаркта срца, поређења ради, ле-

кар хитне помоћи може да приме-
ни специфичну терапију (актилизу)
пре доласка у болницу. За мождани
удар такав комфор не постоји, од-
носно, то би захтевало да имамо са-
нитет опремљен скенером за главу.
Пацијент се зато што је могуће брже
одвози у установу која то може да
уради, у складу са свим протоколи-
ма и међународним смерницама.

Већ три године у Болници „Свети Сава“ одржавају се заједнички кон-
злјуми са васкуларним хирурзима
Института „Дедиње“, о избору тера-
пијског приступа за неке пацијен-
те. Са консултантом неурохирургом
договара се о решавању интракрани-
јалне анеуризме или артерио-ве-
нозне малформације. Речју, одмера-
ва се шта је најбоље за пацијента.

- Данас можемо знатно боље да дијагностикујемо и лечимо шлог него пре. Има много пацијената којима може да се помогне. Од око 6.000 акутних можданих удара годишње, више од 80 одсто су инфаркти мозга. Кад се индикације поставе исправно и видимо сваки бенефит од терапије, дешава се потпуна реканализација, код пацијената који су дошли потпуно одузети - каже проф. Савић.

Специјална болница на чијем је он челу има 420 запослених: око 80 лекара од којих већину чине неуролози, десетак интерниста, 14 радиолога, два интервентна радиолога, као и пратеће службе. Из године у годину подиже се ниво и квалитет услуга. Технолошко осавреме-

њивање почelo je 2006, a парарелно са набавком опреме, одвијала се и едукација кадра.

Како објашњава овај стручњак, према светским критеријумима, „напредни центар за мождане ударе“, осим захтева у смислу опреме, кадра и организације 7/24, мора да има и малу операциону салу за мање неурохируршке интервенције. Тиме би се, каже, покрило оно што болници Свети Сава недостаје, а што би могло да се ради: вентрикуларна дренажа код акутног хидроцефалуса који је последица можданог удара, као и трепанација, декомпресија која представља део протокола поготово код млађих пацијената који имају огроман инфаркт праћен едемом.

Савић указује да на западу већ постоји субспецијализација из васкуларне неурологије. Са недостатком неких кадрова суочавају се и неке развијене земље, а васкуларни неуролози (као што то раде Америка и Шпанија) треба да се едукују за интервентне процедуре кроз субспецијализацију. Јер, ендоваскуларне процедуре су све више заступљене, на рачун класичне хирургије, а нема довољно интервентних радиолога који би то радили.

НАНО ТЕХНОЛОГИЈА

Прави пример коришћења напредних техника у медицини јесте учешће стручњака Специјалне болнице „Свети Сава“ у великој мултицентричној студији из Израела, која се базира на терапијском прозору од 24 сата код инфаркта мозга у предњој циркулацији. Студија је контролисана према најстрожим критеријумима. Електронска нано-технолошка справаца, предајник величине пар милиметара, имплантира се пацијенту кроз меко непце и специјалним инструментом пласира у свенопалатални јални ганглион. Предајник се после преко коже побуђује да ради и, електричним импулсима кроз ганглион, директно нервним путем изазива проширење крвних судова у предњој циркулацији и тако доприноси бољем опоравку и бољем колатералном протоку код пацијената који су доживели инфаркт у тим зонама.

Ускоро се окончава прва фаза те студије и биће објављени њени резултати. Једино је центар у Шпанији, који је и раније почео, укључио више пацијената од Болнице „Свети



ИНТЕНЗИВНА НЕГА



МР ОМОГУЋАВА СТАНДАРДНЕ И НАПРЕДНЕ ТЕХНИКЕ У ДИЈАГНОСТИЦИ

Сава". Наравно, уз поштовање свих протокола.

Занимљиво је да се имплантација мини-предајника ради преко online навођења, веб камерама са специјалним стикерима који се стављају пацијенту на лице, слика се „масив“ лица и приказује на екрану који види и овдашњи лекари, али и стручњак у Тел Авиву који, удаљен готово 2.000 километара од Београда, наводи инструмент, како би справица била пласирана на право место. Процедура је нешкодљива за пацијенте, а за годину дана у студију су до сада укључена 34 пацијента, који су дали пристанак. Имплант остаје у ганглиону четири дана, током којих се неколико сати дневно надражује посебним уређајем да производи импулсе који изазивају вазодилатацију у крвним судовима. После четири дана справица се вади, али је нешкодљива за пацијента чак и када би остала месецима. Јер, без надражаја споља, она нема никаквог дејства. Иза студије стоје озбиљни спонзори у медицинском смислу, а истраживање је прошло ригорозне контроле Америчке агенције за храну и лекове (FDA). Болница у Београду имала је до сада једну инспекцију спровођења студије.

>>> Електрична нано-технолошка справица имплантира се пацијенту кроз меко непце и специјалним инструментом пласира у свенопалаталијални ганглион. Предајник се преко коже побуђује да ради и, електричним импулсима кроз ганглион, изазива проширење крвних судова код пацијената са инфарктом мозга у предњој циркулацији <<<

– Две трећине пацијената са шлогом старије је од 65 година. Али, око три-четири одсто оболелих чине млађи од 40 година, што, другим речима, значи да у Београду сваке године са дијагнозом можданог удара лечи од 200 до 300 пацијената млађих од 40. Њихови разлози су специфични, не као што виђамо код старијих, изузев ако није у питању убрзана атеросклероза, висок крвни притисак од детињства, поремећај масти, поремећај срчаног ритма, болест срчаних залистака. Ако тога нема и нема сужења на великим судовима, онда трагамо за поремећајем коагулације (тромбофилија), васкулитисом у слоју неке системске болести (лупус), компликованом мигреном, наследним болестима које могу да буду узрок поремећаја на крвним судовима –

лоше развијене артерије. Некад је појава шлога скопчана са лошим навикама – узимањем алкохола или психоактивних супстанци – указује проф. Савић.

Амбулантно се прегледају пацијенти упућени због различитих симптома из домова здравља (испади главобоље, вртоглавице нешто што би могло да буде васкуларне природе, ако има фактора ризика). Колор доплер ултразвучни преглед данас може да се ради и у неким домовима здравља, док су раније у Болници постојале огромне листе чекања. Осим кад се ради о транзиторном исхемијском атаку, који представља „увод“ у мождани удар, или постоји сумња на дисекцију крвног суда, то није ургентна метода. Постоји неколико школа за едукацију (Болница „Свети Сава“,



Ангиосала: др Слободан Ђулафић са пацијентом



Дигитални рендген апарат

70. Проф. Савић каже да је, у доношењу одлуке о терапијском приступу, скенер - основни дијагностички алат. Њиме се може установити да ли је у питању инфаркт или крварење, ако је у питању инфаркт - где је локализован, да ли је мали или велики, има ли очуване пенумбре, зоне у којој нису оштећени неурони или не.

МАГНЕТНА РЕЗОНАНЦА

Модерним апаратом за магнетну резонанцу, јачине магнетног поља од 1,5 T, обављају се прегледи целог тела. Апарат омогућава слику високе резолуције у све три

равни директно, са дебљином слоја од неколико милиметара. Просечан преглед траје 20 минута. Уређај поседује моћне алате за обраду и приказ слике и пружа савршену визуелизацију снимљених органа. Раде се МР прегледи у неурологији: стандардни преглед главе; преглед крвних судова врата и главе; специјални прегледи: понтоцеребеларни угао, селарна регија, параназалне шупљине, орбите и врат; прегледи различитих делова кичменог стуба. Осим стандардних, примењују се и напредне технике прегледа у дијагностици различитих неуролошких обољења: МР

дифузију, МР перфузију, МР спектроскопију, дифузиони тензор имџинг, преглед по протоколу за епилепсије. Месечни број прегледа на апарату за магнетну резонанцу је више од 500, од чега око две трећине чине амбулантни пацијенти. Сваки трећи преглед се обавља коришћењем неке од напредних техника МР.

– На магнетној резонанци раде се и напредне МР технике, а различите софтверске апликације омогућавају бољи преглед. Тако се, на пример, ради МР спектроскопија, дијагностичка метода намењена испитивању биохемијског профила патолошких промена у možданом паренхиму, којом се нека недефинисана патологија може одредити као запаљенска, метаболичка или туморска. Јер, некада је установљена структурна промена, али не може да се одреди природа болести. Кроз напредне технике приближавамо се природи болести. Такође се ради МР трактографија, неуроимџинг метода којом се снимају се путеви, нервна влакна која повезују одређене делове мозга, што је значајно за неурохирургију у преоперативној припреми – истиче проф. др Милан Савић.

Снимања на магнетној резонанци раде се и за пацијенте клиничко-болничких центара „Др Драгиша Мишовић“, „Земун“ и „Звездара“. На магнетној резонанци такође се прегледају и пацијенти „Светог Саве“, у случајевима када скенер није довољно осетљив као, на пример, код možданог удара у задњој лобањској јами, пацијент се снима на магнетној резонанци да би де доказали процеси у малом мозгу, možданом стаблу, продуженој мождини.

Проф. Савић подсећа да болести срца и крвних судова чине више од половине укупног обољевања. То је огромно оптерећење, а с обзиром на то да смо ми једна од најстаријих нација у Европи, може се очекивати пораст броја оболелих. Лечење акутног možданог удара је веома скупо, а због природе болести, резултати нису тако добри (смртност, инвалидност). Улагања су неопходна, како у обнављање опреме, тако и у едукацију кадра. Много већа пажња мора да се усмери и ка превентивним акцијама које би донеле и значајне уштеде за здравствени систем.

Јасмина Томашевић

комора лекара широм света јесте да, као независне, еснафске организације, штите лекарску струку, част и углед лекара и лекарске професије у целини, али да истовремено активно раде на јачању поверења корисника система здравствене заштите и целокупне јавности у лекаре и поклонице здравства. Оно што коморе лекара, свакако, не смеју да дозволе јесте да им примат преузму невладине организације и да остану на маргинама здравственог система.

Према речима Вуканића, улога и место лекарских комора јесте у средишту дијалога о здравственом систему, раме уз раме са креаторима здравствене политике, али уз јасно разграничење овлашћења међу овим актерима, како у погледу лиценцирања лекара – давања дозволе за рад, тако и у погледу обављања континуиране медицинске едукације, вођења бриге и именика лекара и формирања и рада судова части.

Он је подсетио да је нагли развој медицинске науке у европским земљама 19. века, а нарочито у њеним последњим деценијама, пратило је отварање нових болница и лекарских ординација, док је, с друге стране, лекарску праксу карактерисала потпуна независност у раду. Стога се, међу све бројнијим лекаrimа тог доба, јавља потреба за доношењем обавезујућих правила за све чланове лекарског staleжа ради унапређења праксе и повећања



Др Отмар Клоибер (WMA), адвокат Леа Вапнер (ЕФМА) и прим. др Татјана Радосављевић (ЛКС)

сигурности њених чланова и пацијената, што је резултирало формирањем првих струковних удруживања лекара. Тако је 1858. године у Великој Британији формиран Општи медицински савет, у Француској је исте године основано Опште удружење лекара Француске, док је у Аустро-Угарској 1891. године донет Закон о Лекарским коморама. Традиција струковног удруживања лекара у Србији датира из 1901. године, када је основана Лекарска комора Србије. Њен рад је прекинут 1945.

године, да би поново био обновљен тек у децембру 2006. године.

– Наша мисија је да онима који ће кренути нашим стопама и имати привилегију да се баве овом хуманом струком, пренесемо знање, искуство, вредности и идеје, али и традицију коју баштинимо. Сигуран сам да ће излагања осталих саговорника, као и стручни део форума допринети изградњи једног конструктивног дијалога који ће нам у крајњем дати подршку и подстицај у циљу даљег унапређења професије лекара. Министарство здравља Републике Србије даје снажну подршку свим вашим напорима да унапредите нашу струку и показује искрену бригу и уважавање вашег рада, у циљу побољшања квалитета здравствене заштите за све наше грађане, нагласио је проф. Вуканић и пожелео учесницима скупа угодан боравак у Београду.

ШКОЛУЈЕМО ЛЕКАРЕ ЗА ИНОСТРАНСТВО?

Директорка ЛКС Татјана Радосављевић, упозорила је да је одлазак лекара проблем са којим се суочава наша земља, али и остале европске земље. Она је саопштила поражавајући податак да је, током прошле године, Лекарска комора Србије издала 850 сертификата добре праксе, неопходних лекаrimа који намеравају да посао потраже у иностранству. Др Радосављевић недавно је



37 <

МЕЂУНАРОДНА САРАДЊА >>>>>>>>>>>



Проф. др Драган Вуканић, државни секретар Министарства здравља
Владе Србије у техничком мандату

током само једног дана потписала 35 таквих сертификата.

– Тренд миграција лекара из Србије дефинитивно постоји. Почетком априла имаћемо тачан податак колико је за годину дана наших лекара отишло за Немачку. Тај податак ћемо добити од колега из Немачке коморе који су сада присутни на Форуму – истакла је др Радосављевић, подсећајући да је проблем недостатка лекара присутан широм Европе.

Она је истакла да су и остале теме ЕФМА Форума - актуелне, вруће теме и за наш здравствени систем. Осим миграција лекара, важна је размена мишљења о вакцинацијама, јер у нашој земљи полако расте антивакцинални лоби.

– Антивакцинални лоби представља покрет особа које немају здравствено образовање, мада, нажалост, у том покрету има и неких лекара. Покрет је у значајној мери захваatio и подручје бивше Југославије. Постоје лекари који окупљају све истомишљенике који тврде да је вакцина апсолутно штетна, да ништа није учинила за продужење људског живота. Такве тврдње су веома опасне, зато што сви они покушавају да убеду људе да не вакцинишу своју децу. Отуд, у неким деловима света враћа се чак и дечаја парализа, полиомијелитис. Код нас су вакцинације још обавезне, и добро је да је тако. У нашој земљи антивакцинални лоби није у таквом замаху, али се ствара и о његовом постојању треба отворено говорити. Антивакцинални лоби покуша-

ва да убеди људе да ће се против битних преносивих, заразних болести моћи да изборе, не вакцинацијом, него на неки други начин. Тако лансирана прича да вакцина про-

ШТА ЈЕ ЕΦΜΑ?

ЕФМА повезује Светску здравствену организацију (СЗО) и медицинска удружења у различитим европским земљама. ЕФМА представља око 60 европских медицинских организација и 10 посматрачких међународних медицинских организација. Адвокат Леа Вапнер изабрана је за генералног секретара ЕФМА је у априлу 2007, а Израелска медицинска асоцијација такође је заступљена у вези Комитета ЕФМА. Израелска медицинска асоцијација (ИМА) припремила је презентације о различитим темама, укључујући „Друштвене медије“, „Професионална аутономија и саморегулација“ и „Везе између лекара и фармацеутске индустрије“ и израдила је неколико изјава, укључујући и изјаву о аутономији лекара и документа о обезбеђивању медицинске услуге током сукоба. ИМА је била домаћин 1999. и 2008. ЕФМА Форуму у Тел Авиву.

Учесници Форума у Београду усвојили су Декларацију о заштити здравља и здравствених услуга у време оружаних сукоба и других ванредних хуманитарних ситуација.



Др Жоао Бреда, РЕГИОНАЛНА
КАНЦЕЛАРИЈА СЗО

тив малих богиња може да доведе до аутизма управо иде на руку томе да се неке заборављене болести могу вратити – упозорила је др Радосављевић.

Када је реч о миграцијама, генерални секретар ЕФМА, адвокат Леа Вапнер, у обраћању новинарима српских медија, истакла је:

– Важно је да земље схвате да постоји дефицит лекара у свету. И стога неке земље нуде повољније услове за лекаре од других. Да би ваши лекари остали у вашој земљи, битно је да имају повољније услове за рад, као и услове живота. Под тиме не подразумевам само плате, које су, наравно, битан фактор, већ и пружање могућности да примењују нове технологије на свом радном месту и да се баве оном медицинском којом желе да се баве. Ако се то не деси, они ће отићи у друге земље где постоје могућности за бољу праксу. У мојој земљи, Израелу, ми смо схватили да треба да наведемо владу да уложи више новца у систем здравствене заштите, управо како би се спречио одлив лекара.

ПАРАЛЕЛНЕ РАДИОНИЦЕ О СЛУ И ИСХРАНИ

Првог дана Форума одржане су паралелне радионице – прва посвећена недостатку сна и незаразним болестима, а друга о исхрани и физичкој активности у здравим стилу живота.

Др Mugiám Kerkhofs, директор Лабораторије за сан CHU de Charleroi, Болница Vesale, Брисел, говорила је о недостатку сна, пореме-



ЛЕА ВАПНЕР,
ПРЕДСЕДНИЦА ЕФМА



ОБРАЋАЊЕ ЛЕЕ ВАПНЕР УЧЕСНИЦИМА ФОРУМА

ћајима сна и кардиоваскуларним обољењима.

Др Rachel Leproult, Одељење за неуропсихолошко и функционално неуролошко истраживање, Центар за неуролошке науке и сазнања, Брисел, одржала је предавање о улози недостатка сна у метаболизму глукозе и регулације апетита.

Господин Филип Ру, начелник одсека Генералног директората за здравље и заштиту потрошача Европске комисије, предочио је учесницима Форума какав је приступ ЕК исхрани и здравим начинима живота. Он је говорио о раду Европске комисије која даје нацрте закона, припрема регулативу, како би се на најбољи начин заштитило здравље становника ЕУ. Кључно питање је да се обезбеди једнакост имајући у виду бројне разлике земаља чланица. Приступ ЕК не треба да буде наредбодавни, већ да подржи земље чланице.

– Нисмо чудаци који уређују животе чланица ЕУ. ЕУ има општу политичку визију и основни елемент те визије је Европа 2020, а Комисија ће бити одговорна за остварене резултате. У Европи, економија је први елемент за сваки разговор. ЕК на првом месту покушава да одбрани потребу за инвестирање у здравство, јер од здравља радне снаге зависи будућност. Инвестиције чланица Уније у промоцију здравља су мање од четири одсто укупних трошкова за здравство. Лекарска струка може много да допринесе превенцији – рекао је Филип Ру.

Говорећи о пројекту Европа 2020, он је нагласио да је циљ одржив и

ефикасан здравствени систем. ЕК покушава не да наметне решења, већ да помогне како би здравствени системи били рентабилнији и бољи. Господин Ру је такође нагласио потребу за хармонизацијом, а ЕУ се бави тиме путем структурних фондова.

Између осталог, ЕК ради на проблему прекомерне гојазности која је скопчана са извесним бројем хроничних обољења. Указујући на значај информисања потрошача, Ру је рекао да је данас на располагању храна високе енергетске вредности, а људи су наставили да једу на исти начин. Неопходно је да се смањи количина соли, шећера, масти у прерађеној храни, а да би се се променио начин живота, важно је убедити људе да се више крећу, баве спортом, да једу више свежег воћа и поврћа.

У оквиру сесије о исхрани и здравом начину живота, прво предавање одржао је др Жоао Бреда, менаџер програма за исхрану, физичку активност и гојазност Светске здравствене организације. Он је говорио о дијети и физичкој активности у функцији промовисања здравља и доброти.

Бреда је указао да је, према моделу научника у САД, од 20 фактора ризика, чак 15 повезано са исхраном и кретањем, укључујући и алкохол. Земље у транзицији у великој су опасности јер гојазност расте по већим стопама, због повећаних фактора ризика. Чак 60–70 одсто европске популације је физички неактивно, што утиче на по-

јаву кардиоваскуларних болести. Гојазност и физичка неактивност – заједнички су за европски регион који укључује 53 државе чланице. Он је подсетио да постоји јасна веза уноса соли и висине крвног притиска, као и да је препорука СЗО – пет грама дневно. У већини земаља два пута је већи унос соли од те препоруке, а Турска је са рекордних 18 грама дневно, успела да смањи потрошњу на 15 грама.

– Студије показују да постоји веза између дужине живота и категорија ризика. Понашање може да се промени уз помоћ иницијатива на националном нивоу. Ваши савети могу да утичу на животе пацијената – рекао је Бреда.

Уз помоћ ЕК развијена је јединствена организација праћења и развоја деце гојазности у региону у чему учествују 23 земље. Високу преваленцу гојазности имају Португал, Малта и Шпанија. Анализа ће донети вредне информације које могу да се упоређују од земље до земље. Већи пораст прекомерне тежине евидентира се у источној Европи, а у неким земљама преваленца гојазности опада или стагнира.

– Уколико успемо да сведемо гојазност на мањи проценат, то би омогућило да три до девет милиона људи не боли од хроничних незаразних болести. Индиректни трошкови већи су него трошкови свих болница у држави, рекао је стручњак СЗО.

Последњи део презентације односио се на оно шта треба да раде здравствени радници – саветовање



спроведено у 16 земаља показало да нема много тешкоћа у вези са језиком. У оквиру Европске уније Бе2 средњи ниво довољан је за већину земаља или доказ да сте радили у окружењу где се говори тај језик – указао је Парса-Парси.

Он је подсетио да су 2012. донета два законска акта којима су олакшане миграције професионалаца изван ЕУ. То је подстакло, међутим, разговор о језику, јер безбедност пацијента и комуникација међу здравственим професионалцима могу бити отежане. Према статистици – у Немачкој постоји мањак лекара, иако је, парадоксално, њихов број повећан. У Немачкој ради 350.000 лекара. Упразњених места има у болницама у источним крајевима, а у неким ординацијама нема ко да замени лекаре који одлазе. Медицина је популарна на универзитетима (око 70.000 уписаних сту-

ЕУ, довољно је да покажу диплому факултета и специјализације, као и да адекватно знају немачки – довољан је Бе2 ниво. Три државе у Немачкој захтевају и усмено полагање медицинског немачког језика, којим се потврђује да страни лекар који жели да се запосли влада и медицинском терминологијом. Нови закон је олакшао да и лекари из земаља ван ЕУ могу да добију сталну дозволу (раније само из земаља ЕУ), која важи на територији целе Немачке.

Сара Ковач Кларк, адвокат и медијатор из Општег медицинског савета (General Medical Council) Велике Британије, говорила је о студији случаја из Велике Британије. Медицински савет сертификује лекаре у Британији. Једна од његових иницијатива јесте да сви лекари у Енглеској знају језик, због безбедности пацијената. Према њеним речима,

гистрацију, а немају дозволе. Савет има годишњи приход од 100 милиона фунти, а, у циљу одржања здравља и безбедности становништва, креира медицинске стандарде. Између осталог, да би лекар имао безбедну праксу мора да чита, пише и говори енглески језик. Тако, лекар који долази у Велику Британију мора да докаже ниво енглеског на тесту Британског савета или да има недавно издату диплому којом доказује да течно говори. За докторе из ЕУ нема тестирања из познавања енглеског језика, а Савет мора да их региструје и изда дозволе за рад. Око 30–40 одсто тужби односи се на проблем комуникације лекара, али није познато да ли је у питању (не) знање језика или лоша комуникација. Ипак, не треба сметнути с ума, да је сваки трећи лекар у Британији – странац.

ВАКЦИНАЦИЈА МЕДИЦИНАРА

Сесијом посвећеном Вакцинацији здравствених радника председавали су др Блечер и др Клоибер. Клоибер је говорио о безбедности имунизације од грипа за медицинско особље и подсетио на бројку од 500.000 смртних случајева годишње. Започета је кампања да се охрабре лекари да се вакцинишу и понашају као узор за стратегију вакцинисања. Он је истакао неопходност информисања лекара, јер „не само што ви не добијате грип, него и ваше окружење“. На сајту WMA постоје алати доступни земљама, конкретне информације о сузбијању грипа и како да се искористе. Према његовим речима, велике користи могу се остварити од једноставне кампање, али је потребно разговарати и о другим видовима имунизације.

Господин Роб Батлер, технички директор Одсека за вакцинацију против излечивих болести и имунизацију Светске здравствене организације, одржао је предавање на тему Оклевање и прихватање вакцинације: борба против самољубља и недостатка поверења у вакцинацију. Батлер је нагласио да постоји висока стопа инфекције у колективима здравствених радника, а доводе до значајног одсуствовања с посла.

– Обрасци преношења болести између здравствених радника су забрињавајући. Ризик од добијања бо-



СА ЈЕДНОГ ОД БРОЈНИХ ПРЕДАВАЊА

дената годишње), а могући разлог за мањак лекара су миграције. Лекари се селе у друге земље, али миграција има и унутар Немачке. Све је већи број лекара старијих од 59, а све мање млађих од 35 година.

– Не добијамо од миграција већи број лекара: колико дође – толико оде у САД, Британију, Швајцарску... Када је реч о поступку признавања и познавања језика других земаља

Британија у значајној мери зависи од лекара који долазе из других земаља. Савет је задужен за регулативу и обезбеђење добре медицинске праксе, а у доношењу одлука независан је од владе. Финансира се из чланарине. Ако лекар хоће сертификат – плаћа таксу. У Британији има регистрованих 250.000 лекара, од којих већина има пуну дозволу за рад. Неки лекари имају ре-



зе преко реда. Неколико студија то доказује на упечатљив начин. У Великој Британији време чекања износи до три месеца. Чланице ЕУ немају чекања дужа од шест месеци. Уколико пацијент има избор између установа које пружају услуге, то повољно утиче на скраћење периода чекања (Португал).

Студија ОЕБС показује да када постоји повећање тражње, после извесног времена период чекања се повећава и обрнуто. У неким земљама редови су смањени након промене политике и укључивања приватника у систем осигурања. За лекаре – период чекања утиче на крајњи исход, резултат је неједнакост у доступности, а доктори су под притиском због конкуренције. Лекари не смеју да толеришу социјалне неправде, нарочито оно што се односи на приступ услугама. Време чекања је – отворена капија за неједнакости. Приватно осигурање може само ограничено да одговори на тај проблем.

Стела Пргомеља, Удружење дијабетичара Србије, у свом предавању Препреке и могућности у здравственој заштити дијабетичара, саопштила је готово невероватан податак: у Србији, пацијент са дијабетесом годишње потроши 19 дана на администрацију, неопходно да би користио здравствене услуге. Она је указала и на могућа решења како би збрињавање и лечење дијабетичара било ефикасније.

У оквиру сесије посвећене извештајима, којом су председавали проф. др Herchuelz и др Цепулић, учесници Форума сазнали су много појединости о здравственим си-

стемима у Португалу и Федерацији БиХ, али и о вишегодишњој антикампањи којој је изложена Лекарска комора Србије.

АУТОНОМИЈА КОМОРА

Др Татјана Радосављевић говорила је о важности да коморе буду финансијски и струковно аутономне, јер имају велика овлашћења – давање лиценци за рад лекара.

Она је нагласила да лекарима у Србији Комора омогућава бесплатно учешће у континуираној медицинској едукацији, како могу да сазнају о најновијим достигнућима медицинске науке. Лекарску комору чини пет регионалних комора.



Прим. др Татјана Радосављевић

У Именик ЛКС уписано је 31.369 лекара, а у току 2013, издато је 1.986 нових лиценци. Само у приватном сектору ради 4.071 доктор, од којих половина у Београду. Специјалиста има 17.000. Мали је проценат лека-

ра млађих од 30 година, а већина их је старија од 50, чак и 55 година. Издавање сертификата добре праксе неопходно је за миграције лекара. Најчешће одлазе „готови“ специјалисти – хирурзи, гинеколози, анестезиолози... Бесплатна предавања која је подржала Комора у 2013. похађало је 18.080 лекара, који су у просеку добили по пет КМЕ бодова. Бесплатна online платформа – тест имала је 3.000 посетилаца.

Директорка ЛКС упознала је учеснике Форума да су Српско лекарско друштво, које је у организацији КМЕ видело начин да заради на лекарима члановима, нека „фантомска удружења“ приватних лекара и политичари који нагињу ка сецесији, пре две године почели прљаву медијску кампању против ЛКС. Тако се 25. априла 2013. појавио памфлет чији су потписници грубо повредили Кодекс пословне етике ког су лекари у обавези да се придржавају. Комора је, преко штампаних медија, прозивана за нестанак 25 милиона евра од чланарине. Др Радосављевић је то демантовала наглашавајући да у Комору никада није ушло 25 милиона евра чланарине. Органи Коморе проценили су да је потребан Лекарски дом – зграда где би лекари долазили на предавања, али се у куповини зграде није успело, између осталог, и због притиска.

– Епилог: седам судских пресуда пред редовним судом против медија смо добили, два су у току, као и један за накнаду штете. Пред Уставним судом Војводине, РЛКВ изгубила је процес. Комора етикетирана као убица деце, легло криминала и корупције, да ли се ради о слободи говора? У питању је озбиљно кршење етичког кодекса – рекла је др Радосављевић.

Говорећи о финансијском стању у ЛКС (без 2013), она је напоменула да је Комора једна од најмоћнијих независних државних институција у овом моменту. Колеге из тридесетак земаља који су учествовали на ЕФМА Форуму, она је упознала са нападима на националну медицинску асоцијацију који се дешавају у дужем временском периоду. Високи представници међународних организација изразили су пуну подршку ЛКС.

Наредни ЕФМА Форум биће одржан 2015. у Талину, Грузија.

Јасмина Томашевић

ВРАТИТИ САВЕТОВАЛИШТА

Откако су укинута саветовалишта за дијабетес, лекари примарне здравствене заштите, који нажалост немају довољно времена, за сваку ситуацију шаљу нас специјалисти, онда треба заказати и по неколико месеци чекати на преглед. Притом, посао специјалисте није да нас саветује о свакодневном животу са дијабетесом, већ треба да ради неке компликованије ствари. Начин да се боље контролишу особе са дијабетесом јесте да се поново отворе саветовалишта односно центри за дијабетес. Ако та саветовалишта успоставимо тако да раде превенцију и превенцију компликација свих хроничних незаразних болести, укључујући и дијабетес, онда ћемо оснажити примарни сектор. Рехабилитација сваке четврте године у Врњачкој Бањи је добра, али недовољна, чак и мало контрадикторна. Јер, Бања је добра као „шлаг“, а ми „торту“ немамо – каже Стела Пргомеља из Удружења дијабетичара Србије.

МЕЂУНАРОДНА САРАДЊА >>>>>>>>>>>

ДР КАТРИН ФЈЕЛДСТЕД, ПРЕДСЕДНИЦА
СТАЛНОГ КОМИТЕТА ЛЕКАРА ЕВРОПЕ

НАЈВАЖНИЈА ЈЕ БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНТА

Зашто је за безбедност пацијента значајна аутономија лекара, због чега би здравствени професионалци требало да сами креирају смернице добре праксе, без утицаја политике, али и о потреби стандардизације у образовању лекара – за Гласник ЛКС говори др Катрин Фјелдстед, Исланђанка, која је дуги низ година била и лекар и политичар, и која се налази на челу Сталног комитета лекара Европе (The Standing Committee of European Doctors - CPME).

Каква је Ваша оцена ЕФМА Форума који се одржава у Београду?

ЕФМА Форум зближава људе из различитих земаља, а припадају истој, лекарској бранши. Моја организација, Стални комитет лекара Европе, тренутно броји 27 медицинских организација, а представници многих од њих присутни су на овом Форуму. Стални комитет лекара Европе представља националне медицинске асоцијације 27 европских земаља и тесно сарађује са националним медицинским асоцијацијама земаља придружених ЕУ, као и специјализованим европским медицинским асоцијацијама.

Чланице СРМЕ су само земље чланице ЕУ, као и оне које нису чланице Уније, али са Унијом имају закључене споразуме у сфери економије. Зато је и Исланду, мојој земљи која се налази на горњем северном делу Атлантика, дозвољено да буде чланица СРМЕ. Имамо и придружене чланице. То су оне земље које су у



ДР КАТРИН ФЈЕЛДСТЕД

процесу придруживања ЕУ. Постоје и земље које су географски у Европи, али се нису кандидовале да постану чланице ЕУ, и оне могу да буду посматрачи.

Моје мишљење је, као искусног лекара који је дуго радио у пракси и леčio пацијенте, а исто тако као неког ко се дуго бави политиком, јесте да оно што се деси у једној земљи, може се пренети и на друге државе. С обзиром на то да је језгро наше професије управо тај однос између лекара и пацијента, као лекари ми говоримо заједничким језиком и разумемо се.

Шта СРМЕ ради на уједначавању стандарда у земљама чланицама ње организације?

Наша организација сматра да би стандарде требало да одређују лекари, а не политичари или некакви комитети и организације, који тиме не би требало да се баве. Као лекар који се бави породичном медицином/општом праксом, мислим да би лекари опште праксе требало да одлучују о саставу едукације, школовања нових генерација лекара опште праксе. Постоје велике разлике између лекара различитих земаља, али оно у чему би требало да се сложе треба да буде основа стандардизације едукације лекара. Исто се односи и на друге специјалности.

Лекари из једне земље треба да одлазе у друге земље, да разговарају и да у својој специјалности пронађу одговарајући ниво едукације. То се може назвати добром праксом, смерницама за добру праксу, како год, али у сваком случају то треба да саставе лекари, а не политичари, нити неке владине организације. Мислим да се у центру свега тога налази безбедност пацијента, а да би она била загарантована потребан је едукован и независан лекар - са добром едукацијом и независан од удрука политичара.

Сигурност пацијента, практично је, зависна од независности доктора који одлучују о њиховом лечењу. Слажем се да политичари, Европски парламент, Европска комисија, европски закони, владе, организације, могу да одреде колико ће трајати студије лекара, пет или шест година, али то би био оквир за састављање едукације лекара. Сliku



која се налази унутар тог рама, треба да обоје лекари, у оквиру професије.

Реципије нам нешто о здравственом систему на Исланду?

Исланд спада у нордијске земље, заједно са Шведском, Норвешком, Финском и Данском, тако да је имамо сличан здравствени систем као друге нордијске земље. Не постоји комора која је обавезујућа, него асоцијација лекара у којој чланство није обавезно и која са Владом уговара висину чланарине. Здравство се већим делом финансира из пореза. Сви становници покривени су здравственим осигурањем. Боравак у болници се не плаћа. Плаћање за лекове промењено је последњих година, тако да су неки лекови бесплатни, за друге се плаћа партиципација, док се неки медикаменти, као што су антибиотици или аналгетици плаћају у пуном износу. Одлуку о томе доноси министарство здравља. За децу до 18 година медицинске услуге се не плаћају.

Који проценат бруто домаће производње Исланд издваја за здравство?

Према подацима OECD, прошле године бруто домаћи производ Исланда износио је 36,000 долара по глави становника, јавни трошкови здравствене заштите чинили су 7,1 проценат, док су издвајања „из чепа“ била 1,8 одсто БДП. Издвајања за здравство су висока, као и у другим скандинавским земљама. У време пре економске кризе, 2008, стандард становништва на Исланду је био веома висок, међу највишим у Европи, али се са кризом много тога изменило.

Какав је однос броја лекара и становништва, као и да ли има миграција лекара из других земаља на Исланд?

Лекари из земаља чланица Европске уније могу да се запосле без проблема, али језик није толико лак да би га брзо савладали. У асоцијацији доктора на Исланду регистровано је око 1.500 лекара – рекла је др Катрин Фјелдстед коју смо упознали недавно у Београду где је била један од учесника ЕФМА форума.

Јасмина Томашевић

Dr. Katrín Fjeldsted, President of the Executive Committee of The Standing Committee of European Doctors (CPME)

Patient Safety and Quality of Care – in the Core of the CPME Work

Why is a physician's autonomy important for the patient safety, why should health care professionals create their own good practice guidelines without any political influence, but also the need for standardization of medical education – for the SMC Gazette – Dr. Katrin Fjeldsted, from Iceland, a physician and a politician for many years, and the head of the Executive Committee of the Standing Committee of European Doctors (CPME).

What is your opinion about this Forum in Belgrade?

The EFMA Forum brings together people from different countries who wouldn't meet otherwise, and it is, of course, a connection between medical professions in these countries. And, I can add, that my organization, CPME, has now 27 medical organizations and associations, and many of them are also here.

Which countries can be members of your organization?

Those countries, that are members of the European Union, can be members of the CPME. Those countries that are a part of European economic area can also be members. That is why my little country, which is up in the North Atlantic, is allowed to be a member. We also have associate members. Associate members are those countries that have applied to the European Union. And then we have countries that are in Europe geographically, but have not applied to EU, they can be observers.

But, in my opinion, because I have been around, I have also been a politician, and a practicing doctor, what happens in one of our countries, can

happen in the other as well. And because of that the core of our work, of our profession, is relationship between doctor and patient, than we have, really, the same language to speak so we can understand each other. We have a lot to learn from each other.

What is CPME doing to equalize standards in healthcare in all those countries?

Our opinion is that standardization should be done on medical professional level, and not by committees, governments, or some other institutions. In my field, which is family practice, general practice, I think that GP doctors are to decide what the GP training content should consist of. It differs from one country to another, but what the doctors can agree on is the content of the training.

The same is in other specialties fields, doctors from one country should try to perform the best practice learning from the work and experience of other doctors from different countries.

So, it can be called The Best Practice, it can be called Guidelines, but anyhow, it should be created by the medical profession, and not by some governmental organizations.

I think in the core, in the center of it all, is safety of a patient, and to guarantee that safety one needs an independent doctor with a solid continuous training. Professional independence, which we call doctors' autonomy, a professional autonomy, is important for safety of the patients. Then there is politics, and of course, European Parliament, the European Commission, European institutions and law – deciding on the minimum length of training, whether it should be five or six

45 <



years. They can decide on that, but it should be only a frame, and the doctors should paint a picture.

Would you tell us something about the health care system in Iceland?

Iceland is one of the Nordic countries, along with Sweden, Norway, Finland and Denmark. Iceland is a little sister in the northern Atlantic and have only 320.000 people. We have a health care system which is similar to the other Nordic countries. We don't have a Chamber, we have a Medical Association that is not obligatory, but most doctors are in it. And the Association makes pay salary negotiation with the State. Most of the cost of health care is paid through taxes, like in the other Nordic countries. Everybody is covered by medical insurance. One does not pay for hospitalization, and a payment for remedies has been changed in the last year: for some remedies one needs to pay anything, for others only a part of its cost. Some of it, like antibiotics or painkillers must be paid for in full.

What percentage of the GDP Iceland allocates for health care?

The health service in Iceland is well organized. Health care expenditures are high, as in other Scandinavian countries. According to the OECD, last year GDP was over 36,000 USD per head of population, public expenditure on health was 7,1 % and private expenditure of health was 1,8%. Standard of living in Island was very high, among the highest in Europe, and the financial crush much had changed it.

What is the ratio between number of the population and the number of doctors, as well policy for foreign doctor working in your country?

Policy for foreign doctors, if they attend EU, is a free movement, but our language is not so easy, of course. Around 1,500 doctors are registered in the Iceland medical association, said dr. Katrin Fjeldsted, whom we met recently in Belgrade, where he was one of the participants of the Forum EFMA, said dr. Katrin Fjeldsted, whom we have recently met in Belgrade, where she attended the EFMA Forum as a participant.

Јасмина Томашевић

СА СТРУЧНИХ ОКУПЉАЊА >>>>

КУРС СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ

Артеријска оклузивна болест

У организацији Центра за континуирану медицинску едукацију Медицинског факултета у Београду, прошле јесени одржан је курс са међународним учешћем Етиопатогенеза, клиника и лечење артеријске оклузивне болести. Проф. Ђорђе Радак представио је предаваче и нагласио значај оклузивних артеријских болести, које су у нашој земљи у порасту.

Артеријске болести најчешће су атеросклеротске генезе, мада могу бити и инфламаторне или екстра-васкуларне природе. Упоређујући успешност оперативног и медикаментозног лечења, проф. Радак је истакао да је ризик смртности код ендартеректомија само 0,64 одсто.

ке, а оперативног - хибридне процедуре. У закључку је наглашен значај примене неинвазивних метода у лечењу васкуларних болести које су тек у развоју.

Професор Димитри Михалидис из Лондона изнео је податке о примени медикаментозне терапије. Медикаментозну терапију треба мишуициозно одређивати, поштовати индивидуалне разлике међу пацијентима и одређивати је на основу врсте оклузивне болести артерија. Као факторе ризика је навео: дијабетес, пушење, хипертензију, неправилну исхрану, недовољну физичку активност итд.

Посебно је нагласио значај водича добре клиничке праксе који треба да буду на националном нивоу

ХИРУРГ И АКАДЕМИК

Курс је организовао са својим сарадницима професор Ђорђе Радак, директор Клинике за васкуларну хирургију Института за кардиоваскуларне болести Дедиње у Београду.

Редовни је професор Медицинског факултета у Београду, члан Академије медицинских наука СЛД и дописни члан Српске академије наука и уметности. Професор Радак је публиковао 531 рад (science citation index је 670). Институт у Милану га је промовисао у почасног професора хирургије.

Активно учествује у раду и члан је Европског друштва за васкуларну и ендоваскуларну хирургију (ESVS) и члан је Интернационалног друштва за ангиологију (IUA).

Он је говорио и о могућности настанка когнитивне и емоционалне детериорације и настанка васкуларне деменције код нелечених пацијената.

Нагласио је да је стент боља солуција од ендартеректомије, али је његова уградња врло скупа. То се нарочито односи на анеуризматску болест чија је инциденца у порасту. Будућност дијагностичког приступа су 3D ултразвучне техни-

и направљени на основу договора тима лекара који се баве васкуларним болестима. Током предавања и дискусије више пута је истицао националне разлике и специфичности популације која се испитује и поредио Јапанце, Грке, Србе, Италијане и Американце.

Професор Manfredi Rico из Палерма је изнео резултате опсежних испитивања утицаја LDL холестерола на некоронарне облике атероскле-



розе. LDL се дели на четири класе и тешко је издвојити појединачни утицај неке од њих на настанак болести. Ипак, утврђено је, на пример, да је LDL мале густине предиктор каротидне болести. Проучаван је и утицај статина на различите класе LDL холестерола и било би идеално да се терапија одреди у зависности од LDL врсте чиме би се ризик од настанка цереброваскуларног инсульта (CVI) смањио.

Испитивањима утицаја липидног статуса на артеријску оклузивну болест у трајању од шест месеци обухваћена су заједничка истраживања у Италији, Швајцарској и Србији и евалуирани су резултати добијени на великим узорцима популације.

Професорка Ники Кацики са Универзитета у Солуну говорила је о пушењу и дуванском диму као факторима ризика за настанак васкуларних болести. Наглашено је да је морталитет значајнији од морбидитета, јер је у сталном порасту. Изнет је статистички податак да Србија има већи број пушача од Грчке.

Значајан је и податак да жене пушачи имају 10 одсто већи ризик за обољевање него мушкарци. Испитивани су и пасивни пушачи изложени дуванском диму и утврђено је да је токсични утицај дуванског дима на њих значајан, као и да су активно пушили.

У дискусији су преовладавала питања практичне природе која на свим интердисциплинарним скуповима, везаним за васкуларне болести, изазивају дилеме: клопидогрел или аспирин, колико дуго примењивати постоперативну антиагрегациону и антикоагулантну терапију, у којим дозама давати статине, колико дуго треба пратити ендартеректомисаног пацијента, питање настанка постоперативне муралне тромбозе и много других питања на која још није дат коначан одговор.

Наглашен је значај даљих истраживања, поређења добијених резултата и њихова заједничка евалуација.

Курс је одржан у свечаној Сали деканата Медицинског факултета у Београду, био је мултидисциплинаран и бесплатан и доносио је слушаоцима по четири бода.

Др Нина Михајловић



Предавачи и учесници по завршеном курсу

Сарадња ОВИ удружења и отоларинголога Србије

Пише: Михаел Подвинец,
председник ОВИ, ШВАЈЦАРСКА

Удружење оториноларинголога сверопадне Швајцарске ОВИ већ 12 година успешно сарађује са колегама новосадске и београдске универзитетске клинике, као и са ВМА. Традиционални заједнички курсеви ендоскопске и отолошке хирургије одржавају се ове године по седми, односно девети пут. Остварила се и замисао да поједине клинике, сад без наше помоћи, одржавају курсеве који су започети заједничком сарадњом пре више година. Сматрамо знаком великог напретка и резултатом конструктивних напора колега из Србије да самостално

на ВМА и у Новом Саду одрже курсеве ултразвучне дијагностике и ринохирургије.

ОВИ се труди да помаже, како нацијема у опреми и едукативним средствима (Инструменти, удзбеници, видео-опрема и сл), тако и да доведе у Србију, као предаваче, еминентне стручњаке из Швајцарске, Енглеске, Немачке и Аустрије. Сведоци смо изузетне предиспозитивности свих страних колега, њихове спремности да бесплатно дођу у Србију, као и да приме младе колеге у своје клинике на едукацију. До сада је омогућено да 25 колега из Србије борави у иностраним установама.

У тражењу нових облика едукације, основана је „Летња школа ОРЛ“, нека врста „живе књиге“ за специ-

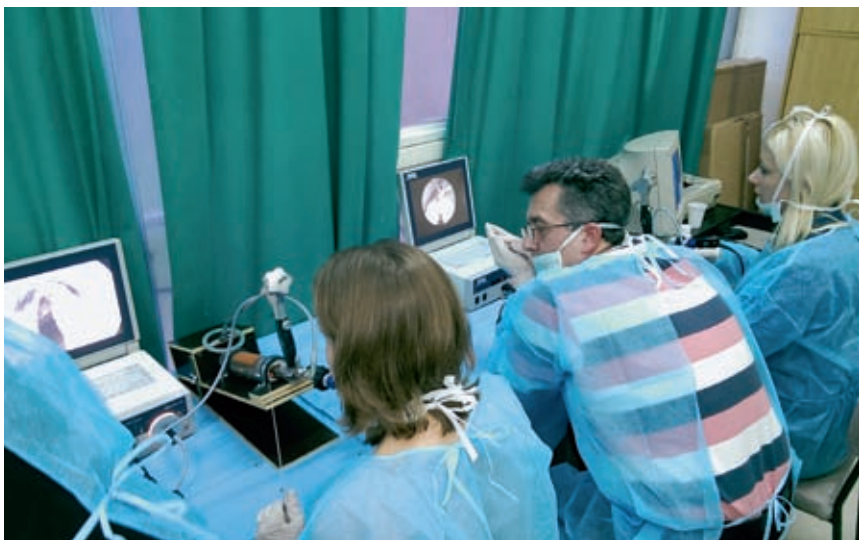
47 <

<<< СА СТРУЧНИХ ОКУПЉАЊА

>>>>>>>>>>



ПОКАЗНА ОПЕРАЦИЈА ПРОФ. HILTRUD GLANZ НА МИКРОСКОПУ, КОЈУ ПОЛАЗНИЦИ ПРАТЕ НА ЕКРАНУ У САЛИ



ПОЛАЗНИЦИ ВЕЖБАЈУ НА СВИЊСКИМ ГРКЉАНИМА ОСНОВЕ ХИРУРШКИХ ЗАХВАТА

јализанте из Србије и иностранства. Еминентни предавачи из Србије и Швајцарске преносе основе одређених делова струке у дводневној бесплатној едукативној сесији. Сесије се изводе у годишњим циклусима, тако да се основе целе специјалности пренесу током четири године. Савезника у остваривању помоћи ОРЛ струци нашли смо у Еколошком центру Радуловачки у Сремским Карловцима, задужбени познатог добротвора професора Миодрага Радуловачког из Чикага. У центру смо, у изузетној атмосфери и у простору који нам је уступљен бесплатно, одржали у јуну прошле године прву Школу отоло-

гије и аудиологије, која се ове године наставља Поглављем о болести ма главе и врата.

Захвални смо и нашим спонзорима, који омогућавају да на курсеви-ма користимо најмодернију технологију (фирме Carl Storz, Tuttlingen, са њиховим представништвима Rapex у Београду и Инел у Новом Саду, Karl Zeiss, Oberkochen, са представништвом у Београду).

Наше удружење у фебруару сваке године доноси илустроване годишње извештаје, који се могу наћи на сајту www.orn-bal.info/OBI. На сајту се сваке године доносе и оцене едукације за сваку протеклу годину. //

На Клиници за васкуларну хирургију „Дедиње“, установи терцијарног нивоа здравствене заштите, дијагностикују се и лече обољења васкуларног система - артерија и вена, уз примену широког спектра сложених хируршких и ендоваскуларних процедура. Огромно искуство и резултати које постижу стручњаци те куће признати су и ван граница Србије и упоредиви са најбољим светским центрима те врсте. Професор др Ђорђе Радак, члан Српске академије наука и уметности, који води ову Клинику, указује да је циљ - најбољи могући третман болесника који пате од васкуларних болести мозга, аорте и екстремитета.

На Клиници се годишње обави око 2.000 великих васкуларних реконструкција. Од тог броја око 900 чине операције каротидних артерија, око 400 су ресекције анеуризми аорте, а остало су операције на периферним артеријама. Томе треба додати ендоваскуларне процедуре, као и хибридне - хируршке и ендоскопске у истом акту. Последњих година у развоју су ендоваскуларне процедуре, имплантације стент-графта анеуризме трбушне и грудне аорте, које се изводе у сарадњи са интервентним радиолозима. Када је реч о дијагностици, дневно се обави око 50 ангиолошких, васкуларно-хируршких консултација - прегледа, што је око 15.000 прегледа на годишњем нивоу. Осим тога, у лабораторији за неинвазивну дијагностику годишње се уради неколико хиљада прегледа ултразвуком.

Бројке које наводиш су импресивне. Имаш ли у овом тренутку довољно кадра, сразмерно све већем броју операција?

Огроман број пацијената прође кроз ову кућу, а велики број операција обављамо у малом простору, што је тренутно највећи проблем. У плану је изградња Клинике која би се звала „Дедиње 2“, која би фактички дуплирала постојеће капацитете, што је неопходно, јер сада, нажалост, имамо листе чекања како за кардиохируршке, тако и за васкуларне интервенције. Васкуларна хирургија има две операционе сале за отворену васкуларну хирургију, као и сале у којима се ради инвазивна ангиолошка дијагностика, катетеризација, имплан-

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>>

КЛИНИКА ЗА ВАСКУЛАРНЕ БОЛЕСТИ ИНСТИТУТА
ЗА КАРДИОВАСКУЛАРНЕ БОЛЕСТИ „ДЕДИЊЕ“

У КОРАК СА СВЕТСКИМ ЦЕНТРИМА

// ИЗГРАДЊОМ „ДЕДИЊА 2“ ПОСТОЈЕЋИ КАПАЦИТЕТИ БИЛИ БИ ДУПЛИРАНИ //



ТРАГ ПЕРОМ И СКАЛПЕЛОМ

Проф. др Радак аутор је књиге „Хируршки приступи артеријама“ и уџбеника за последипломску наставу Медицинског факултета у Београду „Реваскуларизација мозга и каротидна хирургија“, и коаутор је уџбеника за последипломску наставу „Имунологија у генези и терапији атеросклерозе“.

Највеће интересовање стручне јавности изазвао је увођењем еверзионе ендартеректомије каротидних артерија, као нове методе, која је данас у рутинској употреби у савременој васкуларној хирургији. Проф. Радак се у великом броју радова бави практичним аспектима техничких побољшања хируршких процедура, напр, интраоперативно спасавање крви и аутоотрансфузија. Значајан број његових радова односи на проблем оклузије бурса графтова, као и ендоваскуларне хирургије.

тација стент-графта и дилатација периферних артерија. Од пре годину-две имамо могућност примене хибридних процедура, то значи симултано извођење отворених васкуларних реконструкција уз примену ендоваскуларних имплантација стент-графта код анеуризме, односно стента код каротидне и периферне артеријске оклузивне болести.

Када је у питању кадар, потребно је да крену специјализације неколико младих доктора, који су веома вредни, озбиљни и перспективни. Проблем је непостојање свести о томе да је за школовање једног васкуларног хирурга потребно најмање пет година, тако да, ако желимо да будемо „покривени“ за пет година, када неки лекари оду у пензију, морамо то школовање сада да покренемо. С друге стране, тај проблем недостатка доктора, као и увек у Србији се занемарује, и јесте у другом плану. Наши људи раде и кад немају обавезу, али је проблем мањак простора да примимо све пацијенте које би требало. Још постоје листе чекања, за које сви кажу да је то проблем српског здравства. Међутим, и у свим европским земљама постоје листе чекања за интервенције овог типа.

Каква је шприжажа пацијенаца?

Пацијенте разврставамо у три групе: у једној су они који могу неко

49 <

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>>

време да чекају елективну интервенцију, другу групу чине они који морају да буду примљени истог тренутка и оперисани - дневно рачунамо са једним до два таква ургентна пацијента. Постоји трећа група болесника код којих је, рецимо, каротидна артерија пред тромбозом или имају велику анеуризму аорте, што су стања која не смеју да чекају на интервенцију дуже од две недеље, ми те људе примамо по убрзаном поступку. Заправо, листе чекања стварају нам велику обавезу да распоређујемо то што имамо, сходно тежини и хитности пацијента.

Колико се разликује васкуларна хирургија данас и пре две-три деценије?

Ствари су се јако промениле од 80-их, када сам улазио у васкуларну хирургију, до сада. Највећи помак је вероватно увођење еверзионе каротидне ендартеректомије, у лечењу каротидне болести, која је знатно поједноставила ову процедуру, учинила је краћом, једноставнијом, безбеднијом, са мањим процентом компликација. То је у нашу кућу довело јако велики број пацијената, не само из Србије, него и окружења. Све бивше југословенске републике знају да је ово центар где се добро ради каротидна хирургија. Тренутно у Европи не постоји клиника која уради 900 каротидних операција годишње. То нас сврстава у „High-volume“ центре, јер имамо огроман број пацијената и екстензивно искуство наших хирурга утиче на то да се операције раде брзо, једноставно, типизирано, увек по истој процедури, што чини да резултати буду добри.

Имамо и могућност имплантације стента, ако то захтевају општи услови операбилитета пацијента, његови фактори ризика, конкомитантна обољења, тако да наши интервентни радиолози уграде годишње око 200 до 300 стентова каротидних и периферних артерија.

Ексклузивна новост у васкуларној хирургији је могућност примене ендоваскуларних метода у решавању анеуризми абдоминалне аорте. Данас можемо око 40 до 50 одсто анеуризми грудне и абдоминалне аорте да решимо имплантацијом стент-графта. То значи да ти пацијенти практично не морају да се оперишу, нема отворене хирур-



Зграда института „Дедиње“

гије, нема отварања абдомена или грудног коша. Кроз малу инцизију на препони се улази уређајем, који омогућава да се у пределу анеуризме отпусти, лансира стент-графт, који покрије анеуризму изнутра и искључи је из циркулације. То је метода нарочито погодна за пацијенте у старијем животном добу, који имају већи број придружених обољења, тако да не би могли ни да поднесу операцију у општој анестезији.

Кажете да ситен-графт може да се примени код 50 одсто пацијената са анеуризмом. Која су ограничења?

У Европи проценат анеуризми које могу да се реше имплантацијом стент-графта креће се око 70 одсто, а код нас око 50 одсто. Наши пацијенти касно долазе, јер имају проблем са доступношћу ултразвучне дијагностике. С једне стране, свест о обољењима артерија и вена ни-



Проф. др Ђорђе Радак са тимом сарадника

МУЛТИДИСЦИПЛИНАРНИ ТИМ

На Клиници за васкуларну хирургију запослено је 17 доктора, 12 специјалиста опште и васкуларне хирургије, двоје специјалиста интерне медицине и три клиничка лекара. Радно је ангажовано пет хирурга који су наставници Медицинског факултета и то три професора, један доцент и један асистент, 15 лекара има и научно звање. Лекари и остало медицинско особље Института публиковали су до сада више стотина радова у еминентним домаћим и страним часописима. Кроз стално стручно усавршавање, Клиника је створила тимове изванредних младих лекара, сестара и техничара. У циљу едукације и размене искустава, на Институту је боравило више десетина врхунских светских стручњака из области васкуларне хирургије.

је довољно развијена, што ствара озбиљне проблеме, јер пацијенти не знају да се многе болести могу превенирати, и онда закасне. С друге стране, недовољна свест о значају васкуларних обољења утиче на недовољно добро планирање здравствене службе, јер се не региструје реална учесталост и значај васкуларних болести. Међутим, са развојем ултразвучне дијагностике, број васкуларних пацијената које откривамо са значајним обољењима ар-

терија и вена повећан је више од 10 пута у односу на пре неколико година и зато смо ми „преплављени“ пацијентима.

Да ли се и дужина хоспитализације променила?

Сада смо дошли до тога да пацијенти који имају операцију каротидне артерије други дан могу да иду кући и после недељу-две враћају се нормалном животу. Након им-

плантације стента пацијент је код куће већ сутрадан, а стент-графт због анеуризме захтева само два дана боравка на Клиници.

Каротидна болест чешћа је него што се обично мисли?

Око 52 одсто људи који ће умрети данас, умреће од последица атеросклерозе. Кад „раслојимо“ даље тај податак, долазимо до тога да ће највећи број пацијената умрети од последица могућног удара, а то је каротидна болест, онда следи коронарна болест, затим анеуризматска и периферна болест.

Епидемиолошки гледано, највећи број пацијената има коронарну болест и друге облике артеријских обољења, као што је каротидна, анеуризматска и периферна. У западним земљама постоји симетрије у броју кардиолога и ангиолога. У Србији се ангиологија тек сада „буди“ као врста субспецијалности у великој пропулзији, зато што је дошло до бума неинвазивне дијагностике. Приватна пракса и велики клинички системи су добили могућност са неинвазивном дијагностиком де-

51 < ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>>

тектују обољења артерија и вена – једноставно, безболно, без компликација. Ултразвучна дијагностика крвних судова направила је „револуцију“, јер се данас откривају пацијенти о којима нисмо ни слутили да имају проблем са крвним судовима. Рана дијагностика представља меру опште здравствене просвећености и организације. Нажалост, ми живимо у друштву где је тренутно највећи проблем незапосленост. Како неке објаснити да престане да пуши, ако остао без посла и изложен је дуготрајном хроничном стресу? Пацијенти старији од 60 година би требало да једном годишње да урадишње ураде ултразвучни преглед, али колико је то реално, кад дом здравља има проблем доступности апарата и ангиолога? Ови проблеми захтевају пуно година развоја да бисмо дошли до решења.

Клиника на чијем сџе челу је и сџавна база Медицинској факултета у Београду?

Поносни смо што су Институт за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ и Клиника за васкуларне болести наставна база Медицинског факултета у Београду. Имамо нову генерацију професора и асистената који развијају едукативну и научну страну Института. Институт „Дедиње“ био је конципиран као једна врста „Хјустона у Србији“ што је стварало могућност да се велики број операција из циљане кардиоваскуларне патологије ради на једном месту. У тој ситуацији је тешко, али изазовно развијати науку. Данас се дошло до тога да Институт публикује око 50 радова годишње у међународним часописима. Практично, не постоји доктор који није завршио субспецијализацију, магистеријум, па и докторат. Тиме је спроведена једна врста унифицирања знања, а створена је могућност сарадње, личног и колективног комуницирања са међународном васкуларном јавношћу.

Колико је акџуелних ѓројеката и сџудија које реализујете на Клиници?

Клиника за васкуларне болести укључена је тренутно у десетак пројеката, што српских што међународних, који се углавном баве каротидном и анеуризматском бо-

ДИЈАГНОСТИКА И ЛЕЧЕЊЕ

- Сужења на крвним судовима врата
- Проширење трбушне аорте и грудне аорте
- Периферне артеријске болести
- Сужење бубрежних артерија
- Трансплантација јетре и портосистемски шантови
- Проширене вене и венски улкуси
- Инвазивне дијагностичке и ендоваскуларне процедуре
- Неспецифичне васкуларне болести

лешћу. Извођење и публикување тих пројеката захтева стандардизовано подизање нивоа рада целе институције. То није више „герилски покрет“ заинтересованог појединца да инвестира своју енергију, него је општи ниво рада подигнут и омогућава да се комуницира кроз објективне параметре са европским нивоом пружања здравствене услуге. Ти пројекти омогућавају развој директне стратеске, али и свакодневне, оперативне међународне сарадње са центрима у Енглеској, Италији итд..

За мај је најављена шестџа ѓо регу Школа за ултрасонографску ангиолошку дијагностику. Кома је она

намењена и колико је ѓолазника до сада завршило Школу?

Кроз Школу нашу школу ангио-оске ултразвучне дијагностике је прошло око 50 полазника у шест сезона. То није индустријско усавршавање, већ пре добра старинска занатска радионица. Школа за ултрасонографску ангиолошку дијагностику није конципирана тако да полазници саслушају нека предавања и одговоре на неке упитнике, већ да су, након три месеца проведена са сондом у руци, апаратом, ментором и пацијентом, обучени да ураде преглед на нивоу онога што наши доктори раде. Курс је намењена лекарима опште медици-



Јединица интензивне неге ИКВБ Дедиње

не, интернистима и неуролозима. То је занатски приступ, тзв. „hands on“ систем савладавања практичних вештина. По завршетку Школе, лекари-полазници знају да раде све ангиолошке ултразвучне прегледе, јер су под контролом, уз супервизију искусног ментора урадили бар 50-ак прегледа, тако да кад се врате у своју средину, могу да раде поуздано и самостално.

Ваши сѣручњаци држали су предавања о атеросклерози за лекаре ошће медицине.

Било је неколико таквих курсева и предавања, о атеросклерози, каротидној болести, венској болести... То је сигурно добро, али ми се чини да су се и доктори можда уморили од стандардне едукације, да би едукацију, превентивне активности требало мало окренути према јавности, друштву, да свако преузме свој део одговорности за здравље, елиминацију фактора ризика.

Може ли васкуларна медицина да буде српски извозни бренд?

Након свих година турбуленција, ратова и кризе, успели смо да задржимо сувереност на нивоу овог географског простора. Србија данас има најбољу васкуларну хирургију у окружењу и то треба искористити. Кад то кажем мислим на „Дедиње“ и Клинички центар Србије, где се такође ради добра васкуларна хирургија. Сада смо у ситуацији да годинама извозимо здравствене услуге. За то се, нажалост, нико

>>> Број извршених процедура 10 пута је мањи у Србији. Ако пођемо од чињенице да наши људи нису здравији, него су чак и болеснији него просечан европски пацијент, то показује да постоји велики простор и потреба за развојем васкуларне медицине <<<

не интересује на организационом нивоу. На Клиници за васкуларну хирургију се оперише око 15 одсто пацијената који долазе из околних земаља и плаћају ове интервенције. Зашто то не би био боље упакован „извозни производ“?

Каква је, према Вашем мишљењу, будућност васкуларне медицине?



Клиника располаже савременом опремом

Не постоје државе које могу да игноришу васкуларну проблематику. Она је, просто, нешто што постоји и што ће бити све значајније, из два разлога. Прво, медицина пре 30 година није довољно схватала значај циркулације. На студијама смо учили морфологију у функцији органа, а нисмо имали општи поглед на интегративни значај циркулације, артеријског и венског система. То се сада променило.

Друго, данас је просечан људски век дужи за 20 до 30 година него

цију 20 година уназад, зар то није подмлађивање? Није довољно да просечан човек живи дуже него сада, потребно је да не буде болестан, шлогиран, да не буде дементан, да нема периферну артеријску болест, да може да хода... Ту на сцену ступа васкуларна медицина. „Ледени брег“ који донедавно нисмо могли да сагледамо, захваљујући савременој дијагностици, сада је постао очигледан.

Где је наша васкуларна хирургија у односу на свешску?

У нашој средини свест о значају васкуларне медицине није довољно развијена. Имамо добру васкуларну хирургију, али, шта је проблем? Кад упоредимо број оперисаних васкуларних пацијената, број пацијената који добили стент, којима је урађена васкуларна интервенција - са пацијентима у Данској или просечној европској земљи, схватићемо да је број изведених процедура на хиљада становника десет пута мањи у Србији. Ако пођемо од чињенице да наши људи нису здравији, него су чак и болеснији него просечан европски пацијент, то показује да постоји велики простор и потреба за развојем васкуларне медицине.

Јасмина Томашевић

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>>

ПАТОХИСТОЛОШКА ЛАБОРАТОРИЈА „ДР РАДОСАВЉЕВИЋ“

ОТКРИВАЊЕ БОЛЕСТИ
ПРЕ СИМПТОМА// ВАЖНО ЈЕ „УХВАТИТИ“ ПРЕМАЛИГНУ ПРОМЕНУ
ПРЕ НЕГО ШТО ПОСТАНЕ ВИДЉИВА //

За разлику од биохемијских лабораторија којих има готово „на сваком ћошку“, патохистолошке лабораторије су права реткост. Једна од њих је и Патохистолошка лабораторија „Др Радосављевић“ у Земуну, чији је власник и оснивач прим. др Радослав Радосављевић, искусан патолог који је, пре него што се, 2007, одлучио за приватну праксу, годинама радио у здравственим установама највишег, терцијарног, нивоа – Војномедицинској академији и Клиничком центру Србије.

– Лабораторија обавља све врсте патохистолошких и патоцитолошких анализа. У погледу кадра и технолошке опремљености у могућности смо да испунимо све захтеве. Широко је спектар области у којима патологија има своју примену. Практично, патологија је заступљена у целокупној медицини, укључујући хируршку и дијагностичку патологију. Патохистолошки могу да се анализирају све врсте телесних течности – мокраћа, пљувачка, изливи у грудној и трбушној дупљи, цереброспинални ликвор... – каже др Радосављевић.

Најчешће гинеколошке и дерматолошке анализе

Анализе се најчешће раде на захтев ординација и домова здравља из приватног сектора, а најчешће су у питању гинеколошке (биопсије грлића материце и других делова гениталног тракта, папаниколау итд.) и дерматолошке анализе (у вези са дерматопатологијом: анализе

тквива брадавица, младежа, тумора меких ткива на кожи и испод коже), као и прегледи ткива и органа након оперативних захвата. У лабораторији данас раде два патолога и четири лаборанта.

– Патологија је изузетно захтевна и одговорна медицинска дисциплина, а све наше анализе подложне су ревизији, односно прегледу других патолога, као „сецонд опинион“, друго мишљење. Осим тога, некада је потребно и да, после више година, поново анализирамо стари налаз како би се, на пример, видело да ли је нека новонастала промена иста, слична или сасвим друге врсте – наглашава др Радосављевић.

Лабораторија може да обавља услуге, не само за приватне, већ и за медицинске установе чији је оснивач држава или град. У складу са законом, такви уговори склапају се на основу тендерске процедуре. Да је таква сарадња приватног и јавног здравства итекако могућа, показује и пример ове куће која је, победивши на једном од тендера пре пар година, обављала услуге за ГАК Народни фронт.

– Квалитет и валидност заслужни су за признавање наших налаза у свим здравственим установама у нашој земљи, приватним и државним, као и у иностранству. Велики значај придајемо и сталној едукацији запослених, како лекара, тако и лабораната, који су такође у обавези да сакупљају бодове за обнову лиценце. У обавези смо да примењујемо најсавременије и најквалитетније методе које су признате код нас, а раде се у свету, али исто тако и

да стручне анализе које дајемо буду у складу са светским стандардима – објашњава др Радосављевић.

Уколико је потребно, увек нађе времена да разговара са пацијентом, објашњавајући, на основу добијеног налаза, дијагнозу и природу болести, какав може бити њен ток, каква је прогноза, и указује на могућност успешних терапијских путева – о чему пацијент треба да обавести лекара који га је упутио.

Др Радосављевић подсећа да је патологија фундаментална наука, део медицинских, као и део биолошких наука, а бави се детекцијом, дијагнозом, патогенозом – начином на који долази до развоја болести, узрочником настанка болести, променама које настају деловањем узрока макроскопским (које се виде голим оком), али и оним које нису видљиве, а установе се на основу биопсије.

Пацијент је недељива целина

Суштина је, каже др Радосављевић, управо у проналажењу невидљивих, а присутних промена. Зато су важни скрининг и рана детекција пре-инвазивне, пре-малигне промене – „прекурсора“ који може да пређе у малигни процес. Период онкогенезе траје и четири-пет година од момента иницијације промене до њених првих манифестација. Тај „силент“ (тихи) период јесте време кад треба да се нађе промена и заустави.

Почетне манифестације таквих промена испрва су неупадљиве, понекад их и изабрани лекари зане-



Др Радослав Радосављевић са сарадницима



У Лабораторији се раде и хистохемијске и алогенетске анализе

БИОГРАФСКИ ПОДАЦИ

Др Радослав Радосављевић завршио је Медицински факултет у Нишу 1983. Као лекар официр у ЈНА радио је у периоду 1984–1993. Специјализацију из патологије обавио је на ВМА, а 1993. положио је специјалистички испит. Магистарску тезу из патологије одбранио је 1998, а 2013. докторску дисертацију са темом „Конгениталне малформације умрлих плодова из мултиплих трудноћа“.

Пре него што је отворио приватну Патохистолошку лабораторију, као патолог радио је на месту начелника Одељења хистопатологије Института за урологију и нефрологију КЦ Србије, као и у ГАК „Народни Фронт“.

Аутор и коаутор је у више од 120 стручних и научних радова објављених у домаћим и страним часописима. Аутор је поглавља у две књиге. Стручно се усавршавао у земљи и иностранству (Енглеска, Немачка, УСА).

Више година предавао је у Школи оперативне урологије у Србији. Учествовао је у едукацији у оквиру последипломске наставе специјализантама из патологије и урологије. Судија је Врховног Суда части Лекарске коморе Србије. За допринос у раду и резултате постигнуте на пољу патологије, добио је Захвалницу СЛД 1999, а повељу-захвалницу Балканске асоцијације андролога, у Варни, Бугарска, 2007. године. Члан је СЛД, Удружења патолога Србије, као и европских удружења патолога и уролога.

марују и сматрају довољним да се промена „прати“. Када се пацијент појави на контроли после неколико месеци, нажалост, већ је касно. Управо супротно, ако се промена уочи, потребно је одреаговати и спречити појаву малигнитета: детектовати, урадити анализу, биопсију, анализу маркера из крви. Преинвазивну лезију треба одстранити како не би дошло до малигне болести. Детекцијом промена приликом колпоскопског прегледа или Папаниколау анализе – код жена се спречава развој рака грлића материце. У случају раног откривања интраепителне лезије најнижег потенцијала, могуће је урадити малу интервенцију којом се неће нарушити репродуктивна способност пацијенткиње. Код мушкараца старијих од 50 година препоручује се да једном годишње ураде ПСА анализу и преглед код уролога, а по по-

треби ради се дијагностичка биопсија – што све омогућава „хватање“ промене у зачетку.

Класична патологија, објашњава овај стручњак, све је мање заступљена у свету.

– Патологија више није само класична патологија – преглед препарата и обдукција. У нашој Лабораторији раде се и хистохемијске и алогенетске анализе. Настојимо да будемо упознати са свим новинама које су присутне у овој области у развијеним земљама, високософистицираним технологијама, укључујући нанотехнологију, као и да их, у складу са нашим могућностима, и примењујемо – каже др Радосављевић.

Важно је и да се здравствени проблем сагледа свих аспеката, јер је пацијент – недељива целина. Др Радосављевић стручно се усавршавао у Институту за патологију Америчке војске на курсу „Уропатологија са

радиологијом“, а тамо усвојена знања омогућавају му да тумачи снимке магнетне резонанце. Такође, као патолог мора да познаје и биохемијске анализе из патологије (биомаркери, ПСА...).

Када је реч о опреми, постојећи уређаји се повремено занављају новим, али, свака набавка мора да буде рационална. „Луксуз“ набавке апарата који би после „скупљао прашину“ у приватној пракси је – недопустив. У склопу лабораторије постоји и лабораторијска патронажна служба, због тога што је пружање лабораторијских услуга „везано“ за узимање узорка из ординација и, по завршењу анализа, враћање добијених налаза. Да су одлични у свом послу потврђује и вишегодишња успешна сарадња са приватним Домом здравља „Др Ристић“, који сада послује у оквиру „Медигрупе“.

Јасмина Томашевић



условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе тако да се укине „табела мере извршења“ или да се мере извршења дефинишу према квалитету и сложености послова.

- Поднета је иницијатива да Министарство здравља достави Лекарској комори Србије податак ко су чланови стручног тела које је предложило садржај и обим превентивних мера у примарној здравственој заштити.
- Покренута је иницијатива, да се Републички фонд за здравствено осигурање обавезе, да регулише статус осигураника.
- Покренута је иницијатива да, у делу стратешког плана развоја примарне здравствене заштите, буде заступљено следеће: економска цена услуга у домовима здравља, да „новац прати“ пацијента и да домови здравља буду плаћени за услуге које пружају.
- Заузет је став да је недопустиво да се лекари третирају као радници јавних предузећа, јер се према Закону о здравственој заштити и здравственом осигурању, здравство финансира из средстава Републичког фонда за здравствено осигурање.
- Сви чланови одбора су се изјаснили против увођења солидарног опорезивања у здравству.

ПО за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси је у овом периоду одржао две седницу на којима су донете следећи закључци:

1. Покренути иницијативу за измену и допуну Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе тако да се у делу „табела мере извршења“, мере извршења дефинишу према квалитету и сложености послова. Садашњи предлог мера извршења је нереалан и неприменљив. У наведеним изменама и допунама треба укључити лекаре, активне чланове Лекарске коморе Србије.

2. Упутити захтев председнику Посебног одбора за секундарну и терцијарну

јарну зз удржавној лекарској пракси да у што краћем року закаже седницу посебног одбора на нивоу ЛКС.

ПО за примарну здравствену заштиту у приватној пракси одржао је једну седницу. За председника Посебног одбора за примарну здравствену заштиту у приватној пракси изабран је др Милан Динић. Покренута је иницијатива да здравствена установа и приватна пракса могу имати своје делове ван седишта – огранке; Покренута је иницијатива да здравствени радник може основати више облика приватне праксе; Покренута је иницијатива да поликлинику могу основати два лекара различите специјализације; Покренута је иницијатива за оцену уставности и законистости става 12. члана 25. Закона о правима пацијената (забрањено је предузимање медицинског истраживања у приватној пракси);

ПО за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси одржао је две седнице у току 2013. На првој седници донео је следеће одлуке:

- Упутити градском секретару за здравство, захтев за оцену законитости одлуке Управног одбора Градског завода за хитну медицинску помоћ по којој су сви корисници услуга обавезни да месечноуплаћују паушалну новчану накнаду у износу од 3.000,00 динара, без обзира да ли ће бити потребе за њиховом интервенцијом или не.
- Предложити посебном одбору за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси ЛКС да донесе закључак којим ће се тражити од РФЗО тумачење члан 38б тачка 3 и тачка 4. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања, да ли се прописивање лекова и медицинских средстава, и утврђивање привремене спречености за рад због болести односи и на лекаре из приватне праксе који нису са РФЗО закључили Уговор.

- Предложити Посебном одбору за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној лекарској пракси ЛКС да покрене иницијативу за равноправни третман

налаза лекара из приватне лекарске праксе са налазом лекара из државне лекарске праксе.

- Предложити Посебном одбору за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној лекарској пракси ЛКС да донесе закључак којим ће се тражити од РФЗО тумачење у вези упућивању осигураног лица на стационарно лечење, а на основу налаза и упута лекара из приватне праксе (члан 38б, 38в 38г Правилника о начину и поступку и остваривања права из обавезног здравственог осигурања).

На другој седници Одбор је разматрао радну верзију Закона о заштити становништва од заразних болести и том приликом донео предлоге за измене и допуне наведеног Закона.

ПО за медицинску етику одржао је у наведеном периоду три редовне и једну ванредну телефонску седницу.

Донет је закључак на тему „Професионални индентитет здравственог радника“. Усвојен је план рада за 2013. годину: Разматрање тема значајних са етичког аспекта (и у вези са Кодексом медицинске етике) и покретање иницијативе према другим телима ЛКС, а у вези са темама које сматрају значајним, интригантним, недовољно дефинисаним (нпр. Професионализам). Сарадња и комуникација са другим телима Коморе, можда и институцијама, нпр.: првостепени судови части, Етички одбор, посебни одбори, Заштитник права пацијената, и ангажовање у вези објављивања у „Гласнику“. Анализа повреде Кодекса медицинске етике (најчешће кршење чланова Кодекса увидом у дописе Врховног суда части и првостепених судово части. Учешће на скуповима у организацији ЛКС;

Разматрање појединих случајева у домену ПО за медицинску етику РЛКБ (нпр. мишљење о књизи „Смех као лек“); Заузимање става у погледу пружања мера здравствене заштите припадницима редова „Јеховини сведоци“ и доношење закључка у вези књиге „Смех као лек“.

ПО за медицинско образовање одржао је две седнице и донети су следећи закључци:

ИЗВЕШТАЈИ ИЗ РЕГИОНА >>>>>>>>>>>>>>

- Упутити захтев председнику Комисије за измену и допуну Правилника о систематизацијама при Лекарској комори Србије да у што краћем року закаже седницу Комисије.
- Урадити популаризацију онлајн тестова из свих области здравства и признање иностраних онлајн курсева.
- Лиценца не треба да буде везана за радни однос, већ да лекар може да стекне право на лиценцу по полагању стручног испита.
- Активнија улога Лекарске коморе Србије у области високог образовања, која се односи на квалитет студирања.
- Програм школовања и критеријум за избор наставног звања мора да буде јединствен на територији целе Србије.

ПО за стручна питања и стручни надзор одржао је три седнице и донети су следећи закључци:

- Предложити законске мере за сузбијање бављења надрилекарством
- Предложити измену и допуну чл.33 Закона о здравственом осигурању, тако да гласи:
„Повреда на раду, у смислу овог закона, је свака повреда, обољење или смрт која је временски и просторно везана за радно место, односно као последица сваког неочекиваног или непланираног догађаја, укључујући и акт насиља који је настао услед рада или је повезан са радом и који је довео до повреде, обољења или смрти осигураника која је наступила одмах или у периоду од 12 месеци од дана настанка повреде на раду“. Разлог предлагања измене је наступање органских обољења (инфаркт, мождани удар и слично за време радног времена).
- Да се чланови Коморе, који се налазе на листи предлога за стручне надзорнике за 2013. годину, аутоматски предложе и за 2014. годину, без поновне процедуре конкурисања
- Да се продужи рок за достављање пријава на конкурс за именовање стручног надзорника.

ПРВОСТЕПЕНИ СУД ЧАСТИ
РЛК БЕОГРАДА

У току 2013. године Суд је имао у раду укупно 61 предмета, и то 18 пренетог из претходне године и 43 нових.

У фази оцене формалних услова је завршено 13 предмета (12 због непостојања формалних услова, а један је уступљен другој РЛК), у пет случаја претходни поступак је у току, а у остала 43 случаја решењем је констатовано постојање формалних услова и започета истрага.

У фази истраге донето је 10 правоснажних решења да је предлог неоснован, за седам је у току истрага, а још осам предмета због изјављене жалбе се налази код председника Врховног суда части. Осамнаест предмета, у којима је решењем потврђена основаност сумње и поднет је захтев за покретање судског поступка налазило се у фази суђења.

У 2013. години поводом 18 предмета у фази суђења одржано је 18 рочишта и 17 састанака Већа. Донео је 16 одлука: три ослобађајуће, 10 са изреченом мером и три обуставе поступка. Ове бројке не поклапају се са бројем предмета, јер у једном предмету може да се одржава и више рочишта (суђења). Ако се посматрају појединачни предмети, онда је 13 случаја правоснажно решен у судском поступку, три поводом изјављене жалбе се налази код Врховног суда краји ЛКС, а два суђења је у току на крају 2013. године.

**ОДРЖАВАЊЕ
АКРЕДИТОВАНИХ
ПРОГРАМА**

Током 2013. године у организацији Регионалне лекарске коморе Београда реализовано је 18 предавања из тринаест акредитованих програма континуиране медицинске едукације: Предавањима организованим у 2013. години од стране Регионалне лекарске коморе Београда присуствовало је укупно 5.613 слушаоца.

У 2013. примљено је 454 захтева за упис у Именик Лекарске коморе Србије уз потребну документацију, а издато је 530 решења о постојању услова за издавање лиценци.

По основу примљених захтева, урађена су четири решења о постојању услова за издавање привремене лиценце. У истом периоду изdato је 26 решења о брисању из евиденције чланова ЛКС која се води у РЛК

Београда. Урађене су 142 потврде на лични захтев лекара. Лекарској комори Србије прослеђено је 196 издава на лични захтев, ради издавања потврда за заснивање радног односа у иностранству.

Стручна служба је свакодневно слала мејлове и обавештавала чланове о износу који треба да уплате на име чланарине, као и прослеђивала рачуноводственим службама и рачуновођама нову Одлуку о висини накнаде за 2012. и 2013. за све чланове од 0,8 одсто од нето зараде. Тиме је успедило и повећање прихода од наплаћене чланарине.

Учитавањем извода у нашу базу у постојећи Информациони систем, економисти уједно и евидентирају наплату чланарине, упис докто-ра медицине и евидентирају издате потврде или уверења на аналитич-ке картице лекара по ЈМБГ који су уписани у Именик РЛК Београда и наши су чланови.

Редовно се прате збирне уплате установа које уплаћују чланарине за своје запослене докторе, да би касније, на основу добијених спецификације збирних уплата (електронски на мејл или поштом), могли да те збирне уплате чланарина разведу на аналитичке картице доктора медицине по ЈМБГ.

ИНФОРМАЦИОННИ СИСТЕМ

Свакодневно се врши упис и измена података и на тај начин одржава функционалност базе.

Према извештају из базе на дан 7. јануара 2014. године, у евиденцију РЛКБ уписано је 12.111, од тог броја 10.892 су активни, а 1.114 пасивни, исписано је 105 лекара, са специјализацијом има 8.170, лекара мушког полаје 4.275, а женског 7.836. У државној установи запослено је 9.288 доктора, 533 су оснивачи приватне установе, а 2.124 лекара запослено је у приватној установи. Број мобилног телефона има 11.595, i-mail адресу 7.983 лекара.

Током 2013, урађене су 583 картице, од којих је 512 за нове чланове РЛК Београд, 38 за чланове са новим подацима, 29 за чланове који су поднели захтев за израду нове, јер им је украдена картица и четири за чланове којима је евидентирана грешка штампарије.

Припремила:
Гордана Цекић,
секретар РЛК Београда

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ РЛК ЗА ЦЕНТРАЛНУ И ЗАПАДНУ СРБИЈУ

Рад Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију у 2013. години, обухвата активности органа Коморе.

АКТИВНОСТИ СКУПШТИНЕ РЛК

На две седнице Скупштине у 2013. години су донете, као најбитније, одлуке о усвајању финансијског извештаја за 2012. годину, финансијског плана за 2013. годину и 2014. годину, као и предлози одговарајућих одлука који су упућени Скупштини Лекарске коморе Србије. Усвојени су Извештаји о раду Органа и Информација о спроведеном поступку куповине пословног простора. Такође, извршен је избор председника, заменика председника и чланова Првостепеног суда части и дат предлог за избор заменика председника и чланова Врховног суда части.

АКТИВНОСТИ ИЗВРШНОГ ОДБОРА РЛК

Извршни одбор РЛК одржао је у 2013. години седам редовних, четири телефонске и једну ванредну седницу на којим су разматрана текућа питања и доношене одлуке које се тичу редовног рада Коморе. Донета је одлука о одржавању дводневне Конференције у Крагујевцу. Такође, донета је одлука о успостављању пословно-техничке сарадње са медицинским часописима која је резултирала склапањем Уговора са „Медицинским часописом“ у издању Подружнице Српског лекарског друштва из Крагујевца, часописа „PONS“ у издању Завода за јавно здравље из Ђуприје и „Рационална терапија“ у издању Медицинског друштва за рационалну терапију Републике Србије.

АКТИВНОСТИ ПОСЕБНИХ ОДБОРА

Посебан одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту

у државној пракси је у 2013. години одржао три седнице на којима су разматрани услови рада и припадност лекара у примарној здравственој заштити. Чланови Одбора иницирали су предлог Министарству здравља да се омогући запошљавање лекара на одређено време ради замене, без ограничења, предвиђени кадровским плановима, а о трошку РФЗО, као и да се јединствено дефинишу критеријуми за доделу специјализација. Осим тога, указали су на неактивност истог одбора на нивоу ЛКС, што представља препреку за реализацију датих иницијатива.

Посебан одбор за медицинско образовање је одржао три редовне седнице. Уз активно учешће чланова Одбора успешно је обављен посао прегледа сертификата за претходну годину континуиране медицинске едукације и потврде о оствареном броју бодова дистрибуиране члановима РЛКЦЗС. У протеклој години одржано је шест предавања по подручним канцеларијама и дводневна Коференција у Крагујевцу, што је резултирало обезбеђењем сертификата за 2.763 полазника. Поред овог броја 1.064 сертификата добили су лекари који су присуствовали Данима српске медицинске дијаспоре. Одбор је иницирао пословно-техничку сарадњу са медицинским часописима.

Посебан одбор за медицинску етику је одржао три седнице у 2013. години. Према усвојеном Плану активности, за сваку седницу одређен је дневни ред по коме се и поступало. Овај одбор је иницирао доношење прописа којим би се успоставила контрола медиализације у здравству, а такође упутио предлог да ЛКС упути захтев Влади РС ради изузимања лекарске професије из мера солидарног опорезивања.

Посебан одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту

у државној пракси је одржао две седнице у 2013. години. Покренута је иницијатива према којој би ЛКС имала већи утицај на доношење прописа којима се утврђују цене услуга, стандарди и нормативи, ради побољшања рада и услова рада лекара, а указано је и на потребу за успостављањем боље сарадње са Министарством здравља.

Посебан одбор за стручна питања и стручни надзор је одржао три редовне седнице. На одржаним седницама Одбор је уз разматрање тема из Плана рада иницирао нормативно изврши уређење збрињавања хитних стања са конкретно датим тезама које треба нормативно регулисати.

Посебан одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси имао је једну телефонску седницу на којој су се чланови изјашњавали о равноправном третману лекара из приватне и државне праксе, као и укидању фискалних каса у свим здравственим установама без обзира на облик организовања.

Посебан одбор за примарну здравствену заштиту у приватној пракси одржао је две седнице на којима је, између осталог, иницирао неопходност укључивања приватне праксе у јединствени информациони систем здравства уз субвенције за потребну опрему, као и да Комора иницира појачану активност Здравствене инспекције на контроли рада „на црно“.

Надзорни одбор одржао је пет седница на којима су разматрани периодични финансијски извештаји и анализиран рад Регионалне коморе.

СУД ЧАСТИ

Суд части РЛК у 2013. години примио је 11 предлога од којих је пет

59 <

ИЗВЕШТАЈИ ИЗ РЕГИОНА >>>>>>>>>>>>>

окончано, док се шест предмета налази у различитим фазама поступка пред Судом.

**КОМИСИЈА ФОНДА
СОЛИДАРНЕ ПОМОЋИ**

Комисија фонда солидарне помоћи у 2013. години одржала је шест седница. Разматрана су укупно 34 захтева за доделу помоћи. Од наведеног броја захтева помоћ је додељена у шест случајева због болести члана Коморе, у једном случају као помоћ због болести члана

породице и у једном случају ради рехабилитације члана Коморе. У 17 случајева додељена је помоћ због смрти члана породице, а шест пута је помоћ додељена због смрти члана Коморе.

Помоћ није додељена у два случаја, јер нису били испуњени услови предвиђени Правилником, а за један случај затражена је допуна приложене документације која до данас није испуњена.

Захтеве за упис у Именик коморе у 2013. години поднело је 234 лекара, те је закључно са 31. 12. 2013. у

Именик било уписано 6.912 чланова. Од наведеног броја, 6.602 лекара поседује лиценцу, а преосталих 310 лекара још не испуњава услове за добијање лиценце, јер не обављају здравствену делатност.

Од укупно 6.912 уписаних лекара, 158 је премештено у друге Регионалне коморе због промене пребивалишта, три су брисана на лични захтев, а за 85 лекара је добијена информација да су преминули.

Припремила:

**Радмила Окиљевић,
секретар РЛК ЦЗС**

Извештај о раду РЛК за југоисточну Србију

Рад Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију у 2013. години може се различито оцењивати, зависно од аспекта са којег се посматра. Када је реч о повереним пословима Коморе, може се рећи да је РЛКЈИС, као огранак ЛКС, у потпуности извршавала све послове који су јој дати у надлежност законом, односно који су јој поверени у оквиру вршења јавних овлашћења.

Такође, одржан је континуитет високог квалитета пружања стручне и правне помоћи на захтев појединих чланова Коморе.

Планом рада за 2013. годину предвиђено је да ће окосницу активности чинити рад посебних одбора Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију. Општи утицај је да тај циљ није испуњен у задовољавајућој мери. Но, насупрот наизглед мањем броју одржаних састанака, посебни одбори су разматрали све актуелности из домена својих статутарних надлежности. Са посебном пажњом су праћена сва дешавања од значаја за лекаре, као и нови прописи из области здравствене делатности. Током 2013. године тако су организовани састанци са представницима филијала Републичког фонда за здравствено осигурање (РФЗО) са територије надлежности РЛКИС за-

дуженим за дијагностички сродне групе (ДСГ), као и састанци са начелником Одсека здравствене инспекције за Нишавски округ. На поменутиим састанцима је постигнут завидан ниво сарадње и договорене су даље заједничке активности у вези са унапређењем лекарске професије.

Значајно је поменути и почетак сарадње са Канцеларијом за сарадњу са дијаспором Града Ниша која ради у оквиру Службе за послове градоначелника.

У два наврата су одржани састанци свих председника посебних одбора са председницима РЛКЈИС, Скупштине РЛКЈИС и Извршног одбора РЛКЈИС, а у циљу побољшања комуникације између посебних одбора РЛКЈИС и ЛКС. Такође, и Скупштина РЛКЈИС је заузела став да је неопходно наћи начина како би се обезбедиле повратне информације о реализацији покренutih иницијатива органа РЛКЈИС упућених надлежним органима РС.

Остали органи РЛКЈИС су у 2013. години континуирано обављали послове из својих надлежности. Извршни одбор је одржао четири седнице на којима су разматрани тромесечни извештаји о финансијском пословању РЛКЈИС и усвојени предлози финансијског плана као

и плана јавних набавки, а који су усвојени на седницама Скупштине РЛКЈИС. Надзорни одбор је одржао три седнице и утврдио да при контроли пословања и надзора над финансијским радом није било неправилности.

Суд части РЛКЈИС је у 2013. години, након спроведених избора, комплетирао свој састав. Током 2013. године Суд части је поступао у 41 предмету. Примећено је повећање броја предлога за покретање поступка у односу на протекли период од 50 одсто.

Када је реч о процесу КМЕ и подршци РЛКЈИС реализацији одређених програма КМЕ, објективно је констатовати да је током 2013. године ниво активности на овом пољу опао у односу на претходни период. Ипак, охрабрује чињеница да је Посебан одбор за медицинско образовање РЛКЈИС усвојио низ конкретних предлога који се односе на унапређење КМЕ на територији РЛКЈИС и селекцију програма који ће бити подржани од стране Коморе.

РЛКЈИС је у два наврата, подржала стручне скупове на својој територији водећи рачуна да теме скупова буду актуелне за већи број специјалистичких профила. Овај став је нашао на широку подршку, уз преузету обавезу да се критеријуми за



подржавање стручних скупова јасно дефинишу у будућем периоду.

Иако планирани, стручни скупови из области финансирања болничке здравствене заштите и акредитације здравствених установа нису организовани. Разлоге томе треба тражити, пре свега, у готово потпуном изостанку активности на овом пољу на државном нивоу и, могло би се рећи тоталној незаинтересованости надлежних државних органа за реформске процесе у овој области. Негативна клима створена у медијима током протекле године,

такође има удела у смањењу обима активности, како ЛКС, тако и регионалних комора у њеном саставу.

До значајних промена у начину рада подручних канцеларија у 2013. години није дошло. Неспорна је чињеница да Комору треба приближити лекарима, али је неопходно дефинисати и модел рада и обим послова подручних канцеларија који ће потпуније испунити сврху њиховог постојања.

Спец. др мед. Александар Радосављевић,
председник РЛКЈИС

Извештај о раду РЛК Војводине

Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине је, током 2013. године, одржала четири редовне и две ванредне седнице. На седницама је, између осталог, највише разматрана проблематика односа Руководства ЛКС и Регионалне лекарске коморе Војводине и питање располагања средствима регионалне лекарске коморе Војводине.

У мају 2013. године досадашњи Председник РЛК Војводине, проф. др Бранислав Перин, због именовања на место директора Института за плућне болести Војводине поднео је оставку на место председника РЛК Војводине. За новог председника РЛК Војводине изабран је др Богдан Николић, специјалиста ургентне медицине из Сомбора.

Извршни одбор Регионалне лекарске коморе Војводине, током 2013. године, одржао 11 седница на којима се, осим питања у статутарној надлежности Извршног одбора, разматрао однос Руководства Лекарске коморе Србије и Регионалне лекарске коморе Војводине, проблем располагања средствима регионалне лекарске коморе Војводине, измене Статута Лекарске коморе Србије и слична питања која су, у највећем проценту, била наметнута Регионалној лекарској комори Војводине и њеном руководству.

Одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси се није састајао у 2013. години.

Одбор за примарну здравствену заштиту у приватној пракси се није састајао у 2013. години.

Одбор за секундарну и терцијалну здравствену заштиту у државној пракси се није састајао у 2013. години.

Одбор за медицинско образовање одржао је две седнице у 2013. години. Одбор је, у сарадњи са Медицинским факултетом и ДЛВ организовано бесплатне програме континуиране медицинске едукације (КМЕ) за чланове РЛК Војводине на којим је сваки лекар био у могућности да прикупи 11 КМЕ бодова.

Током јесени 2013. године, у осам градова на територији надлежности РЛК Војводине: Сомбор, Суботица, Сремска Митровица, Бечеј, Зрењанин, Панчево, Вршац, Кикинда и Нови Сад одржан је курс „Алергијска и инфективна обољења горњих дисајних путева“ који је полазницима донео шест КМЕ бодова.

Од септембра 2013. године, у оквиру сарадње РЛК Војводине и Дру-

штва лекара Војводине, на сајту РЛК Војводине је постављен online тест „Савремена дијагностика и терапија артеријске хипертензије“ акредитован од стране Друштва лекара Војводине подружница Бечеј. Успешно решен тест доноси пет КМЕ бодова.

На тај начин, више од 1.200 лекара је, потпуно бесплатно, сакупило 11 бодова неопходних за обнављање лиценце.

РЛК Војводине ће и у наредном периоду, у сарадњи са Медицинским факултетом у Новом Саду и Друштвом лекара Војводине, организовати такве активности.

Одбор за медицинску етику је током 2013. године одржао два састака на којима су разматране притужбе на етичко поступање лекара - чланова РЛК Војводине. Општи закључак Одбора је да се број притужби на поступање лекара смањило и да је то изузетно позитивна појава.

Одбор за стручна питања и надзор и Одбор за секундарну и терцијалну здравствену заштиту у приватној пракси се нису састајали у 2013. години.

Надзорни одбор РЛКВ је у 2013. години одржао један састанак на коме је разматран финансијски извештај



ПОСЕБНИ ОДБОР ЗА МЕДИЦИНСКУ ЕТИКУ РЛК БЕОГРАДА

ЛЕКАРЕ ОБАВЕЗУЈУ ПРОФЕСИОНАЛНА ЕТИКА И ЗАКОН

// ПРУЖАЊЕ МЕРА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ПРИПАДНИЦИМА ВЕРСКЕ
ЗАЈЕДНИЦЕ „ЈЕХОВИНИ СВЕДОЦИ“ КАО ПОВОД ЗА ДИСКУСИЈУ //

На иницијативу колеге из Ужица, Посебни одбор за медицинску етику Регионалне лекарске коморе Београда бавио се темом пружања мера здравствене заштите припадницима заједнице „Јеховини сведоци“.

„Јеховини сведоци“ су верска заједница основана у Америци, у другој половини 19. века. У својим учењима комбинују учења хришћанства и јудаизма. Познати су по својој интерпретацији Библије и њеном веома активном пропагирању. Познати су, између осталог, и по одбијању примања производа од крви, чак и у ситуацијама када то одбијање може довести до смрти. Борили су се за право да одбијају крв и у име своје деце, на основу својих верских уверења, као и права да подижу своју децу по свом нахођењу.

Припадници заједнице Јеховини сведоци поседују потписане картице у којима се наводи да власник исте не прихвата крв и крвне производе ни под којим околностима. Искључење чланова (облик екскомуникације) је казна за прихватање крви и крвних производа.

У ситуацијама када има очувану способност за расуђивање и способан је да изјави своју во-

љу, одрасли појединац, не само припадник заједнице Јеховини сведоци, има право да одлучује о својој личности и свом животу и део те аутономије воље је „право да доноси одлуке које се односе на сопствено здравље, укључујући и одбијање нежељеног медицинског третмана“. Ово право обухвата све медицинске изборе, укључујући и одбијање производа од крви. Наравно, потенцијални пацијент има право на добро информисање. Обавеза лекара је да га обавести о свим последицама и он, након тога, треба да одлучи да ли пристаје или не пристаје на предложену меру и да то недвосмислено саопшти.

Постојећа правна регулатива подразумева, осим у хитним случајевима, пристанак родитеља као неопходан за извршење било које медицинске процедуре код детета. Такође, родитељи немају право да донесу одлуке које могу трајно оштетити или на који други начин угрозити здрав развој. Етичке, медицинске и правне дилеме настају у хитним ситуацијама.

Питање је, дакле: Да ли у ванредним ситуацијама, када је пацијент без свести, са потписаном изјавом о одбијању примања крви, која има облик директиве за даље поступање, то ствара медицинску, етичку и правну дилему?

Овај одбор је принудно лечење разматрао на својим седницама и препознао као значајан медицински и етички проблем, о чему смо већ извештавали, а што се и овом приликом потврђује.

Дискусија на тему лечења припадника верској заједници Јеховини сведоци иницирала је и тему уважавања верских и других врста грађанских припадности.

Наш закључак:

Нас не обавезују национална или етничка припадност, вероисповест, раса, политичка и друга убеђења, друштвени положај, социјални статус, већ професионална етика (Кодекс професионалне етике ЛКС) и законска регулатива (Закон о здравственој заштити, Закон о правима пацијената, Кривични законик РС).

Наш предлог:

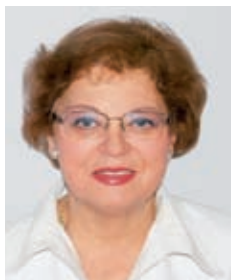
Сматрамо да је потребно покренути иницијативу за доношење (универзалног) обрасца о одбијању одређене медицинске процедуре, који би био законски документ и који би важио за здравствени систем Републике Србије. На обрасцу би свако уписао своје име, потписао се и навео зашто одбија одређену процедуру.

Прим. др Снежана Кузмановић,
председник ПО за медицинску етику РЛКБ

Лекари њишу

Неконтролисано цурење пљувачке

Др Нина Михајловић



Поремећај лучења пљувачке и контрола количине потребне за одржавање физиолошких активности жвакања и говора се ретко дешава као примарни процес који настаје на нивоу пљувачних жлезда. Када је поремећај идиопатски или примаран дешава се на нивоу парасимпатичког аутономног нервног система и тада пљувачка појачано цури, што се назива хиперсаливацијом.

Примарна хиперсаливација је ретка, али је цурење пљувачке – sialorhea, које је неконтролисано вољом, врло је чест пратећи симптом многих неуродегенеративних обољења, болести екстрапирамидног система, као што је

Паркинсонова болест, АЛС тј. болести моторног неурона, булбарних и псеудобулбарних парализа, карцинома главе и врата или фистуле која настаје после тоталне ларингектомије. Поремећај може да настане већ у најранијем детињству, уколико је пратећи симптом дечје церебралне одузетости или у било ком каснијем животном добу удружен, најчешће, са неким неуролошким обољењем.

Са почетком примене Botox-a, неуротоксина изолованог из грам позитивне бактерије Клостридија ботулиnum, приступ сијалореи се значајно изменио. Лечење је засновано на сазнању да су пљувачне жлезде инервисане парасимпатичким влакнима аутономног нервног система и да је, блокирањем холинергичких синапси, могуће зауставити лучење пљувачке. Паротидна и субмандибуларна пљувачна жлезда су једноставне и лаке за приступ и апликацију Botox-a, тако да се од пре петнаестак година та метода користи као врло ефикасна и релативно безбедна. Компликације при апликацији Botox-a настају блокадом нервних синапси, чиме може да се поремети акт гутања, жвакања, артикулације говора или да дође до претеране сувоће уста. Ипак, када се примена Botox-a обавља по строго одређеним клиничким смерницама и уз примену препоручених доза, ризик за пацијента сведен је на минимум. //

У ВЕЧИТОМ ЛЕДУ ОТКРИВЕН ВИРУС СТАР ОКО 30.000 ГОДИНА

Џинови у свету вируса

Др Зоран Радовановић,
ПРОФЕСОР УНИВЕРЗИТЕТА



Као бесћелијски организми, сведени само на мајушна паковања наследне материје, вируси представљају најједноставније облике живота, савршено прилагођене паразитирању у свом домаћину. Деценијама се сматрало да највећи међу њима не прелазе дужину од 0,3 микрометра, тј. ни трећину

милионитог дела метра. То значи да више од 300 вируса треба да се поређа у низу, како би се достигла граница видљивости од, грубо речено, десетог дела милиметра. Наравно, да бисмо их видели као најситнију тачку, тај услов би ваљало испунити како за дужину, тако и за ширину, што значи да би око 100.000 вируса морало да се нађе на окупу у истој равни.

У научној јавности је завладало узбуђење још пре десетак година када се за организме сматране непознатим врстама бактерија установило да су вируси. Уз остало, збуњивала је њихова величина, јер су, са својих више од 0,7 микрометара, били 2,5 пута већи од највећих вируса, достижући размере ситних бактерија (рикеција). Постоји претпоставка да је тај „неинтелигентни дизајн“ претходио појави ћелијских организама и одлучујуће утицао на развој живота који познајемо.

Џиновске вирусе описали су 2003. супружници из Марсеља, Жан-Мишел Клавери и Шантал Абержел, од-

гонетајући тако мистерију природе организама изолованих 10 година раније у једном лондонском водоторњу. Исти аутори су прошле године објавили да су из Пацифика, близу чилеанске обале, и из једне баре крај Мелбурна изоловали сасвим различиту врсту вируса сличне величине, назвавши их Пандориним вирусима, јер је њихово откриће, по својим могућим последицама, подсећало на отварање пословичне античке кутије, пуне изненађења и опасности. Познато је да инфицирају и убијају амебе, али њихови деструктивни потенцијали су још увек неизвесни.

У међувремену се показало да величина и сложеност грађе (преко 1.000 гена) носе и одређене ризике, јер су ови мегавируси мета неких својих ситнијих сродника који у њима паразитирају. Први такав виорофаг („жедрач вируса“) откривен је 2008. у једном париском водоторњу и назван је спутник, с јасном алузијом на сапутништво са својом жртвом.

За даљи развој догађаја значајна су истраживања Два вида Гиличинског из Руске академије наука. Он је у сибирској тундри, на обали реке Колиме, некада познате по стањинистичким логорима, тридесетак метара испод површине, међу костима мамута, нашао семење биљака које су хршци складиштили у својим скровиштима пре 30.000 година. До тада је рекорд представљала урмина палма израсла из семена старог 2000 година.

Гиличинском је успело да, посебним поступком, реинкарнира најстарији вишећелијски организам на Земљи, који је давао лепе, беле цветове и даље се размножавао.

Ту се умешао већ поменути марсељски брачни пар, који је узорке леда, добијене од Руса, отапао у колонији амеба, коришћених као мамац за изолацију вируса. Амебе су се распадале, а узрок њихове смрти је био циновски вирус величине 1,5 микрометра, петоструко већи од највећих класичних вируса, а двоструко већи од лоптастих бактерија (стрептокока и стафилокока).

Мада су Французи своје откриће саопштили тек почетком марта ове године, већ су с многих страна уследили забринутости и освенчани коментари. Поставило се питање са колико ћемо сличних васкрслих микроорганизама бити суочени услед повлачења зоне вечног леда и рударских подухвата близу земљиних полова. Страх је појачан сећањем на прошлогодишњу изолацију циновског вируса, названог марсељским по месту где је издвојен из крви и лимфних жлезда једне болесне бебе.

Докторка заслужна за ово откриће примила га је с филозофским миром, констатујући да је јасно да ови вируси нису изолована чуда природе, већ нераздвојиви део вирусног универзума („виросфере“), с неизбежним импликацијама по здравље људи. Сличне умирујуће или чак оптимистичке ноте стижу и с других страна. Подсећа се да сваког дана удахнемо хиљаде различитих вируса, а да прогутamo милијарде када пливамо у „чистом“ мору. Један коментатор чак види могућност да нам циновски вируси помогну у борби против амебног менингоенцефалитиса, фаталне заразе настале гутањем базенске воде „обогаћене“ амебама званим негерије.

Остаје нам да наново закључимо како је људско знање и даље ограничено, а да је живот узбудљив управо због своје непредвидивости. //

Савези љавника

Промена лиценцног листа

Лекар је обавезан да промени лиценцни лист ако унутар важења лиценце:

- промени име или презиме;
- заврши специјализацију или субспецијализацију;
- стекне звање примаријуса, доцента, магистра или доктора наука;
- промени место сталног боравка у други регион при чему добија нови број лиценце.

Лекар је дужан да у року од 30 дана од настанка промена поднесе захтев за промену лиценцног листа.

Лекар је обавезан да приложи документ као доказ о насталим променама и копију уплатнице о плаћењу накнаде за промену лиценцног листа.

Уколико члан промени место сталног боравка, при чему више не припада регионалној комори у коју је уписан, дужан је да се пријави у другу регионалну комору у року од 30 дана.

Накнада за издавање новог лиценцног листа, због насталих промена у подацима са лиценцног листа, након издавања лиценце износи 200,00 динара једнократно.

Накнада се уплаћује на жиро рачун Лекарске коморе Србије, што ће бити приказано копијом уплатнице пре издавања лиценцног листа.

РЕГИОНАЛНА ЛЕКАРСКА КОМОРА
ЗА ЈУГОИСТОЧНУ СРБИЈУ
18000 НИШ
ЈОВАНА СКЕРЛИЋА 25

ПРЕДМЕТ: Захтев за измену лиценцног листа

Подносим захтев за измену лиценцног листа из разлога:

1. промене имена
2. промене презимена
3. завршене специјализације
4. завршене уже специјализације
5. стицања звања (примаријус, доцент, магистар, доктор наука)
6. промене пребивалишта (на територију друге РЛК).
7. Губитка или оштећења лиценцног листа

НАПОМЕНА: Заокружити потребан редни број

ПРИЛОГ:

-ОДГОВАРАЈУЋИ ДОКАЗ ЗА НАСТАЛУ ПРОМЕНУ

-Признаница о уплати 200,00 динара на жиро рачун Лекарске коморе Србије бр.160-279207-50, сврха уплате - измене лиценцног листа, поз. на број: ЈМБГ подносиоца захтева

ПОДНОСИЛАЦ ЗАХТЕВА

(Име и презиме, Идентификациони број)

Потпис

Преносимо из других јасила – ПОЛИТИКА

Србин творац бионичке руке

СТАНИША РАСПОПОВИЋ, ЗАЈЕДНО СА ТИМОМ СТРУЧЊАКА,
ИЗУМЕО БИОНИЧКУ РУКУ ПОМОЋУ КОЈЕ ОСОБЕ СА АМПУТИРАНОМ РУКОМ
ПОМОВО МОГУ ДА ОСЕТЕ ДОДИР

Име Станише Распоповића биће записано у нашој, али и светској науци. Откриће бионичке руке помоћу које особе са импутираном руком поново могу да осете додир, нашло се недавно на насловним странама и у ударним вестима великих светских медија, од „Економиста“, „Монда“ до Би-Би-Сија, јер се коначно пружила нада милионима људи који живе са инвалидитетом.

Станиша има 30 година, чита „Политику“ и каже да се свет не дели на нације, већ на добре и лоше људе. Највише времена проводи у авиону, живи на релацији Лозана-Пиза, а пошто су му живот и посао толико динамични, никада не зна где ће да осване. Овај разговор водимо на релацији Београд - Финикс.

– Још од открића прве протезе 1914. године до данас, дакле за сто година, није било могуће да особе којима је ампутирана рука, уз помоћ протезе и осете додир. Корисници су осећали протезе као страног тела, често одбијали да их користе уколико су имали другу здраву руку. Зато су у току претходне деценије огромни напори светске научне заједнице у пољу биоинжењеринга били усмерени на томе да се врати осећај додира особама са ампутираним горњим екстремитетима или пацијентима са повредом кичмене мождине – почиње причу Распоповић.

Тим који је коначно успео у томе, а у којем је био и наш научник, имао је двадесетак људи који су радили у Италији, Швајцарској и Немачкој. Прва особа на свету која је добила прилику да испроба ово револуционарно откриће и поново осећа руковање предметима био је Денис Або Соренсен из Данске и то девет година после несреће након које му је ампутирана рука.

– За мене ово је круна седам година интензивног рада који је почео у лабораторији са електродама, наставио се експериментима са пацијентима и коначно кулминирао у про-

тези која стварно помаже људима – прича овај млади научник који говори италијански, шпански, енглески и француски језик.

На наше питање колико ће рука да кошта и када се може очекивати масовна производња, Распоповић одговара да се већ наредне године очекује да неколико нових пацијената буде тестирано са модернијом верзијом која би евентуално могла да се користи за дужи период. Ипак комерцијализација ће морати да

– Докторирао сам са 28 година. Сада радим као истраживач на швајцарском Институту за технологију у Лозани и на италијанском Институту за биороботику. Оно што желим да истакнем јесте да је све ово могуће за било ког младог човека без финансијских подлога или „познанстава“, довољно је само добро се информисати и бити јако упоран – прича Распоповић.

Долази често у Београд, каже да му највише недостају породица,

КАКО РАДИ РУКА

Прототип ове бионичке технологије тестиран је у Риму. Научници су користили побољшану вештачку руку са сензорима који детектују информације о контакту између протезе и објеката. Сензори су мерили квантитет притиска у вештачким тетивама који контролишу покрете прстима протезе, затим се та мера претварала у електричну струју којом су стимулирани нерви – покушавао што једноставније да објасни компликовано откриће наш саговорник.

РАДИО И КАО ПЕРАЧ СУДОВА И РАЗНОСАЧ ПИЦА

Имам мајку Мирјану и оца Влада који су у Београду, а брат Милош живи у Пизи. Они су ми главна подршка и данас и онда када није све било мед и млеко и када сам уз студије радио и као перач судова и келнер и разносач пица – прича Станиша.

причека на детаљне клиничке тестове и здравствене регулативе, тако да се масовна производња може очекивати за пет до 15 година.

Не можемо а да га не упитамо и како је стигао од Београда до тима најумнијих глава Европе.

Каже да је завршио ОШ „Никола Тесла“ у Винчи, па Математичку гимназију у Београду. Након матуре је добио италијанску државну стипендију у Пизи, која му је омогућила да заврши основне студије на електротехници. Захваљујући европском програму Еразмус урадио је део мастер у Барселони, а освојио је и стипендију за докторат.

пријатељи и они безбрижни дани на Ади када се баскет и шах прекидао роштиљем. И наравно звук тамбура уз уху...

Питамо га да ли размишља о повратку у Србију, а он одговара да је то увек отворена опција, али да би се то догодило требало би да постоје услови и жеља да се истраживање, наука и технологија отворе, и код нас у земљи и ка нашим млађим људима који су стицали знање у иностранству.

Сандра Гуцијан

(Објављено: 16. 02. 2014.)

Из историје медицине

Војна болница у XVIII и XIX веку

Пише: ДР ЖИВКА ЗУБАНОВ

Историјат настанка Војне болнице је повезан са изградњом Петроварадинске тврђаве. Изградња је започела 1692. године. Градитељ је био војни инжењер пуковник и гроф Михаел де Вамберг, а архитекта маркиз Себастијан Вобан.

Петроварадинска тврђава је у то време била јужна граница Аустроугарске монархије према Османском царству. Тврђава је представљала најужи део тока Дунава, те је имала значајан војно-стратешки положај.

На месту постојања садашње болнице био је Фрањевачки манастир и црква. Одлуком цара Јосипа II, сина Марије Терезије, 1876. године део манастира се прерађује у просторије за збрињавање рањеника.

Година 1876. сматра се годином оснивања Војне болнице. Својим непрекидним радом убраја се у најстарије војне болнице на Балкану.

У кругу болнице налазе се парк и црква Светог Петра и Павла, а на улазу је споменик војнику и свештеном лицу, као симболима морала и духовности.

На месту садашње цркве је био молитвеник који је подигла супруга Себастијана Вобана.

ЗДРАВСТВЕНЕ ПРИЛИКЕ У 18. И 19. ВЕКУ

Харала је маларија, скорбут, епидемије вариоле, куге, тифуса и епидемија грипа.

Војна болница организује карантине. Као превентивне мере уведене су блокаде уласка у град, контроле животних намирница, мере дезинфекције, формирани су карантини за заразне болести у Иригу и Сремским Карловцима.

Генерална команда из Петроварадина захтевала је од Магистрата из Новог Сада да организује санитарни кордон око Петроварадина и Новог Сада.



Највеће поплаве забележене у Петроварадину догодиле су се 1770, 1817, 1876. године.

У документу из 1795. године Магистрат Новог Сада је упутио молбу Генералној команди да помогне гладнима. Пијића вода је била из плитких бунара, те је често била загађена.

Године 1831. у јеку епидемије колере, формирана је санитарна комисија чији је председник био командант Тврђаве, барон Станислављевић. Први правилник о чистоћи града је донет 1856. године.

У стручном погледу Војна болница је имала једног штапског лекара, пет војних надлекара и подлекара. Од инструмената имали су хируршки апарат за оживљавање, Иинструменте за порођаје и инструменте за обдукцију.

Проблеме решавања снабдевања животним намирницама, огревом, смештајем болесника, сахрањивањем умрлих – решавала је војска. Проблеме финансирања је решавала правом на проценат од продаје на лицитацијама имовине умрлих.

Деветнаести век означава грађанска револуција 1848. до 1849. године.

Побуњеничке мађарске посаде су заузеле Тврђаву, нису испоштовале

захтеве Срба те су се Срби пиклонили Бечу и Хрватима. Хрватски бан и аустријски генерал Јосип Јелачић учествовао је у борбама против Мађара. Мађари су са Тврђаве, из 200 топова, бомбардовали Нови Сад и скоро две трећине становника је погинуло.

Буна је угушена, разорени град се дуго опорављао, али печат високој духовној атмосфери и културном нивоу давали су Светозар Милетић, Ђура Јакшић, Коста Трифковић, Јован Јовановић – Змај, Лаза Костић, Бранко Радичевић...

ЗАКЉУЧАК

Постојање Војне болнице и непрекидан рад од 227. година заслужује похвале.

Добитник је многобројних награда и признања:

- Орден Светог Саве Другог степена, 1998. године уручен од стране Патријарха Павла,

- Додела Октобарске награде 1999. године;

- Орден за заслуге у областима одбране и безбедности првог степена 1999. године.

Из историје медицине

Краљ Вукашин, ипак, могао убити цара Уроша

ПРЕМА МЕДИЦИНСКИМ САЗНАЊИМА, МОГУЋЕ ЈЕ ДА УБИЦА
УМРЕ ПРЕ УБИЈЕНОГ, НАРОЧИТО У СЛУЧАЈУ
ПОЈАВЕ СУБДУРАЛНОГ ХЕМАТОМА

Пише: Др сц. Стојан БЕРБЕР,
професор универзитета у пензији

РЕЗИМЕ: У српској историографији се веровало, све до појаве студија Љубомира Ковачевића и Илариона Руварца, да је краљ Вукашин убио цара Уроша, о чему је претходно посебно убедљиво писао Мавро Орбин, а за исти закључак се залагао и академик Панта Срећковић. Критичка српска историографска школа дошла је до закључка да је цар Урош умро после Вукашина и да га, према томе, није могао убити Вукашин. Међутим, медицинска наука и пракса знају да је могуће да убица умре пре особе чију је смрт проузроковао, нарочито у случајевима појаве субдуралног хематома код „убијеног“, због чега сматрамо да расправа о могућој умешаности краља Вукашина у Урошеву смрт није завршена.

КЉУЧНЕ РЕЧИ: краљ Вукашин, цар Урош, Иларион Руварац, српска критичка историографија.

Све до краја 19. века српска историографија је веровала и бележила да је краљ Вукашин убио цара Уроша, а онда су се појавила истраживања Љубомира Ковачевића (Ковачевић, 1886) и Илариона Руварца (Руварац, 1879, 1887), правника и богослова, „оца“ српске критичке историографије, често острашћеног полемичара, којима се та тврдња побијала. Мишљење Руварчево и Ковачевићево прихватили су и потоњи српски историчари, па је оно ушло и у школске уџбенике. Исто онако као што су, под утицајем њихових ауторитета, прихватили и суд да Вук Бранковић није издао кнеза Лазара у Косовској бици 1389. године, мада су Радован Самарџић (Са-

марџић, 1987) и неки други познати истраживачи сумњали у исправност таквог суда (Божих, 1975; Зукловић, 1994).

Иларион Руварац, чији је рад последњих година подвргнут критичком сагледавању савремених историчара и који је с почетка, на основу анализе бројних записа, тврдио да је битка на Марици била 1370. а не 1371. године, казује у истом чланку да „*nolens volens* морам остати при свом првом тврђењу, да Вукашин није убио цара Уроша, но да је цар Урош, који се у почетку Децембра 1371. преставио, преживео краља Вукашина, који је пре 1. Септембра те исте године у битци на Марици пропао.“ (Руварац, 1879)

ТЕЗА О ВУКАШИНОЈ НЕВИНОСТИ

Главни доказ за историчаре да краљ Вукашин није ударцем буждованом у главу убио цара Уроша у лову у Неродимљу, покушавајући да се домогне царске власти, јесу два документа која је 1836. године објавио К. Јиречек (серија *Diversa cancellariae* Дубровачког архива) – да је Дубровник (*Ragusa*) јерусалимском монаху српског манастира Роману Пркоси (*Romanus Priscos*) исплатио стонски трибут у две рате – 16. октобра и 3. новембра – на основу пуномоћја цара Уроша (Михаљчић, 1975), што се десило после Маричке битке и погибије Вукашинове 26. септембра исте године. У документу од 3. новембра није забележено да се цар Урош упокојио, што је доказ да је тада био жив и да је умро касније, према историчарима 2. или 4. децембра. Тај документ, који је пронашао бечки професор Константин Јиречек, Чех који се бавио српском историјом, наводе сви историчари који заступају тезу

о Вукашиновој невиности. Тумачи се да је стонски трибут (порез) исплаћен јерусалимском монаху према Урошевој одлуци („*cum expresse consensus et voluntate imperatoris Rassie*“ – по нарочитом пристанку и вољи цара српског, према наводу Дубровчана), што је наводно непобитан доказ да је Урош био жив у време исплате!

У прилог томе тврди се да су Дубровчани били добро обавештени о догађајима у српској држави, односно у свом залеђу, а заборавља се да се и њима, као и другима, дешавало да буду дуго без тачних обавештења: након битке код Ангоре 1402. Године нису знали шта се десило у сукобу татарског хана Тамерлана и турског султана Бајазита (зета Лазаревића), па су кнегиња Милица и њена кћи Мара Бранковић тражиле од Дубровчана бродове за помоћ у потрази за својим синовима; Млечани, такмаци Дубровчана и већа сила од њих, који су имали значајан уплив на дубровачки живот, слали су месец дана после Косовске битке дипломату на турски царски двор са два различита писма, једно насловљено на Бајазита, а друго на његовог брата (тада већ мртвог) Јакуба, јер нису знали ко је жив, а ко мртав, односно ко држи власт у турском царству после битке; Фирентинци тек у другој половини октобра честитају босанском краљу Твртку I успешно учешће његових трупа у Косовском боју и погубљење Мурата I. Што све сведочи да се вести нису тако брзо и лако преносиле на даљину: највећу, поштанску брзину постигали су коњаници копном или бродови морем. А, за стицање вести на одредишта беху потребни дани, недеље или месеци! И то када се шаљу специјални гласници (који су мало спавали и коње уморне брзо ме-

њали). Без њих вести су стизале још спорије.

Очито да цар Урош није потписао налог за исплату стонског трибута у дане када је он исплаћен, већ много раније, а када тачно – то истраживачи не могу да кажу. Нама се чини да је то морало бити бар недељу-две пре прве исплате, јер је бар толико времена било потребно монаху да преко планина и лошим путевима стигне до Дубровника. Што значи да је то могло лако бити и пре Мариичке битке и погибије Вукашина.

Али, да прихватимо тезу да је Урош надживео Вукашина.

Ако, опет, прихватимо стварност и медицинску могућност да убица може да умре пре „убијеног“, о чему ће бити касније речи, остаје нам да размотримо односе „убице“ и „убијеног“ и да видимо да ли је било места могућој свађи, тучи, па и убиству.

Мрњавчевићи, па и Вукашин, пореклом су, вероватно, из Херцеговине. К. Јиречек пише да је неки Мрњан био 1280. године у Требињу благајник краљице Јелене Анжујске, док М. Орбин, чије је дело штампано први пут 1601, казује да је властелин Мрњава живео у Ливну и да га је цар Душан позвао на двор заједно са синовима и уздигао, па је, према Грку Халкокондилу, Вукашин био Душанов пехарник, а Угљеша коњушар, односно заповедници тих служби. Сигурнији подаци говоре да је Вукашинов млађи брат Угљеша управљао 1346, као Душанов намесник крајем око Дубровника, а сматра се да се 1358. године помиње као велики војвода у југоисточној Македонији, куда су Мрњавчевићи доспели. По томе Угљеша је брже напредовао од Вукашина, јер се Вукашин помиње 1330. као жупан у прилепском крају, а накнадно као челник.

После смрти цара Душана, када је престо преузео недорасли Урош, и када започиње осамостаљивање крупних феудалаца и убрзано растакање српског царства, Мрњавчевићи се нагло уздижу. Већ 1365. Угљеша се помиње као деспот и „вољени нехак деспине Србије“, са седиштем у Серу, а Вукашин, који је држао пространу област у Македонији и градове Прилеп и Скопље, па и Призрен на Косову, све је утицајнији на царском двору и убрзо, након смрти или одстрањења из поли-

тичког живота моћних феудалаца као што су хумски кнез Војислав Војиновић (кога је 1363. покосила куга, а чија је кћерка вероватно била друга жена Урошева), деспот Јован Оливер и други, постаје савладар Урошев и добија титулу краља. Вукашин је имао синове Марка, Андријаша и Дмитра (неки писци помињу и Иваниша). Најстарији син Марко проглашен је касније за младог краља, чиме се јасно давало до знања да Вукашин покушава да оснује нову династију – Мрњавчевића. Својим рођачким односима (са Балшићима у Зети у које се удала Вукашинова ћерка Оливера, са кесаром Војихном чијом ћерком Јеленом-Јефимијом беше ожењен Угљеша, са војводом Хлапеном чији је зет био млади краљ Марко итд.) Мрњавчевићи су јачали своју снагу и уз Балшиће, Николу Алтомановића и кнеза Лазара били најмоћнији феудалци, – толико моћни да су, уживајући подршку и удове царице Јелене, успели да се наметну за царске савладаре.

КАКО СЕ ВУКАШИН ДОМОГАО КРАЉЕВСКЕ КРУНЕ

Сигурно не тако што му је цар Урош с радошћу поклатио! Очито да је Урош био приморан да се сагласи са устоличењем Вукашина за краља, што се одиграло, по мишљењу историчара, на крњом народном и црквеном сабору.

Неки историчари сматрају да су односи Уроша и Вукашина били добри, јер се Вукашин није могао домоћи краљевске круне без сагласности цара, односно да је краљ Вукашин ковао свој новац у ковници царевој, да им је заједничка дипломатска мисија походила у Дубровник, итд. Као да је ненормално да краљ коме је круна додељена царском сагласношћу користи своја краљевска овлашћења!

Па се каже да је фреска у цркви св. Николе у манастиру Псачи, на којој су ликови ктитора свастократора Влатка Паскачића, цара Уроша и краља Вукашина, такође доказ добрих односа цара и краља. Влатко Паскачић ради оно што је био обичај у то време: живописише ликове владара, суверена, да би се признало да је владар изнад ктитора, да заправо посредује између ктитора и Бога. А, ако је Влатко Па-

скачић био у родбинским односима са Мрњавчевићима, тим би био заинтересованији да се и краљ нађе на живопису.

Краљ Вукашин је имао „мотив“ да убрза крај цара Уроша: пошто Урош није имао законитог наследника, Вукашин би, као краљ, преузео царски престо. Тако би се устолличио нова владарска династија (види о томе у народној песми „Урош и Мрњавчевићи“). Ко беше, заправо, Урош и шта се о његовој личности може знати или наслућивати?

Био је млади краљ поред оца краља Душана, а кад се Душан „венчао“ са царском круном, Урош је постао краљ. Тај византијски обичај установио је код Немањића Душанов отац Стефан Дечански, који је део живота провео у Цариграду. Краљ у будућности постаје цар, па је јамачно устоличење Вукашина означавао да Вукашин претендује на царство (за шта га оптужује и народно предање)

По нашем мишљењу, Урош, чији је главни двор био у Скопљу, пристао је на то, вероватно, из два разлога: први је – снага Вукашина као феудалца, која ће га заштити од наслртаја других феудалаца, а други је – недораслост Урошева да самостално влада, поготово у ситуацији када га је напустила и мајка Јелена, Бугарка, и приклонила се Мрњавчевићима (живела, као Угљешин савладар, у Серу!) из ко зна којих све разлога

Када му је умро отац Душан, децембра 1355. године, Урош је био млад. Имао је свега 19 година. Године 1360. оженио се Анком, кћерком влашког војводе Александра Басарабе, а недуго потом вероватно (а можда и 1370) кћерком моћног српског кнеза Војислава Војиновића. Владао је 16 година и умро у својој 35. години, превише млад да би га однела хронична болест. Научи је узрок смрти непознат, а народно предање и неки записивачи сматрају да га је живота лишио краљ Вукашин.

Мавро Орбин, који је, како каже Сима Ђирковић у Коментарима и изворима Мавра Орбина (М. Орбин, 1968), вероватно користио и изворе које ми данас не знамо, бележи, крајем 16. века, да је Урош „у почетку ипак показивао велику разборитост и памет у свим својим делима, али током времена показује да не вреди много“. Многи су

Из историје медицине

великаши покушавали да постану већи него што су били, а међу њима су се истицали деспот Вукашин и брат му Угљеша. На упозоравање својих људи да би требало да затворе у тамницу Вукашина и неке осигоне великаше, те да њихове покрајине да на управљање сиромашној и верној властели, цар Урош није обраћао пажњу, већ је „уздизао оптужене на још веће положаје“, па је Вукашину даровао „много покрајине“, чак и титулу краља. Дошло је до великог метежа у царевини, која ускоро буде подељена између четири великаша (кнез Лазар, жупан Никола Алтомановић, Балшићи и Мрњавчевићи).

Неколико година после проглашења Вукашина краљем (1365) одиграла се 1369. битка између Вукашина и Угљеше Мрњавчевића, с једне стране, и цара Уроша, жупана Николе Алтомановића (синовца Војислава Војиновића) и кнеза Лазара, са друге стране. Битку су добили Мрњавчевићи. О свему Орбин пише на следећи начин:

„Личне успехе Вукашина и Угљеше нису могли да трпе кнез Лазар и жупан Никола Алтомановић, после њих први великаши у Рашкој. Зато одлучише међу собом да их понизе и подрежу крила њиховој охолости. С тим циљем приђоше цару Урошу подстичући га на све могуће начине против поменуте браће. На крају га убедише да уђе с њима у савез против речене браће, обећавајући да ће све што им одузму припасти цару Урошу, за кога ће се они заложити да поново добије очинско краљевство.

Припремивши, дакле, моћну војску, пођоше да нападну краља Вукашина и Угљешу. Ови распоредише своју војску и сусретоше се с непријатељем на Косову пољу. Кад се ту заметнула битка, кнез Лазар се повуче са својим четама и побеже. Никола Алтомановић пак, који се хтео борити, беше поражен, његови људи поубијани, те се и сам једва успео спасти. Цар Урош беше ухваћен жив с неколицином властеле свога двора док су други били поубијани.“ (Орбин, 1968)

О овоме записује Сима Ђирковић: „Прича о савезу између цара Уроша, кнеза Лазара и Николе Алтомановића против Вукашина и Угљеше није узета озбиљно у нашој науци.“ Након краћег разматрања тадашње ситуације закључује: „Из свега тога

проистиче да је Орбин за догађаје овога времена имао један домаћи прилично поуздан извор.“ (Ђирковић, 1968)

Историчар Раде Михаљчић, добар познавалац краја Српског царства, сматра да је Орбинов запис, раније одбациван, врло вероватан, јер је „Орбинов извештај о стварању коалиције против Мрњавчевића у складу је са развојем односа између савладара“. Он наводи да нема помена о добрим односима између савладара већ након годину дана од проглашења Вукашина краљем, а 1370. Дубровчани се обраћају, не цару Урошу, већ краљу Вукашину да им потврди повластице добијене од цара Душана. Да је било дошло до потпуног разлаза савладара и да је Вукашин желео да формира нову династију сведочи и податак да је Вукашинов син Марко пре Марицке битке проглашен за младог краља. (Михаљчић, 1975)

ПОСЛЕ БИТКЕ НА КОСОВУ

Непознати аутор из друге половине 15. века записује у хроници Житија и житељства краљева и царева српских да беше „уистину красан и изгледом достојан дивљења, а млад расуђивањем, превише милостив и кротак показа се“. Да није био превише мудар сведочи исти писац даље кад каже да пострада од „својих храњеника“ (које је „хранио“, држао у милости – примедба С. Б.) Вукашина и Угљеше „старачке савете одбацујући, савете младих примајући и љубећи“, као што је пострадао и Михаил цар грчки од слуге Василија.

Орбин казује да је Вукашин заробљеног цара Уроша довео у своју област, а на крају га убио: „Кукавни цар, који је за свога живота пустио да великаши заузму царство, бораivio је неко време код краља Вукашина, који му је био доделио једну малу област за издржавање. После боравка код њега, пође ка кнезу Лазару. Кад је овај на сличан начин рђаво с њим поступао, поново се врати краљу Вукашину. Али коначно, видећи да с њим поступа као пре, одлучи да побегне у Дубровник. Кад је о томе неки слуга обавестио краља Вукашина, Вукашин га удари буздованом по глави тако да на месту оста мртав. Замотавши га затим у један ћилим, даде га за-

копати у Шаренику, у области Скопља“. (Орбин, 1601)

Патријарх Пајсије пише у првој половини 17. века у Житију цара Уроша да је Вукашин нахушкао своје слуге да убију цара, те кад изиђоше у лов, убише га, испод Неродимње, на месту званом Судимња, и однесе у храм Успења пресвете Богородице, испод града Петрича, где га сахранише злочинци и старешина цркве тако да о томе нико ништа није знао (Пајсије, 1987).

Видели смо да историчари мисле да је Урош умро почетком децембра 1371, о чему постоји и запис хиландарског монаха Романа из 1382: „Месеца децембра 3. представи се Урош цар други, син првога цара Стефана.“ (Павић, 1986)

СУБДУРАЛНИ ХЕМАТОМ

Ако прихватимо да је цар Урош умро након краља Вукашина, који је погинуо на Марици 26. септембра 1371. (Орбин пише да га је убио после битке паж Никола Хрсојевић, ради пљачке), остаје питање да ли је то ипак могло бити услед евентуалног удараца којег је задобио од Вукашина, како сведоче и народно предање и М. Орбин.

Медицинска наука зна да је то могуће. Судско-медицинско вештачење у таквим случајевима било би данас обавезно.

Лекари познају синдром који се назива субдурални хематом (haematoma subdurale). Он настаје након удараца тврдом предметом у главу (батина, буздован, пад са висине на главу итд.), при чему долази до повреде крвних судова који се налазе између тврде и меке мозданице и излива крви. Тај излив може настати нагло и брзо се ширити, проузрокујући притисак на мозак и доводећи до главобоље, евентуално до комоленције, сопора и коме, на крају и до смрти, ако се хируршки не интервенише и хематом се не одстрани. Могуће је, међутим, да повреда буде мања и да се покидају ситнији крвни судови, који полако изливају крв у субдурални простор, што траје недељама или месецима, да би се тек потом јавили симптоми који указују да је здравље теже угрожено, а што се такође може завршити смрћу.

Тврди се у стручним публикацијама (Медицинска енциклопедија,

1968) да интервал између незгоде и првих клиничких знакова може бити врло дуг, траје месецима, па и годинама. Често се траума, која не мора бити јака, може и заборавити. Болесници се туже на главобоље, повремено су сметени су и поспанни, а могу имати и грчеве мишића. Бистрина свести се мења. Некад настају и једнострана парализа тела, проширена зеница на страни хематома, те успорен пулс. У терапији се праве рупе на лобањи, кроз које се одстрањује хематом. Синдром је специфична болест човека, а код животиња, због њихових анатомско-хистолошких карактеристика, не може се изазвати.

Према Радојичићу (1980) субдурални хематом се обично налази на конвекситету мозга, изнад чеоних и темених режњева, а понекад и обострано. Чврст је или течан, или састављен и из чврстих и течних делова. Споља се налази опна, уз дур уобичајно васкуларизована, док је унутрашњи део опне тањи и фиброзан. Временом се садржај хематома увећава, што наводи на развоју тумора. Слободни интервал, без симптома, траје од неколико дана до неколико месеци. Најпре се јављају главобоље и поремећаји пажње, касније мука, повраћање и збуњеност, а потом, ако се не лечи, долази до афазии, сањивости, сопора и коме, а може се јавити и хемипареза, односно одузетост једне стране тела, чешће на супротној страни од хематома.

Ако се не може утврдити поуздано на ком је месту крвни излив (а то се да урадити савременом дијагностиком, али не и у она давна времена), врше се пробне трепанације (бушење кости главе) и то прво, како хируршки стручњаци пишу, најпре у темпоралној регији на страни евентуално проширене зенице, потом обострано фронтално, па ако се и ту не нађе, онда на граници темпоралне и затылачне кости. Некад се врши и до шест пробних трепанација док се место излива не установи. Потом се он пажљиво одстрањује, а болесник (рањеник) бива спасен од смрти која му је, уз психичко пропадање, претила.

Наравно, тешко је након свега и после толико векова од догађања утврдити да је М. Орбин био у праву, односно да је краљ Вукашин ударио цара Уроша буздованом у главу и

убио га, али је такође могуће оправдано размишљати о разложним мотивима које је Вукашин имао да убрза Урошев крај. Не би било необично, у оним временима, када је отац ослепљивао сина, и кад је син подизао војску на оца, када су и браћа међусобно ратовала за власт, и када се убијало мачем или буздованом, да у свађи, о којој Орбин прича, Вукашин „куцне“ (израз једног игумана манастира Дечани) Уроша топузом, те да Урош остане жив и, како историчари наводе, умре након Вукашина, што намеће диференцијално-дијагностичко размишљање да као узрок смрти, о чему се може нагађати и даље истраживати, не може за сада одбацити ни евентуални трауматски субдурални хематом, који у досадашњим истраживањима није узиман у обзир, сем код овог аутора (Бербер, 1989), што је и логично, јер историчари који су писали о сукобима Вукашина и Уроша нису имали неопходно медицинско образовање.

На овај начин аутор жели да поново покрене расправу која је, наводно, давно закључена и да подстакне истраживаче, претежно млађе, и неоптерећене ауторитетима, да се усмере на одгонетање правог узрока смрти цара Уроша, с обзиром да је етиологија његове преране смрти још увек непозната.

Као што се не зна ништа ни о његовим последњим данима, нити о болестима од којих је боловао. И као што се зна да није био ратнички расположен као његов отац, цар Душан, и да не беше познат као војсковођа и као војни стратег. Према фрескама на којима је насликан са оцем, као дечак био је крупна стаса, али убојен, несклон телесним активностима. А, да је као одрастао насликан са брковима и брадом, висок, крупан и стасит, налик на свог оца. Али да је био склон телесним задоволствима, дружећи се са младима, а одговорне послове владоца препуштао старијим поданицима. Његова прерана смрт, о којој је овде реч, ако је није произвео Вукашинов буздован, могла је – ето могућих путоказа будућим истраживачима – наступити и од какве урођене срчане мане која не беше много видљива (тада би, ваљда, било забележено да су га лечили лекари из Котора или Дубровника!), или од урођеног можданог поремећаја крвних жила, као што је анеуризма

(проширење) које спонтано прска и код младих особа, али је смрт могла доћи и од какве инфективне болести (куга, упала плућа, менингитис), којих је тада било и бројних и тешко излечивих.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бербер С. (1989), Косовска издаја, Дневник, Нови Сад.
2. Божић И. (1975), Неверство Вука Бранковића, у књизи О кнезу Лазару, Филозофски факултет, Београд – Народни музеј, Крушевац, 223–242.
3. Зуковић Љ. (1994), Да ли је, и кога је, издао Вук Бранковић, у књизи Путовође и путокази, Завод за издавање уџбеника, Српско Сарајево – Унирекс, Никшић.
4. Медицинска енциклопедија (1968), Југославенски лексикографски завод, Загреб, 3: 92–100.
5. Михаљчић Р. (1975), Крај српског царства, СКЗ, Београд.
6. Ковачевић Љ. (1886), И по трећи пут: Краљ Вукашин није убио цара Уроша, издање аутора, Београд.
7. Мрђеновић Д., Палавестра А., Спасић Д. (1987), Родословне таблице и грбови српских династија и властеле, Нова књига, Београд.
8. Орбин М. (1668), Краљевство Словена, СКЗ, Београд.
9. Попов Чедомир (1997), Иларион Руварац и Јован Ристић, Зборник радова „Браћа Руварац у српској историографији и култури“, САНУ-Огранак у Новом Саду и Музеј Срема, Нови Сад-Сремска Митровица, 175–190.
10. Радојичић М. Боровије (1980), Клиничка неурологија, седмо, допуњено и прерађено издање, Институт за стручно усавршавање и специјализацију здравствених радника, Београд.
11. Руварац И. (1887), О кнезу Лазару, Нови Сад.
12. Руварац И. (1879), Хронолошка питања о времену битке на Марици, смрти краља Вукашина и смрти цара Уроша, у Зборнику Илариона Руварца, свеска I (спремно за штампу Никола Радојичић), Краљевска академија, Београд, 1934.
13. Самарџић Р. (1987), Око историјског и легендарног у косовском предању, у књизи Задужбине Косова, Богословски факултет, Београд – Епархија рашко-призренска, Призрен.
14. Павић М. (1986), Стари српски записи и натписи, Просвета и СКЗ, Београд.
15. Пајсије Јањевац (1987), Откривање моштију цара Уроша у Сиринићу, 1584, у књизи Задужбине Косова, ибидем.

Да се не заборави

ЗДРАВСТВЕНЕ ПРИЛИКЕ ШАБАЧКЕ НАХИЈЕ У УСТАНИЧКОЈ СРБИЈИ

Болесне лечили видари и нада у оздрављење

Пише:
прим. др. Предраг Тојић

Читав 18. век становништво Србије, па и шабачке нахије, провело је ратујући и патећи. Ратовали су на страни Аустрије против Турске у нади да ће стићи до слободе. У рату су страдавали од ратних рана, а у миру до турске освете. И рат и мир пратиле су: беда, глад и епидемије, куге, колере и пегавог тифуса. За Србе се није знало шта им је теже, да ли рат или мир. Било им је исто, бежанија и страданија. Исти им је био статус – понижавајући, као аустријским савезницима или турским противницима. У овом веку су преживели четири велике епидемије; куге, колере и тифуса. Подједнако су страдали, и остарила и омладина – смртно или са тешким инвалидитетом.

Здравствене прилике у шабачкој нахији, као и осталом делу Србије, биле су несређене, оковане непросвећеношћу, немаштином и тоталном бедом. За разне бољке примењиване су опробане, традиционалне, терапије као: облози од ракије, од сирћета, препране свињске масти, од наренданог кромпира. Болеснике су још и „стављали на пару“. Од лекова употребљаване су разне траве у виду чајева. Ране су лечили мелемима, чији су основни састојци били: мед, восак, тамњан и неке траве. Преломе костију намештали су вешти људи, мушкарци, ређе жене, а за имобилизацију су коришћене „удлаге“ од свеже липове коре или од посебно направљених дашчица.

Кад ти „лекови“ нису помагали, болеснику или рањенику су доводили попа да му чита молитву. Тешки болесници ношени су у манастире. Ако се болесник није могао преносити, тада би његову капу, гуњ или какав други хаљетак носили по-



пу или калуђеру да му прочита молитву, велику или малу. Ређе су посећивали хоцу ради „записа“, које су болеснику ушивали у кожу. Дакле, њихова вера, ређе сујеверје, одржавали су у њима „наду оздрављења“. Све то је записао Вук Караџић у свом Рјечнику код речи „Молитва“: „Код Срба кад се које разболи не траже лекара, јер га нема, већ попа или калуђера да му чита молитву, велику или малу. Мала се молитва чита од: главе, грознице и од другијех којекаквијех малијех болести, а велика кад човјек није при себи, него бунца и плаши се. Мала је молитва до скоро била у Србији за марјаш, а велика грош, а сада ваљда су и оне поскупјеле“.

Рањене лечили устаници

Пошто није било школованих лекара, у најбољем случају рањене



КАРАЂОРЂЕ

су „лечили и неговали“ устаници, који су ранијих година ратовали у аустријској војсци, где су стекли основна знања у пружању прве помоћи. Овако су лечени: Карађорђе, Лука Лазаревић, Стојан Чупић, Јаков Ненадовић и остали устаници. Примера ради, поп Лука је у бојеви рањен девет пута, једну незараслу рану (вероватно остеомијелит) носио је до смрти. Дакле, стање у погледу лекарског кадра у време СРПСКЕ РЕВОЛУЦИЈЕ било је више него безнадежно. У недостатку лекара мењали су их видари и видарице – еһими. Најчувенији је био Еһим Тома и његова мајка Ђира Мара. Шабач је имао свога – Еһима Луку. У деловодном протоколу шабачког Магистрата 1809. године помиње се неколико спорова због неплаћених „хеһимских услуга“. Због тешког стања Правитељствујушчи совјет тражио је почетком 1809. године од царске Русије да се у Србију пошаље макар један лекар. Крајем исте године „дође с руском војском, у оквиру војно-техничке помоћи, војни лекар, штаб – доктор Мар-



ЛУКА ЛАЗАРЕВИЋ

чевски, дакле стварно ПРВИ лекар који је дошао у Србију, (макар привремено) са једним „фелчером“ (лекарским помоћником) Анином, са ручном апотеком и хирушким инструментима. Он је остао у Србији до 1812. године, тј. до окончања Букурештанског мировног заседања. Доктор Марчевски је леčio српске војнике и цивиле, тј. устанике, како у Шапцу, тако и у Београду, где су биле формиране привремене болнице, додуше слабо опремљене. У деловодном протоколу шабачког Магистрата од 17. децембра 1811. године стоји кратка забелешка: „Издање Господар Лука Лазаревић (командант шабачке нахије) господину доктору Марчевском на 4 коња кукуруза 270 ока“...

Шабачки Магистрат водио је бригу и о другим потребама свога становништва, а што се тицало превентивних мера од зараза, па је 22. јануара 1809. године обнародовао наредбом: „Из куће ђубре сваки да износи у поље, куће да чисто држите, а ниједан да се није усудио на Саву ђубре износити“.

Уопште узевши у Србији се устаничким данима посебан значај се придавао превентивним мерама. Половином фебруара 1812. године, Карађорђе је упутио наређење Проти Матеји Ненадовићу, команданту Дринске војске, у коме се, између осталог, налаже:

„Вама препоручујем да како ово писмо примите тако, докле је Ваша команда, тврде и честе страже држите и сасвим границу затворите

са Турцима, јербо се у Стамболу и у Турској јавила велика болест чума (куга). Зато тврдо затворите, штоно рећи, ни птица да не прође, нити који да се састаје са оним људима који живе на турској територији, који би се такви ухватио свој живот изгубити. А, и онај старешина под којим се то нађе оће каштигован бити. Зато што тврђе стегните, сахрани Боже, да таква у Србију не би пре-

>>> Шабачки Магистрат водио је бригу и о другим потребама свога становништва, а што се тицало превентивних мера од зараза, па је 22. јануара 1809. године обнародовао наредбом: „Из куће ђубре сваки да износи у поље, куће да чисто држите, а ниједан да се није усудио на Саву ђубре износити“. <<<

шла“. Колико је познато чума (куга) се ни поменуте нити следеће године није јавила у Србији. Слободно се може рећи да „није у Србији уопште било колеричних ни кухних зараза, те смо бар с те стране били мирни и могли онако сјајно подићи и водити устанак против Турака“.

Долазак доктора Марчевског

Дакле, док су на једној страни, добром организацијом и дисциплином, устаници успели да избегну епидемије, ратне ране, на другој страни нису. Гледајући целу Србију Мачва је највише страдала. Преко њених села прелазиле су војске обе

стране више пута. Један савременик записао је: „Иначе су се непрестано били, тако за неколико година није се у Мачви сијало, нити се чуо петао у њој, (све) док није Карађорђе Турске из Србије истерао“. Један други савременик говори о великим губицима устаника у Мачви „Кроз седам година војевања умрло је у Мачви само седам људи на поњави (по народном веровању самртнике треба

с поњавом ставити на земљу да би се лакше с душом растао) код куће у два села: Богатићу и Прњавору, а 207 је погинуло на боју“.

Несрећне 1813. године сломом устанка Србија је опет доспела под османлије. Многе породице из Шапца и Мачве прелазиле су у Срем. Аустријске власти су формирале збегове (карантине) у Кленку, Митровици, Босуту и Рачи. Записано је да: „Бегунац – сам старац, жена и деца, дошли јадни са зла на горе. Ни одела, ни ране, голих шака и празних стомака. Гледали су само живу главу да изнесу. Овлада глад, срцепајајућа вриска изгладнеле деце поче се небудизати. Аустријске власти почеше сада још оштрије са њима општити. Мртви бегунци се несмешоше услед „вишег налога“ ни у гробљима сахрањивати, већ тамо на „Бишкупји“ поред Саве. Данас Сава одстрањујући обалу носи и гробове оних жртава. На многим местима штрљају кости из обале“.

У освојеној Србији Турци започеше са осветничком пљачком и злочинима, каквих до тада није било у овој напаћеној земљи. Завладао је терор, глад, немаштина и болести. Харале су заразне болести, које нико ни хтео нити имао чиме да спречава. Све несреће нису ни могле бити записане, али је остало забележено да је долазак доктора Марчевског из Русије 1809. године, на неки начин, почетак ЈАВНОГ ЗДРАВСТВА у Шапцу и Србији, равно пре 205 година. Овај податак заслужује да се не заборави! //



Стојан Чупић



Јаков Ненадовић

ОДЛУКЕ СУДОВА ЧАСТИ

Судско Веће Регионалне лекарске коморе Београда у саставу мр сц. мед. Ивица Милосављевић, као председник Већа, спец. др мед. Јелица Поповић, прим. и мр сц. мед. Радослав Радосављевић, прим., као чланови Већа, у поступку утврђивања дисциплинске одговорности спец. др мед. Татјана Лазић Ђилерџић, спец. др мед. Јелена Лукић Петров, спец. др мед. Јулијана Филипов, спец. др мед. Драгослав Бјелица, лекара Опште болнице „Ђорђе Јоановић“ у Зрењанину и спец. др мед. Босиљка Селена Кордин и спец. др мед. Соња Калуђерски, лекаре Специјалне болнице за рехабилитације „Русанда“ у Меленцима, због повреде професионалне дужности из чл. 195. ст. 1. т. 3. Статута Лекарске коморе Србије, по захтеву за покретање поступка – решења истражног судије проф. др Томислава Мареновића бр. Ди 21–529/2013 и решења Председника Врховног суда части ЛКС бр. 2292 од 12. 11. 2013. год., а по предлогу породице Радојевић из Баранде, након одржаног главног претреса дана 17. 12. 2013. год., на нејавној седници Већа дана 17. 12. 2013. год. донело је

О Д Л У К А

I)

1. Спец. др. мед. Татјана Лазић Ђилерџић из Зрењанина, лекар специјалиста интерне медицине Опште болнице „Ђорђе Јоановић“ у Зрењанину са лиценцом број 200526 и личним подацима у именику РЛК Војводина и

2. Спец. др. мед. Јулијана Филипов из Зрењанина, лекар специјалиста неурологије Опште болнице „Ђорђе Јоановић“ у Зрењанину са лиценцом број 200614 и личним подацима у именику РЛК Војводина

на основу чл. 238. ст. 1. тач. 2. Статута лекарске коморе Србије

ОСЛОБАЂАЈУ СЕ ОДГОВОРНОСТИ

да су начиниле стручну грешку када су дана 08.03.2012. год. у својству лекара специјалисте Опште болнице „Ђорђе Јоановић“ у Зрењанину прегледале пацијента Живу Радојевића из Баранде, који је из Специјалне болнице за рехабилитације „Русанда“ у Меленцима хитно упућен у Ургентни центар са клиничком сликом у погоршању, због фебрилности претходног дана (39,3С), са повећаним вредностима леукоцита (36,6), урее (18,44) и креатинина (311,99), јер нису га хоспитализовале, већ га вратиле у болницу за рехабилитацију, где није било адекватних услова за лечење и праћење болесника у таквом стању, чиме би учиниле повреду професионалне дужности из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 3. Статута Лекарске коморе Србије.

II)

спец. др. мед. Соња Калуђерски из Зрењанина, лекар специјалиста физикалне медицине и рехабилитације из Специјалне болнице за рехабилитације „Русанда“ у

Меленцима са лиценцом број 201181 и личним подацима у именику РЛК Војводина на основу чл. 238. ст. 1. тач. 2. Статута лекарске коморе Србије

ОСЛОБАЂА СЕ ОДГОВОРНОСТИ

да је начинила стручну грешку када је у периоду од 07. 03. 2012. год. до 09. 03. 2012. год. у својству дежурног лекара у Специјалној болници за рехабилитацију „Русанда“ у Меленцима, неблаговремено и нестручно, односно несавесно и неадекватно применили дијагностичке и терапијске мере према пацијенту, сада по којном, Живи Радојевићу из Баранде,

чиме би учинила повреду професионалне дужности из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 3. Статута Лекарске коморе Србије.

III)

1. Спец. др. мед. Јелена Лукић Петров из Зрењанина, лекар специјалиста интерне медицине Опште болнице „Ђорђе Јоановић“ у Зрењанину са лиценцом број 200525 и личним подацима у именику РЛК Војводина и

2. Спец. др. мед. Драгослав Бјелица из Зрењанина, лекар специјалиста урологије Опште болнице „Ђорђе Јоановић“ у Зрењанину са лиценцом број 203310 и личним подацима у именику РЛК Војводина

на основу чл. 234. - 237. и 239. Статута Лекарске коморе Србије

ОГЛАШАВАЈУ СЕ ОДГОВОРНИМ

јер су начинили стручну грешку када су дана 08. 03. 2012. год. у својству лекара специјалисте Опште болнице „Ђорђе Јоановић“ у Зрењанину прегледали пацијента Живу Радојевића из Баранде, који је из Специјалне болнице за рехабилитације „Русанда“ у Меленцима хитно упућен у Ургентни центар са клиничком сликом у погоршању, због фебрилности претходног дана (39,3С), са повећаним вредностима леукоцита (36,6), урее (18,44) и креатинина (311,99), јер нису га хоспитализовале, већ га вратили у болницу за рехабилитацију, где није било адекватних услова за лечење и праћење болесника у таквом стању

чиме су учинили повреду професионалне дужности из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 3. Статута Лекарске коморе Србије.

и на основу чл. 240. става 1. тачка 1. ст. 2. и ст. 7. Статута Лекарске Коморе Србије изриче им се

ДИСЦИПЛИНСКА МЕРА ЈАВНЕ ОПОМЕНЕ

IV)

Спец. др. мед. Босиљка Селена Кордин из Зрењанина, лекар специјалиста физикалне медицине и рехабилитације из Специјалне болнице за рехабилитације

„Русанда“ у Меленцима са лиценцом број 201181 и личним подацима у именику РЛК Војводина на основу чл. 234. - 237. и 239. Статута Лекарске коморе Србије

ОГЛАШАВА СЕ ОДГОВОРНОМ

Јер је начинила стручну грешку када је у периоду од 07. 03. 2012. год. до 09. 03. 2012. год. у својству ординирајућег лекара у Специјалној болници за рехабилитацију „Русанда“ у Меленцима, неблаговремено и нестручно, односно несавесно и неадекватно применили дијагностичке и терапијске мере према пацијенту, сада покојном, Живи Радојевићу из Баранде,

чиме је учинила повреду професионалне дужности из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 3. Статута Лекарске коморе Србије.

и на основу чл. 240. става 1. тачка 1. ст. 2. и ст. 7. Статута Лекарске Коморе Србије изриче јој се

ДИСЦИПЛИНСКА МЕРА ЈАВНЕ ОПОМЕНЕ

Одлука о трошковима поступка није донета.

О б р а з л о ж е њ е

Лекарима спец. др. мед. Татјани Лазић Ћилерцић, спец. др. мед. Јелени Лукић Петров, спец. др. мед. Јулијани Филипов, спец. др. мед. Драгославу Бјелици, спец. др. мед. Босиљки Селена Кордин и спец. др. мед. Соњи Калуђерски, члановима Коморе захтевом за покретање дисциплинског поступка, а по предлогу породице сада покојног Живе Радојевића, ставља се на терет да су учинили повреду професионалне дужности из чл. 195. ст. 1. т. 3. Статута Лекарске коморе Србије.

Оштећена породица сада покојног пацијента Живе Радојевића, коју заступају ћерка Жана и супруга Гордана Радојевић, у току главног претреса износе да су предлог за покретање поступка поднели у вези лечења и смрти тог пацијента против више лекара Специјалне болнице за рехабилитацију „Русанда“ у Меленцима и Опште болнице „Ђорђе Јоановић“ у Зрењанину. Наводе да се пацијент налазио на рехабилитационом третману у Бањи „Русанда“ од 23. 02. 2012. год., због комплетне зависности од туђе неге и помоћи, као последице могућег удара. Породица сматра да пацијент, коме се здравствено стање нагло погоршало 07. 03. 2012. год. са појавом високе температуре, није на време упућено у Општу болницу у Зрењанину у циљу дијагностиковања и одређивања терапије за новонасталу ситуацију, па зато криви др Босиљку Селена Кордун, ординирајућег лекара. Лекарима у Општој болници у Зрењанину др Татјани Лазић Ћилерцић, др Јелени Лукић Петров, др Јулијани Филипов и др Драгославу Бјелици стављају на терет нестручни и непотпуни преглед, недостатак дужне пажње и несавестан третман дана 08.03.2012. год. када су пацијента по погоршању његовог здравственог стања из Бање упутили на консултативне прегледе у ту установу. Пошто је пацијент упућен у Зрењанин са клиничком сликом у погоршању, сматрају да је требао и да се задржи у Општој болници на лечењу, а не да се врати у „Русанду“, где није било адекватних услова за лечење и праћење болесника у таквом стању. Др Соњи Калуђерски, која је дежурала 08./09.03.2012. год. замера се недовољна пажња у третману пацијента по повратку из Зрењанина и да није спровела прописану

терапију од стране специјалиста из зрењанинске болнице. Породица никада није сазнала ни узрок смрти Живе Радојевића

Спец. др. мед. Татјана Лазић Ћилерцић, лекар специјалиста интерне медицине у зрењанинској болници је у својој одбрани изнела да је критичног дана радила прву смену у пријемној интернистичкој амбуланти Ургентног центра зрењанинске болнице када је колима хитне помоћи у пратњи медицинског особља пристигао пацијент Жива Радојевић из Специјалне болнице за рехабилитацију „Русанда“ у Меленцима. Пацијент је уз упут за консултативни преглед имао још само отпусну листу болнице где је раније био хоспитализован због интрацеребралног крварења. Разлог упућивања на консултативни преглед је био високофебрилност. Детаљним прегледом је констатовала да је пацијент дехидриран али афебрилан и да има катетер. Због катетера је посумњала на неку уринарну инфекцију, али је морала да искључи и неке друге разлоге за фебрилност. Пошто су јој била неопходна додатна дијагностичка процедура, захтевала је оријентациону лабораторијску анализу и радиолошку обраду. Пацијента је сместила у собу за опсервацију и укључила му је рехидратациону терапију. Како тражени налази нису пристигли до краја смене, није била у могућности да напише коначни извештај и да донесе одлуку о даљем третману, па је бригу о пацијенту уз усмено реферисање препустила колегиници др Јелени Лукић Петров. Наглашава да није учествовала у одлуци о враћању пацијента у матичну болницу у Меленцима.

Спец. др. мед. Јелена Лукић Петров лекар специјалиста интерне медицине у зрењанинској болници је у својој одбрани изнела да је пацијента преузела од колегинице из претходне смене са већ пристиглим резултатима лабораторије и рентгена. Паралелно са већ започетом терапијом рехидрације пацијента је упутила на неуролошки преглед у циљу искључивања евентуалног погоршања основне болести. Због измене у ЕКГ наложила је одређивање кардиоспецифичних ензима ради искључивања евентуалног присуства инфаркта миокарда. После обављених наведених прегледа и доказивања присуства уринарне инфекције, одредила је антибиотску терапију, а потом је позвала и уролога на консултацију, у циљу замене уринарног катетера као могућег извора током дијагностике верификоване уринарне инфекције и провере предложене терапије. Уролог се сложио са предложеном антибиотском терапијом и пацијент је у вечерњим часовима враћен у матичну болницу у Меленцима. Тврди да део хоспитализације и дијагностичке процедуре спроведене у Ургентном центру, спроведене су у складу са добром лекарском праксом. Пацијента никако није отпустила из болнице, па чак није га ни примила у болницу, већ је његова хоспитализација континуирана у „Русанди“ од 23. 02. 2012. год. до његове смрти. Сматра да у Бањи „Русанда“ има дежурних лекара и сестара, који могу спровести прописану терапију. Наглашава да је у извештају навела и то да у случају даљег погоршања, пацијенту треба упутити у матичну здравствену установу, тј. надлежну по пребивалишту пацијента.

Спец. др. мед. Јулијана Филипов, специјалиста неурологије Опште болнице „Ђорђе Јоановић“ у Зрењанину у својој одбрани навела да је пацијента Радојевића прегледала као консултант на захтев интернисте у амбуланти за пријем и збрињавање ургентних стања. О пацијенту је знала да је довежен на преглед из Бање Русанде због високофебрилности са леукоцитозом и да је од медицинске документације имао отпусну листу из Ковина. Сврха њеног прегледа је био откривање евентуалног новог инсульта. Његов клинички налаз

75 <

није указивао на акутно неуролошко дешавање, те није било потребе за додатном терапијом, као ни хоспитализацијом на Неурологији. Са аспекта неурологије, пацијент је могао да се врати у Меленце.

Спец. др. мед. Драгослав Бјелица лекар специјалиста урологије у својој одбрани изнео да га је колегиница др Лукић усмено позвала на консултацију код пацијента, који је због фебрилности упућен у њихову болницу из „Русанде“, где је био на рехабилитацији. Пошто је имао уринарни катетер, постојала је сумња на уринарни инфект. У соби за опсервацију прегледао је пацијента, констатовао да у кеси има урина и пошто није знао када је последњи пут мењан катетер, заменио је катетер и сачекао да се поново појави урин. После прегледа погледао је извештај, коју је колегиница већ написала, и на полеђини тог акта написао свој налаз. У свом налазу је констатовао да је замењен катетер и да је пацијент стабилан и адекватно збринут и сагласио се са прописаном терапијом антибиотцима. Иако је видео да је урин у кесици пре замене катетера био благо хеморагичан, није тражио додатне анализе, јер у том тренутку му се чинило да је најважније да има урина. Сагласио се и са враћањем пацијента у Меленце, јер је сматрао да тамо може да буде под ординирајућом терапијом.

Спец. др. мед. Босиљка Селена Кордин у својој одбрани износи да, као лекар специјалиста физикалне медицине Бање „Русанда“ у лечењу пацијента Живу Радојевића није направила никакву стручну, нити етичку грешку, што је потврдила и унутрашња контрола над њеним стручним радом, као и спољни стручни надзор. Наводи да се 07.03.2012. год. код пацијента појавила температура, која је у току дана расла, па му је зато ординирао антипиретик и инфузија, а планирана је лабораторијска анализа за следеће јутро. Када је следећег јутра видела да је пацијенту лоше, а стигли су и хитно урађени леукоцити, пацијента је упутила у Ургентни центар у Зрењанину због фебрилности и леукоцитозе. Написала је упут за консултативни преглед, али колеге из Зрењанина су га могли задржати на хоспитализацији да су сматрали да за то постоје разлози. Кад је сутрадан дошла на посао, затекла је пацијента у коми и иако је урадила све што је могла, дошло је до леталног исхода. Обдукцију није захтевала, јер није успела да о томе контактира пацијентову родбину, а није сматрала да је то потребно.

Спец. др. мед. Соња Калуђерски лекар специјалиста физикалне медицине у својој одбрани тврди да је савесно поступила и учинила је све што је било у њеној моћи и надлежности у случају лечења сада покојног Живе Радојевића. Наводи да је била дежурна у време када је пацијент враћен из Зрењанина. Одмах га је прегледала и ординирала предложену терапију, сем антибиотика мароцен, који нису имали у приручној апотеци, а није га било ни на тржишту. У току ноћи није могла да нађе ни адекватну замену. Пацијенту у тренутку приспећа је већ било толико лоше, да је проценила да није за поновни транспорт за Зрењанин, практично је већ онда био у коми. Приликом прегледа, срчани тонови су му били прекривени влажним шушњевима, па је ординирала ласикс, а касније му се стање у том погледу поправило. Наложила је надзор, а и сама је пратила његово стање прво на пола сата, па на сваких два сата. У 7,00 ујутру је напустила смену и пацијента је предала колегиници.

Проверавајући основаност захтева за покретање поступка Суд је у доказном поступку извршио увид у комплетну историју болести специјалне болнице „Русанда“ у Меленцима, у оквиру које су и резултати лабораторије и биохемијске лабораторије, радиолошки налаз ра-

диографије плућа, одговор на консултацију Неурологије и извештај лекара специјалисте са прибелешком специјалисте урологије на полеђини из Опште болнице „Ђорђе Јоановић“ Зрењанин од 08. 03. 2012. год. и у отпусну листу у вези раније хоспитализације пацијента због основне неуролошке болести, упознао се са резултатима унутрашњих стручних надзора обе болнице и ванредне спољне провере квалитета стручног рада у „Русанди“, па је ценећи изведене доказе, како сваки посебно, тако и све у њиховој међусобној повезаности, судско Веће одлучило као у изреци ове одлуке.

Увидом у медицинску документацију Веће је утврдило следећи след догађаја:

– 23. 02. 2012. год. је пацијент Жива Радојевић примљен у Специјалну болницу за рехабилитацију „Русанда“ у Меленцима у стању комплетно зависности од туђе неге и помоћи као последица možданог удара по типу хеморагије од 11.01.2012. год., а ради функционалног оспособљавања,

– опоравак пацијента је текао уредно до 07. 03. 2012. год.,

– 07. 03. 2012. год. је у 10,00 часова почео да фебрицира са температуром од 37,6 C, а касније измерене вредности су у 11,30 ч. 39,0 C, а у 14,00 ч. 39,3 C – др Босиљка Селена Кордин му ординирала рехидратациону терапију и антипиретик,

– 08. 03. 2012. год. пацијент је афебрилан, хитно су урађене лабораторијске анализе и због високе вредности леукоцита (који је јављен телефоном из лабораторије), а касније и урее и креатинина позвана кола ургентно и болесник је послат у УЦ зрењанинске болнице интернисти,

– у Ургентном центру Опште болнице „Ђорђе Јоановић“ Зрењанин после обављеног лабораторијског, рентгенског, неуролошког и уролошког прегледа, обједињеним налазом интернисте одређена је рехидратациона терапија, антибиотик Мароцен, Моноприл плус, Норваск и Калијум,

– пацијент је увече око 20,00 часова враћен у специјалну болницу „Русанда“ – у току прегледа у 20,30 „неконтактбилан, афебрилан, реагује на грубе моторне дражи, налаз на срцу и плућима прекривен масом влажних шушњева“ – ординирана је прописана терапија, сем мароцена

– 09. 03. 2012. год. ујутру пацијент „не реагује на грубе дражи, диспоничан“, а у 10,15 летални исход.

Веће је прихватило одбрану спец. др. мед. Татјане Лазић – Ђилерцић, јер је логична и у складу са медицинском документацијом. Тако је утврђено да је именована након пријема пацијента Живе Радојевића у ургентну амбуланту, савесно је урадила физикални преглед, измерила је основне параметре (притисак и пулс), покушала да успостави контакт са пацијентом и узела је анамнестичке податке од самог пацијента у мери која је била могућа, тражила је хетероанамнестичке податке од пратећег медицинског особља, тражила је основне лабораторијске анализе, сместила пацијента у собу за опсервацију под надзором медицинског особља и започела је рехидратацију. У моменту пријема пацијента имала је захтев само за консултативни преглед, нису јој били познати резултати (леукоцити, уреа, креатинин) из „Русанде“, тако да у том тренутку није имала разлог за неодложну хоспитализацију. У доношењу коначне одлуке о томе да се пацијент врати у матичну установу није учествовала. Пошто је спец. др. мед. Татјане Лазић – Ђилерцић предузела све што је на ургентном одељењу могла, тј. започела је претрагу у правцу постављања диференцијалне дијагнозе, пренела је другој смени шта је урадила, а није била присутна када је донета одлука о враћању пацијента у „Русанду“, у

њеном чињењу и нечињењу нема елемената повреде професионалне дужности и угледа члана Коморе, па је одлучено како у алинеји I) ове Одлуке.

Веће је прихватило одбрану спец. др. мед. Јулијане Филипов, јер је логична и у складу са утврђеним чињеницама на основу медицинске документације. Тако је Веће утврдило да је именована позвана само на консултативни преглед од стране интернисте и тај задатак је урадила коректно, написала је одговор на консултације и није нашла погоршање здравственог стања пацијента са неуролошке стране. Имајући у виду да именовану нико није ни консултовао у вези враћања пацијента у „Русанду“, нити у вези транспорта, у њеном чињењу и нечињењу нема елемената повреде професионалне дужности и угледа члана Коморе, па је одлучено како у алинеји I) ове Одлуке.

Веће је прихватило одбрану спец. др. мед. Соње Калуђерски, јер је логична и у складу са утврђеним чињеницама на основу медицинске документације. На основу њене одбране и медицинске документације утврђено је, да када је пацијент враћен из зрењанинске болнице, практично је већ био у стању коме. Именована је као дежурни лекар све је урадила, што је у том тренутку могла, а могла је јако мало. Пошто је био ноћ, а реч је о специјалној болници за рехабилитацију, а не за лечење, у приручној апотеци није имала на располагању препоручени антибиотик, мароцен, а ни замене, за шта не може да буде одговорна. Из ових разлога, у њеном чињењу и нечињењу нема елемената повреде професионалне дужности и угледа члана Коморе, па је одлучено како у алинеји II) ове Одлуке.

Веће је прихватило одбрану спец. др. мед. Јелене Лукић Петров само у делу која се односи на околности преузимања бригу о пацијенту, који је био на опсервацији у Ургентном центру, од своје колегинице и да је у току своје смене имала увид у лабораторијске резултате, као и у РТГ налаз и налаз неуролога, тј. увиду у целокупну ситуацију, али не и део у којој тврди да је правилно поступила када је пацијента вратила у матичну установу за рехабилитацију. Напротив, Веће сматра да је др Лукић Петров лоше проценила пацијентово опште здравствено стање, које је константно било у погоршању, са акутном инфекцијом и донела је неисправну одлуку да га врати у „Русанду“. Њена одговорност је утолико већа, да је одлуку донела и налаз написала пре консултације са урологом, иако јој је било јасно, да се у конкретном случају ради о уролошкој инфекцији. Није показала ни дужну пажњу пацијенту, који се и после доношења одлуке о враћању до доласка транспортних кола хитне помоћи и даље налазио у соби за опсервацију, практично под њеном јурисдикцијом, она не зна када је именовани транспортован у „Русанду“. Из ових разлога Веће одлучило да је спец. др. мед. Јелена Лукић Петров одговорна за дело које јој се захтевом ставља на терет. С обзиром на то да нема доказа да је смртни исход резултат пропуста именоване, већ је исти највероватније нежењена компликација озбиљне претходне, основне болести и општег лошег стања пацијента, дело се квалификује као лака повреда и изречена је дисциплинска мера јавне опомене.

Веће није прихватило одбрану спец. др. мед. Драгослава Бјелице да је савесно обавио консултативни преглед пацијента, јер је то у супротности са на главном претресу утврђеним чињеницама. Наиме, да погоршања пацијентовог стања је без дилеме уследило услед уринарне инфекције, због дугог времена ношења катетера, а претпоставља се да је дошло и до уросепсе. Иако је све то уочио, шта више, приметио је хеморагични урин у кесници, а ипак није тражио никакве додатне анализе да би до краја расветлио узроке и последице.

Одговоран је и за то, што је прво прегледао пацијента, заменио му катетер, па је тек накнадно погледао и лабораторијске анализе. Чин да се сагласио са већ написаним извештајем интернисте и враћањем пацијента у „Русанду“, може се протумачити тако, да је враћање пацијента заједничка одлука интернисте и др Бјелице. С обзиром на то да нема доказа да је смртни исход директна последица тога, да није дошло до хоспитализације у Зрењанину, дело којим се спец. др. мед. Драгослав Бјелица терети, квалификује се као лака повреда и изрече му се дисциплинска мера јавне опомене.

Суд је прихватио одбрану спец. др. мед. Босиљке Селена Кордин само у делу која се односи на околности лечења пацијента пре 07. 03. 2012. год., констатовања појаве фебрилности тога дана, предузете мере у току истог дана, околности упућивања пацијента 08. 03. 2012. год. у јутарњим часовима и предузете мере 09. 03. 2012. год. све до леталног исхода, али не и део у којој тврди да је правилно реаговала на појаву фебрилности 07. 03. 2012. год., нити када је пацијента без адекватне медицинске документације упутила у зрењанинску болницу. Веће сматра да је др Селена Кордин, као ординирајући лекар, која је и прво констатовала погоршање здравственог стања пацијента - појаву високе температуре још 07. марта, а која се у току дана повећавала, требала је одмах да реагује и још тога дана пошаље пацијента на дијагностику и даље праћење или бар да га покрије са иницијалним дозама антибиотика. Даље, приликом упућивања болесника на преглед у Зрењанин, уз упут морала је послати и комплетну медицинску документацију, а неизоставно бар лабораторијске анализе тога дана (леукоцити, уреа, креатинин). Одговорна је и за то, што није захтевала обдукцију пацијента ради утврђивања непосредног узрока смрти. Дело за које је др Селена Кордин одговорна, није директно довело до леталног исхода лечења, па се зато квалификује као лака дисциплинска повреда и изриче јој се дисциплинска мера јавне опомене.

На основу горе изнетог суд сматра да нема доказа да су спец. др. мед. Татјана Лазић Ћилерџић и спец. др. мед. Јулијана Филипов, лекари Опште болнице „Ђорђе Јоановић“ у Зрењанину и спец. др. мед. Соња Калуђерски, лекар Специјалне болнице за рехабилитације „Русанда“ у Меленцима учинили дело које им се захтевом за покретање поступка стављен на терет.

Суд такође сматра на основу горе изнетог да су спец. др. мед. Јелена Лукић Петров и спец. др. мед. Драгослав Бјелица, лекари Опште болнице „Ђорђе Јоановић“ у Зрењанину и спец. др. мед. Босиљке Селена Кордин лекар Специјалне болнице за рехабилитације „Русанда“ у Меленцима учинили повреду професионалне дужности из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 3. Статута Лекарске коморе Србије на начин описан у изреци ове Одлуке и да појединачно изречена мера јавне опомене адекватна учињеном делу. При изрицању мера узете су обзир све околности случаја, а Веће није нашло нити посебно отежавајућих нити олакшавајућих околности.

Одлука о трошковима није донета, јер нико од странака није истакао захтев у том правцу.

На основу горе изнетог одлучено је како у изреци.

Поука о правном леку

На основу чл. 241. Статута против ове одлуке може се поднети жалба Врховном суду части Лекарске коморе Србије у року од 15 дана од дана пријема исте. Жалба се доставља преко овог Суда.

Председник судског Већа

Мр сц. мед. Ивица Милосављевић



ОБЕЛЕЖЕН ДАН ВМА, 2. МАРТ, И 170 ГОДИНА ПОСТОЈАЊА ТЕ УСТАНОВЕ: МОДЕРНО ЗДАЊЕ НА БАЊИЦИ

сандром Кличковићем, свечаним пресецањем врпце отворио је симболично нову зграду Хитне помоћи. Зграда ће омогућити боље услове рада и квалитетније пружање неопходне помоћи пацијентима. Због организације рада у Заводу, пресељење појединих служби и одсека одвијаће се по посебном плану, а прве пацијенте наши лекари прегледали су у новим просторијама од 1. априла, Дана Завода.

Током претходних девет месеци, на плацу површине 65 ари, изграђена је нова зграда Хитне помоћи, површине 2.000 квадратних метара, финансирана из буџета града Крагујевца са око 220 милиона динара. Објекат је наменски рађен и прилагођен потребама Хитне службе, а изведен по највишим грађевинским стандардима: има тзв. „енергетски пасош“, лед-осветљење, покривени паркинг за 20 комби возила, пет гаража за возила у смени ради грејања у зимском периоду и пуњења електронске опреме, ЕКГ апарата и дефибрилатора.

Приземни део зграде има две целине: пријемни део са амбулантама и собама за опсервацију за одрасле и децу и хитном стоматолошком амбулантом и тзв. теренски блок са диспечерским центром. У сутерену је магацински простор и радионица за поправке санитетских возила. У спратном делу, оба сегмента зграде су спојена пасарелом и формирају административни, тј. правно-економски део и део за едукацију.

Треба имати у виду да Завод за хитну медицинску помоћ у Крагујевцу покрива терен радијуса око 50 километара са више од 180.000 становника на 835 квадратних километара у 57 насеља, број амбулантних прегледа и теренских интервенција има тенденцију раста. И поред објективне потребе за додатним кадром, будући да своју делатност остварује са минималним бројем екипа, Завод нема потребну сагласност за пријем нових лекара. Министарство здравља, наиме, не препознаје четири педијатра Завода као нетеренске лека-

ре, већ их калкулише у укупан број лекара и тај проблем траје већ дуже време. Педијатар Завода за хитну помоћ је, међутим, једини дечији лекар на примарном нивоу здравствене заштите, на целом подручју града и припадајућих насељених места, од којих су најдаља и по 20 до 25 километара далеко од Хитне, који у периоду од 19 до седам сати наредног дана пружа неопходну помоћ болесној или повређеној деци.

Др Душан Ђокић, педијатар, ЗЗХМП Крагујевац

ВМА ОБЕЛЕЖИЛА ЗНАЧАЈАН ЈУБИЛЕЈ

Поводом обележавања Дана ВМА, 2. марта, и 170 година постојања те установе, одржана је свечана академија у Дому гарде на Топчидеру. Председник Србије Томислав Николић је том приликом истакао да је ВМА институција од националног значаја и већ деценијама једна од највећих и најугледнијих војних болница у југоисточној Европи.

Он је рекао да је војно медицинско особље понос Србије зато што и данас поставља и брани највише стандарде у лечењу, превентивној медицини, образовању и научно-истраживачком раду. Честитајући јубилеј, Николић је нагласио да очекује да ВМА одржи и унапреди углед елитне медицинске установе, да у региону и свету остане препознатљива по свом квалитету, као и да остане понос система одбране, здравства и државе у целини.

ВМА је медицинска, научно-истраживачка и образовна установа, позната и ван граница наше земље. У 27 клиника и 17 института спроводи се више од 5.000 различитих дијагностичких и терапијских процедура. ВМА има у саставу и Медицински факултет.



Данас се организовани скрининг карцинома дојке спроводи у 20 општина широм Србије. У периоду од почетка организованог скрининга карцинома дојке до сада, на преглед мамографским снимањем позвано је укупно око 75.000 жена. Скоро свака друга жена се одазвала на преглед. Код око 2.200 жена утврђени су позитивни

мамографски налази, што чини 5,5 одсто од укупног броја урађених мамографија у овом програму. Од почетка спровођења овог програма, мамографским прегледом постављена је дијагноза и хистопатолошки су потврђени карциноми дојке код 143 жене. Основни циљ организованог скрининг програма је смањење смртности жена од карцинома дојке, уз напомену да се на 1000 мамографски прегледаних жена током 10 година, спасава један живот.

ИНЋИЈА: ЛАКШЕ ДО КАРДИОЛОГА

Дома здравља „Др Милорад Мика Павловић“ у Инђији и Институт за кардиоваскуларне болести Војводине, Сремска Каменица, склопили су недавно уговор који се односи на збрињавање срчаних болесника, с обзиром да објекти примарне здравствене заштите, где спада и инђијски Дом здравља, не могу да запошљавају кардиологе.

– Према одлуци Министарства, кардиолози не могу да раде у примарној здравственој заштити. Због тога смо направили овај уговор на основу ког ће наши кардиолози долазити у Дом здравља у Инђији и радити ехокардиографију, тест оптерећења, холтер крвног притиска и кардиолошке прегледе – истакла је Нада Чемерлић Ађић, директорка Института за кардиоваскуларне болести Војводине. Уколико кардиолози препознају хитност, они преузимају на себе да у најкраћем могућем року закажу прегледе и збрињавање за те пацијенте.

Према речима прим. др Васе Петровића, директора инђијског Дома здравља, лекари из Института долазиће једном недељно и обављати прегледе на које су грађани Инђије до сада дуго чекали. Дом здравља Инђија више година је односио титулу најбољег у Србији, али, Петровић истиче да им је сада „мерило – Југоисточна Европа“

СВЕТСКИ ДАН ЗДРАВЉА: ВЕКТОРСКЕ БОЛЕСТИ

Светски дан здравља, 7. април ове године је посвећен векторским заразним болестима и обележен је под слоганом „Векторске заразне болести: мали убод, велика опасност“. Циљ овогодишње кампање јесте поди-

зање свести о значају векторских заразних болести и могућим последицама по здравље људи, као и подизање нивоа знања о могућностима њихове превенције. Специфични циљеви овогодишње кампање усмерени су на мере превенције намењене становништву у срединама у којима су векторске заразне болести ендемски присутне, путницима у међународном саобраћају, као и унапређењу интерсекторске сарадње у циљу превенције, спречавања и сузбијања векторских заразних болести.

Векторске заразне болести су болести чији узрочник (бактерија, вирус, рикетија, паразит) извесно време, пре него што доспе у свог домаћина, проведе у вектору (комарац, крпељ и различите друге врсте инсеката). Након такозваног спољашњег периода инкубације, вектор преноси узрочника заразних болести на осетљивог домаћина (човек, животиња) убодом/уједом. Инфицирани вектори најчешће доживотно преносе узрочника.

Вектори су организми који немају механизме за одржавање телесне топлоте, па директно зависе од спољашње температуре. У условима високе температуре и велике влажности њихов број може да порасте и неколико пута. Векторске заразне болести су карактеристичне за тропске и субтропске области, подручја са лошим хигијенско санитарним условима, као и за подручја на којима је здравствено безбедна вода за пиће тешко доступна. Међутим, Европском региону прети појава нових векторских заразних болести, док се век-

торске болести, за које се сматрало да су сузбијене, поново јављају. Томе у прилог говори неочекивана појава маларије у земљама и областима у којима је била елиминисана. Те болести чине 17 одсто глобалног оптерећења заразним болестима. Најсмртоноснија међу њима је маларија, од које у свету годишње умре 1,2 милиона људи. Према проценама СЗО, више од 2,5 милијарде људи у више од 100 земаља света је под ризиком оболевања од денге,

док око 1,3 милиона људи широм света годишње оболева од лајшманијазе. Грозница Западног Нила је значајан јавноздравствени проблем како у ЕУ и земљама у окружењу, тако и у нашој земљи. Више од половине светске популације је у опасности од оболевања од ових болести.

На територији Републике Србије региструју се претежно случајеви оболевања од лајмске болести, импортоване маларије и кожне лајшманијазе.

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ поводом обележавања Светског дана здравља организује једнодневну стручну конференцију под називом „Јавно здравствени значај векторских заразних болести, која ће омогућити размену искуства и знања здравствених радника свих профила кроз отворени дијалог о векторским заразним болестима. (са сајта Института Батут)



Penang High School College

Добродошли на платформу за online едукацију Лекарске коморе Србије



Припремили smo takvo odgovarajuće programe obuke lekara za korišćenje online edukativne tehnologije u terenskoj kompjuterskoj klinici, koju ćemo, na vaš poziv, organizovati u širem ne aktivnosti podržavati da bi bili besplatni za članove Komore, jer želimo da ova platforma et rada lekara, a ne samo sredstvo za pružanje bolova potrebnih za produženje licencije.

ДОСТУПНИ ПРОГРАМИ

ДОСТУПНИ ПРОГРАМИ

Курсовый проект - менеджмент маркетинга: 20 мая, 18:18

Курсовый проект - менеджмент маркетинга: 20 мая, 18:18

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

ПЛАТФОРМА ЈЕ ДОСТУПНА

[Report Abuse](#) · [Privacy Policy](#) · [Terms of Service](#)

Graphic novel

(August 2024)

(agosto 2024.)

1	2	3	4	5	6	7
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

(последний 8 минут)

 Maga House

Digitized by Google

- Универсальная платформа
- База документов
- Контакт
- Регистрация 10
- Новости
- Приветствия
- Форум

Positive results

- Почетна страна
- Почетна страна
- Упутство за коришћење платформе
- Важна документа
- Контакт
- Региструјте се
- Новости
- Прегледница
- Форум
- Помоћ



