

Број 21 //
Београд //
Јул //
2014 //
Година VI //

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ГЛАСНИК

ISSN 1821-3995

КАК СУ ПРОТЕКЛИ
ИЗБОРИ У КОМОРИ

ИЗАБРАНИ ДЕЛЕГАТИ ЗА СКУПШТИНЕ ЛКС И РЛК

Интервју

АКАДЕМИК ПРОФ. ДР МИОДРАГ
ЧОЛИЋ, ДЕКАН МЕДИЦИНСКОГ
ФАКУЛТЕТА ВМА У БЕОГРАДУ

РАСАДНИК БУДУЋИХ ВОЈНИХ ЛЕКАРА И НАУЧНИКА



Udruženje ljekara/liječnika porodične/obiteljske
medicine Federacije Bosne i Hercegovine
Association of Family Physicians of Federation
of Bosnia and Herzegovina



Who are we and what is our future?

III CONGRESS AGPFMSEE

Sarajevo, Bosnia and Herzegovina
19 – 21 September, 2014



Venue: Hotel "Hollywood" Sarajevo

Registration fee: €150;

on date of Congress: €200

Registration payment deadline for authors:

15 August, 2014

Paper submission deadline:

31 May, 2014

Subsidiary sponsor:



Prima Tours - Destination Management Company
Kemala Kapetanovića bb, 71000 Sarajevo
T: + 387 33 455 346 F: + 387 33 715 690
E: info@primatours.ba, kongres@primatours.ba
www.primatours.ba

Udruženje ljekara/liječnika porodične/obiteljske medicine FBiH
Association of Family Physicians of Federation of BiH
Address: Vozara 11, 71000 Sarajevo
e-mail: info@afpbih.org, salim.jatic@afpbih.com
www.afpbih.com



Udruženje ljekara/liječnika porodične/obiteljske
medicine Federacije Bosne i Hercegovine
Association of Family Physicians of Federation
of Bosnia and Herzegovina



III CONGRESS AGPFMSEE

Sarajevo, Bosnia and Herzegovina
19 – 21 September, 2014

Who are we and what is our future?

Congress topics:

Violence by patients against doctors

The future of family medicine and improving quality of care in family medicine

Quality education and quality of service

Common chronic diseases in family medicine: prevention and management

Sleep disorders

Free topics

Registration payment deadline for authors:

15 August, 2014

Paper submission deadline:

31 May, 2014

web site: www.afpbih.com



Venue: Hotel "Hollywood" Sarajevo

Registration fee: €150; on date of Conference: €200

web site: www.hotel-hollywood.ba

Room	Bed & Breakfast	Half Board
Single 1/1	€ 42	€ 49,5
Double 1/2	€ 32	€ 39,5



Subsidiary sponsor:



Prima Tours - Destination Management Company
Kemala Kapetanovića bb, 71000 Sarajevo
T: + 387 33 455 346 F: + 387 33 715 690
E: info@primatours.ba, kongres@primatours.ba
www.primatours.ba

Udruženje ljekara/liječnika porodične/obiteljske medicine FBiH
Association of Family Physicians of Federation of BiH
Address: Vozara 11, 71000 Sarajevo
e-mail: info@afpbih.org, salim.jatic@afpbih.com
www.afpbih.com



Гласник

ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Година VI, број 21,
јул 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:

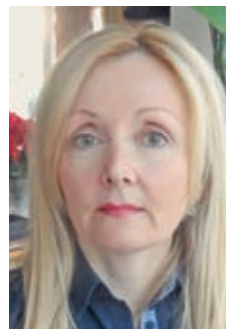
Институт за неонатологију
у Београду

Штампа:

Штампарииа „Scanner studio“, Београд

Реч уредника

Поштоване колегинице и колеге,
Драги чланови Лекарске коморе Србије,



Ж

елим да честитам
свим колегиницама и колегама
који су изабрани у нови сазив
регионалних скупштина и
Скупштине Лекарске коморе
Србије. Ко ће нас заступати
у наредне четири године
можете да прочитате у Одлуци

Централне изборне комисије.

На нашој насловној страни налази се Институт
за неонатологију где уз примену најсавременије
технологије збрињавају најмлађи и најслађи
становници наше државе;

Интервју са академиком проф. др Миодрагом
Чолићем деканом Медицинског факултета
Војномедицинске академије појасниће у чему
се разликују а у чему су исти цивилни и војни
модел образованја;

Како функционише већ 20 година једна успешна
приватна ординација физикалне медицине
– Physical;

Како ће се болести срца лечити у Војводини
сарадњом других центара са ИКВБ Војводине;

Шта Јапанци мисле о проф. др Александру
Лазаревићу, кардиологу, нашем драгом госту из
Републике Српске и због чега;

Зашто су медији незаинтересовани за научну
истину пише прим. др Предраг Кон;

Здравље доктора је поново у средишту пажње
овог пута, ЕУРАКТА, Европског удружења ментора
у породичној медицини;

Преносимо експозе премијера Александра
Вучића пред посланицима Скупштине Републике
Србије о томе каква нам реформа здравства
предстоји; на истој седници 27. априла именован
је нови Министар здравља др Златибор Лончар;

И најважније, зашто нам треба Закон о лекарству
– пише прим. др сци. мед. Татјана Радосављевић
Срдачан поздрав,

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

ИЗ ОВОГ БРОЈА

РЕЧ ДИРЕКТОРА **Стр. 6**

- ЗАШТО ЈЕ ЛЕКАРИМА У СРБИЈИ НЕОПХОДАН ЗАКОН О ЛЕКАРСКОЈ ДЕЛАТНОСТИ: ПРОПИС КОЈИ ШТИТИ ДОКТОРА И ПАЦИЈЕНТА

АКТИВНОСТИ КОМОРЕ **Стр. 19**

- СОЛИДАРНА ПОМОЋ ЛЕКАРИМА У ОБРЕНОВЦУ

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ **Стр. 25**

- ИЗ ОКВИРНОГ ЕКСПОЗЕА ПРЕМИЈЕРА АЛЕКСАНДРА ВУЧИЋА ПРЕД ПОСЛАНИЦИМА СКУПШТИНЕ СРБИЈЕ 27. АПРИЛА: НЕМИНОВНА РЕФОРМА ЗДРАВСТВА
- ДР ЗЛАТИБОР ЛОНЧАР – НОВИ МИНИСТАР ЗДРАВЉА
- МИНИСТАР ЗДРАВЉА ИМЕНОВАО КООРДИНАТОРЕ
- ВРЕМЕ КОЈЕ НЕУМИТНО ПРОТИЧЕ НИЈЕ НАМ САВЕЗНИК
- СИНДИКАТ ЛЕКАРА И ФАРМАЦЕУТА СРБИЈЕ: ОТВОРЕНО ПИСМО МИНИСТРУ ЗДРАВЉА
- УРГЕНТНО ЛЕЧЕЊЕ СРЦА ПО ЕВРОПСКОМ МОДЕЛУ

НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ **Стр. 33**

- ВЕЛИКИ ПОТЕНЦИЈАЛ МАТИЧНИХ ЋЕЛИЈА ИЗ КРВИ ПУПЧАНИКА
- БОЉИ ПРИКАЗ СТРУКТУРА, УЗ МАЊЕ ЗРАЧЕЊА

СА СТРУЧНИХ ОКУПЉАЊА **Стр. 39**

- СИМПОЗИЈУМ ИЗ ЕХОКАРДИОГРАФИЈЕ

МЕЂУНАРОДНА САРАДЊА **Стр. 42**

- ЗДРАВЉЕ ДОКТОРА У СРЕДИШТУ ПАЖЊЕ

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА **Стр. 44**

ПРЕДСТАВЉАМО

ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ **Стр. 47**

- СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА ОРДИНАЦИЈА ЗА ФИЗИКАЛНУ МЕДИЦИНУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈУ „PHYSICAL“, БЕОГРАД: КЉУЧ УСПЕШНЕ ТЕРАПИЈЕ – ИНДИВИДУАЛНИ ПРИСТУП

ИЗ ИСТОРИЈЕ МЕДИЦИНЕ **Стр. 62**

- ПРЕТЕЧА ХИТНЕ ПОМОЋИ

ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ **Стр. 66**

- ШАПЧАНЕ ЛЕЧИЛИ „ПУТУЈУЋИ“ ЛЕКАРИ

ЛЕКАРИ ПИШУ **Стр. 68**

- ПРИОРИТЕТ ДАТ СЕНЗАЦИЈАМА, А НЕ ЧИЊЕНИЦАМА
- АНТИВАКЦИНАЛИСТИ

ПРЕНОСИМО ИЗ ДРУГИХ ГЛАСИЛА **Стр. 70**

- СРБИ – ПРЕТЕЧЕ У СВЕТСКОЈ МЕДИЦИНИ

ВЕСТИ **Стр. 72**

ОДЛУКЕ СУДОВА ЧАСТИ **Стр. 79**



7-18

Изабрани делегати за Скупштину ЛКС и РЛК

Гласачки листићи за изборе скупштине ЛКС и РЛК, заштићени воденим жићом, шtamпани у tiraжу од 26.142 за државну и 3.138 за приватну праксу

44-46

Дефинисање смерница за меланом

Подаци о клиничко-патолошким карактеристикама у Србији указују на касну дијагнозу и пошребу за ефикаснијим мерама превенције – објашњава проф. др Лидија Кандолф Секуловић из Клинике за кожне и њолне болести ВМА



20–24

Расадник будућих војних лекара и научника

Академик проф. др Миодраг Чолић говори о предностима и специфичностима Медицинског факултета ВМА који, осим интегрираних академских студија, има акредитоване и академске специјалистичке, као и три модула докторских студија



36–38

Биопсија „in vivo“ открива болести пре симптома

Примена најсавременије ОСТ технологије у офталмологији има велике могућности како у дијагностици, тако и праћењу прогресије болести – указује др Лидија Маџарашевић из Клинике за очне болести КБЦ Звездара



47–52

Лечење најмањих пацијената је филирански посао

Проф. др Милица Ранковић Јаневски говори о новинама у лечењу беба ниске тежације и мале телесне масе на рођењу код којих је често неопходно и решавање озбиљних здравствених проблема



53–55

Традиција дуа њеног века и по

Оформљена у кући некадашњеј среској начелника Алексе Андоновића далеке 1867, Ваљевска болница данас је прерасла у модеран медицински центар коме припада савременост и чистота Колубарској области

Реч директора

ЗАШТО ЈЕ ЛЕКАРИМА У СРБИЈИ НЕОПХОДАН ЗАКОН О ЛЕКАРСКОЈ ДЕЛАТНОСТИ

Пројис који шћићи докћора и њацијенћа

ЗАКОН ТРЕБА ДА УВЕДЕ ОБАВЕЗНО ОСИГУРАЊЕ ОД ПРОФЕСИОНАЛНЕ ОДГОВОРНОСТИ, ОБАВЕЗНОСТ ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕЊА И СТАТУС СЛУЖБЕНИХ ЛИЦА ЗА ЛЕКАРЕ

Пише:

Прим. др сци. мед.
Татјана Радосављевић



Лекарска делатност у Србији, упркос бројним законима и подзаконским актима који регулишу здравствену заштиту, није на задовољавајући начин регулисана.

Постоје бројне правне празнине, везане за одређене ситуације из праксе.

Двадесет први век, медијске кампање против лекара, развој интернета и упућеност пацијената на сазнања преко интернета и друштвених мрежа, економска криза, све то заједно намеће потребу да се лекарска делатност у Србији регулише посебним Законом о лекарској делатности.

Доношење Закона о лекарској делатности неопходно је да би се јасно дефинисала сва правила везана за лекарску делатност. Закон је важан због побољшања квалитета здравствене заштите, односа лекар-пацијент и сигурности лекара у обављању посла лекара.

Лекарска делатност дефинисана је у различитим законима и подзаконским актима, али неке битне теме, као што су обавезно осигурање од професионалне одговорности, обавезност протокола лечења и статус службених лица за лекаре - не налазе се нигде.

Овакав закон постоји у Хрватској, Словенији, Републици Српској и Немачкој, у облику у коме би то требало да постоји и у Србији. Чак је и Краљевина Југославија 1931. године у јануару месецу усвојила Закон о лекарима.

У овом моменту лекари се налазе тамо где су се налазили пацијенти пре доношења Закона о заштити пацијентових права.

Са друге стране, постоје бројни изазови садашњег економског тренутка, економска криза, ничим оправдано опорезивање ионако малих лекарских плата, претње укидањем садашњег начина финансирања здравства.

Истовремено, Републици Србији прети озбиљан мањак лекара, пошто постоји забрана запошљавања лекара. Велики је број незапослених лекара, присутна је изражена миграција лекара из Србије у земље Европске уније, али и земље Африке и Азије.

Старосна структура лекара у Србији није добра, лекари су „стара“ професија, јер није спровођена адекватна политика обнављања кадра, поготово специјалистичког и високо образованог субспецијалистичког кадра.

Истовремено, у Србији су на делу покушаји промена начина плаћања лекарима (капитација, дијагностички сродне групе).

Све ово скупа указује на то да је неопходно донети посебан lex specijalis о лекарској делатности, који би требало да регулише сва она питања која су важна, не само за ле-

каре, него и за грађане Србије и за здравствени систем Републике Србије.

Свесни смо да не постоји у Министарству здравља, нити међу актуелним политичким странкама у Србији, како у власти, тако и у опозицији, политичка воља за доношење оваквог закона.

Стручна лекарска јавност захтева доношење оваквог закона и остаје на позицијама да је овакав закон неопходан.

Како натерати естаблишмент да донесе овакав закон? Једна од могућности јесте грађанска иницијатива коју би својим потписима подржало 30.000 грађана-бирача и тако затражило доношење овог закона (Вујовић, 2001). Потписници захтева могу бити лекари и чланови њихових породица, а Лекарска комора Србије би могла организовати прикупљање потписа.

У образложењу потребе за овим законом би се пошло од уставног права грађана на живот (члан 11 Устава), права на заштиту здравља (члан 45 Устава), те права на слободан избор лекара. Бројни су и нагомилани проблеми са којима се лекарска струка сусреће, посебно у вези са жељом лекара да и у овим условима одрже завидан ниво квалитета здравствене заштите и сигурност пацијената (Закон о правима пацијената, 2013).

Сви покушаји да се нека од питања реше без доношења оваквог закона нису успели. Тако, иако лекарска струка то већ годинама тражи, у клиничку праксу нису уведени обавезујући протоколи лечења.

Такође, држава Србија није прописала обавезу осигурања лекара од професионалне одговорности,

док су све чешћи судски процеси са великим одштетним захтевима.

Циљеви доношења Закона о лекарској делатности били би:

- побољшање квалитета здравствене заштите
- враћање поверења пацијената у лекаре
- враћање поверења лекара у здравствени систем Србије

Доношењем оваког закона би се значајно смањио број дефанзивно медицинских одлука у свакодневној клиничкој пракси. Обавезно осигурање од професионалне одговорности довело би до боље заштите и лекара и пацијената. Са друге стране, доношење оваког закона не би захтевало додатна велика финансијска средства.

Овакве законе имају и друге земље чланице Европске уније, а по

принципу субвенционисаности, национална законодавства треба и могу да доносе овакве законе у свим слободним професијама, укључујући и лекарску.

Усвајање оваког закона је у потпуном складу са политиком Здравље за све до 2020, као и са националним стратегијама Републике Србије из области здравства.

Ефекти овог Закона били би позитивни и то како директни финансијски, тако и индиректни.

Доношење оваког Закона, у овом тренутку, би спречило урушавање здравственог система у доба економске кризе и сачувало најзначајнији и највитаљнији ресурс здравственог система Србије, а то су лекари.

Предлог Закона о Лекарској делатности наслања се на постојећи

Закон о лијечништву Републике Хрватске, Закон о лекарском послу Републике Словеније, Закон о лекарима – Службене Новине Краљевине Југославије, 1931.

У изради предлога Закона треба користити Јединствена методолошка правила за израду прописа, „Службени Гласник РС“, бр. 21/2010.

Лекарска струка очекује доношење овог закона, да би лекарска делатност била регулисана по угледу на остале земље ЕУ. Овакав закон побољшао би здравствени систем Србије, а тиме и квалитет здравствене заштите у интересу пацијената и грађана Србије.

На Лекарској комори Србије, као националној медицинској асоцијацији, јесте да предложи текст оваког закона, као да и лобира за његово доношење. //

На основу члана 107. став 2) тачка 16 Статута Лекарске коморе Србије, Централна изборна комисија ЛКС на XVIII седници одржаној 07.07.2014. године, у Београду усвојила је:

ИЗВЕШТАЈ О СПРОВЕДЕНИМ ИЗБОРИМА У ЛКС

Коначни изборни резултати утврђени су Одлукама ЦИК ЛКС дана 23.06.2014.г.и листе делегата Скупштине ЛКС и делегата Скупштине РЛК и то:

ЛИСТА ДЕЛЕГАТА СКУПШТИНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	Р. Б.	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ	ЈМБГ	ДРЖАВНИ/ПРИВАТНИ
Београд – Нови Београд	1	Драган Делић	1102953710162	ДРЖАВНИ
	2	Александра Цветковић	1410970715166	ДРЖАВНИ
	3	Дејан Нешић	0208974780615	ДРЖАВНИ
	4	Бојан Васић	0402971710293	ДРЖАВНИ
	5	Александра Костић	2002969955024	ДРЖАВНИ
Београд – Вождовац	6	Филип Пилиповић	2805983710021	ДРЖАВНИ
	7	Мирјана Лапчевић	1907953715774	ДРЖАВНИ
	8	Мирољуб Јеремић	0511956710167	ДРЖАВНИ
	9	Весна Јовановић	1602965765011	ДРЖАВНИ
Београд – Чукарица	10	Нада Јовановић Васиљевић	2908954719129	ДРЖАВНИ
	11	Мирко Јанковић	0202951710239	ДРЖАВНИ
	12	Небојша Тасић	2012967710313	ДРЖАВНИ
	13	Бојана Павловић	1605978177177	ДРЖАВНИ
	14	Младен Павловић	3101982710202	ДРЖАВНИ
Београд – Врачар	15	Слађана Бранковић	0810978727826	ДРЖАВНИ
	16	Бранка Лазић	1606963726820	ДРЖАВНИ
	17	Александра Милосављевић	2911971715081	ДРЖАВНИ
Београд – Савски венац	18	Загорка Максимовић	1612958715276	ДРЖАВНИ
	19	<i>Није изабран делегат</i>		ДРЖАВНИ
Београд – Земун	20	Љубиша Поповић	1508957781613	ДРЖАВНИ

7 <

	21	Ксенија Узуновић	2011963715063	ДРЖАВНИ
Београд – Звездара	22	Радомир Радивојевић	2907968763817	ДРЖАВНИ
	23	Надан Микић	2108973723912	ДРЖАВНИ
	24	Љиљана Лазић	1105963787456	ДРЖАВНИ
	25	Јасмина Павловић	2109959715121	ДРЖАВНИ
Београд – Палилула	26	Петар Станојевић	1809952710505	ДРЖАВНИ
	27	Весна Јањушевић	1805956715239	ДРЖАВНИ
Београд – Стари град	28	Сергеј Лазаров	0705964733213	ДРЖАВНИ
	29	<i>Није изабран делеџај</i>		ДРЖАВНИ
Београд – Нови Београд	30	Радослав Радосављевић	0408958730038	ПРИВАТНИ
	31	Татјана Икић	2710964925008	ПРИВАТНИ
	32	Драгољуб Мандић	0406952710288	ПРИВАТНИ
	33	Марина Столић	1408981715120	ПРИВАТНИ
	34	Гордана Пантелић	2508959725021	ПРИВАТНИ
	35	Миодраг Настић	2409968710128	ПРИВАТНИ
Београд – Стари град	36	Олга Поповић	1605948715425	ПРИВАТНИ
	37	Нинослава Михајловић	1305945715099	ПРИВАТНИ
	38	Исидора Сбутега	0409984715035	ПРИВАТНИ
	39	Милан Динић	1901977710422	ПРИВАТНИ
	40	Јован Димитријевић	2001946710222	ПРИВАТНИ
	41	Данка Грудић	2510974777024	ПРИВАТНИ
	42	Саша Божовић	2408964785046	ПРИВАТНИ
	43	Миодраг Станић	1401966710312	ПРИВАТНИ
	44	Драган Столић	2708980710076	ПРИВАТНИ
Војводина – Сомбор	45	Снежана Гајић	1701963815028	ДРЖАВНИ
	46	Богдан Николић	0305955810037	ДРЖАВНИ
Војводина – Суботица	47	Јожеф Сирак	2001952820048	ДРЖАВНИ
	48	<i>Није изабран делеџај</i>		ДРЖАВНИ
Војводина – Кикинда	49	Радослав Бечејац	2206953830021	ДРЖАВНИ
Војводина – Зрењанин	50	Светлана Детки	0112961855058	ДРЖАВНИ
Војводина – Вршац	51	Горан Вешовић	0608963210025	ДРЖАВНИ
Војводина – Панчево	52	Слободан Овука	0607963380013	ДРЖАВНИ
Војводина – Сремска Митровица	53	Наташа Палдрмић	2907977895017	ДРЖАВНИ
	54	Ненад Голубовић	1306960180858	ДРЖАВНИ
Војводина – Нови Сад	55	Драган Данкуц	2001960800021	ДРЖАВНИ
	56	Таита Стојилковић Микић	0312962805010	ДРЖАВНИ
	57	Бранко Миличевић	2406957800010	ДРЖАВНИ
	58	Светлана Сараволац Стефановић	1908955805068	ДРЖАВНИ
	59	Олга Влаов Жарков	0111955835014	ДРЖАВНИ
	60	Светлана Малешевић	3107959805032	ДРЖАВНИ
	61	Владана Стефановић	2102985805010	ДРЖАВНИ
	62	Горан Ђуровић	0101969784573	ДРЖАВНИ
Војводина – Врбас	63	Томислав Стантић	2905964820066	ПРИВАТНИ
Војводина – Нови Сад	64	<i>Није изабран делеџај</i>		ПРИВАТНИ
	65	<i>Није изабран делеџај</i>		ПРИВАТНИ
	66	Јадранка Равић	0104957805051	ПРИВАТНИ
Војводина – Бачка и Срем	67	<i>Није изабран делеџај</i>		ПРИВАТНИ
	68	Дејан Дајковић	0206968850013	ПРИВАТНИ
Војводина – Банат	69	Радивоје Лазић	2504970762030	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 1	70	Зоран Пуслојић	1811963752018	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 2	71	Ивана Јанковић	2202965755054	ДРЖАВНИ
	72	Мирослав Миљковић	0408960731319	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 4	73	Саша Зајић	1602971781029	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 5	74	Радмила Лечић	1102962787615	ДРЖАВНИ
	75	Јовица Јовановић	2111957730047	ДРЖАВНИ

	76	Александар Радосављевић	0201974730036	ДРЖАВНИ
	77	Горан Стојиљковић	1008964730061	ДРЖАВНИ
	78	Стеван Илић	0512949730019	ДРЖАВНИ
	79	Марина Дељанин Илић	0110957735029	ДРЖАВНИ
	80	Милан Симић	1408960730073	ДРЖАВНИ
	81	Небојша Илић	0208962730027	ДРЖАВНИ
	82	Лидија Ристић	1312960735043	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 7	83	Иван Илић	0609970732513	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 8	84	Александар Станковић	2706956740042	ДРЖАВНИ
	85	Петар Вулановић	1604977740017	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 9	86	Драган Китановић	1111958744110	ДРЖАВНИ
	87	Славица Младеновић	2411952747018	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 1	88	Радмила Јанковић	2707951767011	ПРИВАТНИ
Југоисточна Србија – Број 2	89	Драган Стефановић	1202960730068	ПРИВАТНИ
	90	Снежана Јовановић	2111951735020	ПРИВАТНИ
Југоисточна Србија – Број 3	91	Сава Попадић	3101943781011	ПРИВАТНИ
Централна и западна Србија – Број 1	92	Снежана Ковачевић	2111961778410	ДРЖАВНИ
Централна и западна Србија – Број 2	93	Александар Исаковић	0311971773613	ДРЖАВНИ
Централна и западна Србија – Број 3	94	Владимир Обрадовић	2112971770066	ДРЖАВНИ
Централна и западна Србија – Број 4	95	Гордана Лучић	0805957795011	ДРЖАВНИ
	96	Велимир Кнежевић	1808965790021	ДРЖАВНИ
	97	Мирослав Селаковић	1710963790024	ДРЖАВНИ
Централна и западна Србија – Број 5	98	Рада Петровић	1610955787869	ДРЖАВНИ
	99	Добрила Драговић	1808951788431	ДРЖАВНИ
Централна и западна Србија – Број 6	100	Ненад Ђоковић	2008962720011	ДРЖАВНИ
	101	Горан Азањац	2001964720014	ДРЖАВНИ
	102	Милан Пауновић	0103969780058	ДРЖАВНИ
	103	Драган Глиговић	2210958720043	ДРЖАВНИ
Централна и западна Србија - Број 7	104	Александра Андрић	2207971785021	ДРЖАВНИ
	105	Драган Арсић	2203951780036	ДРЖАВНИ
Централна и западна Србија – Број 8	106	Сеад Личина	2706962783918	ДРЖАВНИ
Централна и западна Србија – Број 9	107	Александар Илић	0610973770015	ДРЖАВНИ
Централна и западна Србија – Број 10	108	Слађана Илић	0904962728711	ДРЖАВНИ
Централна и западна Србија – Број 11	109	Бранко Радивојевић	2201965760019	ДРЖАВНИ
Централна и западна Србија – Број 1	110	Бранка Јоцић	2211957775029	ПРИВАТНИ
Централна и западна Србија – Број 2	111	Предраг Мијаиловић	2501945790039	ПРИВАТНИ
Централна и западна Србија – Број 3	112	Бранко Јовановић	0407948780049	ПРИВАТНИ
Централна и западна Србија – Број 4	113	Драгољуб Симић	2504967722214	ПРИВАТНИ
Косово и Метохија – Грачаница	114	Славица Чанковић	2805954915005	ДРЖАВНИ
	115	Петар Чанковић	1509979914923	ДРЖАВНИ
	116	Јордан Петровић	0905961960021	ДРЖАВНИ
	117	Јован Младеновић	2001953960056	ДРЖАВНИ
	118	Саша Младеновић	0608981450130	ДРЖАВНИ
Косово и Метохија – Кос. Митровица	119	Душан Петровић	0304973911219	ДРЖАВНИ
	120	Златко Новески	0901972952017	ДРЖАВНИ
	121	Весна Савић	1209964928010	ДРЖАВНИ
Косово и Метохија – Шилово	122	Зоран Петровић	2602969970020	ДРЖАВНИ
Косово и Метохија – Штрпце	123	Љубиша Недељковић	2210956950076	ДРЖАВНИ
	124	Радисав Пантић	1506950933016	ДРЖАВНИ

ЛИСТА ДЕЛЕГАТА СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСKE КОМОРЕ БЕОГРАДА

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	Р. Б.	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ	ЈМБГ	ДРЖАВНИ/ПРИВАТНИ
Нови Београд	1	Драган Делић	1102953710162	ДРЖАВНИ
	2	Бојан Васић	0402971710293	ДРЖАВНИ
	3	Александра Цветковић	1410970715166	ДРЖАВНИ

9 <

	4	Снежана Петровић	1002963715265	ДРЖАВНИ
	5	Дејан Нешић	0208974780615	ДРЖАВНИ
	6	Александра Костић	2002969955024	ДРЖАВНИ
	7	Сања Тасић	1804967715056	ДРЖАВНИ
	8	Драган Цветић	0309949710077	ДРЖАВНИ
Вождовац	1	Мирољуб Јеремић	0511956710167	ДРЖАВНИ
	2	Филип Пилиповић	2805983710021	ДРЖАВНИ
	3	Мирјана Лапчевић	1907953715774	ДРЖАВНИ
	4	Бобан Ђорђевић	2205968721613	ДРЖАВНИ
	5	Мирјана Милићевић	1611968766514	ДРЖАВНИ
	6	Драгана Трифуновић-Балановић	1003963715199	ДРЖАВНИ
Чукарица	1	Нада Јовановић-Васиљевић	2908954719129	ДРЖАВНИ
	2	Небојша Тасић	2012967710313	ДРЖАВНИ
	3	Мирко Јанковић	0202951710239	ДРЖАВНИ
	4	Бојана Павловић	1605978177177	ДРЖАВНИ
	5	Владимир Ковчин	2512957710237	ДРЖАВНИ
	6	Младен Павловић	3101982710202	ДРЖАВНИ
	7	Милена Јововић	1802963915066	ДРЖАВНИ
Врачар	1	Слађана Бранковић	0810978727826	ДРЖАВНИ
	2	Александра Милосављевић	2911971715081	ДРЖАВНИ
	3	Бранка Лазић	1606963726820	ДРЖАВНИ
	4	Душанка Вујадиновић-Пенђер	1610956715012	ДРЖАВНИ
Савски венац	1	Загорка Максимовић	1612958715276	ДРЖАВНИ
	2	Није изабран делеџаји		ДРЖАВНИ
	3	Није изабран делеџаји		ДРЖАВНИ
Земун	1	Ксенија Узуновић	2011963715063	ДРЖАВНИ
	2	Љубиша Поповић	1508957781613	ДРЖАВНИ
	3	Није изабран делеџаји		ДРЖАВНИ
Звездара	1	Радомир Радивојевић	2907968763817	ДРЖАВНИ
	2	Надан Микић	2108973723912	ДРЖАВНИ
	3	Љиљана Симић	0107969765046	ДРЖАВНИ
	4	Радула Дуњић	2508968782410	ДРЖАВНИ
Палилула	1	Јасмина Павловић	2109959715121	ДРЖАВНИ
	2	Петар Станојевић	1809952710505	ДРЖАВНИ
	3	Сања Ђорђевић	1410956715358	ДРЖАВНИ
	4	Вера Одановић	2305954715097	ДРЖАВНИ
Стари град	1	Весна Јањушевић	1805956715239	ДРЖАВНИ
	2	Сергеј Лазаров	0705964733213	ДРЖАВНИ
	3	Весна Вукотић-Павловић	1605965715269	ДРЖАВНИ
Обреновац	1	Није изабран делеџаји		ДРЖАВНИ
	2	Није изабран делеџаји		ДРЖАВНИ
Нови Београд	1	Снежана Чапрић	1610968715387	ПРИВАТНИ
	2	Радослав Радосављевић	0408958730038	ПРИВАТНИ
	3	Гордана Пантелић	2508959725021	ПРИВАТНИ
	4	Марина Столић	1408981715120	ПРИВАТНИ
	5	Драгољуб Мандић	0406952710288	ПРИВАТНИ
	6	Миодраг Насић	2409968710128	ПРИВАТНИ
Стари град	1	Олга Поповић	1605948715425	ПРИВАТНИ
	2	Нинослава Михајловић	1305945715099	ПРИВАТНИ
	3	Исидора Сбутега	0409984715035	ПРИВАТНИ
	4	Милан Динић	1901977710422	ПРИВАТНИ
	5	Данка Грудић	2510974777024	ПРИВАТНИ
	6	Јован Димитријевић	2001946710222	ПРИВАТНИ
	7	Драган Столић	2708980710076	ПРИВАТНИ
	8	Драгана Милутиновић	0609962715588	ПРИВАТНИ
	9	Саша Божовић	2408964785046	ПРИВАТНИ

ЛИСТА ДЕЛЕГАТА СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ВОЈВОДИНЕ

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	Р. Б.	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ	ЈМБГ	ДРЖАВНИ/ПРИВАТНИ
Сомбор	1	Није изабран кандигаџи		ДРЖАВНИ
	2	Није изабран кандигаџи		ДРЖАВНИ
Суботица	1	Марко Сенте	2204653820023	ДРЖАВНИ
	2	Није изабран кандигаџи		ДРЖАВНИ
	3	Није изабран кандигаџи		ДРЖАВНИ
Кикинда	1	Радивој Бореновић	0812970840022	ДРЖАВНИ
	2	Није изабран кандигаџи		ДРЖАВНИ
Зрењанин	1	Здравко Ждрале	1309960172668	ДРЖАВНИ
	2	Љиљана Протић	2507953855059	ДРЖАВНИ
Вршац	1	Гордана Гашпар	0808955875041	ДРЖАВНИ
Панчево	1	Теодора Лукић	0104976865030	ДРЖАВНИ
	2	Јасмина Савковић	3110958805064	ДРЖАВНИ
Сремска Митровица	1	Наташа Палдрмић	2907977895017	ДРЖАВНИ
	2	Драгиња Петковић	1406976895010	ДРЖАВНИ
	3	Ненад Голубовић	1306960180858	ДРЖАВНИ
Нови Сад	1	Душан Вулета	0602971880023	ДРЖАВНИ
	2	Рајко Јовић	1808959830038	ДРЖАВНИ
	3	Бојан Божић	0304976800035	ДРЖАВНИ
	4	Светлана Малешевић	3107959805032	ДРЖАВНИ
	5	Гордана Иванов	2112961749115	ДРЖАВНИ
	6	Олга Влаов Жарков	0111955835014	ДРЖАВНИ
	7	Слађана Јовановић	1304956745023	ДРЖАВНИ
	8	Светлана Сараволац Стефановић	1908955805068	ДРЖАВНИ
	9	Владана Стефановић	2102985805010	ДРЖАВНИ
	10	Није изабран кандигаџи		ДРЖАВНИ
	11	Није изабран кандигаџи		ДРЖАВНИ
Врбас	1	Саво Дојчинов	2009962123605	ДРЖАВНИ
Нови Сад	1	Снежана Вејновић	1710959805041	ПРИВАТНИ
	2	Светлана Тица	1606957805034	ПРИВАТНИ
	3	Није изабран кандигаџи		ПРИВАТНИ
Бачка и Срем	1	Саша Петровић	2606955730014	ПРИВАТНИ
	2	Није изабран кандигаџи		ПРИВАТНИ
Банат	1	Мирослав Радовић	0707964850018	ПРИВАТНИ

ЛИСТА ДЕЛЕГАТА СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ КОСОВА И МЕТОХИЈЕ

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	Р. Б.	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ	ЈМБГ	ДРЖАВНИ/ПРИВАТНИ
Грачаница	1	Славица Чанковић	2805954915005	ДРЖАВНИ
	2	Петар Чанковић	1509979914923	ДРЖАВНИ
	3	Јордан Петровић	0905961960021	ДРЖАВНИ
	4	Јован Младеновић	2001953960056	ДРЖАВНИ
	5	Милош Мирковић	1710955960018	ДРЖАВНИ
	6	Десанка Петковић	1612958965000	ДРЖАВНИ
	7	Саша Младеновић	0608981450130	ДРЖАВНИ
	8	Дејан Милановић	0309978914560	ДРЖАВНИ
	9	Славица Јованић	1212966916010	ДРЖАВНИ
	10	Звездан Милановић	2711962950001	ДРЖАВНИ
	11	Миодраг Спасић	2009953960006	ДРЖАВНИ
	12	Јелица Ђорђевић	2204968915012	ДРЖАВНИ
	13	Љиљана Божанић	1303961965000	ДРЖАВНИ
	14	Србислава Милинић	1512958925004	ДРЖАВНИ
	15	Зоран Ђорђевић	1407956960009	ДРЖАВНИ
	16	Златица Мирковић Петковић	2202962965015	ДРЖАВНИ
	17	Драгана Михајловић	1005968915067	ДРЖАВНИ

11 <

Косовска Митровица	18	Богољуб Вељковић	2608960960004	ДРЖАВНИ
	19	Зорица Томчић	1902963915028	ДРЖАВНИ
	1	Ксенија Турковић	0711964925007	ДРЖАВНИ
	2	Срђан Алексић	2712966920006	ДРЖАВНИ
	3	Славиша Радосављевић	2609966923918	ДРЖАВНИ
	4	Сузана Гаљак	2901970925028	ДРЖАВНИ
	5	Татјана Јевтић Милић	2901974925022	ДРЖАВНИ
	6	Саша Димић	0804973963513	ДРЖАВНИ
	7	Златко Новески	0901972952017	ДРЖАВНИ
	8	Горан Стефановић	1308968923011	ДРЖАВНИ
	9	Синиша Јаковљевић	2909969920013	ДРЖАВНИ
Шилово	10	Вуко Антонијевић	1210958923021	ДРЖАВНИ
	11	Надица Ковачевић	1606974929936	ДРЖАВНИ
	1	Јелица Крчмаревић	0502955977012	ДРЖАВНИ
Штрпце	2	Виолета Трајковић	0611971975007	ДРЖАВНИ
	3	Биљана Лабан	0408978975029	ДРЖАВНИ
	1	Саша Крстичић	1504965963512	ДРЖАВНИ
	2	Љубиша Недељковић	2210956950076	ДРЖАВНИ
	3	Радисав Пантић	1506950933016	ДРЖАВНИ
	4	Нихат Османи	0402954954006	ДРЖАВНИ

ЛИСТА ДЕЛЕГАТА СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ЈУГОИСТОЧНЕ СРБИЈЕ

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	Р. Б.	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ	ЈМБГ	ДРЖАВНИ/ПРИВАТНИ
Југоисточна Србија – Број 1	1	Радивоје Лазић	2504970762030	ДРЖАВНИ
	2	Сузана Младеновић	0107961715112	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 2	1	Љубинка Милошевић	2810964745020	ДРЖАВНИ
	2	Кристијан Николић	2011971752024	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 3	1	Звонимир Пантић	0305956730045	ДРЖАВНИ
	2	Ивана Јанковић	2202965755054	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 4	1	Србобран Бранковић	1401971731328	ДРЖАВНИ
	2	Славиша Антонијевић	0811960753710	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 5	1	Саша Зајић	1602971781029	ДРЖАВНИ
	2	Радмила Лечић	1102962787615	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 6	1	Александар Радосављевић	0201974730036	ДРЖАВНИ
	2	Јовица Јовановић	2111957730047	ДРЖАВНИ
	3	Милан Симић	1408960730073	ДРЖАВНИ
	4	Горан Стојиљковић	1008964730061	ДРЖАВНИ
	5	Стеван Илић	0512949730019	ДРЖАВНИ
	6	Небојша Илић	0208962730027	ДРЖАВНИ
	7	Лидија Ристић	1312960735043	ДРЖАВНИ
	8	Марина Дељанин Илић	0110957735029	ДРЖАВНИ
	9	Радиша Витас	2403957730013	ДРЖАВНИ
	10	Миодраг Савовић	1212964730025	ДРЖАВНИ
	11	Стева Станишић	0601958730024	ДРЖАВНИ
	12	Сунчица Петровић	1404963747036	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 7	1	Перица Стојановић	3105974732510	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 8	1	Томислав Тасић	2602965740012	ДРЖАВНИ
	2	Ирена Игњатовић	2403965745011	ДРЖАВНИ
	3	Јован Костић	1908959740033	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 9	1	Драган Китановић	1111958744110	ДРЖАВНИ
	2	Славица Младеновић	2411952747018	ДРЖАВНИ
	3	Братислав Ноцић	0710967742039	ДРЖАВНИ
Југоисточна Србија – Број 1	1	Радмила Јанковић	2707951767011	ПРИВАТНИ
Југоисточна Србија – Број 2	1	Драган Стефановић	1202960730068	ПРИВАТНИ
	2	Снежана Јовановић	2111951735020	ПРИВАТНИ
Југоисточна Србија – Број 3	1	Стевица Николић	3108980740028	ПРИВАТНИ

ЛИСТА ДЕЛЕГАТА СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ЦЕНТРАЛНЕ И ЗАПАДНЕ СРБИЈЕ

ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	Р. Б.	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ	ЈМБГ	ДРЖАВНИ/ПРИВАТНИ
Број 1	1	Митко Брајић	2407953730073	ДРЖАВНИ
	2	Хаџи Миливоје Вуковић	1306953173048	ДРЖАВНИ
Број 2	1	Владан Секулић	1005976774510	ДРЖАВНИ
Број 3	1	Зорица Џида	0707963775012	ДРЖАВНИ
	2	Вера Терзић	0705959775013	ДРЖАВНИ
Број 4	1	Велимир Кнежевић	1808965790021	ДРЖАВНИ
	2	Олга Осипов	2005963795016	ДРЖАВНИ
	3	Марија Марковић	2905971797223	ДРЖАВНИ
	4	Мирјана Гојић Вилотијевић	2611960189244	ДРЖАВНИ
Број 5	1	Добрила Драговић	1808951788431	ДРЖАВНИ
	2	Рада Петровић	1610955787869	ДРЖАВНИ
	3	Аксентије Тошић	1309967782828	ДРЖАВНИ
Број 6	1	Дарко Јоксимовић	0102962720010	ДРЖАВНИ
	2	Драган Миловановић	0809967720015	ДРЖАВНИ
	3	Горан Азањац	2001964720014	ДРЖАВНИ
	4	Слободанка Митровић	1408967725032	ДРЖАВНИ
	5	Ненад Ђоковић	2008962720011	ДРЖАВНИ
	6	Драган Глиговић	2210958720043	ДРЖАВНИ
Број 7	1	Срђан Вукашиновић	0201966780016	ДРЖАВНИ
	2	Александар Јовић	2904972780034	ДРЖАВНИ
	3	Драган Арсић	2203951780036	ДРЖАВНИ
Број 8	1	Јусуф Нуковић	1003963783925	ДРЖАВНИ
	2	Снежана Дабетић Недељковић	2201960788926	ДРЖАВНИ
Број 9	1	Владан Стакић	1206966722224	ДРЖАВНИ
	2	Дарко Петковић	1507974722829	ДРЖАВНИ
Број 10	1	Владан Милошевић	2108973722835	ДРЖАВНИ
	2	Миливој Милошаковић	2501954723220	ДРЖАВНИ
Број 11	1	Горан Обрадовић	0908960710160	ДРЖАВНИ
	2	Није изабран делегат		ДРЖАВНИ
ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	Р. Б.	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ	ЈМБГ	ДРЖАВНИ/ПРИВАТНИ
Број 1	1	Није изабран делегат		ПРИВАТНИ
Број 2	1	Бранко Миленковић	1007956782811	ПРИВАТНИ
Број 3	1	Бранко Јовановић	0407948780049	ПРИВАТНИ
Број 4	1	Јован Делић	1605961722813	ПРИВАТНИ

ЦИК ЛКС радио је, како записници наводе, на XVIII седница:

На Првој седници усвојени су – Измена и допуна Пословника о раду Централне изборне Комисије ЛКС; Роковник за вршење изборних радњи у поступку спровођења избора за чланове Скупштине ЛКС и чланове скупштина РЛК; расписаних за 08. 06. 2014. године, донети су следећи Образац за спровођење избора у ЛКС расписаним за 08. 06. 2014:

Образац О-1-2014 Изјава о подношењу кандидатуре за члана Скупштине ЛКС, Образац О-1-2-2014 Изјава о подношењу кандидатуре за члана Скупштине РЛК, Образац О-2-2014 Списак чланова ЛКС који подржавају кандидата за члана Скупштине ЛКС, Образац О-2-1-2014 Списак чланова ЛКС који подржавају кандидата за члана Скупшти-

не РЛК, Образац О-3-2014 Потврда о предаји кандидатуре за члана Скупштине ЛКС, Образац О-3- 1-2014 Потврда о предаји кандидатуре за члана Скупштине РЛК, Образац О-4-2014 Решење о проглашењу кандидатуре за избор чланова Скупштине ЛКС Образац О-4-1-2014 Решење о проглашењу кандидатуре за избор чланова Скупштине РЛК, Образац О-5-2014 Решење о одбацивању кандидатуре за избор чланова Скупштине ЛКС, Образац О-5-1-2014 Решење о одбацивању кандидатуре за избор чланова Скупштине РЛК, Образац О-6-2014 Закључак о утврђивању недо-статака кандидатуре за избор чланова Скупштине ЛКС, Образац О-6-1-2014 Закључак о утврђивању недостатака кандидатуре за избор чланова Скупштине РЛК, Образац О-7-2014 Решење о одбијању кандидатуре за избор чланова Скупштине ЛКС, Образац О-7-

1-2014 Решење о одбијању кандидатуре за избор чланова Скупштине РЛК.

Донети су Закључци: а) Извод из Одлуке Скупштине ЛКС о утврђењу изборним јединицама за изборе чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова Скупштине и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу, објављује се на огласним таблама ЛКС и регионалних лекарских комора као и на сајту Коморе и сајтовима регионалних лекарских комора.

б) О изборима у ЛКС расписаним за 08. 06. 2014. чланови ЛКС ће бити обавештавани путем смс-ова и мејлова како би се упознали са основним подацима о изборним радњама.

Препоручује се Директору ЛКС да, у складу са својим овлашћењима и Законом о јавним набавкама, о изборима у ЛКС расписаним за 08. 06.

13 <

2014. објави оглас у дневним новинама које се читају на територији целе Србије.

Председник ЦИК ЛКС пружио је Информацију о Одлукама Директора ЛКС у вези са учешћем Стручне службе ЛКС у изборном процесу (Одлука Директора ЛКС бр. 1583 од 25. 04. 2014. године саставни је део овог Записника).

Такође, донета је Одлука да се Изводи из евиденције чланова ЛКС по изборним јединицама региона објаве на огласним таблама РЛК коју сваки члан ЛКС може да прегледа, преписује потребне податке уз присуство запосленог из Стручне службе РЛК који о томе води евиденцију, уз забрану да се предметни Извод из евиденције чланова ЛКС по изборним јединицама региона фотографише, копира или односе делови истог (забрану о наведеном истаћи на вид-ном месту на огласној табли).

На Другој седници ЦИК ЛКС донета је Информација о спровођењу Одлука ЦИК ЛКС, и деоби изборног материјала, коју је потпуности на себе преузела стручна служба, Одлуком Директора ЛКС, за исту је био задужен Никола Митровић, који је подносио у писаној форми ЦИК-у извештаје о деоби на терену образаца за кандидовање. ЦИК ЛКС није учествовао у предметној деоби, него је о истој обавештаван.

На Шестој седници ЦИК ЛКС донета је Одлука о одређивању и оглашавању броја и адреса бирачких места.

На Десетој седници ЦИК ЛКС донето је Решење о проглашењу збирне изборне листе, решења о утврђивању листе кандидата.

На Једанаестој седници ЦИК ЛКС донето је Решење о проглашењу укупног броја бирача уписаних у бирачки списак.

На Дванаестој седници ЦИК ЛКС донета је Одлука о образовању бирачких одбора, именовању председника и чланова бирачких одбора и њихових заме-ника на предлог ИО РЛК.

Такође усвојени су следећи обраци:

Образац 0-8-2014 Решење о утврђивању збирне изборне листе кандидата за избор чланова Скупштине ЛКС, Образац 0-9-2014 Решење о утврђивању збирне изборне листе кандидата за избор чланова РЛК, Образац 0-10-2014 Контролни лист за проверу гласачке кутије РЛК, Образац 0-11-2014 Контролни листић за проверу гласачке кутије ЛКС, Образац 0-12-2014 Гласачки листић за избор чланова Скупштине ЛКС-државна пракса, Образац 0-13-2014

Гласачки листић за избор чланова Скупштине ЛКС-приватна пракса, Образац 0-14-2014 Гласачки листић за избор чланова Скупштине РЛК - државна пракса, Образац 0-15-2014 Гласачки листић за избор чланова Скупштине РЛК - приватна пракса, Образац 0-16-2014 Записник о примопредаји изборног материјала за избор чланова Скупштине ЛКС пре гласања, Образац 0-17-2014 Записник о примопредаји изборног материјала за избор чланова Скупштине ЛКС после гласања, Образац 0-19-2014 Записник о примопредаји изборног материјала за избор чланова Скупштине РЛК пре гласања, Образац 0-21-2014 Записник о резултатима гласања за чланове Скупштине ЛКС по изборним јединицама РЛК, Образац 0-22-2014 Записник о резултатима гласања за чланове Скупштине РЛК по изборним јединицама РЛК, Образац 0-23-2014 Записник о примопре-

ња за избор чланова ЛКС приватна пракса, Образац 0-29-2014 Записник о раду бирачког одбора на спровођењу гласања и утврђивању резултата гласања за избор чланова РЛК државна пракса, Образац 0-30-2014 Записник о раду бирачког одбора на спровођењу гласања и утврђивању резултата гласања за избор чланова РЛК приватна пракса.

На тринаестој седници донето је Решење о проглашењу збирне изборне листе, односно Решење о утврђивању листе кандидата за избор чланова Скупштине ЛКС и избор чланова Скупштине РЛК.

На тринаестој седници ЦИК ЛКС усвојена су Правила о раду бирачких одбора за спровођење избора за чланове Скупштине ЛКС и чланове Скупштине РЛК расписаних за 08. 06. 2014. године.

Такође, на истој седници, Извештај о штампању и дистрибуцији избор-



даји изборног материјала за избор чланова Скупштине ЛКС пре гласања, Образац 0-24-2014 Записник о примопредаји изборног материјала за избор чланова Скупштине ЛКС после гласања, Образац 0-25-2014 Записник о примопредаји изборног материјала за избор чланова Скупштине РЛК пре гласања, Образац 0-26-2014 Записник о примопредаји изборног материјала за избор чланова Скупштине РЛК после гласања, Образац 0-27-2014 Записник о раду бирачког одбора на спровођењу гласања и утврђивању резултата гласања за избор чланова ЛКС државна пракса, Образац 0-28-2014 Записник о раду бирачког одбора на спровођењу гласања и утврђивању резултата гласа-

ног материјала поднео је Никола Митровић:

„Централна изборна комисија је у среду 28. 06. 2014. усвојила изглед свих образаца који су слати на штампу у Службени гласник који је по тендеру добио посао штампе гласачког материјала за изборе у ЛКС који се одржавају 08. 06. 2014. године. Стручна служба је током 29. 05. 2014. припремила, по збирним изборним листама како су усвајани, изглед свих гласачких листића по изборним јединицама. Могу да вас обавестим да на изборној јединици бр. 10 за државну праксу се нико није кандидовао ни са Скупштину ЛКС ни за Скупштину РЛК. За Скупштину РЛК Војводине у изборној јединици Сомбор се исто нико

није кандидовао, ја бих молио колеге из ИКР-ова да ме исправе ако сам нешто проустио. За Скупштинску РЛК ЦЗС из приватне праксе на изборној јединици 48 се нико није кандидовао, то су гласачка места у Шапцу, Лозници и Ваљеву. Тако да имамо три изборне јединице где се нико није кандидовао. У петак 30. 05. 2014. ујутро, између 09 и 12 часова, предати су обрасци Службеном гласнику, штампарији на штампу у тиражима који су утврђени по Решењу о утврђивању бирачких места и о утврђивању броја бирача. Тако да су Решења о утврђивању збирне изборне листе штампана у тиражу: за ЛКС 46, за РЛКБ 9, за РЛКВ 9, РЛКЈИС 9, РЛКЦЗС 13, РЛККИМ 6. Контролни листић за ЛКС и РЛК штампани су један и други у тиражу од 73, пошто је и толики укупан број кутија.

Гласачки листићи за ЛКС за државну праксу су штампани у тиражу од 26.142, и за приватну праксу 3.138. Исти тираж је и за Скупштину РЛК за приватну и државну праксу. По изборним јединицама то изгледа овако по Решењу о утврђивању броја бирача, као обједињен списак који је достављен штампарији Службени гласник. Записници о примопредаји, о раду бирачких одбора и резултату гласања су штампани у броју примерака у којем су били потребни да се ураде. Записник о примопредаји материјала између ЦИК-а и РИК-а у пет примерака, резултати гласања на новој региону у пет примерака и Записници о раду бирачких одбора и примопредаји између ИКР-а и бирачких одбора у оном броју колико има бирачких одбора и кутија. Јуче, 02. 06. 2014, око 11 часова смо обавештени из штампарије Службеног гласника да је штампање готово и да можемо доћи и отпочети са процесом паковања материјала. По одлуци ЦИК-а и одлуци Директора, ја сам задужен за дистрибуцију и паковање изборног материјала, још су колега Жељко Михаић, као члан ЦИК-а, и колегица Милена Никчевић са мном присуствовали почетку тог процеса. Присуствовала је и Гордана Стојановић као члан Цесидра. Председник ЦИК-а је био и потписао све збирне изборне листе које иду на бирачка места и каче се поред улаза. Све збирне изборне листе испечатиле и потписале.

Уништавање вишка материјала

Гласачки листићи штампани су по спецификацији која је предата по утврђеном броју бирача. Служ-

бени гласник када штампа на велике тираже штампача тзв. табачну штампу, не иде по један листић из штампача, него се на плочама прави 8-16 комада, па се онда те плоче табачно избацују. Тако да се штампа већи број него што је по спецификацији наручено. Записник је потписан у просторијама Службеног гласника, испред Службеног гласника директор сектора за штампу, односно заменик и ја, да је приликом штампања гласачког материјала одштампан технички вишак од три одсто што у укупном тиражу листића износи 1.780 комада. Они нису давали спецификацију колико је по изборној јединици, по бирачком месту, зато што су они добили укупно четири фајла са гласачким листићима. Један фајл су били гласачки листићи за Скупштину ЛКС државна пракса, за Скупштину ЛКС приватна пракса, за Скупштину РЛК државна пракса и за Скупштину РЛК приватна пракса. Значи добили су четири фајла и имали су спецификацију у колико се примерака који листић штампа. По њиховим интерним процедурама, које користе за редовне републичке изборе, штампају техничку резерву од три одсто, то је њихова интерна процедура, па после са наручиоцем договарају шта се ради са тим вишком техничком резервом.

У члану 145 Статута ЛКС став 4, наведено је да се штампа 0,3 одсто листића више као техничка резерва, али је јуче на лицу места одлучено, између председника ЦИК-а и мене, да сав вишак буде уништен на лицу места, ја имам записник који смо потписали помоћник директора сектора за штампу ЈП Службени гласник и ја у присуству колегице Милене Никчевић. То је записник о уништењу припреме, плоча и техничког вишка коришћеног за штампу изборног материјала за изборе за ЛКС. По налогу председника ЦИК-а том уништавању присуствовао сам ја, Никола Митровић, Жељко Михаић као члан ЦИК-а, и Милена Никчевић. Направљен је и видео снимак тог уништавања.

По окончању уништавања тог техничког вишка, приступили смо паковању кутија за даљу дистрибуцију. Потписане су и отпремнице на утврђени број бирача. Изборној комисији РЛКБ је материјал предат јутрос. Бирачки материјал је пакован по кутијама – за свако бирачко место посебна кутија. У случају да се на бирачком месту одигравају избори и за државну и приватну праксу у кутији постоје четири извода из бирачког списка, четири

врсте гласачких листића, четири контролна листића, четири записника о раду бирачког одбора. Записници о примопредаји изборног материјала између ИКР и бирачког одбора, постоје у свакој кутији у четири комада. Зато што је записник обједињен за државну и приватну праксу, записници пре и после гласања за Скупштину РЛК и пре и после гласања за Скупштину ЛКС. У Београду само на два бирачка места постоје четири кутије, то су Нови Београд и Стари град. На Косову и Метохији су само две кутије на сваком бирачком месту. Ми ћемо сада извршити примопредају материјала. Предложио бих за дистрибуцију да материјал предајемо једној по једној регио-налној комори да не правимо гужву.“

Председник ЦИК ЛКС је потом навео:

„Значи, да прецизирамо, члан 145 став 4 Статута ЛКС каже да број гласачких листића који се штампа мора бити једнак укупном броју бирача лекара уписаних у бирачки списак, уз додатак резервних гласачких листића чији број не може прећи од 0,3 одсто. Ми као ЦИК нисмо донели одлуку о додатку, тако да је био налог да се штампа онолико листића колико има гласача. Никола нас је обавестио да су они због тог свог начина штампе отишли на три одсто, али у присуству комисије Николе, Жељка и Милене, то је исечено и о томе имамо Записник. Снима преbacите на цеду и чувајте у архиви.“

Потом је у просторијама Лекарске коморе у Крагујевцу, подељен материјал изборни Председницима Изборних комисија региона.

На Четрнаестој седници ЦИК ЛКС, прочитани су Извештаји председника ИК РЛК о преузимању и расподелу изборног материјала, набавка гласачких кутија, паравана и свега осталог од значаја за спровођење изборног процеса послати су на мејл ЛКС.

Такође, координатор за дистрибуцију изборног материјала Никола Митровић, доставио је на седницу документа да је:

„У просторијама Штампарије Службени гласник 03. 06. 2014. од стране Веселина Марића, директора сектора за штампу и Николе Митровића, ЛКС потписан је Записник о уништењу припреме, плоча и техничког вишка коришћеног за штампу изборног материјала за изборе за ЛКС. Такође од стране истих лица у просторијама Штампарије Службени гласник 03. 06. 2014. потписан је Записник о уништењу тахничког вишка глас-

15 <

сачких ли-стића за изборе за ЛКС... Служена белешка о уништавању вишка одштампаних образаца у просторијама Штампарије Службени гласник 03. 06. 2014. на којем су присуствовали запослени у ЛКС Никола Митровић, Жељко Мишић као члан Цик-а и Милена Никчевић, прочитана је на седници и чланови Цик-а су упознати са њеном садржином."

Поновљени избори на осам места

На Петнаестој седници ЦИК ЛКС донета је Одлука – Дана 15. 06. 2014. спроводе се поновљени избори за чланове Скупштине ЛКС и чланове Скупштине РЛК на бирачким местима и то:

РЛК Београд

– Бирачко место бр. 9, Стари Град, државна пракса за чланство у Скупштини РЛКБ: Сергеј Лазаров, Лила Апостолска, Весна Вукотић Павловић.

– Бирачко место бр. 2, Стари Град, приватна пракса за чланство у Скупштини ЛКС: Драган Столић, Гордана Тимић.

– Бирачко место бр. 2, Вождовац, државна пракса за чланство у Скупштини РЛКБ: Весна Јовановић, Драгана Трифуновић Балановић.

РЛКЈИС

– Изборна јединица бр. 5, Бирачко место бр. 5, државна пракса за чланство у Скупштини ЛКС: Радмила Лечић и Владета Милојевић.

РЛККИМ

– Изборна јединица 1 Бирачко место бр. 1 Грачаница за чланство у Скупштини ЛКС: Саша Младеновић, Милош Мирковић.

– Изборна јединица 1 Издвојено Бирачко место бр. 2 Грачаница за чланство у Скупштини ЛКС: Саша Младеновић, Милош Мирковић.

– Изборна јединица 1 Бирачко место бр. 1 Грачаница за чланство у Скупштини РЛККИМ: Соња Ракочевић, Зорица Томчић.

– Изборна јединица 1 Издвојено Бирачко место бр. 2 Грачаница за чланство у Скупштини РЛККИМ: Соња Ракочевић, Зорица Томчић.

Избори ће бити поновљени у недељу 15. 06. 2014. на истим бирачким местима као и на изборима одржаним 08. 06. 2014. осим за РЛКБ, Бирачко место бр. 9 и 2 Стари град, МЗ „Теразије“, Ул. Теразије 45, Београд, за које ће се избори због организационих разлога спровести у седишту РЛК Београда, у Београду, Ул. Краљице Наталије бр 3.

На тој седници је представник ЦеСИД-а обавестио ЦИК да су замољени у петак после радног времена 06. 06. 2014. године да појачају посматраче на бирачким местима. С обзиром да то није било могуће ЦеСИД исто није учинио.

На Шеснаестој седници ЦИК ЛКС усвојени су следећи обрасци:

Образац О-32-2014 Записник о раду централне изборне комисије на утврђивању резултата избора за чланове Скупштине ЛКС;

Образац О-33-2014 Записник о раду централне изборне комисије на утврђивању резултата избора за чланове Скупштине РЛК.

Такође, на истој седници донета је Одлука о утврђивању и објављивање резултата избора одржаних дана 08. 06. 2014. и изборне листе делегата Скупштине ЛКС, делегата Скупштине РЛК Београда, РЛК Војводине, РЛК Косова и Метохије, РЛК југоисточне Србије и РЛК Централне и западне Србије.

На седамнаестој седници ЦИК ЛКС одбијен је Приговор др Зорана Кокића изјављен на основу члана 140 Статута ЛКС, а у вези члана 138 Статута ЛКС на Одлуку ЦИК о проглашењу коначних резултата избора донете 23. 06. 2014. године у 20.50 часова, којом је ЦИК између осталих прогласила избор др Весне Јовановић за члана Скупштине ЛКС на изборној јединици 2 Вождовац РЛК Београда, јер је ушла у прва четири кандидата са највећим бројем гласова и на-лази се на четвртном месту са 14 гласова.

На Осамнаестој седници ЦИК ЛКС усвојен је Извештај о спроведеним изборима у ЛКС у целини.

Ово би укратко био рад ЦИК ЛКС, кроз изводе из записника са XVIII одржаних седница, и извештај о спроведеним изборима.

Председник Централне
изборне Комисије ЛКС
адвокат **Дејан Бабић**

ИЗВЕШТАЈ О ПОСМАТРАЊУ ИЗБОРА ЗА ДЕЛЕГАТЕ СКУПШТИНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ И СКУПШТИНА РЕГИОНАЛНИХ ЛЕКАРСКИХ КОМОРА



Београд, 24. јуни 2014.

1. Статутарни оквир

Основни правни документ којим се регулише поступак кандидовања, начин избора и опозив чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштине и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу јесте *Статут лекарске коморе Србије* („Сл. гласник РС“, број III/2006, 68/2008, 14/2010, 36/2011, 43/2011 и 22/2012), односно Правила, као интегрални део Статута коме се прецизно регулишу горе наведне радње. Избори за делегате Скупштине у Лекарској комори Србије (у даљем тексту: ЛКС) и регионалним лекарским коморама (у даљем тексту: РЛК) спроводе се по непосредном принципу гласања. Непосредно гласање спроводи се по територијалном принципу, по изборним јединицама (у даљем тексту: ИЈ), формираним у управним окрузима регионалних лекарских комора и изборним јединицама формираним у градовима седиштима регионалних лекарских комора, а за избор чланова Скупштине ЛКС и за избор чланова скупштине регионалних лекарских комора. Изборне

јединице могу се формирати од једне или више општина. На непосредним изборима учествују сви чланови ЛКС-а уписани у Именик Лекарске коморе Србије.

2. Централна изборна комисија и администрирање избора

Органи за спровођење избора за чланове Скупштине ЛКС и чланове скупштине РЛК су:

- Централна изборна комисија Лекарске коморе Србије,
- Изборне комисије регионалних лекарских комора, и
- Бирачки одбори изборних јединица.

Према члану 107. Статута ЛКС, све радње око припреме и спровођења избора обавља Централна изборна комисија Лекарске коморе Србије, у сарадњи са изборним комисијама регионалних лекарских комора.

Централна изборна комисија се стара о спровођењу непосредних избора у складу са Законом о коморама

здравствених радника, Статутом ЛКС, (Правилима о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштина и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу) и актима ЛКС који регулишу ову Материју. Централна изборна комисија има 13 чланова које бира Скупштина Лекарске коморе Србије са мандатом од пет година. По једног члана члана Централне изборне комисије Скупштине Коморе предлагају Скупштине регионалних лекарских комора. Остале чланове Централне изборне комисије, до броја 13, Скупштини Коморе предлагају директор Коморе и Управни одбор ЛКС заједно на седници Управног одбора, од којих су најмање три дипломирани правници. Председника и заменика председника Централне изборне комисије бира Скупштина ЛКС већином присутних чланова Скупштине ЛКС. Рад Централне изборне комисије регулише се Пословником о раду Централне изборне комисије Лекарске коморе Србије који доносе чланови Комисије на конститутивној седници овог органа. **Изборне комисије регионалних лекарских комора** имају по седам чланова које бирају скупштине регионалних лекарских комора на предлог извршних одбора регионалних лекарских комора, са мандатом од 5 година. **Бирачки одбори** спроводе изборе у ИЈ, формираним по управним окрузима градовима или територији једне или више општина. Сваки бирачки одбор чине: председник, заменик председника и један до три члана. Решење о именовању чланова бирачког одбора доноси Централна изборна комисија. Бирачки одбор спроводи изборе у изборној јединици на основу Правила о раду бирачког одбора који доноси Централна изборна комисија.

3. Предизборне радње

На И седници Централне изборне комисије ЛКС, одржаној 25.04.2014. године у Београду, усвојен је **Роковник за вршење изборних радњи** у поступку спровођења избора за чланове Скупштине ЛКС и чланове скупштина РЛК, **расписаних за 08.06.2014. године**. Предметним Роковником су, у складу са прописом о спровођењу избора, прецизно дефинисани рокови за спровођење и закључење свих изборних радњи.

Седнице ЦИК и ИКРЛК

У току припрема које су вршене за изборе 08.06.2014., одржане су седнице изборних комисија регионалних лекарских комора (РЛК Војводине у Новом Саду, РЛК за централну и западну Србију у Крагујевцу, РЛК за југоисточну Србију у Нишу и РЛК за Косово и Метохију у Косовској Митровици), као и 16 седница Централне изборне комисије Лекарске коморе Србије. Свим седницама, ЦИК и ИКРЛК, присуствовали су акредитовани посматрачи ЦеСИД-а, који су током прве седнице приложили уредно потписана и оверена овлашћења ЦеСИД-а, издата на име појединачног посматрача. Седнице су вођене према пословнику и Правилима за спровођење избора и није примећено одступање од полсворника, нити било каква нерегуларност. У случају недоумица, консултован је ЦеСИД-ов координатор за посматрање избора, и респективно, председник ЦИК-а. На седницама ЦИК-а и ИКРЛК одлуке по свим тачкама дневног реда су доношене углавном једногласно, са јасном вербалном констатацијом о броју гласова, да ли – или нема гласова против, или уздржаних. На седницама ЦИК, цео ток седнице је документован аудио записом и по потреби, рађени су транскрипти дискусије. Највећи део посла на седницама односио се на утврђивање валидности поднетих кандидатура и гласање о усвајању кандидатура. У случају не-

потпуних кандидатура, лекарима је Закључком са седнице остављен законски рок за исправљање пропуста и допуна. Тиме је цео процес заокружен као транспарентан, и у складу са регулаторним оквиром. Најчешћи пропусти потенцијалних кандидата су биле неодогуварјуће адресе (непоштовање територијалног принципа) на списку лекара који су својим потписима дали подршку кандидатима. Допуна кандидатуре, у највећем броју случајева успешна, дала је легитимитет лекару за избор за делегата скупштине за коју се кандидовао/ла. Све кандидатуре које су задовољавале прописане услове, усвајане су једногласно и без било каквих проблема или приговора од стране чланова Централне и Регионалних изборних комисија, што је и вербализовано. 5

На свакој седници је постојао кворум који је обезбедио несметан рад и доношење свих одлука које су биле у надлежности изборних комисија

Посматрачима ЦеСИД-а је омогућено у њиховој активности транспарентно посматрање седница, што се доказује уредним позивима и записничком констатацијом у свим записницима са седница ЦИК и ИКРЛК, респективно. Свим посматрачима су благовремено достављани позиви мејлом и смс порукама, као и записници са сваке одржане седнице у електронској форми. Контакти са стручним службама ЛКС и РЛК је био крајње професионалан, отворен и кооперативан. Сва заседања су протекла у најбољем стручном, законском и професионалном реду, у пријатној атмосфери професионалној и личној уважавања.

Штампанање изборног материјала

Такође, посматрач ЦеСИД је, заједно са председником ЦИК-а и именованим члановима стручне службе ЛКС, присуствовао процесу преузимања штампаног материјала у просторијама Службеног гласника, Београд, Лазаревачки друм бб. Процес је спроведен по прописима и записнички окончан. Примопредаја изборног материјала је протекла по прописима, преузет материјал је чуван у закључаној просторији уз лично обезбеђење и видео надзор, а такође уз надзор превезен до регионалних комора, примопредаја записнички констатована. Бирачки листићи, контролни листићи и сви потребни обрасци, њихов садржај и графички дизајн, усвојени су на седници ЦИК. При дизајну се водило рачуна да се различитим бојама што више једноставно визуелна идентификација листића и тиме могућност прешке сведе на минимум. Такође и врло важно, специфичност изборног материјала се оледа и у квалитету папира на ком су штампани ласачки листићи који су као једно од средстава заштите имали интенивирани водени жици.

Обука бирачких одбора(БО)

Обуку бирачких одбора је спровела Централна изборна комисија у складу са Правилима о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштина и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу. Обука за регионалне коморе РЛКВ, РЛКЦЗС, РЛКЈИС је обављена у Крагујевцу, у службеним просторијама РЛКЦЗС. За РЛК Београда је обављена у Београду, у просторијама РЛКБ. Приликом организације тренинга ЦИК и регионалне коморе су показале завидан ниво организације, па су тако поред доласка свих председника и заменика председника бирачких одбора били обезбеђени и сви технички услови за његово неометано одржавање. У оба случаја, посматрачима ЦеСИД-а је омогућено присуствовање обуци и упознавање са председницима и члановима БО.

17 <

Обука бирачких одбора је обухватила упутства за рад о раду бирачких одбора на бирачком месту самог изборног дана, као и обавезе пре и после затварања БМ. Обука и детаљност исте, указује на озбиљност са којом је ЦИК Лекарске коморе Србије ушла у цео изборни процес. Како се на овим изборима гласало за делегате Скупштине Лекарске коморе Србије из државних здравствених б

установа и из приватне праксе као и за делегате скупштина регионалних лекарских комора такође из државних здравствених установа и из приватне праксе, ЦИК је изборни процес „рашчланио“ на четири готово независна дела. Тако су на бирачком месту постојале две или четири кутије (ЛКС – државна и приватна пракса; РЛК – државна и приватна пракса) у зависности да ли место покрива и државну и приватну праксу.

4. Избори

За Скупштину Лекарске коморе Србије бирано је укупно 124 делегата, а за скупштине регионалних комора 129 делегата, респективно, као што следи:

1 РЛК Београд		
	ЛКС	РЛКБ
Државна пракса	29	44
Приватна пракса	15	15
Укупно	44	59
2 РЛК ЈИС		
	ЛКС	РЛКЈИС
Државна пракса	19	29
Приватна пракса	4	4
Укупно	23	33
3 РЛКВ		
	ЛКС	РЛКВ
Државна пракса	18	27
Приватна пракса	6	6
Укупно	24	33
4 РЛКЦиЗС		
	ЛКС	РЛКЦИЗС
Државна пракса	18	29
Приватна пракса	4	4
Укупно	22	33
5 РЛККИМ		
	ЛКС	РЛККИМ
Државна пракса	11	37
Укупно	11	37
УКУПАН БРОЈ ДЕЛЕГАТА	ЛКС	РЛК
	124	195

Списак посматрача ЦеСИД-а, са припадајућим појединачним, појединачним и овереним овлашћењима, као и распоред посматрача по бирачким местима је благовремено достављен ЦИК и РЛК. Свим посматрачима је проследено детаљно упутство за спровођење избора за делегате Скупштине ЛКС и РЛК, РАСПИСАЊЕ ЗА 08.06.2014., донето на седници ЦИК, 03.06.2014.

Изборни дан На дан одржавања избора – 08. 06. 2014. године, ЦеСИД је своје посматраче распоредио на свим бирачким местима на којим се одржавало гласање за делегате Скупштине ЛКС и скупштина РЛК. Посебно треба истаћи чињеницу да су ЦеСИД-ови посматрачи били присутни и на бирачким местима на Косову и Метохији, где је гласање прошло без проблема. Избори за чланове (делегате) Скупштине Лекарске коморе Србије (ЛКС) и чланове (делегате) скупштина регионалних лекарских комора (РЛК) у њеном саставу, одржани су у недељу, 08. 06. 2014. Бирачка места су отворена у 7.00, а затворена у 19.00. Свим бирачима који су се затекли у 19.00 на БМ, омогућено је гласање. Сва бирачка места су била прописно опремљена, са јасном визуелном идентификацијом о локацији БМ. Сам изборни дан није донео никакве неправилности. Координатор ЦеСИД-а за посматрање избора је у Београду обишао сва БМ и био у сталној телефонској комуникацији са посматрачима на терену. Имајући у виду чињеницу да се избори организују сада по други пут, није било пропуста који би утицали на саму вољу бирача и ток гласања. Такође, врло важно, председници бирачких одбора су имали могућност комуникације са председником ЦИК-а у случају било каквих недоумица у поштовању процедуре.

Посматрачи Цесига су присуствовали отварању бирачких места и констатирали да је процедура отварања БМ и појединачно гласања адекватно изведена. Исти важи и за затварање БМ. Бројање гласова је обављено професионално, према протоли, до краја савесно, чак су чланови одбора на неким местима заједно вршили контролу за сваку ИЈ, како се не би појавила ни најмања грешка. У свим бирачким кутијама пронађени су контролни листићи, појединачно су записници, и материјал је по договореном протоколу припремљен у ЛКС и РЛК. Материјал је остао у ЛКС и РЛК на чувању од стране службеног обезбеђења и видео надзора.

Оцене и сајесције за будуће изборе

Избори одржани 08. јуна 2014. године су показали да је Лекарска комора Србије веома озбиљно, професионално, на време и у складу са прописима и сопственим Статутом, приступила изборном процесу. Нарочито се истиче, посматрано у односу на изборе из 2010., напредак и висок квалитет и поузданост података ИТ система ЛКС. То је знатно олакшало, скратило и поједноставило процес евалуације квалификованости кандидатуре лекара, као и проверу података у бази лекара који су дали подршку индивидуалним кандидатурама. Дале, овај квалитет ИТ услуга је подспешно и ажурност бирачких спискова. Оно што се показало као проблем јесте релативно мала излазност бирача која се може образложити са више фактора: неинформисаност лекара, незаинтересованост лекара, удаљеност бирачког места, непознавање кандидата и нешто сложенија процедура гласања. Сви ови разлози могу утицати на одзив бирача. Искуство ЦеСИД-а са претходних и последњих избора јесте потреба да се у следећим изборима посвети више пажње комуникационим активностима за анимирање бирачког тела да изађе на изборе. Наиме, подизање нивоа свести бирача, и усвајање става да је излазак на изборе квалитет који има проширени утицај на комплетну структуру здравствених радника, је од пресудног значаја.

Делегати у Скупштини ЛКС и скупштинама регионалних комора представљају глас својих колега, а све заједно доприноси подизању квалитета пружања здравствених услуга за целокупно становништво Републике Србије.

//

ЛКС ПОМОГЛА ЧЛАНОВИМА СА ПОДРУЧЈА
УГРОЖЕНИХ МАЈСКИМ ПОПЛАВАМА

СОЛИДАРНА ПОМОЋ ЛЕКАРИМА У ОБРЕНОВЦУ

Дана 20. јуна, директорка Лекарске коморе Србије прим. др Татјана Радосављевић, дипл. правник Гордана Цекић из Регионалне лекарске коморе Београда, и проф. др Олга Поповић, председница Извршног одбора РЛК Београда, обишле су лекаре у Обреновцу. Састанак са лекарима из Дома здравља и лекарима из приватне праксе одржан је у Дому здравља Обреновац.

Сви лекари су изразили задовољство што им је на време, практично одмах по настанку поплаве, исплаћена солидарна помоћ и први пут су осетили да њихова организација брине о њима, као и да у катастрофалној ситуацији у којој су се затекли неко брине о њима.

Лекари из државне службе нису напуштали своја радна места и сви су били ангажовани на сређивању тренутне ситуације у тренутку највеће поплаве. Данас Дом здравља ради нормално, уз ограничења везана за оштећену опрему. Основних лекова имају, а како је још увек на снази ванредно стање у Обреновцу, и даље је тај рад у ванредним условима. Дом здравља је чист и дезинфикован и у Обреновцу нема епидемија, нити неких инфекција.

Госпођи Цекић су предате фотографије, које треба да допуне предмете за лекаре који нису комплетирали своје захтеве за солидарну помоћ та документација је била у подручној канцеларији РЛКБ.

Приватни лекари су упознати са корацима које ЛКС предузела у вези помоћи око плаћања законских обавеза и предата им је фотокопија документације коју је Лекарска комора Србије упутила надлежним министарствима, а у вези са обавезом плаћања пореза



РЕАЛИЗОВАНО 98 ЗАХТЕВА

До 4. јуна поднето је 118 захтева за солидарну помоћ, а подносиоци имају пребивалиште или ординацију у Обреновцу. Комисија је одржала четири састанка (23. маја, 27. маја, 30. маја и 16. јуна). Реализовано је 98 захтева, а укупан новчани износ дате помоћи је 5.895.871,00 динара (нето), а са порезом 6.324.052,00 динара.

и осталих дажбина држави, обзиром да ординације не раде. Приватни лекари су поставили молбу да се лекари који су запослени у приватним ординацијама, а које сада због поплаве не раде запосле и распореде на одређено време у неким другим здравственим установама.

Радна група обишла је пар приватних ординација које су била најугроженије у поплавама и лично се уверила у стање како простора, апарата, санитарних чворова и сл.

Проф. др Олга С. Поповић,
председник Извршног одбора
РЛК Београда

ИНТЕРВЈУ – БРИГАДНИ ГЕНЕРАЛ, АКАДЕМИК ПРОФ. ДР МИОДРАГ ЧОЛИЋ, ДЕКАН МЕДИЦИНСКОГ ФАКУЛТЕТА ВОЈНОМЕДИЦИНСКЕ АКАДЕМИЈЕ У БЕОГРАДУ

РАСАДНИК БУДУЋИХ ВОЈНИХ ЛЕКАРА И НАУЧНИКА

// ОСИМ ИНТЕГРИСАНИХ АКАДЕМСКИХ СТУДИЈА МЕДИЦИНЕ, АКРЕДИТОВАНО ЈЕ И ШЕСТ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИХ СТУДИЈСКИХ ПРОГРАМА, КАО И ТРИ МОДУЛА ДОКТОРСКИХ СТУДИЈА //

Медицински факултет Војномедицинске академије јединствен је у Србији и региону по томе што обједињује медицински и војни позив. Основан је 2009, најпре као Висока школа, а две године касније, са оснивањем Универзитета одбране, прерастао је у Факултет. Пружа одличне услове за професионални развој и усавршавање сваког студента, а интересовање за добијање индекса из године у годину све је веће. О специфичностима те високошколске институције, њеној улози и месту у образовању и науци, као и плановима за наредни период, за Гласник Лекарске коморе Србије говори бригадни генерал, академик проф. др Миодраг Чолић, декан Медицинског факултета ВМА.

– Медицински факултет Војномедицинске академије управо улази у шесту годину рада. Његова најважнија улога јесте да школује будуће војне докторе медицине. Пре оснивања Факултета, када се ВМА као академска институција бавила само последипломским образовањем, за рад у војним здравственим установама примани су лекари који су завршили цивилне медицинске факултете. Међутим, да би постао војни лекар, неопходна му је додатна едукација из области војне медицине, која има неке своје специфичности. Едукација се стиче кроз Санитетску школу резервних официра или касније кроз специјализације и додатне курсеве, што је све заједно најмање годину дана усавршавања. Када је у питању при-



Проф. др Миодраг Чолић

према за учешће у мировним мисијама, потребна је посебна обука од три до шест месеци, у зависности од специфичних потреба.

У старој Југославији, као и у време државне заједнице Србија и Црна Гора, војно образовање било је на нивоу савезне државе, односно заједнице СЦГ. Када је Србија 2006. постала независна држава, било је неопходно да се војно образовање хармонизује са цивилним, на основу Закона о високом образовању, који је ступио на снагу још 1995. године. У том циљу Влада је донела одлуку да

се акредитује и формира Универзитет одбране, углавном по моделу чешког универзитета одбране.

Од оснивања Универзитета одбране, Медицински факултет ВМА је његова организациона јединица?

Према закону, да би се формирао универзитет неопходно је да постоје три образовна поља. ВМА је акредитовала у оквиру Медицинског факултета за потребе школовања војних лекара, а Војна академија је акредитовала два студијска

програма из Војно-машинског инжењерства и Менаџмента у одбрани. Та три поља: друштвено-хуманистичко, техничко-технолошко и медицинско – била су довољна за формирање Универзитета. Осим тога, закон прописује да ниједна високошколска институција не може да се бави последипломским образовањем, уколико нема дипломске студије. Тако да је то био и начин да се великом броју наших наставника, бираних раније за потребе последипломског усавршавања, укључујући и здравствене специјализације, омогући да задрже наставничко звање. Факултет је акредитован за максимално 50 студената по години, али реалне потребе за војним лекарима су 20 до 30, колико ми и уписујемо.

Које су кључне компаративне предности у односу на друге медицинске факултете у Србији?

Најпре, то су изванредни услови за студирање. ВМА је највећа обра-



КАДЕТКИЊЕ МЕДИЦИНСКОГ ФАКУЛТЕТА ВМА

БИОГРАФИЈА

Академик Миодраг Чолић рођен је 1953. Након завршеног Медицинског факултета у Београду 1977, специјализирао је клиничку физиологију на ВМА 1983. Исте године завршио је магистарске студије из области клиничке имунологије и алергологије на Медицинском факултету у Београду, док је 1987. на ВМА одбранио докторску дисертацију. Са 33 године изабран је за најмлађег доцента на ВМА, 1993. стекао је звање ванредног, а 1998. редовног професора на Медицинском факултету. У звање научног саветника на Медицинском факултету Универзитета у Београду изабран је 2006. Од 1997. до 2011. обављао је дужност начелника Института за медицинска истраживања ВМА, а од 2009. налази се на месту декана Високе школе ВМА, односно Медицинског факултета ВМА Универзитета одбране, након акредитације 2011. године.

Из области молекуларне медицине усавршавао се у Америци, а из области технологије хибридома у Великој Британији, као и на Институту за нуклеарне науке Винча и на Институту за вирусологију, вакцине и серуме Торлак.

Редовни је професор за ужу научну област имунологија на Медицинском факултету ВМА Универзитета одбране у Београду, као и на Медицинском факултету у Нишу. Гостујући је професор на докторским студијама на више факултета у земљи и иностранству. Био је руководилац или руководи у више домаћих пројеката које финансира Министарство одбране, као и у два међународна пројекта. Сарађивао је на три међународна пројекта и на шест пројеката Министарства за науку. Тренутно руководи једним пројектом у САНУ, једним пројектом код Министарства просвете, науке и технолошког развоја Р.Србије и једним пројектом Министарства одбране.

Од 2003 је дописни, а од 2009. редовни члан САНУ. Од 2004. је редовни члан Медицинске академије СЛД. Био је ментор у више од 100 магистарских теза и докторских дисертација. До 2013. објавио је пет књига и 814 радова, од чега 196 са SCI листе. Његови радови су цитирани више од 2.000 пута у међународним часописима и књигама.

зовна и научно-истраживачка институција санитетске службе у нашој земљи и региону, а такође врло угледна и значајна национална здравствена институција. ВМА има изванредне ресурсе за вежбе из пред-клиничких, а посебно на клиничким предметима. Друго, постоји могућност да се студенти укључе у научно-истраживачке пројекте још у току студија. Треће, мали број студената омогућава рад у малим групама, интерактивну наставу. Сваки од наших студената, који се према Закону о војсци зову „кадети“, има

свог ментора који га прати од почетка до краја школовања, који му је и васпитач и на неки начин, други родитељ. То је веома позитивно и друге установе то немају.

Какво је интересовање међу маширанима ове године? Која све теме стицања пролазе будући кадети?

Задовољни смо што имамо изванредне студенте. Јер, конкуренција за упис је јако велика. Сваке године за једно место конкурише осам до десет средњошколаца. Процес се-

лекције је веома строг и укључује најпре психолошко тестирање, а чак четвртина кандидата, који су иначе одлични ученици, не прође психолошке тестове. Онда следе такође веома строги здравствени прегледи, па провера физичке способности и, на крају, пријемни испит – идентичан са испитом на другим медицинским факултетима и који се полаже у исто време и из исте банке питања. Интересовање је јако велико. Ове године имали смо 212 кандидата за 25 места, остало је још око 130 оних који имају пра-

21 <

во да изађу на пријемни испит. Наши студенти, иако пролазе и војну обуку пре почетка наставе и у току године, постижу изванредне резултате: њихова просечна оцена је, у зависности од године, између 9,2 и 9,5. Кад објашњавам зашто је то тако, увек кажем: узмите са сваког факултета 25 до 30 најбољих студената, радите са њима овако како ми радимо, и ја се надам да ћете постићи још боље резултате.

Нема преношења исцйиџа?

Нема преношења ниједног испита! То је најстроже у односу на друге факултете. Око 80 одсто кадета за-

факултетима, исти план и програм. Богатство лежи у разноврсности изборних предмета, од којих је већина из области војне медицине. Отуд су наши кадети мало више оптерећени кад је у питању настава. Али, уверен сам да ће они имати и бољу праксу, него што је имају њихове колеге на другим факултетима, пре свега због могућности да се са њима индивидуално ради. Иако је наш Медицински факултет најмлађи, желимо да буде лидер у образовању, не само у нашој земљи, него и у региону. То је додатни мотив да наставници и сарадници уложе додатне напоре да се том циљу приближимо.

ком проблему у финансирању науке у целини, у сарадњи са другим колегама и колегама са иностранства, успевамо да то што урадимо буде врхунски и објављујемо радове у најбољим међународним часописима. У оквиру тих пројеката наши студенти докторских студија могу да раде докторске дисертације. Тренутно имамо 16 студената на докторским студијама и 13 на специјалистичким. Ускоро ће бити објављен нови конкурс за упис наредне генерације.

Факулџеџи је, осим инџеџирсаних акаџемских сџудџија, акредџиџован и за сџеџиџалистџичке и докџџорске сџудџије?



Кадети постижу изванредне резултате на студијама



Час анатомије на Медицинском факултету ВМА



Будући војни лекари пажљиви на сваком часу



Рад у малим групама је велика предност за студенте

врше годину у јунско-јулском року, мањи број полаже још понеки испит у септембру, ретко у октобру.

Какав ће, у крајњим црџама, биџи џрофил диџломца Факулџеџа на чијем сџе челу од оснивања? Да ли ће они владаџи исцйџим знањима и веџиџинама, као њихове колеџе које диџлому сџекну на друџим медиџинским факулџеџима?

На питање да ли је наша диплома компетентна, ја апсолутно могу да кажем – да! Имамо предмете који се изучавају на свим медицинским

Осим високообразовном, Медиџински факулџеџи ВМА бави се и научном-исџтраживачком делатношћу?

Наши кадети укључени су и у истраживачке пројекте. Резултати које они приказују на конгресима студената медицине оцењени су највишим оценама. Поносан сам на то и покушавам да им максимално приближим ту љубав према научно-истраживачком раду, бар онима који испоље посебно интересовање. Имамо око 25 научноистраживачких пројеката које финансира Министарство одбране. Упркос вели-

Осим интегрисаних академских студија медицине које трају шест година, имамо акредитоване академске специјалистичке студије у областима: Трауматологија, Медицинска токсикологија, Фармакокинетика и биоеквиваленција, Рационална фармакотерапија, Имплантати у оралној медицини, као и Орално здравље и пародонтална медицина. Реч је о академским специјализацијама које трају годину дана, слично као и на другим факултетима, које пружају теоријско знање из тих области и могу послужити кандидатима да касније одаберу здравствену специја-



ЗА САДА АКРЕДИТОВАНА ТРИ МОДЕЛА ДОКТОРСКИХ СТУДИЈА



КВАЛИТЕТ ВАЖНИЈИ ОД КВАНТИТЕТА: ДОКТОРСКЕ СТУДИЈЕ

ДОПРИНОС ИМУНОЛОГИЈИ

Проф. др Миодраг Чолић унапредио је научно-истраживачки рад из области имунологије и сродних дисциплина у нашој земљи, посебно кроз развој савремених биотехнологија. Између осталог, значајан је његов допринос разумевању структурних и функционалних промена у тимусу и периферним лимфоидним органима у току опште реакције организма на трауму, јонизујуће зрачење и удружене повреде. Најзначајнија открића на том пољу публиковао је у поглављу писаном по позиву у књизи „Thymus Update 4“ (Hagwood Academic Publishers, Лондон, 1991).

После усавршавања у Лондону, успоставио је технологију хибридома и већ 1987. год. у Институту за медицинска истраживања ВМА продуковао прва моноклонска антитела. Са својим сарадницима успоставио је више од 150 стабилних хибридомских хелијских линија које секретују моноклонска антитела.

Као експерт у области нелимфоидних хелија тимуса, проф. Чолић позван је да учествује у међународном пројекту о дефинисању и класификацији нових молекула на тимусним епителним хелијама. Резултати добијени у оквиру те мултицентричне студије су омогућили прву тзв. CTES класификацију, која се и данас користи као класификација антигена епителних хелија тимуса. Нека од моноклонских антитела које је проф. Чолић продуковао препознају нове молекуле на хелијама имуног система или функционално нове антигенске детерминанте и сада се користе у истраживачке сврхе у више међународних лабораторија. Такође је са својим сарадницима продуковао и велики

панел антитела које препознају антигене *Borelia burgdorferi* и протозое *Blastocystis hominis* јединствених карактеристика и специфичности.

Професор Чолић увео је оригиналну методу за култивацију и клонирање епителних и стромалних хелија тимуса ин витро и успоставио неколико трајних хелијских линија које се користе у истраживањима функције тимуса и онтогенезе Т лимфоцита. Успоставио и већи број тимоцитних хибридома користећи оригинални метод фузионисања активисаних Т лимфоцита и малигних (тимомских) хелија. Оснивач је банке са више од 1.000 хелијских линија и хибридома који се чувају у Институту за медицинска истраживања ВМА, јединствене такве врсте у земљи.

Значајан део истраживачког рада посветио је изучавању процеса запаљења и модуларције запаљених реакција помоћу моноклонских антитела и фармаколошких агенаса. Такође се бави испитивањем механизма деловања нових имуномодулаторних агенаса (деривати нуклеозида, имуносупресивни агенси, биљни екстракти) на имунолошку реактивност *in vitro* и *in vivo*. Успоставио је технологију за добијање и култивацију хуманих дендритских хелија од моноцита периферне крви које се могу користити у савременој терапији тумора и других обољења. Последњих неколико година се бави изучавањем туморских вакцина, матичних мезенхималних хелија и различитих аспеката наномедицине, пре свега утицајем наноматеријала на имунски систем. Посебно је значајан рад проф. Чолића у тиму за трансплантацију ткива и органа на ВМА.

лизацију повезану са академском, или да им то буде „одскочна даска“ за докторске студије из те области. Кад су у питању докторске студије, до сада смо акредитовали три модула: Молекуларна медицина, Фармакологија и токсикологија и Неуронауке, управо из области у којима имамо и најбоље резултате у науци и истраживању. У току је поступак реакредитације студијских програма и акредитација нових модула докторских студија.

Будући да сће гео Универзитетша одбране, да ли сће, ипак, ошвори-

ли врашa лекарима из цивилсйва за йоследйломско усавршавање? Лекарима из друйх земаља?

Имамо конкурс и за лекаре из цивилства који желе да се овде усавршавају. Имамо, наравно, један број места „резервисан“ за наше колеге који раде у војним здравственим установама, укључујућу и ВМА. Не желимо да правимо хиперпродукцију студената на докторским студијама, имајући у виду квалитет. Сваке године можемо максимално да примимо 20 студената на докторске студије. Када је у питању пријем

студената на интегрисане академске студије медицине, они се примају из цивилства, а после уписа они су у активној војној служби и имају статус војног лица током школовања: имају бесплатно школовање, надокнаду од 100-120 евра за трошкове хигијене, бесплатан интернатски смештај, храну, одећу и обућу. И, што је најважније, обезбеђено радно место. По уговору, у војној служби мора да остану двоструко дуже од трајања студија, дакле 12 година.

Неће сви ошйаиш на ВМА йо завршейку сйугија?

23 <

Они ће првенствено ићи у примарну здравствену заштиту, у амбуланте при војним гарнизонима широм наше државе. Раније је било обавезно да тамо две године раде као лекари опште праксе како би после конкурисали за неку од специјализација. Надам се да ћемо се прилагодити и овим новим одредбама Министарства здравља према којима сада лекари могу добити специјализацију и одмах по полагању државног испита. Такође би постојала могућност да један број најбољих доктора буде одмах укључен и у процес наставе на факултету.

Да ли ће и наши војни лекари ићи у мировне мисије?

Као и сви запослени у војсци, према новом Закону о војсци, и будући војни лекари имаће обавезу да по потреби одлазе на кризна жаришта у оквиру мировних мисија, што је општа државна политика и они су са тим упознати. Наши кадети учествују и у помоћи пострадалима у поплавама - иду на терен са екипама Сектора за пре-

Какву сарадњу имаће са другим факултетима?

Са свим медицинским факултетима у земљи имамо закључене уговоре о сарадњи, што олакшава да њихови наставници предају на Медицинском факултету ВМА, нарочито на предметима где ВМА нема довољно наставника као што су педијатрија, гинекологија, анатомија, хистологија, медицинска статистика, јер раније није постојала потреба за тим кадром. Сада стварамо наш кадар, а паралелно нам помажу професори из Крагујевца, Београда, Новог Сада и Ниша. Наш Факултет члан је Заједнице медицинских факултета која има врло важну улогу и када је у питању креирање политике здравствених специјализација. Осим тога, имамо добру сарадњу и са београдским Технолошко-металуршким факултетом, Институтом ИНЕП, Биолошким факултетом, Државним универзитетом у Новом Пазару, Машинским факултетом у Марибору и медицинским факултетима у Источној Сарајеву и Бањој Луци. Универзитет одбране има такође бројне уговоре о сарадњи са

сле друге године морали да прекинемо школовање, јер није успео да полижи све испите како је предвиђено нашим Статутом. То говори колико смо ми озбиљна институција, отворена за странце, али зато тражимо да кандидати прво положи пријемни испит на енглеском, а онда да науче српски језик па тек крену на студије медицине. Имамо пуно захтева из Азербејџана, Анголе и још неких афричких земаља, да упуте своје студенте овде на школовање.

Да ли, ујравно збој њакој и њересовања, иланираће увођење и наставе на енглеском језику?

То ће бити нека оријентација у блиској будућности, али тек када сумирамо шта смо урадили у оквиру наставе на српском језику, када видимо колико смо задовољни знањем лекара, вештинама које су стекли, њиховим укључивањем у рад. Свакако, уколико буде постојало интересовање, моћи ћемо да, до бројке од 50 студената колико је акредитовано, одвојимо једну групу која би имала наставу на енглеском језику.



Кардиопулмонална реанимација



По окончању студија кадетима обезбеђен посао

вентивну медицину ВМА кад је у питању асанација земљишта, хигијенско-епидемиолошко извиђање, контрола водоснабдевања, контрола отклоњеног отпада и спречавање ширења заразних болести у поплавленим подручјима.

Веома сам поносан на њих, јер су пре него што смо се ми организовали као колектив, сами већ сакупили новац за помоћ пострадалима од поплава на подручју општине Обреновац. Наши кадети су и добри спортисти. Учествују у различитим спортским манифестацијама. Кадет Илија Ранчић освојио је треће место на светском кадетском првенству у стрељаштву, а кадеткиња Милица Станковић је освојила прво место на светском првенству у каратеу, а уз то су обоје изванредни студенти.

домаћим и међународним универзитетима.

Имаће ли и студенти из других земаља?

На основним студијама имамо за сада четири страна студента: један је из Црне Горе, а три из Намибије, Кадет из Црне Горе је одличан студент и лако похађа наставу, као и наши кадети. Кадети из Намибије су пре уписа на Факултет морали да уче српски језик у трајању од око десет месеци. Њима посвећујемо посебну пажњу како би лакше савладали градиво. Олакшавајућа околност је што говоре енглески језик и што су јако мотивисани за студије. Имали смо и једног кадета из Либије коме смо, нажалост, по-

Има ли нечеј што би требало појравити?

Очекујемо да статус наших наставника буде решен слично као статус наставника на цивилним факултетима. За сада је то потпуно волонтерски рад, без икакве надокнаде. Ми смо плаћени према формацијским местима где примарно радимо, а све што је везано за наставу буквално је волонтерски. Надамо се да ће у новом Закону о војсци то бити инкорпорирано, на исти начин како буде дефинисано за све цивилне медицинске факултете. Јер, у перспективи, то може да уруши квалитет, јер се мотивација смањује када неко улаже додатни напор, а то није вредновано.

Јасмина Томашевић

[illegible]

ИЗ ОКВИРНОГ ЕКСПОЗЕА ПРЕМИЈЕРА АЛЕКСАНДРА ВУЧИЋА
ПРЕД ПОСЛАНИЦИМА СКУПШТИНЕ СРБИЈЕ 27. АПРИЛА

НЕМИНОВНА РЕФОРМА ЗДРАВСТВА

**// ЦИЉ РЕФОРМЕ ЗДРАВСТВА БИЋЕ ПОВЕЋАЊЕ ДОСТУПНОСТИ
КВАЛИТЕТА ЈАВНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ // ОД СРБИЈЕ МОЖЕМО
ДА НАПРАВИМО НАЈБОЉУ ДЕСТИНАЦИЈУ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ ТУРИЗАМ
// ПЕРИОД ЧЕКАЊА НА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКЕ ПРЕГЛЕДЕ МОРА
ДА СЕ ПРЕПОЛОВИ У НАРЕДНЕ ТРИ ГОДИНЕ //**

Još jedan sistem koji je oдавно зреo za reforme je naš zdravstveni sistem. Srbija je nedavno rangirana kao poslednja u kategoriji u Evropi, i ova vlada ima za cilj da Srbiju pomeri sa tog mesta u naredne četiri godine. Imamo dobre lekare, i to jako dobre lekare, a, verovatno, čak i dovoljno bolnica. Ali, organizacija sistema je zastarela, štetna i ne zadovoljava potrebne usluge u modernoj ekonomiji 21. veka.

Реаговање нашег здравственог система је неадекватно. Људи месецима чекају пре него што доктор може да их прими. Обични људи у нашој земљи, који немају везе или новац, бивају занемарени и немају могућност да одмах буду прегледани. Стога, наш први приоритет у здравственом систему био би да успоставимо хитну услугу и службе за примарну здравствену негу за свакодневне потреба – што, заправо, данас не постоји. Ово не би било обављено тако што би се још новца просипало у нездрав систем, већ реорганизацијом система.

Укинућемо две године стажирања за клиничке докторе, пре специјализације, и омогућити им да одмах

>>> У циљу ослобађања ресурса у здравству за бављење пацијентом, који ће бити у фокусу, административни послови ће бити аутоматизовани кроз увођење електронских здравствених књижица и електронских картона. <<<

почну са специјализацијом. Тиме би више доктора могло да пружа своје услуге заједници.

Као што сам рекао, имамо добре лекаре у земљи. Људи, заправо, долазе из Канаде и Велике Британије овде на лечење. Уз адекватно планирање, можемо од Србије да направимо најбољу дестинацију за здравствени туризам, нарочито када је реч о стоматологiji и естетској хирургији. Ово је брзо растуће тржиште широм света, тржиште које може донети много прихода нашим лекаrima, нашим болницама и нашој земљи. Формираћемо специјални тим који би био задужен да ову визи-

ју претвори у стварност. Влада ће, такође, размотрити раскид са штетном навиком слања доктора ван земље на специјализацију. Уместо тога, радићемо заједно са другим владама у ЕУ и другим регионима како бисмо доводили стручне лекаре у Србију и организовали семинаре и лечили пацијенте.

Ова влада покренуће пројекат под називом „Активно здравство“, који ће бити координисан кроз општине широм Србије. Уместо чекања да потенцијални пацијенти дођу код нас, ми ћемо отићи потенцијалним пацијентима, пронаћи их и тиме спречити додатне трошкове, а, такође, спасти и животе. Јер, боље је спречити него лечити.

Поред тога, влада ће као циљ поставити изградњу још девет клиника и објеката, који су тренутно препуни. Проширићемо Дечју клинику у Београду, а, такође, и Онколошку клинику.

Формираћемо посебан приватно-јавни фонд који ће служити за лечење деце у областима у којима Фонд здравственог осигурања не обезбеђује финансирање, као и за ургентне случајеве. Када је реч о родитељству, наталитету, инсистираћу да се кроз социјална давања побољша положај родитеља кроз уз једноставне процедуре за остваривање тог права.

Циљ реформе здравства биће повећање доступности квалитета јавне здравствене заштите. Период чекања на специјалистичке прегледе мора да се преполови у наредне три године. С друге стране, мора да се повећа ефикасност постојећих средстава која иду на здравство (смањење броја доктора у домовима здравља и повећање броја доктора у болницама и смањење броја немедицинског особља и сестара у здравству, промена мреже здравствених установа и др.).

У циљу ослобађања ресурса у здравству за бављење пацијентом, који ће бити у фокусу, административни послови ће бити аутоматизовани кроз увођење елек-

Министар здравља именовао координаторе

Министар здравља, др Златибор Лончар, именовао је координаторе – истакнуте стручњаке из различитих области здравствене заштите, чији ће задатак бити да воде рачуна о здрављу грађана у целој Србији. Министар је навео да ће задатак координатора у Министарству здравља бити и да предлажу измене постојеће правне регулативе, ради унапређења области за које су именовани, посебно водећи рачуна о дефицитарним кадровима и специјализацијама. Уз то, они ће директно бити на вези са Републичким фондом за здравствено осигурање и укључени у доношење одлука о листама лекова. Оцењујући да једино „људи из струке“ могу да поправе ситуацију у различитим областима здравствене заштите, Лончар је нагласио да ће координатори бринути и о листама чекања, користећи притом све неопходне ресурсе и капацитете, како би се те листе смањиле.

КО СУ КООРДИНАТОРИ?

- Проф. др Драган Мицић, проф. др Небојша Лалић и проф. др Иван Пауновић, за ендокринологију;
- Проф. др Владимир Костић, за неурологију;
- Проф. др Даница Грујичић, за неурохирургију;
- Проф. др Маријан Новаковић, за пластичну и реконструктивну хирургију;
- Проф. др Бошко Ђукановић и проф. др Миљко Ристић за кардиохирургију;
- Проф. др Зоран Кривокапић и асс. др Предраг Сабљак за гастроентерохепатологију;
- Проф. др Зоран Радојичић, за здравствену заштиту деце;
- Проф. др Радан Џодић, за онкологију;
- Проф. др Драгана Јовановић, за пулмологију;
- Проф. др Миленко Стојковић, за офталмологију;
- Доц. др Арсен Ристић и доц. др Милика Ашанин за интерну медицину;



Координатори: проф. др Владимир Костић, др Златибор Лончар – министар здравља и проф. др Маријан Новаковић

- Проф. др Миљко Ристић, за област трансплантације срца;
- Проф. др Зоран Башчаревић и доц. др Марко Кадија, за ортопедију;
- Проф. др Драган Машуловић за радиологију;
- Др Дејан Костић за област лекова и медицинских средстава.

ЗАДАЦИ КООРДИНАТОРА

- Учествоју у креирању националне политике дефинисањем краткорочних и средњорочних циљева за области за које су именовани и јасно дефинисаним приоритетима;
- Учествоју у анализи и предлажу неопходне измене постојеће правне регулативе ради унапређења за области за које су именовани;
- Дефинишу и предлажу примену дијагностичких и терапијских процедура за области за које су именовани, Републичком фонду за здравствено осигурање;
- Учествоју у дефинисању услова које треба да испуњавају здравствене установе које се баве одређеним областима здравствене заштите у погледу кадрова, као и у погледу опреме и простора;
- Прате актуелна научна достигнућа у области за које су именовани и предлажу мере за њихову примену кроз едукације у Републици Србији;
- Остварују неопходну сарадњу са различитим удружењима (струковним и удружењима пацијената) и обављају друге послове на предлог министра надлежног за послове здравља.

Време које неумитно протиче није нам савезник

Пише: проф. др Драган
Делић, председник
Здравственог савета Србије

Искуство нас подсјећа на чињеницу да када велика звона звоне, ту се мала не чују. Међутим, постоји свеколика обавеза мислећих и независних лекара, ма колико они мали и малобројни били, да у овом времену неприродне смеше какофоније и хорског ђутања, укажу на изразито негативне ефекте одлуке о забрани заснивања радног односа са новим лицима ради попуњавања слободних, односно упражњених радних места код корисника јавних средстава до 31. децембра 2015. године, као и Уредбе о поступку за прибављање сагласности за ново запошљавање и додатно радно ангажовање код корисника јавних средстава.

Хумани ресурси и сви његови релевантни аспекти у здравственом систему Србије, од уписне политике на медицинске факултете, па до политике запошљавања, секундарног одабира кадрова и стручног усавршавања, од круцијаног су значаја за квалитет и развој тог система. Око овог општег става лако би се постигла широка сагласност, али прави проблеми настају у свакодневной примени прећутно прихваћених ставова. Здравствени савет Србије је на свој седници од 26. децембра 2013. године сагледао новонасталу ситуацију, указао на негативности донетих одлука и у писменој форми обавестио Одбор за здравство Народне скупштине Србије и Министарство здравља. Усменог и писменог одговора није било, мада је то био минимум који смо наивно очекивали.

У овом тренутку, свесно и одговорно занемарујем, али не сматрам и ефемерним, три чињенице: прво, брзину доношења законских одлука од изузетног значаја без шире, јавне расправе и консултација (ко свакога слуша, зло чини, а ко никога не слуша, још горе чини); друго, крајње дискутабилни позитивни економски ефекти који се очекују од ових одлука; и треће, довођење здравственог система и здравствених радника који пружају високософистициране услуге, при чему, свака услуга има своју шифру и цену, у исту раван са „класичним“ буџетским корисницима, односно државним чиновницима. Занемарана је и чињеница да квалитетан и ефикасан здравствени систем, а он то не може бити без добре кадровске политике, предуслов је да сви остали системи буду у функцији и продуктивни. Апстрахујући ове чињенице, наглашавам да ове одлуке угрожавају планску и промишљену политику у области хуманих ресурса и да се, на дуже стазе, доводи у питање функционисање и развој здравственог система Србије. Истичем само седам негативних аспеката ових одлука, не искључујући могућност да се још нека појави током њихових реализација.

Прво, доћи ће до дисконтинуитета у кадровској политици са свим негативним последицама која она



доноси. При томе треба знати да готово сваки пети лекар (19 одсто) у Србији има више од 60 година живота, односно да је пред пензијом, а са друге стране, да само 896 (2,8 процената) запослених лекара има испод 30 година (подаци Лекарске коморе Србије);

Друго, постојећа неравномерна територијана дистрибуција лекара биће „зацементирана“, с негативностима које из тога следе (нпр. миграција становништва ка градовима, већи морталитет у неким регионима). На једној страни постоји изразито неравномерна дистрибуција становништва у Србији са појавом отворене депулације у руралним срединама, а на другој страни имате чињеницу да скоро 18.000 лекара (57 одсто укупног броја) ради у Београду и Војводини, односно само 43 одсто у осталим регионима Србије са Косовом и Метохијом.

Треће, због значајног одласка лекара у пензију, постојећи дефицит лекара који постоји, мање-више, на свим нивоима здравствене заштите, биће још израженији. Следствено томе, повећан обим рада лекара резултираће и слабијим квалитетом, а не може се искључити ни повећана учесталост грешака и превида лекара у раду. „Синдром сагоревања“ на послу, због додатног повећања обима рада, биће израженији код великог броја лекара.

Четврто, у неким областима медицине, треба очекивати и дуже листе чекања на дијагностичке и терапијске процедуре. У оклевању и чекању крију се многобројне и разнолике опасности за болеснике.

Пето, реално је очекивати и повећани одлазак пацијената, због горе наведених разлога, у приватне ординације и болнице, што ће донети повећани економски терет за већ осиромашене грађане.

Шесто, треба очекивати убрзани и повећани одлазак најбољих дипломираних студената медицине у друге земље, што сигурно доноси стручне, економске и биолошке негативности. Пошто се овде ради о једносмерној улици, бар за већину одлазећих, негативни природни прираштај који од 1992. године има константан и алармантан раст, попримиће иреверзибилан ток без могућности корекције. Додатно забрињава податак да из земље одлазе и специјалисти хирурзи, интернисти, педијатри, анестезиолози итд. за чију је едукацију, у просеку, потребно више од 12 година учења и практичног рада. И, уместо да радимо на националној стратегији за спречавање одласка најбољих највреднијих-најамбициознијих, ми доносимо законе који катализују те процесе.

И седам, треба очекивати још израженије елементе корупције при запошљавању младих лекара, па и наглашеније партијско кадрирања. На крају крајева, закони су као паучина: стршљен је пробија, а мува се хвата.

Желим да верујем да ће поменута одлука владе и Народне скупштине бити ускоро укинута, али остаје нејасно зашто хронично, као понављачи, о озбиљним стварима, најчешће, доносимо неозбиљне и кратко-виде одлуке. Лако је камен у Дунав бацити, али га је мучно извадити. //

Отворено писмо
министру здравља

Али, господине Министре, запослени у здравству Србије, раде свој посао одговорно.



и преко граница својих могућности, за плате које су међу најнижим у Европи. Плате које намеравате још да смањите! Ми радимо довољно али да ли се ради довољно и добро у Министарству здравља, у РФЗО, на местима где се креира здравствена политика и где се орга-

лазе из земље? Како мислите да повећате обим посла са истим обимом опреме? Како мислите да повећате обим посла са истим постељним капацитетима? Како мислите да се дуплира број операција, на пример, а требало би, ако немате где да сместите те пацијенте. Како, како, како...

Много питања, али не за оне који свакодневно раде по болницама и домовима здравља и немају никаквог утицаја на креирање здравствене политике, већ за Вас. И Вас лично и вас као Министарство, Фонд, Владу, Државу! А тврдња да се у здравству Србије недовољно ради и даље остаје неприхватљива, натачна и увредљива.

у Београду, 10. 06. 2014. године,

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



КОНГРЕСНИ ЦЕНТАР АНДРЕВЉЕ

могу препознати само три од 11 напада инфаркта миокарда.

Пацијенти се не јављају и зато што се боје да се њихови симптоми не схвате погрешно, и да не буду због тога извргнути подсмеху околине, јер, наводно, паниче без потребе.

Пацијенти и њихове породице мора да буду подучени да се увек јаве Служби хитне медицинске помоћи када и помисле да су жртве напада инфаркта миокарда. Екипе Службе хитне медицинске помоћи обучене и плаћене да се јаве и погледају пацијента па и када је у питању „лажни аларм“.

„РЕАСТ“ студија је показала да свега 23 одсто пацијената са инфарктом миокарда зове Службу хитне медицинске помоћи, 60 одсто доведу пријатељи и родбина у болницу, док се сваки шести пацијент (16 одсто) сам доведе аутом у болницу!

Пацијенти и њихове породице такође мора да знају да никада не покушавају сами да дођу у болницу.



ПРЕДАВАЊЕ ПРОФ. ДР НАДЕ ЧЕМЕРЛИЋ АЋИЋ ПРАТИО ЈЕ ВЕЛИКИ БРОЈ ЛЕКАРА

НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ >>>>>>>>>>>>>>>

У ЈАВНИМ БАНКАМА ШИРОМ СВЕТА ЧУВА СЕ
ОКО 420.000, А У ПРИВАТНИМ – МИЛИОН УЗОРАКА

ВЕЛИКИ ПОТЕНЦИЈАЛ МАТИЧНИХ ЋЕЛИЈА ИЗ КРВИ ПУПЧАНИКА

**// ТРАНСПЛАНТАЦИЈОМ МАТИЧНИХ ЋЕЛИЈА ИЗ ПУПЧАНЕ ВРПЦЕ
МОЖЕ ДА СЕ ЛЕЧИ ВЕЛИКИ БРОЈ БОЛЕСТИ //**

ПИСМЕ: АСИСТ. ДР ЈАСМИН
НУРКОВИЋ, ЛАБОРАТОРИЈА
ЗА МАТИЧНЕ ЋЕЛИЈЕ ДРЖАВНОГ
УНИВЕРЗИТЕТА У НОВОМ ПАЗАРУ



Хематопоетски систем представља скуп ткива и органа који учествују у стварању ћелија крви током ембрионалног, фетусног и постнаталног периода живота. Хематопоеза је процес стварања уобличених елемената крви у органима хематопоетског система. Према данас прихваћеној монофилетској теорији хематопоезе, од једне мултипотентне хематопоетске ћелије могу да настану сви облици крвних ћелија и уобличени елементи крви. Матичне ћелије хематопоезе могу се изоловати из коштане сржи, периферне крви и пупчане внице.

КАРАКТЕРИСТИКЕ МАТИЧНИХ ЂЕЛИЈА ХЕМАТОПОЕЗЕ ИЗОЛОВАНИХ ИЗ ПУПЧАНЕ ВРПЦЕ

Eliane Glukman je 1988. godine prva primenila hematopoetske matične ćelije (engl. Hematopoietic stem cells, HSCs) izоловане из пупчане врпце у болници „Sent“ у

Паризу, продужавајући живот петогодишњем дечаку који је патио од Fanconi анемије. Крв из пупчане врпце прикупља се тако што се, након одвајања новорођенчета од мајке, пресецањем пупчане врпце, широком иглом убоду у вену у пупчаној врпци, те се путем гравитације пусти да се крв слива у врећицу са антикоагулантним средством на бази цитрата која се налази на крају. Сепакс уређај омогућава затворен систем за аутоматску обраду крви пупчаника у року од 20 минута, просечна количина крви у пупчаној врпци је око 50–11 милилитара. Количина крви испод 70 милилитара није пожељна. Број матичних ћелија је у корелацији са похрањеним волуменом (Слика 1).

Према подацима Bone Marow Donor Worldwide (<http://www.bundw.org.>, March 2010.) у јавним националним банкама, данас је у свету похрањено више од 419.000 узорака крви из пупчане врпце, а проценује се да је у приватним поро-

дичним биобанкама похрањено око 1.000.000 узорака. Крв из пупчане врпце похрањује се од 1991. године.

Матичне ћелије, пореклом из пупчане врпце су младе, примитивне, неспецијализоване матичне ћелије, са високим пролиферативним капацитетом, које су старе само девет месеци и које су се развијале без значајних спољашњих утицаја (Слика 1). Називају се и „неодређене матичне ћелије“, јер немају ограничени спектар специјализованих ћелија које могу од њих да настану (може да настане око 220 типова ћелија), за разлику од адултних матичних ћелија коствене сржи и периферне крви које су већ усмерене према одређеном ткиву.

У случају трансплантације матичних ћелија костне сржи или периферне крви потребна је стопостотна подударност примаоца и даваоца како би се избегле, по живот опасне, компликације као што је реакција калема против домаћина (енгл. Graft versus Host Disease, GVHD). Матичне ћелије пупчане врпце су мање зреле, те имају мањи имуногени потенцијал. Стога у трансплантацији крви из пупчане врпце није потребна стопостотна подударност да би се остварио успех једнак, или у неким случајевима бољи, него код класичне трансплантације матичних ћелија. Реакција калема против домаћина је мање учестала и мање изражена. Према неким истраживањима, учесталост те реакци-

33 <

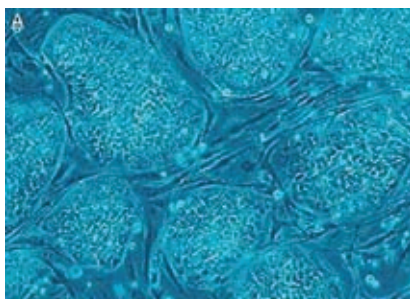
НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ >>>>>>>>>>>>>>>>

је код болесника лечених крвљу из пупчане врпце је око шест одсто, док учесталост код болесника лечених крвљу из костне сржи или периферном крвљу износи од 15–25 одсто.

Трансплантацијом матичних ћелија пореклом из пупчане врпце може да се лечи велики број болести, као што су акутна лимфоцитна леукемија, акутна мијелоцитна леукемија, мијелодиспластични синдром, неуробластом, адренолеукодистрофија, амегакариоцитна тромбоцитопенија, Blackfan-Diamond синдром, Fankoni анемија, Hunterov синдром, тешка апластична анемија, Kostmanov синдром, остеопетроза, таласемија и др.

ПРЕДНОСТИ И НЕДОСТАЦИ ПУПЧАНЕ ВРПЦЕ КАО ИЗВОРА МЕЗЕНХИМАЛНИХ МАТИЧНИХ ЋЕЛИЈА

Предност пупчане врпце као извора хематопоетских матичних ћелија за трансплантацију јесте у томе што је крв одмах на располагању, приступ је лак и брз, за разлику од издвајања матичних ћелија из периферне крви који је веома сложен и скуп процес. Последњих десетак година се спроводи рутински. У многим болестима које се данас лече трансплантацијом матичних ћелија време је важан чинилац у успеху лечења. Уколико се лечење почне раније, успех трансплантације је већи. Друга предност пупчане врпце као извора хематопоетских матичних ћелија је што је узимање крви из пупчане врпце потпуно безболан и безбедан процес и за мајку и за дете, за разлику од процеса издвајања матичних ћелија из костне сржи који је веома болан. Трећа предност је ређа појава реакције калема против домаћина. Четврта предност је очува-



Слика 1. Начин на који се прикупља крв из пупчане врпце (горе) и култура матичних ћелија пореклом из пупчане врпце (доле)

на способност мезенхималних матичних ћелија (енгл. Mesenchymal Stem Cells, MSCs) из пупчане врпце у реакцији калема против домаћина код леукемије, што је основа алогене трансплантације MSCs код многих малигних болести крви.

Осим важних предности, постоје и одређени недостаци. Један од њих се односи на ограничен и мали број сакупљених матичних ћелија у јединици крви пупчане врпце. Крв пупчане врпце има већу концентрацију хематопоетских матичних ћелија него што се обично налази у крви одраслих. Међутим, мала количина крви добијена из пупчане врпце (обично око 50 ml), па самим тим и мањи број MSCs (неколико

милиона), премали је за коришћење у трансплантацији код одраслих, али је често довољан за трансплантацију код деце. Због мањег броја матичних ћелија у јединици крви пупчаника, пресађене матичне ћелије се прихватају (усађују) спорије, него матичне ћелије из костне сржи или периферне крви. Пре него што се калемљење деси, пацијенти су изложени ризику настанка инфекција опасних по живот.

КРИОПРЕЗЕРВАЦИЈА МАТИЧНИХ ЂЕЛИЈА ИЗ ПУПЧАНЕ ВРПЦЕ

Готово све трансплантације матичних ћелија из крви пупчаника спровођене су тако што су изоловане матичне ћелије прво биле замрзнуте и чуване у јавним или приватним „банкама“ матичних ћелија. Успех трансплантације ослањао се на то да ће матичне ћелије након одмрзавања бити вијабилне и довољно добре у квантитативном и квалитативном смислу. Матичне ћелије из крви пупчаника које су најдуже биле ускладиштене тј. замрзнуте, а касније коришћене за успешну клиничку трансплантацију чуване су око 12 година. Најдуже преживели пацијент коме је урађена трансплантација матичних ћелија из крви пупчаника живео је 20 година после трансплантације. Та трансплантација је извршена у октобру 1988. године. Свакако да остаје да се методе криопрезервације још усаврше. //

ДОКТОРСКЕ СТУДИЈЕ

На Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, на докторским академским студијама, у склопу изборног подручја: Матичне ћелије у биомедицинским наукама, едукује се већ друга генерација младих докторанада. Знање им преносе еминентни како наши, тако и страни стручњаци: проф. др Миодраг Стојковић, проф. др Небојша Арсенијевић, доц. др Татјана Кањевац, доц. др Владислав Воларевић, др Малинда Лако и др Lyle Armstrong. Лабораторијске вежбе изводе се у Центру за молекуларну медицину и истраживања матичних ћелија, а у плану је и изградња Центра за матичне ћелије.



СВСТ – ТРОДИМЕНТИОНАЛНА КОМПЈУТЕРИЗОВАНА ТОМОГРАФИЈА

БОЉИ ПРИКАЗ СТРУКТУРА, УЗ МАЊЕ ЗРАЧЕЊА

Циљ сваке добре технике снимања анатомских структура је што бољи приказ структура које нас интересују уз што мање наношење штете пацијенту. Када се обављају снимања стандардном мултислајсном компјутеризованом томографијом, пацијент се излаже вишеструким изворима Х-зрачења (икс-зрачења). Индекс зрачења је при таквим снимањима значајан и између снимања треба да прође одређен временски период да се дозе зрачења не би акумулирале.

Новине у компјутеризованој томографији увела је Cone Beam СТ технологија која приказује анатомске структуре у три димензије, даје врло добру резолуцију слике и пацијента излаже много мањем зрачењу него класична компјутеризована томографија. То је постигнуто само једним кружним излагањем пацијента рендгенском зрачењу при чему се ствара тродимензионални радиолошки запис регије која се снима.

СВСТ (Cone Beam компјутеризована томографија) намењена је првенствено приказивању костних структура и њихових патолошких стања. СВСТ техника снимања добро приказује и шупљине испуњене ваздухом или другим садржајем те се успешно користи за снимање носних, назалних, фарингеалних, параназалних и орбиталних шупљина. Према локализацији која је најпогоднија за снимање, та техника се показала најуспешнијом у испитивању анатомских структура и патолошких процеса главе, краниоцервикалног прелаза и задњег дела врата.

Недостатак СВСТ технике је што се, као и код компјутеризоване томографије, мека ткива слабије приказују и не може се јасно разлучити који патолошки процес ткива је у питању: тумор, циста, апсцесм, као и о томе да ли је дошло до експанзије процеса из шупљине која се снима у околне регије. Нуклеарна магнетна резонанца боље приказује мека ткива те СВСТ у у нејасним случајевима треба комбиновати са нуклеарном магнетном резонанцом (NMR).

Снимање СВСТ техником траје око три минута и за то време пацијент мора да мирује, што значи да је није могуће применити код деце, као и пацијената који имају психичке или моторне сметње.

Значајан помак кад је СВСТ техника у питању јесте што се подаци снимања бележе у стандардном радиолошком формату на основу чега је могуће хируршко планирање и обрада података. За разлику од стандардне компјутеризоване томографије, СВСТ техника омогућава пуно напредних могућности за анализу и обраду радиолошког записа: издвајање делова записа, прављење филмова у три димензије структуре која се посматра, генерисање фајлова на основу којих се врши тродимензионална анализа, као и друге могућности у зависности од програма који се користи.

Примена СВСТ шехнике у медицини и сћомајшолоији: Највећу примену СВСТ техника је до сада нашла у оториноларингологији, максилотофацијалној хирургији, оралној хирургији и неурологији.

Када је ОРЛ у питању, значајан помак је добијен СВСТ снимањем

синусних, носних, назалних, фарингеалних и аурикуларних шупљина. СВСТ техника за разлику од класичне СТ-е има бољу резолуцију у приказивању петрозне или темпоралне кости, добро приказује Еустахијеве тубе, кохлеарне импланте, сузне каналиће, а врло је корисна и за приказивање успешности оперативног захвата у слушном каналу. Може се направити и компарација преоперативног и постоперативног стања.

У максилотофацијалној хирургији се користи за планирање оперативних захвата у корекцији конгениталних аномалија максиле и мандибуле, код трауматских повреда за сагледавање обима и врсте оштећења ткива у три димензије на основу чега се стиче увид у дислокацију одређених структура.

СВСТ техника је у стоматологији нашла највећу примену у области имплантологије. На основу СВСТ снимка се одређује квалитет кости у коју се имплант уграђује, прорачунава се угао под којим ће имплант бити постављен, планира се дубина постављања импланта, како не би дошло до продора у синус и повређивања синуса.

У неурологији је СВСТ техника снимања нашла примену у испитивању главобоља проузрокованих органским променама, нарочито у предњим деловима и шупљинама лобањске јаме, у испитивању кранио-цервикалног дела кичме, испитивању стеноза задњих делова вратне кичме проузрокованих дегенеративним процесима.

Припремила:
др Нина Михајловић

37 <

НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ >>>>>>>>>>>>>>>||

Сем у раној дијагностици глаукома, OCT је значајан и у одмаклој фази болести када је видно поље веoma сужено и не може да нам да податке о даљем напредовању глаукома у терминалној фази болести SD-OCT нам тада даје нумерички прецизне вредности о даљем истањењу слоја нервних влакана све док постоји ганглијски ћелијски слој. Посебним наставком који мења интензитет светлосног снопа са 840 nm на 1.310 μ m добија се могућност анализе предњег сегмента на OCT, такозвана Anterior segment OCT (AS-OCT). На нашој клиници се та метода рутински користи од 2011. године, међу првима у Србији. AS-OCT се користи за мерење дебљине и анализирање морфологије и структуре рожњаче, предње очне коморе и дужице. Код недовољно провидних рожњача могуће је том методом утврдити промене у дубљим структурама предњег сегмента и извршити диференцијалну-дијагностику за многе секундарне глаукоме. AS-OCT даје могућност виртуелне гониоскопије (преглед коморног угла) у случајевима високо заступљених глаукома затвореног угла, а код едематозних и непровидних рожњача.

Велики је допринос AS-OCT и у праћењу исхода ласерских интервенција, као што је YAG ласер иридотомија, као и праћењу постоперативног тока након операција глаукома. По први пут имамо могућност да видимо унутрашњу

>>> ОСТ може да се инкорпорира у различите катетере, ендоскопе и лапароскопе и да тако омогући да се уживо, на лицу места и у реалном времену, уради анализа ткива или промене, тзв. биопсија уживо, која је мање ризична за пацијента, па се очекује велики продор те технологије у интервентној кардиологији, урологији, гинекологији, гастроентерологији, дерматологији. За сада ОСТ се највише користи у офталмологији <<<

структуру „филтрационог јастучета“ што нам даје могућност да правремено интервенишемо чиме бисмо обезбедили добар постоперативни ток и задовољавајући оперативни исход. AS OCT има примену у рефрактивној хирургији у фази припреме за операцију и постоперативном праћењу, као и у операцијама катаракте уз помоћ фемпто-

Optičko-koherentna tomografija u

Tempe:

Principi rada OCT aparata

AS OCT metodologija, indikacije

AS OCT u diferencijalnoj-dijagnostici glaukoma

AS OCT u hirurgiji glaukoma

AS OCT komornog ugla

SD OCT indikacije i metodologija u analizi makule

SD OCT kod dijabetične retinopatije i drugih vaskularnih bolesti retine

SD OCT kod AMD-a

SD OCT kod najčešćih uveitisa i White Dot sindroma

Odnos FA i OCT-a makularne regije

SD OCT evaluacija PNO

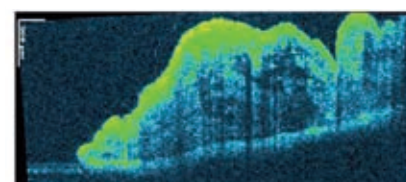
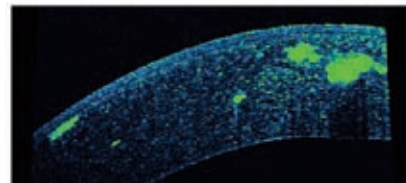
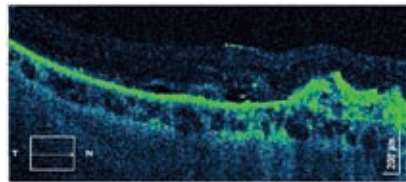
SD OCT analysis RNFL

SD OCT makule i GCC kod glaukoma

секонд ласера где је од значаја за планирање и вођење капсулорексе и фрагментацији нуклеуса. Свакодневно се утврђују нове могућности за примену ове заиста револуционарне методе, а сама метода се сваким даном све врше усавршава по питању резолуције и дубини ске-нираног ткива.

Курс прве категорије

Због потребе за едукацијом што већег броја лекара офталмолога и упознавања лекара других специјалности са том методом, у КБЦ



нике за очне болести КБЦ „Звезда-ра“ и уз свесрдну и свеобухватну помоћ др Зихрета Абазиджа, офталмолога који је велики део свог специјалистичког стажа посветио ОСТ. Изузетан допринос научном квалитету курса дали су еминентни стручњаци са Очне клинике Клиничког центра Србије - проф. Наталија Косановић-Јаковић, асс др Александра Радосављевић и др Јелена Карацић.

На курсу је представљено 11 тема из свих области примене ОСТ у офталмологији са посебним освртом на најчешће индикације из AS-OCT технологије (патологија рожњаче и глаукома) и ОСТ задњег сегмента (васкуларне болести ретине, AMD, увеитиса и глаукома). Први пут је у Србији обједињена комплетна офталмо-патологија коју покрива ОСТ, а предавачи из Очне клинике КБЦ „Звездара“ и Очне Клинике КЦС су представљали више од 400 ауторских налаза из те области. Курсу је присуствовало 187 учесника из Србије, БиХ, Црне Горе и Македоније. Посебан печат курсу дала је уживо демонстрација рада и прилика да на најновијем ОСТ апарату: Cirrus 4000 ОСТ апарату компаније Carl-Zeiss полазници курса стекну прва практична искуства. Током курса истакнута је велика потреба за даљом едукацијом у овој области, са посебним освртом на клиничку примену и тумачење ОСТ налаза на примерима из свакодневне праксе. //

СИМПОЗИЈУМ ИЗ ЕХОКАРДИОГРАФИЈЕ

Остојић (Значај CFR и FFR у доношењу одлука за миокардну реваскуларизацију), проф. др Бранко Белеслин (Фракциона резерва протока – од непријатеља до најбољег савезника PCI), доц. др Ана Ђорђевић Дикић (Савремени поглед на евалуацију коронарне болести: Нове методе у служби анатомије и фи-

39 <

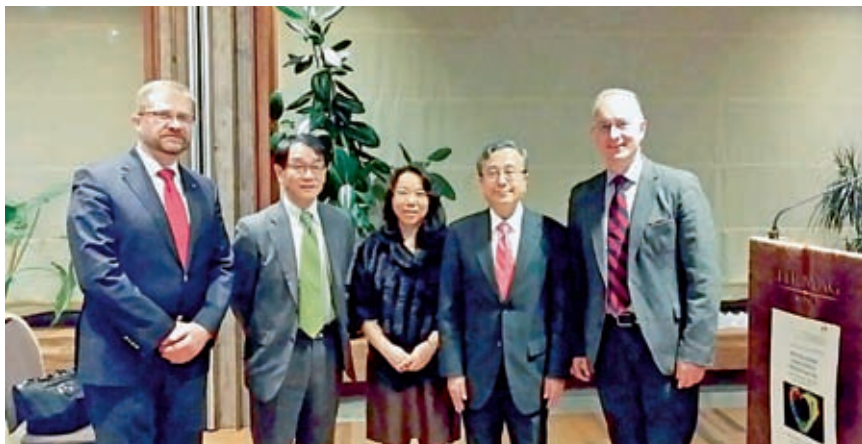
СА СТРУЧНИХ ОКУПЉАЊА >>>>>>>>>>>>

Nakatani из Осаке, Јапан (Како проценити аортну стенозу?), др George Athanassopoulos из Оназис кардиохируршког центра (Процена аортне инсуфицијенције). Проф. др Елизабета Србиновска из Скопља (Процена митралне инсуфицијенције), а Иван Стојановић из Инстута за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ одржао је предавање на тему Реконструкција митралног зајаска – принципи и могућности митралне валвулопластике. Последње предавање у тој сесији одржао је проф. др Athanassopoulos на тему Доношење одлука за интервенцију у болесника са обољењем срчаних зајаска: Савремена улога ехокардиографије.

У наставку сесије о валвуларним обољењима срца, др Љиљана Јововић говорила је о улози ехокардиографије у процени функције вештачких валвула. Проф. др Зумрета Кушљугић из УКЦ Тузла говорила је на тему Ендокардитис нативних валвула, а проф. др Босиљка Вујисић Тешић о ендокардитису вештачких валвула.

Сесија о миокардијитисима

Сесијом о миокардитисима и кардиомиопатијама председавали су доц. др Арсен Ристић, директор Клинике за кардиологију КЦ Србије у Београду, и доц. др Петар Оташевић из Института за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ у Београду. Доц. др Арсен Ристић одржао је предавање на тему Нове европске препоруке за дијагнозу миокардитиса, доц. др Петар Оташевић говорио је о



Проф. др Александар Лазаревић, проф. др Сатоши Накатани,
амбасадор Јапана у БиХ, Хидео Јамазаки са супругом и
проф. др Александар Нешковић



Проф. др Љиљана Јововић, проф. др Босиљка Вујисић-Тешић
и проф. др Зумрета Кушљугић



ПРИЗНАЊЕ

Да је име проф. др Александра Лазаревића добро познато у стручним круговима и ван ових простора, потврђује и признање које је добио на 63. Америчком конгресу кардиолога који је одржан крајем марта ове године у Вашингтону, уз учешће 25.000 кардиолога из целог света. На свечаној академији уприличеној поводом 65 година American College of Cardiology, организатора Конгреса, Лазаревићу додељена је диплома.





Проф. др Љиљана Јововић, проф. др Ида Јовановић, проф. др Александар Љубић и проф. др Дмитра Оштрић-Калимановска

ја није могућа конвенционалним ехокардиографским прегледом.

Последњем предавању те вечери, на позив директора симпозијума проф. др Александра Лазаревића, присуствовала и Његова екселенција амбасадор Јапана у БиХ, господин Hideo Yamazaki који је, заједно са супругом, био и гост на свечаној вечери.

О срчаној слабости

У недељу, 16. марта, одржана је сесија о срчаној инсуфицијенцији. Доц. др Елнур Смајић из УКЦ Тузла одржао је предавање о ехокардиографији у срчаној инсуфицијенцији. Проф. др Милан Петровић из КЦС у Београду, говорио је о улози

БИОГРАФИЈА

Александар Лазаревић, интерниста и кардиолог, рођен у Варешу 1965, професор је Медицинског факултета у Бањој Луци. Био је оснивач и први председник Коморе доктора медицине Републике Српске, а актуелни је председник Комитета за међународну сарадњу те организације.

Дипломирао је на Медицинском факултету у Загребу 1991, а последипломски се усавршавао из интерне медицине и кардиологије. Годинама је радио на Клиници за кардиоваскуларне болести у Бањој Луци, а 2009. отворио је приватну интернистичку ординацију Cardio у истом граду.



У Националном кардиоваскуларном центру у Осаки, Јапан, боравио је од маја 1998. до септембра 1999, усавршавајући знања из области ехокардиографије и интервентне кардиологије.

У време оснивања ЛКС, 2006, био је председник Коморе доктора Медицине Републике Српске и захваљујући његовом ангажовању ЛКС брзо је ушла у Европску, а потом и светску комору. У оквиру Дана српске медицинске дијаспоре 2012, на свечаности у Сремским Карловцима, уручена му је плакета ЛКС.

улози ехокардиографије у дијагностици дилатационе кардиомиопатије, доц. др Војислав Парезановић о ехокардиографској дијагностици хипертрофичних кардиомиопатија. Проф. др Александар Лазаревић говорио је о улози ехокардиографије у дијагностици аритмогене дисплазије десне коморе. Проф. др Ружица Максимовић говорила је о улози магнетне резонанце у неискхемијским кардиомиопатијама, а колега Есад Бркић из УКЦ Тузла о такотсубо кардиомиопатији, уз приказе случајева.

Група кардиолога из Клиничко-болничког центра у Земуну, на челу са проф. др Александром Н. Нешковићем, учествовала је у следећој сесији. Проф. Нешковић одржао је предавање на тему изазови ехокардиографије у акутном коронарном

синдрому, др Иван Станковић, један од најперспективнијих кардиолога млађе генерације, говорио је о заблудама 2D ехокардиографије у евалуацији трикусписне валвуле. Треће предавање у истој сесији одржао је др Радосав Видаковић: СТ срца: Од калцијумског скорa до FFR и перфузије.

Почасно предавање у част проф. др Александра Д. Поповића, који је трагично преминуо 1998, одржао је проф. Satoshi Nakatani, са Универзитета у Осаки. Назив предавања био је Процена исхемије срца. У маестралном предавању, проф. Nakatani је представио најновије модалитете ехокардиографије, укључујући примену метода које мере деформацију миокарда страин и страин рате, као и о примени те методе у детекцији исхемијске меморије, ко-

ехокардиографије у оптимизацији пејсмејкера након ресинхронизационе терапије. Др Младен Јукић из Загреба говорио је о улози компјутеризоване томографије у срчаној инсуфицијенцији.

Последње предавање одржала је проф. др Белма Појскић из Зенице о Takayashi артеритису, уз приказ болеснице са Takayashi артеритисом.

Утисак је свих учесника да је ово био до сада најбоље организовани симпозијум из ове области у БиХ и, према речима проф. др Иде Јовановић, директорке Клинике за кардиологију Универзитетске дечје клинике у Београду, скуп је био у рангу скупова које организују економски много јаче земље и удружења кардиолога других европских земаља.

Проф. др Александар М. Лазаревић

СА СТРУЧНИХ ОКУПЉАЊА >>> || МЕЂУНАРОДНА

ОДЈЕЦИ САСТАНКА ИНТЕРВЕНТНИХ КАРДИОЛОГА
ЈАПНА СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМОд Јапанаца имамо
шта да научимо

Двадесет други састанак интервентних кардиолога Јапана са међународним учешћем, који је одржан од 11. до 13. јула прошле године, имао је, осим домаћих, и 14 страних предавача, врхунских стручњака из Европе и Америке. Један од њих био је проф. др Александар Лазаревић из Републике Српске, познат и признат у стручним круговима широм света. У Јапан је отишао на позив председника Јапанске асоцијације за кардиоваскуларне интервенције и терапију, проф. др Shunichija Miyazakija, проф. на Универзитету Кинки у Осаки и шефа Одељења за кардиологију Универзитетске болнице у том граду.

Лазаревић је одржао уводно предавање на сесији о стандардизацији евалуације исхемије миокарда за оптималан клинички резултат перкутаних коронарних интервенција. Сесија посвећена методама којима се може проценити постојање исхемије миокарда методама на основу којих кардиолог доноси одлуку ког болесника треба упутити на неку инвазивну кардиолошку процедуру, а ког на хируршку реваскуларизацију миокарда. Те методе укључују обичну ергометрију на покретној траци или на бицикл-ергометру, стрес ехо тест на покретној траци, стрес ехо тест на бицикл-ергометру, фармаколошке стрес-ехо тестове, нуклеарне методе као што је SPECT, магнетну резонанцу... На конгресу су представљена најновија достигнућа интервентне кардиологије.

Приказани су резултати дуготрајног праћења болесника са биоресорптивним стентовима, најновија истраживања у лече-

њу реперфузионе лезије. Проф. Alain Cribier одржао је неколико ревијалних предавања о TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) процедури која је званично од прошле године уведена у Јапану као рутинска, након што је прошла све регулационе комисије – истиче познати кардиолог.

Према речима проф. Лазаревића, стандардизована метода интраваскуларни ултразвук, користи се у око 80 одсто процедура у Јапану, а у Европи тек у пет до 10 одсто болесника код којих се раде перкутане коронарне интервенције. У Јапану не може да се деси да недостају одговарајуће величине стентова, жица и слично, што се често дешава на нашим просторима.

– Након што сам одржао предавање, посетио сам Универзитет Кинки и салу за катетеризацију срца, где сам имао прилику да видим неке најновије интервентне кардиолошке процедуре које Јапан има у свакодневној пракси – каже професор Лазаревић. Његова сарадња са колегама кардиолозима из Јапана датира још из времена када је (од маја 1998. до септембра 1999) био на субспецијализацији у Кардиоваскуларном центру у Осаки. Њихова врата су, каже, отворена за наше докторе. Он истиче да Јапан увек има бројне стипендије и програме за усавршавање, али наше лекаре доста одбијају даљина и језик који треба савладати.

Земљу излазећег сунца Лазаревић доживљава као максимално организовану, са предусретљивим људима од којих може доста да се научи у смислу струке и етике, који према свему имају поштовање, одговорност и уважавање. //

Пре седам година секција опште медицине Српског лекарског друштва започела је успешно понављање годишњих EURACT Блед курсева који су намењени, како менторима у општој медицини, тако и свима онима који су заинтересовани за свестрано лично усавршавање. Курсеве секција организује у сарадњи са катедром опште медицине Словеније.

Предавачи су професори из Словеније. Сваки од курсева бавио се неком одређеном интересантном темом, а тема овог је докторово добро здравље са циљем да наше студенте, стажере и специјализанте научимо да се на прави начин брину о свом здрављу, али да истовремено подигнемо и лични ниво свести о сопственом здрављу, као и да размотримо како да на прави начин збринемо колегу као пацијента. Учесници размењују своја искуства из праксе и уз асистенцију предавача свака група израђује модел за едукацију.

Тејобе повезане са стресом

Први модератор је била асист. прим. мр сц. др Ксенија Тушек-Бунц, која је почела питањем „Доктори оболевају, зар не?“ Иако нешто ређе него општа популација, неке болести су код нас лекара чешће: хронични екцем, проблеми са гастроинтестиналним трактом, болови у леђима – тегобе повезане са стресом. Такође има више депресије и то нарочито код лекаarki, посебно опште - породичне медицине. Тим појавама кумују преоптерећеност послом, превелики захтеви пацијената, сразмерно мала плата, неповољан положај – статус у односу на друге специјалности, дискриминација (етничка, религијска, полна...).

Смртност је нешто нижа од опште популације, али ипак виша него код сличних социјално-економских група. Значајно нижа смртност је од болести које су повезане са животним стилевима, али је виша од случајних тровања (предозирања лековима?). Међу клиничким специјалистима највиша смртност је код анестезиолога.

У Словенији је 20 до 30 одсто нижи ниво смртности лекара него у општој популацији, лекари умиру приближно једнако стари као други мушкарци, али лекарке умиру



КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА

Личне карактеристике лекара које могу имати негативан утицај на здравље: перфекционизам, снажан осећај одговорности, осећај неравнотежности, претерана самокритичност... Баш код лекара је описан пресентизам, имање више улога, поред рада у амбуланти раде и друге ствари у вези са послом, усавршавање, писање, и код куће много више сати проводе у раду него просечан радник.

И као Joker сесија, доцент др Матеја Булц говорила је о умирању лекара кроз причу о једном веома старом лекару који је живео у дому за стара лица и доживео још један мождани удар. Пошто је био у веома тешком стању екипа на дужности га је изводећи CPR повратила, али са три сломљена ребра и пнеумотораксом. Још недељу дана је лечен због пнеумоније која се развила и умро, трпећи јаке болове.

Хумани начин лечења подразумева да се уради све, али све што је разумно. Ако постоје атрибути идеалне смрти то су: да имате контролу, комфор, осећај затварања приче потврдивши своје вредности и уз поверење у особе које вас негују. У неким државама постоје правни документи којима особе исказују своју вољу о медицинском продужењу живота. У САД 20 одсто људи га напише.

У пракси, иако су сви слажу да пацијенти треба да одлуче о крају живота, приближно у половини случајева то чини породица. А и кад одлучују то чине на основу ТВ серија где је 75 одсто CPR успешно изведено и после CPR 65 одсто пацијената одмах иде кући. Статистика каже да само осам одсто пацијената после CPR живи дуже од месец дана, од тога само око три одсто живи нормално. Ако пацијент има неизлечиву болест, или је јако стар и у терминалној фази изгледи за успех су минимални. Лекари желе бити сигурни кад дође „њихово време“ да се ништа херојски неће десити, да неће у својим последњим часима доживети да им неко ломи ребра покушавајући да им продужи живот за неки дан.

О овом догађају обавестила нас је прим. др Мира Киш Вељковић, наш представник у ЕУРАКТ-у (European Academy of Teachers in General Practice).

Припремила

Прим. др Бранка Лазић

Пише: проф. др Лидија
Кандолф Секуловић

У оквиру Интерсекцијског одбора за меланомом СЛД остварена је сарадња лекара различитих специјалности чије је уже поље интересовања дијагностика и лечење меланома. Као резултат те сарадње, у издању Академије медицинских наука Српског лекарског друштва, публикована је монографија „Меланом коже: дијагностика, превенција и лечење“ групе аутора, чланова тог одбора. У монографији су изнесени сублимирани ставови из савремених водича за лечење меланома земаља Европске уније, Сједињених Америчких Држава и Аустралије, који су усвојени консензусом домаћих стручњака из ове области.

Такође, Републичка стручна комисија за националне водиче Министарства здравља одобрила је припрему националног водича за превенцију, дијагностику и лечење меланома, и овог пута, осим меланома коже, биће дефинисане смернице и за меланом слузокожа и меланом ока. Формиран је и регистар оболелих од меланома, у сарадњи и са Институтом за јавно здравље „Милан Јовановић – Батут“, чиме ће бити омогућено праћење, како епидемиолошких параметара, тако и клиничких параметара, дијагностичких поступака и начина лечења меланома на територији Србије.

Поводом публикације монографије „Меланом коже: дијагностика, превенција и лечење“ 28. марта у Војномедицинској академији одржан је и курс Меланом коже: шта је ново?, као и промоција монографије којој је присуствовало више од 300 учесника. Повод за причу о меланому је и годишња кампања Еуромеланом која је и ове године одржана у већини дерматолошких институција под покровитељством Удружења дерматовенеролога Србије, Министарства здравља, Европске академије за дерматологију и венерологију и Европског удружења за дерматолошку онкологију.

Меланом је малигни тумор меланocyта, ћелија коже одговорних за стварање пигмента меланина. Меланомом су смеђи или црно пребо-



јени, али ретко могу да буду црвени, боје коже или бели, у ни-воу коже или издигнути. У 30 одсто оболелих јављају се у већ постојећем младежу, а код 70 одсто пацијената на претходно потпуно неизмењеној кожи. По правилу меланом

расте споро, али неки облици брзо се развијају у виду новог чвора на кожи. Ако се примети таква промена, одмах се треба јавити лекару ради хируршког уклањања, без обира на боју промене. Када радимо самопреглед и преглед коже користимо такозвано ABCDE за суперфицијално ширећи, лентиго малигна и акрални лентигинозни меланом, али и EFG правило којим се раније открива нодуларни меланом.

Инциденца меланома у Србији, према подацима Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић – Батут“ износи 5/100.000 WSR (енгл. World Standardized Rate), а према проценама IARC (енгл. International Agency for Cancer Research) и Globocan пројекта из 2012. године, 7,4 код жена и 11,2/100.000 код мушкараца.

У Србији се годишње дијагностикује око 500 нових случајева меланома, а око 1000 њих се лечи. Доступни подаци показују пораст инциденце приближно 15 одсто за пет година, а сличан тренд је забележен у земаљама у окружењу и у свету. Подаци о клиничко-патолошким карактеристикама у Србији указују на касну дијагнозу и потребу за ефикаснијим мерама примарне и секундарне превенције, имајући у виду да се код око 30 до 40 одсто пацијената иницијално дијагностикује високоризични локализовани меланом. Петогодишње преживљавање је преко 90 одсто уколико се болест открије у раној фази, а око 60 одсто уколико се регионално проширила. Петогодишње преживљавање смањује се на 15 до 20 одсто код пацијената са иницијално дијагностикованим удаљеним метастазама.

Прејед коже ризичних група

У монографији „Меланом коже – превенција, дијагностика и лечење“ на основу најновији препорука

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА >>||

Основне методе су избегавање излагања сунцу у ризичном периоду од 10–17 сати и коришћење заштитне одеће, док је коришћење заштитних препарата неопходно за сунцу изложена подручја и морају се наносити изнова свака два сата. Неопходна је забрана употребе соларијума, нарочито код малолетних лица и особа са повећаним ризиком од настанка меланом.

Имајући у виду да је за одржавање физиолошких концентрација витамина D неопходно краткотрајно излагање сунцу, које се постиже при обављању свакодневних активности, уколико се саветује апсолутно избегавање сунчевог зрачења неопходно је прописивање суплементације витамина D.

Самопреглед и преглед коже једном у месец дана је основ раног откривања рака коже. Међу злоћудним туморима коже меланом је најзначајнији због његове способности ширења у лимфне чворове и унутрашње органе, али он је потпуно излечив уколико се открије у раној фази и хируршки одстрани. Међутим, често се дешава да наизглед безазлена мрља на кожи расте и мења се годинама, не сврби, не боли и тек када дође до крварења особа се јавља лекару, када је вероватноћа да се тумор расејао у организму знатно већа.

Преглед коже клинички и уз коришћење дерматоскопије од стране дерматолога значајно побољшава дијагностичку прецизност ране дијагнозе меланом. Дерматоскопија је једноставна, неинвазивна, брзо изводљива метода помоћу које

Животни век особа које су уклониле тзв. *in situ* меланом је непромењен, док се прогноза болести погоршава са већом дебелином тумора. Ако је меланом на хистопатолошком пресеку под микроскопом дебљи од четири милиметра, већа

ње првог лимфног чвора у који ће се меланом највероватније проширити. Најпре се лимфни чвор обележи лимфосцинтиграфијом, а онда се хируршки уклони и пошаље на анализу. Уколико се покаже присуство туморских ћелија у анализи-

ABCDE ПРАВИЛО

- Асиметрија (A, asymmetry): сумњиви су асиметричне пигментне промене, једна страна није иста као и друга по боји облику
- Границе (B, borders): ивице промене су неправилне, подривене и нејасне
- Боја (C, colour): постоје више од две боје: светло и тамно браон, црно, црвено, или плаво
- Величина (D, diameter): мада су меланоми већи од шест милиметара у пречнику могу да буду и мањи
- Елевација/еволуција (E, evolution): свака промена у изгледу пигментне промене на кожи указује на меланом

је вероватноћа да се већ расејао путем лимфотока или крви. Због тога је неопходно борити се са заблудом увреженом у Србији и околним земљама да „младеж не треба дирати“. Напротив, од саме хируршке интервенције нема опасности, опасно је оставити меланом да расте.

Хирургија је основ лечења

Најуспешније лечење је рано откривање и хируршко уклањање меланом уз хистопатолошку анализу (преглед ткива под микроскопом). Хирургија је основ лечења и одређивања стадијума локализо-

раном ткиву захтева уклањање додатних лимфних чворова.

Код болесника код којих се меланом проширио на лимфне чворове и унутрашње органе, и хируршко лечење није могуће, у лечењу се, могу применити хемиотерапија, зрачна терапија, имунолошка и циљана терапија. Хемиотерапија се примењује уколико постоји иноперабилни III или IV стадијум болести (болест захватила плућа, јетру и друге органе). Хемиотерапија најчешће подразумева примену једног или више различитих лекова (цитостатика). Најчешће примењиван цитостатик у лечењу метастатског меланом је дакарбазин који се већ 30 година примењује у лечењу.

До 2011. године стандард лечења метастатског меланом била је примена дакарбазина. Међутим ове године објављена су истраживања која су потврдила да две групе нових, биолошких и циљаних лекова могу да буду значајно ефикаснији у лечењу метастатског меланом и да у појединим случајевима могу да доведу до дуготрајних ремисија. То су: имунотерапија метастатског меланом и циљана терапија. Ови лекови се рутински користе у лечењу оболелих од метастатског меланом од 2011. године у САД, а од 2012. године и у Европској унији. У Србији те опције још нису доступне за лечење оболелих. //

EFG ПРАВИЛО

(ЗА РАНУ ДЕТЕКЦИЈУ НОДУЛАРНОГ МЕЛАНОМА)

- Елевација/еволуција (E) нови чвор на кожи који се мења
- Тврда (F firm): тврд на палпацију,
- Промена која расте (G growing): расте у величини за 1–3 месеца

је могуће разликовати меланом од других бенигних пигментних промена. Добијену слику могуће је сачувати у рачунару, после одређеног времена упоредити са ранијом дерматоскопском сликом или исту послати другом дерматологу на додатну проверу

ване болести. Док се тумор налази на кожи или у лимфним чворовима, хируршко лечење је основ. У дијагностици меланом дебљег на пресеку од једног милиметра по Breslowu користи се и сентинел биопсија лимфног чвора (биопсија лимфног чвора стражара): уклања-

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>

ПРИМ. ДР МИЛИЦА РАНКОВИЋ ЈАНЕВСКИ, ДИРЕКТОРКА
ИНСТИТУТА ЗА НЕОНАТОЛОГИЈУ У БЕОГРАДУ

ЛЕЧЕЊЕ НАЈМАЊИХ ПАЦИЈЕНАТА ЈЕ ФИЛИГРАНСКИ ПОСАО

// ЗБРИЊАВАЊЕ ПРЕВРЕМЕНО РОЂЕНИХ БЕБА, КОЈЕ СУ НЕРЕТКО
У ТЕШКОМ ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ, ЗАХТЕВА ПРИМЕНУ СОФИСТИЦИРАНЕ
ОПРЕМЕ, АЛИ И ВЕЛИКО ЗНАЊЕ, ТРУД И СТРПЉЕЊЕ ЧИТАВОГ ТИМА
КОЈИ УЧЕСТВУЈЕ У ЊИХОВОМ ЛЕЧЕЊУ И НЕЗИ //

У Србији се превремено роди више од 4.000 беба годишње. Од тог броја, 850 до 950 „палчића и палчица“, 20 до 25 одсто, буде збринуту у Институту за неонатологију у Београду. По чему је ова установа јединствена у Србији (и шире), какве резултате постиже у третману најмањих пацијената, од којих су многи у тешком стању и зашто је рад у оваквој кући „филигрански посао“, тежак и изазован – за Гласник ЛКС говори прим. др Милица Ранковић Јаневски, директорка Института.

– Готово 87 одсто примљене деце је са тежином мањом од 2.500 грама, док је 35 одсто веома мале тежине – испод 1.500 грама. Колико су то тешки болесници говори податак да се 52 одсто од све примљене деце директно смешта у одељење интензивне неге. Око 46 одсто од укупно примљених одмах захтева примену неког облика механичке вентилације. У 2013. години, 438 новорођенчади било на механичкој вентилацији укупно 4.864 дана, 27 деце захтевало је примену инхалаторног азот-оксида, 89 имало је 388 дана високофреквентне осцилаторне вентилације, што је посебан вид механичке вентилационе потпоре. Просечна дужина хоспитализације износила је 45 дана.



Прим. др Милица Ранковић Јаневски

Институти је највећа неонатолошка установа у земљи. Имају ли довољно капацитета?

Институт располаже капацитетом од 160 постеља, од чега су 22 постеље у одељењу интензивне неге III Бе нивоа. У овом тренутку имамо 296 уговорених радника. Инсти-

тут функционише кроз пет одељења за новорођену децу, од којих су два пријемна, као и одељења за мајке. Уз то, постоје бројни пратећи кабинети, као и неопходне службе у којима се одвијају различите делатности. Када је реч о структури запослених, у Институту ради 37 доктора медицине, три фармацеута, око 200 виших и средњих медицинских сестара, 56 немедицинских радника. Међу лекарима један има звање редовног професора, два су истраживачи сарадници, четири су примаријуси, 27 специјалисти, пет субспецијалисти неонатологије, док два доктора имају академску специјализацију. Десет наших клиничких лекара, младих доктора, има просечну средњу оцену 9,10 и верујемо да ће и у будућности установа остати у добрим рукама.

У којој мери успевате да држите корак са сличним медицинским кућама у развијеним земљама?

Осим класичног система образовања, потрудили смо се да се повежемо са најбољим светским центрима и да организујемо усавршавање у сарадњи са њима, кроз посете страних еминентних стручњака Институту, у посебним, новим областима где таква едукација није била доступна у нашој среди-

47 <

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>



Одељење интензивне неге

ни и региону. Тако смо успоставили контакт са тренинг центром са Boston Children's Hospital, Медицинским факултетом Харвард, у области неонаталне индивидуализоване развојне неге и система процене (NIDCAP®) и имамо за сада једног професионалца који је завршио едукацију у трајању од две и по године. То је први и једини NIDCAP® професионалац, не само у Београду и региону, него у Југоисточној Европи. Очекујем да други запослени, чија је едукација у току, у септембру стекне сертификат Медицинског факултета Харвард.

Шта подразумева концепт „Неонатална индивидуализована развојна нега“?

Систем индивидуализоване здравствене неге је посебан, сертифициван, на протоку заснован програм који подразумева тумачење понашања превремено рођеног детета. Другим речима, имамо „преводиоца“ за превремено рођене бебе. „Читањем“ њеног понашања детектујемо, путем посебних скала, које су њене снаге, степен зрелости, али и слабости, као и шта беба покушава да нам каже. Онда се прави детаљан извештај и организује индивидуални приступ током лечења и неге који одговара управо тој пре-

времено рођеној беби, њеном степеном зрелости, снагама и слабостима. Са тим извештајем бива упознат цео тим који учествује у лечењу и нези – лекари, медицинске сестре и родитељи – како би свако знао како на најбољи начин може да подржи правилан развој бебе. Родитељи су веома важан део тима и са њима се развија равноправан, партнерски однос уз подршку и оснаживање. Јер, превремено рођена беба у великом је ризику да њен развој буде у одређеној мери угрожен, отежан, успорен. Уз помоћ програма, подржава се исправан сензо и психомоторни развој, а дугорочно се обезбеђује и добар исход. Зато се зове и „рани интервентни програм“, како би се веома рано, пре настанка оштећења, заштитио осетљив организам бебе. Творац тог програма је професор Хајди Алс (Heidi Als) са Харварда. Она је ученик чувеног Бразелтона (T. Berry Brazelton) који је творац скале за тумачење понашања беба рођених на време, а Хајди Алс је сачинила скалу за читање понашања превремено рођених беба. Она је творац NIDCAP® сертифициваног програма који има веома висок квалитет, заштићен је и препознат у свету и председница је NIDCAP® интернационалне федерације – NFI.

Поносни смо на чињеницу да смо били осма земља у Европи која је започела едукацију и имплементацију тог програма, чак пре Немачке. Представљали смо куриозитет у свету, тако да сам била позвана на годишњи састанак NIDCAP® тренера, као руководилац програма у Институту и представница земље која је прва у овом региону почела да примењује тај програм. Одлучили смо се да ојачамо и убрзамо имплементацију програма, тако да смо пролетос организовали, у сарадњи са St. Mary's Hospital и Imperial College из Лондона, обуку у трајању од 12 недеља. У току је шест едукација у области „Практичних вештина“, из области развојне неге, у мањем обиму, како бисмо омогућили да на сваком одељењу постоји по једна особа која ће убрзати и подржавати имплементацију целог програма.

У шоку су и едукације за беби-масажу. О чему је, заправо, реч?

У сарадњи са Интернационалном асоцијацијом за беби масажу, пролетос смо започели 10 едукација у области беби-масаже, које трају до јуна. Беби-масажа има медицински значајне добробити, како за новорођенчад рођену на време, тако и за превремено рођену децу. Управо



због тога, у сарадњи са Удружењем родитеља превремено рођене деце Мали див, одлучили смо да организујемо овакву едукацију. Идеја је била да, када будемо имали сертификоване тренере са интернационалном лиценцом, они могу да обучавају родитеље у масажи беба. Беби-масажа је „алат“ за родитеље да се, уз нашу помоћ, што боље повежу са својом бебом, што је посебно важно када је реч о превремено рођеним малишанима.

Колико љажње се љоклања едукацији медицинској кадра?

Наши стручњаци учествовали су на бројним стручним скуповима у иностранству са радовима, или у радионицама, најчешће из области неонаталне интензивне неге. Прошле године 46 наших лекара учествовало је на домаћим скуповима, а Институт је организовао 17 акредитованих стручних скупова. На годишњем нивоу одржава се семинар „Новине у неонатологији“ – недавно је организован и јубиларни,

30. по реду, као и Симпозијум „Сусрети сестара у неонатологији“. Сваког месеца се организују клинички семинари за лекаре и фармацеуте, као и семинари за средњи и виши медицински кадар. Сваке године издаје се публикација у којој су објављени сви радови са месечних и годишњих клиничких семинара. Већ поменута едукација и тренинзи у Институту са позваним стручњацима из иностранства, најбоље сведочи колико се значаја придаје сталном усавршавању медицинских професионалаца свих профила.

Као усљанова највишеј нивоа у којој љројекте сће укључени?

Тренутно је у току пројекат „Партнерство са родитељима за бољи исход“, одобрен од Комисије за нове технологије Министарства здравља, који обухвата Принцип отворених врата – слободан приступ родитељима болесне деце, што је светски актуелан тренд: не постоји строго време посете, већ родитељи могу да буду са бебом 24 сата, седам

дана у недељи и – нису дужни да за то имају посебно одобрење. У Великој Британији чак постоји закон према коме нико не сме да стане између родитеља и деце прави било какву рестрикцију њиховог контакта, што се сматра неопходним обрасцем у раду педијатријских здравствених институција. Ми смо за сада успели да обезбедимо нерестриктиван приступ родитеља преко дана, при чему се заказује само разговор са лекарима. Пројекат обухвата и нове методе које смо увели – Kangaroo Mother Care, који подразумева контакт кожа на кожу између мајке и детета. Ту могућност је прошле године користило 386 родитеља, и Институт је прва и за сада једина институција у нашој земљи која примењује овај систем неге.

Под покровитељством Министарства здравља, у току је пројекат „Подршка развоју банака хуманог млека“, који траје већ пет година. После отварања Прве српске банке хуманог млека у оквиру Института, подржан је и развој банака млека у Србији, и отворене су банке млека у Новом Саду и Крагујевцу.

Важан пројекат, у целини подржан од Министарства здравља, јесте Програм спречавања слепила у Србији код деце са ретинопатијом прематуритета. То је посебан офталмолошки проблем присутан код превремено рођене деце, са великим ризиком да буде угрожен вид. Зато је кроз пројекат, који траје већ три године, направљена иницијатива и обављена едукација лекара у регионалним центрима Србије, у области скрининга и терапије, медикаментозне или ласерске, у циљу очувања функције вида. Програм спречавања слепила ове године је обухватио 6.000 прегледа кроз базични скрининг и праћење развоја ретине. Једини у региону имамо ретиналну камеру RetCam 3, са опционим додацима за ангиографију и евоциране потенцијале – што омогућава праћење развоја ретине, како би се у одређеним случајевима приступило терапији, или се код деце у ризику пратио даљи развој ретине, након већ примењене терапије.

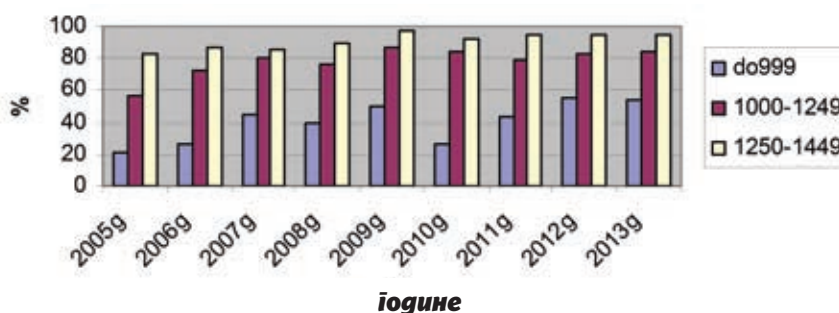
Из љодине у љодину Србија се усочава са дейљулацијом, а, с грује сљране, захваљујући најрејшку науке и шехнолојје сада имају шансу

50 >



ТЕК РОЂЕНИ, А ВЕЋ ОЗБИЉНИ ПАЦИЈЕНТИ

Преживљавање деце ТМ мање од 1500g



49 <

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>

да преживе и бебе веома мале телесне масе. Да ли је обим њосла у Институту промењен у односу на раније?

Прошле године у Институт је примљено 14 одсто више деце, 953 укупно. Од тог броја из Београда је 62 одсто беба, а 38 одсто из 53 породилица широм Србије. Повећање је претежно било повезано са реновирањем интензивне неге породилица Народни фронт. Укупно је било 780 транспорта, од којих око 480 „активних“, ка себи, – где се возилом, са медицинском екипом, одлазило по новорођенче које је потом доведено у Институт. Институт располаже са два транспортна возила, од којих је једно ново и са изванредном опремом, а друго старије. Специјализовани транспорт је веома битан, јер омогућује да се примени комплетна интензивна терапија и механичка вентилација већ у току транспорта. Возило је недавно додатно опремљено хидрауличним носачем носила, које анулира све вибрације током транспорта, и тако транспорт чини оптималним. Свака дестабилизација превремено рођеног детета ремети оксигенацију, дисање, артеријски притисак – што све може имати негативно дејство, нарочито у раним фазама, када је беба угрожена. Морталитет је у протеклих годину дана додатно смањен за два одсто, смањен је рани неонатални морталитет деце, као и морталитет деце са телесном масом мањом од 1.000 грама. Посебно смо поносни да је у категорији деце испод 1.500 грама значајно повећано преживљавање 2013. у односу на 2010. годину за готово 40 одсто. У 2013. Остварен је већи број болесничких дана, док је дужина хоспитализације смањена за више од два дана. Број болничких инфекција смањен је три пута, број новорођене деце са септикемијом мањи је седам одсто, а са интракранијалном хеморагијом за 11 одсто. Заштитник права пацијената прошле године није примио ниједну примедбу, а анкета задовољства запослених показала је значајно побољшање у односу на 2012, са просечном оценом 3,26.

Последњих година имали сте и неке веома бишине инвестиције у њослор и њрему?

Када су у питању инвестиције, средствима буџета, Сектора за фи-



Нови део зграде са лифтом

нансирање, завршен је пројекат проширења терасе и доградње лифта, који је драгоцен, посебно јер се одељење интензивне неге налази на другом спрату. Из истог извора набављен је и дизел електро-агрегат за резервно снабдевање електричном енергијом. Током 2013. набављена је и бројна опрема: кардиореспираторни монитори (24 комада), инфузионе шприц пумпе, лабораторијска опрема (хематолошки анализатор, јонселективни анализатор и спектрофотометар). У току је набавка ултразвучног апарата, десет инфузионих шприц пумпи и 12 фототампи (хладно светло). Из донација је набављена значајна медицинска опрема на основу листе приоритета коју су одобрили Стручни колегијум и Стручни савет и Управни одбор Института. Између осталог, Институт је добио детекторе буке. Постоје сазнања да бука може да штети беби која, уместо да борава у заштићеној средини мајчине материце, где би сви тонови били пригушени и доминирали звук мајчиног срца и пригушен мајчин глас, беба у интензивној нези изложена је буци већој од 70 деци-



Колектив Института са гостом проф. др Кенетом Алегзандером из Чикага

бела, што је еквивалент саобраћајне буке. У Институту сада настојимо да се ниво буке редукује, да се тихо прича, телефони морају бити утишани, као и аларми монитора. Води се рачуна о сваком извору буке, како се рукује опремом, како би се бука смањила. У свету су актуелна тзв. „тиха одељења интензивне неге“. Зато постоји „семафор“ на зиду, који опомиње на тишину све запослене на том одељењу.

Шта издваја Институт за неонатологију од других установа које се баве новорођеном децом?

Пре свега капацитет од 160 постеља и 22 постеље интензивне неге III Бе нивоа. Интензивна нега је добро опремљена: има 20 респиратора, два респиратора за високофреквентну осцилаторну вентилацију, два апарата за инхалаторни азот-оксид, једини у земљи апарат за индуковану системску хипотермију. Затим, кадровски капацитети - медицинских стручњаци и пратеће службе у потпуности оспособљене за лечење деце веома ниске гестације и мале телесне масе на рођењу.

ДУГА ТРАДИЦИЈА

Данашњи Институт за неонатологију на углу улица Краља Милутина и Тиршове, у центру Београда, основало је 1925. године Материнско удружење и тада се звао Дом за бригу о новорођеној деци и мајкама. Покровитељ Дома била је краљица Марија Карађорђевић. Касније је Дом постао Стационар за превремено рођену децу, потом Специјална болница за недоношчад, Завод за превремено рођену децу и на крају Институт за неонатологију.

Која патологија је највише заступљена?

Превремено рођену децу карактерише незрелост свих органа и органских система. Највише се зна о незрелости плућа, која захтева примену лека за „сазревање плућа“ и примену апарата за вештачко дисање. Осим тога, животну угрожавајући су и незрелост и кардиоваскуларног система, централног нервног система, и могућност настанка инфекције. На срцу постоји крвни суд који треба да се затвори током трудноће, а код превременог рођења се то не догоди благовремено. Крвни судови су танани и осе-

тљиви, и може доћи до крварења у мозгу, јављају се проблеми са CNS-ом, инфекцијама, очима. У савременој литератури постоји концепт „Нови морбидитет“, који означава развојне дефиците који настају у отсуству видних оштећења централног нервног система. У савременој литератури је позната чињеница да 20 до 25 одсто превремено рођене деце има неки развојни дефицит. Управо стога је настао NIDCAP®, као и други програми развојне неге, чији је циљ да, осим технологије и лекова, обезбеде адекватне услове средине, елиминишу негативне утицаје и подрже правилан сензо и психомоторни развој и превенирају развојне дефиците.

Исхрана превремено рођене деце је специфична и захтевна. Колика је улога Банке хуманог млека?

У Институту постоји Кабинет за тоталну парентералну исхрану у коме се, у ламинарној комори, на основу компјутерског програма, припремају интравенски раствори, раствори за парентералну исхрану, као и Ентерални кабинет – где се оброци припремају централизовано, где располажемо свим млечним формулама потребним за различита патолошка стања. Трећину укупних потреба у млеку задовољава банка хуманог млека Института. У позицији смо да то млеко и обогаћујемо посебно креираним обогаћивачем домаће производње. Стручњаци института су дали допринос у стварању те формуле. Прва српска банка хуманог млека сакупила је у овој години више од 5.000 литара млека, а њена делатност значајна је и у промоцији дојења и донирања хуманог млека. У Институту постигнута успешност природне исхране 78 одсто, што је значајан податак, будући да су мајке превремено рођене деце изложене стресу, а, према



51 < ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>



Колибри на отварању 30. Семинара Новине у неонатологији

подацима Уницефа, у Србији је проценат деце која се искључиво хране мајчиним млеком тек 13 одсто. Прва српска банка хуманог млека обележила је у мају пет година рада, током којих је прикупљено више од 22.000 литара млека. Приоритет је омогућавање оптималне, природне исхране бебама, а постигнута је и значајна уштеда у односу на куповину адаптираних формула.

Мало је познато да се у овој кући примењује индукована системска хипотермија. У којим случајевима се примењује за њим хипотермијом?

Институт је прва институција која је започела примену индуковане системске хипотермије. Реч је о контролисаном системском расхлађивању новорођеног детета код посебних медицинских стања (тешка перинатална асфиксија) како би се спречио смртни исход и смањила могућност тежих последица. Спроводи се уз примену амплитудно интегрисаног EEG-а, уз мониторинг церебралних функција (CFM) и инфра-ред спектроскопију (NIRS), процену ткивне оксигенације. Хипотермија се примењује код малог броја пацијената, у тачно одређеним индикацијама, и тада има веома добар ефекат.

Важно је да се са расхлађивањем почне у првих шест сати, терапија

НОВИНЕ У НЕОНАТОЛОГИЈИ

Јубиларни, 30. по реду, семинар „Новине у неонатологији“ одржан је 30. маја у Хотелу Метропол, а окупио је више од 250 учесника и шест предавача из земље и иностранства. Било је речи о систематском приступу избору антибиотика у неонаталној интензивној нези, терапији гљивичних инфекција у неонатологији, дијагностичким могућностима инвазивне гљивичне инфекције у неонатологији, урођеној хуморалној аутоимуности новорођенчета, превенцији инфекције респираторним синцицијалним вирусом, као и значају минималне енталне исхране код превремено рођених беба веома мале телесне масе. Два предавања одржао је проф. др Кенет Алехзандер (Kennet Alexander) из Чикага.

траје 72 сата, након чега почиње поступно загревање до нормалне телесне температуре.

Поносни смо што је Институт референтни центар за ултразвучну дијагностику ЦНС-а новорођенчади са готово 6.000 прегледа годишње. Једини у земљи већ четири године спроводимо имунопрофилаксу ризичне новорођенчади против инфекције респираторним синцицијалним вирусом.

Недавно је одржан јубиларни семинар „Новине у неонатологији“.

Семинар Новине у неонатологији Институт организује већ 30 година. Осим највећих домаћих стручњака, као предавачи по позиву на се-

минарима су учествовали највећи експерти из перинаталне медицине и неонатологије: Робертсон (Robertson), Желије (R. Jelier), Минковски (Minkowsky), Габријел Дик (Gabrielle Dick), Дубовиц (Dubovik), Нил Мекинтош (Neil McIntosh), Волпе (Joseph Volpe), Рименсбергер (Rimensberger), Ричард Полин (Richard Polin), Денис Азопарди (Denis Azzopardi), један од највећих експерата у области индуковане хипотермије... Утемељивач семинара био је проф. др Александар Марјановић који, нажалост, није више међу нама, али је традиција одржавања ових семинара настављена до данас.

Јасмина Томашевић

ОПШТА БОЛНИЦА ВАЉЕВО – НЕКАД И САД

ТРАДИЦИЈА ДУГА ГОТОВО ВЕК И ПО

Пише: Др Владимир
ОБРАДОВИЋ

Највећи део живота свако од нас проведе на радном месту. Много је тога што утиче на осећај након буђења, при првој помисли на то шта вас чека на послу. Добри међуљудски односи у колективу, сложићете се, основни су услов да тај осећај буде мање непријатан. О томе колико изглед радног простора, савременост средстава за рад и амбијент у целини утичу на



задовољство радника Опште болнице Ваљево данас, а како је то изгледало некад, разговарам са Кристином Параментић, пи-аром Опште болнице Ваљево.

О ваљевској Болници се од давнина писало, учило на часовима историје, ваљевску Болницу и здравство овог краја стварале су бројне генерације угледних људи. Прву иницијативу за формирање болнице покренули су грађани, далеке 1867. године.

Прва болница, у кући породице Андоновић, прерасла је у Здравствени центар, који је крајем прошле године пререгистрован у Општу болницу Ваљево. Око 1.300 запослених данас пружа услуге грађанима Колубарског округа, што је око 200.000 становника, просечне старости 42,25 година, са 14,3 одсто популације старије од 65 година.

Далеке 1867. године тадашњи окружни физикус (лекар) и виђени грађани одлучили су да после више покушаја оформе болницу. Уз подршку Министарства унутрашњих дела Кнежевине Србије и Окружног начелства, у јануару те године закупи-



53 <

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>

ли су кућу некадашњег среског начелника Алексе Андоновића у којој је крајем октобра прва болница почела рад. Први управник болнице био је окружни физикус Франц Биxели, који је у Ваљево дошао после др Франца Тесара.

Школовани лекари и пре болнице

Школованих лекара у Ваљеву било је као и у осталим градовима у Србији и пре оснивања болнице. Први за кога се зна да је био у Ваљеву је др Јован Стејић 1830. године. Крајем јануара 1842. године у Ваљево је за окружног физикуса дошао магистар хирургије Франц Будај, родом из Пеште. На његово место дошао је др Јован Машин, отац инжењера Машина, првог мужа касније краљице Драге Обреновић. Био је бечки студент, диплому магистра хирургије стекао у Пешти, а магистеријум гинекологије и акушерства у Прагу. Од 1980. до 1984. године окружни физикус био је др Лазар Димитријевић који је у то време објавио књигу „Како живи наш народ“. Износећи прилике у којима је живело сеоско становништво, Димитријевић је скренуо пажњу на потребу унапређења здравствене културе у селима.

Од тада до данас генерације лекара и болничарки уткали су своје знање и хуманост у добробит не само народа колубарског краја, већ читаве Србије. Ваљевска болница 1914–1915. године постала је симбол медицинске пожртвованости и хуманости – у окружењу великих би-така читав град постао је болница и тако се заувек уписао у историју српског народа. Међу добровољним болничаркама била је Надежда Петровић, најзначајнија српска сликарка с краја 19. и почетка 20. века. Последња слика коју је насликала била је управо „Ваљевска болница“ настала у страхотама рата. Негујући болеснике Надежда Петровић је умрла од тифуса 3. априла 1915. године.

Здравствена установа и њени запослени расли су с народом, па је тако повратак школованих лекара из света значао научни и културни напредак самог града. Лекари су били носиоци просветитељских идеја и модернизма, они су у Ваљеву писали и преводили књиге, основали тениски клуб, музичку школу, оснивали друштва пријатељ-



Радиологија – магнетна резонанца



Од 2012. су у програму вантелесне оплодње

ства са другим државама и организовали културне догађаје. Осим поменутих лекара, овде су радили и стварали Јован Мијушковић, који је урадио прву интервенцију на отвореном срцу, затим Селимир Ђорђевић, Владимир Ђуровић и многи други лекари који су обележили медицинску науку Србије и Југославије. Надахњујући се њиховим наслеђем, ваљевско здравство данас отворено је према достигнућима савремене медицине и убрзаном развоју који се огледа у набавци савремене опреме, усвајању нових дијагностичких, терапеутских и хируршких метода, континуираној медицинској едукацији,

као и увођењу организационих новина и савременог управљања.

Ваљевска болница данас је модеран дијагностички центар. Поседује мултислајсни скенер Somatom Sensation 16, као и магнетну резонанцу, а услуге се пружају и бројним грађанима ван Колубарског региона. Ендоскопска дијагностика и ендоскопске интервенције су одавно постале рутина, а тежи се сталном усавршавању вештина у класичној, општој и васкуларној хирургији, док се лапароскопске неинвазивне процедуре примењују у општој хирургији, гинекологији, урологији, ортопедији, оториноларингологији. Овде се ради и ултразвучна



Ангиосала



Сала за рехабилитацију има и базен

операција катаракте, као и сложене васкуларне процедуре, естетска и реконструктивна хирургија. Захваљујући добро опремљеним лабораторијама - Биохемијској и Микробиолошкој - на једном месту је могуће урадити све врсте анализа, док се Служба трансфузије у Србији издваја, како у области добровољног давалаштва, тако и у области клиничке трансфузије.

Најсавременија опрема

Ангиосала, чију је набавку финансирао Министарство здравља Србије, почела је да ради 22. децембра 2010. године и од тада представ-

ља спасоносно решење за многе људе у Западној Србији које је задесио акутни инфаркт миокарда.

Здравствени центар Ваљево је у јулу 2012. године добио сагласност Министарства здравља Републике Србије за реализацију програма вантелесне оплодње. Пацијенткиње, према приоритетима, у Ваљево упућује Републички фонд за здравствено осигурање (РФЗО). У реализацију програма вантелесне оплодње укључен је читав тим који чине лекари, психолози, медицинске сестре и техничари, запослени укључени у организацију. Програм води др Бранко Будимировић, субспецијалиста за фертилитет и стерилитет, зајед-

но са клиничким ембриологом Милицом Крстивојевић. Највећи успех овог програма су бебе које су рођене од септембра 2013. до данас.

Већина опреме обезбеђена је у оквиру бројних пројеката, захваљујући донаторима, али и сопственим напорима. У оквиру пројекта Министарства здравља „Развој здравства Србије“ финансираног кредитом Светске банке, завршена је, самодоприносом грађана Ваљева започета, изградња објекта од 4.000 метара квадратних, где је смештено Грудно одељење, са добро опремљеним и уређеним диспанзерским делом, дневном болницом, интензивном негом. У новој згради налази се и Алерголошка амбуланта, Онколошка дневна болница, Коронарна јединица и Патологија са најсавременијом опремом.

ЗЦ Ваљево располаже и дигиталним мамографом који је донација Владе Јапана, а „Калемом за дојку“ практично је комплетирана радио-лошка дијагностика обољења дојке. То је најсавременија дијагностичка метода, врло поуздана, прецизна и без зрачења. Циљ пројекта је унапређење здравља жена кроз рано откривање болести и смањење смртности од рака дојке. Последњих година реализоване су и велике грађевинске и комуналне инвестиције у болничком комплексу.

Цела установа је опремљена рачунарима и користи се болнички информациони систем, чиме је олакшан рад запосленима, а за кориснике свакако унапређен квалитет услуга. Испробан рецепт развоја једне установе свакако је тимски рад и стална едукација, чему се у ваљевској болници поклања посебна пажња. Едукативни центар располаже библиотеком, рачунарским и интернет-центром и технички опремљеном салом у којој се често организују гостовања врхунских стручњака и специјализоване обуке, често и на даљину, захваљујући видео-конференцијској вези. У кругу Ваљевске болнице подигнут је и православни Храм Светог Козме и Дамјана.

Примењујући рационалније пословање и бољу организацију рада, болница је знатно поправила показатеље квалитета - просечна дужина лежања сада је 8,5 дана, а просечна искоришћеност капацитета 75 одсто. Болница располаже са 657 постеља и 35 на неонатологији. //

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>

Др Јован Мијушковић, зачетник кардиохирургије

Пре осамдесет пет година на празник Благовести, у Ваљеву је др Јован Мијушковић урадио прву операцију на отвореном срцу у Југославији, западном Балкану; тридесет две године након првог у свету успешног шавна на срцу од стране Лудвика Рена, оснивача кардиохирургије срца, управо освајача срца.

Др Јован Мијушковић је рођен 27. септембра 1886. године у Нишу. Основну школу и гимназију завршио је у Београду, а студије медицине у Бечу, где је 2. јула 1917. године промовисан за доктора медицине. У току Првог светског рата (1914–1918) интерниран је у српски заробљенички логор у Negz-Megier, Мађарска.

По ослобођењу долази у своју земљу где почиње да ради у Улцињу. Министарству народног здравља 19. марта 1919. године упућује захтев за распоред у Србију: „С обзиром на ове чињенице, молим да се на мене не употребе мере које важе за Црногорце, јер као што се види из горе наведеног, мој долазак овамо као и молба за службу, потиче из чисте жеље да радим у једној средини којој припадам по васпитању и по осећању.“

Радна биографија др Мијушковић показује да је: априла 1919. године постављен је за лекара среза Рачанског; 21. септембра 1920. године постављен је за лекара среза Ваљевског; 3. фебруара 1921. године постављен је за лекара Тамнавског; 30. маја 1923. године постаје секундарни лекар хируршког одељења Болнице у Београду; 25. октобра 1925. године премештен је за шефа хирургије и управника болнице у Ћуприји; јуна 1926. године премештен је у Ваљево за шефа хирургије и управника болнице; 1933. године постављен је за шефа санитета Министарства саобраћаја; 1937. године постаје професор Историје медицине на Медицинском факултету у Београду; 1941. године постављен је за министра здравља у влади Милана Недића; Крајем 1942. године постаје шеф службе Градске болнице у Београду; 1944. године ухапшен у Операционој сали, а затим, без пресуде људима знане, стрељан са више од сто српских интелектуалаца.

Ваљевска болница је основана као окружна болница 1867. године. Почетак XX века означава процват Србије, особито после мајског преврата које се одразио и на здравство. У то доба у Ваљевској болници ради и велико име српске медицине др Селимир Ђорђевић. У болницу која је стекла своју крваву славу током 1914–15. године, пар година после Великог рата стиже др Мијушковић и уводи је у историју медицине. Поред постојеће окружне болнице у том периоду у Ваљево функционише и стална војна болница.

Уз др Мијушковића, у Ваљевској болници радили су: др Злочевска, др Николајевић, др Милинковић, др Стефановић, др Бирчанин, др Божин. Шеф рентген службе био је др Гађански.

Хируршка служба у току 1927. године има 344 оперативних захвата са следећим исходом: здравих 237,

опорављених 72, неизлечених 14, умрлих 21. Опсег оперативног рада је импозантан. Изводе се операције у области акушерства и гинекологије, ортопедије и трауматологије, урологије, неурохирургије, васкуларне хирургије, торакалне хирургије, абдоминалне хирургије (стеноса пилоруса, ресекција желуца, холецистектомија, струмектомија).

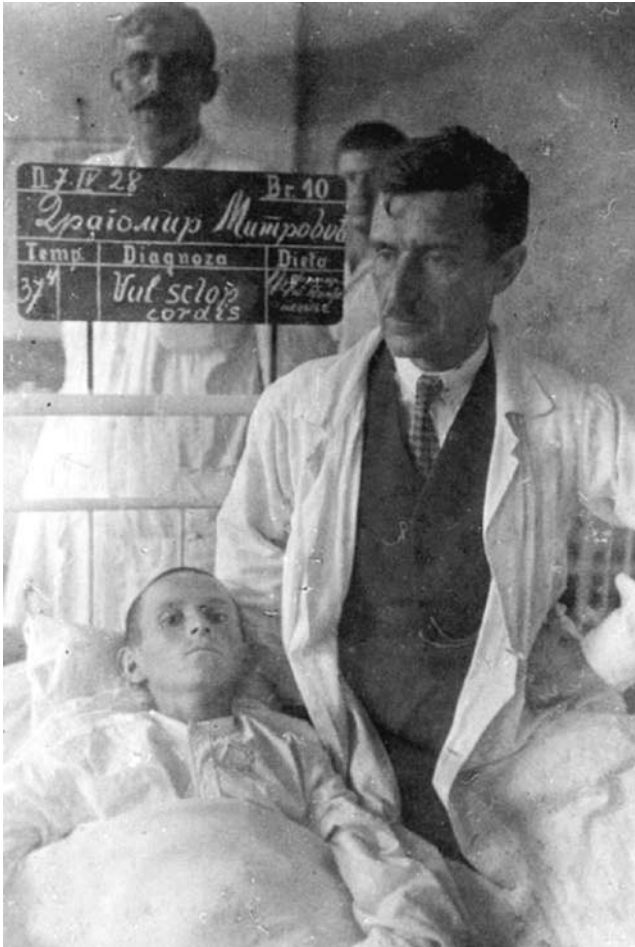
Године 1928. било је укупно 343 операција, док је 1931. године урађено 378 операција. Исте године почиње с радом и патохистолошка обрада материјала.

Поред редовног хируршког рада, др Мијушковић објављује и научне радове у страним и домаћим часописима: интересантан и редак случај руптуре слезине (1925); спазмус једњака после ресекције струме; једна интринсична и ретка повреда гравидног утеруса; ретка повреда материце; терапија тетануса карболном киселином; случај мултициплинарних повреда црева; један успешан рад на срцу; случај замашне ресекције танког црева; прилог радиотерапије акутних запаљења; прилог хирургији дијаграме.

Обрађује низ тема из историје медицине, публикује радове из опште медицине. У „Медицинском прегледу“ бр. 7–9, 1938. године објавио је на француском језику чланак на тему: „Указ о оснивању нове болнице у Дубровнику и о оправкама које треба да се изврше донесен од Сената 17. Марта 1550.“

Прва операција на срцу

Дана 7. априла 1928. године др Мијушковић је урадио прву операцију на отвореном срцу о чему сведочи његов лекарски извештај: „Да пређем на случај. Д. М. Дечко од својих 15 година из села Дупљаја, срез и округ ваљевски, рањен је 7. априла малим флоровим револвером око 10 сати пре подне. Истог дана око шест сати после подне примљен је на хируршко одељење обласне болнице у Ваљево. Садашње стање: Улазна рана, величине кукурузног зрна, налази се за један поречан прст испод леве мамиле. Дисање тешко и убрзано. Фацијес уплашено. Перкусијом констатована увећана фигура срца. Тонове срца тупе и тешко се чују. Пулс миран, 80 откуцаја у минути. По положају повреде а и по убрзаном дисању, уплашеном лицу и повећаној фигури срца одмах се посумњало на повреду. Како је требало припремити све за операцију, тај размак времена искористио сам, да и рентгенолошки потврдим своју дијагнозу. Рентгенолошки налаз (др Б. Гађански, шеф рентгенолошког одељења). Одмах на први поглед упада у очи форма срчане слике, која подсећа на перикардитис. Силуete појединих органа с десне и леве стране избрисане. Десни угао између срца и дијафрагме исчезла. Дијагноза хематоперикарда наметала се. Радња срца једва се опајала, она се међутим врло живо манифестовала у покретима малог куршума, који је изводио све интересантне покрете срца. Пошто је у разним правцима па-



Др Јован Мијушковић

цијент просветљен, и утврђено да је куршум увек у сенци срца, и тиме утврђено да није екстракардијално, иако је њен положај испод дијафрагме, донекле у stomачном мехуру могао довести за тренутак у сумњу, да се налази интраабдоминално – приступљено је операцији. Покрети куршума пластично су манифестовали рад срца који се овде очигледно могло пратити као и рад срца у виду сврдла. Пројекција куршума значила је локализацију у десном ventрикулу, али да је он био интрамуралан, опет, повредивши цео зид, то се тек при операцији успоставило, иако су покрети били сасвим правилни, и донекле објашњавају ову локализацију.

Операцији сам приступио око 7 сати уз асистенцију др Николајевић, у локалној анестезији, новокаином са адреналином. Грудни кош је отворен по Ротеру са базиосом на медијалној страни горњи рез полази од леве стреналне ивице за 1 1/2 cm дуж доње ивице трећег ребра, а завршава се за 1 просечен прст латерално од мамиле. Други доњи хоризонтални рез јесте нешто краћи и иде доњом ивицом петог ребра. Оба хоризонтална реза везана су са једном вертикалом. Оба хоризонтална реза иду кроз све меке делове. Четврто и пето ребро као и све меке делове пресекао сам у верикалној линији. При горњем хоризонталном резу пресекао сам плеуру и наступио је непријатан моменат наглог пнеумоторакса. Начињену повреду на плеури егзатно сам сашео.

Предамном се указује ова слика дупликатура медијастиналне плеуре чврсто је покрила срчану кесицу, те да до ње дођем, тупо сам брисом ољуштио медијастиналну плеуру од перикарда. Свршивши то пресекао сам уздуж увећани перикард, који је имао тамну боју, услед излива крви. Из истог је покуљала црна крв око 1 литар. На врх десне коморе, управо један попречан прст испод врха коморе наишао сам на повреду пројектила, величине омањег кукурузног зрна. Пре додира прстом срце није на повреди крварило. Притиснувши палцом и кажипрстом описану повреду коагулум крви и пројектил изашли су напоље, и срце је у млазовима шибало крв. Настао је један драматичан тренутак, кад је сваки секунд скупоцен. Требало је зауставити крвавење шавом. Асистент је својом левом руком корумпирао десну преткомору, да се смањи крвавење, за то сам време кажипрстом и палцом леве руке опрезно и чврсто стегао повреду, и танком цревном иглом ставио сам доста у бок први шав, пазећи да не повредим ендокрад. После првог шав даља манипулација ишла је већ лакше, јер сам се дугим концем првог шав послуживао као уздом, док ми је асистент држао срце тако, да сам у ситом правцу извео врло лако и други шав. Тако исто на лак начин извео сам и друга два шав у супротном правцу. Пошто сам се уверио да не постоји излазна рана, очистио сам срчану кесу од крви, и потпуно је сашео чворним свиленим шавовима, правећи већи размак између појединих чворова, да у случају запаљења перикарда имам одличну дренажу. Затим сам прозор на грудном кошу затворио у два спрата.

Фондација за развој хирургије

Опорављање је ишло тешко и споро. Ток болести био је компликован.

Данас дечко служи у болници као вратар и понаша се потпуно здрав. Рентгенолошки данас постоји адхезија плућа, као последица прележаног плеуритиса, а так исто рентгенолошки и клинички даје се констатovati адхезије перикарда са околином, и то се манифестује увлачењем међуребарног простора приликом систоле срца.

Са успехом, ја сам задовољан. Мислим да је ово први успели случај на срцу у нашој држави. Операцију сам вршио под врло тешким околностима. Пацијент је дошао пуних 10 сати после нанете повреде, и то без апарата са појачним притиском који увелико технички олакшава рад и смањује инфекцију. Успех приписујем и брзини којом сам извршио целу операцију, која је трајала више од 35 минута, а у локалној анестезији коју је овај дечак издржао, а највише пак отпорној снази овога дечака, који ми је, и поред перикардитиса, отровног пнеумоторакса, плеуритиса, пнеумоније, ипак учинио то задовољство, да га здравог и веселог пред вама покажем, а то се задовољство ретко у животу пружа.

У Ваљеву је формирана Фондација за развој хирургије „Др Јован Мијушковић“, сала за едукацију у хируршком блоку носи назив овог хирурга и у њој се налази део заоставштине који је сачуван захваљујући госпођи Аници Мијушковић, кћерки покојног др Јована Мијушковића. На захтев Фондације др Јован Мијушковић је рехабилитован и враћен међу професоре Медицинског факултета у Београду.

Прим. др Илија Трипковић

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА ОРДИНАЦИЈА ЗА ФИЗИКАЛНУ МЕДИЦИНУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈУ „PHYSICAL“, БЕОГРАД

КЉУЧ УСПЕШНЕ ТЕРАПИЈЕ – ИНДИВИДУАЛНИ ПРИСТУП

// ЗА ДОБРЕ РЕЗУЛТАТЕ У ТРЕТМАНУ ПАЦИЈЕНАТА СА ОБОЉЕЊИМА И ПОВРЕДАМА ЛОКОМОТОРНОГ СИСТЕМА, ЗАСЛУЖАН ЈЕ СПОЈ ЗНАЊА И ИСКУСТВА, С ЈЕДНЕ, И НАЈСАВРЕМЕНИЈЕ ОПРЕМЕ, С ДРУГЕ СТРАНЕ //

Као специјалста физикалне медицине и рехабилитације, проф. др Олга С. Поповић Младеновић, дуже од три деценије бави се лечењем болесника физикалном терапијом. За приватну праксу одлучила се још 1993. године, када је основала Специјалистичку ординацију за физикалну медицину и рехабилитацију PHYSICAL. Под надзором проф. Поповић Младеновић, лечење болесника обавља тим младих и стручних физиотерапеута, са дипломом Више физиотерапеутске школе и лиценцама за рад са најсавременијим уређајима за физикалну медицину.

Како физикална медицина у лечењу оболелих и повређених користи биолошке ефекте физикалних агенаса, Ординација Physical је потпуно опремљена последњим генерацијама уређаја за све врсте физикалне терапије: магнетотерапију, електротерапију, кинези и осталу механотерапију, фототерапију, термотерапију, хидротерапију и терапију целулита. „Кућа здравља“ у строгом центру Београда пружа широк спектар квалитетних услуга уз употребу савремене технологије.

ВРСТЕ ПОВРЕДА И БОЛНИХ СТАЊА

- рехабилитација посттрауматских стања (прелом, дисторзија, ударац...)
- реуматска обољења, болови и проблеми са кичмом (спондилоза, коксартроза, гонартроза или петни трн, као и лумбални и цервикални синдром)
- неуролошка обољења попут запаљења периферних нерава - ишијас или запаљење раменог живчаног сплета, затим парализе нерва лица, руку и ногу, као и полинеуропатије
- спортске повреде у мишићима, зглобовима и лигаментима (enthesitis, тендинитис, истегнућа мишића, тенски лакат и др.)
- лимфедими руку после операције карцинома дојке и ногу, различите етиологије
- миогелозе и болови у рамену, лопатици или врату
- остеопороза - програм вежбања за превенцију настајања остеопорозе
- тендинопатија са и без калцификата
- индивидуалне вежбе код сколиоза и кифоза
- Sudeckova атрофија
- проширене вене
- пацијенти са инконтиненцијом

Према речима проф. др Олге Поповић Младеновић, модерна опрема омогућава да се у лечењу користи комбинација агенаса који ће дати најбољи ефекат и најбрже излечење. Знање и искуство, софистицирана медицинска опрема за све

видове физикалне терапије (сигурно међу најбољим, ако не и најбоља у нашој земљи), рад са сваким пацијентом понаособ, као и висока стручност терапеута - омогућавају да болесницима буде пружен најадекватнији физикални третман и



ЕЛЕКТРОТЕРАПИЈА



SCHOKWAVE



МЕХАНОТЕРАПИЈА



МАХИМА



МИОМЕД

скрати време одсуствовања са посла или са спортских терена.

Било да је реч о рехабилитацији болесника после повреда, обољења и посебно након оперативних захвата, у циљу што бољег ефекта (већа покретљивост, елиминација бола...)



СКИНМАСТЕР



ВАКУСАК



ЕНДОМЕД И ЛАСЕРМЕД

примењују се нови, најсавременији облици магнетотерапије, лазеротерапије, електротерапије...

Побољшање квалитета живота пацијената

Приоритет Ординације PHISICAL, а уједно и светски стандард лечења, јесте побољшање квалитета живота и обука свакодневним активностима болесника и њихових породица након спроведеног оперативног захвата или новодијагностикованог хроничног обољења. Болесници након ортопедско-трауматолошких захвата, операције дојке, инфаркта срца могу наставити амбулантно спровођење започете рехабилитације.

Осим оболелих са дегенеративним обољењима кичменог стуба и

зглобова, у Ординацији се збрињавају и пацијенти са спортским повредама, обољењима нерава, компликацијама дијабетеса, обољењем вена, хроничним плућним болестима, остеопорозом. У току је и организовање рада са болесницима са лимфедемом, као и антистрес програм.

– Бавимо се физикалном терапијом у рехабилитацији трауме, невролошких болести -парализа, пареза, одузетости, шлогова, затим код спортских повреда укључују-

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>

ћи и рекреативне. Када су у питању деца, физикалну терапију примењујемо код постуралне сколиозе и кифозе, као и код проблема лошег држања. Радимо и програм остеопорозе, а имамо остеоденситометар за мерење коштане густине – каже проф. Поповић Младеновић.

Она напомиње да је посебним апаратом могуће измерити дијагностичко оштећење периферног моторног неурона. Тако се, у случају да пацијент има парализу лица, испита оштећење и даје прогноза у ком временском периоду ће, уз терапију, да се излечи, у потпуности или делимично, да ли ће бити резидуе).

Посебно је поносна на апарат Shock Wave, који ствара ударни механички талас – једину терапију којом се разбија калцификат у тетивама и мишићима. Калцификати се пре третмана доказују снимањем на рентгену или ултразвуку. Како каже, дешава се да голфери или тениски рекреативци у 40. или 50. годинама, играју агресивније или падну на раме, добију мали хематом који занемаре, али се, после извесног времена, тај хематом се организује у калцификат. Захваљујући новој технологији, сада се тај калцификат разбија, не механичким ударцем, већ претварањем енергије у топлотну која делује локално и једноставно га „истопи“. Такав биолошки ефекат постиже се кроз неколико ткивних слојева, а, уз то је процедура комфортна за пацијента.

Од најмлађих до најстаријих

– Са сваким пацијентом се ради индивидуално. Тако, на пример, ако је у питању повреда или коксартроза, онда терапеут ради индивидуално са пацијентом, зависно од врсте



МЕХАНОТЕРАПИЈА

повреде и година. Јер, пацијент са коксартрозом може бити деведесетогодишњак, али и особа од 55 година! Дешава се да када заврше терапију, пацијенти желе да наставе да вежбају. Организовали смо двапут недељно групу „рекреативаца“ на којој могу да науче вежбе, а са њима се такође ради индивидуално. Недавно смо оформили групу за „метаболички фитнес“. Доказано је да, током програма скидања тежине, особа треба да се бави физичком активношћу, али, ако се претера, повећава се метаболизам, онда се јавља глад и посеже за храном. Метаболички фитнес има други тип вежби – типа „стречинга“ (истезања) које води их један Италијан, а касније ћемо да обучимо терапеуте.

У оквиру терапије имамо: електротерапију, магнетотерапију, ла-

серотерапију – по више апарата, а раде се и теренске посете. Ординација има и нови апарат за екстензију, каду за подводну масажу, комплетну кинези салу, апарат за лице – Скин мастер, као и апарат на бази вибрација Вибрафит, намењен кинезитерапији и њоме могу да се ојачају бицепси, трицепси, али није погодан за третман старијих особа, апарат Вакусак за лимфну дренажу и третман проширених вена, а као пелоидна терапија користи се лековито блато из Бујановачке бање.

Ординација ради од двократно, од јутра до вечери, а специфичност је и што сваки трећи пацијент долази без претходног заказивања. Међу пацијентима су све генерације – најмлађи пацијенти су деца од пет-шест година, док најстарији има 98. После 50. године углавном се јављају: дегенеративни реуматизам, коксартроза, гонартроза итд, док су спортске повреде присутне од 10. до 60, јер се све већи број људи бави спортом и рекреацијом и повреде су честе: од руптуре мишића, повреде Ахилове тетиве, до прелома.

Патологија се мења се у току године – сезонски. Лети имамо пуно пацијената са ишијасом, запаљењима нерва Facialisa, спортским повредама. Ујесен, ако је велика влажност ваздуха, чешћи је дегенеративни реуматизам, док током

ЉУДИ ВОЛЕ КОСМОДИСК

Космодиск не може да шкоди, а може да помогне. Ми смо га пре 25 год проучавали у Институту за рехабилитацију у Сокобањској, ја сам водила тај пројекат, мој директор проф. др Томислав Малишић ишао у Брисел да прими награду. Људи воле Космодиск. Ми смо установили да он прави топлотни појас – слој ваздуха између тих „ребара“, сегмената, угреје се и пријатно пријања за кичму, која се онда „ослободи“.



КИНЕЗИТЕРАПИЈА



зиме расте број прелома. Необично је, указује проф. Поповић Младеновић, што се последњих година јавља нова патологија.

– Млади људи који раде за рачунаром по десет сати имају проблем мишића врата. Није у питању спондилоза, него спазам мишића врата и оба рамена, као и болови дуж руке због запаљења раменог живчаног сплета. Тим пацијентима физикалном терапијом отклањамо бол и прописујемо „стречинг“, истезање, једанпут недељно. Осим тога, имамо један број пацијената са болестима мишића, чега раније није било. Зашто је тако, не знам. Код млађих, од 14 до 15 година јављају се дисторзије и преломи. Уверена сам, мада немам доказа, да та деца уносе недовољно млека. Због тога се често дешавају преломи, поготово ако се баве спортом имају стрес-фрактуре повезане са великим напором, а лошим костима. То је за мене изненађење.

Значај континуиране едукације

Велики проценат пацијената долази у Ординацију преко препоруке. Последњих шест месеци, откада је у функцији нови сајт - све више је људи који се информишу на тај начин и дођу на преглед. Цене у овој

ПЛАЗМАТЕРАПИЈА НИЈЕ СВЕМОГУЋА

На питање колико је ефикасна терапија са плазмом која се све чешће помиње код спортиста, проф. Поповић Младеновић каже да убризгавање плазме има за циљ да мало регенерише зглоб. Уз оgradu да она можда виђа теже случајеве, докторка каже да таква терапија не може да помогне код свих. Ефекат је сигурно бољи код младих људи и спортских повреда.

„оази здравља“ су релативно пристојне.

Лети на преглед и терапију у Ординацију долази већи број наших људи који раде у Немачкој, Америци и другим земљама, а проф. Поповић Младеновић, зависно од проблема, препоручи им и одговарајућу бању, најчешће Врдник или Бању Ковиљачу.

– Београд је велики град. Трудим се да оно што не знам – питам. Ако не знам, кажем да не знам, али знам ко зна – истиче проф. Поповић Младеновић која је и сама предавач два програма Континуиране медицинске едукације акредитована код Здравственог савета. И Ординација PHYSICAL је акредитована. Најважније је, каже, да лекари не плаћају едукације, а треба им „ићи на ноге“, како не би губили време. Важно би било и да лекари пред-

лажу теме за КМЕ. Физиотерапеути Ординације PHYSICAL такође похађају курсеве континуиране едукације, а Ординација им покрива 50 одсто трошкова учешћа.

– У случају тешких повреда, отворено кажем пацијенту да три до четири месеца мора да се ради, али да неће имати пуно излечење, пун обим покрета. То и напишем. На тај начин лекар штити себе. Не може да се каже да ће терапија бити потпуна, а заправо се постигне 30 одсто побољшања. Мој став је да увек пошашем пацијента за друго мишљење, било у Београду или Новом Саду. Важно је да лекар буде коректан у дијагностици. Ни у приватном послу не сме да буде профитабилности, јер то неће дати ефекат – објашњава проф. др Олга Поповић Младеновић.

Јасмина Томашевић

Из историје медицине

КАКО ЈЕ ОСНОВАНА ПРВА СПАСИЛАЧКА
ИНСТИТУЦИЈА У СУБОТИЦИ

ПРЕТЕЧА ХИТНЕ ПОМОЋИ

Пише: Др Деже Чусо,
СПЕЦИЈАЛИСТА УРГЕНТНЕ
МЕДИЦИНЕ



ПОЧЕЦИ ОРГАНИЗОВАНОГ СПАСАВАЊА У СВЕТУ

Први зачеци оснивања институције за организовано спасавање у свету воде порекло из друге половине осамнаестог века. Под организованом подразумевамо институцију у чијем оквиру су деловале добро едуковане особе, чије је искључиво занимање било да буду у сталној приправности на одређеном месту и на указану потребу (позив) дођу на место дешавања, да изврше извлачење унесрећених, да им пруже потребну медицинску помоћ и, у случају успеха, обаве и потребан транспорт у здравствену установу.

Потребе за таквим институцијама јавиле су се половином осамнаестог века у већим градовима Европе са великим лукама (Амстердам, Хамбург, Венеција), као и у неким градовима на источној обали Северне Америке. Развојем прекоокеанског трговинског бродарства се стварају све значајније луке у тим местима у којима не само да је обављан утовар-истовар, већ је обично ту изграђено и бродоградилеиште, као и фабрике за прераду рибе итд. Али, постала су та места и састајалишта свакаких врста људи, између осталих и криминалаца – те није никакво чудо, да поред несрећних падова и утопљавања у мору, било је и доста криминалних случајева такве врсте. Са повећањем тих несрећа, временом је постајала и потреба да тим људима притекне у помоћ за то посебно припремљеном екипом, која поред стручног извлачења из воде, била научена од стране лекара да тим несрећницима пруже и помоћ у смислу оживљавања, наравно, према правилима медицинске доктрине тог времена.

Године 1762, сенат града Хамбурга доноси прописе који су након објављивања постали обавезни за све гра-

ђане. Ради се о обавезивању свих грађана да, у случају да се налазе у близини таквих несрећа, приступе одмах извлачењу човека из воде, па ако се утврди и најминималнији ниво живота у телима, обавезно примењују оживљавање. Прописима су тачно регулисани и метода и распоред поступака. Ово још није имао институционални карактер, јер обавеза пружања помоћи била наметнута свим грађанима.

Након неколико година, тачније 1767, град Амстердам оснива прву институцију за спасавање при лучком капетанијату. Одређен број изабраних особа био је едукован од стране лекара о начину и поступцима оживљавања утопљеника, а набављен им је чамац - мањи бродич - са разном опремом за извлачење (чакље, ужад, мреже). Стално приправне екипе су биле смештене на добро обележеном месту и могле су да буду активирани и по обраћању обичних грађана, пролазника. Већ након неколико година објавили су податке о бројним, успешним интервенцијама спасилачких екипа, те редом су се и у споменутим градовима приступили таквом начину спасавања (Хамбург, Венеција, северноамерички лучки градови). Како се талас оснивања спасилачких институција кретао према континенталном делу Европе, тако се проширивао и делокруг њихових интервенција. Нпр. у Аустрији, одакле имамо записе из 1769,



ОВАКО ЈЕ БИЛО НЕКАД...



СУБОТИЦА НЕКАД

1799. и 1803. године – оснива се спасилачка институција у Бечу, а шаље се обавештење градовима у писменој форми, шта се има чинити са утопљеницима и обешенима, ако се на време скину са конопца. Наравно да се мислило искључиво на вешања са самоубилачким намерама. Ове прописе је изградио др G von Switen, дворски лекар у Бечу холандског порекла.

Методе и начини оживљавања били су прилагођени тадашњим медицинским знањима – једино су вештачком дисању придавали значај, о циркулацији (масажа срца) још није било научне спознаје. Иако су форсирали дисање, односно удубавање ваздуха у уста несрећника, вештачко дисање уста на уста сматрали су стручном грешком, јер су мислили да повишена концентрација CO₂ у издувном ваздуху спасиоца може токсично да делује на оживљаваног. Као најефикаснија метода препоручивано је удубавање ваздуха у уста несрећника мехом, налик на ковачки мех. Но, препоручиване су и друге методе, као што је полагање на бурад и котрљање напред-назад, полагање на трбух и притискивање леђа, итд.

Све ово што је изнето о почецима спасилачких институција, написано је у књизи др Ференца Флора, издато 1835. године, а пошто је аутор био и лични сведок стварања тих институција на територији Аустрије, сматрамо сваки податак веродостојним.

ЗАКОНСКА ОСНОВА ЗА ОСНИВАЊЕ СПАСИЛАЧКИХ ИНСТИТУЦИЈА

Што се тиче наших крајева, односно Суботице, град и у овоме дели судбину градова у Мађарској тог времена. Законска основа за стварање спасилачких институција у држави дата је у закону из 1876. године. Споменути закон даје могућност градовима са више хиљада становника широм државе, на раскрсницама важних саобраћајница (водених, железничких и других), индустријским центрима да оформе такве институције. Закон чак обавезује сваког грађанина, за кога се претпоставља да се разуме у оживљавање, да мора исто и да чини. Интересантно је напоменути да амандман истог закона из 1898. године чак је предвидео новчане казне за лекаре, који одбију помоћ унесрећенима. Надаље исти закон је обавезао државу да у наставу државних основних и виших школа обавезно укључе и предмет о пружању прве помоћи повређеном или оболелом. Иста настава је била обавезна и за машиновође на железници, офицере на бродовима, пословође у фабрикама.

Упркос свим законским настајањима, прва спасилачка институција у Мађарској оснива се тек за десет година – односно 1886. године у Темишвару, а следеће, 1887. и у Будимпешти. Следећих година се ређају велики градови у провинцији, да би се 1896. године и Суботица уписала у редове насеља са основаном институцијом за спасавање. Наравно, да у тим годинама разлози и услови за формирање истих били знатно другачији, различитији од оних из 1760-их година. У Суботици су потребе за таквом институцијом створени су тековинама индустријске револуције, стицањем железнице до града, развојем високоградње, механизацијом у пољопривреди, развојем туризма (Палићко купалиште), и других.

Данас, ни након четврт миленијума од оснивања прве институције у свету за спасавање, не постоји светска униформност у организовању, опреми, возилима и кадровима у пословима спасавања. Не постоје јединствени услови у тој делатности, као ни јединствене медицинске доктрине широм света. Прво светско удружење лекара најважнијих носилаца стручности у тој грани медицине, формирано је тек 1976. године при Светској здравственој организацији под називом Светско удружење лекара ургентне и медицине катастрофа. Удру-



А, ОВАКО ЈЕ ДАНАС: САВРЕМЕНА САНИТЕТСКА ВОЗИЛА



ЈЕДНА ОД ПЕТ ЕКИПА

Из историје медицине

жење од тада настоји да у својим оквирима доводи што пре до споменуте униформности, али засад нема неких пробних резултата. У нашој земљи исто постоје такве тежње од стране републичког министарства за здравље, али смо засад још далеко, далеко од идеалних решења у том послу. Има још много да се уради на том пољу у блиској будућности.

ПРВИХ ДЕСЕТ ГОДИНА ОРГАНИЗОВАНОГ СПАСАВАЊА У СУБОТИЦИ

У последњим годинама 19. века и у Суботици су се полако сазревале друштвене прилике за оснивање нове институције града. Институције, која би се организовано бавила спасавањем унесрећених и тешко оболелих, тј. стицањем на лице места и пружањем адекватне медицинске помоћи, као и обезбеђењем безбедног транспорта дотичних до новоотворене градске болнице на данашњој локацији.

Спасилачко одељење Суботице у оквиру Доброволног ватрогасног друштва града основано је 12. септембра 1896. Пре свега година – као што знамо 1896. је била миленијумска у тадашњој Аустроугарској, широм државе се током године славило хиљадугодишњица досељавања Мађара у ове крајеве. Поред разноразних манифестација у Будимпешти, у провинцији је био присутан тренд, да се поводом прославе много што шта изгради у градовима, па да се и институционално што више приближе главном граду. У ово настојање лепо се могло уклопити и оснивање спасилачког одељења по узору на будимпештанско спасилачко друштво.

И остали услови, као што је појава све чешћих и тешких (повремено масовних) повреда, удаљеност градске болнице од центра, па постојање две установе (градски и добровољни ватрогасци), које су и до тада обављале какво-такво спасавање навело је градске челнике да се озбиљно замисле о могућности, да по узору других градова државе, и у Суботици оформе спасилачку установу. Потребе су биле стално присутне код грађанства, материјални и други услови су се могли врло лако обезбедити, те није чудно што су начелници Доброволног ватрогасног друштва (Бела Вермеш главни заповедник, Лајош Венцел командир и лекар друштва, др Антал Барта) већ на завршној скупштини друштва крајем 1895. године разматрали могућност, да у склопу друштва оформе и спасилачко одељење. Идеја је оберучке и једногласно прихваћена од стране ватрогасаца, те су руководиоце задужили да преузму прве кораке за реализацију споменутог. Треба истаћи и позитиван став у прелиминарним разговорима две особе у начелништву слободног краљевског града: градоначелника Лазара Мамујића и главног лекара града, др Шандора Кертеса (др Kertész Sándor). Обојица ће одиграти значајну улогу да на августовском заседању скупштина града једногласно прихвати предлог о оснивању спасилачког одељења у склопу Доброволног ватрогасног друштва, што је сачињен после писменог обраћања др Антала Барте градском сенату почетком лета 1896. године.

Већ започете припреме су убрзане – довршавала се едукација двадесетак ватрогасаца о пружању прве помоћи на лицу места повређивања, од којих је изабрана четворица за будуће професионалне спасиоце, опремане су две просторије у градској кући (за ординацију и за тим), купљена су два тзв. спасилачка ормана (нешто већи дрвени ковчег) са завојним материјалом и шина-

ма за имобилизацију, као и са неким лекарским (хируршким) инструментима. За почетак направљена су само кола за транспорт лешева, док су за интервенције, тј. излазак на терен (спасилаца и лекара) предвиђена у прво време једна од дотадашњих ватрогасних кола. За командира будућег одељења именовали су иницијатора оснивања, др Антала Барту (др Bartha Antal, 1860–1935), који је и до тада већ био на платном списку града као квартални лекар у VII и VIII кругу града. За додатну плату од 400 форинти др Барта је добио и нову обавезу – да поред изласка на терен са спасиоцима, недељно три пута одржи едукацију о спасавању ватрогасним тимовима, члановима жандармерије, димничарима, учитељима основне и више школе, као и непосредним пословођама у индустрији, у фабрикама.

Новонастала институција, годинама је носила назив Одељење за спасавање и дезинфекцију при Доброволном ватрогасном друштву слободног краљевског града Суботице. У првим годинама послове спасавања су обављала четири професионална спасиоца – четири ватрогасаца, који су темељито и континуирано припремљени за спасавање, а постали професионалци по томе, што су за њихове плате обезбеђена средства из градског буџета. Од њих, тројица су била стално присутна у историјама друштва (у касарни по тадашњој номенклатури, јер се друштво организовало по војничком типу), односно били су на терену, или у ординацији или пак одмарали се у момчадској соби. Значи да им је сваки четврти дан био слободан, што су могли провести неометано са породицом.

ДОКТОР АНТАЛ БАРТА

Командир одељења је био од почетка, па све до 1919. године др Антал Барта, кога су локална администрација и штампа од почетка титулирале као лекара-спасиоца (mentőorvos). Осим руковођења и перманентне едукације, др Барта је излазио и на интервенције са својом екипом – те када су 1898. године увели директну телефонску линију код спасилаца, и он је под истим условима добио телефон у своме стану. Непосредни претпостављени др Барти је био командир ватрогасаца, Лајош Венцел (Wencel Lajos), који је имао посебно добар слух за техничка решења око кочија и опреме спасилаца – у Спасилачком музеју у Будимпешти и дан-данас је изложена справа за спасавање из бунара, као изум и поклон музеју од Лајоша Венцела из Суботице.

Финансирање пословања спасилаца је обезбеђена делом из буџета града, а делом из добровољних прилога грађана и неких институција (банке, удружења). Што се тиче возила (кочија и коња), опреме, униформе и посебног обележавања, ситуација је била следећа:

У пролеће 1898. године град је купио за лекарску интервенцију једно модерно опремљено спасилачко возило (запрежна кола) од будимпештанске фирме Гајтнер и Рауш (Geitner és Rausch). Исте године су набавили и посебна кола за транспорт заразних болесника, а за пренос лешева од почетка су имали посебно возило. 1902. године барон Бела Редл (Rédli Béla), келебијски велепоседник даровао је спасиоцима једно возило за пренос унесрећених и тешко оболелих. На возилима су имали натпис Спасилачко одељење (Mentő Osztály), али из неких новинских чланака знамо да поред тога имали су и посебну справу за звучни сигнал (трубе), као и црвене заставице код седишта кочијаша.



На гробу др Антала Барте на Јеврејском гробљу у Суботици

На почетку су користили коње из штале ватрогасаца, да би 1898. године већ имали два пара сопствених коња. Униформа спасиоца се разликовала само по боји од гардеробе ватрогасаца – носили су униформу сивобеле боје са белом траком на левој надлактици са знаком црвеног крста.

Грађани и остали чиниоци градског спасавања (градски ватрогасци, жандармерија, квартални лекари) брзо су се навикли на нови субјект у спасавању и транспорту болесника, јер од ретких позива у почетку (једном у два-три) већ 1897. године имали су више стотина позива за интервенцију, што се у каснијим годинама кретало стабилно око броја од 700 до 800 годишње. Према истом тренду се повећавао и број посета ординацији у градској кући, где су повређени и оболели били бесплатно прегледавани и лечени, тако да је др Барта након неколико година већ планирао да повећа број просторија и да отвори привремену болницу са неколико лежаја, где би пацијенти били смештени на неколико дана, такође бесплатно.

НАЈЧЕШЋЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Из сачуваних месечних и годишњих извештаја знамо да су најчешће интервенисали због разних повреда, затим због нагло насталих болести на јавном месту, али и у становима. Имали су и велик број транспорта повређених и оболелих до градске болнице – посебно су евидентирани транспорти психотичних болесника, што је захтевало посебну пажњу и опрему спасиоца, често уз помоћ жандармерије. Преносили су и лешеве са места догађања у болничку просектуру или у сличне просторије на гробљима града. У свим случајевима када се несреће на јавним местима завршиле са смртним исходом, или је смрт наступила из непознатог разлога у сумњивим условима (била је потребна обдукција) у становима, лешеве су преносили спасиоци.

Посебно су евидентирани и изласци на месту пожара – одмах са ватрогасцима или накнадно, на њихов позив са терена. Још једна категорија интервенција се водила посебно – излазак код самоубистава или покушаја истих. Интересантно је напоменути да у тим годи-

нама најчешће коришћени начин је био упуцавање, и то је било важно за оба пола. Но, Суботичани су се често одлучили и на самоубиство вешањем, скакћем у бунар, бацањем под воз, а ни намерна тровања нису била ретка (омиљена средства су била екстракти из делова биљке лијандера, растворене главице шибице...).

За све те успехе и признања у првим годинама организовања суботичких спасилаца ипак је најзаслужнији др Барта, који је врло професионално и стручно водио свој тим, своју јединицу. Већ у јесен 1896. године добили су прво признање за стручност у улози спасилаца на великој, земаљској смотри ватрогасаца у Будимпешти, где не само да су били у улози виртуелног спасиоца смотре, већ су обављали и реалне спасилачке послове.

Године 1899. на једној вежби у Суботици направили су десетак фотографија о себи и послали их колегама у Будимпешту – те слике су и дан данас експонати у пештанском Музеју спасилаштва. По предлогу лекарског директора спасиоца главног града, направили су од тих слика (6) и експонат за светску изложбу у Паризу. Активно су се укључили у рад сваке годишње скупштине будимпештанских спасилаца, а били су и носиоци идеје о униформисању свих спасилачких организација земље, као и стварање јединствене организације мађарских спасилаца. Баш због тога начелници суботичких спасилаца били су на састанку код министра унутрашњих послова 1899. године, када им је министар трговине и поште Француске, који је био у службеној посети Будимпеште, лично уручио позив да присуствују на првом међународном скупу спасилаца света 1900, у склопу светске изложбе у Паризу. Били су учесници и другог међународног конгреса спасилаца 1913. године у Бечу.

Карло Сибенбургер (Sziebenburger Károly) у монографији поводом десетгодишњице оснивања Добровољног ватрогасног друштва Суботице (1888–1898) посебно пише о спасилачкој јединици друштва, истичући заслуге др Антала Барте.

Вредно је споменути да 1902. године Бела Вермеш (Vermes Béla), као командант суботичких ватрогасаца и спасилаца одликован је од немачког цара Вилима за заслуге изузетног залагања при организовању спасилаштва Суботице и Мађарске. Исте године са сличним образложењем Скупштина будимпештанских спасилаца одликује Лајоша Венцеле – према образложењу добија гвоздену медаљу за посебно залагање на пољу спасавања и за организовање и развијање суботичке спасилачке јединице.

У свим тим образложењима поводом одликовања ни реч о непосредном руководиоцу и извршиоцима, др Анталу Барти и четири суботичка спасиоца. У чланцима локалне штампе тог времена обавезно су уз опис догађања наведене и чињенице типа: спасиоци одмах изашли, наши спасиоци брзо стигли, спасиоци брзо и стручно интервенисали...

Да се не заборави

ЗДРАВСТВЕНЕ ПРИЛИКЕ ШАБАЧКЕ НАХИЈЕ
У ПОСТУСТАНИЧКОЈ СРБИЈИ (2. ДЕО)

Шапчане лечили „путујући“ лекари

*Болница – стационар из 1826. године, прва је медицинска кућа у Србији,
а оболеле су лечили јосићујући доктори*

Пише:
прим. др Предраг Тојић



Јеврем Обреновић, брат кнеза Милоша, био је једини писмен од Обреновића. Он је од 1816. до 1831. године живео у Шапцу у својству команданта Дриносавске области. За Јеврема Обреновића и његову породицу анегдотски су везане приче о многим новинама, које су на његово тражење стизале у Шабац, а затим их је прихватила остала Србија. Он је имао велики дворца у Шапцу, „конак“ како се тада говорило, изграђен у стилу профане балканске архитектуре. Унутрашње уређење куће одисало је западном Европом, а он и његови укућани имали су исто понашање и одевање. На основу тих појава закључивало се да је за сав напредак Шапца и шире околине искључиво заслужан Јеврем Обреновић.

>>> Јоаким Вујић је био 1826. године на кратко у Шапцу. Између осталог је записао: „Установљен је равним начином и један за варош хоспител, који се састоји од две собе, велике и мале. У великој соби обдржавају се болесници, а у малој доктор хоспителски“ <<<

Он је био „весник“ тог новог доба ослобођене Србије.

Шабац је био погранично место између две царевине, Аустрије и Турске. Релативно добре, за те прилике, сувоземне и речне саобраћајнице биле су од пресудног значаја за свеопшти напредак. Здравствене

прилике су се постепено побољшавале. Близина Сремске Митровице, Петроварадина и Новог Сада омогућавале су чешће контакте са тамошњим лекарима и одговарајуће, савремене лекове. По одобрењу, а на молбу кнеза Милоша, из Петроварадина је у

Шабац повремено долазио доктор Камбер ради лечења господара Јеврема, чланова његове породице и неких виђенијих грађана. Истим поводом је повремено из Крагујевца долазио и сам доктор Вито Ремита, лични лекар кнеза Милоша. Такође у Србији тог времена је било доста „путујућих лекара“ – ећима, највише Грка. Њих су називали калоијатри, добри лекари, Кнежева канцеларија им је издавала и „пасоше“ као веродостојне документе, да могу лечити народ по београд-

који се састоји од две собе, велике и мале. У великој соби обдржавају се болесници, а у малој доктор хоспителски“. По свој прилици та „болница“ је отворена као стационар који су „гостујући“ доктори повремено обилазили. У осталој Србији болнице се помињу нешто касније: Градиште и Свилајнац 1832, Пожаревац 1833. итд.

Први Србин лекар у Шапцу

Трећа деценија 19. века веома је значајна за медицинске прилике у Србији. Цела Србија па и Шабац, искрено су желели да добију школоване лекаре. Вук Караџић је настојао да земља добије што више високошколованих људи, а посебно се залагао да буде више лекара. Међутим, многи „прекосавски“ људи били су неповерљиви према ослобођеној Србији, гледали су у њој оличење Турске, у којој човек није сигуран са својим животом ни са именом. Успели су да приволе младог лекара из Арада, др Јована Стејића, пештанског и бечког студента, да дође у Шабац 1829. године код господара Јеврема Обреновића и у постојећу болницу. Др Јован Стејић је први лекар Србин који је дошао на стални рад. Додуше у Шапцу се задржао само две године. Одласком господара Јеврема 1831. године у Београд с њим је и он отишао. Потом је отишао код кнеза Милоша у Крагујевац за његовог личног лекара, што је Милош са великим задовољством прихватио. Наиме, први пут му је лекар био Србин те му нису били потребни преводиоци. Др Стејић је био заинтересован за журналистику и списатељство. У Бечу је издао

ском пашалуку. Њихов рад забележен је и у Шапцу.

У Шапцу се доста рано помиње болница, која се рачуна као прва медицинска кућа у Србији. Јоаким Вујић је био 1826. године на кратко у Шапцу. Између осталог је записао: „Установљен је равним начином и један за варош хоспител,

практичну књигу под називом „Макробиотика“, а потом „Забаве за разум и срце“. За начелника санитета др Стејић је постављен 1840. Годину дана касније именован је за Државног секретара на ком положају га је и смрт затекла 1853. На крају ваља рећи да је доктор Стејић био међу оснивачима Друштва српске словесности потом и потпредседник.

Странци лекари у Шапцу

После доктора Стејића, други шабачки доктор био је Солмон Аздријев, хирург који је дошао 1832. године. Др Аздријев није био задовољан својим пацијентима и одређеном платом, па се често писмено жалио кнезу Милошу. Он је његове „проблеме“ препустио шабачкој општини „да га она за плату погодила, ако добровољно хоће“. О даљем боравку др Аздријева, првог странца лекара у Шапцу, нема података у архиви Кнежевине канцеларије, што ће рећи ни у другим списима.

Следећи лекар у Шапцу био је др Карло Пацек, рођен 1807. у Мађарској, а медицинске студије завршио је у Пешти. Он је био пионир наше здравствене службе. Радио је у Шапцу, Београду и Крагујевцу код кнеза Милоша коме је био више саветник него лекар. На почетку 1834. дошао је у Шабац и у Суду шабачке општине сачинио уговор и био постављен за нахијског лекара, па је касније постављен за лекара дриносавске



Др Јован Стејић

команде, што је претходило намештењу за окружног физикуса.

Др Пацек је врло брзо упознао нашу земљу и крајем године проучио многе минералне воде. Уз помоћ др Куниберта у Београду и др Јована Живковића у Карловцима послао узорке воде из Рибарске, Јошаничке, Брестовачке, Вишњићке бање и Паланачког кисељака у Беч на испитивање. По добијању резултата др Пацек је штампао „Упутство за лечење у лековитим бањама и пијење минералних вода“, што је први рад ове врсте уопште. Када се 1836. године у Србији појавила колера, др

Карло Пацек је први уредио „Правила како се ваља колере чувати, како се колера може познати, како се од ње ваља лечити и како се после ње владати“.

Половином 1839. у Србији су основана попечитељства, министарства, а међу њима Внутрених дела при коме се налазила Санитетска управа и др Карло Пацек је постао њен први Начелник. Он је 1842, заједно са Обреновићима, отишао из Србије. Са њима се и вратио 1858, али се није више бавио лекарским позивом. Више је био пријатељ и саветник кнеза Милоша и Михаила. Умро је у Бечу 1876. године.

Др Емерих Линденмајер је трећи лекар странац који је дошао у Шабац и који је необично заслужан за развој војне и цивилне заштите у Србији. Рођен је 1806. године у Чакову у Банату, иначе месту рођења и Доситеја Обрадовића. Медицину је студирао у Пешти и Бечу. Пре доласка у Србију радио је седам година као војни лекар. У Србију је прешао 1835. када је постављен за лекара Дриносавске команде у Шапцу, на место др Карла Пацека. У Шапцу је боравио две године, а онда је премештен за „гардијског лекара“ у Крагујевац. Приликом образовања нове државне управе, 1838. године именован је за „првог шефа Војног санитета, доктора Главног штаба“. Од 1845. године био је начелник војног и грађанског санитета. После пензионисања 1876, написао је и штампао своје мемоаре у којима је писао о стварању и развоју медицинске службе у Србији. Умро је у Београду 1883.

Др Линденмајер је био високообразован лекар, до крајњих граница предан свом позиву. Од језика је говорио немачки, мађарски, румунски и српски. У време боравка др Линденмајера у Шапцу је живео и Антуније Славуј, магистар хирургије, родом из Шида који 1836. прешао у Шабац. Овде му се исте године родио син Андрија који се школовао на страни, али се вратио у родни град и постао први шабачки штампар и издавач. Ово су најзначајнији моменти у настајању и развоју здравствене службе у поштанској (Милошевој) Србији оличене кроз биографије лекара, који су је оснивали и развијали. Као садашњи носиоци лекарског позива у Шапцу дужни смо да их помињемо и не заборавимо. //



Др Карло Пацек класификовао је све минералне воде у Србији: Гамзиградска бања

Лекари њишу

НЕЗАИНТЕРЕСОВАНOST МЕДИЈА
ЗА НАУЧНУ ИСТИНУ У ВЕЗИ ИМУНИЗАЦИЈА

Приоритет дат сензацијама, а не чињеницама

Пише: Прим. др Предраг Кон,
епидемиолог, Градски завод
за јавно здравље Београд



Последња недеља априла, која се од 2005. године обележава као недеља посвећена имунизацији, као највећем успеху научне медицине, ове године медијски није адекватно пропраћена. Да ли је то последица аутоцензуре?

У сваком случају било би врло непоштено да медијски остане незабележен један озбиљан научни скуп који је одржан 25. априла у Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић - Батут“. На том скупу са називом „Савремени приступ имунизацији – Предрасуде, изазови и стремљења“ предавачи из Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“, Института за епидемиологију Медицинског факултета у Београду, Института за вирусологију вакцине и серуме „Торлак“ и Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, веома убедљиво одговорили су на медијске спекулације које се постављају у вези имунизација већ уназад неколико година у Србији.

>>> Коинциденција времена откривања аутизма у другој години живота са временом када се апликује вакцина MMR разлог је веровања родитеља деце са аутистичним сметњама да је та појава последица давања вакцине <<<

Како је једна од основних постулата научне медицине да се увек преиспитују ставови, и изнова контролишу и проверавају научне истине, тако је на овом скупу приказано да су „назови докази“ о повезаности вакцина са аутизмом научно потврђена неистина.

Далеко боље би било да се озбиљно даље тражи узрок регистрованог повећања аутизма, него га повезивати са MMR вакцинацијом, јер постоје недвосмислени докази да повезаности нема. Коинциденција времена от-

кривања аутизма у другој години живота са временом када се апликује вакцина MMR разлог је веровања родитеља деце са аутистичним сметњама да је та појава последица давања вакцине. Убеђеност тих родитеља је врло стварна и „преносива“ на друге родитеље који почињу да се плаше да вакцинишу своју децу.

Доц др сц мед Наташа Максимовић из Института за епидемиологију Медицинског факултета у Београду убедљиво је приказала преглед научних радова (око 20) где се ова повезаност недвосмислено искључује. Напротив, постоје индиције да MMR вакцина можда има и протективни значај, али докази још увек нису довољно убедљиви.

Приказани су и резултати истраживања Кохрановог института који је потпуно независан од фармацеутског утицаја (по томе је надалеко чувен) пет рандомизованих контролисаних експерименталних студија, 27 кохортних студија, 17 студија случајева и контрола, пет серија случајева, једна хибридна студија, две еколошке студије, све укупно је укључило 14.700.000 деце са циљем да се испита и процени ефективност и безбедност MMR вакцине. Резултати објављени 2012. године недвосмислено показују да нема повезаности MMR вакцинације са аутизмом, астмом, леукемијом, алергијским ринитисом, дијабетесом, демијелинизираним болестима, Кроновом болешћу и поремећајима хода.

Антивакциналисти постоје већ два века, али је покрет обновљен у 21. веку под великом подршком медија. Посебно је занимљиво што су медији потпуно незаинтересовани за истину, док озбиљно доминира потреба за сензационализмом. Када у исту равн ставе изјаве појединих „стручњака“ насупрот научној истини, медији чине етички неприхватљив грех.

Не треба посебно наглашавати ко се налази у првим редовима борбе против вакцина. То су они који доживљавају да је за све њихове невоље „крива“ вакцина. Ово понашање се може разумети али никако подржати. Да је остало само на овим појединцима који не желе да им се деца вакцинишу, не би било проблема, то постоји већ деценијама уназад.

Проблем је настао онда када су медији, односно појединци у медијима решили да је њихов став „истина“ и да га је потребно наметнути друштву.

Једини научни рад који је поставио хипотезу о повезаности MMR вакцине и аутизма објављен је 1998. го-

дине у реномираном научном часопису Lancet. Управо због тог рада су и урађена детаљна истраживања у току прве деценије 21. века.

Након тих истраживања Британски врховни медицински савет спровео је истрагу и донео пресуду о „нечасном и неодговорном објављивању истраживања“. Lancet је јавно повукао чланак уз напомену да су подаци и елементи манускрипта били фалсификовани. Чланак је искључен из Медицинског регистра у мају 2010. године са квалификацијом нечасног фалсификованог истраживања, а Andrew Wakefield-у је забрањен рад у Великој Британији.

>>> Резултати објављени 2012. године недвосмислено показују да нема повезаности MMR вакцинације са аутизмом, астмом, леукемијом, алергијским ринитисом, дијабетесом, демијелинизирајућим болестима, Кроновом болешћу и поремећајима хода <<<

Детаљним приказом испитиваних ризика од неуролошких компликација при оболевању од малих богиња, заушак и рубеоле у поређењу са могућим компликацијама након примања вакцине MMR, доц. др сц. мед. Дарија Кисић Тепавчевић убедљиво је показала протективно деловање вакцине и огромно смањење ризика исказано кроз бројне научне радове.

Докторка мр сц. мед. Ружица Крављанац из Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије приказала је преглед литературе и закључака у вези са неуролошким компликацијама повезаних са вакцинацијом

против великог кашља. Несумњиво постоји повећан ризик од фебрилних конвулзија, међутим деца која после вакцинације против дифтерије, тетануса и великог кашља добију фебрилну конвулзију нису у ризику да се ти напади понављају, нити се јавља поремећај неуролошког развоја код те деце.

Др сц. мед. Татјана Пљеша приказала је резултате испитивања сојева pertusis (бактерије изазивача великог кашља) који циркулишу у Србији и од којих се производи вакцина против те болести у Торлаку. Ова врло детаљна истраживања вршена су на Институту за вирусологију вакцине и серуме Торлак, истина много више у ранијим деценијама. Успостављање надзора над том болешћу и такви резултати су више него потребни због све чешће појаве епидемија великог кашља и у развијеним земљама света.

Предавачи Института за јавно здравље Србије др Горанка Лончаревић и мр сц. мед. Милена Каназир приказале су проблеме на које

се наилази приликом напора који се улаже да се потпуно елиминишу мале богиње и рубеола, као и да се под контролу ставе заушке на територији Србије. Спровођење активног надзора над тим болестима укључује потребу ангажованости великог броја стручњака, непрекидно схватање историјског значаја потпуног искорењивања ове болести и мотивацију свих лекара да се сваки случај оспе мора испитати на мале богиње и рубеолу.

Иако је надзор успостављен, резултати спровођења још увек нису задовољавајући. //

Антивакционалисти

Проф. др Зоран Радовановић,
епидемиолог,
ПРОФЕСОР УНИВЕРЗИТЕТА



Поводом Недеље имунизације, УНИЦЕФ је у Босни организовао радионицу за представнике медија 25. и 26. априла. То је био сусрет неколико стручњака и одабраних новинара који се баве здравством, а надовезао се на састанке одржане прошлог месеца у Сарајеву и Бањалуци. Поруче су биле готово исте, а издвојио бих неколико детаља.

Прво, антивакционалисти се размахују и њихове поруке добијају на снази тамо где стручњаци ћуте.

Друго, антивакционалисти су изванредно повезани - једно од предавања које сам одржао имало је наслов „Братство и јединство антивакционалиста“.

Треће, посебан проблем представљају малобројни лекари резервисани према вакцинацији, јер се њиховим изјавама даје велика тежина.

Четврто, новинари који желе да пишу објективно о вакцинама често су на мукама: из надлежних установа тешко и са закашњењем добијају одговоре, многи компетентни стручњаци се устручавају да јавно иступе, а када то учине не буду довољно убедљиви итд.

Професор епидемиологије из Подгорице, Драган Лаушевић, који је присуствовао радионици за медије, још раније се заложио да се чвршће повежу стручњаци с целог подручја бивше СФРЈ. Захваљујући његовој енергији и анимирању Светске здравствене организације, у јуну би требало да буде уприличен састанак тих стручњака у Црној Гори. //

Преносимо из друјих јласила

МАНАСТИР СВЕТИ ГЕОРГИЈЕ У МАЖИЋИМА КОД ПРИБОЈА

Срби – претече у светској медицини

У манастиру Свети Георгије у Мажићима код Прибоја пронађени медицински инструменти са почетка средњег века врло слични данашњим. У манастирској болници радило неколико стотина калуђера медицинара, који су успешно оперисали и лечили на хиљаде људи. За презентацију епохалних открића из медицине у Будимпешти није било пара.

Прибој – Иако се до сада веровало да су Немци претече у савременој Европској и светској медицини, посебно хирургији, историјска налазишта на ископинама манастира Светог Георгија у селу Мажићи код Прибоја, барем по речима стручњака, потиру ту историјску тезу. Епохална открића код Прибоја говоре да су Срби још у 12. и 13. веку у оквиру својих манастирских светиња вршили најсложеније опарације на човечјој лобањи и то – врло успешно.

Досадашња сазнања кажу да су то Срби и њихови монаси радили много пре Немаца, савременије, стручније и – успешније. На основу великог броја очуваних историјских извора, има их преко 25, манастир је рађен почетком 12. века у преднемањичко доба. Према подацима са којима се сада располаже, краљ Милутин је од темеља обновио богомољу, која је постала и највећа српска средњовековна – болница. Доказано је да је у манастиру Светог Николе Дабарског, који се налази у Прибојској Бањи, и који је удаљен пар километара од овог манастира, такође, постојало лечилиште.

До недавно се мислило да је чувени Турски путописац Евлија Челебија, који је боравио у манастиру у селу Мажићима 1620. године, претеривао у ономе што је видео и затекао, пре свега у његовој раскоши и боравку у њему преко 500 калуђера. Међутим, досадашњи археолошки налази потврђују, у целисти, оно што је Челебија видео у манастиру Свети Георгије у Мажићима код Прибоја.

– Овај старински манастир лежи на високом брегу који окружује река Лим. То је уредан манастир четвороугаоног облика са разноврсним куполама као какав град, а сав је покривен чистим оловом. У њему има преко пет стотина калуђера, а околни становници су Срби и Бугари. Калуђери послужују госте од свег срца. Не дају им ни да скину покриваче и торбе својим коњима и сами их тимаре. Коњима дају храну, а људима чисте папуче и дан-ноћ стоје на услузи. Сваком доносе јело и пиће по три пута дневно. Калуђери овог манастира су за Гази Худавендигарових времена покорили Царству и ту остали. Манастир има много задужбина. Овамо долазе сви они који су се заветовали и, како кажу, „за љубав Исусове вере“ бесплатно послужују госте

храном и чине им услугу им брокатне, свилене и позлаћене јоргане и красне пресвлаке.

Ушао сам у овај дивни манастир да бих га могао пажљиво разгледати и разгледао сам га. Манастир је био украшен златним и сребрним кандилима, крстовима и уметнички лепо израђеним скупоченим лустерима, а мирис мошуса, свеже амбре алојева дрвета и тамјана, опија човеку мозак. На једном трonoжном крсту стоји Еванђеље. Около је тако украшено разноврсним драгуљима да се сија као свећњак, а вреди преко педесет хиљада гроша.

У њему има, даље, једна ћелија у коју сам такође желео да уђем и да је разгледам, али ми, сиромашу, један млади духовник не даде да уђем, написао је Евлија Челебија у свом путопису – Сејахатнама, о својој посети манастиру у селу Мажићи код Прибоја.

– Више је него јасно зашто калуђери нису дозволили Турском путописцу да уђе у једну посебну ћелију, јер је то био у ствари улаз у манастирску болницу, која је брижљиво чувана од радозналаца. А Евлија Челебија, иако заиста велики путописац, био је и Турски шпијун, који је давао обиље података својој царевини која је у то време владала овим просторима, каже нам Саво Дерикоњић, археолог и директор Завичајног музеја у Прибоју. – Иако нису до краја завршена испитивања на манастирској болници, било је запело због нерешених имовинско-правних односа са месним становништвом и због недостатка пара, оно што смо открили је заиста епохално. Уз медицинске инструменте, претече данашњих хируршких инструмената који се много ни данас не разликују, пронашли смо остатке покојника истражујући до сада 165 гробова средњовековне некрополе и јасно утврдили да су код десетина њих вршени у 12. и 13. веку, али и касније све до 18. века и паљевине манастира, врло сложени хируршки захвати, неки су лечени, а неким су видане ране након тешких битака и рањавања. Имамо доказе да су многи од њих живели након операција још годинама. По нашим проценама око манастирског комплекса је најмање две хиљаде скелета, а реч је углавном о онима који су ту лечени и оперисани, каже Дерикоњић.

Само на простору једне сонде регистровано је преко сто скелета различите старости и пола. На скелету, посебно лобањама покојника видљиве су операције, код једног је пронађено ливено бронзано дугме које највероватније припада 12. веку, као и два дубровачка денара из средине 13. века. Он истиче „да је све оно што је до сада пронађено у болници манастира Светог Георгија у Мажићима код Прибоја озбиљно уздрмана теза



ПРЕТЕЧЕ ДАНАШЊИХ ХИРУРШКИХ ИНСТРУМЕНАТА ИЗ МАНАСТИРСКЕ БОЛНИЦЕ



да су Немци били претеча у медицинским сазнањима из хирургије“.

– Тако смо пронашли инструмент за извлачење метака са сврдлом који потиче око 1520. године, овај инструмент из манастира Светог Георгија је 7 милиметара дужи од сачуваног аналогног примерка који се налази у Германском националном музеју у Нирнбергу. Затим мали хируршки шестар из 15. века кориштен у операцијама, па хируршки нож такође из 15. века, виљушка за ампутацију из 16. века. Оно што је за нас било заиста зачуђујући и епохалан проналазак су наочаре „Ленонке“, какве је носио чувени Битлис Џон Ленон и које су и данас хит међу младима у целом свету. Ове наочаре, као функционално помагало у операцијама, потичу из 15. века, са оквирима од профилисаног бакра, и малим елипсоидним алкама за прихватање. Направљене су

из једне профилисане траке, тако да оштри део иде на горе. Ту су још тракасте маказе, разна сечива у облику ножева, сатара, сечки и секира, па игле, шила, већина их је из 14. и 15. века, каже Дерикоњић. Дерикоњић каже да је након вести о епохалним открићима на локалитету болнице при манастиру Свети Георгије у Мажићима код Прибоја, било понуда да се у Будимпешти организује изложба пронађених предмета, али обзиром да се ради о осетљивим и око 4 тоне тешким предметима, то без посебних услова и значајних средстава није било могуће организовати ову изложбу, која би била презентација Европи оно до чега се дошло и што се сазнало у истраживањима овог култног манастира.

Иначе, након једногодишње паузе летос је настављена обнова манастирског здања постављањем крова и



>>> Иако би било изузетно значајно да се свету покаже да је у раном средњем веку Србија била претеча у медицинским наукама, неизвесно је хоће ли бити пара да се та открића допуне и презентују Европи <<<

уређењем самог манастира у коме ће моћи да се врши Божија служба већ ове године. Иако би било изузетно значајно да се свету покаже да је у раном средњем веку Србија била претеча у медицинским наукама, неизвесно је хоће ли бити пара да се та открића допуне и презентирају Европи.

По народном веровању, манастир у Мажићима су запалили Турци који су се презивали Гаврани, па су ради тог великог греха скоро изумрли. Овдашњи мештани мисле да још неко од њих постоји и то женски потомак које живи у Немачкој. Старији се сећају да су ти Гаврани, док их је било, увек на велике празнике долазили на зидине манастира и палили свеће да би им Бог опростио грехе.

Дејан Раковић
Часопис „Прича“ – Прибој

ВЕСТИ И ДОГАЂАЈИ >>>>>>>>>>>>>>>>

Синдикати опет заједно

Јавна трибина „Мере Владе Србије и положај запослених у здравству и социјалној заштити“ одржана је 19. јуна у препуној сали Дома синдиката у Београду. Осим представника сва четири репрезентативна синдиката у здравству, били су присутни и представници Министарства здравља, Министарства рада, Министарства финансија, РФЗО, Одбора за здравље и породицу, неки чланови Социо-економског савета. После уводних излагања председника синдиката, где је било запажено и са одобравањем прихваћено излагање председника СЛФС, скупу се обратио председник синдиката Независност др Бранислав Чанак, а затим државни секретар у Министарству здравља проф. др Берислав Векић. У готово трочасовној дискусији на бројна питања одговарали су представници ресорних министарстава. Закључено је:

- Смањење плата у здравству је за синдикате неприхватљиво и синдикати су по овом питању јединствени;
- Нацрт Закона о раду је оцењен као непотребан и у овом облику неприхватљив. Синдикати у здравству ће послати одлуке синдикалних централа које учествују у соци-економском савету наступити заједнички у одбрани радних права за послених са свим другим синдикатима у Србији.

СИНДИКАТИ ЗДРАВСТВА НЕЋЕ МАЊЕ ПЛАТЕ

Синдикати запослених у здравству и социјалној заштити Србије затражили су данас да се најављено смањење плата за 10 одсто у јавном сектору не примени на здравство, што су представници ресорног министарства одбацили као нереалан захтев.

На трибини о мерама владе и положају запослених у овим делатностима, синдикални представници су, образлажући захтев, истакли да на здравство, због његовог значаја, не може да се гледа искључиво по тржишном принципу и да су плате великог дела запослених већ ниже од републичког просека.

– Медицинска сестра сада прима 73 одсто просечне зараде у Србији, а ако се примене мере владе о смањењу плата од 10 одсто у јавном сектору примаће 65 одсто просека, изјавио је председник Синдиката здравства и социјалне заштите Србије Зоран Савић, додајући да запослени у здравству треба да нађу начин „да спрече или ублаже најављене мере владе“.

Председник Синдиката лекара и фармацеута Србије др Драган Цветић рекао је да „здравство има изузетну потенцијалну снагу“ коју треба да искористи у преговорима са владом о свом положају.

– Треба da im stavimo do znanja da smo spremni da stanemo. To je poslednja mera i ne želim da se to ikada desi, rekao je Cvetiћ.

Предлажући да пароло буде „Да станемо да не бисмо стали“, председник Уједињених гранских синдиката „Независност“ Бранислав Чанак рекао је да су најављене измене Закона о раду још једна битна тема за

синдикате, који ће и narednih дана наставити преговоре о спорним одредбама.

– Образloženo je da he novi zakon olakšati otpušta-
nja, a to se veћ dešava i pre nego što je usvojen, izja-
vio je Čanak i naveo da pregovora sa poslodavcem ne-
ma, bez obzira na to da li firma ima sindikat, rekao
je on i, oćeñujući da je time obesmišļeno postojaće
sindikata, upozorio da mu treba vratiti ulogu koju je
ranije imao, radi zaštite interesa zaposlenih.

Председник Гранског синдиката здравства и социјалне заштите „Независност“ Зоран Илић рекао је да репрезентативни синдикати у овим делатностима „не прихватају предлог о увођењу платних разреда јер су ригидни“ и везују руке синдикатима, док се „послодавцу, односно држави даје право да пропишу апсолутно све“.

Синдикати се противе и умањењу стопе доприноса за здравство са 12,3 на 10,3 одсто, јер ће се то директно одразити на зараде запослених у овој делатности, али и на квалитет здравствене заштите.

Одговарајући на синдикалне захтеве, државни секретар у Министарству здравља др Берислав Векић рекао је да „сви морамо да будемо свесни да је економска ситуација у земљи изузетно тешка и да ћемо, нажалост, морати да поделимо само онолико колико имамо“. Здравство не може да се изузме из најављеног смањење плата

за 10 одсто у јавном сектору, рекао је он и додао да то не би дозволили запослени у осталим делатностима – од образовања до правосуђа.

Истичући да у здравству има много нерационалности и да министарство предузима мере да то реши, као једно од горућих питања, Векић је као један од примера навео да је у систему запослено 25 до 30 одсто немедицинског кадра, што се мора свести на 10 одсто до уласка земље у Европску унију.

Он је додао да се упоредо ради на реформи здравства, нарочито примарне здравствене заштите која мора да се растерети, као и на отклањању три кључна извора корупције, а то су листе чекања, допунски рад и запошљавање без конкурса.

Трибину „Мере Владе Републике Србије и положај запослених у делатности здравства и социјалне заштите“ организовао је Синдикат запослених у здравству и социјалној заштити Србије, у сарадњи са репрезентативним синдикатима у области здравства и социјалне заштите на републичком нивоу, а присуствовали су јој представници готово свих надлежних институција које су позване. (преузето са сајта СЛФС) //



УБИСТВО ХИРУРГА – КРАЈЊА ОПОМЕНА

Убиство хирурга, др Слободана Лукића, крајња је опомена за читаво друштво – оценио је министар здравља, др Златибор Лончар, у Здравственом центру Студеница, након трагичног догађаја.

– Ово је крајња опомена за све нас. Преузео сам Министарство здравља у веома тешкој ситуацији и под хитно морају да се поправе ствари како до оваквих догађаја не би долазило. Не прође ни недељу дана, а да немамо напад на лекара – упозорио је министар Лончар. Он је рекао да је убиство лекара – тужан дан за здравство, и додао да је то био човек који је деценијама спасавао хиљаде туђих живота, а да је само неколико сати раније завршио ноћно дежурство. Министар Лончар изразио је саучешће породици др Лукића.

Др Звонко Веселиновић, директор ЗЦ Студеница, указао је да је др Лукић тешко повређен пуцњима из пиштоља и да на лицу места није давао знаке живота.

– Нажалост, сви овде смо његови ђаци, али нисмо могли да му помогнемо, није било спаса – рекао је др Веселиновић.

ОД АВГУСТА НИЖА СТОПА ДОПРИНОСА

Измењене стопе доприноса за пензијско-инвалидско и здравствено осигурање, примењиваће се од 1. августа, а не 1. јула како је првобитно било најављено. Према речима министра финансија Лазара Крстића, такво решење је прихваћено због поплава и ванредног стања, због којих је и ребаланс буџета одложен.

Предлогом измена Закона о доприносима за обавезно социјално осигурање било је предвиђено да се од 1. јула општа стопа доприноса за пензијско-инвалидско осигурање увећа са 24 на 26 одсто, а истовремено да се стопа доприноса за здравствено осигурање смањи са 12,3 на 10,3 одсто.

Поређења ради, у суседној Хрватској стопа за здравствено осигурање од 1. априла враћена је, после две године, са 13 на 15 одсто, док је у Републици Српској 2012. смањена са 12,5 на 12 одсто – у корист доприноса за пензијско и инвалидско осигурање.



СОФТВЕР ОТКРИВА КАНЦЕРОГЕНЕ МУТАЦИЈЕ

На овогодишњем Међународном сајму науке и технике компаније Интел, програму Друштва за науку и јавност, Нејтан Хан, петнаестогодишњак из Бостона освојио је прво место за развој софтвера који детектује мутације гена који доводе до појаве рака дојке.

Користећи податке из јавно доступних база података, Хан је детаљно прегледао карактеристике вишеструких мутација у BRCA1 гену задуженом за спречавање појаве тумора, у циљу „да научи“ свој софтвер да разликује мутације које доводе до појаве болести, од оних који не доводе.

Његов софтвер испољава 81 одсто тачности и може бити коришћен за прецизније идентификовање могућности појаве рака. Хану је уручена Gordon E. Moore награда вредна 75.000 долара, која носи име кооснивача и научника компаније Интел.



ТРИ СТРУЧНА УДРУЖЕЊА ОКУПЉЕНА
ОКО ЈЕДНЕ КАМПАЊЕ

ДОЖИВИ ЖИВОТ

У Србији свакога дана 47 особа доживи акутни инфаркт миокарда, а 15 особа од њега умре – саопштено је поводом почетка двомесечне кампање „Доживи живот“, која има циљ да утиче на смањење учесталости болести срца и крвних судова. Кампању су средином маја покренула три стручна лекарска удружења – Удружење кардиолога Србије, Удружење коронарних јединица Србије и Академски медицински едукациони центар, а подржавају је Министарство здравља и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“.

Проф. др Зоран Перишић, председник Удружења кардиолога Србије, истакао је да је Србија међу првима у Европи према умирању од ових болести, а од нас су горе само Русија и Украјина.

– Трошкови лечења тих болести у свету превазилазе полако могућности економских система и постају економски терет друштва. Са старењем популације, болести срца

73 <

ВЕСТИ И ДОГАЂАЈИ >>>>>>>>>>>>>>>>



и крв судова ће се појављивати још више и додатно оптерећивати здравствени фонд. Потребно је да се скрене пажња на ургентне и горуће проблеме у здравству на глобалном нивоу, укаже на важност превенције, квалитетне дијагностике и терапије – рекао је проф. Перишић.

Циљ кампање је смањење стопе смртности од болести срца и крвних судова у Србији; указивање на пресудни значај примарне и секундарне превенције, путем едукације здравствених радника као и размене искуства са удруženjima ради унапреđивања свакодневне праксе; jaчање институционалне подршке; као и utицаje на побољшање квалитета лечења и живота оболелих.

– Naši pacijenti, kao i šira javnost nedovoljno su informisani i upoznati sa bitnim informacijama, koje su često od životne važnosti. Nizak nivo osvešćenosti o faktorima rizika i samoj bolesti, nezdrave životne navike kao i nizak ekonomski standard društva između ostalog doveli su do toga da je najveći broj hospitalizacija u Srbiji vezan za bolesti srca i krvnih sudova – istakao je prof. dr Aleksandar N. Nešković, ispred Udruženja koronarnih jedinica.

Председница tog Удружења, проф. др Биљана Путниковић, указала је да је у земљама Западне Европе, по-

следњих неколико година смањена стопа смртности од инфаркта. Један од начина да се дугорочно смањимо стопу морталитета јесте унапређење Националног регистра пацијената оболелих од АКС.

По обзиром да се Академски медицински едукациони центар посветио онлине едукацији лекара и медицинског особља директор ове институције п

Проф. др Милоје Томашевић, директор Академског медицинског едукационог центра, говорио је о новим видовима едукације лекара и упутио све заинтересоване на сајт АМЕС. Према његовим речима, одговорност стручњака је велика, како у постављању дијагнозе, тако и у прописивању адекватне терапије, праћењу, евентуалној хоспитализацији или одлучивању на оперативне захвате.

– У нашој земљи сваки трећи одрасли становник је свакодневни пушач, потрошња соли дупло премашује препоручене вредности, гојазност је писутна код 23 одсто одраслог становништва, повишен крвни притисак има 47 одсто људи, док је 68 одсто становника Србије физички неактивно – рекла је мр ср. мед. Наташа Мицковски Каталина из Института „Батуг“.

Познати новинар и музички критичар Петар Пеца Поповић испричао је своје лично ИСКУСТВО:

– Ја сам атипичан пацијент: никад у животу нисам запалио цигару, вегетаријанац сам већ 36 година, слано не једем, одувек сам, без обзира које сам послове радио, ишао пешке. Уз све то, имам осам бајпасова, седам стентова, пет коронарографија, две клиничке смрти и то ме није спречило да и данас радим ствари које ми се допадају. У мојој породици, са очеве и мајчине стране, једино је мајка умрла од карцинома плућа, док су сви остали умрли од срца. Најстарији сам



Поповић у историји. Ја сам доказ колико је кардиологија, интервентна кардиологија и кардиохирургија напредовала.

„Доживи живот“ реализује се под окриљем глобалне кампање „25 до 25“ коју су иницирале Светска федерација за срце и Светска здравствена организација, на основу Политичке декларације Уједињених нација, са циљем да се до 2025. године стопа оболевања и умирања од кардиоваскуларних болести смањи за 25 одсто. Ј. Т.

РЕЧ СТРУЧЊАКА О РЕУМАТОИДНОМ АРТРИТИСУ

ТЕРАПИЈА ЕФИКАСНИЈА УКОЛИКО СЕ РАНО ПРИМЕНИ

У Србији око 35.000 људи болује од реуматоидног артритиса, укључујући и више од 2.000 деце. Од првих симптома до постављања дијагнозе реуматоидног артритиса у Србији у просеку протекне годину дана, док се у свету зна да се најбољи ефекат постиже ако се са терапијом почне после три или, најдуже, шест месеци – речено је на конференцији која је, у организацији Удружења оболелих од реуматских болести Србије, одржана 27. маја у хотелу Фалкенштајнер у Београду. Стручњаци су указали на факторе ризика, ефикасност благовремене дијагностике, али и неопходност вођења циљане терапије за што већи број пацијената.

Један од најпознатијих светских реуматолога, проф. др Марко Матусци, директор Клинике за реуматологију Универзитетске болнице Caregi у Фиренци, истакао је да та болест доводи до упале зглобова, која временом изазива ерозију костију, деформитете зглобова, при чему се губи њихова функционалност. Обољење се највише испољава на зглобовима шака, затим дуготрајном јутарњом укоченошћу, порастом реактаната акутне фазе (седиментација, ЦРП...) а може се јавити температура, малаксалост, мрзовоља... Према његовим речима,

веома је важно да се болест што пре дијагностикује, а да се захваљујући имунолошкој и биолошкој терапији болест може контролисати и да пацијент може нормално да живи и ради. Он је навео да у Италији третман пацијента започиње са синтетичким метотрексатом, а уколико после три месеца лек не делује, прелази се на биолошку терапију. Три месеца је, каже Matucci, довољно да се види како ће се болест „понашати“. Он је указао и да су оштећења зглобова много већа код пацијената код којих се дијагноза касније постави.

– „Вагамо“ да направимо најбољу терапију за сваког појединачног пацијента. Много елемената је потребно узети у обзир код биолошке терапије – пацијентово стање, историју, прогнозу. На основу тога, „кројимо терапију“. Ни биолошке терапије нису све исте. Свака иде директно на један патогенетски циљ. Важно је изабрати прави лек, за правог пацијента у право време. Ако у томе успемо, дотово 100 одсто пацијената са том болешћу може сасвим нормално да проведе радни век и да има нормалан свакодневни живот – нагласио је проф. Matucci.

Европске препоруке кажу да треба што пре третирати пацијента са артритисом, у првих три, а најкасније шест месеци од почетка болести.

Проф. др Немања Дамјанов, директор Института за реуматологију, председник Удружења реуматолога Србије и актуелни генерални и извршни секретар ЕУЛАР, објашњавајући зашто се ове болести у нашој земљи не откривају на време, рекао је:

– Постоји неколико разлога. Један је тај што су ове болести хроничне, дуготрајне и почињу подмукло, понекад врло благим тегобама. Некад и сами људи који осећају те тегобе често недељама и месецима не оду код лекара. Тако се губи део драгоценог времена. Некад и сами лекари у дому здравља не посумњају одмах да се ради о хроничној упали која може од човека да направи инвалида. На основу регистра оболелих, установили смо пре више од пет година, да нам просечно у Србији треба годину дана од почетка тегоба до постављања дијагнозе и лечења.

Према речима проф. др Душана Стефановића, начелника Клинике за реуматологију и клиничку имунологију ВМА, ова хронична запаљенска реуматска болест често доводи до оштећења зглобова, инвалидности и скраћења животног века оболелих. Још није познато шта изазива реуматоидни артритис, али се зна да се запаљење,



Проф. др Немања
Дамјанов



Конференција је одржана у организацији Удружења оболелих од реуматских болести Србије



Државни секретар Министарства здравља др Берислав Векић рекао је да је, према подацима Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ од 2012. године, у 27 случајева обољење дијагностиковано код деце школског узраста и омладине. Он је подсетио да иако је то неизлечива болест, лекови најновије генерације могу да модификују њен ток. Јасмина Брајковић, председница Друштва мултипле склерозе Србије, истакла је да се ниједан оболели у Србији не лечи другом генерацијом лекова којима се успорава прогресивни ток болести.

– Изузетно ми је драго што смо успели да реализујемо овако значајну донацију. Уверена сам да ћемо на тај начин унапредити квалитет живота оболелих од мултипле склерозе – истакла је Драгица Николић, председница Фондације.

Габријел Дина, директор компаније Новартис, нагласио је да се сарадња неће зауставити на овој донацији, већ ће се у договору са министарством и Фондом наставити кроз финансирање додатних дијагностичких и лабораторијских прегледа за пацијенте са МС, КМЕ лекара и сестара који раде са оболелима, као и израде регистра свих пацијената са овом болешћу.

J. T.

СВЕТСКИ ДАН БОРБЕ ПРОТИВ РАКА ЈАЈНИКА

Рак јајника најсмртоноснији је гинеколошки канцер и седми најчешћи узрок умирања од рака код жена – упозорио је проф. др Берислав Векић, поводом обележавања Светског дана борбе против јајника. Он је, на конференцији за новинаре указао је да ће се, према проценама, до 2030. године број жена оболелих и умрлих од те болести увећати за 60 одсто и додао да је у Србији од 1999. до 2011. године број жена оболелих од рака јајника повећан за 12,9 одсто и умрлих за 20 одсто.

– Подаци показују да је задатак свих нас да скренемо пажњу јавности на овај најсмртоноснији гинеколошки канцер и да пренесемо поруку свим женама да је редован преглед најбоља заштита, рекао је проф. Векић.

Др Владимир Пажин, начелник хирургије и дијагностичко-онколошког центра ГАК „Народни фронт“, указао је да лекари болест најчешће откривају у стадијуму 3, када је неизлечива. Према његовим речима, не постоји поуздан скрининг метода за откривање карцинома јајника и да једино редовни прегледи могу да буду од користи.

Др Сузана Васовић, из Удружења медијалних онколога Србије, рекла је да је, хирургија основна у лечењу тих пацијената, а затим хемио и зрачна терапија. Како је истакла, новину у лечењу представља примена биолошке терапије. Истраживања су показала да биолошка и хемотерапија одлаже поновно појављивање тумора и повећавају преживљавање.

Др Јанко Самарџић, Начелник Сектора за фармакоэкономију Републичког фонда за здравствено осигурање, рекао је да је циљ Фонда да се за те, али и све друге пацијенте, обезбеди иновативна, савремена терапија,



а то једино могуће постићи уштедама кроз Правилник о критеријумима стављања лекова на листу.

Чланица удружења грађана за борбу против рака јајника „Проговори“ и особа који се већ дуже бори са овом болешћу, Зорица Велички рекла је да је карцином открила са 26 година, и истакла значај редовних гинеколошких прегледа.

Рак јајника се годишње у свету дијагностикује код 250.000 жена, а проузрокује 140.000 смртних случајева.

J. T.

СВЕТСКИ ДАН ЗАПАЉЕНСКИХ БОЛЕСТИ ЦРЕВА

У СРБИЈИ СЕ НА ДИЈАГНОЗУ ЧЕКА И ПЕТ ГОДИНА

Од запаљенских болести црева у свету болује око пет милиона људи. За Србију нема тачних података, али се претпоставља да у нашој земљи има најмање 5.000 оболелих. Поводом Светског дана борбе против запаљенских болести црева, који је ове године обележен под слоганом Да се живот не заустави, пуковник, професор Дино Тарабар, начелник Одељења гастроентерологије на ВМА, истакао је, да су то хроничне и доживотне болести које се најчешће јављају код особа у трећој и четвртој деценији живота. Најчешће запаљенске болести црева су Кронова болест и Улцерозни колитис. Кронова болест може да захвати било који део пробавног система, а улцерозни колитис је ограничен на дебело црево.

Запаљенске болести црева имају хронични и прогресивни ток, ако се не лече на прави начин, долази до бројних компликација (фистуле, сужење црева...), пацијенти често имају бројне хируршке интервенције. Непознатог су узрока, али се сматра да су основни узроци генетски фактори, а да у настанку велики утицај имају и животна средина, стрес и др.

– Треба скренути пажњу лекарима у примарној здравственој заштити да, ако пацијент има пролонгирани пролив, током неколико недеља, повишену температуру, бол у трбуху, посумњају да се ради о тим болестима, да не би продужио тај период до постављања дијагнозе.

Проблем је, каже овај стручњак, у препознавању тегоба. Ако се не дијагностикује у време, осам од десет болесника то доводи на операциони сто, а болест оста-

ОДЛУКЕ СУДОВА ЧАСТИ

Судско Веће Регионалне лекарске коморе Београда у саставу проф. др Мирослава Јашовић Гашић, као председник Већа, проф. др Томислав Мареновић и спец. др мед. Нада Бараћ, као чланови Већа, у поступку утврђивања дисциплинске одговорности лекара др сци. мед. Изудина Хаџагића, др сци. мед. Богдана Путника, спец. др. мед. Зорана Булатовића и спец. др. мед. Јадрана Тачића, због повреде професионалне дужности из чл. 195. ст. 1. т. 2. Статута Лекарске коморе Србије у вези чл. 5. ст. 3. Кодекса професионалне етике Лекарске коморе Србије, по захтеву за покретање поступка – решења истражног судије спец. др мед. Јелице Поповић, прим. бр. Ди 25-689/2013 од 27.12.2013. год., а по службеној дужности поднетом предлогу директора Лекарске коморе Србије, након одржаног главног претреса дана 26.03.2014. год., на нејавној седници дана 26.03.2014. год. донело је

О Д Л У К У

I)

Чланови Лекарске коморе

1. Др сци. мед. Изудин Хаџагић, лекар специјалиста интерне медицине из Београда са лиценцом број 100526 и

2. Др сци. мед. Богдан Путник, лекар специјалиста радиологије из Панчева са лиценцом број 201789

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

СЕ ОДГОВОРНИМ

да су у својству члана Удружења приватних лекара Србије учествовали у припреми саопштења за јавност и учествовали на конференцији за штампу Удружења одржаног дана 20.02.2013. год., на којој су изнети подаци и коментари који наносе штету угледу и достојанству лекарског staleжа,

чиме су учинили повреду угледа члана Коморе из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 2. Статута Лекарске коморе Србије, у вези чл. 5. ст. 3. Кодекса професионалне етике 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

II)

Члан Лекарске коморе спец. др. мед. Зоран Булатовић, лекар специјалиста педијатрије из Новог Сада са лиценцом број 200001,

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

ОГЛАШАВА СЕ ОДГОВОРНИМ

да је дана 22.02.2013. год. активно учествујући на Телевизији „Коперникус“ у емисији на тему „Милионска корупција у Лекарској комори“ изнео податке и коментаре који наносе штету угледу и достојанству лекарског staleжа,

чиме је учинио повреду угледа члана Коморе из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 2. Статута Лекарске коморе Србије, у вези чл. 5. ст. 3. Кодекса професионалне етике Лекарске коморе Србије,

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

ДИСЦИПЛИНСКА МЕРА
ЈАВНЕ ОПОМЕНЕ

III)

Члан Лекарске коморе спец. др. мед. Јадран Тачић, лекар специјалиста психијатрије из Суботице са лиценцом број 200637,

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

ОГЛАШАВА СЕ ОДГОВОРНИМ

да је дана 27.02.2013. год. у писму које је упутио свим члановима Извршног одбора Регионалне лекарске коморе Војводине позивао на противстатутарне облике супротстављања одлукама органа Лекарске коморе Србије и иступање из Лекарске коморе Србије и на тај начин нанео штету угледу и достојанству лекарског staleжа,

чиме је учинио повреду угледа члана Коморе из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 2. Статута Лекарске коморе Србије, у вези чл. 5. ст. 3. Кодекса професионалне етике Лекарске коморе Србије

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

ДИСЦИПЛИНСКА МЕРА
ЈАВНЕ ОПОМЕНЕ

Одлука о трошковима није донета.

Образложење

Лекарима, члановима Коморе др сци. мед. Изудину Хаџагићу, др сци. мед. Богдану Путнику, спец. др. мед. Зорану Булатовићу и спец. др. мед. Јадрану Тачићу захтевом за покретање дисциплинског поступка, а по службеној дужности поднетом предлогу директора Лекарске коморе Србије, ставља се на терет да су учинили повреду угледа члана Коморе из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 2. Статута Лекарске коморе Србије у вези чл. 5. ст. 3. Кодекса професионалне етике Лекарске коморе Србије.

Др сци. мед. Татјана Радосављевић, прим., директор Лекарске коморе Србије у току главног претреса износи да је предлог за покретање поступка пред Судом части по службеној дужности поднела против др Изудина Хаџагића, лекара – члана РЛК Београда, др Богдана Путника, др Зорана Булатовића и др Јадрана Тачића,

79 <

лекара – чланова РЛК Војводине, у вези са припремањем, организовањем и спровођењем у дело низа иступања у јавности преко средстава јавног информисања у току фебруара 2013. године. Конкретно, др Изудин Хаџагић и др Богдан Путник су учествовали у припреми саопштења за јавност „Удружења приватних лекара Србије“ и учествовали на конференцији за штампу, коју је емитовала телевизија дана 20. фебруара 2013. године, а којом приликом су у најширој јавности изнети нетачни и злонамерни негативни коментари на рачун Лекарске коморе Србије. Даље, др Зоран Булатовић, лекар, а по функцији председник Извршног одбора РЛК Војводине, дана 22. фебруара 2013. год. учествовао у емисији „Истина о...“ на тему „Милионска корупција у Лекарској комори“, коју је снимила и емитовала Телевизија „Коперникус“, а којом приликом је у најширој јавности изнео нетачне и злонамерне негативне коментаре на рачун Лекарске коморе Србије. Др Јадран Тачић, лекар на функцији члана Управног одбора Лекарске коморе Србије, дана 27. фебруара 2013. године написао писмо којим је упутио свим члановима Извршног одбора РЛК Војводине директан позив на противзаступарне и ванинституционалне облике супротстављања одлукама органа ЛКС и отворено позивао РЛК Војводине на иступање из Лекарске коморе Србије. Именовани лекари својим понашањем не само да су нанели велику штету и озбиљно нарушили углед Лекарске коморе Србије, већ су нанели знатну и озбиљну штету угледу лекарске професије у Србији.

Др сци. мед. Изудин Хаџагић, др сци. мед. Богдан Путник и спец. др. мед. Зоран Булатовић нити у току истражног, нити у току припремног поступка, а ни на главном претресу нису изнели своју одбрану.

Спец. др. мед. Јадран Тачић није учествовао на главном претресу, нити у истражном поступку, па није изнео директно своју одбрану, ипак је пре отварања главног претреса доставио писмо Суду части, што се може сматрати његовом одбраном. У тој одбрани негира своју одговорност, пита се чиме је он „то начинио стручну грешку, обављао здравствену делатност нестручно или у супротности са достигнућима медицинске науке“, чему ова „маскарада“ и да ли су своју Лекарску комору сами доктори претворили у „инквизицију“.

Проверавајући основаност захтева за покретање поступка Суд се у доказном поступку упознао са садржином тонског записа конференције за новинаре Удружења приватних лекара Србије одржаног дана 20.02.2013. год., тонског записа емисије Телевизије „Коперникус“ на тему: „Милионска корупција у Лекарској комори“ од дана 22.02.2013. год. и записника са 32. седнице Извршног одбора РЛК Војводине од дана 28.03.2013. год., па је ценећи изведене доказе, како сваки посебно, тако и све у њиховој међусобној повезаности, судско Веће одлучило као у изреци ове одлуке.

На основу тонског записа конференције за новинаре Удружења приватних лекара Србије Веће је несумњиво утврдило да су др Хаџагић и др Путник активно учествовали на том догађају. Саопштење са те конференције, одговори на постављена питања, изнети подаци и коментари по садржини наносе штету угледу Лекарске коморе, као институцији и достојанству лекарске професије у целини.

На основу тонског записа емисије „Истина о...“ Телевизије „Коперникус“, Веће је закључило да је др Зоран Булатовић активно учествовао у тој емисији. Већ само учешће у емисији, која носи назив „Милионска корупција у Лекарској комори“, једног функционера – председника „одбора“ (ИО) РЛК Војводине, како је именовани и представљен на почетку емисије, штетно за Лекарску комору у целини. Подаци и коментари, који

су изнети у току емисије, несумњиво су нанели штету угледу Лекарске коморе, довели до губитка поверења у коморски систем, а самим тим нанели штету и лекарској професији у целини.

Веће је читајући писмо др Јадрана Тачића, утврдило да исто садржи отворени позив на рушење угледа и јединства Лекарске коморе, као институције. Чињеница да је писмо прочитано на седници Извршног одбора РЛК Војводине дана 28.02.2013. године, потврђује да је писмо и послато и дистрибуирано, па је несумњиво дошло до штетне последице за углед Лекарске коморе и лекарског позива у целини.

Суд није прихватио одбрану спец. др. мед. Јадрана Тачића, изнету у допису од 25.03.2014. год., јер није у складу са утврђеним чињеницама, а усмерена је искључиво на избегавање одговорности за учињено дело.

На основу горе изнетог Суд сматра да је утврђено да су др сци. мед. Изудин Хаџагић, др сци. мед. Богдан Путник, спец. др. мед. Зоран Булатовић и спец. др. мед. Јадран Тачић, свако појединачно, учинили повреду угледа члана Коморе на начин описан у изреци.

Извршена дела, с обзиром на последице и држања лекара после извршења и понашања истих у току поступка, Веће квалификује као тежу повреду угледа члана Коморе.

С обзиром на природу учињене повреде, односно на чињеницу да се не ради о стручној грешци, нити о кршењу професионалне дужности везане за обављање здравствене делатности, већ о неетичком понашању лекара и о некоректном односу према својој Комори, Суд сматра да је изречена мера јавне опомене адекватна учињеном делу и да ће постићи циљ изрицања.

Одлука о трошковима није донета.

На основу горе изнетог одлучено је како у изреци.

Поука о правном леку

На основу чл. 111. 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

Проф. др Мирослава Јашовић Гашић

Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије, именовано решењем председника Врховног суда части Лекарске коморе Србије бр. Дж – 35 – 2/2014 од 19. маја 2014. године у следећем саставу: проф. др Слободан Ковачевић, председник већа и проф. др Борисав Јанковић, др Радослав Радосављевић, др сци. мед. Радимир Јанковић, чланови Већа и проф. др Милан Кнежевић, члан Већа и судија известилац, одржало је 26. маја 2014. године у Београду нејавну седницу, а поводом разматрања и одлучивања по жалби бр. Ди – 3 – 13/2012 – IV, коју је 16. маја 2014. године поднела адв. Тамара Р. Антић из Ниша, пуномоћник подносиоца предлога, Мирослава Стојановића из Сокобање, а против одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, бр. Ди – 3 – 13/2012 – IV од 24. априла 2014. године, а на основу одредаба из члана 246. и члана 247. Статута Лекарске коморе Србије, дана 26. маја 2014. године донело следећу

О Д Л У К У

1. УВАЖАВА СЕ жалба бр. Ди – 3 – 13/2012 – IV, коју је 16. маја 2014. године поднела адв. Тамара Р. Антић из Ниша, пуномоћник подносиоца предлога, Мирослава Стојановића из Сокобање, а против одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, бр. Ди – 3 – 13/2012 – IV од 24. априла 2014. године, као основана у целисти;

2. ПРЕИНАЧУЈЕ СЕ (на основу одредбе из члана 247. тачка 4) Статута Лекарске коморе Србије) Одлука Већа Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију број Ди – 3 – 13/2012 – IV, која је донета дана 24. априла 2014. године, ТАКО ШТО СЕ

– др Саша Вељковић, специјалиста интерне медицине, рођен дана 05. маја 1969. године у Сокобањи, запослен у СБ „Сокобања“, са лиценцом бр. 304883,

ОГЛАШАВА ОДГОВОРНИМ

јер је начинио стручну грешку када дана 27. маја 2012. године, као дежурни лекар, без претходног прегледа подносиоца предлога Мирослава Стојановића, болничара у СБ „Сокобања“, који се због малаксалости, стезања у грудима и хладног зноја, пожалио дежурној сестри, која му је измерила крвни притисак и утврдила да је висок, одредио терапију која није произвела очекивано дејство, а да ни након тога није извршио преглед иако се стање пацијента није поправило, те је Мирослав послушавши савет приправног лекара др Петровића сачекао долазак дежурне лекарке у 20,00 сати др Љиљане Исаковић, која га јесместила у коронарну јединицу, урадила преглед, анализе и дала другу терапију, јер је посумњала на инфаркт срца – што је касније и потврђено,

чиме је учинио повреду професионалне дужности из одредаба члана 195. став 1. тачка 3) Статута Лекарске коморе Србије, па му се, на основу одредбе из члана 240. став 1. тачка 1. и одредбе из става 7. овог члана Статута Лекарске коморе Србије изриче дисциплинска мера

ЈАВНА ОПОМЕНА

3. Свака страна сноси своје трошкове поступка.
4. Ова Одлука је коначна.

Образложење

На Одлуку бр. Ди – 3 – 13/2012 – IV коју је дана 24. априла 2014. године донело Веће Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, поступајући по предлогу Мирослава Стојановића из Сокобање, који је он поднео томе суду против др Саше Вељковића, лекара специјалисте интерне медицине, који је запослен у СБ „Сокобања“ у Сокобањи и којом је овај лекар ослобођен од одговорности за повреду професионалне дужности и угледа члана Коморе из одредаба члана 195. став 1. тачка 3. Статута Лекарске коморе Србије, Мирослав Стојановић је, преко свог пуномоћника адв. Тамара Р. Антић из Ниша изјавио жалбу.

Поступајући по наводима из наведене жалбе, надлежно Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је констатовало да је жалба благовремена и да је поднета од стране овлашћеног лица.

Овом жалбом подносилац, Мирослав Стојановић оспорава првостепену Одлуку у целисти због:

- „...Битне повреде одредаба поступка

– Погрешно или непотпуно утврђеног чињеничног стања;

– Због погрешне примене материјалног права...“

и предлаже да Врховни суд части Лекарске коморе Србије: „...уважи ову жалбу и преиначи првостепену одлуку Суда части или уважи ову жалбу, укине првостепену одлуку Суда части и врати Суду части предмет на поновно расправљање и одлучивање...“.

У образложењу ове жалбе се наводи да је првостепени Суд части погрешно и непотпуно утврдио: „...да се Мирослав Стојановић дана 27.05.2012. године није уопште лично обраћао за помоћ др Саше Вељковићу. Дале је суд закључио да др Вељковић није имао ни директно ни индиректно сазнање да је Мирослав имао било какве „нове тегобе осим оних везаних за повишени крвни притисак, како би приступио допунским прегледима...“.

Такође у жалби се цитира и део оспорене првостепене одлуке поводом терапије коју је др Вељковић (без прегледа пацијента) препоручио Мирославу Стојановићу, да је: „...то било неформално пружање помоћи уобичајеним лековима који се могу набавити у слободној продаји на лични захтев...“.

Даље се наглашава да: „...Суд нигде није ценио то што др Вељковић није приступио никаквим прегледима и то ни основним прегледима, нити питао човека коме је ординирао терапију да ли се након узимања терапије осећа боље...“.

Закључује се: „...И очигледно је да суд сматра да др Вељковић није имао никакву обавезу након сазнања да Мирославу није добро, јер му није лично Мирослав то саопштио, већ је сестра Сузана Ружић неколико пута у току тог дана др Вељковића обавештавала о стању Мирослава Стојановића...“.

На основу изложеног у жалби, подносилац жалбе сматра да Одлука суда части противречи сама себи и разлозима у образложењу, да у њој нису наведени разлози о битним чињеницама односно и разлози који су наведени су нејасни и противречни. Дале се наглашава да је: „...неспорно утврђено у току поступка да је Мирослав Стојановић дана 27.05.2012. године имао инфаркт, да је др Вељковић имао сазнања о његовом стању и вредностима крвног притиска, да је био присутан када је сестра мерила Мирославу притисак, да је сестра више пута обавештавала у току тог дана др Вељковића о стању Мирослава Стојановића, а да др Вељковић и поред тога Мирослава није прегледао...“.

Након детаљног разматрања свих навода предметне жалбе, као свих изведених доказа и свих списа овог предмета, на основу Извештаја судије – известиоца (и члана Већа Врховног суда части Лекарске коморе Србије) у овом предмету, проф. др Милана Кнежевића, Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије, а и након разматрања и анализирања свих доказа, како појединачно, тако и у њиховој међусобној повезаности, између осталог, утврдило следеће чињенице:

1. Неспорно је утврђено у току поступка да је Мирослав Стојановић дана 27. маја 2012. године имао инфаркт срца;

2. Неспорно је утврђено и да је др Саша Вељковић имао сазнања о његовом стању, симптомима и тегобама на које се пожалио и вредностима његовог крвног притиска тога дана;

3. Неспорно је утврђено да је др Саша Вељковић био присутан када је сестра мерила Мирославу притисак;

4. Неспорно је утврђено да је медицинска сестра Сузана Ружић више пута обавештавала у току тог дана др Сашу Вељковића о стању Мирослава Стојановића;

5. И неспорно је утврђено да др Саша Вељковић и поред тога Мирослава није прегледао, већ је једноставно

81 <

препоручио терапију и даље занемарио његово здравствено стање.

Поводом примедби о битним повредама поступка и непотпуно утврђеном чињеничном стању, изнетих у жалби, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је заузело став да су ове примедбе основане и да поменута ослобађајућа Одлука првостепеног Суда части неоснована.

Ово веће Врховног суда части ЛКС је имало у виду и чињенице да је у складу са основним правилима струке и лекарске етике лекар дужан да пружи медицинску помоћ лицу које има здравствене проблеме у сваком случају када на било који начин дође до сазнања о њима. Наиме, без икаквог значаја је то да ли је пацијент од лекара лично тражио помоћ или не.

Поред тога, потпуно је упротно правилима медицинске струке да лекар препишује или саветује било какву терапију пацијенту, а да претходно пацијента није прегледао нити предузео све неопходне дијагностичке мере.

Такође, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је констатовало да је недопустива пракса да медицинско особље међусобно „на неформалан начин“ поставља дијагнозе и одређује медицинске терапије, као и да било које мере и процедуре претходно узима, а да при томе пропусти да то уредно и потпуно евидентира у медицинској документацији. Ово Веће је заузело став да је неопходно да се предузму све мере да се таква пракса спречи у будућем периоду.

У смислу свега напред наведеног, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је закључило да су наводи из предметне жалбе, основани у целости, односно да првостепено веће Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију није извршило оцену свих изведених доказа у потпуности, ни појединачно ни доводећи их у међусобну корелацију, те да је извело погрешан закључак и донело погрешну одлуку, односно да је дошло погрешне примене материјалног права, те да је ослобађајућа одлука првостепеног Већа неоснована у целости.

На основу свега, посебно детаљно сагледане постојеће медицинске документације, а посебно и „Предлога мера“ у Извештају ванредне спољашње контроле квалитета стручног рада, бр. 072-00-01142/2012-07, од 24. априла 2013. године, са сигурношћу се може извести поуздан

закључак да др Саша Вељковић није применио обавезне дијагностичко терапијске процедуре у конкретном случају, нити је било какв податак евидентирао у медицинској документацији. Из свега утврђеног, на несумњив начин произилази да је др Саша Вељковић у овом случају починио повреде професионалне дужности, које су му стављене на терет предметним предлогом, па је ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије донело одлуку о преиначењу првостепене Одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију.

При томе, ово Веће је закључило да изречена мера јавне опомене, као најблажа мера за санкционисање дисциплинске одговорности, треба да буде превентивног карактера највишег степена, када се говори о дужној пажњи лекара према пацијенту, примени одговарајућих дијагностичко – терапијских процедура, као и уредном и потпуном вођењу медицинске документације. Ово Веће сматра да ће се изреченом дисциплинском мером у потпуности остварити и превентивна и репресивна сврха кажњавања у конкретном случају.

Имајући све напред наведено у виду, тежину повреде професионалне дужности и озбиљност последица те повреде у конкретном случају, а и посебно схватање да ће се изреченом и извршеном мером јавне опомене у потпуности остварити сврха кажњавања одговорног др Саше Вељковића, као и циљеви генералне превенције, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је по предметној жалби донело Одлуку као у диспозитиву.

Председник Већа
Врховни суд части Лекарске коморе Србије
проф. др Слободан Ковачевић

ДОСТАВЉЕНО:

- др Саша Вељковић, 18230 Сокобања,....;
- Мирослав Стојановић, 18230 Сокобања,;
- адв. Тамара Р. Антић, 18000 Ниш,;
- Суд части РЛК за југоисточну Србију, 18000 Ниш, Ул. Јована Скерлића бр. 25;
- а/а

ВАЖНО ОБАВЕШТЕЊЕ

**Сусрећ генерације лекара уписаних на Медицински факултет у Београду 1964. године
заказан је за 18. октобар 2014. године у ресторану „Аероклуб“ у Београду,
Узун Миркова 4, са почетком у 19 часова.**

Жеља нам је да се поново састанемо, освежимо успомене и проведемо незаборавно вече, као што смо то чинили пре тачно 50 година.

Пријаве слати на адресу:

Професор др Жарко (Жаре) Мартиновић

e-mail адреса: martinovic@sezampro.rs или на телефон: +381 063 568640

и/или

Професор др Мирослава (Мира) Јашовић-Гашић

e-mail адреса: mjasovicbasic0@gmail.com или на телефон: +381 063 225473



**TRANSFUSION
MEDICINE CONGRESS
OF SERBIA**
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION
BELGRADE, NOVEMBER 6 - 8, 2014, CROWNE PLAZA

FIRST ANNOUNCEMENT
TRANSFUSION MEDICINE
ASSOCIATION OF SERBIA
WWW.ARIACONFERENCE.EVENTS@GMAIL.COM
TRANSFUSION MEDICINE SECTION
SERBIAN MEDICAL SOCIETY
WWW.SLS-MS.SRS
ARIA, BELGRADE, SERBIA
WWW.ARIA.CO.SI

BELGRADE, PLACE WITH A HEART



VAŽNI DATUMI

Rok za slanje sažetaka
1. septembar 2014.

Obaveštenje o prihvatanju sažetaka
15. septembar 2014.

Rana registracija učesnika
do 10. oktobra 2014.

Kasna registracija učesnika
od 10. oktobra 2014.

Datum održavanja kongresa
6 - 8. novembar 2014.

Tehnički dan
8. novembar 2014.

OPŠTE INFORMACIJE

Mesto održavanja: Hotel Crowne Plaza, Vladimira Popovića 10, 11070 Beograd, Srbija

Kotizacija

Rana kotizacija, do 10. oktobra 2014 - 100 € (za tehničare - 50 €)
Kasna kotizacija, od 10. oktobra 2014 - 120 € (za tehničare - 60 €)
Dnevna kotizacija - 50 € (za tehničare - 25 €)

Rana i kasna kotizacija obuhvata: bežični kongresni materijal, lokalni dobrodošlice i svečanu večeru.
Dnevna kotizacija obuhvata: bežični kongresni materijal, ali ne podrazumeva privremeno smeštajno vešanje.
Pristup u sale i učesnici u radu kongresa biće dozvoljeni samo registrovanim učesnicima koji imaju bežični.
Kotizacija (u dinarskoj protivvrednosti po srednjem kursu evra) narodne banke Srbije na dan uplate) se uplaćuje na sledeći račun:
Primalac: ARIA d.o.o. Beograd br: 355 - 1114550 - 41 (Vojvodanska banka AD, Novi Sad).

Hotelski smeštaj

Za informacije u vezi sa hotelskim smeštajem, molimo kontaktirati Sekretarijat kongresa:
office@aria.co.rs, ariaconference.events@gmail.com

KEY DATES

Abstract Submission Deadline
September 1st, 2014

Abstract Acceptance Notification
September 15th, 2014

Early Registration Deadline
October 10th, 2014

Late Registration Deadline
After October 10th, 2014

Congress Date
November 6 - 8, 2014

Technicians' Day
November 8th, 2014

GENERAL INFORMATION

Congress Venue: Hotel Crowne Plaza, Vladimira Popovića 10, 11070 Beograd, Serbia

Registration Fee

Before October 10th, 2014 - 100 € (for technicians - 50 €)
After October 10th, 2014 - 120 € (for technicians - 60 €)
Daily Registration Fee - 50 € (for technicians - 25 €)

Early and Late Registration Fee Includes: Badge, Congress Material, Welcome Cocktail, Dinner.
Daily Registration Fee Includes: Badge and Congress Material (Dinner is not included).
Only registered participants, wearing badge, will be allowed to participate in the work of the Congress.
Payment can be done by bank transfer. For all information, please visit the Congress website:
www.ariaconference.events@gmail.com

Hotel Accommodation

For information concerning hotel accommodation please contact Congress Secretariat:
office@aria.co.rs, ariaconference.events@gmail.com

