

BILTEN

LJEKARSKE KOMORE CRNE GORE





LJEKARSKA KOMORA CRNE GORE

ZBIRKA PROPISA

Podgorica, jun 2019. godine

Sadržaj

- Riječ urednika	5
- Riječ predsjednika Ljekarske komore	7
- Aktivnosti Ljekarske komore Crne Gore	
• Pravilnik o sufinansiranju stručnog usavršavanja članova Ljekarske komore.....	8
• Godišnja konferencija EFMA.....	13
• Dobitnici godišnjih nagrada Ljekarske komore.....	16
- Zdravstvena ustanova	
• Institut „Simo Milošević“ Igalo.....	20
- Vijesti iz medicine	
• Značenje HLA sistema i HLA laboratorija u Crnoj Gori	28
• Laserom do ljepote-PZU „Danica“ Podgorica.....	30
• Laboratorijski informacioni sistem-Dom zdravlja Podgorica	32
- Nacionalne smjernice dobre kliničke prakse	
• Protokol za liječenje ulceroznog kolitisa.....	34
• Protokol za liječenje Helicobacter pylori infekcije	41
• Dijagnostički protokol za ispitivanje glavobolja na primarnom nivou zdravstvene zaštite.....	46

IMPRESSUM

„BILTEN“, Ljekarske komore Crne Gore

Adresa:

Dragana Radulovića 17A,
81000, Podgorica

Glavna i odgovorna urednica

Prof.dr Aneta Bošković

Uređivački odbor

Prof. dr Aneta Bošković, predsjednica

Doc. dr Vesna Bokan

Prof. dr Dragoljub Perović

Doc. dr Nebojša Kavarić

Dr sc. med. Zoran Terzić

Dr Marina Delić

Sekretar uredništva

Dr Đorđije Krnjević

e-mail: djordjije.krnjevic@kccg.me

Obavještenje:

“Bilten” Ljekarske komore Crne Gore

je serijska publikacija za doktore medicine
i stručnu javnost.

Članovi Komore Bilten dobijaju besplatno.

Rukopisi se šalju na e-mail adresu:

info@ljekarskakomora.me ili

e-mail adresu Uredništva.

Rukopis ne podliježe recenziji i Uređivački odbor se ne
mora slagati sa mišljenjem autora.

Rukopis se može štampati samo uz oznaku izvora.

Ljekarska komora Crne Gore na internet stranici

www.ljekarskakomora.me i info@ljekarskakomora.me

Štampa: Studio Mouse Podgorica

Tiraž: 1000

„BILTEN“ Journal of Montenegrin Medical Chamber

Adress: Dragana Radulovica 17A Podgorica

Editor: Montenegrin Medical Chamber

Published in 1000 copies.

Tel: +382 20 266 587

Žiro račun: 510-7963-13

ISSN 2661-2569 Bilten Ljekarske komore



RIJEČ UREDNICE



Poštovane kolegice i kolege,

U ovom broju Biltena Ljekarske komore Crne Gore obaviještavamo Vas o aktivnostima Komore. U toku juna mjeseca dodijeljene su nagrade Ljekarske Komore za 2018. godinu. Nagradu za postignute rezultate u radu u 2018. godini dobila je javna zdravstvena ustanova Dom zdravlja Plav, kao i privatna zdravstvena ustanova, specijalna bolnica „Dr MEDTIM“ iz Podgorice. Nagradu „Dr Branko Zogović“ za najboljeg ljekara dobio je prof.dr Ranko Lazović, nagradu za najboljeg studenta Medicinskog fakulteta Univerziteta Crne Gore dobio je Ersin Spahić, student završne godine medicine, a za najboljeg studenta, državljanina Crne Gore, koji je na studijama medicine van Crne Gore, nagradu je dobio

Šućro Madžgalj, student IV godine Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.

Ljekarska komora Crne Gore pripremila je Nacrt Pravilnika o sufinansiranju stručnog usavršavanja članova Ljekarske komore. Imajući u vidu da je u toku javna rasprava, kao i značaj koji ovaj dokument ima za nas, u ovom broju objavljujemo ga u cjelini. Najavljujemo “34 Godišnju konferenciju Evropskog foruma medicinskih asocijacija (EFMA)“, koja će se održati u Podgorici od 29-31. avgusta 2019. godine u organizaciji Ljekarske komore Crne Gore.

Od zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori predstavljamo Institut za fizikalnu medicinu, rehabilitaciju i reumatologiju „Dr Simo Milošević“ u Igalu, koji se ubraja u najveće i najpoznatije institucije za multidisciplinarno banjsko liječenje na Balkanu. Danas je to priznati međunarodni centar za rehabilitaciju djece, odraslih i starih osoba. Pored toga Institut je i nastavna baza Medicinskog fakulteta Univerziteta Crne Gore za studijski program Primijenjena fizioterapija. Ove godine slavilo se 70 godina postojanja. O značajnim momentima u dugoj istoriji ove institucije, kao i o organizaciji rada, informiše nas medicinska direktorica ustanove, dr Marina Delić.

Iz medicine donosimo informaciju o otvaranju HLA laboratorije u Crnoj Gori, u kojoj je započet projekat HLA skrininga crnogorske populacije. U laboratoriji će se izvoditi tipizacija HLA gena, koja će doprinijeti dijagnostici pojedinih oboljenja i podržati i olakšati sprovođenje transplantacionog programa u Crnoj Gori, o čemu nas obavještavaju Prof.dr Marina Ratković, medicinska direktorica KCCG i Marko Grubač, dipl biolog. O primjeni novih laserskih metoda u plastičnoj hirurgiji u Crnoj Gori informiše nas dr Žarko Borović, iz privatne zdravstvene ustanove „Klinika Danica“.

Fond za zdravstveno osiguranje Crne Gore je sa uspjehom implementirao laboratorijski informacioni sistem na primarnom nivou zdravstvene zaštite. O iskustvima sa ovim sistemom obavještava nas prim. dr sci.med. Aleksandra Klisić iz Doma zdravlja Podgorica.

Ministarstvo zdravlja i dalje radi na izradi Nacionalnih smjernica dobre kliničke prakse i Protokola. U ovom broju objavljujemo „Dijagnostički protokol za ispitivanje glavobolja na primarnom nivou zdravstvene zaštite“, koji je pripremila Nacionalna komisija za kvalitet i bezbjednost zdravstvene zaštite; kao i Protokol za liječenje helicobacter pylori infekcije i Protokol za liječenje ulceroznog kolitisa, koje je pripremila Doc.dr Brigita Smolović u saradnji sa kolegama sa Odjeljenja za gastroenterologiju Interne klinike Kliničkog centra Crne Gore.

Pored printane forme, Bilten Ljekarske komore Crne Gore dostupan je i u online verziji, na web stranici Komore www.ljekarskakomora.me.

I dalje očekujemo Vaše sugestije, tekstove, kritiku i podršku u kreiranju Biltena Ljekarske komore, kako bi bio bolji i korisniji svima nama.

Prof. dr Aneta Bošković



Poštovane kolegice i kolege,

20. juna proslavili smo Dan Ljekarske komore Crne Gore. Tog Dana u amfiteatru Medicinskog fakulteta u Podgorici uručili smo Plakete nagrađenim ustanovama, doktoru medicine i našim najboljim studentima. Nagrađeni studenti, Ersin Spahić i Šućro Madžgalj, jedan student Medicinskog fakulteta u Podgorici, drugi Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu nagrađeni su zbog izuzetnog uspjeha postignutog tokom studija. Njihova prosječna ocjena tokom studija - 10.0. Čestitam im još jednom uz žaljenje što pravilnikom nijesmo predvidjeli više nagrada za naše najmlađe kolege. Plakete za izuzetan uspjeh u radu uručene su Javnoj zdravstvenoj ustanovi Dom zdravlja „Dr Branko Zogović“ Plav, Privatnoj zdravstvenoj ustanovi Specijalna bolnica „Dr Medtim“ iz Podgorice i prof. dr Ranku Lazoviću, zaposlenom u Kliničkom centru Crne Gore. Dodijeljena je i Plaketa prvog počasnog člana Ljekarske komore Crne

Gore prof. dr Nadeždi Basari.

Ljekarska komora Crne Gore dobila je povjerenje da od 29. avgusta do 01. septembra ove godine organizuje 34. godišnju konferenciju Evropskog foruma medicinskih asocijacija (EFMA), čije su članice 46 zemalja Evrope i Azije i mnoga nacionalna udruženja ljekara. Glavne teme konferencije su - bazično medicinsko obrazovanje, migracije ljekara, uslovi rada i nasilje nad medicinskim radnicima. Na konferenciji će svoje referate, osim gostiju iz inostranstva, imati i članovi Ljekarske komore Crne Gore. Takođe, imamo čast da pojedinim sesijama na konferenciji predsjedavaju naši članovi. Izašlo je štampe prvo izdanje Zbirke propisa Ljekarske komore Crne Gore. Zbirka propisa sadrži Statut, Kodeks medicinske etike i deontologije i najznačajnije pravilnike koje smo napisali i kroz složenu proceduru pred organima Komore donijeli u prethodnoj godini. Na više od 200 strana teksta objedinjene su sve važne informacije za naše članove, rukovodiocje javnih zdravstvenih ustanova i vlasnike i odgovorna lica u privatnim zdravstvenim ustanovama. Ljekarska komora Crne Gore nastavlja sa brojnim aktivnostima u različitim segmentima iz nadležnosti Komore.

*PREDSJEDNIK,
Dr Aleksandar Mugoša*

PRAVILNIK O SUFINANSIRANJU STRUČNOG USAVRŠAVANJA ČLANOVA LJEKARSKE KOMORE CRNE GORE

Podgorica, jun 2019. godine

Na osnovu člana 24 Statuta Ljekarske komore Crne Gore („Sl. list CG“, broj 36/18), Izvršni odbor Ljekarske komore Crne Gore, donio je

PRAVILNIK o sufinansiranju stručnog usavršavanja članova Ljekarske komore Crne Gore 1

I OPŠTE ODREDBE

Član 1

Pravilnikom o sufinansiranju stručnog usavršavanja članova Ljekarske komore Crne Gore (u daljem tekstu: Pravilnik) utvrđuje se namjena sredstava za stručno usavršavanje članova Ljekarske komore Crne Gore, način i uslovi raspodjele sredstava za stručno usavršavanje i prava i obaveze članova u vezi sa dodjelom novčanih sredstava za stručno usavršavanje.

Član 2

Sredstva za sufinansiranje stručnog usavršavanja člana Komore obezbjeđuju se iz sredstava Komore. Sredstva iz stava 1 ovog člana obezbjeđuju se iz ukupno ostvarenih prihoda od članarina u tekućoj godini (15%).

1) Pravilnik je u postupku donošenja

Finansijska sredstva predviđena programom dio su godišnjeg finansijskog plana Komore za iduću kalendarsku godinu.

Član 3

Komora će sufinansirati troškove učešća na kongresima koji se održavaju u zemlji, regionu i ostalim zemljama van regiona, u iznosu:

za Crnu Goru	100 eura;
za zemlje regiona	200 eura;
za ostale zemlje	300 eura.

Član 4

Komora će sufinansirati troškove studijskog boravka u zemljama regiona i ostalim zemljama van regiona:

Studijski boravak u zemljama regiona:

u trajanju do 15 dana	300 eura
u trajanju od 15 do 30 dana.....	500 eura
u trajanju više od 30 dana.....	700 eura

Studijski boravak u zemljama van regiona:

u trajanju do 15 dana	500 eura
u trajanju od 15 do 30 dana.....	700 eura
u trajanju više od 30 dana.....	1000 eura

II PROGRAM ZA SUFINANSIRANJE STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Član 5

Izvršni odbor donosi Program sufinansiranja stručnog usavršavanja (u daljem tekstu: Program) i utvrđuje visinu sredstva za sufinansiranje stručnog usavršavanja, za svaku kalendarsku godinu.

Programom za sufinansiranje stručnog usavršavanja, utvrđuju se oblici stručnog usavršavanja i način sufinansiranja stručnog usavršavanja.

III PRAVO NA DODJELU NOVČANIH SREDSTAVA

Član 6

Pravo na dodjelu novčanih sredstava za sufinansiranje stručnog usavršavanja ima član Komore:

- a) koji redovno plaća članarinu i izvršava druge obaveze u skladu sa zakonom i Statutom Komore;
- a) koji nije povrijedio stručne, etičke i deontološke principe medicinske profesije;
- b) čiji je rad prihvaćen za izlaganje na kongresu.
- c) za studijski boravak u zdravstvenoj ustanovi van Crne Gore, u regionu i van regiona.

Član 7

Po osnovu jednog stručnog/naučnog rada sufinansiraće se učešće samo jednog autora.

Član 8

Član Komore može jedanput godišnje ostvariti pravo na sufinansiranje po osnovu učešća na kongresu u

Crnoj Gori ili zemljama regiona i jedanput godišnje na kongresu u zemljama van regiona.

Član Komore može jedanput godišnje ostvariti pravo na sufinansiranje studijskog boravka u zemljama regiona ili zemljama van regiona.

IV KONKURS ZA SUFINANSIRANJE STRUČNOG USAVRŠAVANJA

Član 9

Radi dodjele novčanih sredstava za sufinansiranje stručnog usavršavanja raspisuje se Konkurs.

Izvršni odbor donosi odluku o raspisivanju Konkursa za sufinansiranje stručnog usavršavanja.

Konkurs se objavljuje na internet stranici Komore.

Član 10

Konkurs sadrži:

Uslove koje kandidat – član Komore mora da ispunjava da bi se kandidovao za dodjelu novčanih sredstava za stručno usavršavanje, sadržaj i oblik stručnog usavršavanja, dokumentaciju koju treba priložiti uz prijavu na Konkurs, trajanje konkursa, način podnošenja prijave i ostali elementi potrebni za realizaciju Konkursa.

Član 11

Nakon završenog učešća na kongresu ili nakon završenog studijskog boravka, član Komore može Komisiji za sufinansiranje stručnih usavršavanja dostaviti prijavu sa neophodnom dokumentacijom, koja je navedena u prijavnom obrascu.

Obrazac prijave za sufinansiranje troškova studijskog boravka i obrazac prijave za sufinansiranje troškova

učešća na kongresu sastavni su dio ovog Pravilnika.

Član 12

Komisija za sufinansiranje stručnih usavršavanja ima 3 (tri) člana koje imenuje Izvršni odbor.

Komisija razmatra prijavu sa dokumentacijom i prijedlog za sufinansiranje stručnog usavršavanja dostavlja Izvršnom odboru Komore.

Član 13

Izvršni odbor Komore donosi Odluku o dodjeli novčanih sredstava za sufinansiranje stručnog usavršavanja.

Nakon donešene odluke iz stava 3 ovog člana izvršiće se refundacija odobrenih sredstava na žiro račun člana Komore.

Odluka Izvršnog odbora iz stava 3 ovog člana objaviće se na internet stranici Komore.

V PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 14

Ovaj Pravilnik stupa na snagu 8 dana od dana objavljivanja na internet stranici Komore.



PRIJAVA
ZA SUFINANSIRANJE TROŠKOVA STUDIJSKOG BORAVKA

1. IME I PREZIME: _____
2. JEDINSTVENI MATIČNI BROJ GRAĐANA: _____
3. BROJ LICENCE _____
4. ZEMLJA I ZDRAVSTVENA USTANOVA U KOJOJ JE DOKTOR BORAVIO:

5. VRIJEME TRAJANJA BORAVKA: _____

U Podgorici, _____ god.

Podnosilac prijave

Uz prijavu priložiti:

1. Pozivno pismo;
2. Dokaz o boravku;
3. Kopija putne karte.



PRIJAVA ZA SUFINANSIRANJE TROŠKOVA UČEŠĆA NA KONGRESU

1. IME I PREZIME: _____
2. ZDRAVSTVENA USTANOVA U KOJOJ JE ČLAN KOMORE ZAPOSLEN:

3. BROJ LICENCE _____
4. NAZIV SKUPA: _____
5. ZEMLJA, MJESTO I VRIJEME KAD JE ODRŽAN SKUP: _____

6. OSNOV UČEŠĆA NA SKUPU: _____
7. NAZIV STRUČNOG/NAUČNOG RADA: _____

U Podgorici, _____ god.

Podnosilac prijave

Uz prijavu priložiti:

- Dokaz o prihvaćenom radu;
- Rad u elektronskoj formi;
- Dokaz o visini kotizacije;
- Kopija putne karte.

GODIŠNJA KONFERENCIJA EFMA

U organizaciji Ljekarske komore Crne Gore održaće se 34. godišnja konferencija Evropskog foruma medicinskih asocijacija (EFMA). Konferencija će biti održana u Podgorici, a planirani datumi održavanja konferencije su 29-31. Avgust 2019. godine.

Provisional Program 34th Annual EFMA Meeting

29th – 31st August 2019

Podgorica, Montenegro



15:00 – 18:00 Registration
19:30 – 22:00 Welcome Reception

Thursday 29th August

09:00 – 12:00 Registration
10:00 – 11:30 **Opening Ceremony**

- EFMA Report
- Montenegrin Medical Chamber
- Montenegrin Minister of Health

11:30 – 12:30 **Country Reports**
12:30 – 14:00 Lunch
14:00 – 15:30 **Physician Working Conditions**
15:30 – 16:00 Coffee Break
16:00 – 17:00 **Violence in the Health Sector**
19:30 – 23:00 Gala dinner

Friday 30th August

09:00 – 11:00 **Basic Medical Education**
11:00 – 11:30 *Coffee Break*
11:30 – 13:00 **Physician Migration**
13:00 – 14:30 *Lunch Break*
14:30 – 15:30 **Physician Migration** Continued
15:30 – 16:00 *Coffee Break*
16:00 – 17:00 **Closing Ceremony**

Saturday 31st August

Social Programme -
Tour of Podgorica - Cetinje
– Njeguši and Kotor.



**Provisional Program
34th Annual EFMA Meeting
29th – 31st August 2019
Podgorica, Montenegro**

Wednesday 28th August

15:00 – 18:00 **Registration**
19:30 – 22:00 **Welcome Reception**

Thursday 29th August

09:00 – 12:00 **Registration**

10:00 – 11:30 **Opening Ceremony**

- EFMA Report
- Montenegrin Medical Chamber

11:30 – 13:00 **Physician Working Conditions**

13:00 – 14:30 *Lunch*

14:30 – 16:00 **Physician Working Conditions Continued**

16:00 – 16:30 *Coffee Break*

16:30 – 17:30 **Violence in the Health Sector**

19:30 – 23:00 **Gala dinner**

Friday 30th August

09:30 – 11:00 **Basic Medical Education**

11:00 – 11:30 Coffee Break

11:30 – 13:00 **Physician Migration**

13:00 – 14:30 Lunch Break

14:30 – 15:30 **Country Reports**

15:30 – 16:00 Coffee Break

16:00 – 17:00 **Closing Ceremony**

Saturday 31st August

Social Programme - Tour of Podgorica - Cetinje – Njeguši and Kotor.



DOBITNICI GODIŠNJIH NAGRADA LJEKARSKE KOMORE

Zahvalnicu za uspješnu saradnju sa Ljekarskom komorom Crne Gore, u 2018. godini, dobila je Komisija za izjednačavanje kvalifikacija Medicinskog fakulteta u Podgorici.

Zahvalnica se uručuje prof. Dr Aneti Bošković, predsjednici Komisije.

1. Nagradu za postignute rezultate u radu u 2018. godini dobila je Javna zdravstvena ustanova Dom zdravlja Plav.
 - Plaketa nosi naziv „Dr Petar Miljanić“.
 - Plaketa se uručuje dr Omeru Šahmanoviću, direktoru ustanove.
2. Nagradu za postignute rezultate u radu u 2018. godini dobila je Privatna zdravstvena ustanova Specijalna bolnica „Dr Medtim“ iz Podgorice.
 - Plaketa nosi naziv „Dr Petar Miljanić“.
 - Plaketa se uručuje dr Svetlani Lani Vučković, direktoru i vlasniku ustanove.
3. Nagradu za najboljeg studenta Medicinskog fakulteta u Podgorici – Studijski program me-

dicine, u 2018. godini, dobio je Ersin Spahić, student šeste godine. Prosječna ocjena 10, 00.

- Plaketa nosi naziv „Komora najboljem studentu“.
4. Nagradu za najboljeg studenta medicine, crnogorskog državljanina, koji studira na Medicinskom fakultetu, van Crne Gore, u 2018. godini, dobio je Šućro Madžgalj, student četvrte godine medicinskog fakulteta u Beogradu.
 - Prosječna ocjena 10,00
 - Plaketa nosi naziv „Komora najboljem studentu“.
 5. Nagradu za najboljeg doktora medicine u Crnoj Gori, u 2018. godini, dobio je prof. dr Ranko Lazović, zaposlen u Kliničkom Centru Crne Gore.
 - Plaketa nosi naziv „Dr Branko Zogović“.

U ime dobitnika nagrada zahvalio se profesor doktor Ranko Lazović

JZU Dom zdravlja Plav

JZU Dom zdravlja Plav je referentni centar primarne zdravstvene zaštite na teritoriji Opština Plav i Gusinje koji pruža ili omogućava podršku izabranom timu ili izabranom doktoru u oblastima regulisanim Zakonom o zdravstvu. Rad Doma zdravlja se obavlja

u prostorijama Doma zdravlja u Plavu, zdravstvenim stanicama Gusinje i Murino i zdravstvenom punktu Velika. Zdravstvena zaštita se pruža za 13450 stanovnika Opštine Plav i Gusinje, izbjegla i raseljena lica, kao i za goste u toku turističke i van turističke sezone.

Primarna zdravstvena zaštita u Domu zdravlja Plav

je organizovana po modelu: izabrani doktor, centri za podršku i jedinice za podršku.

Dom zdravlja pruža usluge i na sekundarnom nivou, preko svojih stacionara, Stacionar za Interne bolesti koji posjeduje 14 kreveta i Stacionar za Ginekologiju i akušerstvo koji posjeduje 6 kreveta.

Bolnica Medtim

Bolnica Medtim je privatna zdravstvena ustanova koja je osnovana 2016. godine, sa akcentom na ortopediju, plastičnu i estetsku hirurgiju, ORL, vaskularnu, neurohirurgiju, mikro hirurgiju šake kao i opštu hirurgiju, Ustanova u svom sastavu ima 8 odjeljenja i to dermatologiju, reumatologiju, endokrinologiju, gastroenterologiju, radiologiju, urologiju, kardiologiju i ortopediju.

U bolnici svakodnevno ordinira 11 ljekara, dok 16 gostujućih ljekara iz inostranstva ordiniraju više puta mjesečno. Uspješnost liječenja pacijenata je preko 80%.

Ersin Spahić, doktor medicine

Ersin Spahić, doktor medicine, diplomirao na Medicinskom fakultetu u Podgorici. Rođen 28.12.1994. godine u Bijelom Polju. Bio učenik bjelopoljske OŠ „Marko Miljanov“. Pohađao Gimnaziju „Miloje Dobrašinović“. Nosilac diplome „Luča“ i proglašen đakom generacije kako u osnovnoj školi tako i u Gimnaziji.

Školske 2013/14. godine upisao Medicinski fakultet u Podgorici, smjer – medicina. Od studijske 2014/15. i nadalje dobitnik Godišnje nagrade Medicinskog fakulteta. Srednja ocjena tokom studiranja je odličan (A) 10,00.

Studijske 2015/16. godine dobitnik nagrade „Prim. Dr Miroslav Femić“ u organizaciji Sindikata Doma zdravlja - Bijelo Polje kao najbolji student medicine na teritoriji bjelopoljske opštine.

Tokom studija obavljao funkciju studenta demonstratora iz predmeta Patološka fiziologija.

Proglašen za najboljeg studenta Medicinskog fakulteta za 2018/2019. školsku godinu. Takođe dobitnik stipendije Crnogorske akademije nauka i umjetnosti.

Govori engleski, a služi se ruskim i njemačkim jezikom.

Šućro Madžgalj, student medicine

Šućro Madžgalj student medicine, rođen 28.01.1997. godine.

Student četvrte godine Medicinskog fakulteta, Univerziteta u Beogradu, studijskog programa Integrisane akademske studije sa master studijama, opšteg prosjeka 10,0. Završio gimnaziju “Miloje Dobrašinović”, Bijelo Polje, Crna Gora, prosječna osjena 5,00.

Dobitnik mnogobrojnih međunarodnih stipendija

među kojima se izdvajaju IFMSA stipendije za jednomjesečnim usavršavanjem na polju radiologije, multicentrični istraživački projekat u Shenyang, Kina, 2019. godine i ESMO-EMO za usavršavanje na polju anti-tumorskih potencijala farmakoterapije i hirurškog tretmana, Valensija, 2019. godine.

Aktivan učesnik mnogobrojnih studentskih kongresa sa internacionalnim učešćem gdje je objavljivao nagrađivane autorske radove.

Nosilac priznanja za najistaknutijeg pojedinca grada Bijelog Polja, 2018.godine.

Najbolji student generacije sa opštim prosjekom 10,00, skolske 2015/16, 2016/17 I 2017/18. godine.

1. Pasivan učesnik (sa priloženim autorskim radom) svjetskog kongresa **CINC 2018**, Matriht, Holandija, 2018. godine, na temu: "Computing in Cardiology".
2. Aktivan učesnik (sa priloženim autorskim radom) **Kongresa biomedicinskih nauka sa Nacionalnim učešćem**, Kopaonik, 2018. i 2017. godine.
3. Aktivan učesnik **ISP** – Istraživačka stanica Petnica (2014-2015. godine) na sesiji za: EBH- eksperimentalna hemija i biologija

Nagrade

1. Najbolji poster rad na kongresu sa inter-

nacionalnim učešćem CROSS - Croatian Student Summit, 2019. godine.

2. Najbolji student generacije sa opštim prosjekom 10,00, 2017/18. godine.
3. Nagrada za najistaknutijeg pojedinca grada Bijelog Polja, 2018. godine.
4. Najbolji student generacije sa opštim prosjekom 10,00, 2016/17. godine.
5. Najbolji student generacije sa opštim prosjekom 10,00, 2015/16. godine.

Govori engleski jezik, napredni nivo B₂.

Prof. dr Ranko Lazović

Prof. dr Ranko Lazovic, rođen: 21.08.1961. godine u Foči, BiH, SFRJ.

Osnovnu školu završio u Orahovici (prvi razred), drugi, treći i četvrti razred u OŠ "Sutivan", peti, šesti, sedmi i osmi u OŠ "Pavle Žižić" Njegnjevo.

Završio gimnaziju "Miloje Dobrašinić" u Bijelom Polju.

Medicinski fakultet završio u Skoplju 1985. god. sa srednjom ocjenom 9,33. Specijalistički ispit položio 1992 god. sa odličnom ocjenom na Medicinskom fakultetu u Beogradu. Poslediplomske studije iz oblasti digestivni sistem upisao 1994/95. godine u Beogradu.

Usmeni magistarski ispit položio sa ocjenom 10. Magistarsku tezu pod nazivom “uporedna analiza načina i rezultata liječenja ratnih i mirnodopskih povreda debelog crijeva” odbranio 2003. godine u Beogradu. Drugu specijalizaciju iz oblasti hirurgija digestivnog sistema upisao 2001. godine, a usmeni ispit položio 2003. god. sa ocjenom 10. Rad iz druge specijalizacije pod nazivom “Mjesto enterostomije u liječenju povreda debelog crijeva” odbranio 2004. godine na Medicinskom fakultetu u Beogradu. Doktorska disertacija pod nazivom “Prednosti i nedostaci jednostepenih i dvostepenih metoda u zbrinjavanju povreda kolona” odobrena januara 2005. godine u Beogradu, a doktorski rad odbranio 2006. godine na Medicinskom fakultetu u Beogradu. Izabran u zvanje docenta 2007. godine na Medicinskom fakultetu Univerziteta Crne Gore u Podgorici. U zvanje vanrednog profesora na predmetu - Hirurgija, na Medicinskom i Stomatološkom fakultetu, izabran 2012. godine. 2014. godine izabran na mjesto šefa katedre – Hirurgija, na pomenutim fakultetima. U zvanje redovnog profesora izabran. 2017. godine. Član strukovnog vijeća za prirodne i tehničke nauke Univerziteta Crne Gore, od 2013. do 2016. godine. Više puta boravio na usavršavanjima u inostranstvu. (Njemačka, Francuska, Slovenija). Učesnik preko 20 međunarodnih kongresa i simpozijuma. Objavio ukupno 40 stručnih i naučnih radova, kao autor i koautor, u domaćim i uglavnom stranim časopisima.

- Kao mentor za opštu i digestivnu hirurgiju participira od 1998. do danas

- Od 2007. godine do sada, predavač na Medicinskom i Stomatološkom fakultetu u Podgorici.
- Predsjednik ispitne komisije na predmetu hirurgija za medicinski i stomatološki fakultet u Podgorici.
- Koordinator mentor za hirurške grane KC CG od 2009. do 2016.
- Predsjednik odbora direktora KC CG od 2009. do 2014.
- Direktor Kliničkog centra Crne Gore od 2015. do decembra 2016. godine
- Član Senata Univerziteta Crne Gore
- Član Savjeta za visoko obrazovanje Crne Gore 2013. do 2016.
- Član Evropske asocijacije za hirurgiju debelog crijeva i Evropskog udruženja za laparoskopsku hirurgiju.
- Biran za najboljeg doktora KCCG 2009. god.
- Dobitnik treće januarske nagrade Bijelog Polja 2011. g.
- Aktivno učestvuje u društveno – političkom radu.
- Oženjen otac dvoje djece.

70 GODINA TRADICIJE INSTITUTA ZA FIZIKALNU MEDICINU, REHABILITACIJU I REUMATOLOGIJU “DR SIMO MILOŠEVIĆ” IGALO

70 GODINA FIZIKALNE I REHABILITACIONE MEDICINE U CRNOJ GORI

Priroda Boke Kotorske predstavlja vrijednost po kojoj je ovaj prostor već odavno prepoznat kao jedan od krajeva koji privlači posebnu pažnju. Ne mali broj putopisaca je zadivljen njenom ljepotom to pretočio na papir:

“...i onaj koji prvi put, kao i onaj koji stoti put uđe u Boku, već na samom ulazu osjetit će nešto lijepo i posebno kao da ulazi u neki drugi novi, nepoznati svijet, nešto poput sna, nešto drugačije što se ne da objasniti, već to treba vidjeti i doživjeti” Vicko Nikolić

“Kada su sijani biseri prirode, na ovom mjestu zahvaćeno je punom šakom” Bajron

Ljepotu Boke Kotorske čini osebujnost reljefa, klime, hidrografije i raznovrsnost biljnog svijeta što je oduvijek privlačilo mnoge istraživače koji su potvrdili njihove brojne i svestrane vrijednosti ukazujući na velike rekreacione i balneološke potencijale ovog podneblja.

Boka Kotorska, zahvaljujući čitavom nizu povoljnih prirodnih činioca, geografskih, geoloških, klimatskih i drugih, predstavlja izuzetno dragocjen ljekoviti rezervat. Među prirodnim bogatstvom Boke Kotorske naročito se ističu prirodni ljekoviti faktori, odnosno oni činioci koji se zbog povoljnog dejstva na ljudski organizam mogu koristiti u prevenciji, liječenju i rehabilitaciji



različitih oboljenja. Za ljekovita dejstva pojedinih prirodnih faktora Boke Kotorske znalo se odavno. Najčešće se koristila povoljna klima nekih mjesta u Boki. Tu su upućivani bolesnici na klimatski boravak u očekivanju da im on donese poboljšanje ili samo olakšanje tegoba. Između mnogih drugih u Boku su dolazili Petar Petrović Njegoš i Marko Miljanov, da u blagoj klimi Boke traže lijeka svojoj bolesti.

Među prirodnim ljekovitim faktorima Boke Kotorske, na prvom mjestu treba istaći klimatski faktor, povoljnu blagu klimu ovog područja. Bitne osobine ove klime koje se mogu terapijski koristiti su male temperaturne oscilacije, velika osunčanost, odsustvo hladnih vjetrova, čist vazduh, a, u sklopu svega bogata flora koja nesumnjivo utiče na karakteristiku klime i vazduha. Iz opšteg sklopa klime treba zbog značaja istaći posebno talasoterapiju, korištenje mora, sunca i aerosola. Međutim osobenost Boke Kotorske i posebno Igala, čini prisutnost još dva faktora, mineralne vode i peloida. Pojedinačno, slični faktori sreću se i na drugim mjestima, ali prisutnost svih ovih faktora zajedno, u sklopu povoljne klime čine od Boke Kotorske i Igala jedinstven ljekoviti region.

Sve gore navedeno zajedno sa vjekovnim narodnim iskustvom o ljekovitom dejstvu igalskog peloida odigralo je presudnu ulogu u nastajanju Instituta Igalo.

Institut Igalo je jedna od najvećih i najpoznatijih ustanova za fizikalnu, rehabilitacionu i preventivnu medicinu

i talasoterapiju na Mediteranu.

Institut Igalo je smješten u centru Igala, na samom ulazu u bokokotorski zaliv, jedan od najljepših mediteranskih zaliva, u neposrednoj blizini mora. Sa sjeverne strane se nalazi planina Orjen (1894m) koja sprječava prodor hladnih vazdušnih masa sa sjevera. Igalo ima blagu, mediteransku klimu sa suhim i toplim ljetima i blagim zimama i sa preko 200 sunčanih dana godišnje. Nalazi se na pola sata vožnje od dva međunarodna aerodroma, Tivat i Dubrovnik.

Institut je osnovan 1949 god. od strane Ministarstva zdravlja NR Crne Gore, kao zdravstveno klimatsko lječilište, pod imenom „Jadransko prirodno lječilište“ i raspolagalo je sa drvenom kućicom od 40m². Institut tokom svog razvoja nije rastao samo u prostoru i smještaju već je istovremeno razvijao svoj kadar, „*know how*“, posebno u medicini, što ga je pozicioniralo u sam vrh evropskih rehabilitacionih centara, a samo Igalo kao prepoznatljivu destinaciju zdravstvenog turizma.

Važni datumi u istorijatu Igala:

- 1875.** – vojni dokumenti Austrougarske monahije pominju slane izvore u Igalu.
- 1910.** – objavljen prvi pisani dokument o ljekovitosti Igala – autor dr Levi (Trebinje)
- 1913.** – upućen Memorandum pokrajinskoj vladi u Sarajevu sa predlogom da se u Igalu osnuje lječiliste.
- 1935.** – u Visiju (Francuska) izvršena analiza Igaljanskog blata.
- 1936.** – dr Dušan Marinković iz Beograda dobio koncesiju za korišćenje prirodnih faktora Igala i dozvolu za podizanje lječilišta.



- 1937.** – dr Viktor Blum (Beč) izvršio analizu mineralne vode i blata.
- 1938.** – dr Dragoljub Jovanović, saradnik Marije Kiri, izvršio analizu igaljanskog blata na osnovu koje je Medicinski fakultet u Beogradu izdao uvjerenje o radioaktivnosti i ljekovitosti blata.
- 1949.** – prikupljena stručna mišljenja medicinskih komisija iz Beograda i Zagreba o ljekovitosti prirodnih faktora Igala.
- 1949.** – rješenjem vlade NRCG osnovano banjско i klimatsko lječilište u Igalu (Službeni list NRCG br.25 od 30.08.1949.)
 - angažovan dr Jovo Budak koji je dao višestruku medicinsku ocjenu vijednosti prirodnih faktora u Igalu.
 - kao stacionar lječilišta korišćen je hotel „Igalo“ (Jankovića hotel na mjestu današnje glavne zgrade Prve faze Instituta igalo) sa 40 kreveta.



Terapija je bila smještena u staroj banji (Solila) u četiri odjeljenja ukupne površine 40 m². Izgrađen pelarijum (blatara)

- ukupno 11 članova kolektiva na čelu sa dr Svetozarom Živojinovićem

1951. – Banji dodjeljeno na korišćenje odmaralište Ministarstva spoljne trgovine kapaciteta 50 bolesničkih kreveta (današnje Dječije odjeljenje)

- angažovan prof. dr Nikola Dobrović za izradu „Osnova urbanističkog plana Igalo“

1955. – adaptiran hotel „Igalo“ čime je dodjeljen stacionar od 105 postelja.

- izvršena kaptaža mineralne vode, kaptaža pijaće vode koja je dovedena sa izvorišta „Lovac“ u Mojdežu, izgradnja trafostanica, meteorološke stanice i upravne zgrade – ovo su prvi komunalni objekti u Igalu.

- počela rehabilitacija oboljele djece.

1957. – Banja dobila ime „Zavod za fizioterapiju i medicinsku rehabilitaciju, Igalo“

1958. – današnje Dječije odjeljenje adaptirano i dobilo namjenu za lječenje isključivo djece.

1959. – Zavod dobio ime – „Zavod za fizioterapiju i medicinsku rehabilitaciju „Dr Simo Milošević“ Igalo“

- ukupno uposlenih 180, od toga 7 ljekara i 30 medicinskih sestara srednje i niže stručne spreme.

1964. – Dječije odjeljenje dograđeno i kompletirano sa 170 kreveta.

1967. – uz stacionar dograđen depadans „B“ kategorije kapaciteta 140 kreveta (današnje E odjeljenje)

- dr S. Živojinović izdao studiju „Fizijatrijski potencijal Igala i smjernice za dalji razvoj i izgradnju Zavoda za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Dr Simo Milošević“ Igalo

- dr Miloš Miljanić uradio studiju o razvoju zdravstvenog turizma u Igalu

1969. – urađen projekat „južni Jadran“ kojim je Igalo dobilo kao svoj prioritetan zadatak, da razvija zdravstveni turizam

- prve grupe švedskih pacijenata došle na liječenje u Igalo

1970. – komisija na čelu sa prof.dr Borom Božovićem, dekanom Medicinskog fakulteta Beograd, izradila program razvoja naše ustanove:

I Stari zavod	680 kreveta
II Ćurica-Đurdjevo brdo	800 kreveta
III Solila	1300 kreveta

- 1970.** – počinje državni program sa švedskim pacijentima, reumatičarima i plućnim pacijentima
- 1973.** – izgradnja I-a i I-b faza kapaciteta 280 kreveta (Soliter)
– ukupno uposleno 542 radnika
- 1975.** – u februaru J.B. Tito posjetio Zavod
– 15 ljekara, od kojih 8 iz Zavoda pohađaju postdiplomske studije iz reumatologije (prvi studiji ove vrste u Jugoslaviji)
- 1976.** – Zavod dobio današnje ime – Institut za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Dr Simo Milošević“ Igalo
– Institut posjetila S. Bandanarinke
– prve grupe norveških pacijenata došle na liječenje u Institut
- 1976.** – počinje državni norveški program za zapaljenski reumatizam.
- 1976/77** – školske. godine u Igalu je osnovana Viša fizioterapeutska škola, kao područno odjeljenje Više medicinske škole u Zagrebu. Četiri godine kasnije registrovana je kao samostalna škola u okviru Univerziteta Crne Gore. Škola je od svog osnivanja locirana u Institutu za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju „Dr Simo Milošević“ u Igalu, koji je prvih pet godina potpuno finansirao program studija. U skladu sa novim Zakonom o visokom obrazovanju Viša fizioterapeutska škola je transformisana u Visoku (2003.) a potom u Fakultet primjenjene fizioterapije (2005). Nastavni plan i program usklađeni su sa Bolonjskom deklaracijom i Evropskim sistemom transfera kredita. Praktični program student obavljaju u Institutu Igalo.



- 1977.** – u Institutu liječeni prvi pacijenti iz Australije
- 1978.** – renovirano Dječije odjeljenje. U Institutu radi: 23 ljekara specijalista, 12 ljekara specijalizanata i 12 mladih ljekara. Za potrebe Instituta kao konsultanti i saradnici su angažovani: 6 akademika, 27 profesora univerziteta, 2 docenta i 15 primarijusa.
- 1979.** – otklanjanje posledica zemljotresa
- 1980.** – pojačane pripreme za izgradnju II faze razvoja na Čurica-Đurdjevom brdu kapaciteta 864 kreveta
- 1985. do 1992.** – Program za rehabilitaciju djece astmatičara, CF i JRA iz norveške.
- 1986.** – izgradnja objekta druge faze Instituta
- 1987.** – objekti Druge faze ukupne površine oko 55.000 m² pušteni u redovan rad.
- 1987.** – dolaze pacijenti iz Holandije
- 1993.** – počeo program “Djece u nevolji”, na dječijem odjeljenju Instituta, koji je trajao do 1998. pod



pokroviteljstvom Norveškog crvenog krsta. Program je obuhvatao oko 1500 djece godišnje iz ratom zahvaćenih područja ex Yu

- 29.06.1996.** – Odluka o svojinskoj i upravljačkoj transformaciji Instituta za fizikalnu medicinu, rehabilitaciju i reumatologiju „Dr Simo Milošević“ Igalo u akcionarsko društvo
- 1997.** – Povratak norveških pacijenata i potpisivanje ugovora sa ruskim pacijentima
- 2002.** – Počinje program sa komunom Kristiansand iz Norveške, a kasnije i sa drugim gradovima iz Norveške, za liječenje pacijenata sa hroničnim oboljenjima.
- 2003.** – formirana Visoka škola sestrinstva u saradnji sa Univerzitetskim koledžom Lovisenberg iz Osla čiji svršeni studenti dobijaju norveške diplome
- 2005.** – Visoka škola sestrinstva dobija naziv „Kraljica Jelana“ (akreditovanu od strane Savjeta za

visoko obrazovanje Vlade Crne Gore) koja nastavlja da radi po norveškom programu i sa dijelom norveškog nastvanog kadra

2004-2007. – Kontinuirana medicinska postdiplomska edukacija iz nezaraznih epidemija savremenog svijeta

Od 2013. Institut Igalo je nosioc **ISO standarda (ISO 9001/2016).**

2018. Institut je dobio licencu od Ministarstva nauke **za naučno- istraživačku djelatnost (NIR)**

2018. okviru Instituta je otvoren **Centar za hipertenziju, prevenciju infarkta i šloga- HISPA**, kao dio HISPA MNE i HISPA međunarodnog udruženja. Osnovna ideja ovih centara jeste jedna visoko specijalizovana zdravstvena usluga očuvanja zdravlja.

Danas Institut posjeduje 23 hkt zemlje, 4 smještajna objekta sa kapacitetom od preko 1200 kreveta, raspoređenih u dvokrevetnim, jednokretnim sobama i apartmanima, sa većinskim pogledom na more. Zapošljava 780 radnika, od kojih 320 u medicinskom sektoru, među kojima je: 36 doktora različitih specijalnosti, od kojih 3 doktora nauka, 4 magistara i 7 subspecijalista, 200 fizioterapeuta, 60 med.sestara i ostalih saradnika u medicini.

Institut Igalo je nastavna baza Fakulteta primjenjene fizioterapije u Igalu i završne godine Medicinskog fakulteta iz Podgorice, Univerziteta Crne Gore.

Institut Igalo se bavi medicinskom rehabilitacijom, preventivnom medicinom (medicinskim wellnesom) i promocijom zdravlja. Od samog početka svog postojanja Institut je efikasno kombinovao moderno sa tradicionalnim kroz dobro profilisane programe medicinske rehabilitacije i medicinskog wellnesa. Institut je specijalizovana ustanova

za rehabilitaciju bolesnika sa reumatskim, neurološkim, kardiovaskularnim, respiratornim oboljenjima kao i za postraumatsku ortopedsku rehabilitaciju, kod odraslih i djece. Poseban akcenat se stavlja na unapređivanju zdravlja u okviru koga se sprovedu programi preventivne medicine (za gojaznost, hipertenziju, dijabetes, osteoporozu) uvođenjem zdravih stilova života. Uspješnost primjenjenih medicinskih programa rehabilitacije potvrđuje 40 godina rada sa Norveškom kroz državni program rehabilitacije inflamatornog reumatizma.

Medicinski programi Instituta

Rehabilitacioni programi:

- Rehabilitaciju reumatoloških pacijenata
- Rehabilitacija kardioloških pacijenata
- Rehabilitacija pacijenata sa respiratornim oboljenjima
- Rehabilitacija pacijenata nakon ortopedskih intervencija
- Rehabilitacija pacijenata sa neurološkim oboljenjima
- Rehabilitacija sportista
- Rehabilitacija pacijentica nakon ginekoloških operacija, op.dojki i sek.steriliteta
- Rehabilitacija pacijenata sa oštećenjem periferne cirkulacije
- Rehabilitacija djece sa sličnim oboljenjima
- Rehabilitacija pacijenata sa dijabetes melitusom
- Rehabilitacija pacijenata sa osteoporozom

Preventivni programi:

- Kardiorespiratorni check-up
- Antistres program
- Program mršavljenja
- Detox program
- Opšti preventivni program
- Sport i rekreaciju
- Beauty program

❖ Medicinski sektor Instituta čine:

- ljekari, uglavnom specijalisti fizikalne i rehabilitacione medicine, od kojih su neki završili i sub-specijalizacije iz pojedinih oblasti (pulmologija, kardiologija, balneologija, reumatologija i dječija





rehabilitacija), kao i drugi specijalisti: internisti (kardiolozi i endokrinolozi), pneumoftizilog, neurolog, urolog, ortoped, pedijatri, imunolog, psihijatar.

- psiholozi, defektolozi, logopedi, dijetetičari
- medicinske sestre
- laboranti
- viši i visoki fizioterapeuti
- terapijski tehničari

❖ **Organizaciono Institut Igalo ima:**

1. Stacionarna- klinička odjeljenja
2. Dijagnostičko – poliklinički kabineti
3. Laboratoriju (hematologija, biohemija, mikro-biologija)
4. Terapijska odjeljenja
5. Centar za naučnoistraživačku djelatnost

1. Stacionarna-klinička odjeljenja I i II F Instituta:
 - Odjeljenje za pokretne pacijente
 - Odjeljenje za nepokretne i teže pokretne pacijente
 - Odjeljenje za kardiorespiratorne pacijente
 - Dječije odjeljenje
2. Dijagnostičko-poliklinički kabineti:
 - Kardiološki
 - Pulmološki
 - Radiološki
 - EMG
 - Urološki
 - Psihijatrijski
 - Internistički
 - Endokrinološki
 - Neurološki
 - Imunološki
3. Laboratorija
4. Terapijska odjeljenja I i II F Instituta:
 - Sale za kineziterapiju
 - Bazeni za hidrokinetoterapiju
 - Odjeljenja za hidroterapiju i manuenu masažu
 - Odjeljenja za elektroterapiju
 - Beauty centar
5. NIR
Edukativni prostor koji čine kabineti za teoret-

sku i praktičnu nastavu za studente medicinskog fakulteta i fakulteta primijenjene fizioterapije, i za učenike srednje terapeutske škole.

Institut Igalo nudi razne terapije:

- Kineziterapija i hidrokinetika terapija uključujući grupne i individualne terapije
- Vanjske aktivnosti (vježbe disanja, TaiChi, hodanje ...)
- Hidroterapiju: mineralne kupke, biserna kupka, podvodna tuš masaža, aroma kupka...
- Peloidne kupke i pakovanja
- Manuelna masaža, limfna drenaža
- Razne vrste elektroterapije, magnetoterapije, ultrazvučne terapije, laseroterapije, terapije udarnim talasom, fototerapije
- Talasoterapija
- Inhalatorna terapija
- Alternativne terapije: Shiatsu, aroma terapija, Ki yoga, Tai Chi, Ai Chi, Yoga....

Metodologija rada

- o Timski rad, kontinuirani monitoring i medicinska ekspertiza kao i sveobuhvatna briga o pacijentu;
- o Rutinska supervizija aktivnosti bolesti, funkcionalnog statusa, medikacije i nus efekata lijekova;
- o Podešavanje fizikalne terapije prema funkcionalnom kapacitetu pacijenta u skladu sa

postavljenim kratkoročnim i dugoročnim terapijskim ciljem(programom);

- o Praćenje rezultata rehabilitacije korištenjem univerzalnih instrumenata, mjera, funkcionalnim testiranjem, EMG, UZ...
- o Edukacija pacijenata i familije (o bolesti, njenom toku, posljedicama i prognozi, lijekovima, vježbama, fizičkoj aktivnosti, ishrani...)

Institut je svojim dosadašnjim radom i stečenim naučnim renomeom, primjenom terapija baziranih prije svega na prirodnim faktorima-blatu i mineralnoj vodi, otkrio, ispitao i utvrdio njihovu vrijednost i značaj u terapijskom tretmanu. Dosadašnji uspjesi u radu Instituta su jedini marketing ovih prirodnih resursa, koji ih je učinio poznatim i priznatim u cijelom svijetu. Institut je danas medicinska ustanova koja u svojoj terapijskoj lepezi ima sve poznate fizikalne procedure liječenja, odnosno kompletan tretman bolesnika, a ljekovito blato koje čini samo dio iz liste terapija i dalje je značajno u imidžu i neodvojivo od proizvoda Instituta.

Institut može imati posebnu ulogu u transferu Now How iz oblasti zdravstvenog turizma na teritoriji Crne Gore, ali i na ostalim tržištima, projektujući tehnologiju i terapeutske komplekse, aplicirajući vlastita znanja i iskustva, školujući deficitarn stručni kadar.

Utoliko je važno imati na umu da Institut sa sadašnjim kapacitetima i potencijalima u pravilno odabranom razvoju, može u relativno kratkom periodu zauzeti značajnu, pa i lidersku poziciju u oblasti zdravstvenog turizma južne Evrope.

*Delić dr Marina
Direktor sektora medicine
Institut Igalo*

ZNAČENJE HLA SISTEMA I HLA LABORATORIJA U CRNOJ GORI

HLA antigeni/geni imaju veliko kliničko značenje kako u transplataciji tkiva i organa, tako i u transfuzijskoj medicini, genetičkim istraživanjima, istaživanjima migracija stanovništva, forenzičkoj medicini, dijagnostici mnogih autoimunih bolesti i dokazivanju ili osporavanju očinstva.

Transplantacija organa (jetra, bubrezi, pluća, srce, rožnjača, gušterača)

Već je 1960. godine dokazano da imunološki sistem primatelja napada HLA antigene presatka. Upravo zbog toga mora biti što bolja podudarnost u antigenima HLA sistema između primaoca i davaoca.

Transplantacija ćelija, tkiva i organa postala je metoda liječanja prilikom otkazivanja vitalnih organa (bubreg, srce, jetra, pluća) ili u liječenju malignih oboljenja, ali je još uvijek jedno od najsloženijih i etički najosjetljivijih područja medicine, gdje uspješan zahvat bolesniku nudi značajno poboljšanje kvaliteta života, a ponekad i sam život. Lista organan, tkiva i ćelija koji se transplatirju svakim danom se proširuje.

Transplantacija ćelija (hematopoetske matične ćelije i himerizam)

Transplantacija hematopoetskih matičnih ćelija u prošlosti je nazivana i transplantacija koštane srži, svoje začetke vuče iz 30tih godina prošlog vijeka kada su sprovedeni prvi eksperimenti sa infuzijom koštane srži kod bolesnika sa platičnom anemijom.

Izbor podudarnog davatelja je jedan od najvažnijih faktora za uspješan ishod transplantacije. Otkriće HLA sistema predstavlja jednu od prekretnica u istoriji HSCT (Hematopoetic Stem Cell Transplantation), jer se upravo u unutar ovog sistema nalaze HLA geni koji kodiraju molekule ključne za pokretanje imunološke reakcije.

Himerizam - Praćenje himerizma utvrđuje porijeklo ćelija u perifernoj ili koštanoj srži bolesnika nakon HSCT daje vrlo vrijedne informacije o uspješnosti transplantacije.

HLA i bolesti

Do danas je opisano više od 100 bolesti koje su povezane sa HLA genima (ankilozni spondilitis B27 gen, celijakija DQ2 i DQ8 geni). Relativni rizik od dobijanja bolesti je različit kod zdravih osoba i kod osoba kod kojih postoji sumnja za određenu bolest.

HLA i stanovništvo (rasna specifičnost i populacijska specifičnost)

- veliki polimorfizam
- $>10^9$ različitih osoba (HLA-A, B, -DR), od kojih je 1/10 međusobno znatno različita
- $>80\%$ ljudi heterozigoti (npr. $>75\%$ bijelaca ima sva 4 alela HLA-A i -B različita)
- aleli HLA se dijele u 3 grupe:



- aleli s relativno visokom frekvencijom u svim populacijama
- aleli uočeni u većini populacija, ali ili u nekim uopće nema ili su vrlo rijetki
- aleli specifični samo za pojedine populacije

HLA laboratorija u Crnoj Gori

05.04.2019. godine HLA laboratoriju svečano je otvorio direktor KCCG dr Jevto Eraković. Otvaranju laboratorije prisustvovali su Ministar zdravlja dr Kenan Hrapović, Ministarka nauke dr Sanja Damjanović, rukovodilac HLA projekta Prof. Dr Marina Ratković, direktor fonda zdravstva Crne Gore Sead Čirgić, predstavnici HERIC-a, direktorka Zavoda za transfuziju krvi, i cijelni stručni tim KCCG i KBC Zagreb koji je učestvovao u projektu kao i ostale zvanice.

Nakon otvaranja laboratorije započet je projekat HLA skrininga crnogorske populacije. Skrining je osmišljen tako da obuhvati sve veće gradove u Crnoj Gori (Podgorica, Nikšić, Ulcinj, Kotor, Herceg-Novi, Pljevlja,

Rožaje, Pljevlja, Bijelo Polje, Bar). U HLA laboratoriji u Crnoj Gori do sada je odrađeno 50 takvih tipizacija. Po dobijanju rezultata možemo da vidimo kolika je učestalost rizičnih gena (koji su odgovorni za preko 100 autoimunih bolesti) na ovom broju uzoraka. Osim praćenja rizičnih gena, kroz frekvencu i distribuciju HLA gena možemo da tumačimo rasne i populacione karakteristike stanovništva.

Osim populacionog skrininga koji predstavlja kontinuirani rad, u HLA laboratoriji radimo tipizacije HLA gena kod pacijenata koji se šalju od strane doktora iz KCCG, kako bi potvrdili vezu HLA gena i autoimunih bolesti. Za samo 2 nedelje obradili smo oko 40 takvih pacijenata. Najviše uputa za tipizaciju došlo je sa reumatologije (HLA-B*27 gen koji se dovodi u vezu sa ankiloznim spondilitisom), gastroenterologije (HLA-DQ2 i DQ8 geni koji se dovode u vezu sa celijakijom).

HLA laboratorija će svoj puni potencijal pokazati u transplantacionom programu, pošto je sva edukacija bila usmjerana iz oblasti transplantacije.

*Prof. Dr Marina Ratković
Dipl. biolog Marko Grubač*

LASEROM DO LJEPOTE

„**Klinika Danica**“ je privatna zdravstvena ustanova koja se nalazi u Podgorici i koja se primarno bavi plastičnom i estetskom hirurgijom i dermatologijom.

Već godinu dana na klinici se rade i laserski tretmani u terapiji različitih stanja i promjena na koži, kao i u estetske svrhe.

LASER je skraćenica od **Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation**, što znači pojačavanje svjetlosti stimulisanom emisijom zračenja. Laserski uređaji djeluju po principu selektivne fototermolize, što obezbjeđuje da se različite promjene na koži tretiraju ciljano i bez oštećenja okolnog tkiva, koristeći svjetlost specifične talasne dužine. Naime, u koži se nalaze biološki aktivni molekuli (hromofori), kao što su hemoglobin, melanin i voda, koji apsorbuju svjetlost određene talasne dužine. Na taj način se postiže selektivnost u djelovanju laserskog zraka. Upravo ta selektivnost najveća je prednost lasera u odnosu na druge terapijske metode i tehnike.

Na „Klinici Danica“ u upotrebi je laserska platforma **ALMA HARMONY XL**, renomiranog svjetskog proizvođača lasera - Alma. Platforma posjeduje više dermatoloških i hirurških lasera i to:

- n Ablativni Erbijum laser** koji se koristi za uklanjanje keratoza, ožiljaka (uključujući ožiljke od akni), veruka (bradavica), tamnih fleka, mladeža i drugih površinskih kožnih lezija. Tkđj., ovaj laser koristi se i za tretmane bora, laserski piling i resurfacing i podmladjivanje kože lica.

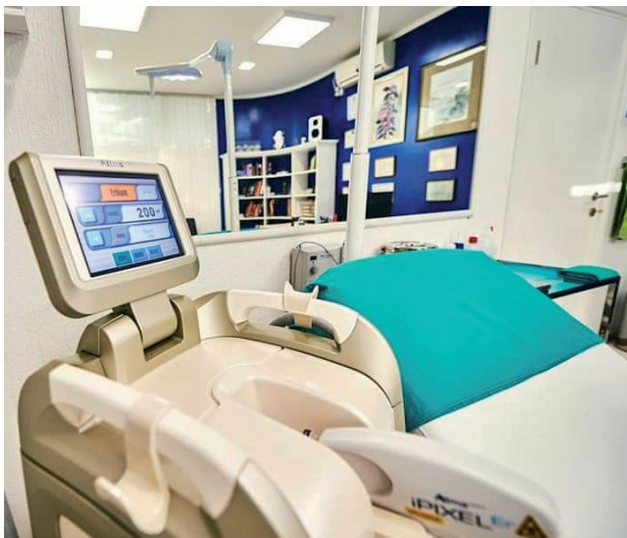
Princip dejstva ablativnog lasera je kao što mu i naziv



govori, ablacija, odnosno uklanjanje poršinskih slojeva kože u cilju njenog poravnjanja i uklanjanja površnih promjena. Za razliku od pilinga i dermoabrazija, laserom se postiže mikronska preciznost ablacije. Ovaj laser je uz to i frakcioni što znači da izmedju tretiranih djelova kože ostaju ostrvca zdrave kože, što omogućava puno brži oporavak i zarastanje tertirane regije.

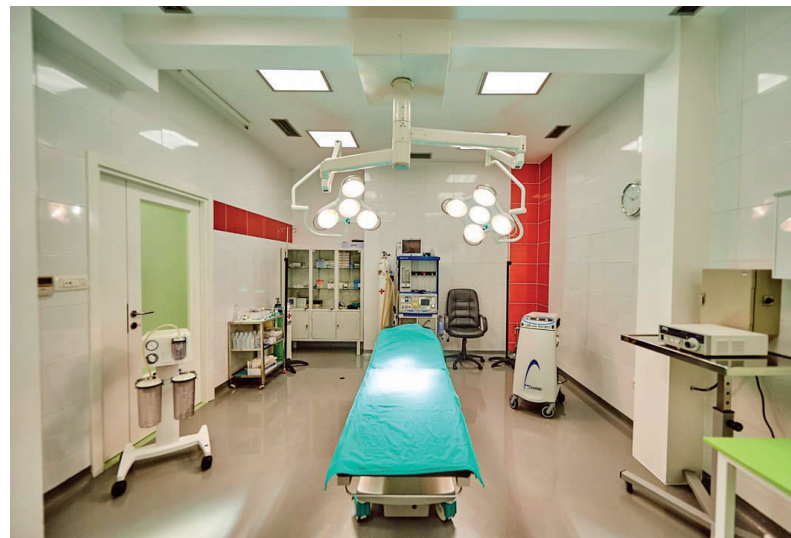
- n YAG 1064 laser** koji se koristi za tretmane kapilara (površinskih i dubokih telangiektazija), hemangioma, rozacee, angioma...

Primarni mehanizam djelovanja YAG 1064 lasera zasniva



se na konverziji optičke energije zračenja u toplotnu energiju, zbog čega ovaj laser predstavlja moćno rješenje za tretiranje brojnih vaskularnih lezija. Produženo trajanje (long pulsed YAG 1064 nm) ovog lasera daje veću dubinu penetracije i snažnije zagrijevanje olakšavajući tretman dubljih lezija koje se ne mogu tretirati kraćim talasnim dužinama.

n VL PL laser koji se koristi za tretmane benignih pigmentnih epidermalnih lezija i benignih kožnih vaskularnih lezija uključujući hiperpigmentacije, melazme, efelide (sunčane pjege), lentigo, dishromiju, „cafe au lait“ makule, eritem kod rozacee, spider angiome i druge promjene.



U zavisnosti od indikacije, trajanje laserske procedure je od pola sata do sat i po vremena. Broj tretmana je od dva do sedam, u zavisnosti šta se tretira. Razmak između dva tretmana je četiri sedmice i u tom periodu pacijentima se savjetuje fotoprotekcija i odgovarajuća njega tretiranog područja.

Treba naglasiti da laserske procedure mogu sprovoditi isključivo ljekari i to posebno obučeni i sertifikovani za rad na određenoj vrsti lasera.

Naši doktori, **dr Žarko Borović**, specijalista plastične i estetske hirurgije, i **dr Danijela Katić**, specijalizant dermatologije, sertifikovani su za rad na ovom laseru, nakon teoretske i praktične edukacije u Tel Avivu, Izrael.

CENTAR ZA LABORATORIJSKU DIJAGNOSTIKU DOMA ZDRAVLJA PODGORICA



U okviru Zdravstvene ustanove Doma zdravlja Podgorica organizovan je Centar za laboratorijsku dijagnostiku, koji pruža usluge iz oblasti laboratorijske dijagnostike na nivou primarne zdravstvene zaštite, za potrebe korisnika usluga koji dolaze u Centar sa uputom izabranog doktora. U Centru se pacijentima, uzimaju humani uzorci za ispitivanje i izvođenje analitičkog testiranja za parametre iz oblasti biohemije, hematologije, koagulacije i citohemijske analize urina.

Centar posjeduje najsavremeniju laboratorijsku opremu renomiranih svjetskih proizvođača, potrebnu mjerno - kontrolnu opremu, kao i adekvatan vozni park.

Laboratorija obavlja djelatnost na 11 lokacija i to: punktovi Blok V za odrasle i za djecu, kao i punktovi Stara Varoš, Nova Varoš, Stari Aerodrom, Konik, Donja Gorica, Novi Blok Zabjelo, Tuzi, Golubovci i Zlatica.

Sopstvena vozila za patronažu sa ekipama vozača i medicinskih radnika uzimaju uzorke i na kućnoj adresi, pružajući time usluge terenske službe svojim korisnicima na cijeloj teritoriji grada Podgorice. Ove ekipe terenske službe ujedno obezbjeđuju transport uzoraka i sa

navedenih lokacija u centralnu laboratoriju, poštujući sve uslove transporta istih.

Istorijat Centra za laboratorijsku dijagnostiku JZU Dom zdravlja Podgorica

Aprila 1976. godine u okviru Medicinskog zavoda Titograd formiran je Centar za laboratorijsku dijagnostiku, koji je pružao laboratorijske usluge svim zdravstvenim organizacijama na teritoriji grada Podgorice. Odlukom Skupštine Crne Gore, a u skladu sa Reformom zdravstvenog sistema dana 01.09.1991. godine, Medicinski zavod Tiotograd transformiše se u pet javnih zdravstvenih ustanova, od kojih je jedna Dom zdravlja Podgorica i u okviru kojeg se organizuje Centar za laboratorijsku dijagnostiku. Na samom početku rada Centar je imao jednog zaposlenog diplomiranog biohemičara i petnaestak laboratorijskih tehničara. Razvojem Glavnog grada, a time i povećanjem broja korisnika laboratorijskih usluga, stvarali su se uslovi za stalan razvoj i unapređenje Centra, uvođenjem savremene tehnologije i opreme, kao i stručnim usavršavanjem zaposlenih.

Centar za laboratorijsku dijagnostiku danas

Centar za laboratorijsku dijagnostiku Doma zdravlja Podgorica je danas savremena laboratorija koja svojim radom odgovara najvišim standardima laboratorijske



prakse i zahtjevima svojih korisnika usluga. Opremeljena modernom tehnologijom, sa svojim stručnim kadrom i iskusnim osobljem postiže najviše ciljeve u domenu laboratorijske dijagnostike, a to su tačni, blagovremeni i pouzdani rezultati.

U Centru za laboratorijsku dijagnostiku rade tri specijaliste kliničke biohemije, jedan viši laboratorijski tehničar i 38 laboratorijskih tehničara sa srednjom stručnom spremom. Unapređenjem znanja i vještina zaposlenih, nabavkom savremene opreme, primjenom novih tehnologija i metoda, uz visok nivo

profesionalizma, Centar za laboratorijsku dijagnostiku Doma zdravlja Podgorica se određuje kao lider u laboratorijskoj dijagnostici.

Naša vizija je savremen, efikasan i akreditovan Centar za laboratorijsku dijagnostiku koji angažovanjem svog stručnog kadra, praćenjem savremenih trendova u oblasti laboratorijske dijagnostike, te korišćenjem najsavremenije tehnologije postiže visok nivo kvaliteta laboratorijskih analiza.

Prim.dr sci.med. Aleksandra Klisić



Crna Gora
Ministarstvo zdravlja

*Nacionalna komisija za kvalitet i
bezbjednost zdravstvene zaštite*



*Interna klinika
Odjeljenje za gastroenterologiju*

PROTOKOL ZA LIJEČENJE ULCEROZNOG KOLITISA

doc. dr Brigita Smolović

Podgorica, maj 2019. godine

PROTOKOL ZA LIJEČENJE ULCEROZNOG KOLITISA

Prema: ECCO Guideline/Consensus Paper Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. *Journal of Crohn's and Colitis* 2017: 769–784., prilagođen uslovima u Crnoj Gori

1. Tretman prema ekstenzivnosti i aktivnosti bolesti

1.a. Proctitis

Topička terapija je prva linija terapije. Supozitorije mesalazina od 1 gr jednom dnevno, najčešće uveče prije spavanja- blag ili umjereno aktivan proktitis.

Kombinacija topičkog mesalazina sa oralnim mesalazinom ili topičkim steroidom je još efektivnija.

Za proktitis se preferira upotreba oralnog mesalazina u granulama.

Topički steroid je budesonid pjena.

KOMENTAR: Na Listi lijekova za ovu indikaciju nije budesonid u obliku pjene Budezonid u obliku tableta je na Listi za indikaciju Crohnova bolest. Refraktorni proktitis nekada zahtjeva tretman sa sistemskim kortikosteroidima, imunosupresivima i/ili biološkom terapijom.

1.b. "Left-sided"-ljevostrani ulcerozni kolitis

Kombinovani oralni i topički mesalazini su prva linija terapije za blag do umjereno aktivan ljevostrani kolitis (klizma ≥ 1 g/dan kombinovano sa peroralnim mesalazinom ≥ 2.4 g/dan). Jednom dnevno doziranje mesalazina je efikasno kao podjeljene doze.

Sistemski kortikosteroidi se uključuju kod umjereno do ozbiljno aktivne bolesti, kao i kod blage aktivnosti ako ne reaguje na mesalazin.

Budesonide MMX 9 mg/dan može se razmotriti u pacijenata sa blagom do umjereno aktivnom bolešću netolerantnom ili refraktornom na aminosalicilate.

KOMENTAR: Budesonide MMX nije registrovan u našoj zemlji.

Ozbiljan ljevostrani kolitis je indikacija za bolničko liječenje.

1.c. Ekstenzivni ulcerozni colitis

Blag do umjereno aktivan ekstenzivni ulcerozni kolitis treba inicijalno tretirati sa klizmama aminosalicilata 1 g/dan kombinovano sa oralnim mesalazinom ≥ 2.4 g/dan. Jednom dnevno doziranje mesalazina je efikasno kao podjeljene doze.

Sistemski kortikosteroidi se uključuju kod umjereno do ozbiljno aktivne bolesti, kao i kod blage aktivnosti ako ne reaguje na mesalazin.

Ozbiljan ekstenzivni kolitis je indikator za bolničko liječenje i intezivan tretman.

1.d. Ozbiljni ulcerozni kolitis

Pacijenti sa krvavom dijarejom ≥ 6 / dan i bilo kakvim sistemskim znakovima upale (puls > 90 /min, temperatura $> 37,8$ °C, hemoglobin <105 g/l, sedimentacija [SE] > 30 mm/h, ili C- reaktivni protein [CRP] > 30 mg / l) imaju teški kolitis i treba ih primiti u bolnicu radi intenzivnog liječenja.

Kod svih pacijenata primljenih sa teškim UC potrebno je isključiti infekciju sa *Clostridium difficile* i CMV infekciju.

Kod *C. difficile* infekcije daje se oralni vankomicin, imunosupresivi se trebaju isključiti, mada ne uvijek.

- Intravenski [IV] kortikosteroidi ostaju prva linija terapije

Kortikosteroidi se daju intravenozno primjenom metilprednizolona 60 mg svakih 24 sata ili hidrokortizona 100 mg četiri puta dnevno

- Topička terapija [kortikosteroidi ili 5-ASA] se daje ako se tolerišu i uspiju zadržati
- Antibiotici samo ako je prisutna infekcija ili neposredno prije operacije
- Transfuzija krvi za održavanje hemoglobina iznad 80-100 g/l
- Kao terapija spasa za steroid refraktornu bolest koristi se infliksimab [IFX]- oko 3. dana terapije steroidima. U Crnoj Gori nemamo iskustvo i ne primjenjujemo kao terapiju spasa ciklosporin. Pratiti se pacijent- stalne konsultacije hirurga.
- Kolektomija je preporučuje ako nema poboljšanja nakon 4–7 dana od uključivanja terapije spasa.

Svi bolesnici trebaju primiti odgovarajuću nadoknadu intravenskih infuzija i niskomolekularni heparin za tromboprofilaksu; elektrolitske abnormalnosti (hipokalijemija i hipomagnezijemija) mogu provocirati toksičnu dilataciju i anemiju treba korigovati, ako je potrebno.

1.e. Toksični megakolon -komplikacija ozbiljnog ulceroznog kolitisa

Toksični megakolon se definiše kao ukupna ili segmentna neobstruktivna dilatacija debelog crijeva $\geq 5,5$ cm, povezana sa sistemskom toksičnošću.

Faktori rizika uključuju hipokaliemiju, hipomagnezijemiju, pripremu crijeva za snimanje i primjenu antidijarealne terapije.

Osim IV hidrokortizona, potrebno je razmotriti i empirijsko liječenje peroralnim vankomicinom dok se ne potvrdi negativan toksin *C. difficile*.

Mišljenje iskusnog hirurga potrebno je na dan prijema. Često je potrebna rana kolektomija.

2. Liječenje prema toku i ponašanju bolesti

2.a. Steroid-zavistan aktivni ulcerozni kolitis

Pacijente sa steroid-zavistnim aktivnim ulceroznim kolitisom treba liječiti tiopurinom - azatioprimom, anti-TNF/infliksima, adalimumab, golimumab [po mogućnosti u kombinaciji sa tiopurinom, barem za infliksima], vedolizumabom. U slučaju neuspjeha liječenja, potrebno je razmotriti liječenje drugom linijom terapije- alternativnim anti-TNF, vedolizumabom ili kolektomijom.

Peroralni steroid-zavistan aktivni ulcerozni kolitis

Umjereno aktivnu bolest refraktornu na peroralne steroide treba liječiti ili intravenskim steroidima ili anti-TNF/ infliksima, adalimumab, golimumab; poželjno u kombinaciji sa tiopurinom, barem za infliksima ili vedolizumabom. U slučaju neuspjeha liječenja, potrebno je razmotriti liječenje drugom linijom terapije- alternativnim anti-TNF, vedolizumabom ili kolektomijom.

2.b. Imunomodulator (IM)-refraktorni ulcerozni kolitis

Pacijente sa umjereno aktivnim ulceroznim kolitisom koji je otporan na tiopurine treba liječiti sa anti-TNF/ infliksima, adalimumab, golimumab; po mogućnosti u kombinaciji s tiopurinom, barem za infliksima ili vedolizumabom. U slučaju neuspjeha liječenja, treba razmotriti drugi anti-TNF ili vedolizumab i preporučiti kolektomiju, ako ordinirana terapija ne postigne jasnu kliničku korist.

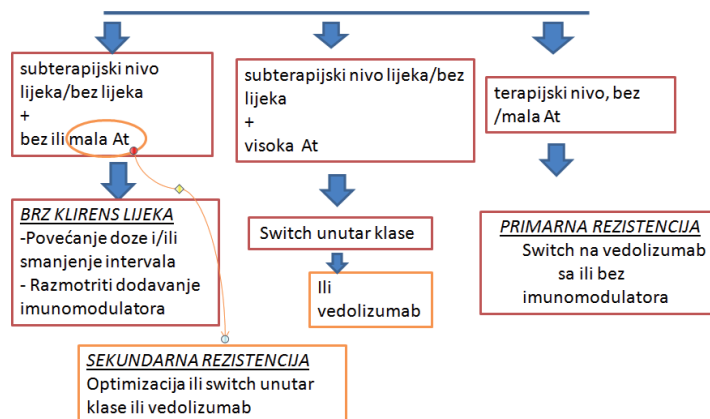
IM-refraktornu bolest najbolje je procijeniti endoskopijom i biopsijom kako bi se potvrdila dijagnoza i isključile komplikacije. Za aktivni UC koji je otporan na tiopurine, drugi uzroci simptoma uključuju koegzistirajuću bolest citomegalovirusa ili C. difficile.

PREPORUKA: Kod **aktivnog** UC koji se tretira sa anti-TNF lijekovima preporuka je da se radi terapijsko praćenje- "therapeutic drug monitoring". Riječ je o **reaktivnom monitoringu**. Potrebno je uraditi nivo anti TNF lijeka (infliximab ili adalimumab) i nivo antitijela na dati lijek.

Kome se treba raditi terapijsko praćenje?

Svim pacijentima koji imaju aktivni UC definisan kao: simptomi povezani sa IBD koji su potvrđeni objektivnim nalazima: biokemijskim markerima, endoskopskim ili radiološkim nalazom aktivne upale. Takođe i kod pacijenata koji su klinički asimptomatski, ali imaju nalaz objektivne upale na endoskopiji ili radiologiji.

U nastavku je šema kako postupati sa terapijom kod gubitka odgovora na dati anti TNF lijek.



U nekim zemljama se radi i **proaktivni monitoring**, što je svakakako od još veće koristi jer se u klinički mirnoj bolesti određuje nivo lijeka i antitjela na biološki lijek, što znači prije pogoršanja se mijenja terapija. Napominjem, da svako novo pogoršanje kumulira novo strukturalno oštećenje crijeva.

KOMENTAR: U Crnoj Gori se terapijsko praćenje-"therapeutic drug monitoring" se ne radi u državnim institucijama zdravstva Crne Gore.

2.c. Biosimilar

U Crnoj Gori na Listi lijekova imamo za indikaciju UC i infliximab biosimilar. Indikacija za ordiniranje je ista kao i za originator infliximab.

NAPOMENA: Udruženje gastroenterohepatologa Crne Gore (UGCG) je na stručnom sastanku održanom 10. maja 2017-te godine u Podgorici usvojilo stav o tretmanu biosimilarima pacijenata oboljelih od upalnih bolesti crijeva.

IZ STAVA UDRUŽENJA GASTROENTEROLOGA CRNE GORE

UGCG se zalaže za jeftinije liječenje i značajno veću dostupnost bioloških (biosličnih) lijekova bolesnicima kojima je ovakvo liječenje neophodno, ali to ne smije da ugrozi efikasnost liječenja i bezbjednost oboljelih. Naš stav je da se bolesnik nalazi u središtu zdravstvenog sistema zdravlja, u kojem je dobrobit bolesnika na prvom mjestu.

- Pacijenti bi trebalo da budu informisani o terapiji koju dobijaju i konsultovani ukoliko dođe do izmjena u njihovoj terapiji. Konsultacije sa ordinirajućim ljekarom obezbijediće da pacijenti budu svjesni svih prednosti i nedostataka svakog pojedinačnog lijeka i da budu pripremljeni na potencijalne neželjene reakcije koje se mogu javiti tokom terapije. Samo na takav način i ljekari i pacijenti mogu da donesu potpuno svjesnu odluku o izboru između inovativnog lijeka (originatora) i biosimilara. Odluka o započinjanju biološke, biosimilarne ili ne-medicinskog biosimilar switch-a uvijek treba da bude donijeta

u saradnji sa pacijentom uz uzimanje u obzir pacijentovih preferenci. Bolesnikov pristanak je neophodan.

- Biološki lijek koji je efikasan i bezbjedan ne treba mijenjati drugim biološkim lijekom, svaka promjena se može odraziti na efikasnosti i bezbjednosti liječenja (pojačana imunogenost, smanjena efikasnost ili problemi u bezbjednosti vezani za novi lijek). UGCG je stava da ne savjetujemo automatski switch tj. promjenu jednog biološkog (bio-sličnog) lijeka drugim, ukoliko je on zadovoljavajuće efikasan i bezbjedan. Niža cijena drugog lijeka ne smije biti razlog za promjenu efikasnog lijeka.
- Ukoliko se pokaže da je liječenje jednim biološkim lijekom neefikasno ili nebezbjedno, tada je neophodno zamijeniti ovaj lijek drugim biološkim lijekom, ali nikada njemu bio-sličnim lijekom.
- Zamjena se jedino smije dogoditi pod nadzorom i uz saglasnost ordinirajućeg ljekara (konzilijuma), a pacijenta treba ohrabriti da sve nedoumice i pitanja oko promjena u terapiji razjasni sa svojim ljekarom. UGCG je stava da odluku o odabiru i/ili promjeni terapije i zamjeni jednog lijeka drugim može, u dogovoru sa bolesnikom, donjeti isključivo ljekar koji liječi bolesnika i to rukovodeći se medicinskim razlozima-neefikasnost ili neželjeni efekti.

3. ODRŽAVANJE REMISIJE ULCEROZNOG KOLITISA

GLAVNI CILJ TERAPIJE ODRŽAVANJA

Cilj održavanja terapije ulceroznog kolitisa je **održavanje remisije bez steroida**, koja je klinički i endoskopski definisana.

Dugotrajno liječenje se preporučuje za gotovo sve pacijente. Intermitentna terapija je prihvatljiva za pacijente sa proktitisom.

RIZIČNI FAKTORI ZA RELAPS

Izbor tretmana održavanja određen je ekstenzivnošću bolesti, tokom bolesti [učestalost i intenzitet pogoršanja], neuspjehom i neželjenim efektima prethodne terapije održavanja, težinom najnovijeg pogoršanja, liječenjem korišćenim za indukovanje remisije tokom posljednjeg pogoršanja, bezbjedonosnog profila terapije održavanja i prevencije karcinoma.

LIJEKOVI ZA ODRŽAVANJE REMISIJE

Mogućnosti postepene eskalacije terapije održavanja uključuju povećanje doze oralnog / rektalnog aminosalicilata, dodavanje tiopurina i anti-TNF terapiju ili vedolizumab.

Aminosalicilati

Mesalazin je prva linija održavanja u bolesnika koji reagiraju na mesalazin ili steroide [oralni ili rektalni]. Rektalni mesalazin je prva linija održavanja proktitisa i alternativa kod lijevostranog kolitisa. Kombinacija oralnog i rektalnog mesalazina može se koristiti kao tretman održavanja druge linije.

Efektivna doza oralnog mesalazina za održavanje remisije je 2 g/dan.

Za rektalno liječenje može biti dovoljno 3 g/nedeljno u podjeljenim dozama. Primjena mesalazina jednom dnevno je preferirani režim doziranja.

Sulfasalazin jednako ili nešto djelotvorniji, ali oralni preparati mesalazina su preferirani kako bi se smanjila toksičnost.

Tiopurini

Tiopurini se preporučuju za:

- pacijente sa blagom do umjerenom bolešću, koji su doživjeli rani ili učestali recidiv dok su uzimali mesalazin u optimalnoj dozi ili za one koji ne podnose mesalazin ;
- pacijente koji su steroid zavisni;
- i bolesnike koji reagiraju na ciklosporin

KOMENTAR: U Crnoj Gori nemamo iskustvo sa ciklosporinom.

Anti-TNF i vedolizumab

Kod pacijenata koji reaguju na anti-TNF, preporuka je održati remisiju nastavkom anti-TNF terapije sa ili bez tiopurina. Održavanje sa tiopurinom je alternativna opcija. Anti-TNF ili vedolizumab mogu se koristiti kao biološka terapija prvog reda. Vedolizumab je djelotvoran u pacijenata sa gubitkom odgovora na anti-TNF.

U bolesnika koji reagiraju na vedolizumab adekvatna je terapija održavanja sa vedolizumabom. Kod pacijenata koji nisu bili na tiopurinu s teškim kolitisom koji reaguje na steroide, ciklosporin, tiopurini su adekvatni za održavanje remisije.

KOMENTAR: Kod mladih osoba muškog pola kombinovana (Combo) terapija anti-TNF sa tiopurinom savjetuje se uzimati ne duže od 6-12 mjeseci.

DUŽINA TERAPIJE ODRŽAVANJA

Terapija održavanja sa mezalazinom treba biti dugotrajna; može smanjiti rizik od raka debelog crijeva.

S obzirom na ograničene dokaze, ne može se dati preporuka za trajanje liječenja azatioprinom, anti-TNF-om ili vedolizumabom, iako je uglavnom potrebna dugotrajna upotreba tih lijekova.



Crna Gora
Ministarstvo zdravlja

*Nacionalna komisija za kvalitet i
bezbjednost zdravstvene zaštite*



*Interna klinika
Odjeljenje za gastroenterologiju*

PROTOKOL ZA LIJEČENJE HELICOBACTER PYLORI INFEKCIJE

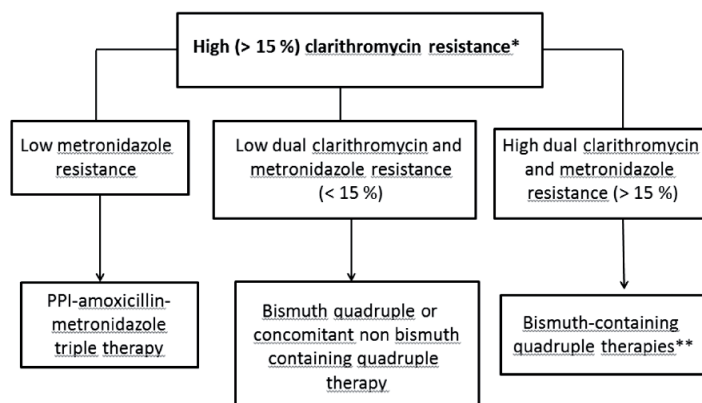
doc. dr Brigita Smolović

Podgorica, maj 2019. godine

PROTOKOL ZA LIJEČENJE *HELICOBACTER PYLORI* INFEKCIJE (eradikaciona terapija)

Prema: *Malfertheiner P, et al. Management of Helicobacter pylori infection - the Maastricht V/Florence Consensus Report. Gut 2016;0:1-25.*

Šema iz [Maastricht V/Florence Consensus-a](#) koja određuje koju terapiju dati u odnosu na rezistenciju na antibiotik



* Regardless of their population expectations, individuals who have previously taken clarithromycin and/or metronidazole should be considered high risk patients for dual resistance.

** If bismuth is not available, levofloxacin, rifabutin and high dose dual (PPI + amoxicillin) therapies might be considered. If tetracycline is not available, bismuth-containing quadruple therapy combining furazolidone-metronidazole or amoxicillin-metronidazole can be considered.

UVOD

H. pylori je ljudski patogen, koji se prenosi i uzrokuje hronični aktivni gastritis u svim kolonizovanim osobama. Može dovesti do peptičkog ulkusa, atrofičnog gastritisa, želučanog adenokarcinoma i MALT (*mucosa-associated lymphoid tissue*) limfoma. *H. pylori* eradikacija može liječiti gastritis i može promijeniti napredovanje do dugotrajnih komplikacija, ili ponavljanje bolesti.

Danas se smatra da je: *H. pylori gastritis je infektivna bolest bez obzira na simptome i komplikacije.*

TERAPIJA

Stope rezistencije *H. pylori* na antibiotike raste u većini dijelova svijeta. Za bilo koji režim, stopa eradikacije može se predvidjeti ako su stope izlječenja poznate za osjetljive i rezistentne sojeve i prevalencija rezistencije u populaciji.

Za pojedinog pacijenta anamneza prethodne upotrebe jednog od ključnih predloženih antibiotika identifikovati će vjerojatnu rezistenciju na antibiotik, uprkos niskoj stopi rezistencije u populaciji.

Rezultati temeljeni na osjetljivosti istovremeno daju rezultate koji su i na populacijskoj i na individualnoj osnovi.

PREPORUKA

I LINIJA TERAPIJE

U područjima niske rezistencije na klaritromicin preporučuje se **standardna trostruka terapija** kao empirijsko liječenje prve linije.

IPP-klaritromicin-amoksisilin

- ▶ IPP -u visokoj/dvostrukoj dozi dva puta dnevno
- ▶ klaritromicin 500 mg 2x1
- ▶ amoksisilin 1000mg 2x1

ili **bizmut kvadripla (četvorostruka) terapija** kao alternativa

IPP + bizmut + metronidazol + tetraciklin/amoksisilin

- ▶ IPP -u visokoj/dvostrukoj dozi dva puta dnevno
- ▶ bizmut 4x dnevno
- ▶ metronidazol 3x500mg
- ▶ tetraciklin hlorid 3x 500mg/ amoksisilin 1000 mg 2x1

ili

IPP + bizmut + amoksisilin + klaritromicin/levofloksacin (bizmut plus trojna terapija)

- ▶ IPP -u visokoj/dvostrukoj dozi dva puta dnevno
- ▶ klaritromicin 500 mg 2x1/ Levofloksacin 2x250 mg ili 1x500mg
- ▶ amoksisilin 1000mg 2x1
- ▶ bizmut 4x dnevno

Trajanje terapije je 14 dana.

U bolesnika sa alergijom na penicilin, za liječenje prvog izbora je IPP-klaritromicin-metronidazol.

- ▶ IPP -u visokoj/dvostrukoj dozi dva puta dnevno
- ▶ klaritromicin 500 mg 2x1
- ▶ metronidazol 500mg 3x1

II LINIJA TERAPIJE

Nakon neuspjeha trostruke terapije IPP-klaritromicin-amoksicilin, PREPORUČUJE SE bismut kvadripla terapija ili trostruka terapija sa fluorohinolonom ili kvadripla terapija bez bismuta. četverostruka terapija preporuča se kao tretman druge linije.

- a) bismut kvadripla/črtverostruka terapija (vidi gore)
- b) trostruka sa fluorohinolonom
IPP-levofloksacin-amoksicilin
 - ▶ Amoksicilin 2x1000mg
 - ▶ Levofloksacin 2x250 mg ili 1x500mg
 - ▶ IPP u dvostrukoj dozi
- c) kvadripla/četverostruka terapija bez bismuta
Konkomitantna, četverostruka terapija bez bismuta
 - ▶ Amoksicilin 2x1000mg
 - ▶ Klaritromicin 2x500mg
 - ▶ Metronidazol ili Tinidazol 2x500mg
 - ▶ IPP u dvostrukoj dozi

Nakon neuspjeha bismut kvadriple terapije, PREPORUČUJE SE

- ▶ Fluorokinolon tripla
- ▶ IPP-levofloksacin-amoksicilin (vidi gore)
- ili
- ▶ Ne-bismut kvadripla terapija (vidi gore)

VAŽNO:

Četverostruka terapija koja sadrži levofloksacin- bismut (IPP + bismut + amoksicilin + levofloksacin) predstavlja efikasnu strategiju II LINIJE, ne samo kod pacijenata koji nisu imali uspjeh u liječenju *H.pylori* sa standardnom trostrukom terapijom, nego i sa ne-bismut četverostrukom terapijom.

Nakon neuspjeha tretmana II LINIJE, preporučuje se kultura sa testom osjetljivosti ili molekularnim određivanjem otpornosti genotipa kako bi se planiralo liječenje.

Obzirom da se ista ne radi u Crnoj Gori, ali ni u većini zemalja u okruženju PREPORUKA JE
1. koristiti **standardnu trostruku terapiju**
zatim koristiti trostruku terapiju sa fluorohinolonom
a onda **bismut kvadriplu terapiju**.

PREPORUKA JE KORISTITI PROBIOTIK UZ ERADIKACIONU TERAPIJU.

Pokazalo se da su samo određeni probiotici korisni u smanjenju gastrointestinalnih nuspojava uzrokovanih *H. pylori* eradikacionom terapijom.

Određeni probiotici mogu povoljno djelovati na *H. pylori* eradikaciju.



Crna Gora
Ministarstvo zdravlja

*Nacionalna komisija za kvalitet i
bezbjednost zdravstvene zaštite*

DIJAGNOSTIČKI PROTOKOL ZA ISPITIVANJE GLAVOBOLJA NA PRIMARNOM NIVOU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Podgorica, maj 2019. godine

DIJAGNOSTIČKI PROTOKOL ZA ISPITIVANJE GLAVOBOLJA
NA PRIMARNOM NIVOU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Glavobolja je veoma često bolno stanje. Približno jedna polovina odrasle populacije širom svijeta pati od glavobolje. Veoma je važno da ljekar koji pregleda pacijenta sa akutnom glavoboljom utvrdi da li je stanje benigno ili ukazuje na opasnu neurološku ili sistemsku patologiju. Najčešći tipovi glavobolja su glavobolja tenzionog tipa, migrena i klaster glavobolja, koje pogađaju redom otprilike 40, 10 i 1 procenat odrasle populacije.

Dijagnoza glavobolje se skoro u potpunosti zasniva na anamnezi pacijenta. Samo rijetko fizikalni i neurološki pregled daju dodatne informacije.

Međunarodno društvo za glavobolje objavilo je sistem klasifikacije i operativne dijagnostičke kriterijume za glavobolje na osnovu kliničkog konsenzusa. Klasifikacija glavobolja na primarne (tenziona, migrena ili klaster) i sekundarne tipove (npr. uzrokovane infekcijom ili vaskularnom bolešću) je takođe korisna za diferenciranje glavobolja koje, iako možda ponavljajuće i privremeno onesposobljavajuće, nemaju opasan uzrok za razliku od onih koji mogu biti znak ozbiljne patologije, jer predstavljaju sistemski ili neurološki poremećaj (Tabela 1).

Međunarodna klasifikacija glavobolja, 2. izdanje (ICHD-2)
Primarne glavobolje - Migrena - Tenziona - Klaster - Druge
Sekundarne glavobolje - Glavobolja koja se pripisuje bilo kojem od sljedećih stanja: trauma glave ili vrata, kranijalni ili cervikalni vaskularni poremećaj, nevaskularni intrakranijalni poremećaj, upotreba supstance ili prekid korišćenja, infekcija, poremećaj homeostaze, psihijatrijski poremećaj
Glavobolja ili bol lica koji se pripisuje poremećaju u lobanji, vratu, očima, ušima, nosu, sinusima, zubima, ustima ili drugim strukturama lica ili lobanje

Tabela 1. Međunarodna klasifikacija glavobolja

PRIMARNE GLAVOBOLJE

Pacijenti sa anamnezom glavobolje koja nema upozoravajuće znakove i simptome imaju mali rizik od ozbiljne glavobolje. Pored toga, oni bi trebalo da imaju karakteristike primarne glavobolje (Tabele 1 do 5). Kriterijumi za niskorizične glavobolje navedene su u Tabeli 6. Pacijenti sa niskim rizikom od ozbiljne glavobolje ne zahtijevaju neuroimidžing!

Glavobolja tenzionog tipa

Glavobolja tenzionog tipa je najčešći tip glavobolje, a pogađa više od 40% odrasle populacije širom svijeta. Karakteriše je bilateralni blagi do umjereni pritisak bez drugih pridruženih simptoma. Žene su nešto češće pogođene od muškaraca. Nociceptor i u perikranijalnom miofascijalnom tkivu su vjerovatan izvor tenzionih glavobolja. Nekoliko studija je pokazalo da osobe sa hroničnom glavoboljom tenzionog tipa imaju povećanu osjetljivost na pritisak, električne i termičke stimuluse u perikranijalnom miofascijalnom tkivu, čak i normalno bezopasne stimuluse mogu doživjeti kao bolne. Pojedinci koji ispunjavaju kriterijume za glavobolju tenzionog tipa i imaju normalan neurološki nalaz

ne zahtijevaju dodatna laboratorijska ispitivanja i neuroimidžing. Kriterijumi za klasifikaciju glavobolja tenzionog tipa navedeni su u Tabeli 2.

ICHD-3 Dijagnostički kriterijumi za epizodičnu glavobolju tenzionog tipa
Rijetka Najmanje 10 ataka glavobolje koje se javljaju <1 dan u toku mjeseca u prosjeku (<12 dana godišnje) i ispunjavaju navedene kriterijume: - Glavobolja traje od 30 minuta do 7 dana - Glavobolja ima najmanje dvije od navedene četiri karakteristike: 1. obostrana lokalizacija 2. kvalitet pritiska ili stezanja (nepulsirajući) 3. blag ili umjeren intenzitet 4. bez pogoršanja pri uobičajenoj fizičkoj aktivnosti kao što su hodanje ili penjanje uz stepenice - Oba navedena: 1. bez mučnine ili povraćanja 2. ne više od jednog: fotofobija ili fonofobija - Ne može se bolje objasniti drugim poremećajem Česta Najmanje 10 epizoda glavobolje koje se javljaju 1-14 dana u mjesecu prosečno, tokom >3 mjeseca (≥12 i <180 dana godišnje) i ispunjavaju sve kriterijume za rijetku epizodičnu glavobolju tenzionog tipa

Tabela 2. Dijagnostički kriterijumi za epizodičnu glavobolju tenzionog tipa

Migrenske glavobolje

Mučnina, fotofobija (osjetljivost na svjetlo) i fonofobija (osjetljivost na zvuk) su korisni klinički kriterijumi dobijeni iz anamneze i fizikalnog pregleda za razlikovanje migrene od glavobolje tenzionog tipa. Fizička aktivnost često pogoršava migrensku glavobolju. Pulsatilni kvalitet bola, trajanje od 4 do 72 sata, jednostrana lokacija, mučnina ili povraćanje i onesposobljavajući intenzitet čine glavne odlike ovog tipa glavobolje. Pacijenti koji ispunjavaju najmanje četiri od navedenih kriterijuma imaju najveću vjerovatnoću da imaju migrenu.

Aura može biti prisutna u nekim slučajevima migrena. Aura se sastoji od vizuelnih, senzornih ili govornih simptoma koji se pojavljuju postepeno, traju ne duže od 60 minuta i potpuno su reverzibilni. U Tabeli 3 su navedeni kriterijumi za migrenu sa aurom; u Tabeli 4 navedeni su kriterijumi za migrenu bez aure.

ICHD-3 Dijagnostički kriterijumi za migrenu sa tipičnom aurom
Najmanje dva ataka koji ispunjavaju sljedeće kriterijume: - Aura koja se sastoji od od najmanje jednog od vizuelnih, senzornih i/ili jezičkih/govornih simptoma, od kojih je svaki potpuno reverzibilan, ali simptomi nijesu motorni, porijekla moždanog stabla ili retinalni - Najmanje dvije od navedene četiri karakteristike: 1. najmanje jedan simptom aure koji se postepeno razvija tokom ≥5minuta, i/ili dva ili više simptoma koji se javljaju jedan za drugim 2. svaki pojedinačni simptom aure traje 5-60 minuta 3. najmanje jedan simptom aure je unilateralan 4. aura je udružena ili praćena, unutar 60 minuta, glavoboljom - Ne može se bolje objasniti nijednom drugom dijagnozom MKG-3, i isključen je tranzitorni ishemijski atak

Tabela 3. Dijagnostički kriterijumi za migrenu sa tipičnom aurom

ICHD-3 Dijagnostički kriterijumi za migrenu bez aure
Najmanje pet ataka koji ispunjavaju navedene kriterijume: - Napadi glavobolje trajanja 4-72 sata (neliječeni ili neuspješno liječeni) - Glavobolja ima bar dvije od navedene četiri karakteristike: 1. jednostrana lokalizacija 2. pulsirajući kvalitet 3. umjeren ili jak intenzitet bola 4. pogoršava se pri rutinskim fizičkim aktivnostima ili je uzrok izbjegavanja istih (npr. hodanje ili penjanje uz stepenice) - Tokom glavobolje bar jedno od navedenog: 1. mučnina i/ili povraćanje 2. fotofobija i fonofobija
Ne može da se bolje objasni nijednom drugom dijagnozom MKG-3

Tabela 4. Dijagnostički kriterijumi za migrenu bez aure

Klaster glavobolja

Klaster glavobolje su relativno rijetke i karakterišu ih kratke (15 do 180 minuta) epizode jakog bola u glavi sa pridruženim autonomnim simptomima (Tabela 5). Iako su klaster glavobolje rjeđe nego migrene i glavobolje tenzionog tipa, procjenjuje se da ih 1% populacije najmanje jedanput u životu doživi. Vrijeme pojave klaster glavobolja varira, ali oko 70% pacijenata prijavljuje početak prije tridesete godine.

ICHD-3 Dijagnostički kriterijumi za klaster glavobolju
Najmanje pet napada koji ispunjavaju navedene kriterijume: - Jak ili veoma jak jednostrani bol orbitalne, supraorbitalne ili sljepoočne regije koji, ukoliko nije liječen, traje 15-180 minuta - Jedno ili oba od navedenog: 1. najmanje jedan od sledećih simptoma i znakova, prisutnih na strani glavobolje: a) hiperemija konjunktive i/ili lakrimacija b) zapušenost nosa i/ili rinoreja c) edem kapka d) oznojenost lica i čela e) crvenilo lica i čela f) osećaj punoće u uvu g) mioza i/ili ptoza 2. osećaj uzmenirenosti ili agitacije - Učestalost napada je između jednog na dva dana do osam dnevno za više od polovine vremena za koje je glavobolja prisutna Ne može se bolje objasniti nijednom drugom dijagnozom iz MKG-3.
Epizodična klaster glavobolja Napadi ispunjavaju gore navedene kriterijume Najmanje dva klaster perioda koji, kada nisu liječeni traju od 7 dana do 1 godine i odvojeni su periodima bez bola ≥ mjesec dana.
Hronična klaster glavobolja Napadi ispunjavaju gore navedene kriterijume Javljanje bez perioda remisije ili sa remisijom koja traje < mjesec dana, najmanje godinu dana.

Tabela 5. Dijagnostički kriterijumi za Klaster glavobolju

Pacijenti sa klaster glavoboljom najčešće opisuju bol kao oštar, ali neki navode da može biti pulsirajući i nalik pritisku. Iako se bol može pojaviti sa obje strane glave, većina pacijenata prijavljuje unilateralan

bol. Bol se najčešće javlja retroorbitalno, potom temporalno, u predjelu gornjih zuba, vilice, obraza, donjih zuba i vrata i obično ga prate ipsilateralni autonomni simptomi (otok kapaka, nazalna kongestija, lakrimacija i znojenje čela). U istom danu postoji nekoliko (do osam) epizoda, pri čemu svaka traje između 15 i 180 minuta. U epizodičnoj formi (80 do 90% slučajeva), epizode se dešavaju svakodnevno tokom nekoliko nedjelja nakon čega slijedi period remisije. U prosjeku, period klaster glavobolje traje 6 do 12 nedjelja, praćen remisijom koja traje do 12 mjeseci. U hroničnoj formi (10-20% slučajeva) epizode se javljaju bez značajnih perioda remisije.

Dugo kašnjenje sa dijagnozom koje su prijavili pacijenti koji imaju klaster glavobolje je važno. Samo 25% pacijenata sa klaster glavoboljom se ispravno dijagnostikuje u roku od jedne godine od početka simptoma, a više od 40% prijavljuje kašnjenje sa dijagnozom pet godina ili duže. Najčešće pogrešno postavljene dijagnoze prijavljene u jednoj studiji bile su migrena (34%) , sinusitis (21%) i alergije (6%). Porodična istorija izgleda da ima ulogu u nekim slučajevima. Brojni komorbiditeti su povezani sa klaster glavoboljama, uključujući depresiju (24%), sleep apneu (14%), sindrom nemirnih nogu (11%) i astmu (9%). Depresija je važna dijagnoza, jer mnogi pojedinci koji imaju klaster glavobolje pokazuju suicidalne misli, a 2% pacijenata u jednoj studiji su pokušali samoubistvo.

Kriterijumi za niskorizične glavobolje
Mlađi od 30 godina
Karakteristike tipične za primarne glavobolje (Tabele 1 do 5)
Istorija sličnih glavobolja
Uredan neurološki nalaz
Bez promjene u uobičajenom obrascu glavobolje
Bez visokorizičnih komorbiditeta (npr. Infekcija virusom humane imunodeficijencije)
Bez novih, zabrinjavajućih anamnestičkih podataka ili nalaza u fizikalnom pregledu (Tab. 7)

Tabela 6. Kriterijumi za niskorizične glavobolje

OZBILNE GLAVOBOLJE

Razlikovanje ozbiljnih glavobolja od benignih ili niskorizičnih glavobolja je značajan izazov jer se simptomi mogu preklapati. Preporuke za razlikovanje ozbiljnih od benignih glavobolja date su u Tabeli 7. Karakteristike ozbiljnih glavobolja i pratećih upozoravajućih simptoma (red flags) zasnivaju se na opservacionim studijama i konsenzusom usvojenim izvještajima. Prema tome, oni nijesu apsolutno tačni u identifikovanju ozbiljnih uzroka kod pacijenata koji imaju glavobolju.

Bolesnike sa karakteristikama sekundarne glavobolje treba procijeniti da bi se utvrdilo da li je glavobolja ozbiljna. Kompjuterizovana tomografija glave je najčešće korišćeno snimanje za akutnu traumu glave zbog njene dostupnosti, brzine i tačnosti.

Anamneza i fizikalni pregled

Anamneza. Glavobolja "udara groma", koja se odlikuje iznenadnom glavoboljom sa najvećim intenzitetom koji se javlja u roku od nekoliko minuta, zahteva brzu procjenu. Subarahnoidalno krvarenje, hipertenzivne urgencije, disekcije vertebralnih arterija i akutni glaukom zatvorenog ugla takođe se mogu prezentovati na ovaj način.

Upotreba droga, kao što su kokain i metamfetamin, povećava od intrakranijalnog krvarenja i ishemije. Takođe lijekovi kao što su aspirin, NSAIL, antikoagulansi i glukokortikoidi mogu povećati rizik od intrakranijalnog krvarenja.

Upozoravajući (red flags) znaci i simptomi u evaluaciji akutne glavobolje		
Upozoravajući znak/simptom	Moguće dijagnoze	Testovi
Prva ili najgora glavobolja u životu	Infekcija CNS, intrakranijalna hemoragija	Neuroimidžing
Fokalni neurološki znaci (netipična aura)	AV malformacija, vaskularna bolest kolagena, intrakranijalna mass lezija	Testovi krvi, Neuroimidžing
Glavobolja izazvana kašljem ili naporom ili tokom seksualnog odnosa	Mass lezija, SAH	Lumbalna punkcija, Neuroimidžing
Glavobolja sa promjenom ličnosti, mentalnog statusa ili nivoa svijesti	Infekcija CNS-a, Intracerebralno krvarenje, Mass lezija	Testovi krvi, Lumbalna punkcija, Neuroimidžing
Ukočenost vrata ili meningizam	Meningitis	Lumbalna punkcija
Novonastala jaka glavobolja u trudnoći ili poslije porođaja	Tromboza venskih sinusa, Disekcija karotidne arterije, Apopleksija hipofize	Neuroimidžing
Stariji od 50 godina	Mass lezija, Temporalni arteritis	Sedimentacija Neuroimidžing,
Edem papile	Encefalitis, mass lezija, Meningitis, pseudumor	Lumbalna punkcija, Neuroimidžing
Nagli početak tokom napornog rada	Disekcija karotidne arterije, Intrakranijalno krvarenje	Neuroimidžing
Iznenadni početak (maksimalni intenzitet se javlja u roku od sekunde do minuta, glavobolja udara groma)	Krvarenje ili AV malform, Mass lezija (naročito zadnja fosa), SAH	Lumbalna punkcija, Neuroimidžing
Sistemska bolest sa glavoboljom (groznica, osip)	Arteritis, Vaskularna bolest kolagena, Encefalitis, meningitis	Testovi krvi, Lumbalna punkcija, Neuroimidžing, Biopsija kože
Osjetljivost iznad temporalne arterije	Reumatska polimialgija, Temporalni arteritis	Sedimentacija, Biopsija temporalne arterije
Pogoršavajući obrazac	Istorija o zloupotrebi lijekova, mass lezija, subduralni hematoma	Neuroimidžing
Novi tip glavobolje kod pacijenta sa: Karcinomom HIV infekcijom Lajmskom bolešću	Metastaze Oportunistička inf, tumor Meningoencefalitis	LP, neuroimidžing LP, neuroimidžing LP, neuroimidžing

Tabela 7. Upozoravajući (red flags) znaci i simptomi u evaluaciji akutne glavobolje

Istorija infekcije virusom humane imunodeficijencije ili drugih imunosupresivnih stanja kod pacijenata sa glavoboljom može ukazivati na apsces u mozgu, meningitis ili malignitet centralnog nervnog sistema. Istovremena infekcija pluća, sinusa ili orbita može prethoditi i izazvati infekciju CNS-a.

Pacijent koji prijavljuje najgoru glavobolju u životu, posebno ako je pacijent stariji od 50 godina, ili koji ima glavobolju koja se javlja kod napora (uključujući i seksualni odnos), može biti izložen intrakranijalnom krvarenju ili disekciji karotidne arterije. Hitno ispitivanje je potreban za bilo koju glavobolju povezanu sa abnormalnošću u neurološkom nalazu, uključujući promjene u mentalnom statusu, epileptičke napade i poremećaje vida. Dodatni upozoravajući simptomi i znaci (red flags) navedeni su u tabeli 7.

Fizikalni pregled. Neurološke abnormalnosti zahtijevaju evaluaciju i posebno su zabrinjavajuće kada su udružene sa akutnom glavoboljom. Abnormalnosti su jedan od najboljih prediktora patologije CNS-a. Fokalni neurološki deficit ne treba pripisivati migrenskoj glavobolji, osim ako se sličan obrazac nije dogodio sa prethodnim atacima migrene. Po definiciji, aura povezana sa migrenom traje 60 minuta ili manje. Dakle, glavobolju sa simptomima sličnim auri ne treba smatrati benignom ili primarnom glavoboljom kada su simptomi slični auri prisutni više od 60 minuta.

Abnormalni nalazi na pregledu mogu biti izraženi, kao što su meningizam ili unilateralni gubitak vida, ili suptilni, kao što je ekstenzorni plantarni ili jednostrana pronacija. Pospanost ili konfuznost ukazuju na opasnu glavobolju, jer se ovi znaci ne javljaju kod benigne ili primarne glavobolje.

Pacijenti sa glavoboljom i povišenom tjelesnom temperaturom, edemom papile ili teškom hipertenzijom (sistolni pritisak veći od 180 mm Hg ili dijastolni pritisak veći od 120 mm Hg) zahtijevaju ispitivanje infekcije CNS i povećanog intrakranijalnog pritiska. Pacijente takođe treba ispitati da bi se utvrdilo da li treba snižavati krvni pritisak na sigurnije nivoe kako bi se izbjeglo intrakranijalno krvarenje od maligne hipertenzije. Kontuzije i posekotine lica ili poglavine povećavaju vjerovatnoću povezanog intrakranijalnog krvarenja.

Dijagnostičko ispitivanje

Neuroimidžing. Neuroimidžing je indikovao za sve pacijente koji imaju znakove ili simptome ozbiljne glavobolje, jer su izloženi povećanom riziku od intrakranijalne patologije.

Neuroimidžing nije indikovao kod pacijenata sa rekurentnim glavoboljama sa kliničkim odlikama migrene, normalnim neurološkim nalazu i bez upozoravajućih znakova.

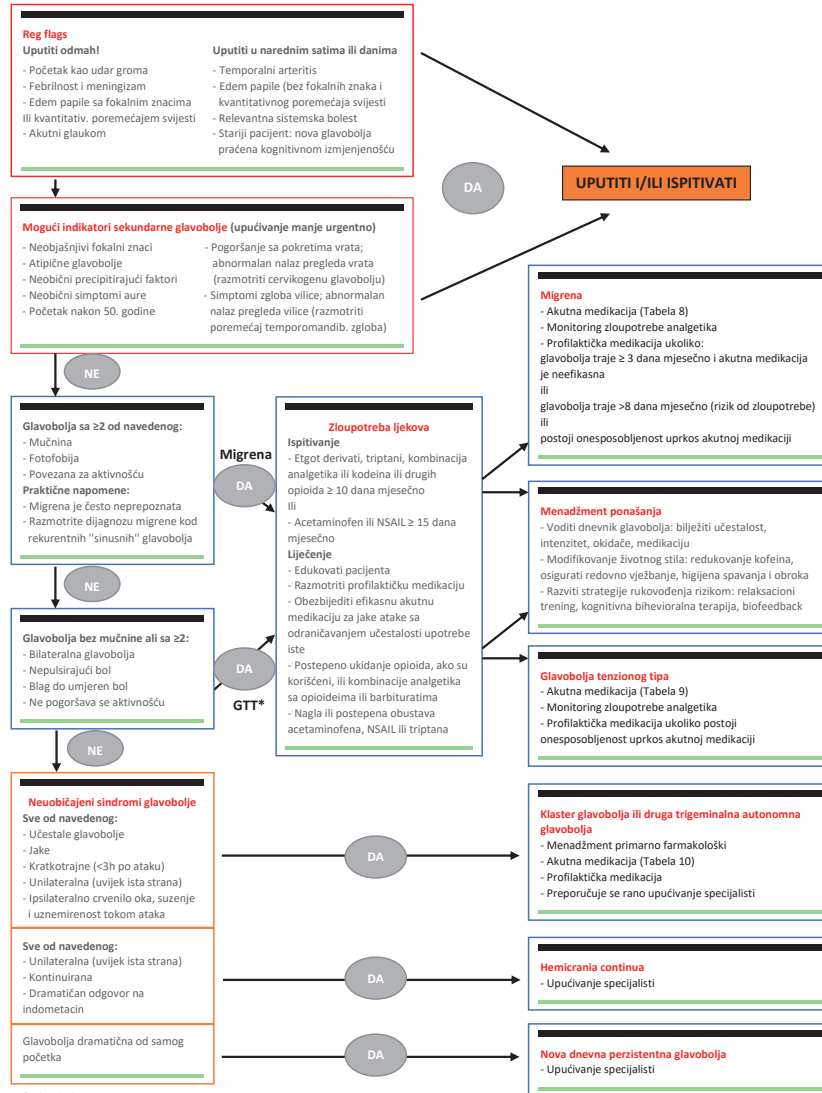
Neuroimidžing, RTG sinusa i cervikalne kičme i EEG ne preporučuju se za rutinsko ispitivanje pacijenata sa glavoboljom. Anamneza i fizikalni pregled su obično dovoljni da se postavi dijagnoza migrene i tenziona glavobolje.

Lumbalna punkcija. Lumbalna punkcija je korisna za identifikaciju infekcije, prisustvo crvenih krvnih zrnaca ukazuje na krvarenje, dok su abnormalne ćelije povezane sa nekim malignitetima CNS-a. Kod sumnje na subarahnoidno krvarenje važno je uraditi lumbalnu punkciju kako bi se otkrila eventualna krv ili ksantohromija. Kompjuterizovanu tomografiju glave treba uraditi prije lumbalne punkcije, čak i ako je neurološki pregled normalan, jer postoji rizik od centralne hernijacije mozga.

Laboratorijske analize. Dijagnoza primarnih glavobolja se postavlja na osnovu anamneze i pregleda. Ukoliko je potrebno za diferencijalnu dijagnozu, selektivno se ispituju sljedeći parametri: kompletna krvna slika, brzina sedimentacije eritrocita, serumski TSH i T4, glikemija, serumski natrijum, kalijum i kalcijum, serumski kreatinin.

Odgovor na analgetike. Američki koledž ljekara urgentne medicine je utvrdio da se odgovor na terapiju za ublažavanje bola ne bi trebao koristiti kao jedini dijagnostički pokazatelj etiologije akutne glavobolje. Nema studija koje podržavaju ili opovrgavaju praksu korišćenja odgovora na analgetsku terapiju kod netraumatskih glavobolja kao indikatora potencijalne podliježuće patologije.

DIJAGNOSTIČKI ALGORITAM



LJEKOVI KOJI SE PREPORUČUJU ZA LIJEČENJE GLAVOBOLJE KOD ODRASLIH

Akutno liječenje migrene					
Prva linija	ibuprofen 400 mg, ASA 1.000 mg, naproksen 550 mg, acetaminofen 1.000 mg, diclofenac 50 mg				
Druga linija	Triptani: oralni sumatriptan 100 mg, rizatriptan 10 mg, almotriptan 12.5 mg, zolmitriptan 2.5 mg eletriptan 40 mg, frovatriptan 2.5 mg, naratriptan 2.5 mg - Subkutano sumatriptan 6 mg ukoliko je prisutno povraćanje rano tokom ataka. Razmotriti za atake rezistentne na oralne triptane. - Oralni wafer: rizatriptan 10 mg, zolmitriptan 2.5 mg, ukoliko unošenje tečnosti pogoršava mučninu - Nazalni sprej: zolmitriptan 5 mg, sumatriptan 20 mg, ukoliko ima mučnine Antiemetici: domperidon 10 mg, metoklopramid 10 mg, zbog mučnine				
Treća linija	550 mg naproksen u kombinaciji sa triptanom				
Četvrtla linija	Kombinacija fiksnih doza analgetika (sa kodeinom ukoliko je neophodno – ne preporučuje se za rutinsku primjenu)				
Profilaktičko liječenje migrene		Početna doza	Titracija doze*	Ciljna doza	Napomene
Prva linija	Propranolol	20mg 2x1	40mg nedjeljno	40-120mg 2x1	Izbjegavati kod astme
	Metoprolol	50mg 2x1	50mg nedjeljno	50-100mg 2x1	
	Nadolol	20-40mg 1x1	20mg nedjeljno	80-160mg 2x1	
	Amitriptilin	10mg uveče	10mg nedjeljno	10-100mg uveče	Razmotriti kod depresije, anksioznosti, insomnije ili glavobolje tenzionog tipa
	Nortriptilin	10mg uveče	10mg nedjeljno	10-100mg uveče	
Druga linija	Topiramat	25mg 1x1	25mg nedjeljno	50mg 2x1	Razmotriti 1.liniju kod prekomjerne težine
	Kandesartan	8mg 1x1	8mg nedjeljno	16mg 1x1	Malo neželjenih efekata; izbjegavati kod trudnoće ili ako je ista planirana
	Lizinopril	10mg 1x1	10mg nedjeljno	20mg 1x1	Više neželjenih efekata od Kandesartana; izbjegavati kod trudnoće ili ako je ista planirana
Ostali	Natrijum divalproat	250mg 1x1	250mg nedjeljno	750-1500mg 2x1	Izbjegavati kod trudnoće ili ako je ista planirana
	Pizotifen	0.5mg 1x1	0.5mg nedjeljno	1-2mg 2x1	Pratiti pospanost i porast težine
	Botulinum toxin A	155-195 jed.	Titracija nije potrebna	155-195 jed. svaka 3 mjeseca	Samo za hroničnu migrenu – glavobolja >15 dana nedjeljno
	Flunarizin	5-10mg uveče		10mg uveče	Izbjegavati kod depresije
	Venlafaksin	37.5mg 1x1	37.5mg 1x1	150mg 1x1	Razmotriti kod migrene sa depresijom i/ili anksioznošću
Ljekovi u slobodnoj prodaji	Magnezijum citrat	300mg 2x1	Titracija nije potrebna	300mg 2x1	Efikasnost može biti ograničena; malo neželjenih efekata
	Riboflavin	400mg 1x1		400mg 1x1	
	Koenzim Q10	100mg 3x1		100mg 3x1	
*Titracija: Doza se može povećavati na svake 2 nedjelje kako bi se izbjegli neželjeni efekti					
• Za većinu lijekova postepeno povećanje do ciljne doze			- Ukoliko je ciljna doza ne toleriše pokušati sa nižom dozom		
• Terapijski učinak zahtijeva više mjeseci			- Ukoliko su lijekovi efikasni i tolerišu se nastaviti još makar 6 mjeseci		
• Očekivani ishod je redukcija, ne eliminacija ataka			- Ukoliko se ne uspije sa više preventivnih lijekova treba uputiti pacijenta		

Tabela 8. Liječenje migrene

Akutno liječenje		Akutno liječenje	
• ibuprofen 400 mg • ASA 1.000 mg • naproksen 550 mg • acetaminofen 1.000 mg		• subkutano sumatriptan 6 mg • intranazalno zolmitriptan 5 mg ili sumitriptan 20 mg ILI 100% O2, 12 l/min 15 min. preko maske	
Profilaktičko liječenje		Profilaktičko liječenje	
Prva linija	amitriptilin 10-100 mg uveče ILI nortriptilin 10-100 mg 1x1	Prva linija	verapamil 240-480 mg dnevno (veće doze mogu biti potrebne)
Druga linija	mirtazapin 30 mg uveče ILI venlafaksin 150 mg 1x1	Druga linija	litijum 900-1.200 mg dnevno
		Ostali	topiramate 100-200 mg dnevno ILI Melatonin do 10 mg pred spavanje
*Napomena: Ukoliko postoji više od dva ataka dnevno, razmotriti kratkotrajnu terapiju dok se doza verapamila povećava (npr. prednisone 60 mg pet dana, potom se smanjuje za 10 mg svaka dva dana do prekidanja, ili blokada okcipitalnog nerva steroidima od strane obučenog ljekara)			

Tabela 9. Liječenje glavobolje tenzionog tipa

Tabela 10. Liječenje klaster glavobolje

ANAMNESTIČKI VODIČ ZA GLAVOBOLJE (CHECK LIST)

Anamnestički vodič za glavobolje	Procijenio/la:	Datum:
Ime:	Datum rođenja:	Broj protokola:
BOL : <i>Mjesto / Širenje / Intenzitet / Uticaj glavobolje na posao i porodicu / Pridruženi simptomi:</i>		Udruženi simptomi : • Mučnina i/ili povraćanje • Fotofobija • Fonofobija • Osmofobija • Aura • Autonomne promjene • Bol u vilici/disfunkcija • Bol u vratu/povreda
POČETAK, obrazac progresije, razlozi današnje posjete :		
TRAJANJE : <i>Ispod 3 sata, preko 4 sata / Kontinuirano / Intermitentno / Frekvencija - dana mjesečno ili nedjeljno (pregledati dnevnik glavobolje ukoliko je dostupan):</i>		Red flags: Uputiti odmah: - Početak kao udar groma - Febrilnost i meningizam - Edem papile + fokalni znaci i/ili kvantitativni poremećaji svijesti - Akutni glaukom zatvorenog ugla - Temporalni arteritis Uputiti narednih sati ili dana: - Edem papile kod budnog pacijenta bez fokalnih neuroloških znak - Relevantna sistemska bolest kod pacijenta sa novonastalom glavoboljom - Osoba starija od 50 godina sa drugim simptomima koji sugerišu na temporalni arteritis - Stariji pacijent: nova glavobolja praćena kognitivnom izmjenjenošću
POGORŠAVAJUĆI FAKTORI / OKIDAČI :		
☐ Napor ☐ Promjena posturalnosti ☐ Valsalva / kašalj / naprezanje ☐ Stres ☐ Ostalo		
OLAKŠAVAJUĆI FAKTORI :		

SPAVANJE / INSOMNIJA		RASPOLOŽENJE
Inicijalna (produženo vrijeme do zaspivanja):	Mislite li da ste depresivni? ☐ Da ☐ Ne	Suicidalnost: Smatrate li da je vrijedno živjeti? Da li ste pravili neke planove? Da li se osjećate bezbjedno?
Sekundarna (buđenje tokom noći):		
Tercijarna (spontano rano buđenje; zastavica za depresiju)	Da li biste opisali sebe kao anksioznu osobu? ☐ Da ☐ Ne	
Parasomnije (nemirne noge, apneje, hrkanje, košmari):		
PRETHODNA ISPITIVANJA: Laboratorijske analize / RTG / CT Pacijentova percepcija nalaza:		KONSULTACIJE
PRETHODNA TERAPIJA ZA BOL I ISHOD LIJEČENJA Ljekovi/Fizikalna terapija/Akupunktura/Hirurgija:		
LIČNA ANAMNEZA:	ALERGIJE:	
☐ Hipertenzija ☐ Bolest srca ☐ Moždani udar ☐ Drugo:	☐ Astma	
PORODIČNA ANAMNEZA ZA GLAVOBOLJE:		
AKTUELNA TERAPIJA ZA BOL (pregledati dnevnike ukoliko su dostupni):	OSTALA TERAPIJA:	

Glavobolje - dijagnostički protokol za PZZ | 2019.

ISPITIVANJA U TOKU:	
SOCIOEPIDEMIOLOŠKA ANKETA:	
	○ Porodično nasilje ○ Visok nivo stres ○ Pušenje ○ Alkohol ○ Droge
	ONESPOSobljenost Povezana sa glavoboljom: <i>(Posao, porodica, odnosi, hobiji)</i>
PACIJENTOVA PERCEPCIJA PROBLEMA:	
PACIJENTOVA OČEKIVANJA OD LIJEČENJA:	Plan

LITERATURA

1. Toward Optimized Practice (TOP) Headache Working Group. 2016 September. Primary care management of headache in adults: clinical practice guideline: 2nd edition. Edmonton AB: Toward Optimized Practice. Available from: <http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/10065>.
2. Becker W.J. et al.: Guideline for primary care management of headache in adults. *Can Fam Physician* 2015;61:670-9.
3. Hainer B.L., Matheson E.M.: Approach to Acute Headache in Adults. *Am Fam Physician*. 2013;87(10):682-687.
4. Glavobolja. Nacionalni vodič za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. *Srpsko lekarsko društvo*. 2005.

INSTITUT IGALO

Jedinstven spoj hotela i zdravstveno-rehabilitacionog centra



Mi brinemo o Vašem zdravlju!



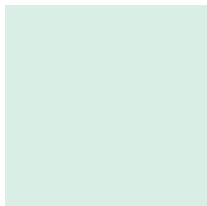
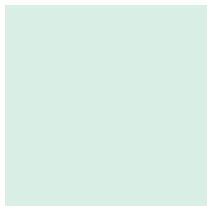
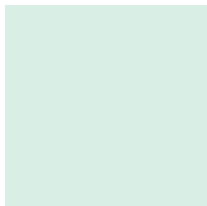
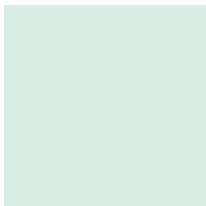
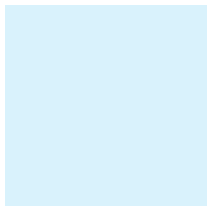
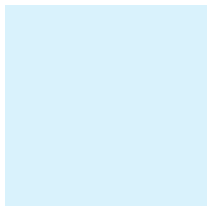
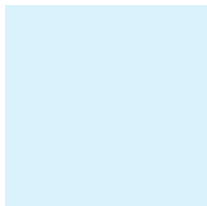
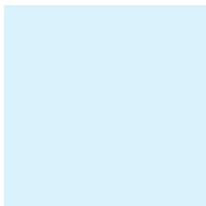
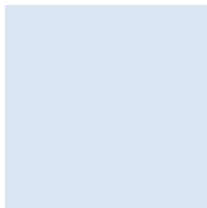
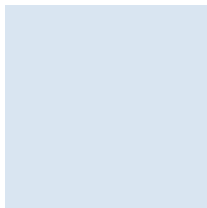
Tel: +382 31 658 555
Mob: +382 63 211 314



Sava Ilića 5, 85 347 Igalo



www.igalospa.com
Email: marketing@igalospa.com



Adresa: Ul Dragana Radulovića 17A, 81000 Podgorica
Mail: info@ljekarskakomora.me
Tel: +382 20 266 587
Žiro račun: 510-7963-13

 **LJEKARSKA KOMORA**
CRNE GORE
MONTENEGRIN MEDICAL CHAMBER

