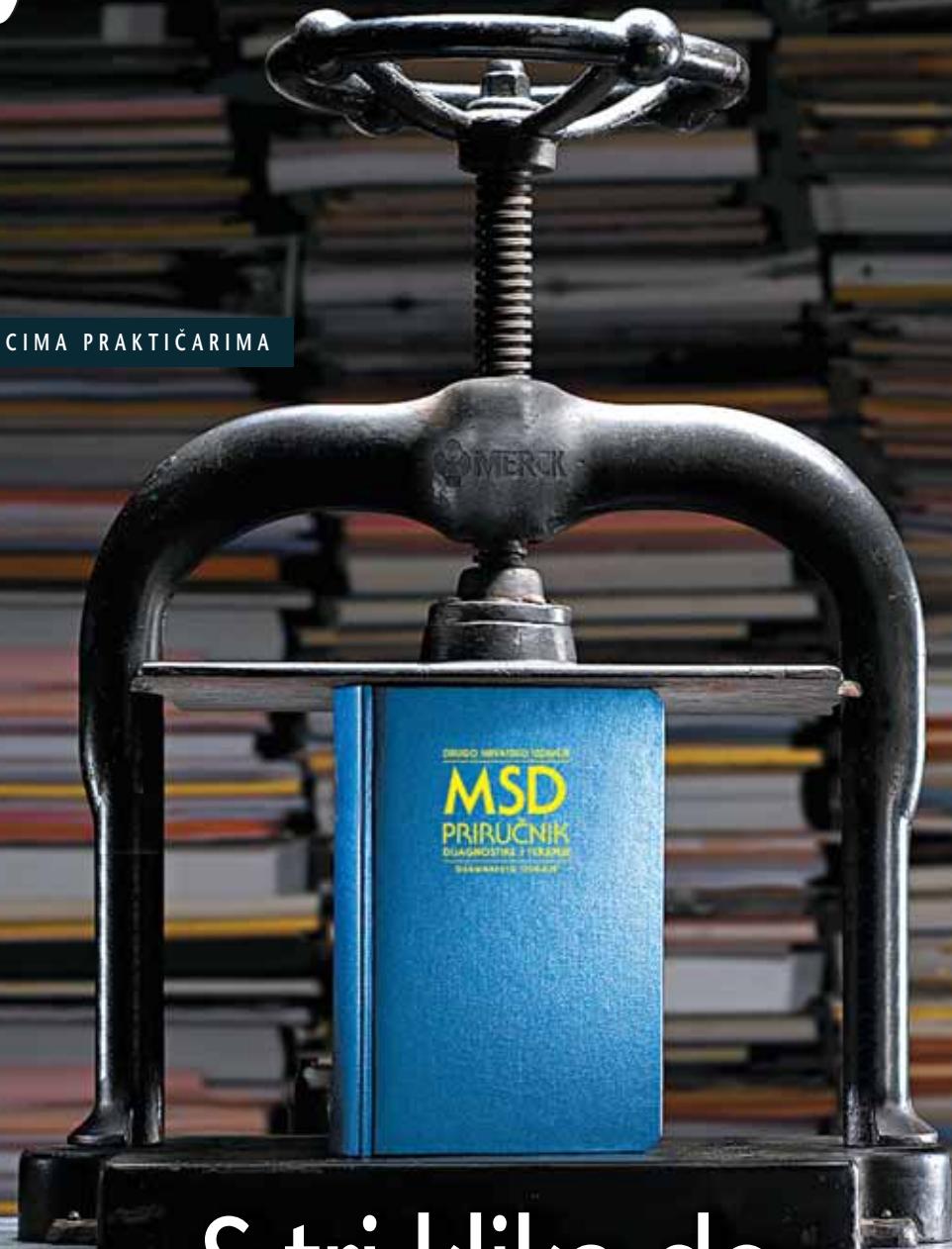


Liječničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE



SVIM LIJEĆNICIMA PRAKTIČARIMA



S tri klika do
besplatnog MSD priručnika!

impresum

Liječničke novine

Glasilo Hrvatske liječničke komore

ADRESA UREDNIŠTVA

10000 Zagreb, Šubićeva 9, Hrvatska

GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK

Prof. dr. Željko Poljak

Vlaška 12, 10000 Zagreb

e-mail:zeljko.poljak@zg.t-com.hr

TAJNIK REDAKCIJE

Dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.

Naklada 18.000 primjeraka

MEDICAL NEWS

FOUNDER AND PUBLISHER

The Medical Chamber of Croatia

ADDRESS

10000 Zagreb, Šubićeva 9, Croatia

Editor-in-chief Professor Željko Poljak, M.D.

Published in 17.000 copies

IZDAVAČKI SAVJET

Prim. dr. Dražen Borčić

Nikolina Budić, dipl. iur.

Prim. dr. Egidio Čepulić

Mr. sc. Dubravko Furlan

Prof. dr. Herman Haller

Prim. dr. Josip Jelić

Prof. dr. Tatjana Jeren

Prof. dr. Vesna Jureša

Prim. dr. Vjekoslav Mahovlić

Prim. dr. Hrvoje Minigo

Prim. dr. Dragomir Petrić

Prof. dr. Mirjana Sabljarić-Matovinović

Dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric

Prim. dr. Hrvoje Šobat

UREDNIČKI ODBOR

Dražen Borčić • Nikolina Budić

Borka Cafuk • Egidio Čepulić

Stella Fatović Ferenčić • Josip Jelić

Slavko Lovasić • Adrian Lukenda

Ingrid Márton • Hrvoje Minigo

Mladen Petrovečki • Dražen Pulanić

Dario Sambunjak • Katarina Sekelj Kauzlaric

Ivica Vučak

UPUTA SURADNICIMA

Rukopisi se šalju na adresu:

"Liječničke novine HLK", 10000 Zagreb, Šubićeva 9/ III,
e-mail: hlk@hlk.hr ili izravno uredniku.

Članci ne podliježu recenziji i uredništvo
se ne mora slagati s mišljenjem autora.

Članici se mogu pretiskati samo uz naznaku izvora.
Mali oglasnik je za članove Komore besplatan.

Temeljem odluke Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi
od 12. prosinca 2005. (Klasa: 612-10/05-01/8, Ur. broj:
534-04-04/05-01), za sve oglase lijekova objavljene u
ovom broju "Liječničkih novina", cjelokupni odobreni
sažetak svojstava lijeka te cjelokupna odobrena uputa
sukladni su člancima 16. i 22. Pravilnika o načinu
oglašavanja i obavješćivanja o lijekovima, homeopatskim
i medicinskim proizvodima (NN br. 62/05).

"Liječničke novine" su glasilo Hrvatske liječničke komore
za stalošku i društvena pitanja. Članovi ih dobivaju besplatno.
Godišnja pretplata: 400,00 kn. Pojedinačni broj 50,00 kn.

Hrvatska liječnička komora

Tel 01/ 45 00 830, Fax 01/ 46 55 465

Redakcija

01/ 45 00 848 (novinarka Borka Cafuk)

Oblikovanje A. Boman Višić

Tisk "Mediaprint - Tiskara Hrastic d.o.o."

Liječnička komora na internetu:

www.hlk.hr • e-mail:hlk@hlk.hr

kazalo

Liječničke novine 97 • 15. ožujka 2011.

RIJEČ PREDSJEDNIKA 5

Čekajući novo proljeće...

IZ KOMORE 7

39. sjednica Izvršnog odbora • Naručite Merck Manual • Organizatorima stručnih skupova
Naše primjedbe na Smjernice za metadon i na Uvjete u pogledu prostora • Cjenik zdravstvenih postupaka

Pravna problematika liječnika • Izmjene u županijskim povjerenstvima

IZ HRVATSKEGD ZDRAVSTVA 18

Povjerenstvo za gerijatriju • Svjetski dan bolesnika • Zakon o zdravstvenoj zaštiti • Hrana u vrtićima
HD za fizičku medicinu • Upravno vijeće HZZO-a • Darivanje organa • Rijetke bolesti • Kategorizacija bolnica
Crveni križ Zagreba • Liječnički bal • Prvi specijalisti hitne medicine

ZDRAVSTVO U SVIJETU 29

Klimatske promjene narušavaju zdravlje • Milijuni nepotrebno uzimaju statine
Protiv krivotorenih lijekova • Starenje svjetskog stanovništva

ZDRAVSTVENI SUSTAVI 32

Kako to rade Englezi i Amerikanci

TEHNOLOGIJA U MEDICINI 36

Primjena elektrokemoterapije u medicini

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE 41

ZA STRUČNO USAVRŠAVANJE 53

Razvojni poremećaj kuka

DRUGO MIŠLJENJE 55

Ne bolnice, nego izvanbolnička zaštita mentalnog zdravlja

COCHRANE ZANIMLJIVOSTI 59

PISMA UREDNIŠTVU 60

Zajedništvo ili rasap liječničkog staleža • Pogled unatrag i unaprijed

«ALTERNATIVA» 63

Kneippovo lječilište u Krapini

IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE 64

Bečki «Josephinum» i hrvatski liječnici

ZANIMLJIVA LIČNOST 69

Franz Wilhelm Lippich

USPOMENE I SJECANJA 71

Olga Carević: Otkriće i proučavanje lizosoma

LIJEĆNICI UMJETNICI 74

Prof. dr. Dragutin Košuta

KRATKA LIJEĆNIČKA PRIČA 76

Ljiljana Klasić-Bencetić: Povratak

LIJEĆNICI PJESENICI 77

Youssef Abou Aldan

OCIMA BOLESNIKA 78

Kako je barba uklonio strah od injekcije

BIPATOGRAFIJE 79

Sudbine poznatih međimurskih skladatelja

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA 81

PRILOG

Pravilnik o disciplinskom postupku

ORGANIZACIJA I MARKETING "BONAMARK" • AMRUŠEVA 10

• tel/fax 01/ 4922 952, tel 01/4818 603, 4818 600 • e mail: bonamark@bonamark.hr

Čekajući novo proljeće ...

• Konačno je prošla duga i hladna zima. Proljeće budi nadu da će nam biti bolje, iako su brojna neugodna događanja u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj djelatnosti uznemirila naše članove. Sa zadovoljstvom mogu reći da su se liječnici u svim tim slučajevima obratili s povjerenjem svojoj Komori, a na njihovo traženje organizirali smo brojne sastanke u Komori i zatražili razgovor kod nadležnih tijela, pa i samog ministra zdravstva. U ovakvim prilikama najbolje se vidi uloga naše profesionalne organizacije i snaga zajedničkog djelovanja naših članova, njihovih udrug i same Komore koja svojim zakonom utvrđenim javnim ovlastima ima veće mogućnosti djelovanja kroz sustav nego svaki njen član pojedinačno. Koristim priliku da se zahvalim svim kolegama koji su konstruktivno, argumentirano i proceduralno potpuno prihvatljivo iznosili probleme, ali i predlagali rješenja, te djelovali kroz institucije sustava zajedno sa svojom Komorom. Istodobno, ističem i spremnost ministra da prihvati naše argumente i djeluje sukladno svojim ovlastima, a na korist liječnika i njihovih pacijenta.

Mislim da je važno spomenuti aktivnosti Komore na zaštiti interesa liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zahvaljujući tome uspjeli smo odgoditi obvezu primjenjivanja odluke o vadjenju krvi (i uzimanju u-zoraka urina) u ordinacijama opće/obiteljske medicine, dok se točno ne utvrde uvjeti koje svaka ordinacija mora imati za obavljanje takvog specifičnog posla. Komora je od samog početka zastupala jasan stav da ova usluga ne može biti obvezujuća te da se onim liječnicima koji je budu provodili za svoje pacijente to posebno i plati. Cjenik Komore za ove, ali i sve druge usluge, davno je poznat i objavljen, pa predstavlja dobru podlogu za utvrđivanje konačnih cijena liječničkih usluga. Jasno, nikada nismo bili protiv edukacije, pa smo tako podržali i dodatnu edukaciju medicinskih sestara koje rade u timovima PZZ-a, a koju je organizirala Komora medicinskih biokemičara u suradnji s Komorom medicinskih sestara.

Na traženje nekolicine kolegica iz djelatnosti obiteljske medicine organizirali smo u Komori još u siječnju sastanak s predstavnicima HZZO-a na najvišoj razini, a na temu prijetnji otkazom ugovora s HZZO-om. Ustrajno smo tražili i postigli arbitražu, a ne



samo jednostrani prekid ugovora i određivanje neprimjerenih novčanih kazni za jednu od ugovornih strana. Predstavnici Komore u samoj arbitraži odabrale su kolegice nad kojima se ovaj neugodni postupak provodio. Sukladno zakonom utvrđenom postupku Komora u može u njemu značajno djelovati. Svojim utjecajem, a u stalnoj suradnji s kolegama na terenu, uspjeli smo u konačnici sprječiti raskidanje ugovora s tri liječnice obiteljske medicine koje su bile optužene zbog ne-korištenja licenciranog informatičkog programa. Zatražili smo od mjerodavnih da se pri korištenju svih informatičkih programa vodi briga o potrebama liječnika koji su podatke u sustav unosili i s njim dnevno rade, ali i o pacijentima koji zbog nekvalitetnih programa mogu imati zastoj ili neprilike u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu na primarnoj razini. Predlagali smo donošenje jasnih kriterija pri licenciranju informatičkih programa, te uvođenje relicenciranja nakon određenog razdoblja rada sustava, jednako tako kako se i mi liječnici, pa i drugi zdravstveni radnici u sustavu, redovito relicenciramo.

Kako sam u svom prošlomjescnom uvodniku spomenuo probleme u primjeni novog Pravilnika o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca, sada mogu potvrditi neodrživost primjene takvih pravila koja između ostalog diskriminiraju naše kolege. Komora je i službeno, posebnim dopisom, protestirala protiv ovakve valorizacije rada kolega u bolničkom sustavu, te u specijalističko-konzilijskoj službi, koja ne uzima u obzir neke specijalističke preglede (npr. kontrolne) a niti pravedno vrednuje složenost poslova u okviru te djelatnosti. Svjesni smo činjenice da je teško objektivno mjeriti liječnički rad, jer je on složen i često nemjerljiv u vremenskom, stručnom i profesionalnom

smislu, ali se zalažemo za vrednovanje svih naših poslova, jer nema tog posla koji liječnik obavlja u svakodnevnom radu s bolesnim ljudima koji bi se mogao smatrati nepotrebним i nevažnim. Radi se ipak o ljudima, i to u stanju posebne potrebe!

Tijekom veljače, preuzeли smo i službeno naše nove prostorije u Zagrebu, Tuškanova ulica 37, čime je građevinski dio okončan, i to u ugovorenom roku. Ponosimo se činjenicom da smo i mi svoje obveze potpuno poštivali te da se nova informatička oprema i dio namještaja već nalaze u našim novim prostorijama. Vjerujemo da će se sredinom travnja održati i službeno otvorene naših prostora, pa i preseljenje iz Šubićeve 9. Time će završiti naše podstanarsko razdoblje rada i započeti rad u našem vlastitom prostoru. Taj veliki događaj u povijesti naše Komore dostoјno ćemo označiti.

Počeli su naši izbori. Vidim da je zanimanje vrlo veliko, tako da ćemo između puno kandidata moći izabrati one najbolje, koji će znati, moći i htjeti nastaviti i poboljšati sve ono što smo do sada radili. S ponosom mogu reći da danas imamo 17 975 licenciranih članova Komore i 263 člana koji nemaju važeću licencu, ali su članovi Komore (najčešće umirovljeni). Javno izrečen podatak u TV emisiji „Hrvatska uživo“, u kojoj sam branio ugled naše profesije, da u Hrvatskoj ima oko 18 000 liječnika nije se nekim svidio, tako da su pokušali to opovrgnuti, iako se popis liječnika članova Komore odavno nalazi na našoj web stranici sukladno našoj zakonskoj obvezi o pravu na pristup informacijama. Držim da je podatak o broju članova Komore važan i da jasno pokazuje kolik korpus visoko obrazovanih stručnjaka intelektualaca imamo. Moramo biti svjesni da - ako smo složni, ako imamo razumijevanja za razne situacije i probleme koji se periodično pojavljuju u svim segmentima našeg rada - možemo postići puno toga za našu profesiju.

Uvjeren sam da velika većina nas obavlja svoj posao časno, trudeći se da ponekad i u vrlo teškim uvjetima pruži svojim pacijentima najbolju uslugu. Međutim, u javnosti često dominiraju stavovi, kako su liječnici korumpirani, da ne rade dovoljno, da namjerno povećavaju liste čekanja kako bi mogli pacijente upućivati u svoje privatne ordinacije te kako su podložni snažnom utjecaju farmaceutske industrije itd. Jasno je da se samo poštenim i predanim radom možemo boriti protiv ovakve negativne percepcije, a one među nama koji se ponašaju suprotno našem Kodeksu medicinske etike i deontologije valja sankcionirati.

Krajem prošle godine izdane su nove članske iskaznice jer je starima istekao rok

valjanosti. Kao što vam je poznato, naše član-ske iskaznice su zahvaljujući našem partneru Splitskoj banci SG ujedno i potencijalne kreditne kartice. Nažalost, ovoga je puta taj naš partner napravio tehnički propust, pa nije ažurirao podatke za iskaznice, a u proteklom razdoblju dogodile su se promjene u titulama, prezimenima i mjestu rada, pa i boravka.

Osim toga, neki članovi su nam se žalili da su pogodnost za naše članove s aktiviranom karticom ove banke ispod njihovih očekivanja. Stoga smo održali sastanak Partner-skog vijeća Komore i banke na najvišoj razini. Upozorili smo na ove propuste i zatražili bolje uvjete za naše članove. Banka je s velikom pažnjom i zainteresiranošću razmotrla sve naše prigovore, izrazila žaljenje i pristala ispraviti sve svoje propuste.

Uskoro ćemo objaviti novosti i pogodnosti za naše članove koji se odluče svoju

iskaznicu aktivirati ili koristiti ponude banke za liječnike, studente medicine i studente doktorskih studija na našim fakultetima.

U tijeku je podjela besplatnih pri-mjeraka MSD priručnika za svakog liječnika praktičara. Zbog toga je postavljena aplikacija na našoj web stranici. Interes je jako velik. Na-žalost, neke grupacije naših članova nisu obuhvaćene u podjeli priručnika u ovoj fazi.

Ovo iz razloga jer je MSD osigurao 12 700 primjeraka, baš onoliko koliko prema evidencijama Zavoda za javno zdravlje ima liječnika u zdravstvenom sustavu koji su definirani kao „liječnici praktičari“.

Komora se, međutim, zalaže da svi naši članovi bez obzira na mjesto rada, a koji se žele koristiti ovom praktičnom i vrijednom knjigom, dobiju za to priliku. Nadamo se da će se uz pomoć naših donatora naći i za ovaj trenutačni problem neko rješenje, a sve vas molim za strpljenje.

Kao što sam na početku rekao da je prošla duga i hladna zima i da napokon dolazi proljeće nade u bolje sutra, vjerujem u našu snagu i znam da ćemo samo u zajedništvu i u sljedećem razdoblju postići više za boljšak naše profesije. Pri tome je jako važno da se medusobno poštujemo i cijenimo te da nam nikad ne padne napamet da ističemo samo sebe i neopravdano sve uspjehu pripisujemo samo svojim zaslugama, ocrnujući i omalo-važavajući druge kolegice i kolege. Konačno i naš Kodeks upućuje nas na to, a vrijeme korizme navodi na promišljanja.

Vaš predsjednik:
Prim. dr. Hrvoje Minigo

••••

iz komore

S 39. sjednice Izvršnog odbora

Komora se protivi obvezi uzimanja venske krvi u ordinacijama obiteljske medicine gdje za to ne postoje uvjeti

Borka Cafuk

• Tijekom sjednice Izvršnog od-bora Hrvatske liječničke komore 25. veljače donesen je zaključak i hitno je poslan dopis Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO) kojim se Komora oštro protivi predloženoj izmjeni članka 49. stavka 1. Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provo-denju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno predloženom brisanju dijela napomene ispod Tablice 1.7. koja se odnosi na uvjete i način provo-denja dijagnostičko-terapijskog postupaka u pri-marnoj zdravstvenoj zaštiti - PZZ19 Uzimanje venske krvi za laboratorijsku analizu.

Naime, Komora je 22. veljače pri-mila dopis HZZO-a kojim se traži njeno mišlje-nje na zaprimljene nacrte općih akata Zavo-da. Člankom 49. Odluke utvrđeni su dija-gnostičko-terapijski postupci koje mogu pro-voditi doktori ugovoreni u pojedinim djelat-

nostima primarne zdravstvene zaštite (PZZ) i da oni predstavljaju isključivo moguć doda-tan prihod ugovornih ordinacija. U napomeni koja se odnosi na uvjete i način provo-denja dijagnostičko-terapijskog postupaka u PZZ-u do sada je stajalo da je uzimanje venske krvi za laboratorijsku analizu u ordinacijama opće/ obiteljske medicine obvezno, osim na lokaci-jama gdje za to ne postoji mogućnosti. U pre-dloženoj izmjeni iz napomene je izbrisano "osim na lokacijama gdje ne postoji moguć-nosti za provo-denje istog". Komora nije zado-voljna činjenicom da je ta izmjena, koja obve-zuje sve liječnike na vađenje venske krvi, ob-razložena isključivo stavom Hrvatske komore medicinskih biokemičara kao ni činjenicom da jedna od komora u zdravstvu predlaže zna-čajne promjene u svakodnevnom radu i orga-nizaciji radnog vremena članova druge komo-re - u ovom slučaju članova Hrvatske liječničke komore.

Ovakvo postupanje Komora smatra neprihvatljivim i traži da se predložena izmje-na Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provo-denju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja briše s dnevnog reda sjednice Upravnog vijeća HZZO-a 28. veljače, sve dok se uvjeti i način provo-denja vađenja krvi u ordinacijama PZZ-a konačno ne utvrdi na zajedničkom sastanku predstavnika Komore, Ministarstva zdravstva i socijalne skribi i HZZO-a, i to u istom sastavu u kojem je na posljednjem zajedničkom sastanku usuglašen stav oko vađenja krvi u ordinacijama PZZ-a.

Organizatori skupova obvezni su upisivati sudionike u informatičku aplikaciju trajnog usavršavanja

Povjerenstvo za medicinsku izobrazbu liječnika predložilo je IO-u način pri-pisa bodova ostvarenih u okviru trajne medi-cinske izobrazbe u aplikaciju za praćenje traj-nog usavršavanja. Predsjednica Povjerenstva prof. dr. Tatjana Jeren istaknula je da se sada 30 posto skupova prijavljuje elektroničkim pu-tem preko mrežne stranice Komore. No, do-gađa se da organizatori skupova ne upisuju imena sudionika koji su sudjelovali na struć-nom skupu, zbog čega se sudionicima ne pripisuju bodovi. Stoga je Povjerenstvo pred-ložio, a IO prihvatio, da se u Liječničkim novi-nama objavi obavijest za organizatore sku-pova i liječnike sudionike skupova, kojom se organizatori upozoravaju da imaju obvezu

upisivanja liječnika sudionika skupova u informatičku aplikaciju trajnog usavršavanja.

Ako organizator ne ispuni svoju obvezu upisivanja liječnika u informatičku aplikaciju, Komora ne može pripisati bodove u elektroničku karticu niti ih priznati u postupku obnove odobrenja za samostalan rad (Obavijest organizatorima stručnih skupova i liječnicima sudionicima, kratak podsjetnik o pravima i obvezama objavljena je u ovom broju LN-a).

Usklađivanja djelatnosti obiteljske medicine s europskim standardima

Predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu prim. dr. **Dragomir Petrić** izvjestio je IO da je 19. veljače održana proširena sjednica Povjerenstva na kojoj se raspravljalo o projektu usklađivanja djelatnosti obiteljske medicine s europskim standardima i na koju su bili pozvani dipl. iur. **Marija Pederin** predstavnica Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, pomoćnik ravnatelja HZZO-a dr. **Mario Bagat** i predstavnici Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Katedre za obiteljsku medicinu doc. dr. **Mladenka Vrcić Keglević** i prof. dr. **Milica Katić**. Zaključci sa sastanka biti će objavljeni u sljedećem broju Liječničkih novina.

Zamjenica predsjednika Povjerenstva za PZZ prim. mr. Nevenka Vinter Repa-



Rizničar Komore prim. dr. Vjekoslav Mahović, prvi dopredsjednik prim. dr. Josip Jelić i predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo

Iust izvjestila je IO o sastanku s predstavnicima Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (KoHOM) održanom u Komori 27. siječnja. Na sastanku se raspravljalo o brojnim još uvijek neriješenim pitanjima, poput minimalne cijene dežurstava u PZZ-u koja bi svugdje trebala biti ista, o tome da liječnici koji dežuraju moraju imati potpisani ugovor s domovima zdravlja, o vodenju venske krv na što liječnici pristaju da to bude uvršteno

u DTP ali ne i da bude obvezno, o arbitraži itd. Svi njihovi prijedlozi, istaknula je Vinter Repalust, identični su zaključcima Povjerenstva za PZZ i prijedlog je da Komora i KoHOM ponovo, zajednički, zatraže rješavanje ovih pitanja.

IO je zaključio da se uvažavaju sve informacije i primjedbe KoHOM-a i da se zapisnik sa sastanka upućuju Povjerenstvu za PZZ na razmatranje i verifikaciju.

Pokrenute aktivnosti za dopunu Cjenika zdravstvenih postupaka

Povjerenstvo za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost pokrenulo je aktivnosti za dopunu Cjenika zdravstvenih postupaka Komore, obavijestio je IO predsjednik Povjerenstva prim. mr. **Egidio Ćepulić**. Naime, objasnio je, važeći Cjenik zdravstvenih usluga usvojen je 2007. i zbog brojnih novih dijagnostičkih i terapijskih postupaka nužno ga je dopuniti. Povjerenstvo je pozvalo sve zainteresirane pružatelje zdravstvenih usluga da dostave obrazložene prijedloge izmjena i dopuna stavki postojećeg Cjenika (o tome posebna članak u ovom broju LN-a). Vezano uz Cjenik zdravstvenih postupaka, Povjerenstvo će uputiti i dopis svim osiguravajućim društvima da trebaju voditi računa o Cjeniku Komore prilikom oblikovanja cijena.

Ćepulić je izvjestio i da će Povjerenstvo izraditi izmjene i dopune Pravilnika



Predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju prof. dr. **Mirjana Sabljar-Matovinović** i predsjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost prof. dr. **Vesna Jureša**



Drugi dopredsjednik Komore prim. dr. Dražen Borčić i predsjednica Vijeća Komore doc. dr. Ljiljana Perić

Komore o načinu isticanja naziva i oglašavanja rada privatne ordinacije, zdravstvene ustanove, trgovackog društva i druge pravne osobe u privatnom vlasništvu koja obavlja zdravstvenu djelatnost, a privatnicima će se poslati upozorenje da se smiju oglašavati samo u skladu s Kodeksom i rješenjem Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi.

Također, Povjerenstvo predlaže Povjerenstvu za stručna pitanja i stručni nadzor da u stručni nadzor uvrste i nadzor nad privatnim poliklinikama i ordinacijama opće prakse.

Iz rada ostalih povjerenstava IO-a

Predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju prof. dr. Mirjana Sabljar-Matovinović izvjestila je IO da Povjerenstvo rješava pristigne predmete i bavi se odjecima tribine "Eutanazija danas", koju je organiziralo 26. studenog 2010.

Predsjednik Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor prof. dr. Herman Haller iznio je plan aktivnosti provođenja stručnog nadzora u tekućoj godini istaknuvši da je cilj plana dovršiti nadzor nad bolnicama i proširiti ga na domove zdravlja, hrvatske zavode za javno zdravstvo i hitnu medicinsku pomoć. Na prijedlog predsjednika Komore IO je usvojio plan stručnoga nadzora za 2011.

Haller je naglasio da iako u Povjerenstvo pristiže otprilike isti broj predmeta na razmatranje kao i prije, više je predmeta riješeno pozitivno i upućeno na postupanje Sudu časti Komore.

Povjerenstvo za javnozdravstvenu djelatnost se konzultiralo o prijedlogu Pravilnika o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, izvjestila je IO predsjednica Povjerenstva prof. dr. Vesna Jureša. Upozorila je da se telemedicina pojavila u odredbama u školskoj medicini, gdje telemedicina nikada nije pripadala te da bi tu odredbu trebalo brisati. Prvi put se pojavljuje, dodala je Jureša, standard opreme i prostora za primalje.

Povjerenstvo za međunarodnu suradnju radi na organiziranju sastanka Permanent Working Group of European Junior Doctors (PWG), koji će se održati od 5. do 8. svibnja u Zagrebu, izvjestio je IO predsjednik Povjerenstva prim. dr. Hrvoje Šobat.

Ostale aktivnosti Komore

Između dviju sjednica IO-a, od 24. siječnja do 25. veljače 2011., odvijale su se brojne aktivnosti u kojima su sudjelovali dužnosnici Komore.

Predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo i suradnici sastali su se s pred-

stvincima liječničkih komora Slovenije i Italije 22. siječnja kako bi dogovorili održavanje trilateralnog sastanka u svibnju na Brijunima vezanog uz priznavanje specijalizacija.

U Komori je 24. siječnja održan sastanak s liječnicima PZZ-a kojima prijeti otkaz ugovora s HZZO-om.

Prim. Minigo, dopredsjednik prim. dr. Josip Jelić i tajnik Komore dipl. iur. Nikolina Budić sastali su se 26. siječnja u Ministarstvu zdravstva s državnim tajnikom dr. Draženom Jurkovićem u vezi s Pravilnikom o mjerilima za razvrstavanje lijekova te o propisivanju i izdavanju lijekova na recept.

Predsjednik Komore je 27. siječnja kao član Odbora za zdravstvo i socijalnu skrb Hrvatskog sabora nazočio 52. sjednici na kojoj se raspravljalo o izmjenama i dopunama Zakona o doprinosima te o proglašenje Nacionalnog dana borbe protiv raka vrata maternice. Potom se sa suradnicima sastao s predstvincima KoHOM-a u vezi s otvorenim pitanjima opće/obiteljske medicine.

U Komori je isti dan održan sastanak s institucijama, komorama i udružama liječnika obiteljske medicine vezan za Prijedlog izmjena Smjernica za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom (više u posebnom članku u ovom broju LN-a). Održan je i sastanak o provođenju postupaka za



Predsjednik Povjerenstva za privatu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost prim. mr. Egidio Ćepulić



Predsjednik Povjerenstva za PZ
prim. dr. Dragomir Petrić

priznavanje specijalizacija iz hitne medicine s predstavnicima Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu.

Tajnik Komore je 3. veljače sudjelovala na sjednici užeg saziva Pravnog savjeta Udruge poslodavaca u zdravstvu u vezi s

primjenom Pravilnika o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca.

Isti je dan dr. Katarina Sekelj-Kauzlarić sudjelovala na sastanku Povjerenstva za prihvaćanje pokroviteljstva, novčano podupiranje znanstveno-stručnih skupova u zdravstvu i davanje mišljenja na dodatno stručno usavršavanje zdravstvenih radnika.

Prva sjednica Središnjeg izbornog povjerenstva održana je 7. veljače (više u članku u prošlom broju LN-a od 15. veljače). Istoga je dana dr. Sekelj-Kauzlarić sudjelovala na sastanku o radu konzultanata u projektu reforme hitne medicine - Komponenta 1.

Prim. Minigo i prim. Jelić nazočili su sastanku i prezentaciji prijedloga Mreže hitne medicine Republike Hrvatske 9. veljače u Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu, a dr. Sekelj-Kauzlarić je sudjelovala na sastanku Povjerenstva za gerijatriju u Ministarstvu zdravstva.

Predsjednik Komore je naznačio Svetoj misi povodom obilježavanja 20. godišnjice osnivanja Hrvatskoga katoličkog liječničkog društva održanoj 12. veljače u crkvi sv. Katarine.

U Komori je 14. veljače održan sastanak na kojem se raspravljalo o Pravilniku o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti s načelom

nicom Službe za inspekcijske poslove Ministarstva zdravstva dr. Vesnom Sokol.

Prim. Minigo i prim. Jelić bili su na radnom sastanku s ministrom zdravstva i socijalne skrbi mr. Darkom Milinovićem 15. veljače.

Prim. Minigo i dr. Sekelj-Kauzlarić sudjelovali su na sastanku Središnjeg povjerenstva za liječničke specijalizacije koji je održan 16. veljače.

Dr. Sekelj-Kauzlarić bila je na sjednici Sektorskog vijeća za zdravstvo i socijalnu skrb 21. veljače u Agenciji za strukovno obrazovanje.

Komora i MSD su potpisali ugovor o dodjeli MSD priručnika 22. veljače, kojim je MSD preuzeo i sve troškove naručivanja kao i distribucije priručnika članovima Komore, aktivnim praktičarima.

U Komori je 24. veljače održan radni sastanak s predstavnicima Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu o provođenju postupka za priznavanje specijalizacija iz hitne medicine. U HZZO-u su se sastali predstavnici Komore i HZZO-a i raspravljali o prijedlogu izmjena akata za ugovaranje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i medicinu rada.

.....

Važna obavijest organizatorima stručnih skupova i liječnicima sudionicima

Kratki podsjetnik o pravima i obvezama

- Povjerenstvo za medicinsku izobrazbu liječnika skreće pozornost organizatorima online prijavljenih stručnih skupova na obvezu upisivanja svih liječnika - sudionika prijavljenog skupa, u informatičku aplikaciju trajnog usavršavanja.

Uz ulaz u aplikaciju svaki organizator ostvaruje putem korisničkog imena i zaporkе koji se dodjeljuju prilikom online prijave skupa.

Upis liječnika u informatičku aplikaciju dužnost je i obveza svakog organizatora. Ako organizator ne ispuní svoju obvezu upisivanja liječnika u informatičku

aplikaciju, Komora neće biti u mogućnosti pripisati bodove u elektroničku karticu niti ih priznati u postupku obnove odobrenja za samostalan rad (licence).

Isto tako podsjećamo organizatore stručnih skupova prijavljenih putem obrasca na odredbu članka 21. stavka 4. Pravilnika o trajnoj medicinskoj izobrazbi kojom je propisano da je organizator kategoriziranog i vrednovanog stručnog skupa dužan sudionicima stručnog skupa podijeliti potvrđnice.

Organizatorima koji ne podijele potvrđnice sudionicima stručnog skupa, uskrsatit će se vrednovanje budućih stručnih skupova koje prijave.

Za sva eventualna pitanja možete se obratiti Tatjani Babić, dipl. iur., tajnici Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika na broj telefona: 01/4500 830 ili na e-mail: tatjana.babic@hlk.hr

Za Povjerenstvo
Prof. dr. sc. Tatjana Jeren, dr. med.,
predsjednica

Komora Ministarstvu predložila izmjene Smjernica za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom

- Na temelju zaključka Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu Komora je organizirala sastanak posvećen izdavanju liječnika metadona u ordinacijama liječnika opće medicine. Naime, Povjerenstvo je zaključilo da je izdavanje tog lijeka u ordinacijama opće medicine na brojnim skupovima i internetskim forumima prepoznato kao postupak koji vremenski, fizički i psihički najviše opterećuje timove opće medicine. Povjerenstvo ističe da se radi o staleškom problemu *par excellence* i da je Komora najpozvanija da sazove sastanak na kome bi predstavnici institucija odgo-

vornih za organiziranje liječenja i udruga liječnika opće medicine pokušali naći prihvatljiviji način provođenja tog liječenja i predložiti izmjene Smjernica za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom.

Stoga je Povjerenstvo predložilo, a IO prihvatilo, te je 27. siječnja organiziran sastanak na kojem su sudjelovali predstavnici svih institucija uključenih u rješavanje problema zloporabe droga i liječenja ovisnosti, zainteresiranih komora u zdravstvu te udruga liječnika obiteljske medicine.

Izmjena Smjernica početni je korak u redefiniranju postojećeg načina metadonske terapije

Na sastanku su prijedlog Komore zastupali predsjednik prim. dr. **Hrvoje Mingo**, prim. dr. **Josip Jelić**, prof. dr. **Vesna Jureša**, dr. **Ante Ivančić** i dipl. iur. **Mijo Karaula**. Institucije, komore i udruge su predstavljali: dr. **Vesna Sokol** iz MZS-a, dr. **Asja Prgin Rogošić** iz HZZO-a, mr. krim. **Dubravko Klarić** i dipl. iur. **Sanja Mikulić** iz Ureda za suzbijanje zloporabe droga Vlade Republike Hrvatske, prim. dr. **Marina Kuzman** iz HZJZ-a - Službe za školsku i adolescentnu medicinu i preventiju ovisnosti, prof. dr. **Slavko Sakoman** iz KB-a Sestre Milosrdnice - Referentnog centra za ovisnost o drogama MZS-a, bacc. ms. **Božena Vrabec** iz Hrvatske komore medicinskih sredstava, mag. pharm. **Katica Vugrinčić Tomičić** i mag. pharm. **Danijela Huml** iz Hrvatske ljekarničke komore, dr. **Dragan Soldo** iz Hrvatskog društva obiteljskih doktora HLZ-a, doc. dr. **Hrvoje Tiljak** iz Hrvatske udružbe obiteljske medicine te dr. **Marion Malnar**, dr. **Leonard Bressan** i dr. **Vjekoslava Amerl Šakić** iz Koordinacije liječnika hrvatske obiteljske medicine.

Sudionici sastanka podržali su prijedlog Komore o izmjeni Smjernica za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom, kao važan početni korak u postupku redefiniranja postojećeg načina davanja metadonske terapije. Sudionici su izrazili spremnost da izrade pojedinosti novog načina davanja metadonske terapije u suradnji s MZS-om i HZZO-om.

Podržani su prijedlozi mjera i postupaka koji bi unaprijedili kvalitetu farmakoterapije opijatske ovisnosti a time i ukupnu kvalitetu liječenja ovisnika. To se odnosi na zamjenu postojećih pripravaka metadona koji se pripremaju u ordinacijama opće medicine

oblikom koji bi se u kontroliranim uvjetima pripremao u ljekarnama, potom donošenje izmjena i dopuna pravilnika o mjerilima za razvrstavanje lijekova te o propisivanju i izdavanju lijekova na recept, kojima bi se omogućilo izdavanje lijeka za razdoblje od jednog tjedna na recept.

Ali i donošenje svih potrebnih podzakonskih propisa utvrđenih Zakonom o suzbijanju zlouporabe droga vezanih uz promet droga i promet tvari koje se mogu uporabiti za izradu droge te posebnog vrednovanja i stimuliranje rada svih zdravstvenih radnika koji sudjeluju u tretmanu ovisnika.

Prijedlog izmjena Smjernica

Premda Komora smatra da je postojeći model liječenja heroinskih ovisnika u Republici Hrvatskoj, koji se temelji na suradnji specijaliziranih centara i liječnika opće/obiteljske medicine, u načelu dobar, postoje i poteškoće u njegovoj provedbi, posebno u dijelu koji se odnosi na neposredno davanje metadonske terapije od strane liječnika opće/obiteljske medicine.

Komora smatra da je postojeći protokol postupanja, utvrđen Smjernicama za farmakoterapiju opijatskih ovisnika metadonom, potrebno izmijeniti u dijelu koji uređuje način neposrednog davanja metadona, a sve s ciljem unapređenja kvalitete i sigurnosti liječenja heroinskih ovisnika. Prijedlog izmjena Komora je poslala Ministarstvu zdravstva. Komora predlaže da se u dijelu Smjernica koji uređuje neposredno davanje metadona brišu dijelovi teksta koji glase:

- Liječnik, odgovoran za neposredno davanje metadona, temeljem propisa za izda-

vanje „narkotika”, ispisuje recept i osigurava podizanje u ljekarni, a nakon toga i čuvanje potrebne količine lijeka. Ovisnik ne smije sam podizati metadon u ljekarni. Liječnik može ovlastiti osobu, koja će to učiniti umjesto njega. To može biti i pouzdani član obitelji ovisnika. U tom slučaju je potrebno na receptu napisati ime i prezime te osobe te broj identifikacijskog dokumenta.

- Pacijent lijek treba popiti u ambulantu, pod kontrolom medicinskog osoblja.

- Lijek koji se daje unaprijed «u ruke», zbog smanjenja rizika intravenoznog uzimanja kao i otežavanja moguće preprodaje, treba se prirediti u obliku pripravka, tj. tablete zdrobiti i na suho pomiješati s voćnim prahom («cedevita» ili drugi slični vitaminski pripravak) odnosno, ukoliko se radi o soluciji, treba istu pomiješati s voćnim sirupom (to će biti potrebno dok se na našem tržištu ne osigura gotovi metadonski sirup).

Komora predlaže da se umjesto toga u sadržaj Smjernica unese novi tekst koji glasi:

- Liječnik odgovoran za propisivanje metadona, u pravilu njegov izabrani liječnik opće medicine, ispisuje recept. Za doze koje prema preporuci ovlaštenog liječnika Službe ili Centra za liječenje ovisnosti pacijent treba popiti u ordinaciji pod nadzorom, sestra ili liječnik trebaju preuzeti lijek u ljekarni. Za doze koje prema preporuci ovlaštenog liječnika pacijent može dobiti za uzimanje kod kuće, izabrani liječnik će napisati recept i pacijent će lijek preuzeti u ljekarni. Ljekarna će osigurati izdavanje oblika lijeka koji nije pogodan za zloupotrebu: solucija metadona pomiješana s odgovarajućim sirupom ili gotovi sirup.

Borka Cafuk

Liječnici javite se!

• Komora nastoji pomoći kolegama koji moraju privremeno prekinuti rad, onima kojima nedostaje liječnika primarne zdravstvene zaštite i nezaposlenim liječnicima. Molimo da se i jedni i drugi jave osobno, pisano, faksom, telefonom ili putem naše mrežne stranice.

Adresa: Hrvatska liječnička komora, Šubićeva 9 (III kat), 10 000 Zagreb

Telefon: 01/4500-830 (gđa Ivančica Kalšan);

Faks: 01/4655-465; www.hlk.hr

Natječaji za zapošljavanje zdravstvenih radnika mogu se naći i na službenim mrežnim stranicama Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi http://www.mzss.hr/hr/natjecaji/natjecaji_za_zaposljavanje, te na stranicama Hrvatskog zavoda za zapošljavanje <http://www.hzz.hr>





Primjedbe Komore na Nacrt Pravilnika o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti

• Hrvatska liječnička komora uputila je Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi 16. veljače primjedbe na Nacrt Pravilnika o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, koji je začimila 2. veljače.

U Načelnim primjedbama Komora neprimjereno smatra da se u Nacrtu Pravilnika za trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti i za zdravstvene ustanove - poliklinike - na istovjetan način propisuju uvjeti u pogledu potrebnih radnika (liječnik odgovarajuće djelatnosti i medicinska sestra - medicinski tehničar specijalist za punih 8 sati radnog vremena). Naime, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 71/10, 139/10) za trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti nije propisan uvjet da za svaku svoju djelatnost moraju zapošljavati u radnom odnosu na neodređeno vrijeme najmanje jednog doktora medicine odgovarajuće grane specijalnosti, ovisno o registriranim djelatnostima, kao što to slučaj za poliklinike - zdravstvene ustanove.

Komora ističe da je trgovačkim društvima za obavljanje zdravstvene djelatnosti potrebno omogućiti fleksibilnost u obavljanju pojedinih dijagnostičkih i terapijskih postupaka tako da nužne kadrove angažiraju na temelju odgovarajućih ugovora, sukladno važećim propisima, a prema potrebi i opsegu posla.

Uvažavajući brojnost trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i činjenicu da najviše njih potrebne zdravstvene radnike osiguravaju upravo putem odgovarajućih ugovora sa zdravstvenim rad-

nicima zaposlenim u bolničkim zdravstvenim ustanovama, Komora smatra da je nužno propisati iznimku od predloženih uvjeta u pogledu radnika i radnog vremena.

Razmatrajući predložene minimalne uvjetne u pogledu radnika Komora smatra da je preuranjeno da se u pojedinim djelatnostima predviđa isključivo rad medicinske sestre, odnosno tehničara specijalista u određenoj djelatnosti, a bez ostavljene mogućnosti da na tim mjestima i nadalje rade sada uposlene medicinske sestre-tehničari opće njegi. Tim više što važeći Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 71/10, 139/10) predviđa da doktor medicine specijalist odredene djelatnosti radi u timu s medicinskom sestrom bez dodatnog specijalističkog stručnog usavršavanja, osim za djelatnost hitne medicine.

Komora je Ministarstvu uputila i druge izmjene i dopune pojedinih članaka u Nacrtu Pravilnika.

Novost je, između ostalog, da su u Nacrtu Pravilnika prvi put predloženi uvjeti za izvođenje zahvata u općoj anesteziji u privatnim poliklinikama i trgovackim društvima za obavljanje zdravstvene djelatnosti, a Komora je predložila da se posebnim stavkom utvrdi i obvezni sadržaj liječničke torbe.

Zatraženo je da u Pravilnik uđu i minimalni uvjeti u pogledu opreme i radnika u ordinacijama djelatnosti patologije, mikrobiologije i citologije, kao i da se posebnim

člankom reguliraju uvjeti u pogledu telemedicinskih usluga.

Komora je, između ostalog, tražila i da se definira pojam dnevne bolnice, odnosno odgovarajuće opreme i prostora za obavljanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka za vrijeme redovnoga radnog vremena, s obzirom na to da je isto učinjeno i drugim važećim zakonskim i podzakonskim propisima.

Borka Cafuk



Poziv članovima za dostavu prijedloga dopuna Cjenika zdravstvenih postupaka

Cjenik je nužno dopuniti zbog brojnih novih dijagnostičkih i terapijskih postupaka

• Povjerenstvo za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost Hrvatske liječničke komore pokrenulo je postupak za izmjene i dopune Cjenika



**Poliklinika Medico raspisuje
NATJEČAJ**

Radno mjesto:
**Liječnik specijalist radiolog, 1 izvršitelj
na neodređeno radno vrijeme (M/Ž)**

Kandidat mora ispunjavati sljedeće uvjete:

- završen medicinski fakultet
- položen specijalistički ispit iz radiologije
- važeće odobrenje za samostalan rad (licenca) Hrvatske liječničke komore
- minimalno 2 godine radnog iskustva na poslovima liječnika specijaliste radiologa
- praktično poznavanje rada na osobnom računalu
- aktivno znanje engleskog jezika

Zamolbu, životopis (Europass format) i preslike dokumenata kojima se dokazuje ispunjavanje gornjih uvjeta potrebno je poslati na sljedeću adresu:

Poliklinika Medico, Agatičeva 8, Rijeka, s naznakom „Natječaj za radno mjesto liječnik specijalist radiolog“.

Rok za dostavljanje prijava je 15. 04. 2011. g.

zdravstvenih postupaka i poziva sve zainteresirane pružatelje zdravstvenih usluga da dostave obrazložene prijedloge izmjena i dopuna stavki postojećeg Cjenika.

Važeći Cjenik zdravstvenih usluga usvojen je 2007. ali zbog brojnih novih dijagnostičkih i terapijskih postupaka Povjerenstvo za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost smatra da ga je nužno dopuniti.

Cjenikom zdravstvenih postupaka utvrđene su najniže cijene zdravstvenih postupaka i usluga na temelju kojih je moguće formirati cijene pojedinih usluga u privatnoj praksi zdravstvenih ustanova i trgovačkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti.

Trenutno važeći Cjenik dostupan je na mrežnim stranicama Komore www.hlk.hr u rubrici "Cjenici i troškovnici", podrubrici "Cjenik medicinskih usluga".

Prijedlozi dopuna mogu se dostaviti poštom na adresu: Hrvatska liječnička komora - Povjerenstvo za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost, Šubićeva 9, 10 000 Zagreb; faksim na broj 01/4655-465 ili elektronskom poštom tajniku Povjerenstva dipl. iur. Miji Karauli na mijo.karaula@hlk.hr.

•••••

Naručite svoj primjerak Merck Manuala

S tri klika do MSD priručnika

• Od 1. ožujka na mrežnim stranicama Hrvatske liječničke komore www.hlk.hr dostupna je narudžbenica kojom svi liječnici praktičari mogu naručiti svoj besplatni primjerak 18. izdanja MSD priručnika dijagnostike i terapije (Merck Manual) na hrvatskom jeziku.

Član Komore, kojeg će se moći definirati kao aktivnog praktičara, odnosno liječnika koji radi u kliničkoj praksi, priručnik će dobiti poštom na adresu koju naznači u narudžbenici nakon što ispuní sve obvezne rubrike narudžbenice koje će sadržavati identifikacijske osobne podatke.

Podsetimo, u sklopu projekta "MSD priručnik za svakog liječnika praktičara" tiskano je 18. izdanje MSD priručnika dijagnostike i terapije na hrvatskom jeziku koje će besplatno dobiti 12.700 liječnika koji rade u kliničkoj praksi.

Projekt je predstavljen 9. prosinca u Hrvatskom državnom arhivu u Zagrebu i provodi se pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi, u suradnji s Hrvatskom liječničkom komorom i farmaceutskom tvrtkom Merck Sharp & Dohme d.o.o. (MSD) (više u LN broj 95 od 15. prosinca 2010.).

Predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** naglašava da je izuzetno važno što je MSD prepoznao potrebu hrvatskih liječnika, a Priručnik nosi dobrobit za liječnike i hrvatsko zdravstvo.

Minigo je prepoznao vrijednost Priručnika i uz potporu rukovodstva Komore

donijeta je odluka da se svakom liječniku praktičaru osigura osobni primjerak u svrhu trajne edukacije.

Od džepnog priručnika do izdanja s više od 36.000 pojnova

MSD medicinski priručnik prvi put je objavljen 1899. i ubrzo je postao omiljen među onima kojima je trebao sveobuhvatan i istovremeno sažet medicinski udžbenik. Dr.



Albert Schweitzer ponio ga je sa sobom u zabačena područja Afrike 1913., a admiral Richard E. Byrd na Južni pol.

Od džepnog izdanja Priručnik je do danas narastao na knjigu od 3000 stranica koja sadrži više od 36.000 pojnova i 22 poglavila. Na njemu je radilo više od 300 neovisnih autora, a na hrvatskom izdanju njih 50. Hrvatska je najmanja zemlja na svijetu koja

Priručnik ima preveden na materinji jezik. Hrvatsko izdanje tiskala je izdavačka kuća Placebo, a tim stručnjaka, akademika i liječnika, koji su radili na prijevodu na hrvatski jezik, učinili su to iz vlastitog entuzijazma potpuno besplatno jer bez volonterskog pristupa knjiga nikada ne bi bila izdana zbog male naknade i visokih troškova izrade, kako ističe glavni urednik hrvatskog izdanja dr. **Željko Ivančević**.

Svrha Priručnika je ista kao i prije 111 godina: da daje korisne kliničke informacije studentima medicine, stazistima, obiteljskim liječnicima, praktičarima (kliničarima), specijalistima različitih grana, specijalizantima, farmaceutima, medicinskim sestrnama, bolničarima i drugim profesionalcima zdravstvene struke na sažet, cjelovit i točan način.

Priručnik omogućuje brz uvid u podatke koji pomažu kliničaru (praktičaru) da pruži optimalno liječenje. Specijalistima i obiteljskim liječnicima nerijetko su hitno potrebni podaci iz drugih specijalističkih grana, a dijagnostički i terapijski podaci svih specijalističkih grana medicine nalaze se upravo u Priručniku.

MSD ne kontrolira sadržaj Priručnika, kako ističe glavni urednik izvornog američkog izdanja prof. dr. **Robert Porter**, već ga u potpunosti oblikuje tim stručnjaka, liječnika i profesora. U Priručniku se ne nalaze stavovi Mercka i ta tvrtka ne može utjecati na ono što se preporuča u sadržaju Priručnika, poput lijekova.

Borka Cafuk

•
•



Prof. dr. Dragutin Košuta



Održan osmi Tečaj izobrazbe kandidata za stalne sudske vještakе

• U Komori je održan osmi Tečaj za kandidate za stalne sudske vještakе od 21. do 25. veljače na kojem je sudjelovalo 12 kandidata.

Sukladno Pravilniku o stalnim sudskim vještacima (NN 88/08), Komora je obvezna provoditi pravnu izobrazbu liječnika kandidata za stalne sudske vještakе o ulozi i položaju vještaka u sudskom sporu.

Borka Cafuk



Prof. dr. Dragutin Košuta

Treća radionica posvećena pravnoj problematici s kojom se susreću obiteljski liječnici

U praksi se kazneni postupci najčešće vode protiv bolnica



Odvjetnik Berislav Živković i sudac Županijskog suda u Zagrebu Ivica Veselić

• Treća zajednička radionica Hrvatske liječničke komore i Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (KoHOM), u suradnji s Basler osiguranjem, na temu "Pravna problematika u ordinacijama obiteljske medicine i uloga HLK-a u svakodnevnom radu liječnika obiteljske medicine", održana je 26. veljače u Sesvetama u Zagrebu za liječnike Zagrebačke županije.

Serijska radionica organizirana na razini županija posvećena je pravnoj problematiki s kojom se mogu susresti obiteljski liječnici i ulozi Komore u zaštiti interesa članova. Osim toga, na svakoj radionici dio je posvećen osiguranju liječnika, a dio je namjenjen stručnom predavanju.

S ove radionice donosimo najzanimljivije dijelove o kojima nismo pisali u prethodnim člancima, objavljenim u prošlom broju Liječničkih novina od 15. veljače.

Komora djeluje u okviru zakonskih ovlasti

Prezentirajući sudionicima koja je uloga Komore u zaštiti interesa članova, tajnik Komore dipl. iur. Nikoline Budić je istaknula da liječnici ponekad od Komore očekuju više

no što ona može učiniti. Komora može djelovati samo u okviru zakonskih mogućnosti, odnosno ovlasti koje su joj dodijeljene zakonom.

Istina je, Komora je prije imala mogućnost stavljanja veta na zakonske akte koji su se donosili, no prvi put kada je iskoristila tu ovlast ona je izbrisana iz zakona te joj je preostala samo mogućnost davanja mišljenja.

Komora, dodala je, budući da u svojim zahtjevima od institucija uvijek traži maksimum, zbog situacije koja prevladava obično dobije minimum.

Ravnoteža između prava liječnika i odluka koje se donose i obvezuju ih postići će se u onom trenutku, poručila je Budić, kada se stvorи kohezivna masa liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Liječnik u ulozi svjedoka

Suradnik Komore i sudac Županijskog suda u Zagrebu Ivica Veselić objasnio je da se liječnici u sudskim postupcima rijetko nalaze u ulozi tužitelja, češće su u ulozi tuženog, a najčešće se pozivaju na sud u ulozi svjedoka, dok se u ulozi sudskog vještaka pojavljuju ponekad.



Budući da se liječnici na sudujavljuju najčešće u ulozi svjedoka svojim pacijentima, Veselić preporuča da se zdravstveni kartoni pacijenata vode vrlo pomno. Podaci u zdravstvenom kartonu pacijenta vlasništvo su pacijenta i zato liječnici s njima ne mogu raspolagati kako žele. Ako sud u postupku zatraži zdravstveni karton, liječnik ga može dati samo ako to pacijent odobri.

Zakon o zaštiti prava pacijenata daje mogućnost pacijentu da ne preda svoj zdravstveni karton sudu. Pacijent to možda neće željeti, primjerice, zbog toga što su u karton upisane bolesti koje bi ga jednom kada sudska odluka postane pravomočna a sudske spis javan - mogle izvrgnuti ruglu. Stoga, ako sud zatraži karton a pacijent ne dozvoljava da se on preda sudu, liječnici ga mogu dati samo na uvid sudu ili vještaku jer tada on ne ulazi u sudske spis.

Za teža kaznena djela izriče se bezuvjetna kazna od jedne do osam godina zatvora

Odvjetnik Berislav Živković, koji se na radionici našao u ulozi ovlaštenog odvjetnika Basler osiguranja da zastupa njegove osiguranike u kaznenim postupcima, upozorio je liječnike da se uvijek moraju odazvati sudsakom pozivu ili se na vrijeme ispričati jer bi se u suprotnom moglo dogoditi da ih na sud privede policija.

Kazneni postupak, naglasio je, znatno je brži od građanskog te su i suci puno stroži. Kazneni zakon predviđa čitavu glavu "Kaznenih djela protiv zdravlja ljudi". Od 11 kaznenih djela koja se pojavljuju u toj glavi, liječnike mogu zakvaćiti samo tri, tj. kazneno djelo nesavjesnog liječenja, samovoljnog liječenja i kazneno djelo nepružanja medicinske pomoći.

Za lakša kaznena djela može biti izrečena zatvorska kazna u trajanju od tri mjeseca do tri godine, a za teška kaznena djela, kao što su smrt ili naruženje, bezuvjetna kazna od jedne do osam godina zatvora. U praksi se kazneni postupci najčešće vode protiv

bolnica, i to najčešće u području ginekologije i porodništva te hitnih slučajeva.

Komora nikoga ne goni po službenoj dužnosti već postupak mora pokrenuti stranka

Liječnici su imali brojna pitanja, između ostalog zanimalo ih je tko plaća troškove dolaska na sud. Veselić je objasnio da onaj koji je zatražio neki dokaz, poput primjerice zdravstvenog kartona pacijenta, mora i nadoknaditi troškove pa je uputno uz kopiju kartona priložiti i račun. Kako bi se znalo da karton odgovara originalu, dodao je Veselić, potrebno je na svaku stranicu zdravstvenog kartona udariti žig liječnika. Živković je dodao da se može dobiti izgubljena dnevnička i nadoknaditi putni trošak, ali da u tom slučaju treba priložiti autobusnu ili avionsku kartu, jer se za dolazak osobnim automobilom trošak neće nadoknaditi.

Liječnike je zanimalo što se događa u slučaju kada se pacijent žali Komori. Budić je objasnila da neovisno o tome je li riječ o građanskom, kaznenom ili prekršajnom postupku, istovremeno se može voditi i stegovni postupak u Komori.

Komora, naglasila je, nikoga ne goni po službenoj dužnosti već postupak mora pokrenuti stranka ispunjavanjem formalnog zahtjeva koji se onda proslijedi Povjerenstvu za stručna pitanja i stručni nadzor ili Povjerenstvu za medicinsku etiku i deontologiju Komore.

Povjerenstvo razmatra zahtjev i traži očitovanje liječnika na kojeg se stranka žali te ga odbacuje ako ne pronade podlogu za daljnje postupanje ili ga šalje dalje na postupanje Časnom sudu Komore.

Ako je zahtjev stranke odbačen kao neosnovan i stranka time nije zadovoljna, ona može o vlastitom trošku, za 4.000 kuna, pokrenuti postupak pred Časnim sudom Komore.

Borka Cafuk

Izmjene u županijskim izbornim povjerenstvima Brodsko-posavske i Vukovarsko-srijemske županije

• Na sjednici Županijskog izbornog povjerenstva (ŽIP) Brodsko-posavske županije 14. veljače donesena je odluka da se dr. Ines Zelić Baričević razriješi dužnosti člana Povjerenstva na vlastiti zahtjev. Na njeno mjesto ŽIP je imenovao dr. Hrvoja Holika.

Povjerenstvo se sada sastoji od tri člana: predsjednika dr. Zvonimira Mahovne, te članova dr. Branke Jakovac i dr. Hrvoja Holika i ima tri zamjene: zamjenika predsjednika dr. Tomislava Teskera, te zamjenike članova dr. Martina Baričića i dr. Martina Vinkovića.

Na zahtjev mr. sc. Siniše Maslovara, Županijsko izborni povjerenstvo Vukovarsko-srijemske županije razriješilo ga je dužnosti zamjenika člana ŽIP-a i na njegovo mjesto imenovalo je dr. Maria Begovića.

Povjerenstvo se sada sastoji od tri člana: predsjednice dr. Jadranke Korda, te članova dr. Katice Drobniak i dr. Zlatka Krtačića i ima tri zamjene: zamjenicu predsjednice dr. Mariju Jurković, te zamjenike članova dr. Ivanu Delaš i dr. Maria Begovića.

Izmjene koje su se dogodile u ŽIP-ovima mora potvrditi Središnje izborni povjerenstvo na svojoj idućoj sjednici.

Borka Cafuk

Obavijest

• Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da je dr. Bruni Vuletiću otuđena liječnička iskaznica.

U roku od 30 dana od objave gubitka liječničke iskaznice u službenom glasilu Liječničkim novinama, Komora, odnosno izdavatelj iskaznice, liječniku će izdati novu iskaznicu.

•••••

Hrvatski Crveni križ preveo 9. izdanje najkvalitetnijeg priručnika o prvoj pomoći u Europi

Najnovije smjernice za primjenu postupaka prve pomoći na jednome mjestu

• Hrvatski Crveni križ (HCK) nakladnik je prijevoda devetog izdanja priručnika "Prva pomoć" izdavačke kuće Dorling Kindersley. Izvornik na engleskom jeziku, koji su odobrili St John Ambulance, St John Ambulance Association i Britanski Crveni križ, u godini je dana prodan u četiri milijuna primjeraka i trenutno se smatra najkvalitetnijim priručnikom prve pomoći u Europi.

Dr. Žarka Rogić, urednica hrvatskog izdanja priručnika i glavna referentica za prvu pomoć pri HCK-u, ističe da je priručnik jedino sveobuhvatno izdanje o prvoj pomoći u Hrvatskoj. Priručnik obuhvaća prvu

pomoć za sve ozljede i bolesti te za sve vrste nesreća i sadrži najnovije smjernice za primjenu postupaka prve pomoći. Ilustracije i tekst na početku svakog poglavlja prikazuju i objašnjavaju pojedini tjelesni sustav, olakšavajući razumijevanje ozljeda i stanja obrađenih u poglavlju. Jasni i jednostavni opisi olakšavaju prepoznavanje znakova pojedinih stanja i bolesti, a postupne upute objašnjavaju svaki korak u postupku pružanja prve pomoći.

- Priručnik ne samo da pokriva sva područja gdje je potrebno primijeniti prvu pomoć već su i postupci koji su u njemu opisani utemeljeni na znanstvenim osnovama, a obrađeni su na takav način da se olakšava edukacija. Namijenili smo ga prvenstveno svima koji se bave edukacijom iz prve pomoći. HCK sukladno Zakonu o HCK-u i Zakonu o cestama radi edukaciju predavača prve pomoći. Trenutačno HCK ima oko 400 doktora medicine predavača prve pomoći te mentore koji rade s djecom i mladeži, a to su nastavnici i profesori u školama koji se u edukaciju uključuju volonterski. Njihova je uloga značajna u motiviranju i kvalitetnoj edukaciji laika te razvijanju svijesti građana da je njihova dužnost pružiti prvu pomoć te da o tome može ovisiti hoće li unesrećeni dočekati dolazak hitne medicinske pomoći živ, objašnjava Rogić.



Dr. Žarka Rogić urednica hrvatskog izdanja priručnika

HCK je prošle godine izradio priručnik za vozače, što nije bio tako jednostavan posao. Izrada sveobuhvatnog priručnika prve pomoći zahtijeva suradnju niza stručnjaka, i to ne samo zdravstvenih već i onih s područja pedagogije, pa je dr. Rogić došla na ideju da se prevede ovo 9. izdanje priručnika "Prva pomoć".

- Priručnik je tako pisan da zapravo omogućava svakom građaninu, bez obzira na njegovo predznanje o biologiji, medicini i spoznajama kako funkcioniра ljudsko tijelo, daje dobre podatke o tome kako se može postupiti u određenim situacijama. S druge strane, liječnici u priručniku mogu naći niz podataka koji im mogu pomoći u svakodnevnom radu kada se nađu negdje u prilikama koje im ne omogućavaju podršku medicinske opreme, medikamentata i svega što danas suvremena medicina ima na raspolaganju. Također, može im poslužiti i kada pacijentu laiku žele na jednostavan način objasniti postupke pružanja pomoći, poput snižavanja temperature ili postupka u slučaju povraćanja. Preporučamo ga svim liječnicima koji su predavači prve pomoći, a bio bi koristan i studentima medicine, ističe Rogić.

Priručnik se može nabaviti u HCK-u za 125 kuna (više na mrežnim stranicama <http://www.hck.hr>), te u knjižarama Algoritma i Medicinske naklade.

Borka Cafuk

Prijedlozi Povjerenstva za gerijatriju

• U Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi održan je 9. veljače sastanak Povjerenstva za gerijatriju, čiji su članovi prim.dr.sc. Spomenka Tomek-Roksandić, dr.med., prof.dr. Zijad Duraković, dr.med., prof.dr. Mate Ljubičić, dr.med., akademik Željko Reiner, prof.dr. Sanja Blažeković-Milaković, dr.med., Katarina Sekelj-Kauzlaric, dr.med., Vesna Hribar Skukan, u zamjenu za Tatjanu Katkić-Stanić, dipl.soc.rad. i Sanja Predavec, dr.med.

Povjerenstvo predlaže prioritetno u kategorizaciji bolničkog sustava u RH, konkretnim primjerom u Gradu Zagrebu, Specijalnu bolnicu za plućne bolesti u Rockefeleroju 3 prenamjeniti u bolnicu «B» tipa, tj. u bolnicu za gerijatriju. Prijedlog je sukladan primjeni zdravstvene reforme, racionalizaciji gerijatrijske zdravstvene potrošnje te u svrši unapređenja gerijatrijske zdravstvene zaštite, a sukladno utvrđenim zdravstvenim potrebama pučanstva i primjeni medicinskih djelatnosti po specijalizacijama UEMS-a. Jedna je

od prioritetnih zadaća Povjerenstva i predlaganje primjene programa četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege s usvojenom sestrinskom dokumentacijom od HKMS-a i općom/obiteljskom medicinom u domovima za starije.

Prim. Tomek-Roksandić dostavila je članovima Povjerenstva Prijedlog plana i programa specijalističkog usavršavanja iz gerijatrije po UEMS-u (izradba imenovanih članova dekanske konferencije MF u RH) i prisutne članove izvijestila o odgovoru Ureda predsjednice Vlade RH, vezanom uz inicijativu za izmjenu Ustava RH s ciljem sprječavanja diskriminacije po dobi. Imajući u vidu složenost postupka izmjene Ustava, vodit će se računa o prijedlogu prilikom sljedeće izmjene Ustava.

Prof. Ljubičić je izvjestio nazočne o nedavnoj najavi zahtjeva Njemačke i Francuske za uvođenje obveze produljenja radnog vijeka na 67 godina za države nove članice Euro zone. Ujedno je naglasio osnovu kriterija za produljenje radnog vijeka, od funkcionalne sposobnosti svakog starijeg pojedinca i gospodarstvenih potreba poslodavaca te specifičnosti određenih zanimanja. Potrebno je javnost argumentirano senzibilizirati za produljenje radnog vijeka.

*Centar za gerontologiju ZJZ-a
"Dr. Andrija Štampar"
Marica Lukic dipl.med.techn.*

Dvadeset godina Hrvatskoga katoličkog liječničkog društva

• Prilikom dvadesete obljetnice osnivanja HKLD-a 12. veljače 2011. u Akademskoj crkvi sv. Katarine u Zagrebu predvodio je misno slavlje kardinal Josip Bozanić, nadbiskup zagrebački, uz koncelebraciju duhovnika HKLD-a i jednog od suoasnivača, Valentina Pozaića, pomoćnog biskupa zagrebačkog. Nakon mise održana je svečana akademija u Preporodnoj (Ilirskoj) dvorani HAZU-a.

Brojne okupljene članove iz cijele Hrvatske pozdravili su i govorili o povijesti Društva predsjednica i duhovnik HKLD-a. Diljem Hrvatske osnovane su 22 podružnice s preko 2.300 članova.

Rad je posebno obilježen promicanjem načela medicinske etike među članovima i nečlanovima HKLD-a.

Prim dr. Ivica Ružićka

Kardio-metabolički sindrom u starijoj dobi

• Jedna je najčešćih i najznačajnijih kroničnih bolesti starijih bolesnika skup bolesnih stanja koji nazivamo kardio-metabolički X sindrom (CMXS). O tome je govorio prof. dr. Zijad Duraković na 175. Gerontološkoj tribini 22. veljače 2011. u Centru za gerontologiju ZJZ-a „Dr. A. Štampar“, uz nazočnost 169 slušatelja iz cijele Hrvatske. CMXS uključuje inzulinsku rezistenciju, tj. netoleranciju ugljikohidrata ili tip 2B šećerne bolesti, abdominalnu pretilost, hiperlipoproteinemiju (hipertrigliceridemiju, sniženu serumsku koncentraciju HDL kolesterola i visoku koncentraciju LDL kolesterola) i arterijsku hipertenziju. Uz to često uključuje protrombotično stanje s hiperfibrinogenemijom i hiperuricemijom, porast koncentracije inhibitora aktivatora tkivnog plazminogena i povišenu koncentraciju C-reaktivnog proteina. U CM XS-u visoka je opasnost od koronarne bolesti, cerebrovaskularnog insulta i periferne arteriopatije, koja je češća u gerijatrijskim bolesnicima.

Zajedništvo čimbenika pridonose biološka dob, tj. starenje organizma (kao trajan proces a ne kronološka dob), debljina, šećerna bolest i još neke bolesti, npr. sindrom policističnih jajnika uz metaboličke posljedice u žena (hormoni i reproduksijski sustav), arterijska hipertenzija i drugo. Danas je pet kriterija za CMXS, od kojih se neki nadopunjuju i preklapaju (IDF, WHO, NCEP/ATP III, AHA/



Prof. dr. Zijad Duraković i
prim dr. sc. Spomenka Tomek-Roksandić

NHLBI, EGIR). Prevencija CMXS-a treba započeti već u djetinjstvu, u cilju osiguranja aktivnog produktivnog starenja. Oko 12% školske djece u nekim zemljama ispunjava najmanje 3 kriterija CMXS-a. Značajan je porast učestalosti CMXS-a u odrasloj dobi u nekim zemljama, kao što su SAD, u kojima prevalencija uskladena prema dobi ima tendenciju porasta od 24% u dobi ≥ 20 godina, do 27%. U ranijem istraživanju Instituta za antropologiju u Zagrebu pod vodstvom akademika Pavla Rudana iznosila je na otoku Hvaru prevalencija CMXS-a uskladena prema dobi 26% (muškarci 32%, žene 24%), dok je u unutrašnjosti Hrvatske, u području Baranje, iznosila 40% (m. 35% a ž. 42%). Novim istraživanjem na hrvatskim otocima uočeno je da jedna trećina bojuje od CMXS-a. U starijoj dobi prevalencija je za oko trećinu viša nego u srednjoj dobi. Ti su podaci sukladni podacima iz Europske populacije. U Sjevernoj Karolini, SAD, prevalencija CMXS-a iznosi 47%, u Bologni 33,3% za žene i 19,6% za muškarce, u Pekingu 30,5% (m. 17,6 a ž. 39,2%), odn. 46,3% (m. 34,8% a ž. 54,1%). Zaključno je u raspravi istaknuta potreba sustavnog praćenja i proučavanja specifičnih gerontoloških pokazatelja

prevencije CMXS-a, no kako su oni razmjerno oskudni, nameće se pitanje koji je udio pojedinih komponenti CXMS-a u razvoju i ukupnoj prevalenciji te bolesti u gerijatrijskih bolesnika.

**Prim.dr.sc.
Spomenka Tomek-Roksandić,
Voditeljica Centra za gerontologiju
ZJZ-a "Dr A. Štampar"**



Svjetski dan bolesnika

Predstavnici pacijenata strahuju od legalne tajkunizacije javnog zdravstvenog sustava

• Obilježavajući Svjetski dan bolesnika 11. veljače Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi u svojem je priopćenju pozvalo i potaknuto sve na izgradnju boljeg, sigurnijeg i humanijeg društva u kojem siromašni, bolesni, svi koji na bilo koji način trpe, koji su u nevolji i trebaju pomoći budu u središtu naše pozornosti, kako se nitko ne bi osjetio zaboravljenim i marginaliziranim.

Ministarstvo je u priopćenju također istaknulo da kontinuirano poduzima aktivnosti s ciljem poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite i veće dostupnosti zdravstvenih usluga te da radi na osiguravanju prevencije, skrbi o bolesnima i osiguranju potrebne zdravstvene skrbi svakom bolesniku. Uz poboljšanje kvalitete liječenja, zdravstvenim radnicima i svima koji skrbe o bolesnicima kontinuirano se naglašava značenje i potreba ljudske i moralne potpore. Pažljivim ophodenjem može se umanjiti strah od bolesti, ojačati povjerenje i poštovanje u zdravstveno i nezdravstveno osoblje, a uz podržavanje želje i volje za liječenjem te vjere i nade u uspješan ishod, zasigurno se mogu postići i bolji rezultati rada.

No, s druge strane, a u povodu obilježavanja toga istoga dana, predsjednik Hrvatske udruge pacijenata (HUP) Marijo Dr. Ije uputio je javni krik predsjednicima Vlade Republike Hrvatske za spas solidarnog javnog zdravstvenog sustava obrušivši se na Pravilnik o mjerilima za davanje odobrenja zdravstvenom radniku za sklapanje poslova iz djelatnosti poslodavca, kojim se legalizira dopunski rad bolničkih liječnika u privatnim ordinacijama. HUP od predsjednice Vlade traži da

donese novi Zakon o sprečavanju sukoba interesa za područje zdravstva prema kojem bi miješanje praksi bio sukob interesa za sve dje-latnike u javnom solidarnom zdravstvenom sustavu.

Ne učini li se to odmah mogla bi se zbiti legalna tajkunizacija solidarnoga javnog zdravstvenog sustava i HUP pita ima li Pravilnik za cilj jačanje privatne prakse i slabljenje javnog solidarnog zdravstvenog sustava. Također, HUP traži da se bolesnicima objasni kako je spojivo da se uz postojeći nedostatak liječnika omogućava liječnicima iz javnog sustava rad kod privatnika.

Liste čekanja su sve duže, navodi HUP, pa primjerice pacijenti u nekim bolnicama na UVZ čekaju 230 dana, na ergometriju 138, na termin za ednokrinološku-dijabetološku ambulantnu 240 dana itd.

- Kakvo je stvarno stanje u javnom zdravstvu najbolje se može sagledati kada bolesnik, koji nema veze, uzme uputnicu i krene od šaltera do šaltera. I tako doživi poniranje, kada mu na šalteru kažu koji je prvi slobodan termin. O preventivi da i ne govorimo. Je li se izgubio bolesni čovjek u ovakvom javnom zdravstvu? Pitamo se je li dvojna praksa postala plodno tlo za moguću korupciju i preusmjeravanje bolesnika iz javnoga solidarnog zdravstvenog sustava u privatnu praksu, uz obrazloženje da će u bolnicama predugo čekati na pregled i liječenje, ističe Dr. Ije u dopisu. U HUP-u smatraju da treba ukinuti bolničke limite i omogućiti maksimalnu iskoristivost kapaciteta u bolnicama te liječnike plaćati po njihovom stvarnom radu. Tada liječnici, ističe HUP, ne bi odlazili raditi kod privatnika, imali bi veću plaću, novac bi ostao u javnom zdravstvu, bolesnici bi bili zadovoljniji i liste čekanja kraće. Neka se privatno zdravstvo razvija, ali ne na štetu solidarnog javnoga zdravstvenog sustava.

Borka Cafuk

Nove izmjene i dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti

Ponovo produljen rok za provođenje koncesioniranja

• Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 22/11) što ga je Sabor donio 4. veljače produljen je rok za provođenje postupka davanja koncesija za obavljanje javne zdravstvene službe

sukladno mreži javne zdravstvene službe do 30. lipnja ove godine.

Ovo je već drugo produživanje roka za provedbu koncesioniranja, a usvojeno je zbog problema koji su se javili u praksi. Naime, kako stoji u obrazloženju Izmjena i dopuna Zakona, koncesiju na prijedlog pravilnika ureda upravnog tijela nadležnog za zdravstvo daje župan, odnosno gradonačelnik, uz suglasnost ministra. No, pokazalo se da je provođenje opisanog postupka zahvatljivo, složeno i vremenski dugotrajno, što za posljedicu ima nemogućnost poštivanja prije utvrđenog roka za provedbu postupka za davanje koncesija, koji je trebao završiti 31. prosinca 2010.

Postupak davanja koncesija je završen u osam županija i izdana su rješenja za 1909 subjekata. Preostale županije privode krajem postupak davanja koncesija. Postupak koncesioniranja sporan je u županijama u kojima su uložene žalbe Državnoj komisiji za kontrolu postupaka javne nabave na odluke o odabiru najpovoljnijih ponuditelja. Žalbe su podnijete u Požeško-slavonskoj, Splitsko-dalmatinskoj, Dubrovačko-neretvanskoj, Zadarskoj,

Šibensko-kninskoj i Brodsko-posavskoj županiji te u Gradu Zagrebu. Prva žalba podnesena je 12. srpnja 2010. u Požeško-slavonskoj županiji, a postupak još uvijek nije okončan. Postupak davanja oko 2300 koncesija u tih sedam županija zauzavljen je te se ne sklapaju ugovori o koncesiji i koncesionari ne podnose zahtjeve za izdavanje novih rješenja ministru zdravstva i socijalne skrbi.

Ne provedu li županije provedu postupak davanja koncesija do 30. lipnja ove godine, provest će ga Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi do 31. prosinca 2011.

Novi rok za prestanak rada zdravstvenog radnika u privatnoj praksi na osnovi zakupa

Kako bi se osigurao kontinuitet pružanja zdravstvene zaštite i ne bi ugrozio status zdravstvenih radnika u privatnoj praksi na osnovi zakupa, koji je prema odredbama starog Zakona o zdravstvenoj zaštiti trebao prestati 31. prosinca 2010., i taj je rok produžen i to do 31. prosinca tekuće godine. Tada ističe i rok za prijenos ugovora o radu zdravstvenih radnika u timu zakupca jedinice zakupa doma zdravlja.

Zakon je dopunjeno i obvezom do nošenja posebnog pravilnika koji će regulirati

nastavak rada zdravstvenog radnika u privatnoj praksi u slučaju prestanka koncesije.

Domovi zdravlja obvezani raspisivati natječaje

Također je utvrđena i obveza domova zdravlja da u roku od 30 dana od isteka roka za predaju ponuda za obavljanje zdravstvene djelatnosti na osnovi koncesije raspisu natječaj za zapošljavanje u domu zdravlja, kako bi se omogućilo zapošljavanje zdravstvenih radnika koji ne podnesu ponudu po objavljenoj obavijesti o namjeri davanja koncesije, a prethodno su radili u jedinicama zakupa domova zdravlja. Ova je obveza uvedena jer je uočeno da domovi zdravlja u praksi ne raspisuju natječaje.

Borka Cafuk

Prehrana u dječjim vrtićima Grada Zagreba

Na tribini „Zagreb - zdravi grad“ prikazan uspješan model iz prakse

• U sklopu kampanje „Navike promijeni, zdravlje pokreni“ održan je u ZJZ-u „Dr. Andrija Štampar“ 10. veljače prvi okrugli stol - javnozdravstvena tribina „Zagreb - Zdravi grad“ s temom „Uspješan model iz prakse - prehrana u dječjim vrtićima Grada Zagreba“. Predavači na tribini bili su prim. mr. sc. Marija Hegeduš-Jungvirth, dr. med., spec. pedijatrije; mr. sc. Irena Švenda, nutricionist; Ljuba Vujić Šisler, vms. i Ljiljana Vučemilović, vms.

Priručnik „Prehrambeni standardi za planiranje prehrane djece u dječjem vrtiću - jelovnici i normativi“ (ur. Vučemilović Lj., Vujić Šisler Lj., 2007) uspješno je primijenjen u dječjim vrtićima Grada Zagreba. Povjerenstvo Ministarstva zdravstva te skupina stručnjaka iz područja zdravstva, odgoja i obrazovanja izradili su nove preporuke, smjernice i jelovnike za stručnjake koji rade na planiranju i pripremanju prehrane u dječjim vrtićima.

Preporuke i smjernice za pravilnu prehranu u prve tri godine života djeteta definirane su i u preporukama Europske unije (2006.) te Američkog udruženja za srce (AHA)

iz 2005. Kroz ove smjernice naglašava se nužnost izbjegavanja strogih ograničenja u prehrani, potreba primjene raznolikih namirnica te nužnost pripreme svježih i sezonskih namirnica. U obzir treba uzeti vrstu hrane, okruženje, ali i prehrambene navike. Osim prehrambenih vrijednosti namirnica potrebno je voditi računa o tjelesnoj aktivnosti djeteta, uz preporuku provođenja umjerene do jače igre ili tjelesne aktivnosti (60 min dnevno).

S nutricionističkog gledišta, prehrana djece mora zadovoljiti potrebe za nutritijentima i energijom te na taj način omogućiti pravilan rast i razvoj. To je ujedno način prevencije bolesti u kasnijoj životnoj dobi. Prema National Institute of Child Health and Human Development US, djeci treba servirati 5 porcija voća i povrća dnevno, izabrati proteine nemasnog mesa, orašida i jaja, servirati kruh od cjelevitog zrna, kuhati na vodi ili na pari, ograničiti unos brze hrane, ponuditi vodu i mlijeko umjesto zasladenih voćnih sokova.

Preporučeni dnevni unos hrane za djecu u dobi 4-6 godina je 1600 kcal. Preporučuje se dnevni unos 10-15% bjelančevina, 30-35% masti i 50-60% ugljikohidrata. Doručak je najvažniji dnevni obrok. Istraživanje Državnog sveučilišta u Oklahomi pokazala su da djeca i adolescenti koje su roditelji poticali na konzumaciju doručka imaju manji rizik za debljinu u odrasloj dobi.

Doručak se povezuje s manjim indeksom tjelesne mase. Kada govorimo o kvaliteti prehrane djece vrtićke i rane školske dobi moramo imati na umu da ona ovisi o načinu pripreme hrane, kvaliteti namirnica, načinu kombiniranja namirnica, vremenu i načinu uzimanja hrane.

Prilikom uvođenja novih standarda u prehrani dječjih vrtića, uvažavao se multidisciplinarni pristup te uključenost roditelja i djece. Evaluacija primjene prehrambenih standarda - jelovnika i normativa, provodi se kroz kontinuirano praćenje uhranjenosti djece u jaslicama, vrtićima te ustanovama koje skrbe za djecu, uz edukaciju djece, roditelja, svih djelatnika koji skrbe o djeci te uključenost medija u promoviranje pravilne prehrane.

Kako bi se ovaj proces uspješno nastavio potrebno je uspostaviti kvalitetnu suradnju zakonodavnih i stručnih institucija, stručnjaka i osoblja koje neposredno ili posredno utječe na prehranu djece. Na razini Grada Zagreba, kao i na nacionalnoj razini, potrebno je dosljedno provesti postojeće strategije, odnosno sustavno raditi na postizanju ciljeva vezanih za pravilnu prehranu djece. Pravilna prehrana u djetinjstvu temelj

je pravilnog rasta i razvoja, prevencije pretilosti i prevencije kroničnih bolesti u odrasloj dobi.

Ana Puljak, dr. med.,
i Marija Škes, prof. rehab.,
Centar za promicanje zdravlja, Služba za javno zdravstvo, ZJZ „Dr. Andrija Štampar“



Godišnja skupština Hrvatskog društva za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu

• Godišnja skupština Hrvatskog društva za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju HLZ-a održana je u Daruvaru 12. veljače u prostorijama Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju Daruvarske toplice. Društvo broji preko 380 članova. Od toga je 14 certificiranih polaganjem europskog ispita ili ekvivalentom. Redovno se više puta godišnje održavaju sastanci s temama iz struke. Društvo izdaje časopis „Fizikalna i rehabilitacijska medicina“, koji će sada biti dostupan i na web stranicama društva. Predsjednik je naglasio važnost potpisivanja deklaracije u lipnju 2010. o suradnji između našeg Društva te Sekcije i Odbora za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu UEMS-a, prilikom koje su nazoočili uvaženi gosti predstavnici ovih tijela i predsjednika HLZ-a. Jedina smo zemlja koja je potpisala ovakvu deklaraciju a nije član Europske unije. Od društvenih aktivnosti istaknuto je tiskanje knjige „Profit ili zdravlje“ iz edicije Bioetičke teme prim. mr. sc. Gorana Ivaniševića.





S lijeva: dr. Vedrana Mužić tajnik Društva, dr. Marino Hanich, dr. Zlatica Vezmar, mr.sc. Mira Kadočić i dr. Božidar Egić.

Obznanjen je nastavak dosadašnje prakse upućivanja specijalizanata pri pohanđanju europskih škola u Marseillesu i Syracusi, te organizacije europskog ispita. Društvo vraća troškove svakome tko uspješno položi taj ispit. Najavljen je 5. kongres fizikalne medicine i rehabilitacije u Zagrebu 2012. u organizaciji prim. dr. sc. Ide Kovač. Sve aktivnosti društva mogu se pratiti na www.hdfm.com.

Nakon skupštine je dr. Božidar Egić iz Daruvarskih toplica održao predacanje o sportskoj rehabilitaciji. U Daruvarskim toplicama djeluju 6 specijalista i 4 specijalizanta fizikalne medicine i rehabilitacije, a tradicija se njeguje još od rimskih vremena. Društvo se zahvaljuje Daruvarskim toplicama na dobrodošlici i organizaciji.

Tajnik dr. Vedrana Mužić

•••••••••••••••••••• Sa sjednice Upravnog vijeća HZZO-a

Od 1. lipnja vađenje venske krvi obvezno je u svim ordinacijama opće/obiteljske medicine

• Vađenje venske krvi kod izabranog liječnika bit će obvezno u svim ordinacijama opće/obiteljske medicine od 1. lipnja 2011., odlučilo je Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) na sjednici 28. veljače. Edukacija medicinskih sestara za vađenje venske krvi u suradnji s Hrvatskom komorom medicinskih

biokemičara i Hrvatskom komorom medicinskih sestara završit će do kraja svibnja ove godine pa osiguranici više neće morati odlaziti u laboratorije.

HZZO je s 1. siječnjem u skladu sa zakonskim promjenama preuzeo ugovaranja specifične zdravstvene zaštite radnika te su pripremljeni ugovori o provođenju tog oblika zdravstvene zaštite u djelatnosti medicine rada. Budući da u djelatnosti medicine rada nisu popunjena sva mjesta, HZZO će imati trajno otvoren natječaj za ugovaranje timova.

Također, a zbog nepotpunjenosti mreže javne zdravstvene službe i potrebe provođenja primarne i specijalističko-konzilijske zdravstvene zaštite na određenim područjima, UV HZZO-a iznimno je odobrio sklanjanje ugovora s novim subjektima.

UV HZZO-a donio je odluku o finansiranju pripravničkog staža u 2011., koji će zdravstveni radnici visoke i više stručne spreme obavljati u bolnicama, ugovornim zdravstvenim ustanovama i kod privatnih zdravstvenih radnika.

U suradnji Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi i Ministarstva obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti izrađene su nove zdravstvene iskaznice za članove obitelji smrtnih stradalih, zatočenih i nestalih branitelja, hrvatske ratne vojne invalide iz Domovinskog rata i branitelje iz Domovinskog rata s utvrđenim oštećenjem organizma od najmanje 30 posto koji prema Zakonu o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji ostvaruju pravo na oslobođanje od plaćanja participacije.

Nova zdravstvena iskaznica s ozнакom "HB" zamijenit će iskaznicu obveznog i dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Borka Cafuk

•••••••••••••••••••• Hrvatska na trećem mjestu u svijetu po broju darivatelja organa

• Hrvatska je proglašena Regionalnim zdravstvenim centrom za razvoj programa darivanja i transplantacije organa u okviru Zdravstvene mreže zemalja jugoistočne Europe. Inauguracija je održana 22. veljače u hotelu Four Points Sheraton - Panorama. Zahvaljujući uspješnom organizacijskom modelu, izuzetnom povećanju broja darivatelja organa i broja transplantacija te članstvu u Eurotransplantu, hrvatskoj transplantacijskoj medicini danas pripada jedno od vodećih mjeseta u Europi i svijetu.

Nacionalna koordinatorica za transplantaciju organa dr. med. Mirela Bušić



- Hrvatska je sada zemlja lider u regiji. Plod je to desetogodišnjeg rada i ulaganja te uvođenja određenih mjera, koji su 2010. rezultirali izvrsnim rezultatima koji nas pozicioniraju na sam svjetski vrh, uz Španjolsku i Portugal, izjavila je nacionalna transplantacijska koordinatorica dr. med. Mirela Bušić.

Obrazovanje transplantacijskih koordinatora i uvođenje organizacijskog modela baziranog na mreži educiranih bolničkih i nacionalnih koordinatora najvažnije su mjeru koje su dovele do prepoznavanja potencijalnih darivatelja u bolnicama.

- U protekloj godini zabilježeno je rekordno povećanje broja donora od čak 64 posto, kao i broja transplantacija od 54 posto. Takav porast broja donora i 394 transplantacije organa, od čega 247 bubrega, 105 jetre, 36 srca i šest gušteraca, pozicionirali su Hrvat-

sku na sam europski i svjetski vrh. Hrvatska se s 28 donora na milijun stanovnika u 2010. godini nalazi na prvom mjestu u Eurotransplantu te trećem mjestu u Europi i svijetu. Imamo i više od 80 transplantacija na milijuna stanovnika, istaknula je Bušić.

Hrvatska je tako, nakon tri godine punopravnog članstva u Eurotransplantu, kao najmlađa članica postala i najuspješnija članica te međunarodne transplant organizacije. Članstvo u Eurotransplantu Hrvatskoj je donijelo transparentan i čvrsto strukturiran sustav dodjele organa.

Za odlične rezultate zaslužna su i sve veća izdvajanja za transplantacijske usluge. Ona su povećana unazad nekoliko godina s 45 na 80 milijuna kuna. Kako broj transplantacija raste, rastu i potrebe za dodatnim sredstvima, no i uštede su poprilične obzirom da pacijenti s transplantiranim bubregom više nisu na dijalizi, objasnila je Bušić.

Tijekom 2010. najviše je transplantacija napravljeno u KBC-u Zagreb (181), KB-u Merkur (143), KBC-u Rijeka (23), KB-u Dubrava (18) i KBC-u Osijek (16). Najviše donora bilo je u KB-u Sestre milosrdnice (25), KBC-u Rijeka (21), KBC-u Zagreb (17), KB-u Dubrava (13) i Gradskoj bolnici Varaždin (12). Slijede druge s po šest, pet i manje donora. Liste čekanja u 2010. smanjene su za 19 posto u odnosu na 2009.

Gordana Jurić

Ne zna se koliko je u Hrvatskoj bolesnika od rijetkih bolesti

• „Rijetki ali jednaki“ moto je ovo godišnjeg obilježavanja međunarodnog Dana rijetkih bolesti, 28. veljače, koji se u Hrvatskoj obilježava četvrtu godinu za redom. Rijetke bolesti se javljaju kod manje od pet osoba na 10.000 stanovnika. Procjenjuje se da u svijetu postoji između 7000 i 9000 različitih vrsta rijetkih bolesti, poput bulozne epidermolize, Prader-Willi sindroma, Ehler Danlos sindroma, Fabryjeve bolesti, fenilketonurije, miastenije gravis, Pompeove bolesti, mukopolisahridoze, zatim rijetkih tumora koji čine 20 posto malignih, pa sklerodermije i drugih.

Rijetke bolesti najčešće su kronične, degenerativne i progresivne, a 80 posto ih je genetskog podrijetla. U Europi od njih boluje oko 30 milijuna ljudi. Najveći dio tih bolesti, 75 posto, pogada djecu, a 30 posto umire prije pete godine života.

Predsjednica Hrvatske udruge za rijetke bolesti Vlasta Zmazek i prof. dr. Mirando Mrišić



- Zalažemo se i za osnivanje centra stručnosti za pojedine bolesti ili grupe bolesti, kao i za uključivanje hrvatskih pacijenata u međunarodna medicinska istraživanja i za što veću dostupnost lijekova, rekla je **Vlasta Zmazek**, predsjednica Hrvatske udruge za rijetke bolesti, na konferenciji za novinare održanoj u Tribini Grada Zagreba uoči obilježavanja Dana rijetkih bolesti.

- Danas ne znamo koliko imamo bolesnika s pojedinom rijetkom bolešću u Hrvatskoj, kazao je dr. **Mirando Mrišić** i najavio skoro početak rada telefonske linije „Help line“, putem koje će svi oboljeli i zainteresirani moći saznati više o rijetkim bolestima.

Gordana Jurić

Kategorizacija bolnica

Trideset bolnica svrstano u četiri kategorije

• Ministar zdravstva i socijalne skrbi **Darko Milinović** uručio je 9. veljače ravnateljima 30 hrvatskih bolnica rješenja o kategorizaciji.

U 1A kategoriju svrstane su bolnice nacionalnog značenja: KBC Zagreb, KBC Split, KBC Sestre milosrdnice, KBC Rijeka i Osijek te KB Dubrava i Merkur. U 2A kategoriju svrstane su županijske opće bolnice regionalnog značenja: KB Sveti Duh, OB Zadar, Varaždin, Dubrovnik i Slavonski Brod. U 3A kategoriju svrstane su županijske opće bolnice: Pula,

Sisak, Koprivnica, Virovitica, Vukovar, Vinjkovci, Karlovac, Zabok, Gospic, Šibenik, Čakovec, Požega i Bjelovar. A u 4A kategoriju uvrštene su lokalne bolnice: Knin, Ogulin, Pakrac, Našice i Nova Gradiška.

Diječeći ravnateljima rješenja o statusu bolnice koju vode, Milinović se osvrnuo na „svoju“ bolnicu te je odbacio i najmanju mogućnost da je OB Gospic imala privilegiran status u dodjeljivanju treće kategorije.

- Zamolio sam članove Povjerenstva da dvaput provjere kriterije za gospičku bolnicu, rekao je. Ministar je najavio i skori natjecaj za akreditaciju bolnica.

- Kategorizacija je napravljena na temelju 11 kriterija, kao što su broj liječnika i medicinskih sestara po krevetu, broj stanov-



Ministar zdravstva **Darko Milinović** uručuje Rješenje o kategorizaciji bolnice ravnateljici OB Vukovar mr. sc. **Vesni Bosanac**

nika koji gravitira bolnici, broj ugovorenih kreveta, opseg usluga te razina pružanja usluge, objasnio je Milinović i najavio da je kategorizacijom bolnica otvoreno natjecanje bolnica za višu kategoriju, što znači i razinu i kvalitetu zdravstvene usluge.

Razvrstavanje u kategorije osigurava minimalne standarde stručnog razvoja, racionalnog administrativnog upravljanja, te upravljanja prostorom, opremom i radnicima radi postizanja minimalnih standarda kvalitete zdravstvene zaštite, te ravnomjernoga razvoja u cijeloj državi. Međutim, pojasnio je, da se i u bolnici niže kategorije može dobiti jednak kvalitetna zdravstvena usluga, da nije moguće „bildanje“ uvjeta kako bi se neopravdano stekla viša kategorija, te da su podaci o kriterijima koje bolnice ispunjavaju javno provjerljivi.

- Ne znači da je neka bolnica koja ima status lokalne lošija od, primjerice, one koja je nacionalna bolnica. To je samo korak do akreditacije bolnica prema kojoj će se odrediti kvaliteta usluge svake pojedinačne bolnice, objasnio je.

Kategorizacija je uvjet za akreditiranje pojedinih bolnica, čime se jamči sigurnost pacijenata u pogledu kvalitete medicinske usluge. Agencija za akreditaciju otvara

natječaj za akreditaciju prvih deset bolnica, a postupak će trajati pola godine. U akreditaciji će se prikupiti i obraditi podaci o težini liječenih pacijenata, o složenosti medicinskih postupaka, o broju, odnosno postotku komplikacija kod određenih zahvata i drugo.

- Govorilo se da će zbog politizacije proces kategorizacije bolnica biti teško dovesti do kraja. Ipak, politizacije nije bilo, rekao je Milinović i kategorizaciju bolnica proglašio povijesnim činom u hrvatskom zdravstvu kao i ključnim elementom reforme zdravstvenog sustava za koji je rekao da je najstabilniji u proteklih 20 godina.

Dug Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje dobavljačima na početku reforme bio je 2,14 milijardi kuna, a po završ-

nom računu za prošlu godinu koji se očekuje, dug je oko 18 milijuna kuna. Istodobno je dug bolnica s 2,3 smanjen na 1,3 milijarde kuna i to u recesiskoj godini i bez snižavanja kvalitete, kazao je Milinović te dodao da je u samo jednoj godini lista lijekova povećana za 64 inovativna lijeka, od kojih je 13 posebno skupih za rijetke bolesti, a da je u sedam prethodnih godina na listu uvedeno samo 47 novih lijekova.

Ministar se osvrnuo i na liste čekanja na pregledne i zahvate, objasnivši da su neke duge zbog izričitog zahtjeva pacijenata da ih pregleda ili operira određeni liječnik. Ured za liste čekanja pri Ministarstvu dosad je kontaktirao s više od 13.000 pacijenata ponudivši im brže usluge u drugim ustanovama



Ravnatelji bolnica u očekivanju rješenja o kategorizaciji

i gradovima, što je prihvatio njih oko 6000. Njima je prihvatljivo da pregled MR-om obave ne u Zadru ili Zagrebu, već u Gospiću u puno kraćem roku.

Nabrajajući uspjehe reforme ministar je spomenuo i informatizaciju zdravstva, e-recepte, a uskoro i e-uputnice, te elektroničke kartone. Ubuduće će i specijalisti u bolnicama moći propisati lijek, pa se primarna zdravstvena zaštita dodatno osloboda administriranja.

- Do kraja ove godine i papirnate uputnice za specijalističke preglede i diagnostiku učiće u povijest kao što su e-recepti zamijenili papirnate recepte, rekao je Milinović.

Gordana Jurić

Projekt Crvenog križa Grada Zagreba

Mrežna stranica Banka krvi

• Prvi tehnološki projekt "Banka krvi" kojim će se informatizirati proces sakupljanja krvi u akcijama Crvenog križa Grada Zagreba (CKGZ) predstavljen je početkom veljače.

- Cilj projekta je iskoristiti prednosti modernih tehnologija i unaprijediti način rada kako bi se ostvarili novi kontakti s postojećim i s budućim darivateljima krvi putem nekoliko komunikacijskih kanala. Vjerujem da ćemo s Bankom krvi privući mnoge, posebno mlade darivatelje koji se danas uvelike služe Internetom, rekao je autor projekta **Martin Birač**, koji je projekt osmislio u suradnji s CKGZ-om te tvrtkama NIVAS i Vipnet. Banka krvi je mrežna stranica na kojoj građani mogu ostaviti svoj kontakt ako žele postati dobrovoljni davatelji krvi.

Stvaranjem prve baze podataka svih darivatelja krvi u Zagrebu potpuno će se uskladiti baze podataka darivatelja, formirati će se krizni stožer za informiranje s preciznim slanjem SMS poruka prema grupama ljudi koji imaju točno određene krvne grupe, informirati će se javnost o aktivnostima CKGZ-a i unaprijediti sustav nagradivanja vjernih darivatelja.

- Posljednjih godina nema nestaćica krvi, no moramo biti pripravni na kriznu stanju, izjavio je izvršni predsjednik Hrvatskog Crvenog križa Nenad Javornik.

Svi potencijalni darivatelji krvi u Hrvatskoj svoje podatke mogu ostaviti na mrežnoj stranici www.bankakrvi.hr. Baza podataka

potpuno je zaštićena od upada izvana i dostupna samo djelatnicima Hrvatskog Crvenog križa i Hrvatskog zavoda za transfuzijsku medicinu.

U bazi podataka sada je 30.000 darivatelja, a **Šaša Madžarević**, guverner Banke krvi i predsjednik Skupštine darivanja krvi, nuda se da će projekt Banka krvi povećati broj darivatelja, poboljšati sustav prikupljanja krvi i pridonijeti povećanju solidarnosti u društvu.

Gordana Jurić

Tradicionalni humanitarni liječnički bal

Sredstva namijenjena edukaciji djece sa šećernom bolešću i Centru za palijativnu medicinu

• Tracionalni humanitarni liječnički bal održan je 26. veljače, na Dan hrvatskih liječnika, u Kristalnoj dvorani hotela Westin u Zagrebu, u organizaciji Hrvatskog liječničkog zbora pod pokroviteljstvom predsjednice Vlade **Jadranke Kosor**, ministra zdravstva i socijalne skrbi mr. **Darka Milinovića** i gradonačelnika Grada Zagreba **Milana Bandića**. Bal je otvoren uz valcere i polke ansambla salonske glazbe Animate te Hrvatsko salonsko kolo u izvedbi Umjetničke udruge Hrvatska plemićka mladež.

Balom su prikupljana finansijska sredstva za edukaciju djece sa šećernom bolešću koju organizira donirati Hrvatski savez dijabetičkih udruga kroz Dječji edukativni-rekreativni kamp i inicijativu Hrvatskog društva za palijativnu medicinu HLZ-a, koje je zahvaljujući ustrajnom radu uspjelo potaknuti zdravstvene i političke strukture na osnivanje Centra za palijativnu medicinu.

Akciji se priključio i Lions klub Kaptol. Na sudjelovanju u ovoj humanitarnoj akciji gostima su se zahvalili predsjednik HLZ-a prof. dr. **Željko Metelko** i predsjednik Hrvatske liječničke komore prim. dr. **Hrvoje Mlinig**.

Predsjednik Hrvatskog saveza dijabetičkih udruga prof. **Davor Bučević** istaknuo je da Savez više od 40 godina tijekom ljetnih mjeseci organizira za djecu sa šećernom bolešću boravak, edukaciju i medicinsku rehabilitaciju u dječjem edukativnom kampu uz stručnu podršku Sveučilišne klinike Vuk Vrhovac te povremenu uključivanje i drugih medicinskih i inih ustanova. U kampu se djecu educira kako kontrolirati svoj dijabetes od najmlađe dobi i priprema ih se za trajni suživot s tom bolešću. Do sada je kroz kamp prošlo više od tisuću djece.

Predsjednica Hrvatskog društva za palijativnu medicinu dr. **Marijana Braš** izjavila je da se Društvo već godinama bori za osnivanje ustanove za palijativnu skrb u Hrvatskoj. Društvo je u suradnji s Hrvatskim centrom za palijativnu skrb pokrenulo akciju "Ostani uz mene" 21. travnja protekla godine, s ciljem osnivanja znanstveno-edukativnog centra za palijativnu medicinu i poticanje osnivanja prvih ustanova u Hrvatskoj.

Dekan Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu prof. dr. **Davor Miličić** dodao je kako je važan iskorak u tom nastojanju i osnivanje Centra za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine. Odluku o osnivanju Centra kao svoje posebne organizacijske jedinice donijelo je fakultetsko Vijeće 21. rujna 2010. MEF će pomoći i pri osnivanju savjetovališta i stacionara.

Pomoćnica pročelnika Gradskog ureda za zdravstvo i branitelje Grada Zagreba dr. **Lidija Hrastić Novak** izjavila je da će se Grad pridružiti naporima koji se pokušavaju ostvariti na području palijativne skrbi. Dodala je da Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi izdalo rješenje za rad prvoj privatnoj ustanovi za palijativnu skrb u Brezovici.

Posebni izaslanik predsjednika Republike Hrvatske prof. dr. **Mirando Mrsić**



prenjo je okupljenima predsjednikov pozdrav i poruku da se uvijek s posebnim poštovanjem odnosi prema lijećnicima i da su njegova vrata uvijek otvorena njihovim inicijativam za poboljšanja na području zdravstva.

Borka Cafuk

Beyond Life - projekt splitskih studenata

- Beyond Life je projekt koji se na-kon natjecanja na nacionalnoj razini plasirao u svjetsko finale studentskog natjecanja pod nazivom Citizen Act u organizaciji Société Générale Group.

U velikoj međunarodnoj konkuren-
ciji od 250 timova, projekt splitskih studenata
odabran je u prvih 45 u svijetu, nakon čega
su zaslužili posjet Parizu početkom veljače ka-
ko bi prisustvom nizu radionica i predavanja
stekli znanje za daljnji razvoj projekta. Članovi
timu su troje studenata Ekonomskog fakulteta
u Splitu. To su redom: Dunja Duranović, Lu-
ka Bakotin i Ivana Biluš.

Tema natjecanja osmišljena je kao tzv. awareness kampanja, odnosno inicijativa za podizanje svijesti o važnosti doniranja organa. Osnovni cilj projekta je otkloniti sve moralne dileme i etičke barijere koje koče društvo da se više angažira po ovom pitanju. Glavna motivacija za angažman na ovom studentskom projektu je vlastito iskustvo članova tima, koji smatraju da je edukacijom ljudi moguće potaknuti na djelovanje, a u ovom slučaju se radi o djelovanju koje spašava ljudske živote. Trenutno je najveći naglasak na promoviranju projekta, o čijoj uspješnosti između ostalih elemenata, ovisi i prolaz u 10 najboljih timova na svijetu.

Njihov vrijedan projekt je još jedan dokaz da splitski studenti nisu samo pasivni članovi društva, već da se mogu aktivirati i na području osjetljivih socijalnih tema.

www.bit.ly/beyondlife

- • • • • • • • •

Besplatan priručnik za djecu s bolnim zglobom

- Društvo reumatičara za djecu i odrasle grada Zagreba ponovno nas je razveselilo novim besplatnim priručnikom za bolesnike, odnosno njihove roditelje "Bolan zglob u djece" (autorice: **Mandica Vidović**, dr.med., i prim.mr.sc. **Ksenija Berdnik Gortan**, dr.med.). Brošura sadrži kratak prikaz najčešćih bolesti i stanja kojima je vodeći simptom bol u zglobu.

Navedene su pretrage koje je potrebno učiniti da se pravovremeno postavi dijagnoza i započne liječenje. Prikaz današnjih dijagnostičkih i terapijskih postupaka nadopunjeno je na kraju pregledom vježbi iz programa medicinske gimnastike radi održavanja funkcionalnog statusa lokomotornog sustava. Priručnik se može dobiti besplatno u sjedištu Društva u Zagrebu, Laginjina 16 (tel.01/4604 155).

*Prim. mr. sc.
Lana Tambić Bukovac, dr. med.*

Tribina o kategorizaciji bolnica

Pravilnik o uvjetima za razvrstavanje bolničkih zdravstvenih ustanova u kategorije mora ostati otvoren za poboljšanja

- Pravilnik o uvjetima za razvrstavanje bolničkih zdravstvenih ustanova u kategorije ne bio smio biti "zatvorena knjiga" jer ima prostora za njegovu doradu i poboljšanja te bi u daljnju raspravu o kategorizaciji i poboljšanju Pravilnika nužno trebalo uključiti predstavnike bolničkih ustanova i Udruge poslodavaca u zdravstvu, istaknuo je prvi dopredsjednik Hrvatske liječničke komore na tribini o kategorizaciji bolnica, koju je 2. veljače organizirala zagrebačka podružnica Hrvatskog liječničkog zbora.

Pravilnika prvi je put zatraženo 23. srpnja, a rok za davanje mišljenja bio je 28. srpnja, što je, istaknuo je Lelić, doista premalo vremena

za očitavanje o tako važnom aktu. Pravilnik je u Narodnim novinama objavljen 4. kolovoza.

Komora je na ukupno 26 članaka Pravilnika istaknula 21 primjedbu. Temeljne primjedbe odnosile su se na traženje izmjene pravilnika kojim se propisuju minimalni uvjeti u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, izmjene pravilnika kojim se uređuju uvjeti za ustroj zavoda i odjela u KBC-ima i KB-ima te pravilnika kojim se uređuju uvjeti za ustroj odjela u općim i specijalnim bolnicama, i donošenje pravilnika kojim se uređuje način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolažanja medicinskom dokumentacijom.

Prijedlog Pravilnika je, također, određivao da Hrvatski zavod za javno zdravstvo preuzima nadležnosti struke i Ministarstva zdravstva. Nigdje u svijetu, naglasio je Jelić, novčarska, odnosno osiguravajuća kuća ne određuje smjernice o kvaliteti zdravstvenih usluga tj. vrednovanja usluga i složenosti poslova ili standarde i normative opsega pružanja zdravstvenih usluga.

U razinama zdravstvene usluge zaboravljenja je poliklinička razina/dnevna bolnica, što je na traženje Komore uneseno u Pravilnik. Potom, u popisu djelatnosti po kategorijama dječja kirurgija nije bila predviđena nigdje osim u klinikama, ortopedija i urologija nisu bile predvidene u županijskim bolnicama, otorinolaringologija, endokrinologija i dijabetologija nisu bile predvidene u dnevnoj bolnici a, između ostalog, medicinska biokemija, dentalna medicina, oralna kirurgija i lijekarnička djelatnost uopće se nisu nalazile na popisu djelatnosti po kategorijama, istaknuo je lečilic.

Premda Komora, zaključio je Jelić, nije zadovoljna s načinom donošenja Pravilnika, ona je zadovoljna s krajnjim rezultatom, ali pod uvjetom da Pravilnik ostane otvoren za daljnja poboljšanja.

Borka Cafuk

Donacija Varaždinskim toplicama

- Rehabilitacijskom odjelu 2 Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju Varaždinske Toplice doniran je 3. ožujka uređaj za razgibavanje ekstremiteta oboljelih od multiple skleroze, tetraplegije i paraplegije. Riječ je o proizvodu «Thera Vital» njemačke tvrtke Medizintechnik GmbH, koji je korišten u njemačkoj bolnici, no kako su proizvedeni

uredaji nove generacije, došlo je do njegove zamjene. Uredaj je servisiran te potpuno funkcionalan i uščuvan, a donirala ga je tvrtka Elektroničar d.o.o. Zagreb, koja će provesti i obuku osoblja za rad na njemu.

Vedran Kruljac, dipl. iur.



Promovirani prvi liječnici specijalisti hitne medicine

Ministarstvo zdravstva prezentiralo Mrežu hitne medicine i provedbu reforme hitne medicinske službe

• U Hrvatskoj će do 2013. na svakih 50 kilometara biti najmanje jedan tim hitne medicine (HM) koji će do pacijenta stizati u rok od 10 do 20 minuta za 80 posto poziva, pa će pacijenti u objedinjeni hitni bolnički prijem stizati unutar zlatnog sata čime će se povećati šansa za preživljavanje za 30 do 50 posto., istaknuo je ministar zdravstva i socijalne skrbi mr. **Darko Milinović** na konferenciji za novinare 16. veljače održanoj u povodu promocije prvih liječnika specijalista HM-a i prezentacije Mreže hitne medicinske službe u Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi. Na konferenciji je promovirano prvih 27 specijalista HM-a, a 45 zahtjeva za stjecanje specijalizacije još je u vijek u postupku.

Neujednačena organizacija HMS-a u Hrvatskoj

U Hrvatskoj sada postoji neujednačena organizacija Hitne medicinske službe (HMS), koja je organizirana kroz ustanove za hitnu medicinsku pomoć (HMP), timove HM P-a u domovima zdravlja, te kroz dežurstva i pripravnosti. Ustanove za HMP-a u Zagrebu, Osijeku, Splitu i Rijeci imaju nadležnost nad 17 posto površine Hrvatske i skrbe za 40 posto stanovnika, dok ostale jedinice kroz koje se odvija HMS imaju nadležnost nad 83 posto površine Hrvatske i skrbe se za 60 posto stanovnika.

Neujednačenost se vidi primjerice u Zagrebu koji na 60.000 stanovnika ima jedan punkt HMP-a, Rijeka s jednim punktom zbrinjava 100.000 stanovnika, dok se u Istarskoj županiji 1 punkt brine o 25.000 stanovnika.



Promocija prvih liječnika specijalista hitne medicine i prezentacija Mreže hitne medicinske službe u Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi

Cilj je reorganizacije HMP-a stvaranje dostupnog, sigurnijeg, kvalitetnijeg, strukturno stabilnog i finansijski održivog nacionalnog sustava hitne medicine. Pacijenti će time dobiti ujednačenu, brzu, učinkovitiju i kvalitetniju hitnu medicinsku skrb, a zdravstveni radnici bolje uvjete rada, bolje mogućnosti stručnog usavršavanja, a mogućnost pogreške i izvanrednog, neželjenog događaja će se smanjiti.

Reorganizacija HMS-a

Projekt reorganizacije HMS-a stoji 90 milijuna eura i biti će završen do 2013. Od toga je 18,1 milijun eura kredit Svjetske banke, a Vlada se ugovorom sa Svjetskom bankom obvezala osigurati 72 milijuna eura.

Hrvatski zavod za hitnu medicinu, koji radi na reformi HMP-a, osnovan je 26. veljače 2009. od kada i traje projekt reorganizacije HMS-a.

Trenutačno je u tijeku osnivanje županijskih zavoda za HM u 16 županija, koje će biti dovršeno u lipnju ove godine, a u preostalim županijama osnivanje će biti dovršeno krajem godine. Preduvjet je za osnivanje zavoda u preostalim županijama donošenje Mreže hitne medicine i Pravilnika o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika, medicinsko-tehničke opreme za obavljanje djelatnosti HMS-a.

Kada se Mreža uspostavi osnovat će se 103 centra obiteljske medicine u domovima zdravlja i time ojačati njihove funkcije te smanjiti pritisak na HMP.

Planira se izgradnja objedinjenog hitnog bolničkog prijema u svim akutnim bolnicama te u domovima zdravlja Metković

i Senj. Trenutačno funkcioniraju tri objedinjena hitna bolnička prijema, i to u KBC-u Zagreb, KB-u Sv. Duh i OB-u Koprivnica, a još četiri su izgrađena u općim bolnicama Čakovac, Karlovac, Zabok i Bjelovar te ih je potrebno opremiti.

Liječnici specijalisti hitne medicine i medicinske sestre / tehničari sa specijalističkim usavršavanjem iz hitne medicine

Nova specijalizacija za doktore medicine iz hitne medicine (HM) trajati će pet godina i do sada je pristiglo 22 zahtjeva za specijalizaciju te se očekuje da će za pet godina Hrvatska imati 200 liječnika specijalista HM-a. Ove godine sukladno odredbama Pravilnika o stjecanju statusa specijalista HM-a liječnici mogu steći status specijalista hitne medicine ako su više od 15 godina radili u djelatnosti izvanbolničkog HM-a, ili ako su liječnici specijalisti interne medicine ili opće kirurgije ili anestezijologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja ili obiteljske (opće) medicine više od 10 godina radili u djelatnosti HM-a, ili ako su više od 10 godina radili u djelatnosti HM-a i bili u radnom odnosu u zdravstvenoj ustanovi koja obavlja djelatnost HM-a.

U pripremi je i specijalističko usavršavanje medicinskih sestra / tehničara u djelatnosti HM-a, koji će samostalno izlaziti na hitne intervencije, i očekuje se donošenje pravilnika. U idućih pet godina trebalo bi 220 medicinskih sestara / tehničara završiti specijalističko usavršavanje iz HM-a. Također, izrađen je plan edukacije i počeo je trening za vozače i radnike u prijavno-dojavnim jedinicama.

Nova vozila, oprema i integralni informacijsko-komunikacijski sustav

Za HMS će se nabaviti i nova oprema. U tijeku su četiri postupka javne nabave za 106 milijuna kuna. Nabavlja se 128 opremljenih vozila, aspiratori, pulsni oksimetri, boce za kisik, sredstva za imobilizaciju i izvlačenje te reanimacijski ruksaci, defibrilatori i respiratori.

U tijeku je priprema natječaja za razvoj i instalaciju medicinskog informacijskog sustava za 21 županijski zavod za HM.

Natječajem će se nabaviti računalna oprema i softver za integralni informacijsko-komunikacijski sustav HMS-a, programske aplikacije za prijem i disponiranje hitnog poziva i TETRA sustav za potrebe komunikacije HMS-a. Sustav će omogućavati lociranje i praćenje vozila za hitne intervencije te biti implementiran u informatički sustav zdravstvene službe.

Sadašnje ugovorenog stanja i prijedlog mreže

Kriteriji za donošenje prijedloga mreže timova HM-a jesu broj stanovnika, gustoća naseljenosti površina županije, kvaliteta cestovne infrastrukture, gustoća cestovne mreže, udaljenost od bolnice, područje koje pokriva tim te radi li se o otoku, objasnio je državni tajnik Ministarstva zdravstva dr. Dražen Jurković.

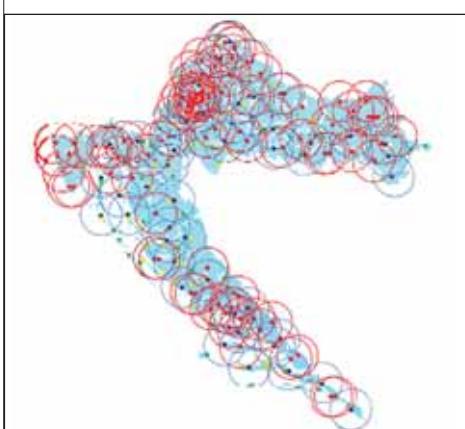
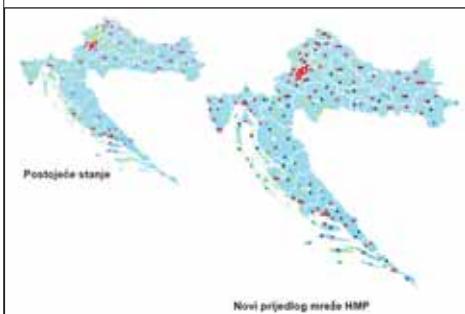
Primjerice, Vukovarsko-srijemska županija ima 204.768 stanovnika i površinu od 2.448 kvadratnih kilometara. Prema sadašnjem ugovorenom stanju ona ima tri punkta, u Vukovaru, Vinkovcima i Županji, i 15 timova koje čine liječnik specijalist HM-a, medicinska sestra/tehničar i vozač te tri punkta pripravnosti, tj. Ilok, Tovarnik - Lovas, Gunja - Račinovci, što stoji 16.331.354,27 kuna.

Prema prijedlogu mreže ostala bi ova tri punkta s 15 timova, osnivaju se još tri punkta s 15 timova koje čine medicinske sestre/tehničara sa specijalističkim usavršavanjem iz HM-a i medicinske sestre/tehničari te bi ostala dva punkta pripravnosti Ilovik i Tovarnik - Lovas, prijavno-dojavna jedinica koja će djelovati 24 sata, neće biti dežurstava te tri centra obiteljske medicine u Vukovaru, Županji i Vinkovcima. Županija će dobiti šest novih vozila hitne medicinske pomoći i objedinjeni hitni bolnički prijem. Sve to stajati će 16.331.354,27 kuna (informacije o ostalim



Ministar zdravstva Darko Milinović uručuje rješenje o stjecenom statusu specijalistice hitne medicine ravnateljici Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu prim. dr. Maji Grbi - Bujević

županijama mogu se pronaći na mrežnim stranicama Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi <http://www.mzss.hr> u rubrici "Novosti" pod naslovom "Mreža i pregled provedbe projekta Reforme Hitne medicinske pomoći", u PDF dokumentu "Reforma HMP mreža").



Sada je u HMS-u 462 liječnika, medicinskih sestara/tehničara i 717 vozača, a prema prijedlogu mreže bit će 486 liječnika, 1150 medicinskih sestara/tehničara i 455 vozača. Hrvatska ima 4.437.460 stanovnika i površinu od 56.542 kvadratnih kilometara. Prema sadašnjem ugovorenom stanju ima 55 punktova i 359 timova koje čine liječnici,

medicinske sestre/tehničari i vozači, 83 dežurstva, 74 pripravnosti i četiri prijavno-dojavne jedinice za županije, što stoji 358.104.715,27 kuna. Prema prijedlogu mreže, Hrvatska će imati 91 punkt s 455 timova koje čine liječnici specijalisti HM-a, medicinske sestre/tehničari i vozači, 49 punktova s 245 timova koje čine medicinske sestre/tehničari sa specijalističkim usavršavanjem iz HM-a i medicinske sestre/tehničari, 38 dežurstava, 35 pripravnosti i 21 prijavno-dojavnu jedinicu, što će sve zajedno stajati 452.594.564,66 kuna.

Prvi liječnici specijalisti hitne medicine

S obzirom da u Hrvatskoj do sada nije postojala specijalnost HM-a, donosimo abecedni popis prvih liječnika koji su stekli status specijalista HM-a i čija je promocija upriličena u Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi na konferenciji za novinare 16. veljače.

1. Dr. sc. Ingrid Bošan-Kilibarda.
2. Ljiljana Cergolj, dr. med.
3. Ružica Fatović, dr. med.
4. Boris Filipović, dr. med.
5. Mr. sc. Diana Florini, dr. med.
6. Maja Grba Bujević, dr. med.
7. Biserka Grbčić-Mikuličić, dr. med.
8. Mr. sc. Višnja Jovanović, dr. med.
9. Celestina Kegalj, dr. med.
10. Jasna Janeš - Kovačević, dr. med.
11. Gordana Kranjec, dr. med.
12. Jugoslava Kurelčuk - Bogavčić, dr. med.
13. Teodosija Lakić, dr. med.
14. Irena Miklausić, dr. med.
15. Nada Mršić, dr. med.
16. Blaško Pavić, dr. med.
17. Boris Peršić, dr. med.
18. Andrea Pecotić, dr. med.
19. Jasna Pletikosa, dr. med.
20. Petar Radaković, dr. med.
21. Gordana Slavetić, dr. med.
22. Sladana Srdoč, dr. med.
23. Senka Štrbo, dr. med.
24. Branka Tomljanović, dr. med.
25. Mario Vrabac, dr. med.
26. Angela Vučković, dr. med.
27. Mladen Vuljak, dr. med.



Zdravstveni radnici zahtjevaju da se pozornost posveti osiguranju globalnog zdravlja koje narušavaju klimatske promjene

• Zdravstvene i okolišne organizacije udružile su snage i pozvale pregovarače i sudionike konferencije Ujedinjenih naroda o klimatskim promjenama da uzmu u obzir stvarne troškove klimatskih promjena i prednosti poduzimanja odgovarajućih aktivnosti koje u obzir uzimaju i dimenziju ljudskog zdravlja.

UN konferencija o klimatskim promjenama održana je od 29. studenog do 10. prosinca 2010. u Cancúnu (Meksiko). Ozbiljnost svojih zahtjeva organizacije koje zastupaju milijune zdravstvenih radnika širom svijeta izrazile su i potpisivanjem izjave o klimi i zdravlju "Cancun Climate and Health Statement" 6. prosinca 2010., koja je u cijelosti dostupna na mrežnoj stranici http://www.env-health.org/IMG/pdf/20101203_Cancun_Statement.pdf.

Izjavu je potpisalo 10 zdravstvenih organizacija - Svjetska liječnička organizacija (World Medical Association), Stalni odbor europskih liječnika (Standing Committee of European Doctors), Vijeće za klimu i zdravlje (Climate and Health Council). Međunarodna federacija studenata medicine (International Federation of Medical Student's Association), Međunarodno udruženje liječnika za okoliš (International Society of Doctors for the Environment), Liječnici za društvenu odgovornost (Physicians for Social Responsibility), Alijansa za zdravlje i okoliš (Health and Environment Alliance), Zdravstvena skrb bez štete (Health Care Without Harm), Svjetska federacija javnozdravstvenih organizacija (World Federation of Public Health Associations) i Međunarodno vijeće medicinskih sestara (International Council of Nurses).

U Izjavi se naglašava da je sve više dokaza koji upućuju na to da ljudskim dje-lovanjem izazvana promjena klime već sada stvara ozbiljne zdravstvene probleme širom svijeta, koji će samo eskalirati s dalnjom destabilizacijom klime.

Klimatske promjene izazivaju povećanje broja smrtnih slučajeva, ozljeda i



invaliditeta povezanih s povećanjem temperature, pogotovo među starijim osobama, djecom i trudnicama. Također, poplave izazvane klimatskim promjenama povećavaju broj smrtnih slučajeva i ozljeda, s ogromnim negativnim posljedicama za zemlje u razvoju. Migracije biljaka i peluda produžavaju sezonu alergija i izazivaju nove vrste alergija. Širenje infektivnih bolesti i bolesti koje prenose komarci i drugi vektori, poput malarije, dengsa groznice, Lymeove bolesti i dr., posljedica je rasta temperature. Klimatske promjene povećavaju i opasnosti od kanalizacijskog i kemiskog zagađenja, vode u glad i pothranjenost te povećavaju obolijevanje od bolesti koje se prenose vodom i zrakom.

Borka Cafuk



Milijuni nepotrebno uzimaju statine

• Milijuni nepotrebno uzimaju statine i Statini svima a milijarde farmaceutskim tvrtkama, naslovi su članaka objavljenih u siječnju ove godine u najvećim britanskim novinama Telegraph. Pisci tekstova pozivaju se na novoobjavljeni sustavni pregled Cochraneove knjižnice Statini u primarnoj prevenciji kardiovaskularnih bolesti. Rezultati te analize ne govore u prilog postavci o korisnosti ovih pripravaka u ljudi s malim rizikom srčanožilnih bolesti, a upravo ta populacija čini značajan dio od ukupno 7 milijuna potrošača statina u Velikoj Britaniji. Autori sustavnog pregleda preporučuju oprez pri propisivanju ovih lijekova zdravim ljudima, odnosno njihovo ograničavanje na kardiovaskularne bolesnike i osobe s visokim kardiovaskularnim rizikom, te pozivaju liječnike da prekinu nepotrebnu terapiju.

Cilj spomenutog sustavnog pregleda bio je utvrditi učinkovitost i sigurnost statina u osoba bez srčanožilnih bolesti. Uključeno je 14 randomiziranih pokusa objavljenih između 1994. i 2006. godine, s trajanjem između 1 i 5,3 godine i ukupno 34.272 ispitanika među kojima je manje od 10% imalo srčanožilnu bolest. Nađeno je smanjenje ukupne smrtnosti za 17% i kardiovaskularnih

dogadaja za 30%, bez jasnih dokaza o škodljivosti. Međutim, autori ukazuju da su rezultati precijenjeni zbog grešaka u metodologiji studija (uključivanje kardiovaskularnih bolesnika, nepotpuno izvještavanje o ishodima, zanemarivanje nuspojava, prijevremeno prekidanje studija) i činjenice da su sve uključene pokuse, osim jednog, potpuno ili djelomično financirali proizvođači statina, a sponsorizirane studije su dokazano pristrane. Osim toga, neka istraživanja koja nisu uključena u pregled pokazala su nedostatak učinka na ukupan mortalitet. Stoga se autori priklanju mišljenju onih stručnjaka koji su demonstrirani učinak statina u primarnoj prevenciji skloni pripisati greškama u istraživanju, a ne njihovu stvarnom efektu. U svjetlu činjenice da se nuspojave u statinskim studijama nepotpuno prikazuju, upozoravaju na pojedina manja istraživanja koja su demonstrirala veću vjerojatnost jetrene lezije, akutnog bubrežnog zatajenja, hemoragijskog inzulta i kognitivnog oštećenja (statinska demencija).

Statini u zadnjih desetak godina bilježe eksponencijalni rast primjene i danas su najprodavanija klasa lijekova. Pfizerov atorvastatin prošle je godine bio najunosniji preparat s utrženih 13,3 milijarde USD širom svijeta. Među prva tri pripravka na koje je hrvatsko zdravstvo u 2009. potrošilo najviše novca, nalaze se dva statina; platili smo ih više od 180 milijuna kuna. Još važnije i urgentnije nego u Velikoj Britaniji, i u Hrvatskoj je vrijeme da prestanemo bacati oskudan i dragocjen društveni novac.

Lidija Gajski, dr. med.



CPME pozdravio mjere Europskog parlamenta u borbi protiv krivotvorenih lijekova

• Stalni odbor europskih liječnika (CPME) pozdravio je mjere koje je 16. veljače usvojio Europski parlament u borbi protiv krivotvorenih lijekova.

Posljednjih se godina broj krivotvorenih lijekova povećao i dolazio je do pacijenata ne samo ilegalnim već i legalnim putem. Ovi lijekovi obično sadrže sastojke koji su ispod standarda ili su krivotvoreni, uopće



nemaju sastojke koji su na deklaraciji ili se oni u njima nalaze u krivoj dozi. CPME je više puta isticao kako krvotvoreni lijekovi predstavljaju ozbiljnu opasnost za pacijente. Europski je parlament dopunio je Direktivu 2001/83/EC pa će infiltracija krvotvorenih lijekova u legalni lanac nabave biti onemogućena provjerom autentičnosti.

Borka Cafuk



Starenje svjetskog stanovništva - trijumf čovječanstva, ali uz nuspojave

• U završnim desetljećima prošlog i u početnim ovoga stoljeća, svjetska se javnost, a posebice autoritativne globalne međudržavne organizacije (prvenstveno sustav ujedinjenih naroda) bavi nekim pojavnostima i promjenama koje zavređuju punu pozornost. Među inim tu je akcelerantan porast svjetskog stanovništva (uskoro će nas biti 7 milijardi!), te u sklopu tog fenomena i starenje stanovništva. Ovaj posljednji fenomen predmet je pomognog razmatranja i studiranja posebnog odjela Ujedinjenih naroda koji već po treći put u posljednjim desetljećima izdaje o tome posebnu publikaciju.¹ Visoku zainteresiranost UN-a, kao uostalom i svih nacionalnih i stručnih organizacija u svijetu, ilustrira samo jedan od bezbrojnih podataka koji se u toj publikaciji navode: u razdoblju od 1950. do sada broj starijih od 60 godina utrostručio se, a očekuje se ponovno utrostručenje do 2050. godine.

S jedne strane tu pojavnost treba tretirati kao svojevrstan trijumf čovječanstva, jer je rezultat impozantnog smanjenja dojenačke smrtnosti, golema dostignuća medicinskih i medicini srodnih znanosti te boljih općih i životnih uvjeta. Ali je taj veliki porast broja starijih poremetio dosadašnju strukturu svjetskog stanovništva. Promatramo li tri tzv. "široke skupine" svjetskog stanovništva (od 0-15 - formativno razdoblje, od 16-65 radno aktivno stanovništvo i od 65 nadalje post-radno razdoblje), možemo zaključiti da istovremeno uz relativno smanjenje najmlađeg stanovništva nastaje poremećaj ravnoteže s radno aktivnim stanovništvom koje se mora skrbiti za ostale široke skupine. UN u spomenutoj publikaciji opravdano utvrđuju da "pomak u dobroj strukturi zdržan sa starenjem populacije snažno utječe na širok

raspon ekonomsko-političkih i socijalnih problema". U sklopu tih problema posebno su tangirane dvije javne službe: zdravstveno i mirovinsko osiguranje.

Što se tiče zdravstvenog osiguranja, podsjetimo se da je još Mimica u davnina vremena utvrdio da stariji od 50 godina imaju blaže ili jače oblike neke kronične bolesti. Naglo uvećanje broja starijih zahtijeva da se kvantitativno i kvalitativno promijeni sustav zdravstva jer taj ne može na to ostati indiferentan.

Još snažniji utjecaj osjeća se u mirovinskim sustavima. Može se slobodno reći da su, uz popratnu generalnu ekonomsku križu, došli u egzistencijalni problem, što možemo ilustrirati i s prilikama u našoj zemlji, makar ona u tom sklopu nije tipična već jepo nekim determinantama nažalost europski pa i svjetski rekorder.

Što se tiče starosne strukture, Hrvatska je u skupini od 196 zemalja članica UN-a na visokome 9. mjestu! S 23,1% starijih od 60 godina ona premašuje mnoge visoko razvijene zemlje kao što su Švicarska, Belgija, Danska i SAD. Dakako, taj broj je mnogo viši od onoga koji vrijedi za čitavu našu planetu i za "visoko razvijene regije" (koje imaju 21,4% starijih od 60 godina) i za Europske prilike (21,6%).

Drugi podatak koji treba razmatrati jest prosječna starost stanovnika. Po izračunavanjima 2009. godine Hrvatska je ponovno na vrlo visokom 11. mjestu s 41,3 godine, dok je svjetski prosjek 28,1 (u visoko razvijenim zemljama je 39,6 a u Europi 40,1).

Posebno zabrinjavaju podaci iz evropskih mirovinskih sustava. Dobro su poznati podaci da je u Hrvatskoj prosječna dob odslaska u mirovinu 59,9 godina, da imamo gotovo jednak broj umirovljenika kao onih u radnom odnosu, da to optereće bruto društveni proizvod s oko 10% te da samo 14% umirovljenika ima puni mirovinski staž.

Opterećeni smo i beneficiranim, povlaštenim mirovinama. Prema tome, daleko smo od odrednica koje bi trebale krasiti primjerene mirovinske sustave, tj. da na jednog umirovljenika dolaze dva do tri čovjeka u radnom odnosu te da bi, generalno gledajući, čovjek trebao biti 40 godina u radnom odnosu, a 20 godina u post-radnom razdoblju (kod nas je gotovo suprotno!).

Kao u i drugdje u svijetu, a posebice u Europi, očekivano trajanje života se i u nas povećava (sada iznosi 76,8 godina), pa se suočavamo s time da (izraženo godinama) radimo kraće a živimo dulje.

Kako je to problem i drugih zemalja, UN je u spomenutoj ediciji o starenju izrazio čuđenje i izrazio uvjerenje da su nužne promjene u sustavima socijalne sigurnosti.

Senzibiliziran je i problem koji javnost teže percipira, naime da žene žive duže od muškaraca. Prema recentnim podacima, u razvijenim zemljama žene žive duže 6,9 godina od muškaraca, što odgovara i hrvatskim prilikama. Unatoč tome svugdje u svijetu su žestoke protimbe pokušajima da se mirovinski staž žena i muškaraca izjednači, makar će u eventualnom izjednačenju radnog staža žene i dalje živjeti duže od muškaraca!

UN upućuje nedvojbenu sugestiju, iako vrlo obazrivo, da se razmisli o reguliranju radnog i mirovinskog staža. To stajalište inače uvelike propagira i SZO sloganom "Active, Productive Ageing" i dobro fundiranim stajalištem da duži opći, a posebice radni angažman, djeluje povoljno za fizičko, mentalno, intelektualno i bihevioralno zdravlje.

Uostalom, rado se citira slučaj Japana koji već desetljećima ima neke odlike koje ne mogu biti slučajne. Jedna je da je Japan zemlja s najboljim zdravstvenim stanjem na svijetu (po službenim indikatorima SZO-a), zatim da je Japan prvi po broju ljudi starijih od 60 godina i prvi po prosječnoj životnoj starosti, ali istovremeno postoji opće uvjerenje da nema radišnjeg naroda od njih; Japanci idu u određenoj dobi u mirovinu ali i kao umirovljenici nastavljaju raditi.

Uostalom, poznato je da stariji radnici u nekim profesijama ne poznaju mirovinu (znanstvenici, političari, umjetnici i sl.) ta da u pravilu duže žive od prosjeka. Prema tome, treba se veseliti produženju ljudskog življena, ali istovremeno forsirati aktivno, produktivno i kreativno starenje, što će biti korisno ne samo za pojedinca već i za širu zajednicu.

Uostalom, u spomenutoj publikaciji ponovno se tretira stajalište UN-a iz 2002. godine koje glasi: "Izazov budućnosti je osigurati da ljudi svagdje budu sposobni starjeti sa sigurnošću i dostojanstvom te nastaviti sa sudjelovanjem u svojim zajednicama kao građani s punim pravima".

Prim. dr. Berislav Skupnjak

1 U.N. World population ageing, New York 2010.

2 Makar Ujedinjeni narodi gledano biološki i u populacijskoj dinamici broj i strukturu stanovnika pod starije uvrštava sve osobe iznad 60 godina!

••••



Kako to rade Englezi i Amerikanci?

Dražen Gojranski¹

Radi boljeg razumijevanja našega zdravstva bit će ukratko prikazana dva najpoznatija zdravstvena sustava - onaj u Velikoj Britaniji te američki zdravstveni sustav, i to stoga što je zdravstvo u svakoj od tih zemalja svojevrstan obrazac čije će nam poznавanje olakšati razumijevanje bilo kojega drugog zdravstvenog sustava.

Moralni divovi - engleski zdravstveni sustav

„Vlast rabite da udovoljite potrebama zajednice.“

*Anthony Neil Wedgwood Benn,
bijeličan britanskog parlamenta*

• Zdravstveni je sustav Velike Britanije (Nacionalna zdravstvena služba - National Health Service - NHS) prikazan stoga što se uvriježeno uzima za jedan od najboljih na svijetu. Sustav je utemeljen 5. lipnja 1948. za vrijeme tadašnjeg ministra zdravstva Aneurina Bevana, a zamislio ga je lord Beveridge.

Zdravstveni se sustav plaća iz poreza, a zdravstvena je zaštita u cijelosti besplatna za sve stanovnike, neovisno o dobi, spolu, zaposlenosti, primanjima ili mogućnosti plaćanja. Nacionalizirane su skoro sve bolnice (lijekarne i tvornice lijekova nisu nacionalizirane), a liječnici i sve zdravstveno osoblje postali su državni službenici sa stalnim plaćama. Obiteljski je liječnik plaćen prema broju osoba koje pripadaju njegovoj ambulanti (glavarionu). Sustav organizira i nadgleda Vlada putem Ministarstva zdravstva (Department of Health), a izravno rukovođenje i nadzor provodi deset oblasnih zdravstvenih tijela (Stra-

tegic Health Authorities - SHA). Temeljna načela zdravstvenog sustava i danas su jednaka kao i prigodom utemeljenja:

Lord William Beveridge
(1879-1963)

- ispuniti zdravstvene potrebe svih građana
- biti besplatan za građane
- biti temeljen na zdravstvenoj potrebi, a ne mogućnosti plaćanja.

Tijekom lipnja 2000. postojećim su načelima dodana i sljedeća:

- osigurati cjelovitu zdravstvenu skrb
- osigurati zdravstvene usluge prema potrebama pojedinaca, njihovih obitelji i radnih mjesta
- uspješno odgovarati različitim potrebama različitih skupina građana

- stalno nastojanje da se unaprijedi kakvoća zdravstvene skrbi, a moguće pogreške svedu na što manju mjeru
- podupirati i ispravno vrjednovati djelatnike u zdravstvu
- javna sredstva za zdravstvenu skrb koristiti isključivo za dobrobit pacijenata
- raditi uskladeno s drugim službama kako bi se pacijentima osigurala zdravstvena usluga bez poteškoća
- pomagati održanje zdravlja stanovništva i smanjivati zdravstvene nejednakosti uvažavati povjerljivost podataka svakog pacijenta i osigurati otvoren pristup podatcima o radu sustava, liječenju i učinjenim postupcima.

Dakle, kao što bi to rekli protivnici zdravstva s ljudskim licem, pravi komunistički model - svatko ga koristi prema svojim potrebama, a doprinosi prema svojim mogućnostima (plaćajući porez).

Velika Britanija je 2008/2009. odvajala oko 3076 US\$ (1980 £) po stanovniku za zdravstvenu zaštitu. Oko 60% sredstava služi za plaćanje osoblja, 20% za lijekove i medicinske potrepštine, te 20% dijelom za održavanje i izgradnju zgrada, opremu, stručno usavršavanje, a dijelom za medicinsku opremu, prehranu, čišćenje i ostalo. Oko 80% sredstava raspoređuje se mjesnim jedinicama.

Bolničko je osoblje izravno zapošljeno u NHS-u, dok su obiteljski liječnici, stomatolozi i oftalmolozi gotovo u cijelosti privatni koji imaju ugovor s NHS-om. Oni mogu raditi samostalno ili udrženi s drugim liječnicima, zapošljavati vlastito osoblje uključujući i druge liječnike. Ipak, NHS ponekad izravno zapošljava liječnike i prateće osoblje za područja kojima nedostaju obiteljski liječnici.

Usposredno s NHS-om razvijali su se i privatni oblici zdravstvene djelatnosti koje većinom plaćaju privatna osiguranja i čije usluge koristi oko 8% stanovnika - uglavnom kao dopunu NHS-u.

Valja istaknuti kako zdravstvena zaštita nije besplatna samo za stanovnike Velike Britanije nego i za sve koji se zateknu na njezinom tlu, odnosno i za sve strance neovisno o njihovom statusu (radnici, studenti, turisti, imigranti). Tako je 2007. na taj oblik liječenja potrošeno oko 30 milijuna funti, odnosno 0,03% od ukupnih troškova, pa se često čuju i zahtjevi konzervativnih stranaka da *Nacionalna zdravstvena služba* prestane biti i „*Svjetska zdravstvena služba*“.

Iznimnost zdravstvenog sustava Velike Britanije jest u činjenici što se, upravo takav - komunistički, razvio u samom srcu kapitalističkog društva.

1 Autor je djelatnik Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (gorjanski@os.t-com.hr). Izneseni su stavovi osobni stavovi autora i nisu službena stajališta HZZO-a ni HLK-a. Reference su dostupne u njegovoj knjizi Obnova zdravstva (Zagreb, 2011.).

2 Izjava predsjednika Reagana tijekom njegova prvog nastupnog govora.

3 Medicare i Medicaid uveo je 1965. Lyndon B. Johnson, 36. američki predsjednik.

Naime, i ruski se zdravstveni sustav razvio s istim odlikama kao i engleski (Semaškov model s cjelovitom i besplatnom - *komunističkom* - zdravstvenom zaštitom), ali je on bio u skladu sa socijalističkim svjetonazorom tadašnjega Sovjetskog Saveza, dokle *primjereno* društvenom uređenju, dok se NHS razvio *usuprot* postajećem svjetonazoru i društvenom uređenju. Za takav su iskorak sposobni samo iznimni moralni divovi. Velika Britanija je imala sreću roditi takve velikane.

Budući da se u zdravstvenim sustavima odvija stalna borba sa silama koje ih nastoje unazaditi, sustavi se i razvijaju, ali i unazaduju, pa je osobitost NHS-a ne samo u tome što je nastao, nego i što se *održao* na istim visokim moralnim načelima na kojima je i začet. Ostaje pitanje kakav bi sustav bio da su uz bolnice bile nacionalizirane i tvornice lijekova, a što bi bilo u skladu i s težnjom stvaranju „države blagostanja”, i sa što boljim ustrojem zdravstvene službe, i s teorijom sustava.

No, mala je vjerojatnost da je lord Beveridge znao za *Teoriju sustava*. Naime, Ludwig von Bertalanffy, otac *Teorije*, prvi ju je puta izložio 1936. u Chicagu, a *Teorija* se počela ozbiljnije razvijati tek pedesetih godina

prošlog stoljeća, pa je velika vjerojatnost da ni lord Beveridge ni ministar Bevana nisu za nju ni čuli.

Moralni patuljci - američki zdravstveni sustav

„Postoji moralno suvisli argument protiv zajamčene zdravstvene zaštite, koji se svodi na to da je život možda nepravedan ali da nije zadaća države da iskorjenjuje nepravdu na svijetu. Ako si neki ljudi ne mogu priuštiti zdravstveno osiguranje, glasio bi taj argument, to je žalosno ali država nema obvezu višim porezima prisiljavati druge ljudе da im pomognu. Ako su neki ljudi naslijedili gene koje ih čine boležljivima, ili u nekom trenutku u životu stjecajem okolnosti izgubili pravo na zdravstveno osiguranje, e pa peh je česta životna pojava. Država ne može riješiti sve probleme, i nema razloga načiniti iznimku za takvu vrstу problema.“

„Odakle ta postavka da svi zaslužuju besplatno školovanje? Besplatnu zdravstvenu zaštitu? Besplatno sve živo? Iz Moskve. Iz Rusije. Izravno iz dubine pakla.“

Ova dva citata možda najsažetije opisuju stav većine Amerikanaca prema uvođenju zdravstvenog osiguranja za sve

građane. Zemlja koja je izvorište neoliberarnog kapitalizma, zamisli po kojoj će sustav ponude i potražnje potpuno samostalno urediti cjelokupni život i po kojemu „Država nije rješenje za ... probleme; država je problem“,² i u kojoj velik broj vodećih gospodarstvenika doista smatra kako državu (pojednostavljeni rečeno) treba privatizirati, ne može iznjedriti ništa drugo nego privatni i profitno usmjereni zdravstveni sustav.

U SAD-u je oko 85% građana zdravstveno osigurano, dok ih 15% (oko 45 milijuna) nema nikakvo zdravstveno osiguranje; 60% osobnih bankrota uzrokovano je troškovima liječenja, gotovo 45.000 osoba svake godine umre samo zbog toga što si ne može platiti primjerenu medicinsku skrb ili zato što nema zdravstveno osiguranje.

Prve zamisli o uvodenju obveznog zdravstvenog osiguranja za sve zaposlene i članove njihovih obitelji pojavili su se u SAD-u još 1939., no nisu se mogle ostvariti zbog snažnog opiranja Američkog liječničkog udruženja i osigurateljskih kuća. Danas zaposleni građani imaju zdravstveno osiguranje preko poslodavca (jer uplate za zdravstvo ne podliježu porezu na dohodak), dok država pokriva zdravstveno osiguranje najsiromašnijih (Medicaid), starijih od 65 godina (Me-

dicare), 3 te ratne veterane. No, kao i dobrovoljno osiguranje ni ta osiguranja ni približno ne pokrivaju stvarne potrebe svojih osiguranih. Osiguravateljske su kuće privatne i nema klasičnog obveznog osiguranja kao što je to u mnogim europskim zemljama. Iako je zdravstveno osiguranje putem poslodavca ponajbolje rješenje, ono je dostupno sve manjem broju građana. Tako je 2001. takvo osiguranje imalo 65% radnika, a u 2006. svega 59%. Razlog je stalnom smanjivanju broja osiguranih radnika putem poslodavca sve viša cijena osiguranja; u 2006. ono je iznosilo više od 11.000 dolara, odnosno koliko i „ukupna godišnja zarada radnika zaposlenog na puno radno vrijeme koji dobiva minimalnu nadnicu.“

No, i uz posjedovanje zdravstvenog osiguranja cijena je zdravstvenih usluga još uvijek (i za Amerikance) prilično visoka.

Primjerice, majke bez zdravstvenog osiguranja platit će običan porod između 14.000 i 25.000 dolara (oko 80.000 do 142.000 kuna), a one s osiguranjem između 500 do 3.000 dolara (2.850 do 17.100 kuna), uz dodatan račun za novorođenče od 1.500 do 4.000 dolara (8.550 do 22.800 kuna). Bude li potreban carski rez, majke s „dobrim“ osiguranjem (primjerice koji pokriva 80% troškova) porod će platiti između 3.000 i 3.500 dolara (17.100 do 20.000 kuna), uz uobičajen dodatan račun za novorođenče.

Teškoće američkog zdravstvenog sustava nastaju iz težnje da svaka jedinica u sustavu ostvari svoju osnovnu zadaću - što veću zaradu. Tako osiguravateljske kuće osiguravaju samo one građane čije zdravstveno stanje, njihova osobna povijest bolesti te povijest bolesti njihove obitelji daju statističku vjerojatnost da će osiguranjem takve osobe tvrtka zaraditi. U suprotnom - pokaže li statistički izračun kako će zbog trenutnog zdravstvenog stanja, ranijih bolesti ili bolesti u obitelji rizik osiguranja biti previsok, osoba se neće moći osigurati (osim ako se ne osigurava putem poslodavca). Postupak koji je nazvan „skupljanjem vrhnja“. Cilj je, naime, imati što više zdravih osoba koje se neće, ili je za to vrlo mala statistička vjerojatnost, razboljeti. Jer, nužno je zapamtiti kako „privatna osiguravajuća društva ne zarađuju na plaćanju troškova liječenja nego na premijama dok ne plaćaju troškove liječenja.“ Sljedeća je teškoća za građane SAD-a što će osiguravateljska društva nastojati osporiti plaćanje učinjenih medicinskih usluga - bilo tako što će ih proglašiti nepotrebnim ili, što je znatno neugodnije, poslijedicom neke ranije preboljele, a prešućene bolesti ili stanja, a za koje pacijenti često nisu ni znali, ili to nisu smatrali važnim za osiguranje. Dodamo li tome i liječenje koje je isključivo u skladu s policom osiguranja, odnosno samo do iznosa koji ta polica osigu-

rava ili do visine koju pacijent može platiti vrlo skupe lijekove i visoke naknade liječnicima, postaje jasno zašto je američko zdravstvo namijenjeno „samo bogatima“.

Proučavanje je američkog sustava korisno iz (bar) triju razloga: prvi je što je naše trenutno usmjerjenje upravo prema takvome modelu, drugi što su u američkom sustavu „skinute maske“ pa svaka zainteresirana strana slobodno izražava svoje težnje k što većoj radi na bolesti, a treći je spoznaja tko će sve biti protivnik uvodenja reda u naše zdravstvo, jasno, ako do toga uopće dode. Tako su najveći protivnici unaprijeđenja američkog zdravstva politička opozicija, privatna osiguravateljska društva, proizvođači lijekova, američki liječnici, ali i brojni gradani. Zanimljiva je činjenica kako je prvi pokušaj uvodenja zdravstvenog osiguranja za sve građane koji je još četrdesetih godina pokušao uvesti tadašnji predsjednik Harry Truman „propao zbog protivljenja dvije najvažnije grupe: American Medical Association i južnjačkih bijelaca, koji bi

zbog svojih niskih prihoda tim programom najviše dobili, ali koji su mu se usprotivili zbog straha da bi to značilo rasno integrirane bonice.“ Čini se kako sebičnost i strah od „socijalističkog zdravstva“ igra presudnu ulogu u nastajanju američkog zdravstva. Tako su se republikanci, tijekom lobiranja protiv zdravstvenog osiguranja za sve Amerikance, najčešće služili pojmom „socijalizam“, te ga često neznalački, prostacki i uz obilje laži vezali upravo uz engleski model zdravstvenog osiguranja.

Usto je na američkom iskustvu osobito važno uočiti kako je razvoj zdravstvenog sustava zapravo stalna borba između skupina koje sustav žele unaprijediti i onih koji ga žele unazaditi - svojevrsnih sila evolucije i deevolucije. Drugim riječima, čak i ako sustav dosegne određene razine ustroja to nije potvrda kako će ih i trajno zadržati; dio se američkih političara ne samo zdušno bori protiv nastajanja humanog sustava nego i za uništenje već dosegnutih razina.

••••



Pet godina šire primjene elektrokemoterapije u klinici

Prof. dr.sc. Ratko Magjarević, doc. dr. sc. Igor Lacković,
Sveučilište u Zagrebu, Fakultet elektrotehnike i računarstva, Zagreb;
prof. dr. sc. Damijan Miklavčič, Sveučilište u Ljubljani,
Elektrotehnički fakultet, Ljubljana

Sažetak

- Elektrokemoterapija (EKT) je relativno novi postupak u liječenju čvrstih tumora čija je šira humana primjena započela prije otprilike pet godina. Zasnovana je na elektroporaciji, tehnici kojom se s pomoću električnog polja preko stanične membrane u njenu unutrašnjost unose različite molekule, koje inače teško prodiru kroz staničnu membranu. U slučaju EKT-a, unose se lijekovi po put bleomycina i cisplatina. U proteklih dvadeset godina, od prve primjene EKT-a bleomycinom u Institutu Gustave Roussy u Francuskoj 1991. g. [1], EKT se kao način liječenja proširio u europskim zemljama (Austrija, Italija, Danska, Irska, Španjolska, Slovenija, Mađarska, Ujedinjeno Kraljevstvo itd.), Nikaragvi. O EKT-u, kao novoj primjeni suvremene tehnologije u medicini i njenoj kliničkoj pri-

mjeni za liječenje kožnih i potkožnih tumora, pisali smo prije tri godine [2]. U međuvremenu, EKT se primjenjuje i u liječenju tumora i metastaza drugih tkiva, o čemu smo se osvjeđočili na 1. međunarodnom sastanku korisnika EKT-a održanom u Bolonji u studenom 2010. O prihvaćenosti EKT-a nedavno je objavljen prikaz u JAMA-i [3].

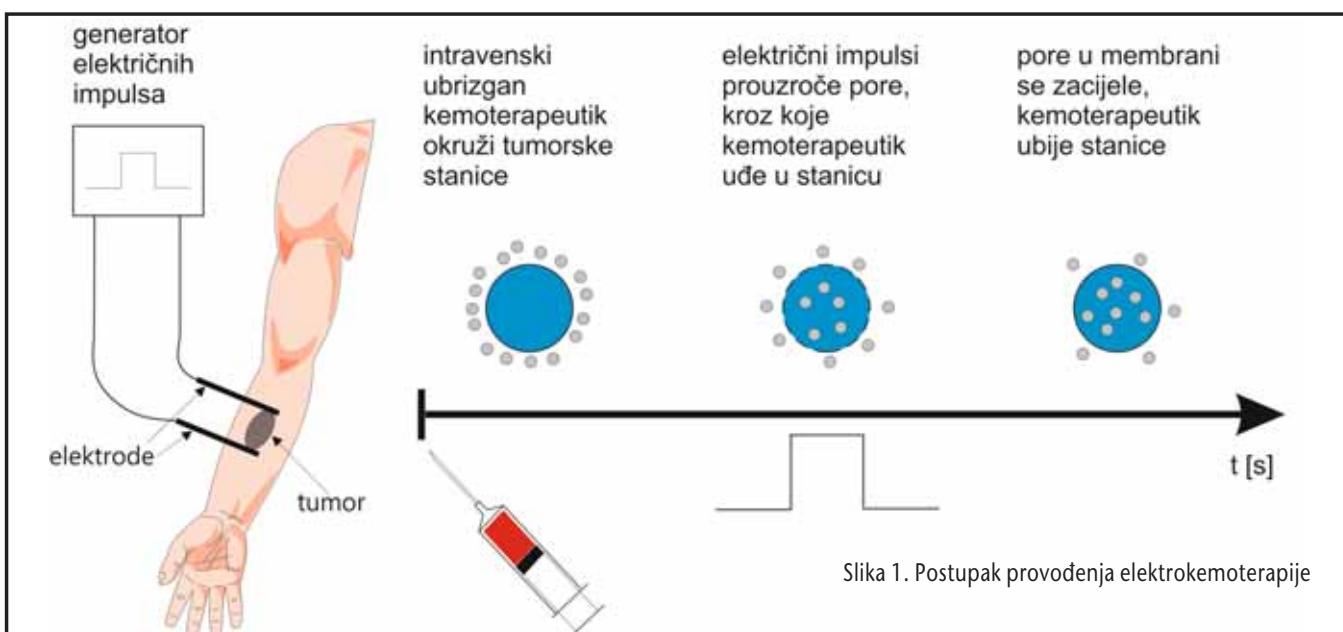
Načela elektrokemoterapije

Elektrokemoterapija (EKT) jednostavan je, siguran i učinkovit ne-termički način uništenja tumora [4] koji se klinički koristi za lokalno odstranjivanje prvenstveno kožnih i potkožnih tumora u više europskih zemalja. Temelji se na postizanju *in vivo* elektropermeabilizacije tumorskih stanica uporabom visokonaponskih električnih impulsa doveđenih lokalno na tumor tako da se značajno

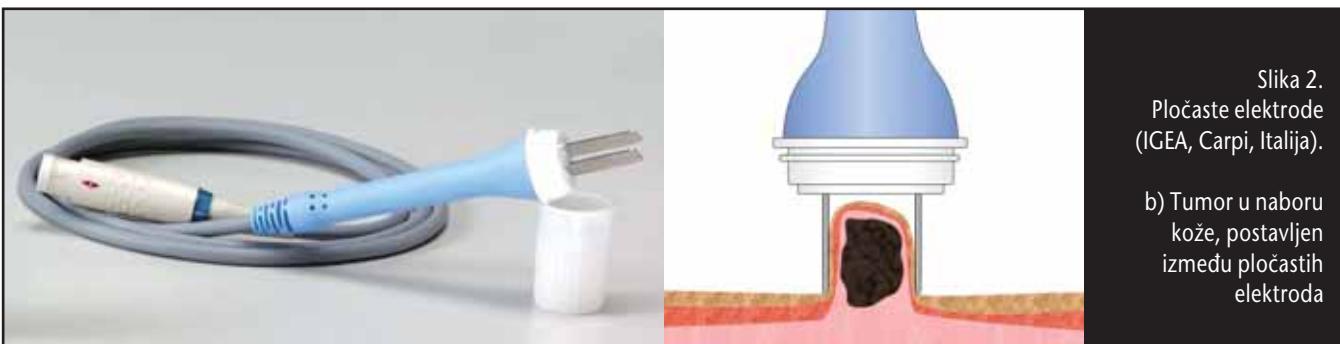
pospješuje djelotvornost lijekova za koje stanična membrana nije permeabilna, a imaju visoku intrinstičnu citotoksičnost (npr. bleomycin) ili lijekova dokazane djelotvornosti za koje postoji niska permeabilnost stanične membrane (npr. cisplatin). Lijekovi moraju biti uneseni u područje tumora prije primjene električnih impulsa. Elektropermeabilizacija stanica djeluje na sve vrste stanica i omogućava protutumorskim lijekovima koji djeluju izravno na staničnu DNA ulazak u stanicu te na taj način povećava citotoksičnost lijeka za nekoliko redova veličine [5, 6] (Sl. 1).

Bleomicin, unesen u stanicu, pokreće proces mitotičke stanične smrti. Zahvaljujući maloj koncentraciji citostatika ne stvaraju se nepoželjni sporedni efekti na zdrave stanice, a primjenjeno električko polje samo po sebi nema neželjenih utjecaja na stanice. Zajednička primjena kemoterapeutika i električkog polja dovodi do uspješnog liječenja jer uništava stanice tumora, a ima zanemarivo mali utjecaj na zdrave stanice u većini slučajeva.

EKT se provodi na taj način da se citostatik ubrizgava u tumor lokalno ili se dovodi sistemski, intravenoznim putem. Nakon određenog vremena (nekoliko minuta nakon aplikacije lijeka, kad se u tkivu postigne zadovoljavajuća koncentracija) primjenjuje se niz od 8 pravokutnih visokonaponskih impulsa jako kratkog trajanja (samo $100\ \mu\text{s}$ (mikrosekundi)), frekvencije 1 Hz ili 5 kHz. Vršna vrijednost naponskog impulsa ovisi o udaljenosti između primijenjenih elektroda i o obliku elektroda. Standardno su danas u uporabi pločaste i iglaste elektrode (Sl. 2 i 3). Vršna vrijednost naponskog impulsa postavlja se obično tako da je električko polje (napon prema udaljenosti) oko 1300 V/cm. Pločaste elektrode

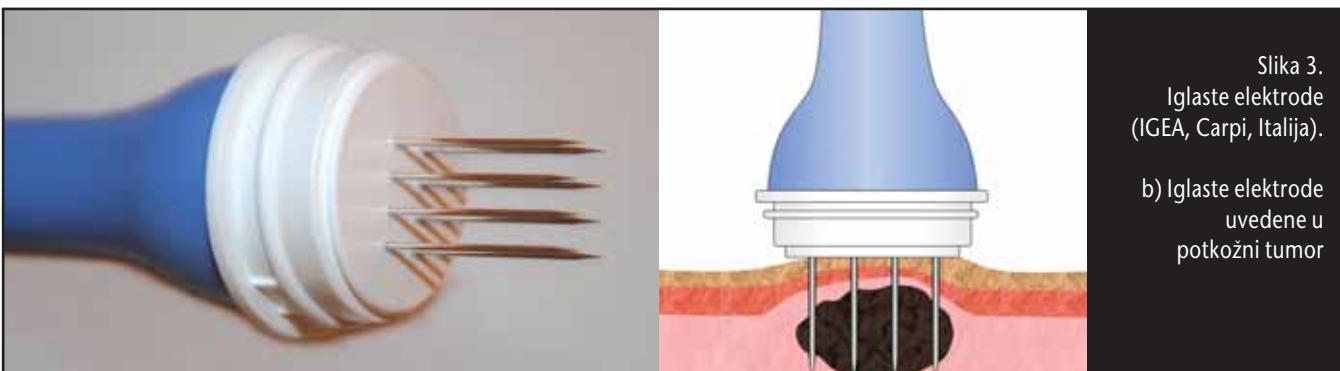


Slika 1. Postupak provođenja elektrokemoterapije



Slika 2.
Pločaste elektrode
(IGEA, Carpi, Italija).

b) Tumor u naboru
kože, postavljen
između pločastih
elektroda



Slika 3.
Iglaste elektrode
(IGEA, Carpi, Italija).

b) Iglaste elektrode
uveđene u
potkožni tumor

koriste se za EKT tumora na površini kože koji su lako dostupni, a uz upotrebu pločastih elektroda metoda je u potpunosti neinvazivna. Iglaste elektrode koriste se za tretman potkožnih tumora koji su se razvili relativno duboko pod površinom kože. (Slika 2. i 3.)

Za uspješnost EKT-a važno je osigurati da električno polje u cijelom volumenu tumora postigne vrijednost dovoljnu za reverzibilnu elektropermeabilizaciju, a da u okolnom tkivu ne prijeđe vrijednost polja kod kojeg nastaju trajna oštećenja stanične membrane koja dovode do nekroze stanica. *In vivo* i *in vitro* studije pokazale su da je uspješnost elektropermeabilizacije stanica u korelaciji s vrijednošću primjenjenog električnog polja [7, 8].

Na Fakultetu elektrotehnike i računarstva Sveučilišta u Zagrebu istražujemo mogućnost primjene EKT-a i elektro-genske terapije na tumorima drugih organa koji su manje dostupni od kože i potkožnog tkiva, ali su dostupni endoskopski, kao i na tumore nastale duboko u tkivu. Pri tome projektiramo odgovarajuće elektrode (njihov oblik i dimenzije) kao i sonde na koje su one smještene, a zatim izračunavamo raspodjelu električnog polja složenim programskim alatima na računalima velike računalne snage. Također, proračunavamo elektrode i sonde tako da osiguramo uvjete potrebne za sigurnost EKT postupka [4]. Niz godina surađujemo s Laboratorijem za biokibernetiku Elektrotehničkog fakulteta Sveučilišta u Ljubljani na znanstveno-istraživačkim bilaterelnim projektima

(2000. - 2010.) kao i s drugim istaknutim istraživačkim centrima u Europi.

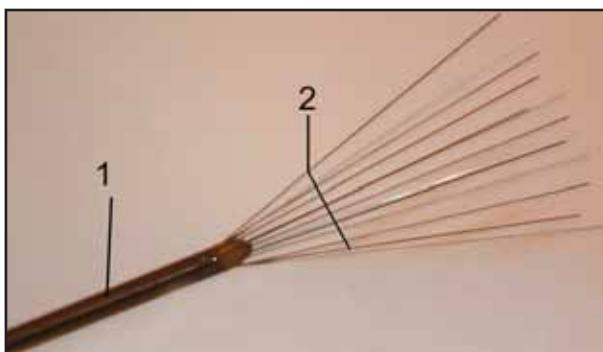
Elektrode za različite primjene elektrokemoterapije

EKT tumora kože i potkožnih tumora izvodi se pločastim (Sl. 2) ili iglastim elektrodama (Sl. 3). Elektrode prikazane na slikama 2 i 3 proizvode se industrijski i u standardnoj su kliničkoj primjeni u oko stotinjak zdravstvenih centara u Europi i širom svijeta [9, 10, 11]. Elektrode se postavljaju u položaj kojim se osigurava da cjelokupni tumor bude obuhvaćen električkim poljem iznosa većeg od granice potrebne za postizanje reverzibilnog praga permeabilizacije. Kad se radi o tumorima kože ili potkožnog tkiva, postavljanje obično nije problem jer liječnik može vidjeti granice tumora. Kod tumora unutarnjih organa i kostiju to nije slučaj, pa je bilo potrebno naći najbolji mogući način prilaženja tumoru i projektirati odgovarajuće elektrode. EKT se smatra minimalno invazivnim terapijskim postupkom, pa se do tumora nastoji doći uz minimalnu inciziju, perkutano, iglastim elektrodama. Takve su elektrode značajno dulje od onih prikazanih na Slici 3. Navlakama od izolatora navučenim na iglaste elektrode određuje se aktivno područje pojedine igle odnosno osigurava koji dio tkiva će biti obuhvaćen električkim poljem i podvrgnut elektropermeabilizaciji. Na skupu korisnika EKT-a u Bolonji u studenom 2010. prikazan su

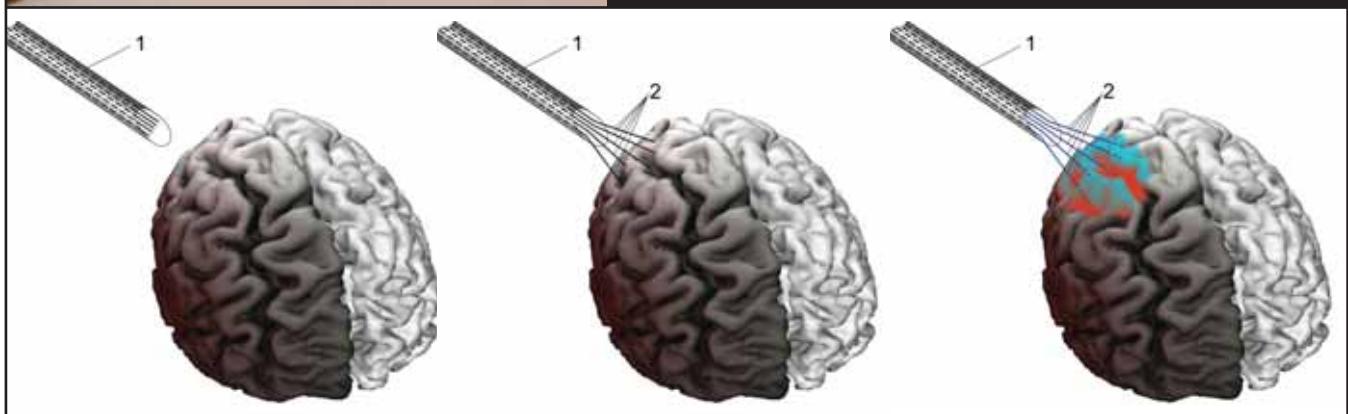
izvedbe novih elektroda razvijene u različitim istraživačkim centrima u Europi. Neke od tih novih tipova elektroda prikazujemo kroz fotografije i shematski prikaz postupka primjene. Svaki puta kad govorimo o priključivanju električkih impulsa, treba se sjetiti da je pretvodno, sistemski ili lokalno u tumor, apliciran kemoterapeutik.

Na Slici 4 prikazana je kišobranasta elektroda kakva se zasada koristi na animalnim modelima za terapiju tumora mozga [12, 13]. Unutar drške (1) nalazi se nekoliko tankih, iglastih elektroda (2), koje se pomoću naprave na dršci mogu pojedinačno gurnuti u okolinu tumora u mozgu, na različitu, prethodno proračunatu dubinu. Nakon što su elektrode postavljene na željena mesta, na pojedine parove se priključuju naponski impulsi prema unaprijed predviđenom i proračunatom redoslijedu. Žice se iz drška šire prema van, tvoreći oblik krnjeg stoča oko tumora.

Metastaze u kostima (Sl. 5) tretiraju se na taj način da se perkutano, kroz pločicu (template, 2) koja omogućuje fiksiranje pojedinih elektroda, i kroz potkožno tkivo i mišić, u kost uvedu iglaste elektrode (1) promjera 1,8 mm. S pomoću navlaka od izolatora, određuje se aktivni dio elektroda (3), dakle dio elektrode koji je za vrijeme postupka EKT-a pod naponom. Nakon postavljanja, položaj elektroda se prekontrolira RTG snimkom, a električki impulsi priključuju se unaprijed određenim protokolom [15]. Na sličan način,



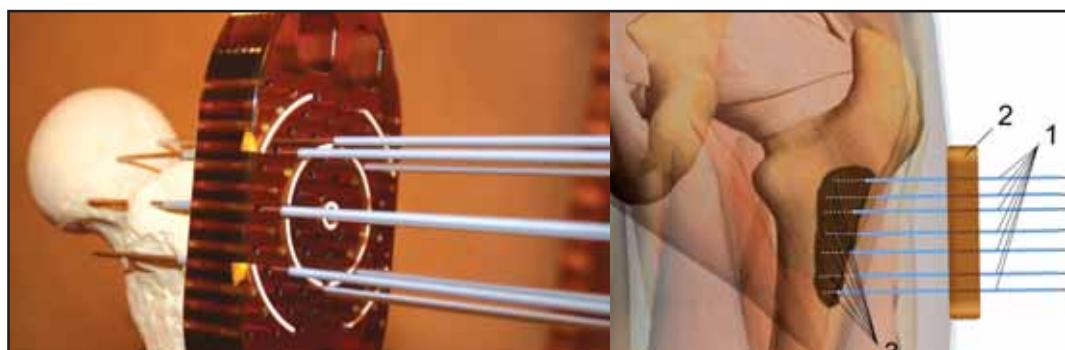
Slika 4. a) Kišobranasta" višeekstrodna sonda za EKT tumora na mozgu (Copenhagen University Hospital, Herlev, Danska). 1 - držak sonde; 2 - aktivni dio sonde s elektrodama. b) Držak sonde se postavi iznad mesta na mozgu zahvaćenog tumorom. c) Aktivni (iglasti) dijelovi se mehanizmom na dršku sonde (nije prikazan) izvlače i prodiru u područje tumora. d) Električni impulsi dovode se na pojedine elektrode prema odgovarajućem protokolu tako da se u tumoru stvori odgovarajuće električno polje [12].



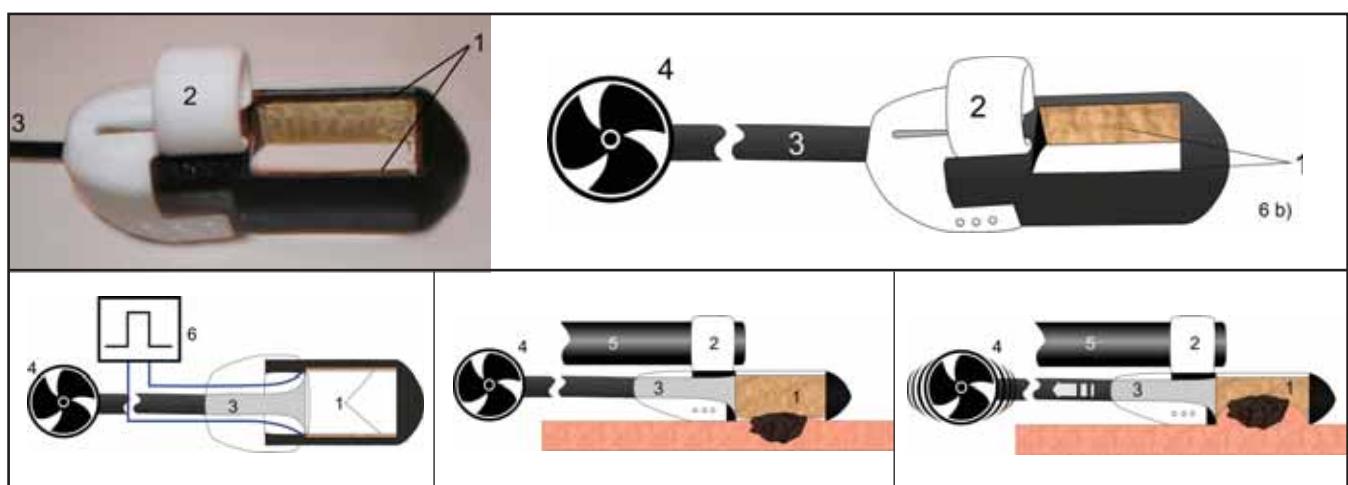
s pomoću dugačkih igala promjera 1,2 mm i pločice za fiksiranje, izvodi se i terapija tumora jetre.

Za pristup intraluminalnim tumora (Sl. 6), predviđa se korištenje para paralelno postavljenih elektroda (1) dovedenih

do tumora na vrhu endoskopa (5) s pomoću obujmice (2) i s pomoću cjevčice (3) povezanih na sustav za usisavanje (4) [16]. Liječnik



Slika 5.
a) Dugačke elektrode za EKT metastaza u kostima uvedene u model bedrene kosti. Elektrode se kroz pločicu (template) uvode i pričvršćuju u željeni položaj u kosti (Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna, Italija); b) Shematski prikaz elektroda postavljenih u metastazu u bedrenoj kosti [14].



Slika 6. a) Sonda s elektrodama razvijena za EKT intraluminalnih tumora (Cork Cancer Research Center, Cork, Irska). b) Sonda spojena na sustav za usisavanje. c) Elektrode su spojene na uređaj za EKT. d) Sonda se dovode u područje tumora. e) Sustavom za usisavanje, područje zahvaćeno tumorom usiše se medu elektrode tako da se u obuhvaćenom području između elektroda stvori odgovarajuće električno polje.

može endoskopom vidjeti unutrašnjost organa, te postaviti elektrode tako da obuhvate tumor što je moguće više (Sl. 6d). Sustav za usisavanje dodatno „povuče“ oboljelo tkivo među pločice (Sl. 6e) te se u odgovarajućem trenutku na elektrode priključuju naponski impulsi (6). Na ovaj način tretirani su i prvi humani tumori debelog crijeva.

Zaključak

Posljednjih pet godina od zaključka projekta ESCAPE [17, 18] elektrokemoterapija je sve prisutnija u kliničkoj praksi, ali je za velik



Slika 7. Suvremena inačica uređaja za EKT - Cliniporator (IGEA, Carpi, Italija).

God.	Broj pacijenata	Broj kliničkih centara
2006	130	
2007	300	37
2008	600	53
2009	1300	55
2010	2000	83

Tablica 1. Broj pacijenata liječenih elektrokemoterapijom i broj centara u Europi u kojima se EKT primjenjuje

dio organa još uvijek u eksperimentalnoj fazi.

Uz nove ideje za odgovarajuće elektrodne sustave, automatizacijom planiranja terapije (proračun električkog polja) i umješanost liječnika da pravilno uvedu elektrode, može se očekivati da EKT u narednim godinama postane klinički prihvaćena metoda

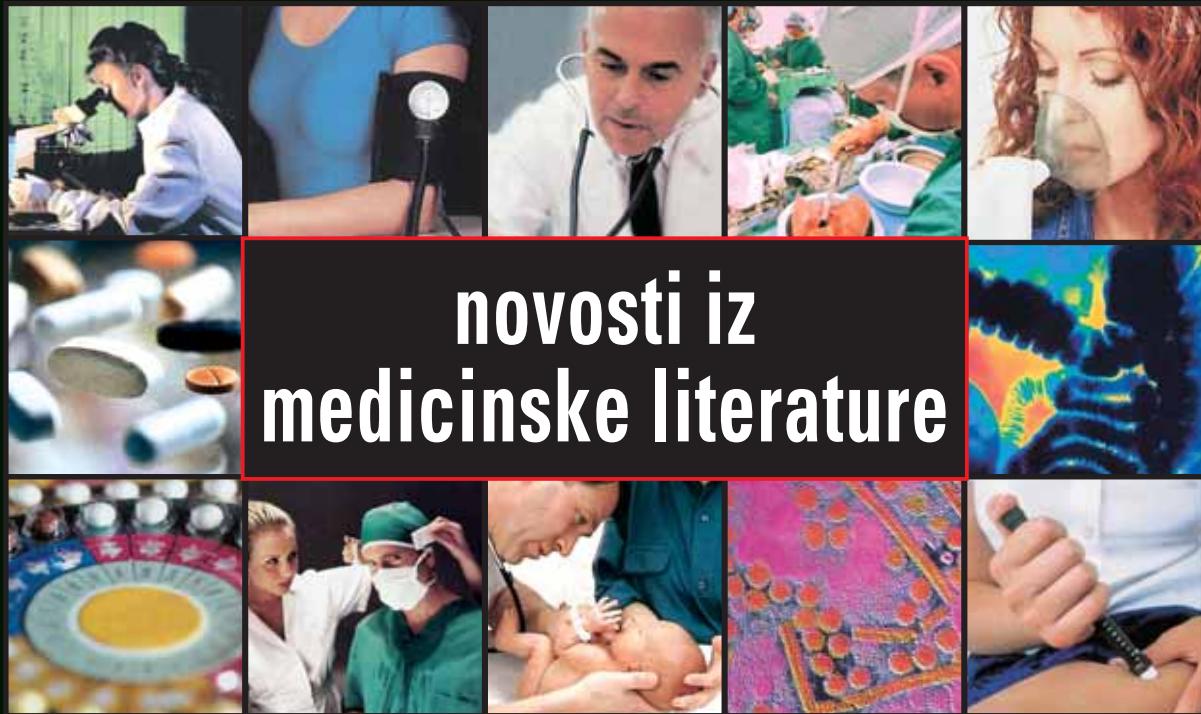
liječenja sve većeg broja tumora, nadamo se sa sve većom efikasnošću. (Više o liječničkom pogledu na EKT i njenu učinkovitost pročitajte u članku prim. dr. Egidija Ćepulića u jednom od idućih brojeva).

••••



Literatura

- [1] Mir LM, Orlowski S, Belehradek J Jr, Paoletti C. Electrochemotherapy potentiation of antitumour effect of bleomycin by local electric pulses. *Eur J Cancer & Oncol* (1991), 27:68-72.
- [2] Magjarević R, Lacković I, Mir LM, Miklavčić D. Elektrokemoterapija-metodologija i klinička primjena. *Liječničke novine* (2008), 67: 32-35.
- [3] Hampton T. Electric Pulses Help With Chemotherapy, May Open New Paths for Other Agents. *JAMA*, (2011), 305: 549-551.
- [4] Lacković I, Magjarević R, Miklavčić D. Three-dimensional Finite-element Analysis of Joule Heating in Electrochemotherapy and in vivo Gene Electroporation. *IEEE Trans Die El Insul* (2009), 16: 1338-1347.
- [5] Mir LM, Banoun H, Paoletti C. Introduction of definite amounts of nonpermeant molecules into living cells after electroporation. *Exp Cell Res* (1988), 175: 15-25.
- [6] Serša G, Čemežar M, Miklavčić D. Antitumor effectiveness of electrochemotherapy with cis-diamminedichloroplatinum (II) in mice. *Cancer Res* (1995), 55: 3450-3455.
- [7] Miklavčić D, Čoročić S, Pucićar G, Pavšelj N. Importance of tumor coverage by sufficiently high local electric field for effective electrochemotherapy. *Eur J Cancer Suppl.* (2006), 4: 45-51.
- [8] Miklavčić D, Beravs K, Šemrov D, Čemežar M, Demšar F, Serša G. The importance of electric field distribution for effective in vivo electroporation of tissues. *Biophys. J* (1998), 74: 2152-2158.
- [9] Campana LG, Mocellin S et al. Bleomycin-based electrochemotherapy: Clinical Outcome from a single Institution's Experience with 52 patients. *Ann Surg Oncol* (2009), 16:191-199.
- [10] Testori A, Tosti G, et al. Electrochemotherapy for cutaneous and subcutaneous tumor lesions: a novel therapeutic approach. *Dermatologic Therapy*, (2010), 23: 651-661
- [11] Muoz Madero V, Ortega Pérez G. Electrochemotherapy for treatment of skin and soft tissue tumours. Update and definition of its role in multimodal therapy. *Clin Transl Oncol* (2011), 13:18-24
- [12] Mahmood F, Gehl J. Optimizing clinical performance and geometrical robustness of a new electrode device for intracranial tumor electroporation <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6W72-51WDOKG-1&_user=3875467&_coverDate=01%2F06%2F2011&_aliid=1665021485&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_cdi=6614&_st=>. *Bioelectrochemistry*, In Press, Corrected Proof, Available online, 6 January 2011
- [13] Linnert M., Gehl J. Bleomycin treatment of brain tumors: an evaluation. *Anti-cancer drugs* (2009), 20(3):157-64
- [14] Bianchi G, Campanacci L, Fini M, Mercuri M. Electrochemotherapy treatment of bone metastases, izlaganje na Electrochemotherapy - 1st International users' meeting, Bologna, 2010.
- [15] Miklavčić D, Snoj M, et al. Towards treatment planning and treatment of deep-seated solid tumors by electrochemotherapy. *Biomed. Eng. Online* (2010), 9: 10, <http://www.biomedical-engineering-online.com/content/9/1/10>
- [16] Soden, D.M., Sadacharam, M et al. An endoscopic system for gene and drug delivery to intraluminal tissue. *IFMBE Proceedings*, (2007), 16: 628.
- [17] Marty M, Serša G, et al. Electrochemotherapy - An easy, highly effective and safe treatment of cutaneous and subcutaneous metastases: Results of ESOPE (European Standard Operating Procedures of Electrochemotherapy) study. *Eur. J. Cancer Suppl.* (2006), 4: 3-13.
- [18] Mir LM, Gehl J., Serša G., et.al. Standard operating procedures of the electrochemotherapy: Instructions for the use of bleomycin or cisplatin administrated either systematically or locally and electric pulses delivered by Cliniporator TM by means of invasive or non-invasive electrodes. *Eur J Cancer Suppl.* (2006), 4:14-25.



novosti iz medicinske literature

- Apendektomija bi mogla biti potrebna uz ovariekтомију
- Jedna je incizija jednako dobra kao i četiri incizije kod klasične laparoskopske kolecistektомије
- Identificirani prediktori kandidemije nakon kardiokirurške operacije
- Jednostavni preoperativni krvni testovi predviđaju mortalitet nakon resekcije jetre
- Bolesnici s akutnim koronarnim sindromom koji krvare zahtijevaju antiagregacijsko liječenje
- CT snimke abdomena povećavaju dijagnostičku sigurnost u hitnoj službi
- Infekcije povezane s medicinskom njegom povezane su s povećanim mortalitetom u jedinicama intenzivnog liječenja
- Srčani zastoj kod kuće nasuprot javnom mjestu - ritmovi za defibrilaciju češći na javnom mjestu
- Prehospitalna aktivna kompresijsko-dekomprezijska kardiopulmonalna reanimacija
- NSAR mogu pogoršati ishod pneumonije
- Endoskopija koloničkom videokapsulom vs. kolonoskopija u detekciji kolorektalnog karcinoma
- Rizik kolorektalnih adenoma kod bolesnika s celijakijom
- Antibiotik rifaksimin ublažava simptomatologiju sindroma iritabilnih crijeva
- Stalno vježbanje smanjuje smrtnost od karcinoma kolona
- Je li preporučljiva vaginalna primjena misoprostola prije insercije intrauterinog uloška?
- Endokrina terapija benigne metastazirajuće lejomiomatoze
- Izvanbolnička citološka analiza endometrija versus biopsija endometrija u postmenopauzalnih simptomatskih pacijentica
- Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

● Apendektomija bi mogla biti potrebna uz ovariekтомiju

• Hitan intraoperativni patohistološki nalaz sugerira da bi uz ovariekтомiju bilo potrebno učiniti i apendektomiju ženama podvrgnutim operaciji zbog suspektne ovarijске neoplazme, rezultati su studije objavljene u *Obstetrics and Gynecology*.

Jazaeri i sur. (University of Virginia Health System, Charlottesville, USA) tvrde da apendikularne i ovarijске abnormalnosti mogu ponekad koegzistirati. Ovarijski maligni tumori često se šire na apendiks i obrnuto. Čak i mikroskopski apendikularni tumori mogu metastazirati na ovarije i prezentirati se kao ovarijска tvorba.

U dosadašnjim preporukama apendektomija je indicirana kad apendiks izgleda promijenjeno. Upravo je ova studija pokazala da je apendektomija ponekad razumna čak i ako apendiks makroskopski izgleda potpuno normalno upravo zbog rizika mikroskopskih abnormalnosti. Autori dodaju da to uključuje intraoperativni patohistološki nalaz ovarijске mase pod dijagnozom seroznog ili mucinoznog karcinoma ili tzv. graničnog (engl. borderline) ovarijskog tumora s niskim malignim potencijalom.

Jazaeri i sur. retrospektivno su analizirali podatke 191 bolesnica podvrgнуте ovariekтомiji i apendektomiji između 1992. i 2007. godine i potvrđuju da su podaci u skladu s prije objavljenim studijama. Hitan intraoperativni patohistološki nalaz pokazao je 7 mucinoznih i 35 seroznih karcinoma, 16 seroznih i 33 mucinozna borderline tumora, 71 mucinozni serozni cistadenom i 29 slučajeva metastatskih tumora suspektnih na primarni gastrointestinalni tumor. Visoke stope koegzistirajuće patologije apendiksa povezane su sa seroznim tipom ovarijskog karcinoma. To je uključivalo 94,4% makroskopski abnormalnog i 35,3% makroskopski urednog apendiksa. Kod ovarijskih tumora suspektnih na primarni gastrointestinalni tumor imalo je 82,8% makroskopski abnormalnih i 60,0% normalnih apendiksa koegzistirajuću mucinoznu neoplazmu. Kod bolesnika s intraoperacijskim patohistološkim nalazom mucinoznog ovarijskog tumora i makroskopski normalnog apendiksa, stopa okultne patologije apendiksa iznosila je 6,5%.

Ukupno gledajući, linearna regresijska analiza pokazala je da hitan intraoperativni patohistološki nalaz ovarijске mase

važniji nego makroskopski izgled apendiksa kao prediktor koegzistirajuće patologije apendiksa. U zaključku, autori tvrde: ako hitan intraoperativni patohistološki nalaz ovarije upućuje na serozni ili mucinozni karcinom, tumor niskog malignog potencijala ili metastatski karcinom suspektan na primarni karcinom gastrointestinalnog porijekla preporučuje se apendektomija.

Komentirajući ove nalaze Barone (Manchester, Connecticut, USA), koji nije bio uključen u studiju, slaže se da je potrebna apendektomija ako hitan intraoperativni patohistološki nalaz ovarijskog tumora pokaže ovarijski ili metastatski ili borderline tumor. Barone takođe dodaje da time postoje dokazi da apendektomija i nalaz metastatske bolesti ili primarnog tumora apendiksa može promijeniti terapijski plan. Takođe, što nije bilo dokazivano u ovoj studiji ali je otprilike poznato, incidentalna apendektomija ima nisku stopu morbiditeta.

(*Obstet Gynecol*. 2010;116:1348-53.)

Mr. sc. Goran Augustin, dr. med.

● Jedna je incizija jednako dobra kao i četiri incizije kod klasične laparoskopske kolecistektomije

• Retrospektivna studija objavljena u *Archives of Surgery* pokazala je da je korištenje jedne incizije kod laparoskopske kolecistektomije jednako efikasno i sigurno kao i korištenje klasične laparoskopske kolecistektomije s četiri standardnih incizija. Iako je ovo mala studija, koja je uključivala ukupno manje od 100 bolesnika, pokazala je da je kirurgija kroz jednu inciziju (single-incision laparoscopic surgery - SILS) u najmanju ruku jednako dobar postupak kao i klasična lapaoskopska kolecistektomija s četiri incizije te da bi je trebalo preporučati bolesnicima, tvrde Paraskeva i sur (Imperial College, London, Velika Britanija).

Mnogo je rasprave o mogućoj višoj stopi komplikacija kao i cijeni samog postupka SILS-a s obzirom na to da novi pristup zahtjeva drugačije instrumente i dodatnu obuku laparoskopskih kirurga. Do danas nije dokazano da SILS smanjuje stopu komplikacija, odnosno razinu boli u usporedbi s klasičnom kolecistektomijom, iako je bolji estetski rezultat.

Studijom je retrospektivno usporedivan 41 bolesnik podvrgnut SILS kolecistektomiji i 58 podvrgnutih standardnoj laparoskopskoj kolecistektomiji s 4 incizije. Skupine nisu bile potpuno podudarne jer je u standardnoj laparoskopskoj skupini populacija bila značajno starija. Glavna razlika između analiziranih zahvata bilo je trajanje operacije i trajanje hospitalizacije tvrde autori studije.

Srednje vrijeme SILS operacije iznosilo je 126,0 minuta, dok je srednje vrijeme standardnim laparoskopskim pristupom iznosilo 95,8 minuta. Međutim, SILS je smanjio trajanje hospitalizacije gotovo na polovicu, sa 1,53 na 0,76 dana. Komplikacija je bilo u oba kirurška pristupa (uključujući jedno postoperativno curenje žuci u svakoj skupini), ali su skupine bile premale da se komplikacije analiziraju kao ishodi. Iako su navedene skupine premale da se detektiraju značajne razlike u stopi komplikacija, ipak je ohrabrujuće da trenutno nije prisutan trend koji bi sugerirao da je kod SILS-a povisjen operativni rizik.

Paraskeva i sur. drže da će se najvažnije prednosti SILS-a pokazati kod opsežnijih i kompleksnijih zahvata, npr. kod resekcije kolona.

Trebalo bi bolesnikovo zadovoljstvo uvesti kao mjeru ishoda objašnjava Curet (Stanford University, Palo Alto, California USA) u pridodanom editorijalu. Takođe, Curet objašnjava da je prijelaz s 4 incizije na jednu znatno manji nego prijelaz s otvorene klasične kolecistektomije na laparoskopsku s 4 incizije (Arch Surg. 2010;145:1187-1191,1191-1192.)

Mr. sc. Goran Augustin, dr. med.

● Identificirani prediktori kandidemije nakon kardiokirurške operacije

• Bolesnici podvrgnuti kardiokirurškoj operaciji koji razviju kandidemiju imaju slične prediktivne čimbenike kao i populacija bolesnika u jedinicama opće intenzivne njegе (JIL), rezultati su studije objavljene u *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery*.

Pasero i sur. (San Giovanni Battista Hospital i University of Turin, Italy) objašnjavaju da je kandidemija dobro poznata komplikacija 'kritičnih' bolesnika i da je incidencija invazivnih kandida infekcija dramatično porasla u posljednja tri desetljeća u JIL-u. Prethodna studija identificirala je kardiopulmonalno premoštenje rizičnim čimbenikom za kandidemiju kod bolesnika primljenih u kardiokirurški JIL. Ova prospektivna opservacijska studija

definirana je radi određivanja drugih rizičnih čimbenika povezanih s kandidemijom kod bolesnika podvrgnutih kardiokirurškim zahvatima.

U razdoblju od srpnja 2005. do prosinca 2007. primljeno je 1955 bolesnika u kardiokirurški JIL, gdje su boravili najmanje 48 sati nakon kardiokirurške operacije. Od toga je broja 349 bolesnika zadovoljavalo selekcijske kriterije. Isključni kriteriji bili su transplantacija organa ili koštane srži, prethodna dijagnoza kandidemije ili druge invazivne infekcije ili primitak u kardiokirurški JIL prije operacije. Kandidemija je dijagnosticirana ako je u najmanje jednoj hemokulturi nađena *Candida spp.*

Prediktori kandidemije slični su prediktorima kod bolesnika iz opće JIL populacije, zaključak je studije. Multipla regresijska analiza identificirala je nekoliko nezavisnih rizičnih čimbenika, uključujući totalnu parenteralnu prehranu (omjer rizika [OR], 9.56; 95% interval pouzdanosti [CI], 1.741 - 52.534), tešku sepsu (OR, 4.20; 95% CI, 1.292 - 13.667), jednostavni acute physiology score II (OR, 1.16; 95% CI, 1.052 - 1.278), i dužina boravka u ICU duže od 20 dana (OR, 6.38; 95% CI, 1.971 - 20.660). Od bolesnika koji su odgovarali uključnim kriterijima, 1,3% je razvilo kandidemiju. Također, kandidemija se razvila u medijanu od 20 dana (raspon 8 - 49 dana) nakon primitka u kardiokirurški JIL, što je kasnije nego se izvještava za vremensko pojavljivanje u općoj JIL populaciji.

Studija nije pokazala da je trajanje kardiopulmonalnog premoštenja rizičan čimbenik za kandidijazu. Autori naglašavaju da su u studiju uključeni samo bolesnici koji su u kardiokirurškom JIL-u proveli više od 48 sati. Ovi rezultati sugeriraju da kandidemija nije česta niti u ovoj visoko rizičnoj skupini, ali je odraz kompleksnosti i 'kritičnosti' ove skupine JIL bolesnika i, što je također važno, da kandidijaza ne povećava stopu mortaliteta. (Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2011;12:374-8.)

Mr. sc. Goran Augustin, dr. med.

• Jednostavni preoperativni krvni testovi predviđaju mortalitet nakon resekcije jetre

• Set od tri preoperativna krvna testa može predvidjeti hospitalni mortalitet nakon heptektomije, rezultati su studije objavljene u časopisu *Archives of Surgery*.

Objavljeno je mnogo studija koje su identificirale postoperativne čimbenike koji su pridonosili povećanoj smrtnosti nakon resekcije jetre, objašnjavaju *Housseau-Ousso-ultzoglou* i sur. (Hautepierre University Hospital, Strasburg, France). Autori ove studije identificirali su set testova koji se provode prije operacije, a predviđaju postoperativni mortalitet, odnosno pridonose odluci o tome koji bolesnik ima ili nema indikaciju za trenutnu operaciju. Istraživanje autora pokazuje da preoperativni jetreni testovi, testovi koagulacije kao i procjena jetrenog kapaciteta predskazuju stopu mortaliteta kod bolesnika koji se trebaju podvrgnuti desnostranoj ili proširenoj resekciji jetre s resekcijom ekstrahepatičnih žučnih vodova. Jedna je od najvažnijih činjenica da su upravo ovi testovi lako mjerljivi i dostupni preoperativno iz uzorka krvi.

Takođe studija identificirala nekoliko preoperativnih mjera koje predskazuju mortalitet, resekcije jetre izrazito su komplikirani zahvati koji se kod raznih populacija bolesnika znatno razlikuju. S obzirom na viši mortalitet u usporedbi s drugim zahvatima, nije neočekivano da je retrospektivna studija otkrila neke važne mjere. S jedne strane radi se o opsežnim zahvatima, a s druge strane o bolesnicima sa uznapredovalim karcinomima, što rezultira značajnim morbiditetom. Ovako opsežni zahvati zahtijevaju opsežnu analizu čimbenika i nije jednostavno odrediti nekoliko njih čak i ako su vrlo značajni. Također, autori napominju da su ovi parametri određivani rutinski u mnogim ustanovama.

Studija je retrospektivno analizirala preoperativne parametre 67 bolesnika bez ciroze podvrgnutih resekciji jetre od najmanje 4 segmenta jetre. Više od polovice bolesnika (n=35) imalo je komorbiditete prije operacije, najčešće hipertenziju i kardiovaskularnu bolest. Glavni ishod studije bio je postoperativni mortalitet koji je uključivao intraoperativni mortalitet, hospitalni mortalitet i mortalitet unutar 90 dana od operacije. U seriji bolesnika s posljedicom postoperativnog mortaliteta (7%) uzrok smrti povezan je s insuficijencijom jetre koja je pak povezana s obimom resekcije jetre i nemogućnošću jetre za regeneracijom, dokazuju autori studije. Univariantna analiza pokazala je pet čimbenika povezanih s povećanim postoperativnim mortalitetom: serumski alanin-aminotransferaza (ALT) > 40 U/L, preoperativna vrijednost protrombina (PT) < 70%, preoperativna stopa retencije indocijanina nakon 15 minuta (ICGR-15) > 15%, preoperativna bilijarna drenaža i resekcija ekstrahepatičnih žučnih vodova. Na temelju ovih rezultata i multivarijantne analize autori su preporučili da bolesnici s dva ili više rizičnih čimbenika, koji se temelje na

ICGR-15, protrombinskom vremenu i razini ALT-a, ne bi trebali biti podvrgnuti operaciji. Operaciju mogu biti podvrgnuti bolesnici s jednim rizičnim čimbenikom ali je u tada stopa mortaliteta viša od 5%. Drugim riječima, operaciju kod bolesnika rizične skupine treba odgoditi dok se potpuno ne oporave biološki parametri, zaključuju autori. Za to vrijeme indicirana je palijativna antitumorska terapija da bi se spriječila tumorska progresija. Upravno zbog očekivanoga visokog rizika od letalnog zatajenja jetre bolje je 'preživjeti' nekoliko mjeseci s 'kroničnom' bolesti nego umrijeti tijekom 30-dnevнoga hospitalnog boravka, krajnji je zaključak autora studije. (Arch Surg. 2010;145:1075-1081.)

Mr. sc. Goran Augustin, dr. med.



Bolesnici s akutnim koronarnim sindromom koji krvare zahtijevaju antiagregacijsko liječenje

• Na pitanje „zbog čega bolesnici s ranim krvarenjem nakon akutnog koronarnog sindroma (AKS) imaju u praćenju veću učestalost ishemiskih događaja“, novo istraživanje predlaže da se liječnici boje otpustiti navedene bolesnike kući s antiagregacijskom terapijom. Navedeno istraživanje pokazalo je da bolesnici s AKS-om koji su otpušteni kući bez antiagregacijske terapije imaju povećan rizik ponovnih srčanih udara i čak smrti, pogotovo oni kojima je implantiran stent.

Skupina istraživača navedene je rezultate prikupila na uzorku većem od 26 000 bolesnika s AKS-om koji su bili uključeni u 4 randomizirana istraživanja - uključivši i 8582 bolesnika koji su imali krvarenje za vrijeme hospitalizacije.

Većina bolesnika koja je krvarila otpuštena je kući s aspirinom ili tienopyridinom (npr. klopidogrelom) ili s oba lijeka, no 9,6% bilo je otpušteno kući bez antiagregacijske terapije. Niti jedan bolesnik nije dobio varfarin.

Nakon 6 mjeseci, oni koji nisu primali nikakvu antiagregacijsku terapiju imali su značajno veći rizik kompozitnog ishoda - smrti, infarkta miokarda ili moždanog udara (prilagođeni omjer rizika (aHR), 1,36). Među bolesnicima koji su primali antiagregacijsku terapiju nije bilo značajnije razlike u konačnom ishodu između monoterapije aspirinom ili tienopyridinom.

Među bolesnicima koji su kvarili te kojima je učinjena perkutana koronarna intervencija (PCI), otpuštanje kući bez anti-agregacijske terapije rezultiralo je četverostruko većim rizikom neželjenog ishoda.

Također se dvojna terapija pokazala boljom od monoterapije: oni kojima su implantirani stentovi i koji su dobili monoterapiju imali su veći rizik kompozitnog ishoda (aHR 1,78) u usporedbi s onima koji su dobili dvojnu terapiju.

Istraživači zaključuju da bi prema navedenim rezultatima bilo potrebno imati na umu navedene rizike te uložiti trud kako bi se bolesnicima koji su kvarili, unatoč tome što bi monoterapija mogla biti kompromis, ipak uključila dvojna terapija, i to prilikom ili nedugo nakon otpusta iz bolnice. Podaci za navedeno istraživanje dobiveni su iz PURSUIT, PARAGON-A, PARAGON-B i SYNERGY istraživanja.

(Am Heart J. 2010;160:1056-1064e2.)

Marina Peklić Ivezković, dr. med.

• Endoskopija koloničkom videokapsulom vs. kolonoskopija u detekciji kolorektalnog karcinoma

• Kolorektalni karcinom jedan je od vodećih uzroka morbiditeta i mortaliteta diljem svijeta. Program probira i praćenja pacijenata s prosječnim rizikom (asimptomatski, životne dobi od 50-74 godine) ili povećanim rizikom (asimptomatski s osobnom ili obi-teljskom anamnezom za polipe i/ili kolorektalni karcinom) temelji se na detekciji i uklanjanju adenomatoznih polipa. Kolonoskopija se danas smatra zlatnim standardom u probiru i praćenju ove bolesti, iako je neugodna, invazivna, s mogućim po život opasnim komplikacijama i ujedno skupa.

Endoskopija koloničkom videokapsulom, tzv. PillCam colon (Given Imaging Ltd, Yoqneam, Israel), nova je i neinvazivna tehnologija, dimenzija 11x32 mm, s dvjema kameralama pozicioniranim na krajevima. Temelji se na istim principima kao videokapsula za pregled tankog crijeva, samo je ova nešto duža. Autori studije proveli su prospективnu, multicentričnu studiju sa svrhom usporedbe ovih dviju metoda u programima probira i praćenja kolorektalnih neoplazmi. Ispitanici su se podvrgnuli prvo dana testiranju s kapsulom, a drugog dana kolonoskopiji (zlat-

ni standard): Pretrage su izvodili različiti gastroenterolozi endoskopičari. U studiju je ukupno uključeno 545 ispitanika. Crijivo je bilo odlično ili dobro pripremljeno za analizu kod 52% pacijenata pri izvođenju endoskopije s videokapsulom. Pet je pacijenata sa kolorektalnim karcinom dijagnosticirano kolonoskopski, od čega dva nisu bila uočena videokapsulom. Točnost ove novije metode bezičnom videokapsulom za polipe ≥ 6 mm je bila 39% (95% CI 30-48) glede osjetljivosti, 88% (95% CI 85-91) glede specifičnosti, 47% (95% CI 37-57) za pozitivnu prediktivnu vrijednost i 85% (95% CI 82-88) za negativnu prediktivnu vrijednost. Točnost endoskopije koloničkom videokapsulom bila je bolja u detekciji uznapredovalih adenoma, kod pacijenata s dobro ili odlično pripremljenim crijevom te nakon što je snimku reinterpretirao drugi nezavisni stručnjak gastroenterolog. Autori zaključuju da se ova nova metoda endoskopije kolon kapsulom dobro podnosi, međutim ne može zamijeniti kolonoskopiju koja je zlatni standard u detekciji kolorektalnih neoplazmi.

(Aliment Pharmacol Ther. 2010;32(9):1145-53.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• CT snimke abdomena povećavaju dijagnostičku sigurnost u hitnoj službi

• Prospektivno istraživanje skupine američkih autora pokazalo je da je u gotovo polovine (49%) odraslih bolesnika koji su se u hitnoj službi (HS) prezentirali netraumatiskom boli u abdomenu promijenjena dijagnoza i liječenje nakon učinjene CT snimke.

Istraživanje je provedeno na 584 bolesnika od studenog 2006. do veljače 2008. godine. Istraživači navode da rezultati podržavaju potrebu CT snimaka unatoč brizi zbog povećanja troškova i izloženosti zračenju.

Korištenje CT snimaka bilo je povezano sa smanjenjem broja hospitalizacija na gotovo polovinu. Također, navedena slikovna tehnika bila je povezana s povećanjem razine sigurnosti liječnika u njihovoj dijagnozi sa 70,5% na 92,2%.

Prije učinjene CT snimke, liječnici su planirali hospitalizirati 75,3% evaluiranih bolesnika (440 od 584). Nakon CT-a inicijalni plan je promijenjen u otpust s kasnjim praćenjem u 106 od 440 slučajeva (24,1%), a također se pratio i 126%-tni porast u postavljanju dijagnoze „nije akutno stanje“. Kirurški

zahvat je inicijalno bio planiran u 79 bolesnika, no nakon CT-a 20 bolesnika (25,3%) bilo je otpušteno kući. Korištenje CT-a također je smanjilo broj bolesnika kojima se planirala opservacija za 44% (sa 117 na 66 bolesnika) i povećalo broj otpuštenih bolesnika za 55% (sa 142 na 220).

Također se pokazalo da se za neke bolesnika liječenje „povisilo“ na prijam, iako su inicijalno bili planirani za otpust. Prije CT-a, liječnici su planirali otpustiti 142 bolesnika, no plan liječenja je promijenjen u „prijam“ u 29 bolesnika (20,4%). Ukupno je korištenje CT-a smanjilo broj planiranih prijama za 17,5%.

U istraživanje su bili uključeni podatci samo odraslih bolesnika koji su se prezentirali u HS-u u razdoblju prisutnosti istraživača (od 15 sati do ponoći) od ponedjeljka do petka, te kojima je učinjena CT snimka kao dio obrade.

(AJR 2011;196:238-243.)

Marina Peklić Ivezković, dr. med.

• Infekcije povezane s medicinskom njegom povezane su s povećanim mortalitetom u jedinicama intenzivnog liječenja

• Prospektivno kohortno istraživanje skupine istraživača iz Belgije pokazalo je da infekcije povezane s medicinskom njegom povećavaju rizik smrtnosti bolesnika hospitaliziranih u jedinicama intenzivnog liječenja (JIL), no da antimikrobna rezistencija ima u tome samo mali dodatan učinak.

Istraživači su nastojali ispitati povećanu smrtnost i duljinu boravka u JIL-u povezanu sa sepsom (infekcijama krvotoka) i pneumonijom. Analizirani su podaci JIL-a koji su prijavili infekcije povezane s medicinskom njegom uzrokovanim najčešćim uzročnicima na temelju Europskog standardnog protokola nadzora. Procijenili su 20 različitih izloženosti na temelju mjesta infekcije, mikroorganizma i rezistencije na ceftazidim (*Acinetobacter baumannii* ili *Pseudomonas aeruginosa*), cefalosporine treće generacije (*Escherichia coli*), i oxacilin (*Staphylococcus aureus*).

Koristeći vremensko-ovisni model regresije, ishodi za svaku izloženost bili su uspoređeni za izložene i neizložene bolesnike, nakon prilagodbe bolesničkih faktora i vremenske ovisnosti izloženosti. Kohortna istraži-

vanja sadržavala je 119 699 bolesnika hospitaliziranih između siječnja 2005. i prosinca 2008. godine, dulje od 2 dana u jednom od 537 JIL-a u 10 zemalja.

U potpuno prilagođenom modelu, omjer rizika (hazard ratio (HR) za smrtni ishod od pneumonije kretao se od 1,7 (95%-tni inter-val sigurnosti - confidence interval [CI], 1,4 - 1,9) za osjetljivi *S. aureus* do 3,5 (95% CI, 2,9 - 4,2) za rezistentni *P. aeruginosa*. Za infekcije krvotoka, povećan rizik kretao se od 2,1 za osjetljivi *S. aureus* (95% CI, 1,6 - 2,6) do 4,0 za rezistentni *P. aeruginosa* (95% CI, 2,7 - 5,8).

Rizik za smrtni ishod zbog antimikrobnе rezistencije, dodan na rizik za smrtni ishod zbog infekcije bio je 1,2 (95% CI, 1,1 - 1,4) za pneumoniju za kombinaciju sva 4 ispitivana bakterijska soja i 1,2 (95% CI, 0,9 - 1,5) za infekcije krvotoka. Povećan rizik za mikroorganizme bio je najveći za *S. aureus* (1,3 za pneumoniju [95% CI, 1,0 - 1,6] i 1,6 za infekcije krvotoka [95% CI, 1,1 - 2,3]). Antimikrobnа rezistencija nije bila povezana s produljenim trajanjem boravka u JIL-u. Za sva 4 kombinirana osjetljiva nasuprot rezistentna bakterijska soja, HR za otpust, živog ili preminulog bolesnika, bio je 1,05 za pneumoniju (95% CI, 0,97 - 1,13) i 1,02 za infekcije krvotoka (95% CI, 0,98 - 1,17). Zbog visoke učestalosti i patogenosti i osjetljivih i rezistentnih sojeva *P. aeruginosa*, taj mikroorganizam bio je povezan s najvećim bremenom infekcija povezanih s medicinskom njegom. Navedeni rezultati govore da je potrebno reafirmirati i naglasiti da prevencija infekcija uzrokovanih medicinskom njegom ima apsolutan prioritet.

(Lancet Infect Dis 2011;11(1):30-8.)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

• **Srčani zastoj kod kuće nasuprot javnom mjestu - ritmovi za defibrilaciju češći na javnom mjestu**

- U prospективnom, multicentričnom kohortnom istraživanju na 14.420 odraslih bolesnika s netraumatskim srčanim arrestom izvan bolnice između 2005. i 2007. godine, istraživači su ispitivali inicijalni ritam, korištenje automatiziranog vanjskog defibrilatora (AED), preživljivanje i lokaciju aresta (stambena ili javna lokacija).

Među 12 930 bolesnika koji su imali poznati inicijalni srčani ritam ili su primili barem jedan šok AED-om od strane promat-

rača, aresti su bili osvjeđeni od strane promatrača u 39% slučajeva, AED-ovi su bili korišteni od strane promatrača u 2% slučajeva, i aresti su bili osvjeđeni od strane djelatnika hitne medicinske pomoći (HMP) u 9% slučajeva. Ventrikulska fibrilacija/ventrikulska tahikardija bez pulsa bila je inicijalni ritam u znatno više javnih aresta nego aresta kod kuće među onima koji su bili osvjeđeni od promatrača (60% nasuprot 35%; prilagođeni omjer vjerojatnosti - adjusted odds ratio (AOR), 2,28), od djelatnika HMP-a (38% nasuprot 25%; AOR, 1,63), i onih kod kojih je primijenjen AED od strane promatrača (79% nasuprot 36%; AOR, 4,48). Ukupna stopa preživljivanja do otpusta iz bolnice za bolesnike s poznatim inicijalnim ritmom bila je 7%. Među bolesnicima kod kuće bila je stopa preživljivanja 2% za neosvjeđene areste, 8% ukupno za osvjeđene areste, 10% za osvjeđene areste s kardiopulmonalnom resuscitacijom (CPR) od strane promatrača i 12% za osvjeđene areste s primjenom AED-a od strane promatrača. Za bolesnike koji su doživjeli arest na javnome mjestu osvjeđeni od strane promatrača, stope preživljivanja bile su ukupno 20%, 34% za one kod kojih je primijenjen AED od strane promatrača i 42% za one koji su defibrilirani od strane promatrača. Stope preživljivanja su bile usporedive za bolesnike kod kojih je primijenjena defibrilacija AED-om od strane promatrača bilo na javnom mjestu ili kod kuće.

Navedeno veliko multicentrično istraživanje potvrđuje jasnu korist za preživljivanje korištenjem AED programa za javna mesta. AED bitno ne povećava korist CPR-a od strane promatrača kod kuće, što pak sugerira prednost učenja/vježbanja CPR-a nad širokim razvojem AED-a za kućnu uporabu. (N Engl J Med 2011;364:313.)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

• **Prehospitalna aktivna kompresijsko -dekompresijska kardiopulmonalna reanimacija**

- Aktivna kompresijsko-dekompressijska kardiopulmonalna reanimacija (ACD-CPR) postiže veći negativni intratorakalni tlak tijekom dekompressijskog razdoblja nego standardni CPR. ACD-CPR s povećanjem negativnog intratorakalnog tlaka tijekom

dekompresije povezan je s višom stopom funkcionalnog neurološkog preživljavanja nego standardni CPR. U prospективnom randomiziranom istraživanju (sponzoriranom od proizvođača) koje je uključivalo 46 hitno-medicinskih službi (emergency medical systems - EMS), 1653 odraslih bolesnika s netraumatskim srčanim arrestom randomizirana su da budu reanimirana bilo standardnim CPR-om ili ACD-CPR-om s povećanjem negativnog intratorakalnog tlaka tijekom dekomprezije putem uređaja s pragom impedancije koji je priključen na masku za kisik. ACD-CPR provoden je ručnom usisnom čašicom koja sadrži metronom i mjerac sile kojima se određuje dubina i vrijeme kompresija.

Stopa preživljivanja do otpusta iz bolnice s modificiranim Rankin-ovim skorom 3 (primarni ishod) bila je znatno veća u ACD-CPR skupini nego u skupini klasičnog CPR-a (9% nasuprot 6%). Navedena razlika perzistirala je i nakon godinu dana. Skale za procjenu nesposobnosti i stope bitnih neželjenih događaja bile su slične u obje skupine, no plućni edem bio je češći u ACD-CPR skupini (11% nasuprot 8%). Prosječno vrijeme od hitnog poziva do početka CPR-a od strane profesionalnog spasioca nije se razlikovalo između skupina (oko 6,7 minute); niti jedan bolesnik nije postigao primarni ishod ako je profesionalni CPR započet 10 minuta nakon poziva.

ACD-CPR pojačan uređajem impedance negativnog tlaka dovodi do boljeg funkcionalnog neurološkog preživljavanja nakon izvanbolničkog srčanog aresta te bi bilo dobro da ga uvedu hitno-medicinske službe. No još nije jasno bi li navedena tehnika koristila i bolesnicima koji su doživjeli srčani arest u bolnici, gdje profesionalni CPR uglavnom započinje ranije.

(Lancet 2011; 377:301.)

Marina Peklić Ivezović, dr. med.

• **NSAR mogu pogoršati ishod pneumonije**

- Domicilna pneumonija je čest klinički entitet, nerijetko i sa smrtnim ishodom. Postupnici za liječenje pneumonije često se nadopunjaju novijim podacima, a nijedan od njih ne preporučuje abuzus nesteroidnih antireumatika (NSAR). Međutim, oni se često koriste kao antipiretici i analgetici te mogu promijeniti odgovor domaćina prema akutnoj infekciji, suprimirajući inflamatorični odgovor. Cilj je ove studije bio ispitati potencijalni

utjecaj NSAR na kliničku prezentaciju i kratkotrajan ishod kod imunokompetentnih pacijenata s domicilnim pneumonijama koji su upućeni na liječenje u intenzivne jedinice.

Podaci su prospективno dobiveni u razdoblju od studenog 2002. do studenog 2006. u Francuskoj, a isključeni su pacijenti koji su dugotrajno uzimali NSAR i kortikosteroid. Pneumonija je definirana kao stanje kod kojeg je na temelju kliničke sumnje potvrđen infiltrat pluća na rentgenogramu uz minimalnu prisutnost jednoga kliničkog znaka poput: kašla, iskašljavanja, prsne boli, vrućice, zimice. Snimku pluća su pregledala dva radiologa. Težina upale pluća i kliničke slike klasificirana je prema engl. „Pneumonia Severity Index“, SOFA te SAPS zbroju. U studiju je uključeno 90 pacijenata, a 32 (36%) ih je uzimalo NSAR prije dolaska u bolnicu.

Bolesnici koji su uzimali NSAR bili su mlađi i imali su manje komorbiditeta, ali sličnu težinu kliničke slike u usporedbi s ispitnicima koji nisu uzimali NSAR. Pneumonija je mikrobiološki potvrđena kod 75% pacijenata a etiološki se nije razlikovala među skupinama. *S. pneumoniae* bio je predominantan mikroorganizam.

Plueropulmonalne komplikacije poput pleuralnog empijema i plućnih kavitacija češće su se razvijale kod ispitnika s abuzusom NSAR-a (37,5% vs 7%; $P = .0009$). Osim toga, ovi su bolesnici imali invazivniju bolest i češće pleuralni empijem (25% vs 5%; $P = .014$) i bakteriemiju. Pacijenti u NSAR skupini nisu imali veću pojavnost sindroma sustavnog upalnog odgovora ili multiorgan-skog zatajenja. Antimikrobna terapija pneumonije trajala je 10 dana dulje u NSAR skupini ($P = .003$) a i hospitalizacija u jedinici intenzivnog liječenja i općenito bolničko liječenje trajalo je dulje. Ukupan mortalitet nije se razlikovao među skupinama. Zaključno se može istaknuti da NSAR koji se koristi u ranoj fazi pneumonije može suprimirati imunološki odgovor te maskirati razvoj infekcije. Abuzus NSAR-a je povezan sa češćom subakutnom kliničkom prezentacijom domicilnih pneumonija koje imaju češće komplikacije. (Chest. 2011;139(2):387-94.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Rizik kolorektalnih adenoma kod bolesnika s celijakijom

• Celijakija je kronična autoimuna bolest trigerirana s ingestijom glutena kod genetski osjetljivih pojedinaca. Povezana je s povećim mortalitetom i učestalom pojavnosću malignih bolesti poput limfoma i adenokarcinoma tankog crijeva. Brojni istraživači su također opazili da povećan rizik za malignome opada s vremenom nakon postavljanja dijagnoze, upućujući na važnost bezglutenske dijete u smanjuju ili poništavanju rizika za malignome kod ovih bolesnika. Većina studija do sada nije uočila povećan rizik za kolorektalni karcinom kod bolesnika s celijakijom, a cilj ove studije je bio ispitati prevalenciju kolorektalnih adenoma kod pacijenata s celijakijom i kontrolom skupinom zdravih, necelijakičnih ispitnika. Tijekom 44-mjesečnog razdoblja identificirani su svi bolesnici s celijakijom koji su učinili kolonoskopiju, te su komparirani s rezultatima kontrolne skupine koja je bila usklađena glede dobi, spola i endoksopičara koji je obavio pretragu. U istraživanje je uključeno 180 ispitnika s celijakijom i 346 kontrola. Najmanje jedan adenom detektiran je kod 13% ispitnika celijakičara te 17% kod kontrolnih ispitnika ($P = 0,20$). Koristeći multivarijatnu analizu, dob i muški spol su bili povezani s adenomima, dok povezanost celijakije i adenoma nije uočena ($OR 0.75, 95\% CI 0.41-1.34$).

Autori istraživanja zaključuju da celijakija nije povezana s povećanim rizikom za kolorektalne neoplazme, tj. da nema statistički signifikantne razlike između ispitne i kontrolne skupine. Ovo je do sada najveća studija koja je pratila pojavnost kolorektalnih neoplazmi u bolesnika s celijakijom, a buduće studije bi trebale razjasniti nejasnoće glede individualnog rizika za malignost. (Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2010;32(8):1037-1043.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Antibiotik rifaksimin ublažava simptomatologiju sindroma iritabilnih crijeva

• Sindrom iritabilnih crijeva (SIC) je vrlo teško i zahtjevno liječiti, prvenstveno zbog nedostataka poznавanja jasnih patofiziološkim mehanizima kojima se objašnjavaju kliničke manifestacije bolesti. Postoje neki dokazi da pacijenti sa SIC-om imaju promjenjenu crijevnu floru, što je usmjerilo važnost prema probioticima. U sistematskom preglednom članku publiciranom u časopisu *Gut* u ožujku 2010., autor Moayyedi s kolegama izvještava o rezultatima 19 kliničkih istraživanja s ukupno 1650 ispitnika koji pokazuju da su probiotici superiorni u liječenju SIC-a od placeboa, ali najučinkovitija vrsta i podtip "dobre bakterije" nije se mogao odrediti. Ova studija istražuje učinkovitost i sigurnost antibiotika rifaksimina u liječenju SIC-a (kao lijeka koji se ne apsorbira), koji na drugi način mijenja crijevnu floru.

Istraživanja pod imenima Target 1 i Target 2 dvostruko su slijepa, identično dizajnirana, placebo kontrolirana, s ispitnicima koji boluju od SIC-a, ali bez konstipacije. U istraživanje su uključeni punoljetni ispitnici kojima je postavljena dijagnoza SIC nakon kolonoskopije učinjene posljednje dvije godine. Kriteriji isključenja bili su konstipacija i abuzus antibiotika posljednja dva tjedna, dok je primjena antidepresiva odobrena. Ispitanici su postupkom slučajnog uzorka raspodijeljeni u skupinu koja uzima rifaksimin 550 mg 3 x dnevno tijekom 2 tjedna, ili placebo prema istom protokolu, te su svi praćeni dodatnih 10 tjedana. Konačan cilj bio je procjena reduciranja simptoma bolesti, poput bolova i nadutosti. U studiju je uključeno 1260 ispitnika, srednje životne dobi 46 godina, a gotovo tri četvrtine su bile osobe ženskog spola. Stopa smanjenja simptomatologije SIC-a bila je signifikantno manja kod rifaksiminske skupine u usporedbi s placebo (40,8% vs 31,2%; $P = .01$, in Target 1; 40,6% vs 32,2%; $P = .03$, in Target 2; and 40,7% vs 31,7%; $P < .001$, kod obje studije). Signifikantno manje nadutosti je zabilježeno kod antibioticske skupine (39,5% vs 28,7%; $P = .005$, in Target 1; 41,0% vs 31,9%; $P = .02$, in Target 2; and 40,2% vs 30,3%; $P < .001$, kod obje studije). Redukcija simptoma se uočava tijekom drugog tjedna

istraživanja, te postupno opada nakon 12. tjedna. Rifaksimin se pokazao superiornim tijekom čitavog razdoblja ispitivanja. Stopa ozbiljnijih nuspojava je bila 1,6% za rifaksimin skupinu i 2,4% za placebo. Nije registrirano slučajeva proljeva zbog infekcije s Clostridium difficile niti ishemijskog kolitisa.
(*N Engl J Med.* 2011;364(1):22-32.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Stalno vježbanje smanjuje smrtnost od karcinoma kolona

• Prethodne studije su pokazale kako povećana fizička aktivnost tijekom života smanjuje incidenciju karcinoma kolona. Međutim, publicirano je nekoliko studija sa oprečnim rezultatima glede učinkovitosti promjene fizičke aktivnosti na pojavnost ovog malignoma. Također su ograničeni i kontradiktorni rezultati glede povezanosti vježbanja i mortalitet od ovog karcinoma. Radi razjašnjenja ovih nejasnoća u CPS II kohortno istraživanje uključeno je više od 150 000 ispitanika oba spola, te je praćena povezanost 10-godišnje i 15-godišnje promjene fizičke aktivnosti (od 1982-1997) s rizikom incidencije karcinoma kolona (od 1998-2005) i rizikom za mortalitet (1998-2006) od ovog malignoma. Tijekom 10-godišnjeg razdoblja praćenja 50% ispitanika je navelo smanjenje intenziteta fizičke aktivnosti, 22% kontinuirano niži intenzitet vježbanja, 23% stalno viši intenzitet, a 4% porast intenziteta vježbanja. Promjene u intenzitetu fizičke aktivnosti tijekom 10 i 15-godišnjeg razdoblja praćenja nisu bila povezane s incidencijom karcinoma kolona. Promjene fizičke aktivnosti tijekom 15-godišnjeg praćenja nisu bile povezane s mortalitetom karcinoma kolona. Ispitanici sa stalno višim intenzitetom vježbanja su imali niži mortalitet tijekom 10 godina praćenja u komparaciji s ispitanicima koji su vježbali stalno nižim intenzitetom. Autori zaključuju da porast ili stalno viši intenzitet vježbanja kod odrasle populacije ne smanjuje incidenciju karcinoma kolona, međutim ispitanici koji stalno intenzivno vježbaju imaju nižu stopu mortaliteta od ovog karcinoma u komparaciji sa skupinom koja stalno laganje vježba. Za smanjenje rizika mortaliteta potrebno je šetati najmanje 30 minuta na dan.

(*Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2010;19(12):3000-4.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Je li preporučljiva vaginalna primjena misoprostola prije insercije intrauterinog uloška?

• Misoprostol je dobro poznat lijek koji se primarno koristi za prevenciju ulkusa, a u ginekologiji za indukciju pobačaja i poroda kao i za prevenciju opstetričkih krvarenja. Neki ga praktičari koriste za omešavanje cerviksa nerotkinja, a prije insercije intrauterinog uloška (IUD). U časopisu Human Reproduction objavljen je zanimljiv rad na tu temu; naime autori su proveli dvostruko slijepu, multicentričnu, randomiziranu studiju među pacijenticama koje su zahtijevale ugradnju IUD-a. U studiju su uključene nerotkinje i višerotkinje, a ugrađivane su dvije vrste spirala: nehormonska Copper IUD i hormonska IUD-LNG (Mirena). U studiju je uključeno ukupno 199 ispitanica. Jednoj skupini ispitanica (njih 102) je 3 sata prije ugradnje spirale vaginalno administriran misoprostol u dozi od 400 µg, a druga skupina od 97 ispitanica primala je placebo.

Svega 3 insercije nisu uspjele, i to 2 u skupini koja je primala misoprostol i jedna u placebo grupi. Ukupan broj komplikacija vezanih uz inserciju IUD-a iznosio je 21,8% u misoprostol skupini, dok je u placebo grupi bio 19,1%. Pretežno se radilo o vazovaginalnim rekacijama, a statistička obrada nije našla značajnu različitost u etiologiji komplikacija dviju skupina. Također nije nađena statistička razlika u bolnosti zahvata između dviju skupina. Nuspojave su bile značajno češće u skupini koja je primila misoprostol ($p=0.05$). Studija nije našla prednosti vaginalne aplikacije misoprostola prije insercije IUD-a, a u svrhu omešavanja cerviksa. Dapače, uočena je tendencija komplikacija i nuspojava lijeka. U zaključku autori ne preporučuju standardnu pripremu pacijentica misoprostolom prije insercije IUD-a.

Napomena: ovo istraživanje registrirano je u European Clinical Trials Database EudraCT 2006-006897-60. (Hum Reprod, 2010.)

Ingrid Marton, dr. med.

• Endokrina terapija benigne metastazirajuće lejomiomatoze

• U respektabilnom časopisu *Gynecological Oncology* objavljen je ilustrativan članak o rijetkoj bolesti - benignoj metastazirajućoj lejomiomatozi. Do sada je dijagnostisana u manje od stotinjak žena, i to petnaestak i više godina nakon miomektomije ili, još češće, nakon histerektomije zbog miomatognog uterusa. Bolest se prezentira metastazama mioma u plućima, peritoneumu, slobodnoj trbušnoj šupljini i u limfnim čvorovima. Prvi takav slučaj opisao je davne 1939. godine Steiner, međutim, do danas još uvijek ne znamo mnogo o biološkoj prirodi, patogenezi i prognozi ove bolesti. Zbog toga još uvijek nije prihvaćen standardni algoritam liječenja. Autori članka prikazuju slučaj 45-godišnje pacijentice koja je prije deset godina podvrgnuta histerektomiji zbog miomatognog uterusa. CT-om su dijagnosticirani brojni čvorovi u plućima do maksimalne veličine 48 mm u promjeru i solitarni čvor u peritoneumu. Pod kontrolom CT-a, iglom su punktirani čvorovi u plućima. Tkivo je podvrgnuto detaljnoj histološkoj i imunohistokemijskoj analizi. Histološkom analizom u miomatognim čvorovima nisu nadene ni atipične stanice niti mitote. Imunohistokemija je pokazala izraziti pozitivitet na aktin, dezmin i estrogen potvrđujući histološki nalaz. Definitivno je postavljena dijagnoza benigne metastazirajuće lejomiomatoze. Konzilij se nije odlučio za operativni, već medikamentni tretman, tako da je započeto liječenje s GnRH agonistima koje je pacijentica primala tijekom 36 mjeseci. Za to se vrijeme veličina čvorova postupno smanjivala. Pacijentica je redovito kontrolirana tzv. imaging metodama; rast primarnih promjena nije uočen, kao niti pojava novih čvorova ni 15 mjeseci nakon prestanka liječenja. Autori zaključuju kako endokrino, medikamentno liječenje može biti prva opcija liječenja premenopauzalnih pacijentica s benignom metastazirajućom lejomiotozom, a prije operativne resekcije nodula.

(*J Clin Oncol*, 2010.)

Ingrid Marton, dr. med.

● Izvanbolnička citološka analiza endometrija versus biopsija endometrija u postmenopauzalnih simptomatskih pacijentica

• Ugleđni časopis *European Journal of Gynecological Oncology* objavio je rad Mossa i suradnika na temu usporedbe izvanbolničke citološke analize endometrija s konvencionalnom biopsijom endometrija u postmenopauzalnih pacijentica s abnormalnim uterinim krvarenjem i/ili ultrazvučnim nalazom zadebljanog endometrija.

Između prosinca 2003. i prosinca 2009. upućena je skupina od 1056 postmenopauzalnih pacijentica na Kliniku za gine-

kologiju Sveučilišta u Rimu. Njih 482 (45,6%) imalo je abnormalno krvarenje u postmenopauzi, a njih 602 (57,0%) ultrazvučni nalaz zadebljanog endometrija (>5mm). U studiju su uključene i pacijentice na hormonalnoj terapiji (194), uključujući hormonsko nadomjesno liječenje i one liječene tamoxifenom. Uzorak za citološku analizu endometrija u izvanbolničkim uvjetima uzet je tzv. uterobrushom, dok je uzorak endometrija za citološku analizu u bolničkim uvjetima uziman Novakovom kiretom. Histološka evaluacija uzorka pokazala je neki od navedenih nalaza: a) malignu bolest endometrija, b) atipičnu hiperplazu, c) benignu promjenu, d) normalan ili atrofičan endometrij. Autori su analizirali sljedeće: a) nemogućnost izvođenja zahvata uslijed stenoze cerviksa ili izrazite bolnosti, b) dobivanje neadekvatnih uzoraka za analizu, c) postavljanje točne dijagnoze.

Analiziran je bodovni sustav болi tijekom oba zahvata, pa su rezultati pokazali kako je 50% pacijentica podvrgnute uzimanju uzorka „uterobrushom“ pretrpilo manju bol tijekom zahvata, dok je 60% pacijentica kojima je biopsija endometrija izvedena

pomoću Novakove kirete navodilo značajnu bol tijekom zahvata. Neuspješnost zahvata iznosila je 8,0% za „uterobrush“, prema 4,1% za izvođenje zahvata Novakovom kiretom.

Nedostatan uzorak dobiven je „uterobrushom“ u 3,9% slučajeva, te u čak 10,3% Novakovom kiretom. Senzitivnost citološke metode iznosila je 100%, a specifičnost 99%, pozitivna prediktivna vrijednost (PPV) 97%, negativna prediktivna vrijednost (NPV) 100%. Citologija je imala visoku dijagnostičku vrijednost za atipičnu hiperplazu: senzitivnost od 100%, specifičnost 99%, PPV 83%, NPV 100%.

Autori zaključuju da se dijagnostička citološka analiza endometrija dobro podnosi i da su njezini rezultati pouzdani za detekciju ranog stadija endometralnog karcinoma u postmenopauzalnih pacijentica pod visokim rizikom nastanka karcinoma endometrija.

(Eur J Gynecol Oncol 2010;31(6), 621-6.)

Ingrid Marton, dr. med.

.....

Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

U suradnji s časopisom Croatian Medical Journal donosimo popis recentnih publikacija hrvatskih autora objavljenih u uglednim inozemnim znanstvenim i stručnim medicinskim časopisima indeksiranim u CC, SCI ili SSCI.

Custović Z, Žarković K, Cindrić M, Cipak A, Jurković I, Sonicki Z, Uchida K, Žarković N. Lipid peroxidation product acrolein as a predictive biomarker of prostate carcinoma relapse after radical surgery. Free Radic Res. 2010;44:497-504

Department of Urology, Dubrovnik General Hospital, Dubrovnik, Croatia

Mrakovčić-Sutić I, Tokmadžić VS, Laškarin G, Mahmutefendić H, Lučin P, Župan Z, Šustić A. Early changes in frequency of peripheral blood lymphocyte subpopulations in severe traumatic brain-injured patients. Scand J Immunol. 2010;72:57-65

Department of Physiology and Immunology, Medical Faculty, University of Rijeka, Rijeka, Croatia

Boras J, Ljubić S, Car N, Metelko Ž, Petrovečki M, Lovrenčić MV, Reiner Ž. Lipoprotein(a) predicts progression of carotid artery intima-media thickening in patients with type 2 diabetes: A four-year follow-up. Wien Klin Wochenschr. 2010;122:159-64

Department of Cardiology, Vuk Vrhovac University Hospital, Zagreb, Croatia

Obad A, Marinović J, Ljubković M, Brešković T, Modun D, Boban M, Dujić Ž. Successive deep dives impair endothelial function and enhance oxidative stress in man. Clin Physiol Funct Imaging. 2010;30:432-8 Department of Physiology, University of Split School of Medicine, Split, Croatia

Lawn JE, Bahl R, Bergstrom S, Bhutta ZA, Darmstadt GL, Ellis M, English M, Kurinczuk JJ, Lee AC, Merialdi M, Mohamed M, Osrin D, Pattinson R, Paul V, Ramji S, Saugstad OD, Sibley L, Singhal N, Wall SN, Woods D, Wyatt J, Chan KY, Rudan I*. Setting research priorities to reduce almost one million deaths from birth asphyxia by 2015. PLoS Med. 2011 Jan 11;8(1):e1000389.

*Croatian Centre for Global Health, Faculty of Medicine, University of Split, Split, Croatia

Razvojni poremećaj kuka

*Sa skupa u spomen
na Božidara Špišića**

Dr. sc. Marko Bergovec



Predavači na prošlogodišnjem skupu (s lijeva):

dr. sc. Tomislav Smoljanović, dr. sc. Goran Bičanić, prof. dr. Darko Antičević, doc. dr. Tomislav Đapić, glavna sestra Klinike vms. Zdravka Mihaljević i predstojnik Klinike za ortopediju doc. dr. Domagoj Delimar

• Razvojni poremećaj kuka (RPK) od davnina je liječnicima predstavlja izazov. Iako se prvi pisani tragovi o RPK-u nalaze već u Hippokrata, tek je 19. stoljeće donijelo značajnije novosti u terapiji. U 20. stoljeću su dijagnostika i liječenje RPK-a doživjele pravi procvat, prvenstveno zbog primjene rendgена, ultrazvuka te razumijevanja patoanatomije i patofiziologije.

Danas se gotovo svi ortopedi u svakodnevnom radu susreću s RPK-om ili njegovim posljedicama. Kako je u nas pojavnost različitih stupnjeva RPK-a između 2 i 4%, s

ovom se najčešćom ortopedskom prirođenom bolesti redovito susreću i specijalisti drugih struka, kao npr. pedijatri, fizijatri, ginekolozi, ali i liječnici opće/obiteljske medicine.

RPK je poremećaj anatomskega odnosa u kuku s poremećajem stabilnosti ili bez tog poremećaja. Može varirati od prolazne novorođenačke nestabilnosti kukova, displazije i subluxacije do luxacije kukova.

RPK je važan jer u kasnijoj dobi uzrokuje skraćenje ekstremiteta, šepanje, sekundarnu koksartroznu i invalidnost. Etiologija RPK-a je kombinacija egzogenih i endogenih čim-

benika. Od prenatalnih treba spomenuti nasljeđivanje, položaj u maternici, oligohidramnion, anomalije maternice i drugo što pritiskom na čedo uzrokuje poremećaj. Od postnatalnih čimbenika najznačajniji je način povijanja: zajednice kod kojih je bilo uobičajeno povijanje novorođenčadi i dojenčadi s ispruzenih nogama, ekstendiranim u kuku, imale su veću prevalenciju (Dalmatinska zagora, Eskimi, Navaho indijanci).

Dijagnoza se postavlja na osnovi heteroanamneze, kliničkog nalaza, ultrazvučne i radiološke obrade. U novorodenočkoj i dojeničkoj dobi, do pojave jezgrice osifikacije u glavi femura, klinički nalaz i UVZ su osnova dijagnostike. Rendgenogram ima svoje mjesto tek po pojavi jezgrice osifikacije, i osnovan je dijagnostički postupak nakon prve godine života.

Prije početka konzervativnog liječenja treba jasno razlikovati nepotpuno „razvijene“ kukove od stvarne razvojne patologije kuka. Nesigurnost u interpretaciji ultrazvučnog nalaza nikako ne smije biti argument za aplikaciju orteze. Pretjerano liječenje (engl. over-treatment) može uzrokovati avaskularnu nekrozu glave femura i stoga treba biti vrlo pažljiv pri postavljanju dijagnoze, kako dijete ne bi bilo pogodeno ovom teškom komplikacijom.

Konzervativno liječenje provodi se ortozama, pri čemu najbolje rezultate daju dinamičke orteze, primjerice Pavlikovi remenčići. U pravilu liječenje Pavlikovom ili drugom ortozom mora trajati do stabilizacije zglobova kuka i normalizacije ultrazvučnog nalaza (obično 8 do 12 tjedana, uz redovite kontrole - u pravilu svaka dva tjedna). Liječenje Pavlikovim remenčićima ne bi se trebalo započeti u djece starije od 6 mjeseci.

U dobi između 6 i 18 mjeseci metoda izbora liječenja je kraća perkutana trakcija (obično 7-14 dana) i reposicija kuka, ponekad u anesteziji, te sadrena imobilizacija u odgovarajućem položaju (engl. „human position“, fleksija između 90 i 110° stupnjeva, abdukcija umjereno, nikako više od 60°), u trajanju od 8 do 12 tjedana. Ponekad, dok je dijete u anesteziji, indicirana je i tenotomija adduktora kuka i/ili artrografija zglobova kuka. Nakon zatvorene reposicije, s anestezijom ili bez nje, bitno je učiniti post-redukciski CT ili MRI jer dvodimenzionalna rendgenska slika u sadrenom povoju nije pouzdana.

Nakon doba prohodavanja, više nema indikacije za konzervativno liječenje. RPK i njegove posljedice nisu samo problem oboljelog djeteta i obitelji već i značajno javno zdravstveno pitanje. Razvoj ultrazvuka kao dijagnostičkog postupka te univerzalnost UVZ klasifikacije RPK-a po austrijskom ortopedu

*Tema sa skupa u spomen na Božidara Špišića. Već 20 godina za redom, početkom svibnja mjeseca, Klinika za ortopediju MEF-a u Zagrebu i KBC-a Zagreb organizira stručni skup u spomen na Božidara Špišića, utemeljitelja ortopedije i rehabilitacije u Hrvatskoj, osnivača Klinike i Katedre za ortopediju MEF-a u Zagrebu. Ove je godine tema skupa bila „Razvojni poremećaj kuka“. Kao rijetko kada u medicini, gotovo cijela ortopedija kao specijalnost došla je do izražaja u liječenju u različitim razdobljima te bolesti, što na ponos demonstrira ortopediju u svom svojem sjaju.



Ovaj logo održanog Skupa prikazuje kao „životni film“ različita razdoblja bolesti, od trudnoće, UZV probira, i korektivne osteotomije u djetinjstvu do rekonstruktivne kirurgije i ugradnje umjetnih zglobova u srednjoj životnoj dobi (design dr. Marko Bergovec)

prof. **Grafu** prepoznati su i osamdesetih godina dovode do općeg probira kukova u djece na području Austrije, Njemačke i Švicarske. Programi probira su se tijekom vremena pokazali vrlo uspješni u mnogim državama, poglavito s medicinsko-ekonomskog stanovaštva. Dr. **Igor Šmigovec** je na Skupu objasnio kako postaje stanje u Hrvatskoj nije zadowoljavajuće, a jasnih preporuka nema niti danas, iako se u Hrvatskoj s UZV-om dječijih kukova počelo već 1983. godine (među prvima u Europi).

Na „okruglom stolu“ je doc. **Tomislav Smoljanović** iznio preporuke Klinike za ortopediju:

1. Bolest koju smo prije nazivali prirođeno ili razvojno iščašenje kuka točnije je nazivati razvojni poremećaj zgloba kuka.

2. Probir je potrebno učiniti u sve djece, u dvije etape.

3. Kao metoda probira preporuča se kombinacija kliničkog i ultrazvučnog pregleda Grafovom metodom, eventualno uz nadopunu drugim postupcima. U rodilištu je prva etapa pregled sve novorodenčadi, a rade je pedijatri neonatolozi, pedijatri ili ortopedi. U drugoj etapi preporuča se pregled cjelokupne dojenačke populacije u dobi od 4 do 8 tjedana, što rade educirane i stručne osobe - ortoped, pedijatar, radiolog ili liječnik opće prakse.

U djece s rizičnim faktorima preporuča se i troetapan pregled: klinički u rodilištu, klinički i ultrazvučno u dobi od 4 do 8 tjedna i s 3 mjeseca.

4. Potencijal izlječenja najveći je u prva tri mjeseca te se, prema indikaciji, s liječenjem preporuča započeti što ranije.

Operacijskom liječenju u dječoj i adolescentnoj dobi pristupa se kada su iscrpljene mjere konzervativnog liječenja, objasnio je prof. **Darko Antičević**.

Cilj je operacije postići centrirani zglob s normalnim anatomskim odnosima i pun opseg pokreta, te pri tome izbjegći komplikacije. Operacije se sastoje od otvorene

repozicije, kapsulorafije, korektivne osteotomije proksimalnog femura i zdjelice, te kombinacije tih postupaka.

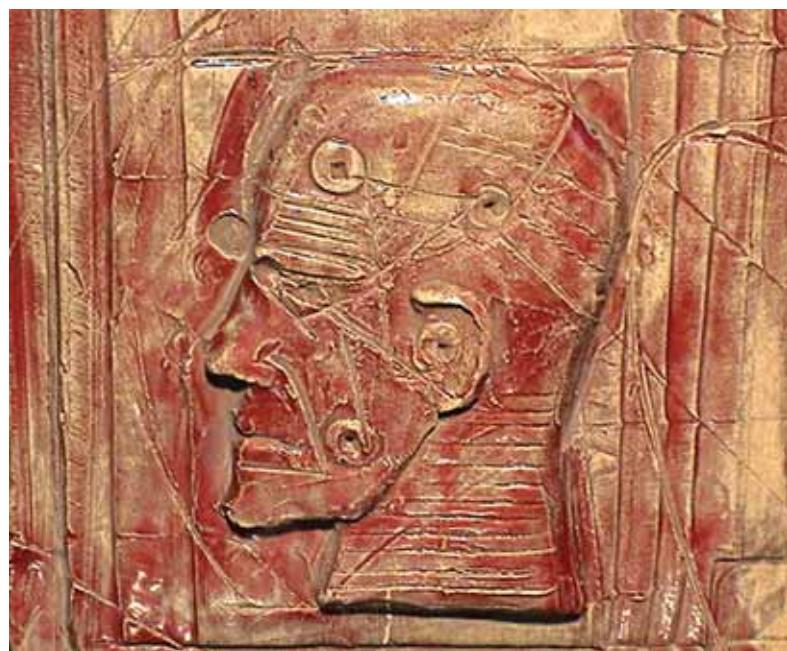
RPK često ima za posljedicu unutarzglobna oštećenja koja mehanički mogu uzrokovati boli u zglobu kuka. Velik broj unutarzglobnih oštećenja kuka može se danas uspješno liječiti s pomoću artroskopije kuka, čime se (između ostalog) u Klinici za ortopediju bave prim. **Ivan Bojanić** i dr. **Tomislav Smoljanović**. Artroskopski zahvati na kuku ne samo da otlanjaju trenutne smetnje, već i normaliziraju odnose koji bi u neliječenom obliku ubrzali „trošenje“ kuka i ranije uzrokovali sekundarnu koksartroznu. Neliječeni, a dijelom i bolesnici koji su u djetinjstvu i mladosti bili liječeni od RPK-a, imaju povećan rizik nastanka sekundarne artoze. Doc. **Domagoj Delimar** je na više primjera prikazao razloge zašto je liječenje takvih bolesnika ugradnjom totalne endoproteze kuka u srednjoj životnoj dobi zahtjevan ortopedski zahvat. Kod displazije acetabuluma taj je pliči, manjeg acetabularnog kuta, s manjkom koštane mase

medijalne stjenke. Glava femura proksimalizirana je, anteverzija povećana, vrat kraći, a medralni kanal je manji i ravniji. Sve ove anatomske i biomehaničke promjene uzrokuju raniju pojavu artoze. Kako se radi o bolesnicima srednje životne dobi, rekonstrukciju kuka endoprotezom valja učiniti s najvećom pažnjom, očekujući pritom što duže preživljivanje endoproteze.

Dr. **Bićanić** i doc. **Delimar** su prikazali i originalnu modifikaciju lateralnog operacijskog pristupa na kuk, razvijenu u Klinici za ortopediju KBC-a Zagreb, a primjenjivu u slučajevima ugradnje endoproteze kuka u bolesnika s RPK-om.

Također već tradicionalno, Klinika za ortopediju izdala je i knjigu istog naziva kao i skup, u kojoj je iscrpljeno prikazana cjelokupna problematika, od najstarijih do najsvremenijih načina liječenja različitih faza RPK-a. Ova je knjiga preporučeno štivo svima koji na neposredan ili posredan način imaju doticaj s bolesnicima s RPK-om.

.....



Prof. dr. Dragutin Košuta

Ne bolnice za duševne bolesti, nego službe za izvanbolničku zaštitu mentalnog zdravlja

Prof. dr. Slavko Sakoman,
voditelj Referentnog centra MZSS-a za ovisnosti o drogama

• Pročitavši prosinački broj Liječničkih novina, zastao sam na odgovor koji je na pitanje »Kada će biti otvoren centar za zaštitu psihičkog zdravlja i/ili Zavod za duševne bolesti....» dala kolegica prof. dr. V. Folnegović u intervjuu na temu Liječenje depresije danas, a u kojem kaže da «su u tijeku pripreme za rad Zavoda za duševne bolesti».

Odmah kratak odgovor: Nikakav zavod za duševne bolesti ali niti zavod za mentalno zdravlje neće početi s radom, jer je taj «projekt na papiru» definitivno odbačen. Ministarstvo zdravstva je prihvatiло drukčije, po mojoj ocjeni izvrsno rješenje, koje je konačno otvorilo put razvoju posve drukčije koncipiranog *nacionalnog sustava za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja*. No o tome malo poslije.

Začuđuje me stav najbolje pozicioniranih psihijatara (uglavnom predstojnika klinika) glede pitanja **zaštite mentalnog zdravlja**, koji neizravno pokazuje u kojem se pravcu nakon odlaska prof. Hudolina razvijala naša psihijatrija posljednjih dvadesetak godina. Od socijalne ili, bolje rečeno, društveno angažirane psihijatrije koja je pokušavala pridonositi i zaštiti mentalnog zdravlja u zajednici (sjetimo se uloge domova zdravlja i dispanzera za mentalno zdravlje), matica današnje psihijatrije bila je sukladno općoj zdravstvenoj politici devedesetih, uz marginalizaciju preventivne medicine i Štampara, usmjerena prema bolesti, «čekanju bolesnika» i dominantno biološkom pristupu terapiji.

Danas je najveći dio stručnih i materijalnih resursa psihijatrije usmjerен hospitalnom tretmanu pacijenata s 2-3 psihijatrijske dijagnoze. Izostao je razvoj suvremenog, učinkovitog, jeftinog i lako dostupnog sustava koji bi, preferirajući psihoeduksiju, psihosocijalne postupke i etiološki pristup, pomagao obiteljima, djeci, mladima i odraslima, kod kojih se simptomi psihičkog poremećaja po-

javljaju radi životnih problema i nepovoljnih okolnosti razne naravi a s kojima se sami ne mogu nositi, da pokušaju uspostaviti mentalnu ravnotežu mijenjajući nešto u «sebi ili oko sebe» i/ili da uz pomoć psihoterapeuta osnaže kapacitete prilagodbe na stvarnost ako je ne mogu promijeniti.

Mentalne poteškoće ne mogu se rješavati sjedenjem u čekaonicama i u ambulantni pitanjem koje smetnje pacijent osjeća, da bi mu nakon ustanovljenog «popisa» simptoma bio preporučen lijek. Danas u psihijatriji, kao i medicini općenito, dobro indicirana farmakoterapija, ali samo kao element kompleksnog terapijskog postupka, može silno pridonositi bržem oporavku i ukupnim rezultatima liječenja. No takav pojednostavljen pristup (simptomatska terapija), koji se u najvećoj mjeri događa u praksi, bez pokušaja da se ozbiljnije i sustavno djeluje na uzroke poremećaja, ima za posljedicu enorman porast potrošnje psihootaktivnih lijekova i na tisuće građana koji su jatrogeno postali ovisni o psihootaktivnim lijekovima iz skupine benzodiazepinija.

Višestruko je isplativa investicija preventivno djelovanje u zajednici, čime bi se posljednjih godina trebalo intenzivno baviti više stručnjaka. Rješenje je kreiranje sustava koji bi posve drukčijim pristupom pridonosio poboljšanju mentalnog zdravlja u zajednici, prevenciji mentalnih poremećaja, ranom otkrivanju rizičnih populacija i afirmaciji uloge psiholoških i drugih nefarmakoloških intervencija u tretmanu onih kojima je to potrebno. Pri tom nije cilj da taj novi sustav bude kompetitivan postojećoj psihijatriji, već da djeluje komplementarno. Obaveza Ministarstva zdravstva prema EU da se izradi Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja ubrzala je izradu tog dokumenta, utvrđivanje institucionalnog modela za ustroj sustava koji bi neposredno provodio mjere previdene

provedbenim Programom a kojemu je Strategija dala okvir za djelovanje.

Kad je procijenjeno da sadašnja psihijatrija ne bi bila pogodna za praktičnu (istinsku) realizaciju toga razvojnog projekta, a radi opće besparice i procjene (ne)providivosti odbačen «na papiru ustrojen», Zavod za mentalno zdravlje, Ministarstvo je donijelo stratešku odluku da se razvoj sustava za mentalno zdravlje povjeri mreži županijskih zavoda za javno zdravstvo, uz koordinaciju HZJZ-a.

Tu sam ideju osobno zagovarao još od 1977. kada sam kao tadašnji predsjednik Komisije Vlade RH za suzbijanje zlouporebne droge tražio gdje locirati službe za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti (jer ovisnike i bavljenje prevencijom psihijatrija nije prihvatača). I za to pitanje politika je 2002. ponudila rješenje «na papiru» i ustrojila također „nepostojeći“ Zavod za bolesti ovisnosti, što je nije ostvareno u praksi, a prihvaćen je moj prijedlog iz 1977., pa su zavodi za javno zdravstvo u svoj rad uspješno integrirali tu posve novu aktivnost i ustrojili službe za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnika.

Stav koji sam zagovarao i javno iznosio, da temeljna državna institucija zadužena za brigu o javnom zdravlju (HZJZ-i i mreža ZJZ-a) ne može potpuno ispunjavati svoju zadužbu ako ne proširi svoje djelovanje i na područje mentalnog zdravlja (jer nema zdravlja bez mentalnog zdravlja i nema zaštite javnog zdravlja bez zaštite mentalnog zdravlja), pridonio je toj strateškoj odluci. Dragocjeno istaknuti rada ustanova za javno zdravstvo na području prevencije ovisnosti olakšalo je donošenje odluke da službe za ovisnosti prerastu u službe za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti. U ostvarenju toga projekta, u mnogome zahvaljujući angažmanu prim. dr. sc. Marine Kuzman (HZJZ) i dr. med. Danice Kramarić (MZSS), danas, naši zavodi za javno zdravstvo imaju i potreban zakonski okvir da proširenjem područja svoga rada na područje mentalnog zdravlja mogu puninom svoga djelovanja pridonositi zaštiti sveukupnog zdravlja građana.

Nadam se da će i u „Liječničkim novinama“ biti prostora da se više piše o pojedinostima toga izuzetno važnog razvojnog projekta, koji bi u perspektivi trebao imati vrlo korisne implikacije na stanje javnoga zdravlja.

(slavko.sakoman@gmail.com)

.....

- **Cochrane knjižnica objavljuje**
- **sustavne pregledne članke koji**
- **se bave procjenom djelotvornosti**
- **intervencija u medicini.**

Na mrežnoj stranici

www.thecochranelibrary.org mogu se pretraživati sažetci. Pristup punim tekstovima

Cochrane članaka u Hrvatskoj osigurava Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa korisnicima iz biomedicinskog konzorcija na mrežnoj stranici Centra za online baze podataka:

www.online-baze.hr, gdje je potrebno kliknuti na pretraživačko sučelje Ovid SP, unutar kojeg se nalazi poveznica na Cochrane Database of Systematic Reviews. Kad u tražilici ove baze pronađete članak koji vas zanima, punom tekstu pristupate preko poveznice EBM Topic Review.

pripremila
Silvija Maslov Kružičević

Preparati srebra u tretiranju rane

• Preparati koji sadrže srebro često se koriste u tretmanu rane, međutim, ne postoje dokazi o njihovoj učinkovitoj prevenciji nastanka infekcije, kao ni o poboljšanju cijeljenja. Cilj Versloot i suradnika bio je da to provjere pa su pretražili više baza podataka, uključivši sve randomizirane kontrolirane kliničke pokuse koji uspoređuju učinke preparata koji sadrže srebro u usporedbi s preparatima bez srebra na neinficiranim ranama.

Pronađeno je 26 kliničkih pokusa s ukupno 2066 ispitanika. Rezultati su grupirani ovisno o vrsti rane i o srebrnom preparatu. Na opeklino se odnosilo 20 kliničkih pokusa, dok se u ostalima radilo o više vrsta rana. Autori su analizirali spomenute kliničke pokuse i sastavili sustavni pregledni članak.

Zaključeno je da nema dovoljno dokaza koji bi poduprli uporabu krema i masti koje sadrže srebro; generalno takvi preparati nisu pridonijeli brzini cijeljenja kao ni preventiji infekcije. Jedna mala studija koja se odnosila na tretman opeklina pokazuje da

srebrni sulfadiazin ne utječe preventivno na infekciju, a usporava proces cijeljenja opeklino. Potrebna su daljnja istraživanja u tom području.

Citation: Storm-Versloot MN, Vos CG, Ubbink DT, Vermeulen H. Topical silver for preventing wound infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. Art. No.: CD006478. DOI: 10.1002/14651858.CD006478.pub2.

Publication status and date: New, published in Issue 3, 2010.

and its complications. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD004659. DOI: 10.1002/14651858.CD004659.pub2. Publication status and date: Edited (no change to conclusions), published in Issue 10, 2010.



Funkcionalna endoskopska kirurgija u kroničnom rinosinuitisu

• Rinosinuitis je dobro poznati klinički sindrom koji pogada pacijente oba spola i svih dobnih skupina. Funkcionalna endoskopska kirurgija sinusa (functional endoscopic sinus surgery - FESS) uključuje nekoliko tehnika minimalno invazivne kirurgije koje omogućuju izravan vizualni uvid u prostor sinusa.

Cilj je ovoga sustavnog preglednog članka bio istražiti učinkovitost FESS-a u liječenju kroničnog sinuitisa u usporedbi s medikamentnom terapijom.

Khalil i suradnici su pretražili više baza podataka i uključili randomizirane kontrolirane kliničke pokuse; pacijenti su imali sinusne simptome dulje od 12 tjedana te pozitivne endoskopske i rtg nalaze.

Tri klinička pokusa s 212 ispitanika su pokazala da FESS nije superioran u usporedbi s medikamentnom terapijom irrigacijom sinusa i bez nje.

Autori zaključuju da je potrebno još istraživanja i dulje razdoblje praćenja pacijenta kako bi se mogle donijeti sigurnije preporuke za liječenje toga kliničkog sindroma.

Citation: Khalil H, Nunez DA. Functional endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art.

No.: CD004458. DOI: 10.1002/14651858.CD004458.pub2.

Publication status and date: New search for studies and content updated (no change to conclusions), published in Issue 4, 2009.

Antiagregacijski lijekovi u preeklampsiji

• Preeklampsija je stanje u porodništvu povezano s nedostatkom intravaskularne produkcije prostaciklina i vazodilatatora, a s pretjeranom produkcijom tromboksana, vazokonstriktora i stimulatora agregacije trombocita.

Promatranjem tih procesa, nametnula se hipoteza da antiagregacijski lijekovi, osobito acetilsalicilna kiselina, može prevenirati ili odgoditi stanje preeklampsije. Cilj je istraživanja bio provjeriti učinkovitost i sigurnost antiagregacijskih lijekova u žena koje su u riziku od nastanka preeklampsije.

Duley i suradnici su pretražili više baza podataka, pronašli randomizirane kliničke kontrolirane pokuse, analizirali ih i sastavili sustavni pregledni članak.

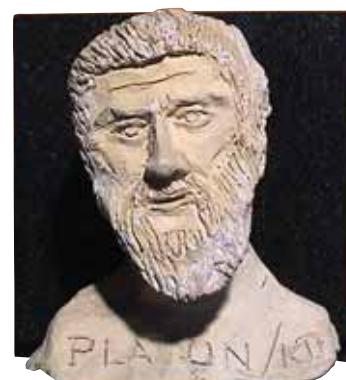
Svi klinički pokusi uspoređuju antiagregacijske lijekove s placeboom. Ispitanice su bile trudnice s rizikom za razvoj preeklampsije i eklampsije.

Autori su pronašli 59 kliničkih pokusa s ukupno 37560 trudnica. Od antiagregacijskih lijekova najviše su korišteni acetilsalicilna kiselina u nižim dozama i dipiridamol. Nađeno je da niske doze aspirina reduciraju rizik od preeklampsije za otprilike šestinu (17%), a slično je i smanjenje rizika (14%) od smrti djeteta kao posljedice preeklampsije i eklampsije. Za oko 8% smanjen je rizik od prejvremenog porodaja uzrokovano spomenutim stanjima.

Doze acetilsalicilne kiseline do 75 mg dnevno čini se da su sigurne s obzirom na nuspojave koje mogu nastati.

Potrebna su daljnja istraživanja o tome u kojem razdoblju trudnoće treba započeti s antiagregacijskom terapijom koje su maksimalno učinkovite doze s minimalno nuspojava.

Citation: Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S, King JF. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia



Prof. dr. Dragutin Kočić

Zajedništvo ili rasap liječničkog staleža

Prim. Slavko Lovasić, dr. med., specijalist opće-obiteljske medicine

• Nastupilo je vrijeme za svakoga tko je nezadovoljan svojom ulogom u sustavu zdravstva, ali i vrijeme ocjenjivanja svakoga tko je mogao, ali nije učinio nešto za budućnost hrvatske medicine.

Mnogi su činili ogromne napore, nosili se s teškim vremenima, ali im se učinilo da im je rezultat mršav, slab i bez odjeka. Podosta ih je nastojalo svoje vrijeme utrošiti u profesionalnim obvezama bez obzira na rezultate i razočaranja koje su im te obveze donosile pri tome, koliko je moguće, racionalno raspoređujući svoje vrijeme rastrgnosti između profesije, obitelji, socijalnih druženja i vlastitog odmora.

Druzi su se pak pritajili u uskim specijalističkim krugovima suosjećajno jadajući se jedni drugima, nadajući se boljitu u nadolazećem imaginarnom vremenu i tječeći se da ni drugima nije bolje.

Svi zajedno u stalnom iščekivanju i očekivanju nisu niti primijetili prohujalih dvadesetak godina novoga, kontinuiranog i reformama zahvaćenoga zdravstvenog sustava koji se trebao temeljiti na profesionalnim značicima s jedne strane i na bolesnicima - pacijentima s druge strane.

U Hrvatskoj liječničkoj komori u tijeku su izbori, pred kojima postoje opravdana očekivanja, nadanja, ali i posvemašnja ignoranca, apatija i nezainteresiranost. U mnogobrojnim razgovorima među kolegicama i kolegama čuje se jasan echo: ništa se ne će promijeniti, ništa se ne može promijeniti, a ionako je sve otišlo predaleko da se može nešto popraviti.

I sada svatko od nas koji smo ovu struku izabrali kao najvažniji i jedini dio svekolikoga vlastitog života postavlja pitanje: što bi to trebalo mijenjati, ili pak, kako bi to trebalo mijenjati, ili tko bi se to trebao promijeniti - mi ili oni, bez jasne granice tko smo mi, a tko su oni. Nakon svega, i kada bi se promijenilo, tko bi to objedinjeno vodio k jedinstvenom cilju posvemašnjeg zadovoljstva.

Promatranjem i praćenjem promjena i pojava koje se događaju unutar liječničkog korpusa može se uočiti nekoliko suprotstavljenih grupa, a što zbog svakidašnje preokupacije ne daje jasne slike opasnosti od rasapa i podjele profesije. Nisu li izbori vrijeme i mjesto da se to ispravi, promjeni i usmjeri prema boljem putu. Jer, gubitak zajedništva, gubitak pripadništva grupi, cehu najviše se osjeća kao slabost i teško pada među svim pripadnicima istog ceha.

Nova zbijanja i podjele među ogromnim brojem udruga branitelja to vrlo jasno praktički potvrđuju, jer se gubi značaj, identitet i smisao postojanja.

Mislim da je preopasno vrijeme da se u našoj maloj, ali vrlo značajnoj grupi (nešto više od 12-ak tisuća aktivnih liječnika) počinje dogadati to isto s puno težim i dalekosežnim nesagledivim posljedicama. Zato je važno prepoznati glasnu manjinu i tihu većinu odanu svojem zvanju, svojoj profesiji i sveopćoj želji pripadanju jedinstvenoj profesiji. Zbog toga je i odgovornost vodećih osoba, kao i onih koje to žele biti ili postati, da svoje naklonosti, svoje interese podrede interesima cjeline, zajedništva, ceha. Ako imamo s jedne strane beskompromisno provođenje vlastitog, ili nametnutog, programa za interes pojedinog upravljačkog segmenta zajednice, interes zajedništva i cjeline ceha mora biti pronaalaženje zajedničkog odgovora kako djelovati i raditi štiteći pri tome pojedine članove ceha i ceh kao cjelinu.

Zato se već pri davanju povjerenja novim članovima cehovske udruge valja voditi spoznajom da postoje u našim zvanjima samo dva odlučujuća segmenta društva, a to su liječnici i pacijenti - bolesnici. Nastojimo ne postati bolesnici te se zaodjenuti pravom i istinskom maskom liječnika humanista i pravog čovjeka, a skinuti sve maske koje nas uđjavaju od našeg istinskog najvrednijeg i najljepšeg poziva koji smo izabrali.

.....

U razgovorima koji su vođeni na mnogobrojnim mjestima, u formalnim i neformalnim tijelima oformljenim za tu svrhu, sve se svodi na poznati slogan: „Imamo milijun stručnjaka za gospodarstvo, imamo milijun izbornika sportskih selekcija, imamo milijune prepametnih i sposobnih da se kao rezultat ne treba činiti ništa, jer eto svi sve znamo“.

U vremenima krize, promjena ili pomutnje do koje dolazi, važno je otkriti naše vlastite cehovske dugoročne interese, perspektive, a nikako samo neposredno reagirati na aktualne probleme. Dakle, potrebno nam je okupiti osobe i grupe spremne na proaktivnu akciju temeljenu na razumijevanju problema u vremenu i prostoru, s mogućnošću otvaranja novih mogućnosti i perspektiva.

Vecina nas nije za takve akcije dobro pripremljena, jer nam je naša svakodnevna medicinska praksa preokupirana paničnim reakcijama na aktivnosti drugih, a vlastita praksa tradicionalno reaktivno oprezna. Na različite načine reagiraju pojedine grupe i pojedinci zavisno od motiva koji dominiraju i njihovom shvaćanju svojih uloga i zadataka.

Ovisno o tome koliko i kakav dio svog posla i zvanja vole, što im čini muku u radu i, na kraju, koji su im osobni ili grupni interesi.



Jedan kratki pogled unatrag, i jedan duuuugi pogled unaprijed



Ljiljana Čenan

• Kada sam prije sedam godina došla raditi u obiteljsku medicinu željela sam raditi kompletну medicinu, tj. sve što se može raditi u ambulantni primarne zdravstvene zaštite. Naime, radeći godinu dana u hitnoj pomoći udaljenoj od najbliže bolnice četrdesetak minuta vožnje naučila sam svašta raditi.

No reakcije moje okoline bile su: Jesi li ti luda? Što se praviš da si popila svu pamet svijeta? Imaš bolnicu na deset kilometara, a uzimala bi kruh kirurzima, urolozima? Zar ti ne vidiš da je sustav postavljen tako da se skupi što više pacijenata i da se radi što manje, jer uputnica ne košta ništa, a sve drugo je trošak (i možeš biti kažnjena za potrošnju)?

Na sve to sam morala napraviti neke ustupke, jer ne mogu šiti rane bez kirurškog seta, niti mijenjati katetere kojih nemam, ali većinom sam nastavila raditi kako mi je savjest nalagala - napraviti što više u ambulantni, ne slati pacijenta nikamo bez prijeke potrebe, a ako ga ipak trebam poslati, onda ga obraditi što bolje i takvog uputiti konziliarnom kolegi.

No, kako kažu stari ljudi, vrag nikad ne spava, pa tako početkom prošle godine u medijima počinju istupati ministar Milinović i njegovi pomoćnici s pričom kako PZZ ništa ne radi, samo piše recepte i uputnice, i kako će on njih dovesti u red tako što će im smanjiti glavarine za 40 posto.

Iako sama takva tvrdnja krši sve zakone logike (zar nije logičnije bolje platiti ako se hoće da nešto bolje funkcionira i da netko više radi, zar nije logično da onaj kome uzmeš sredstva za rad neće bolje raditi, nego će prestati raditi?), mene je duboko povrijeđilo to što me se naziva neradnikom, skretničarom i pisarom.

Zdravu pamet i logiku sam odavno prestala očekivati s te strane, kao i prepoznavanje kvalitetnog rada, ali nikom ne dopuštam da me vrijeda.

Sljedeće dvije godine ja nastavljam raditi sa svojim pacijentima, pokušavajući biti još bolja, istovremeno se angažirajući u udruzi

lijecnika obiteljske medicine, pišući, držeći predavanja, pojavljujući se svugdje gdje mogu prikazati jednu drugu stranu obiteljske medicine u Hrvatskoj i tako barem djelomično sprati ljagu koju je na ovo plemenito zanimanje bacio jedan političar, bijesan što se njegove destruktivne zamisli ne provode dinamikom koju je on zacrtao.

Istovremeno pokušavam balansirati u masi nelogičnih i kontradiktornih zakona, pravilnika i smjernica, te upozoriti pacijente, javnost i medije na nezakonitost CEZIH-a i informatizacije PZZ-a u Hrvatskoj ovakve kakva je sad.

A povrh svega, pripremam se da postanem „ponosni“ vlasnik „koncesije za obavljanje javnozdravstvene djelatnosti“, kojom dobivaju pravo da me kontroliraju i da im podnosim raznorazna izvješća, račune i očitavanja, osim HZZO-a, MZSS-a i Doma zdravlja, i županija, i lokalni birokrati zaposleni u njoj.

I gdje sam ja nakon svega?

Sjedim i razmišljam kako pacijenti, koji su u početku bili sretni što se netko brine za njih, sad misle kako ih maltretiram - tjeram ih da prestanu pušiti prijeteći im otkazivanjem pluća i rakovima, tjeram ih da kontroliraju šećer prijeteći im otkazivanjem bubrega i amputacijom nogu (čak sam im donirala aparate za šećer i trakice, pa se moraju bockati i zadravati si bol); otkrivam im zatajenje bubrega u 1. ili 2. stadiju pa se moraju liječiti i kontrolirati, a mogli su biti mirni još neko vrijeme prije dijalize; roditelje djece gnjavim da dolaze da ili tri puta na kontrole kad su prehlađeni umjesto da im odmah dam antibiotik, pa da su svi mirni. I tako dalje.

Bolnički kolege me ne vole, jer insistiram da što hitnije prime akutnog pacijenta, a ne dam uputnice onome kojega su oni naručili za jedan ili dva mjeseca na nepotrebnu kontrolu, s hrpsom laboratorijskih pretraga, da vide kako pacijent podnosi lijek na koji su ga stavili u dogоворu s farmaceutima; ne propisujem ciprofloksacin pacijentu kome su ga

preporučili urolozi a taj ima potpuno mirne parametre upale i simptome benigne hiperplazije prostate; pravim se pametna smatrajući da i sama znam i mogu indicirati rentgen pluća, CD nožnih vena ili arterija, gastroskopiju, UZV srca, a bez prethodnog pregleda pulmologa, vaskularnog kirurga, gastroenterologa ili kardiologa, te tako štedeci novac ovom siromašnom zdravstvenom sustavu i oslobadajući pacijentu, koji zaista treba konziliarni pregled, termin da na taj pregled ne mora biti naručen za tri mjeseca. I tako dalje.

Zaposlenici HZZO-a, bilo područnog ureda, bilo Direkcije, ne vole me jer se u vijek nešto bunim (npr. vratila sam im knjigu koju su mi tako velikodušno poklonili, a u kojoj je baš bilo lijepo i poučno nacrtano kako se djetu mjeri rektalna temperatura i mnogo brojni slični „komplikirani“ postupci); zato što se ne priključujem na CEZIH i ne odajem liječničku tajnu; zato što ne priznajem svoju krivnju za većinu stvari za koje me oni želete kazniti i pišem im očitovanja u obliku romana u nastavcima; zato što stalno pratim koliko su mi pacijenata ovaj mjesec „ukrali“ i za koliko mi ne plaćaju to što ih liječim. I tako dalje.

Ministar srećom ni ne zna da postojim (sumnjam da je imao vremena čitati dopis koji sam mu uputila nekoliko puta, a u kojem ga molim za tumačenje Tumačenja Pravilnika o CEZIH-u), a da zna, vjerojatno me ni on ne bio volio. Zato što ne dam mira njegovom „čedu“ - Reformi zdravstva, i njezinom sjajnom blizancu „Informatizaciji PZZ-a“; zato što umjesto da na sve njegove dopise kažem „Tako je rekao Vrhovni Doktor i tako biti mora“, ja čitam, razmišljam, postavljam pitanja; zato što sam doslovno shvatila Pravilnik o CEZIH-u i tražim od pacijenata da se očituju pismeno dopuštaju li da se njihovi podaci šalju na internet ili ne, a onda za one koji ne dopuštaju, stalno dosadujem i pitam što će s njima. I tako dalje.

I sada, „iščekujući Godota“ (u obliku uređenog sustava u kojem će vladati red, rad i disciplina), kroz glavu ošamućenu od mnogobrojnih udaraca u zid (u pokušaju prolaska kroz isti), prolaze mi misli: „Kako je teško biti slab, kako je teško biti sam, i biti star, a biti mlad!“, te: „Biti ili ne biti - to je pitanje.“

A samo ponekad se probije neki glasici i kaže: „Nigdar ni tak bilo da ni nekak bilo. Pak ni vezda ne bu da nam nekak ne bu.“ Pozdrav od vaše seoske doktorice.

.....

Kneippovo lječilište u Krapini

Pod gornjim naslovom objavio je u "Liječničkom vjesniku" u veljači 1902. godine Miroslav pl. Čačković (1865 - 1930) ovu raspravu o tobožnjoj „alternativnoj“ medicini, o kojoj je bilo govora i u prošlim brojevima „Liječničkih novina“.

• Već od nekoga vremena pronaša se po dnevnicima viest da se imade u našim krajevima ustrojiti Kneippovo lječilište, a ovih dana velikim je slavljen proglašeno da je krapinska občina sklopila ugovor s nekim g. Okićem koji je kroz 15 godina bio desnom rukom? pok. župnika Kneippa. Po tom ugovoru se krapinska občina obvezuje sagraditi kupalište i urediti isto onako, kako to liečenje po Kneippovoj metodi zahtjeva, a g. Okić obvezao se je početkom svibnja o.g. isto otvoriti. Kupalište kao i liečenje samo stajat će pod osobnim nadzorom g. Okića.

Naša je dužnost da dignemo naš glas jer se ovdje kani učiniti nešto što se protivi našim zakonima, što je na uštrb bolujućega čovječanstva i sigurno ne može biti na diku krapinske občine. Po našim je zakonima (zakon o uredjenju zdravstvene službe od 24. siječnja 1894.) jasno i nedvojbeno, da u Hrvatskoj smije liečiti samo graduirani liečnik, i svaki



Bavarski župnik Sebastian Kneipp (1821-1897)

drugi koji se bavi liečenjem čini se krivim prekršaja nadrilečništva. Kako bi pako po spo-

menutom ugovoru kupalište, a i liečenje samo imalo stajati pod osobnim nadzorom g. Okića, koji po našim zakonima nije ovlašten liečiti, jer nije graduirani liečnik, to ovime krapinska občina podupire nadrilečništvo, dakle nešto što je u protimbi s našim zakonima. U liečničkom je časopisu suvišno razpravljati zašto zakon traži znanstveno ospozobljavanje za liečnika i dokazivati da ga g. Okić ne može imati, ako je i 15 godina bio desna ruka pok. župnika Kneippa. Time je očito, a i već odavnina je poznata činjenica da t. zv. Kneippova metoda kao u obće svaki način liečenja, koji se šematski i bez nuždnoga znanja uporabljuje, u mnogo slučajeva bolestniku škodi, a isto tako jasno je, da je suvišan uz metodičnu hydroterapiju koju upravljaju znanstveno obrazovani i ospozobljeni ljudi tj. liečnici. Mislimo da ne može, sa spomenutih razloga, ovo poduzeće služiti na diku krapinskoj občini, ne pomislijajući ni na to da joj može biti na materijalnu štetu, ako investira velike svote u takovo kupalište. Kneippovom smrću prestao je nimbus, koji je podržavao ovu metodu, stala ju je stizati sudska sloboda svih moda, da na ime polagano pada u zaborav, kada je izginuo glavni pobornik ili kada se je tekom vremena opazilo da to nije zlato već blistavilo. Što će biti od investicija ako za nekoliko godina sasvim bankrotira Kneippova metoda koja, čini se, da sada utiče u naše krajeve, jer u velikom svjetu svršava.

Nadamo se da će mjerodavni faktori učiniti svoje, da se spriječi ovo poduzeće, koje može biti samo na štetu bolujućeg čovječanstva, a ne služi nam na čast, kada otvaramo vrata poduzećima, s kojima je znanost, a čini se, i ostali obrazovani svjet već obraćuna.

• Miroslav pl. Čačković Vrhovinski gimnaziju je završio u Zagrebu. Tijekom studija medicine u Beču bio je biran u upravni odbor Hrvatskog akademskog društva "Zvonimir". Nakon promocije 1895. radio na kirurškom odjelu Bolnice milosrdnih sestara u Zagrebu, te od 1897. bio glavni urednik "Liječničkog vjesnika". Od studentskih je dana objavljivao pripovijetke pod pseudonimom Ladišlav Ladanjski. Poslije je bio među prva tri osnivača Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu na kojem je imenovan 1918. profesorom kirurgije te bio prvi dekan. Aktivno je djelovao u radu brojnih kulturnih i socijalno-humanitarnih institucija i društava u Zagrebu. Opširnije u broju 76 iz 2009. godine.

Priredio Ivica Vučak

.....



Bečki "Josephinum" i hrvatski liječnici



Ivica Vučak

• U Beču je 4. i 5. studenoga održan sastanak pod naslovom "Vizije budućnosti".

Uz skup kojem su domaćini bili doc. dr. Sonia Horn iz Odjela za povijest medicine i Zbirki povjesnomedicinskih Medicinskog sveučilišta u Beču te prorektor za nastavu i studije bečkog Medicinskog sveučilišta prof. dr. Rudolf Mallinger, otvorena je i nova (nakon gotovo 50 godina) izložbena postava u jednoj od prostorija Muzeja u Institutu za povijest medicine (Währingerstr. 25) u Beču. Bila je to svojevrsna čestitka kojom je obilježena 225. obljetnica otvorenja Medicinsko-kirurške akademije u toj zgradici.

Car Josip II (1741-1790) reformirao je mnoga područja društvenoga života. U organizaciji zdravstva i medicinske nastave oslanjao se na Giovannija Alessandra Brambillu (1728-1800), talijanskog kirurga, kojega je 1779. postavio na čelo cijelokupnog austrijskoga vojnog zdravstva. Austrijskome arhitektu Isidoru Canevaleu (1730-1786) povjerio je podizanje vojne Medicinsko-kirurške akademije u Beču, po uzoru na Kraljevsku kiruršku akademiju u Parizu. Izgrađena je između 1783. do 1785. godine, a u dvorištu, pred



Car Josip II

zgradom, postavljena je olovna skulptura božice Higijee koju je izradio Johann Martin Fischer (1740-1840). Otvorena je 7. studenoga 1785. a imala je knjižnicu opskrbljenu sa 6.000 svezaka. Nazvana je "Josephinum" u počast svome zaštitniku koji je, veoma ponosan svojim ostvarenjem, dao iskovati spomen medalju vrijednu 40 dukata. Brambila je postavljen za ravnatelja Akademije koja je imala šest katedri (Anatomija, Patologija, Kirurške operacije, Interna, Botanika, Kemija) te Prosekturu, pa je od 3. veljače 1786. ispunjavala sve preduvjete za sveučilište na kojem su se stjecale titule ranarnika te magistara i doktora medicine.

Novina je u Medicinsko-kirurškoj akademiji u Beču bila zbirka od 1192 voštana modela ljudskog tijela u prirodnoj veličini koja im je služila u nastavi anatomije i primaljstva (zamjena za izravan kontakt s kadaverima). Naručio ih je car Josip II po cijeni od 30.000 guldena. Njihovu izradu u Firenci od 1784. do 1788. godine nadzirao je Paolo Mascagni (1755-1815), od 1780. asistent Petera Tabarinija, uglednoga profesora anatomije na sveučilištu u Sieni, a poslije (od 1801.) profesor anatomije na sveučilištu u Pisi.

Smrt Josipa II označila je pad važnosti „Josefinuma“ i on je bio zatvoren od 1820. do odluke cara Franje Prvoga Austrijskoga (1768-1835) 1822. godine o ponovnom otvaranju i izjednačenju s drugim austrijskim sveučilištima. No protekle su još tri godine do ponovnog početka predavanja 6. studenoga 1825. Odlukom cara Franje Josipa Prvoga (1830-1916), „Josefinum“, je opet zatvoren 1849. i priključen Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Beču. Slijedilo je 1854. godine još jedno otvorene u rangu Vojne akademije - ustavove za edukaciju vojničkih liječnika koja će definitivno biti raspuštena 1874.

Iz „Josefinuma“ je proizašao niz generacija liječnika. O Hrvatima kojima je vojna stipendija omogućila edukaciju i medicinsku karijeru kakvu ne bi inače, u pravilu zbog siroštva, mogli postići pisali su **Lujo Thaller** (1891 - 1949) (Povijest medicine Hrvatske i Slavonije od 1770. do 1850. Liječnički vjesnik, 1927) te **Mirko Dražen Grmek** (1924 - 2000) ("Inauguralne disertacije hrvatskih, srpskih i slovenskih liječnika" Starine JAZU, knj. 43, Zagreb 1951). Tijekom karijera vojnih liječnika oni su živjeli i radili u različitim dijelovima

prostranoga Austro-Ugarskog carstva te se uspinjali do visokih rangova u vojnoj hijerarhiji. **Josip Zlatarović** (1807 - 1874) bio je od 1834. profesor fiziologije na nižem kirurškom tečaju, a zatim profesor interne medicine na višem tečaju za liječnike u Jozefinumu. Značajan je bio njihov doprinos i zdravstvu hrvatskih zemalja, jer su mnogi od njih nakon umirovljenja ostajali i radili kao civilni liječnici u različitim hrvatskim gradovima. Zbog držanja u događajima revolucionarne 1848. Zlatarović je prisilno preuranjeno umirovljen 1849. godine. Vratio se u Zagreb i 14. lipnja 1850. sudjelovao na sastanku u domu tadašnjeg praličnika na kojem je utemeljeno prvo liječničko društvo. I drugi su "jozefinci" imali važnu ulogu u aktivnostima Hrvatskog liječničkog zbora od njegova utemeljenja pod nazivom Zbor liječnika Hrvatske i Slavonije 1874. godine. **Klement Urpani** (1842 - 1940) bio je utemeljitelj i odbornik u prvom odboru izabranom 1874. **Šime Švrljuga** (1838 - 1910) bio je utemeljitelj, odbornik, pregledač računa, član Časnog suda, potpredsjednik te predsjednik Zbora, **Nikola Severinski** (1839 - 1885) obnašao je funkciju odbornika i potpredsjednika, a izabran je i začasnim članom. **Ivan**

Matković st. (1838 - 1920) bio je odbornik, knjižničar te potpredsjednik. **Aleksandar Huber** (1835 - 1900) bio je odbornik, knjižničar te potpredsjednik. **Ivan Mašek-Bosnadolski** (1821 - 1886) bio je potpredsjednik Zbora te čelnik Društva Crvenoga Križa. **Stjepan Ručević** (1850 - 1919) bio je odbornik te bilježnik i tajnik odbora. **Ignjat Thaller** (1840 - 1916) biran je za člana Časnog suda te začasnog člana. Svojim književnim i prosvjetnim radom istaknuli su se **Gjuro Agustinović** (1816-1870), **Nikola Gržetić** (1838 - 1909) i **Milan Nemičić** (1844 - 1930). Među 104 sudionika proslave 25. obljetnice Zbora liječnika održane u Zagrebu 21. listopada 1899. čiji su likovi sačuvani na zajedničkoj fotografiji, bili su i Nemičić (označen brojem 45) Gržetić (52) Švrljuga (68) Matković (75) Huber (79) te Thaller (84). U širem društveno-političkom životu najvažnija mjesta dosegnuli su nekadašnji "jozefinci": Ignjat Thaller - praličnik, tj. ministar zdravstva hrvatsko-slavonsko-dalmatinske vlade u Zagrebu te **Milan Amruš** (1848-1919) - gradonačelnik Zagreba, predstojnik za bogoštovje i nastavu hrvatske vlade u Zagrebu. To su samo najistaknutiji, no i drugi, a bilo ih je iz Slavonije i drugih dijelova



iz povijesti hrvatske medicine

nekadašnje Vojne Krajine te Istre i Hrvatskog primorja (ne i iz Dalmacije ?) o kojima znamo puno manje poput, **Gjure Stojanovića** (Velika Kopanica, 1841- Karlovac, 1901), **Ivana Kalčića** (Lipa/Istra, 1849 - Zala-Mihalyfa/Madarska, 1908), **Dominika Linardića** (Dubašnica/Krk, ? - Beč 1911) te **Šime Mandića** (Vranje-Boljun/Istra, ? - Beč, ?), koji su svojim učlanjenjem u Zbor te prilozima (novčanim i osobnim sudjelovanjem) u radu domoljubnih i prosvjetiteljskih udruga pokazivali zanimanje za poboljšanje stanja u domovini te školovanje novih generacija hrvatskih intelektualaca.

U zgradi u kojoj su oni prije 150 godina stjecali svoja medicinska znanja danas je Institut za povijest medicine. U njemu je pohranjena glavnina zbirki Medicinskog fakulteta bečkog sveučilišta starog preko šest stoljeća. U šest izložbenih prostorija nalaze se anatomski modeli. Nadalje, tu su prikupljene i zoologische, mineraloške i botaničke zbirke. Blago koje se čuva u toj zgradi, njezin ambijent i duh koji se u njoj održava blagotvoran je i poticajan za istraživanja. Mnogo je predavanja, izložbi i kongresa održano u njoj.

No, tema ovogodišnjega skupa nije bila povijest slavne institucije bogata promjena nego zajednička budućnost institucija posvećenih temi "Povijest i filozofija medicine i/ili kulturno nasljeđe medicine" u različitim europskim državama. U prvom su dijelu sastanka suradnice i suradnici Medicinskog sveučilišta u Beču, Austrijskog društva za istraživanje društva za kulturnu suradnju Austrije (Saveznog ministarstva za obrazovanje, umjetnost i kulturu) raspravljali o različitim mogućnostima široke europske suradnje uz pomoć projekata i fondova EU-a. To pokazuje da usprkos recesiji, ili možda baš zbog nje, Europa shvaća važnost poznavanja vlastite povijesti (i povijesti medicine u tome) te ulaže značajna sredstva u istraživanje prošlosti svojih članica individualno, a pogotovo je zainteresirana za međudržavne projekte.

U nastavku su svoje ustanove predstavili gosti iz medicinskih i znanstvenopovijesnih ustanova iz Italije, Nizozemske, Slovenije, Češke i Mađarske. Raspravljalo se i o putevima zajedničkog rada u području nastave, istraživanja, muzeologije te o odnosu prema kulturnom nasljeđu. Iz Italije su došli Mariacarla Gabarino iz Muzeja Sveučilišta u Paviji ("Giovanni Alessandro Brambilla i Sveučilište u Paviji"), Fabio Zampieri iz Odsjeka medicinskih humanističkih disciplina u Odjelu dijagnostičkih medicinskih znanosti i posebnih liječenja Sveučilišta u Padovi ("Beč i Padova - duga povijest intelektualne razmjene u medicini i znanosti"), Claudia Corti



(uz potporu Fausta Barbaglia) iz Muzeja zoologije i prirodoslovja "La Specola" u Firenci ("Zbirka voštanih modela u "La Specola" - prošlost, sadašnjost i budućnost izložbe") te **Maria Conforti** iz Knjižnice za povijest medicine Sveučilišta "La Sapienza" u Rimu ("Od magije do znanosti - Povijesnomedicinski Muzej u Rimu"), a **Giuliano Pancaldi** iz Međunarodnog centra za povijest sveučilišta i znanosti Odjela za filozofiju Sveučilišta u Bogni pridružio se skupu u Beču video-vezom.

Nizozemsku je predstavljao **Bart Grob** iz Muzeja Boerhaave u Leidenu ("Od točke do točke - mogući scenariji internetske suradnje i suradnje na licu mjesta"), Sloveniju **Zvonka Zupanič-Slavec** iz Instituta za povijest medicine Sveučilišta u Ljubljani ("Važnost nastave i istraživanja medicinskih humanističkih disciplina u Sloveniji"), predstavnik Češke bio je **Petr Svobodny** iz Instituta za povijest medicine i Arhiva Karlova sveučilišta u Pragu ("Medicinska povijest u Pragu - institucije, projekti, publikacije"), a **Benedek Varga i Katalin Czar** iz Semmelweissova muzeja, Knjižnice i Arhiva za povijest medicine u Budimpešti ("Semmelweissov muzej, Knjižnica i Arhiv u 21. stoljeću - novi pristup angažiranja javnosti i partnerstva") te **Lilla Krasz** s Katedre za srednjovjekovnu i ranu modernu povijest Sveučilišta Eötvös Loránd u Budimpešti

("Najstarije mađarsko sveučilište i mogućnosti izgradnje jedne "Povijesti medicine"") predstavljali su Mađarsku. Skup je završio neformalnim prilozima, sugestijama i raspravom o mogućnostima buduće suradnje.

Šteta je što nije bilo predstavnika institucija koje u Hrvatskoj skrbe za povijesno-medicinsko nasljeđe na skupu na kojem se raspravljalo o EU projektu "Kultura 2007-2013", o potpori EU-a akademskoj mobilnosti te o mogućnostima korištenja fondova EU-a za povijesnomedicinska istraživanja.

Posljednjih su godina rekonstruirani životni putevi "jozefinaca" Gjure Agustinovića, Ignjata Thallera, Nikole Gržetića, Milana Neđića i Milana Amruša. Bilo bi vrijedno učiniti to i za preostale među njima, npr. **Hinka Kučinića** iz Vinice, prisnog prijatelja Agustinovića, koji je studij na Jozefinumu završio obratom doktorske disertacije na latinskom o bjesnoći "De rabie canina".

Svoje opaske i napomene donio je hrvatskim jezikom, a tiskao ih je Agustino-vičevim pravopisom. U izveštu o njegovoj promociji u Beču objavljenom u zagrebačkim "Novinama dalmatinsko-hrvatsko-slavonskim" istaknut je njegov pozdrav upućen, dopuštenjem profesora, gostima iz domovine na hrvatskom jeziku.

••••



Franz Wilhelm Lippich

(1799-1845)

Istaknuti alkoholog podrijetlom iz Boke Kotorske

Darko Breitenfeld, Mirko Karačić, Edvina Maras Karačić, Dominik Juranić

- U „Slovniku umjetnikah jugoslavenskih“ Ivana Kukuljevića Sakcinskog (Zagreb, 1858.) nalazimo članak o umjetnici Terezi Lipić. Iz svih migracijskih podataka o toj obitelji saznajemo da su brojni ogranci plemićke obitelji Lipić nakon odlaska iz Kotora na prijelomu 15. i 16. stoljeća bili listom ponijemčeni i živjeli diljem Austrijske carevine (Transilvanija, Mađarska, Česka, Slovačka, Austrija, Italija i Kranjska-Slovenija), gdje su napose kao liječnici bili jezično kroz jedan do dva stoljeća i nekoliko generacija prilagođeni i prihvaćeni. Brojni potomci obrtničke, prilično bogate obitelj Lipić bili su visoko obrazovani te su se, ponijemčeni ili amerikanizirani, afirmirali i u drugdje u svijetu.

Najpoznatiji je bio praučnik F. W. Lippicha C. F. Cori, bečki i gradački liječnik biokemičar, koji je 1947. dobio Nobelovu nagradu za medicinu i fiziologiju iz područja metabolizma glikogena. Terezin brat, nadaren i sposoban mladi liječnik Franjo (Fran, Franz) - Vilim (Viljem, Wilhelm), radio je kao gradski „sirotinjski“ liječnik u Ljubljani jedanaest godina. Iako nije bio Slovenac, tamo je dosta dugo djelovao, a zatim je zbog svoje afirmacije nastavio s radom kao profesor interne medicine na Medicinskom fakultetu u Padovi, te nakon toga na Medicinskom fakultetu u Beču, gdje je i umro. I u



Ljubljani i tijekom kasnijih službi, objavio je niz radova obojenih socijalnopsihijatrijski i alkohološki, a i sa širom tematikom.

Lippich je tijekom četiri godine stručno i znanstveno-statistički obradio dvije skupine od po 100 alkoholičara Ljubljančana i nalaze objavio u knjizi „Temelji dipsobiostatike ili na osnovi liječničkog zamjećivanja temeljenog političko - aritmetičkog prikaza posljedica zlouporabe alkoholnih pića s obzirom na stanovništvo i životni vijek od dr. Fr. Wilh. Lippicha. Kazuistika na temelju prvih i drugih stoispitaniaka.“ (Ljubljana, 1834. godine, izd. Horn.) Original je pisan na njemačkom jeziku. Poslijе je knjiga ponovno tiskana, najprije na njemačkom a zatim je prevedena na slovenski (Ljubljana, 2005.) i druge jezike, te obrađena na engleskom jeziku. Riječ je o prvom svjetskom i vrlo značajnom antialkoholnom propagandističkom (preventivno-alkohološkom) djelu. Slovensko izdanje pod redakcijom prof. dr. Zvonke Župančić Slavec objavljeno je pod naslovom „Dr. Fran Viljem Lipič - Osnovne značilnosti dipsobiostatike - oziorama predstavitev posledic zlorabe alkohola“ (420 stranica A5 formata).

U vrijeme objavljivanja prvog izdanja Lippicheve knjige već su bila objavljena neka svjetska alkohološka djela (Rush, Mendenhall, Cheyne, Hufeland, Roesch, Horn, Hoff-

mann) ali Lippich kao uzore navodi samo djela **Bruehl Cramera i Trottera**, koja temeljito analizira. Važnost Lippichevog djela bila je u tome što je ono bilo izrazito znanstvenog značaja, obrađeno s velikom i opsežnom statistikom. Naveo je socijalno ekološke podatke, te učestalost obolijevanja, mortalitet i natalitet u obiteljima. Nadalje, Lippich je razradivao epidemiologiju zlouporabe alkohola služeći se vlastitom klasifikacijom koju je statistički obradio. Posebnu je pažnju posvetio pojavnosti i smrtnosti alkoholizma u djece alkoholičara.

Obradio je i ženski alkoholizam te na-
veo da žene izrazito ranije umiru. Pisao je o pro-
miskuitetu te o smanjenom fertilitetu alkoho-
ličarki. Istaknuo je radne probleme alkoholičara.
Napose se osvrnuo na poteškoće liječenja alko-
holičara te ukazao na potrebu organiziranja posebnih lječilišta za njih. Obradio je alkoholno pre-
ventivni pristup, izračunao potrošnju raznih alko-
holnih pića te predložio mjere za smanjivanje
cjelokupne problematike. Upozorio je i na ulogu
liječnika opće medicine koji se susreće sa šezde-
setak bolesti komorbidnih uz alkoholizam.

Lippich je obradio i pojavu alkoholne zlouporabe u raznim religijskim kulturama, te opisao vinogradarstvo s povijesnog gledišta, uka-zavši na značajnu društvenu enofiliju (kulturu pijenja vina).

Iz priloženih ilustracija vidi se da je riječ o ozbilnjom alkohološkom znanstvenom djelu koje se i u svijetu smatra unikatnim za ono doba. Kako je autor vezan posredno i za naše krajeve, a i Slovenci ga smatraju jednim od najznačajnijih svojih medicinskih djelatnika u povijesti, smatrali smo važnim upozoriti u hrvatskim stručnim medijima na značenje autora i njegovog djela.

69

**GRUNDZÜGE
KUR
DIPSOBIOSTATIK,

oder
politisch - arithmetische,
auf kritische Beobachtung gegründete
Darstellung der Nachtheile,
welche durch den
**MISSBRAUCH DER GEISTIGEN
GETRÄNKE**
in Hinsicht auf
Bevölkerung und Lebensdauer
sich ergeben.**

LAIBACH, 1834.
In Commission bei H. W. Kern.
Gedruckt bei Joseph Klaitsch.

Članak o Terezi Lipić u Kukuljevićevom «Slovniku umjetnika i jugoslavenskih» (Zagreb, 1858.)

Otkriće i proučavanje lizosoma

U prigodi 55. obljetnice njihova otkrića

Olga Carević

• Među znanstvenicima koji su odredili pravce razvoja znanstvenih područja utvrđujući pri tomu aksiome za mnoga kasnija istraživanja, jedno od značajnih mesta nedvojbeno zauzima **Christian de Duve**, dobitnik Nobelove Nagrade za medicinu 1974. godine, o kome sam pisala u „Liječničkim novinama“ broj 93 (listopad 2010, str. 30).

Tijekom svoje znanstvene karijere de Duve je stekao počasni naslov emeritus profesora na sveučilištima u Bruxellesu, Parizu, Louvainu, i New Yorku (Rockefeller University). Osim toga, kao istaknuti znanstvenik de Duve je izabran za redovitog člana u više akademija pa tako u Belgiji, Francuskoj, Njemačkoj, Engleskoj, Grčkoj i SAD-u. U tom je kontekstu važno spomenuti da je de Duve sa svojim suradnicima osnovao Institute of cellular and molecular pathology u Bruxellesu u kojem je sve do umirovljenja obnašao dužnost ravnatelja. Danas taj Institut nosi naslov „de Duve's Institute“.

De Duveov znanstveni interes usmjeren je na morfologiju, biokemiju, fiziologiju i patologiju stanica animalnog podrijetla. Ta su ga proučavanja i dovela do otkrića citoplazmatskih tvorbi lizosoma. Postupnim razdvajanjem homogenata jetre štakora u ultracentrifugi na Katoličkom Univerzitetu u Louvainu, de Duve je sa svojim suradnicima izolirao tvorbe veličine 0,4-0,8 μ kojima su nazočni enzimi kisele hidrolaze. Izolirane tvorbe nazvane su lizosomi. Otkriće lizosoma objavljeno je u znanstvenom časopisu: Biochem. J. 1955, 60:604-617.

Biokemijska i citokemijska proučavanja s pomoću elektronskog mikroskopa pokazali su da lizosomi djeluju unutar lizosomskog sustava koji čini niz funkcionalno povezanih tvorbi različita podrijetla i sadržaja. Te se tvorbe međusobno spajaju mehanizmom stapanja membrana i sudjeluju u prijenosu

izvanstaničnog sadržaja u stanicu (endocitoza), iz citoplazme u lizosomski sustav (autofagocitoza) te iz stanice i izvanstanični prostor (egzocitoza).

Osnovna funkcija lizosomskog sustava pripada primarnim lizosomima koji sadrže kisele hidrolaze odgovorne za razgradne procese makromolekula kao što su proteini,

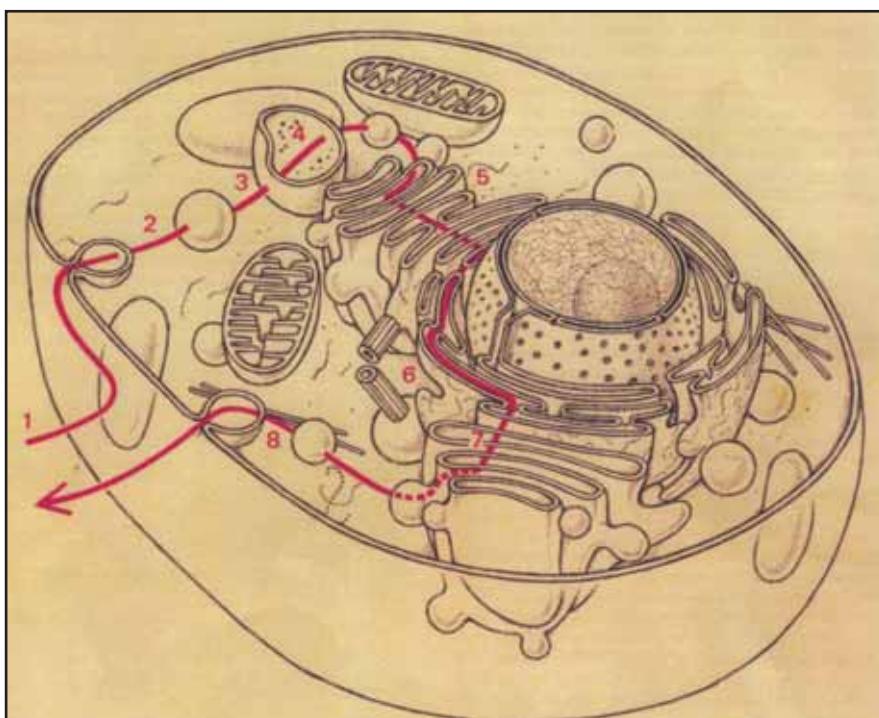
lipidi, polisaharidi i dr. Netom nakon ulaska u stanicu makromolekule dospijevaju u lizosomski sustav u kojem se razgrađuju djelovanjem kiselih hidrolaza u male molekule.

Možda bi se moglo pojednostavljeno reći da lizosomski sustav djeluje poput probavnog sustava stanice. U nastavku tih istraživanja došlo se do spoznaje da lizosomske tvorbe sudjeluju i u drugim fiziološkim procesima kao što su: uklanjanje citoplazmatskih tvorbi koje su izvršile funkciju u stanci (mitohondrije, peroksisomi, Golgijski kompleks i dr.), regresija tkiva (uterusa nakon poroda), pretvorba hormona (proinsulin u insulin) i dr.

Osim toga je ustanovljeno da lizosomi imaju bitnu ulogu i u nekim patološkim procesima koji se događaju u upali, alergiji, ishemiji te naslijednim, reumatskim, tumorским, radijacijskim i nekim drugim bolestima.

Posebice valja spomenuti i njihovo sudjelovanje u obrambenom mehanizmu stanice jer u lizosome dospijevaju i mikroorganizmi (bakterije, virusi). Jednom kada se nađu u lizosimima, kisele hidrolaze ošteteju njihova aktivna svojstva.

De Duve je sa svojim suradnicima 1974. ustanovio da se u lizosomskom sustavu



Slika 2. Put izvanstaničnih tvorbi u stanci (Christian de Duve, *A guided tour of living cell*, Vol 1, The Rockefeller University Press, 1984., u suglasju s autorom)

- 1 Približavanje izvanstaničnih tvorbi rubnim dijelovima stanice.
- 2 Endocitoza izvanstaničnih tvorbi u stanicu i stvaranje endosoma.
- 3 Spajanje endosoma s primarnim lizosomima koji sadrže enzime: kisele hidrolaze.
- 4 U tom procesu nastaju sekundarni lizosomi gdje se razgradije endocitirani sadržaj.

- 5 Funkcionalna povezanost lizosoma, Golgijskog kompleksa i zrnatog endoplazmatskog retikuluma u stvaranju sekretornih granula.
- 6 Sinteza sekretornih proteina na zrnatom endoplazmatskom retikulumu i njihovo usmjeravanje do Golgijskog kompleksa i primarnih lizosoma.
- 7 Stvaranje sekretornih granula.
- 8 Egzocitoza sekretornih granula u izvanstanični prostor.

nakupljaju farmakološki aktivne, toksične i kancerogene tvari neovisno o njihovim kemijskim svojstvima i mehanizmu ulaska. Te su tvari nazvane lizosomotropne tvari a opisani fenomen lizosomo-tropizam. Otkriće fenomena lizosomotropizma objavljeno je u Biochem. Pharmacol. 1974, 23:2495-2531.

U nastavku tih istraživanja nadeno je da lizosomotropne tvari mogu utjecati na funkciju lizosomskog sustava, posebice na strukturu lizosomskih membrana, bilo da povećavaju ili smanjuju njihovu propusnost. Primjerice, klorirani i fosfori insekticidi, benzo (a) piren, dioksin, azbest, olovo i neke druge toksične i kancerogene tvari oštećuju lizosomske membrane i otpuštaju kisele hidrolaze u citoplazmu. U takvim uvjetima lizosomski enzimi razgrađuju citoplazmatski sadržaj uzrokujući autolizu, smrt stanice i oštećenje odgovarajućeg organa ili tkiva. Nasuprot tomu, neke farmakološki aktivne tvari mogu učvrstiti membrane u patološkim uvjetima u stanici. Primjerice, diklofenak natrij (Voltaren), D-penicilamin, 5-fluorouracil, vitamini C i E, glukokortikosteroidi, kao i poznati antibiotik azitromicin (Sumamed) koji djeluje poput stabilizatora lizosomskih membrana i na taj način štiti njihove strukture od štetnih učinaka mikroorganizama. Rezultati o azitromicinu objavljeni su u znanstvenom časopisu (O. Carević, S. Djokić, Agents an Actions 1988, 25: 124-131), a djelomično i u Patentu (11. srpnja 1988).

Moj prvi susret s Christian de Duveom desio se 1970. na Prvoj lizosomskoj konferenciji održanoj na Katoličkom Univerzitetu u Louvainu. Na toj sam Konferenciji prikazala rezultate naših istraživanja s Instituta „Ruder Bošković“. Bila je to kinetika lizosomske alfa-glukozidaze. Naime, nedostatak tog enzima uzročno je povezan s nastankom glikogenoze tipa II (Pompeova bolest). Po završetku konferencije de Duve me pozvao da posjetim Odjel za proučavanje lizosoma i upoznam novije metode rada. Tako sam u dogovoru s kolegama na Institutu „Ruder Bošković“ prihvatala poziv i provela dva mjeseca u de Duveovom laboratoriju. Zahvaljujući gostoljubivosti i sursetljivosti njegovih suradnika svladala sam neke nove metode o

kojima sam mogla samo sanjati. Laboratorij u kojem sam radila bio je izuzetno stimulativno mjesto, opremljeno brojnim suvremenim instrumentima, a de Duve je, uvijek s blagim i ohrabrujućim osmehom, bio brillantan u analizi rezultata te u usmjeravanju dalnjih proučavanja. Sjećam se, kako sam jednom otišla na konzultacije kod de Duvea s rezultatima na kojima sam naporno radila nekoliko

1973. u Amsterdamu, a 1974., 1976., i 1978. u SAD-u, u okviru poznatih Gordon Research Conferences.

Sudjelovala sam na svim konferencijama, a 1989. primila priznanje Internationalne grupe za proučavanje lizosoma za rezultate postignute na području fenomena lizosomotropizma. Na poziv JAZU-a (HAZU) de Duve je 1978. boravio u Zagrebu i tom pri-

likom posjetio Institut „Ruder Bošković“ i Institut tvornice „Pliva“. Potom je u Akademiji održao zapaženo predavanje o lizosomima. Tijekom ratnih godina redovito sam se dopisivala s de Duveom i njegovom suprugom Janine. I u tim pisima osobne naravi de Duve nije zaboravljao davati podršku samostalnosti Republike Hrvatske. Bio je i potpisnik akcije „Nobelovci za mir u Hrvatskoj“ 23. rujna 1991., koju su potpisala 104 nobelovaca.

Svoju je aktivnost de Duve nastavio i nako odlaska u mirovinu. Dosad je objavio šest knjiga filozofskog usmjerenja o podrijetlu života, povijesti evolucije, budućnosti planeta i života na njemu i dr. Knjige su prožete humanim i znanstvenim riječima i mislima.

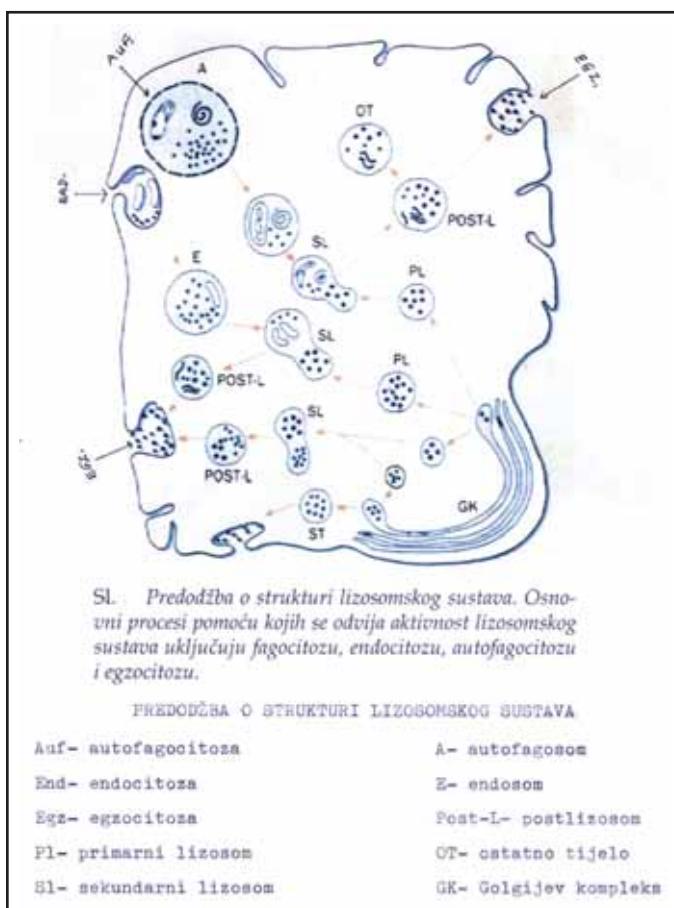
U svojoj 91. godini (2008.) de Duve je izgubio suprugu Janine i njegova su pisma odisala dubokom tugom nakon 62 godine sretnoga braka. Okružen djecom, unucima i pranuncima de Duve je nastavio pisati, lektorirati, a ponekad posje-

civati svoje suradnike u Institutu koji je osnovao.

De Duveov život i rad navode me da se prisjetim misli Immanuela Kanta (1724-1804):

„Zvjezdano nebo nada mnom
i moralni zakon u meni.“

.....



dana. S puno pažnje, ali i značitelje, pregleđao je moje analize izoliranih lizosoma i rekao: „Mislim da ste to dobro izveli.“ Mojem „ushaćenju“ nije bilo kraja, ali ne zadugo jer me je druga rečenica spustila na zemlju: "Zaista sam uvjeren da ćete dobiti gotovo jednake rezultate ako postupak ponovite još dva puta." Eto, takav je bio de Duve.

Po povratku u Zagreb organizirala sam kao voditeljica Grupe za medicinsku biokemijsku lizosomska istraživanja sa suradnicima Višnjom Šverkom, Veronikom Prpić, Ksenijom Matotom i tehničarkom Đurđom Bešlić. Suradivale smo s Institutom „Pliva“ i Hrvatskom ligom za rak, ali i sa znanstvenicima iz Inštituta „Jožef Stefan“ u Ljubljani.

Druga lizosomska konferencija organizirana je 1971. uz pomoć de Duvea i njegovih suradnika u Herceg Novom. Potom su slijedile konferencije 1972. u Louvainu,



Prof. dr.

Dragutin Košuta kirurg i kipar

• **Dragutin Košuta**, kirurg i izvoran kipar, živi i radi u Zagrebu, gdje je rođen s prolećem 1943. Odabire kirurgiju, voli operirati, postaje specijalist, primarius, doktor nauka, sveučilišni profesor, predsjednik Kirurškog kolegija Akademije medicinskih znanosti Hrvatske itd. Od mladosti voli oblikovati glinu, klesati kamen, bilježiti učinjeni oblik u bronci ...izložbe, nagrade, priznanja.

(dkosuta@net.hr)

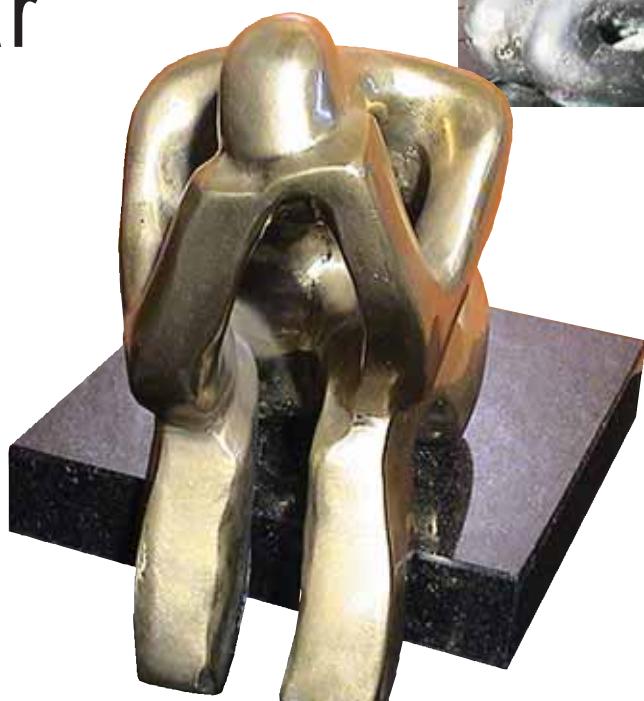
O Košutinom kiparstvu

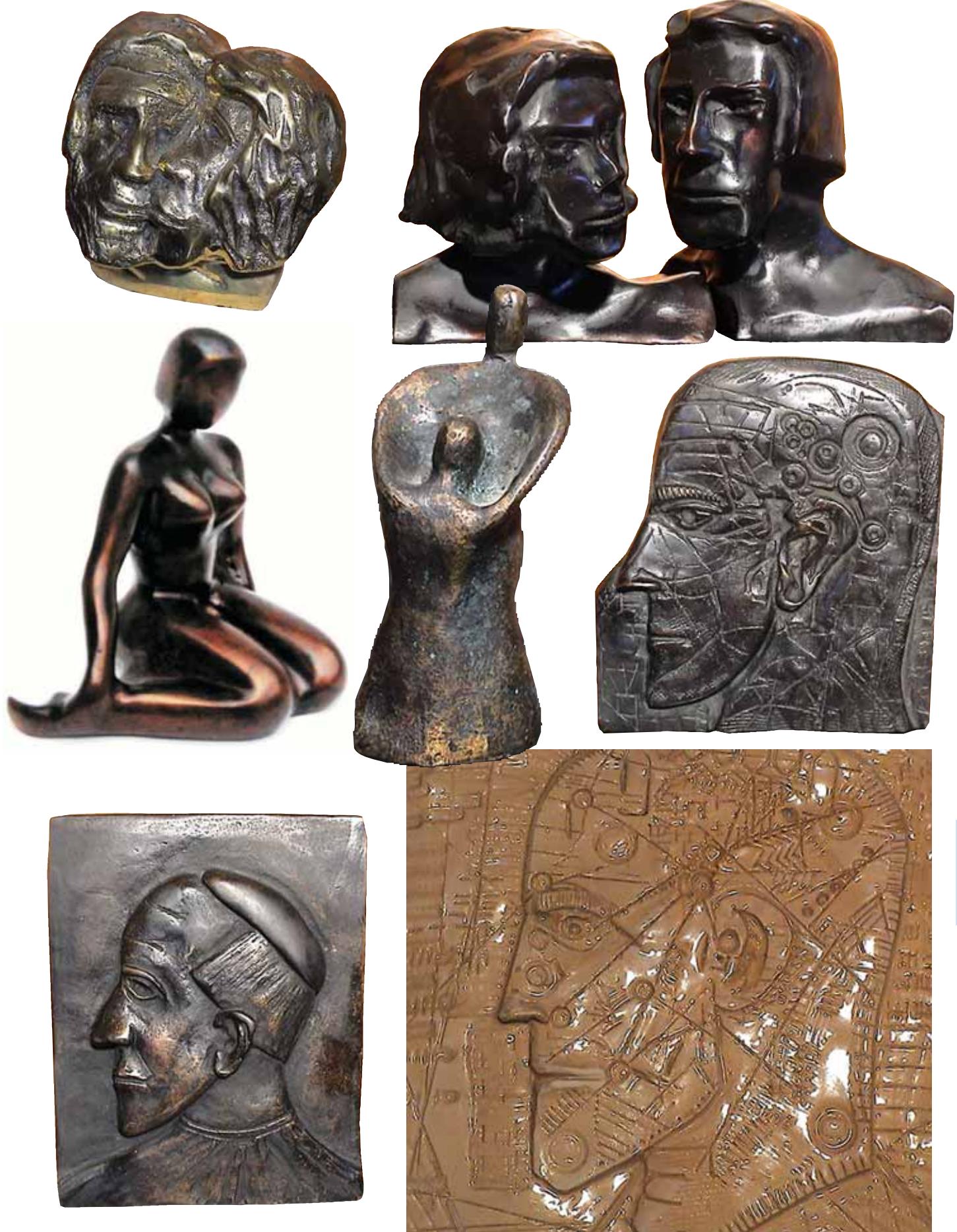
"Te ruke čovjeka koji gleda život i smrt, smrt i život, neobuzданo ulaze u to čudo od gline, koja prerasta u oblik, u osjećaj, u stvarnost i u maštu. I baš taj susret s čovjekom, koji se rađa i umire, neprekidan je spiritus movens bliskom susretu sa zemljom." (Josip Depolo)

Osnovno polazište u interpretaciji i iščitavanju dubljeg značenja Košutinih skulptura nametnuli su naoko kontrastni pojmovi - kirurgija/život i kiparstvo/umjetnost.

Međutim, ono što intrigira i što se nameće temeljnim jest promatrati ih na razini povezivanja: RUKA-znanje-intuicija... Jer, ruka povezuje život i umjetnost...veza s mozgom: S njima se čovjek povezuje s čvrstoćom misli (H. Focillon). Kirurgija je umjetnost profesije, a kiparstvo reanimira život. Dok kirurgija zahtijeva apsolutnu preciznost i nepogrešivost, kiparstvo Košuti dopušta više slobode, mogućnost pogreške, slučaja, fleksibilnost (...) Umjetnost omogućuje odlazak, zaborav, fikciju (...) lako je kiparstvo za Košutu rekreacija, ono je ujedno i mnogo više od toga, jer hobi je kao površnu rekreaciju potrebno razlikovati od hobija kao unutarnje potrebe za stvaranjem i kreacijom (Kunstwolen).

Mr. sc. Hela Vukadin-Doronija,
viši kustos Muzeja grada Zagreba





Ljiljana Klasiček-Bencetić*

Povratak

• Na kraju dana Joka je nalašto cipele, iščekao laneno odijelo po dužini i širini, naprtjaču s otpusnim pismom i čistom košuljom naslonio na vrata, da ju ujutro ne zaboravi te le-gao u krevet. Namjestio je kazaljke budilice na šest kako ne bi prespavao pravo vrijeme.

Ujutro, u šest i pet našao se na stubištu. Medicinska sestra Tereza, u uniformi časne, promatra Joku kako odlazi. Potpuno je izlječen, pomisli.

Hoda on s ispruženim rukama priljubljenim uz tijelo, malo podignutih ramena, s glavom prema naprijed, i maskom finog gospodina na licu. Izbrojio je stotinjak koraka a onda se stidljivo okrenuo i lјupko nasmiješio. Nigdje nikoga. Počeo je poskakivati s noge na nogu, raširio ruke daleko od tijela, baš kao pri dolasku u stanovaštvu šest mjeseci ranije. Zanimljiv slučaj, rekli su na odjelu za medicinsku istraživanja. Sagnuo je bradu, napuhao obraze zrakom i produžio dalje proizvodeći zvuk bumbara u letu.

Bzzzzz...Čeznuo je za ovim vikendom, tri mjeseca sanjao je ovaj trenutak.

Noge su mu lake, savijaju se, a čizme grabe metre, kilometre, nose ga dugom cestom slavonskom. Mačak u čizmama, sjetio se nakratko istoimene priče. Trčao je, do žuljeva i krv, a onda se odlučio na bolje rješenje, auto-stopiranje. „Idete u Viljevo?” upitao je kamiondžiju. Ne dočekavši odgovor uskočio je u kabinu teretnjaka i pomislio: bitno je da se vozim u tom smjeru. Tabla s natpisom LjESKOVICA ostala je daleko iza kamiona. Mađarski jezik Joka ne razumije, na upite vozača odgovarao je slijeganjem ramena, a onda su oboje zašutjeli. Joka je pogledom pratilo prijeđeni put u vanjskom kutu retrovizora, a desnom rukom provjerio stanje u postranom džepu. Sve je tu. U džepu je imao samo jedan rupčić i svoj nož.

Omamljen mirisom benzina i ugodnom topolinom u kabini kamiona, Joka je zaklopio vjede i ubrzo se našao u nekom polusnu. Kroz glavu lete mu opsensivne slike iz djetinjstva: zrake sunca plešu pred njim dok on hvata svoju sjenu, kriće bijele guske u dvorištu ispred njegova jurećeg kotača, a u jesen, kao dječak s deset godina na plećima, histerično pada ukočen na zemlju,

u kukuruzištu ili šljiviku. Obične poljoprivredne poslove nikada nije volio. Zahvaljujući savitljivosti ekstremiteta, uživao je zabavljati slučajne prolaznike praveći špagu ili dubeći na glavi nasred dvorišta. Oni su voljeli njegove predstave. Vraća mu se i slika oca, nerado. Zalio Joka oca vrelom rakijom, slučajno ili namjerno, nitko ne zna, pričalo je selo. Prošlo je od tada već nekoliko ljeta. On se dobro sjeća očeve psovke, gavrana na žici, užarenog kazana. A majka je i taj put zatražila od oca da ne psuje pred djetetom, i neka mladića pusti na miru. Uznemirena događajem nije dizala paniku, hladne vode imala je malo, premalo da spasi oca svoga djeteta, usnuo je na njezinim rukama.

Teretnjak je baš u tom trenutku trgnuo Joku iz sna zaškripivši deseterostrukim kotačima ispred hotela „PARK”, da vozač i suvozač protegnu tijelo i odmore dušu. Tu se pije dobra kava, rekao je Mađar. Joka odlučno naručuje čaj bez rumu, raspituje se za muški zahod, popravlja naprtnjaču da mu se ne zgužva odijelo, zijevne, triput se okreće oko svoje osi. Čeka. Još uvijek nekog čeka. Nakon deset minuta došao je k sebi: zagledao se u dobar dio puta ispred sebe a kamionu ni traga, drugi vjerojatno neće stići, pomisli. Pokušava ignorirati bijes i vratiti osmijeh na lice. Razbudio se te nastavio pješačiti.

S njim je hodalo i drveće s obje strane ceste, i telefonske žice, i gnijezda ptica, i oblacići na nebu, a on bi povremeno poskočio pri prolasku jurećeg automobila. Razgovarao je sam sa sobom, srce mu je bubnjalo pokraj klokočevačke šume, s vremenom na vrijeme neki bi jelen pretrčao cestu, patuljci, pa vilenjaci. Bila je to samo iluzija.

Pokušavao je odbaciti crne misli, izmasti mrivicu endorfina trljajući dlanove, pjevušeći, pljuskajući svoje obraze. Napokon se dosjeti: izvuče nožić, odreže čuperak kose i ugura vlas u njedra; djeluju protiv zlih duhova, čuo je od dobrih ljudi.

Potrčao je...trči sve brže i brže...samo da izdrži još par kilometara.

Ulazeći u svoje selo bivao je sve sretniji. Krenuo je poljskim putem s rubom od korova. Na ambroziju vežu se polja žita, uljana repica, raž. Kod kuće je najljepše, pomisli. Nešto ga žulja u staroj rani. Izvadio je presađeno oko iz očne šupljine, brižno ga obrisao rupčićem, navlažio suzom iz zdravog oka, vratio na isto mjesto. I bilo je dobro.

U obiteljskom dvorištu još uvijek raste ljubičasto drvo, u punom je cvatu. Zadrhti Joka cijelim tijelom, nasloni se na zid, spusti naprtjaču, grlo mu je zamrlo. Na mjesecjevoj svjetlosti vidi nekoliko razbijenih cigli pored ograde, zardale cijevi, a u jednom kutu leži leš nekog čovjeka. Oca?! Prividjenje. Sjeća se stare slike dvorišta: krupnih šljiva u buretu, vatre, smrada, rakije. Ubojstvo u afektu, pročulo se selom. Nakon toga Joka se htio ubiti. Bježeći s mjesta zločina, mislio je da će mu utroba eksplodirati, njegov smijeh i plač orili se preko dvora, a za kaznu, iskopao je nožićem rođeno oko, bacio ga u jarak pored puta, a nožić obrisao i spremio u džep. Zgrčio se, stisnuo vjeđe i zube, ništa i nikoga nije htio vidjeti danima.

Joka je ponovo kod kuće, eto ga, čući ispod prozora. Iz kuhinje kroz poluotvorene grilje izlijeva se miris juhe od rajčice kakvu on najviše voli.

Šapatom doziva majku. Psa je htio pomilovati ali ne može ispružiti ruku, nešto ga spuštava da se pomakne, stoji nepomičan. Pas ga dobro razumije mašući repom i lajući.

Vidovita majčina ruka otvara vrata. Grli sina. Nije ga očekivala. Joka joj vraća osjećaj ugode na lice. Nesretan slučaj davno je preboljela, Joki je sve oprostila, i oko mu svoje iz glave darovala. Toplina sjećanja prostruji njezinim tijelom: bio je umiljato dijete, dobar dak, najbolji. U školi je zabavljao djecu grimasama, šalama, knjige je čitao držeći ih na opačke, a s vrha ograde recitirao tekstove iz povijesne čitanke. Jedanput je bio Napoleon, drugi put Selasije. Crtao je geometrijskom preciznošću desetke potpuno istih crteža, na postavljeni pitanje: zašto, odgovarao bi: sebi za užitak. Nisu ga razumjeli. Prežalila je ona i nov crveni kišobran od padobranske svile koji se raspao u krpice kad je Joka raširio njegove žice i skočio, nekoliko puta, sa susjedova tri metra visoka oraha, srećom neozlijeden. Volio je letjeti. Želio bih postati ptica ili šišmiš, zapisaо je u prošaranu zadaćnicu.

„Hajdemo za stol, Joka, skuhala sam ti finu paradajz čorbu, pusti priče!“

„Naučio sam plesati, mamo, u lipnju ču skoknuti do New Yorka, na Broadway. Ja sam plesač, trenutno na praznicima“, reče Joka. Središnji prostor kuhinje pretvorio je odmah u podij za ples. Uzeo je metlu, okretao se, okretao. Kud on, tud i metla s njim.

Od tanjura i šalica video je reflektore, šareno svjetlo, glazbenike.

„Pogledaj me... sretan sam... ja sam plesač“, vikao je okrećući se.

Psihoterapija ne pomaže, ostao je isti, pomisli majka, Bože, oprosti mi ako griešim. „Idemo večerati!“ rekla je mirna i spokojna. Nije sigurna da ju je čuo. „Poslije ćeš progušati jednu zelenu i dvije sročlike tablete. Za ljepši san, moj Joka“, dodala je glasnije.

A on je plesao i plesao...



Youssef Abou Aldan



• **Youssef Abou Aldan**, dr.med., mr. sc., specijalist epidemiologije, rođen je 3. prosinca 1950. u gradu Hami, AR Sirija, gdje je završio gimnaziju prirodnog smjera. U bivšu Jugoslaviju došao je 15. listopada 1969. i diplomirao na MEF-u u Zagrebu 1976. 1987.g. je postao Magistrirao je 1987., a 1989. položio specijalistički ispit iz epidemiologije. Objavio je desetak znanstvenih radova i napisao skripta iz mikrobiologije, infektologije i farmakologije za učenike srednje medicinske škole u Pregradu gdje je bio predavač. Radio je kao obiteljski liječnik u DZ-ima Križevci i Pregrada te kao epidemiolog u Križevcima i u

Hrvatskom zagorju. Sada radi kao vještak HZMO-a u Bjelovaru. Bio je predsjednik radničkog savjeta, direktor OOUR-a PZZ-a, voditelj zdravstvene stanice, predsjednik stručnog kolegija DZ-a Pregrada te ravnatelj DZ-a Pregrada, član Upravnog odbora HLZ-a podružnice Krapinsko-zagorske te njezin predsjednik. Stekao je priznanja Hrvatskog crvenog križa, civilne zaštite i HLZ-a. Oženjen je i ima dva sina. Pjesme piše od 1967. na arapskom, a od 1974. i na hrvatskom jeziku.

SVADA

Riječ po riječ,
rastanak.
Korak po korak,
odlazak.
Dan po dan,
zaborav.
Godina po godina,
sjećanja.
I prolazi život,
kao da nas nije ni bilo.
Ostaje,
na srcu rana,
a u duši bol...
Zato šuti,
to nam ne treba.

.....

MI I SMRT

Sve polako nestaje u tami,
Snovi, sreća, ufanija i nada.
Što na zemlji nekad bili ljudi?
Crtal mala u knjizi života.
Ptica leti, slomi krila, pada,
od oluje nekada su jači,
što su stariji, to su više tiši
ostaje im samo bol i bijeda....

Mladost ode što su bili mila?
Jedna cigla nad ciglom jednu kuću gradi,
Vjetar puše, njije i kuću sruši,
Crvi, zemlja jedu trula tijela.

Starost dove što su oni reci?
Cvijet cvjetja, dok ne vene mirisu ga žene
Zvijezda sja, dok ne gasne gledaju je mnogi
Dio sunca sakriven u boci.

Što god bili, sada jesu manji.
Svako veče bez povratka ide dio njih.
Gluhonjemi tonu u šutnji.
U nekoj zbirci nepoznati stih.

Što će biti kad njih više nema?
Kad oluja mrtva tijela nosi.
Kad se smrt glasno, slatko smiješi
I nitko suze ne proli za njima.
I bez njih život juri, hrli, vrti
Ma što su bili,
„bogovi“ ili ništa,
Barem su jednaki u smrti.

.....

O LIČANKO

Slušaj
kako kapi kiše
udaraju po prozorima napuštenih kuća,
negdje daleko u Lici ispod Velebita.
Osluhni
vjetar olujni
kako slama grane starih borova
negdje daleko na jugu Lijepe naše.
Maštaj
kako duša usamljena, sama
traži srodnu dušu,
i nigdje je ne nađe
pa ne daj da umire sama.
U mislima neka ti bude ljubav vječna,
besmrtna jaka
i samilost za nemoćne, slabe, krhke...
što ih ocean nosi i baca nemilosrdno
u utrobi svojoj, u nepovrat.
I ne daj da lava pred sobom spali sve,
i iza sebe,
ostavlja pustoš i jad.
Bori se snagom volje svoje
i gini za ono što ti nije na dohvat ruke,
negdje daleko, daleko...
u snovima dolazi i odlazi
i ponavlja se u beskraj.
I budi jaka kao bura orkanska
Al' ne ruši sve pred sobom,
ostavi nadu i mene, negdje u kutu sjećanja...

.....

GOTOVO JE

U pogledu jednom,
među nama je rečeno sve:
Ti bludnica raširenih nogu svakome,
a ja, jadan užasnut i zaljubljen u te.

U velikoj ravnodušnosti odlaziš,
Za sobom ostavljaš,
nemirne noći,
uplakane oči,
ruže u procvatu,
sebe,
mene,
uspomene
I nas....

Pokraj tvoje slike
na stolu mom,
polako vene
karanfil bijeli
i ruši se dom.

.....

PIJANAC

Viće, galami, psuje, prijeti
usred neke vinske kljeti.
Slini, kašje, šmrca, grči
i do bačve stazu krči.
Pije vina, kisela, mutna
jer kvaliteta nije bitna.
Mrtav pijan pada, skače
skida kaput, majcu, hlače.
Vida zmiju, mačku, miša
i u gaće svoje piša.
Pije dalje i ne trijezni
djeca, žena nek' su jezni.
Sam sebe kudi, kara
što za piće ima dara.
Sve što kažu njemu drugi
nije vrijedno jednoj cugi.
Svi su krivi što on pije
sudbu svoju oplakuje.
Gunda, plače, mrmlja, jada
vani usred vinograda.
Već je kasno ide kući,
seoskim putem teturači.
Ženi viće: daj mi jesti,
budi tiha sad će vjesti.
Oči sklapa, glasno hrče
oko njega živine trče.
I na stol glava pada
bolje sutra u snu nada.

Sve se vrti, glava puca.
Srce glasno, snažno kuca.
Mamuran je kad se budi,
što taj život njemu nudi!
Osim piće i cigare,
uspomene, rane stare.
Svakog dana od početka:
klet, pijanstvo, neka, neka.
Svi ga znaju k'o pijanca,
deci vina, dva "Studenta".

.....

Kako je barba uklonio strah od injekcije

Duško Sambunjak, dipl. ing. (rođen 1943), autor bloga "Semper contra"

• Kad sam bio u životnim godinama koje su se još označavale jednoznamenkastim brojevima, bolestan i imao visoku temperaturu (ne znam je li to bio šarlah ili jaka upala krajnika), liječnik mi je propisao tretman antibioticima, tada se to zvalo „penicilin“. Te su se injekcije trebale primati svakih šest sati. Majci se kosa na glavi dizala od pomisli kakvih će problema sada imati zbog mog paničnog straha od primanja injekcija. U ne tako rijetkim slučajevima kad sam ih trebao dobivati, morali su me držati priljubljenog uz krevet dvojica, trojica jakih bolničara dok mi je sestra ubadala iglu u debelo meso.

Za taj problem saznao je i barba koji je tada živio u susjednom gradu. Kako je bio vojni liječnik imao je mogućnost nabaviti tada prve doze jakih penicilina od milijun ili više jedinica, ne sjećam se više, i takve su se davale jednom dnevno. I ne samo to, obećao je da će svaki dan, kroz tjedan dana koliko je kura trebala trajati, dolaziti kod nas i osobno mi davati injekcije. Na maminu izraženu



"Barba" iz ove priповjesti bio je dr. Slavomir Sambunjak (1903-1978), vojni liječnik i svojedobno ravnatelj vojne bolnice u Varaždinu

sumnju kako će teško moći sâm obaviti taj „težak“ posao, samo se nasmijao i rekao „Mare, ne brini, sredit ćemo to on i ja!“

Naravno da sam strepio kada će se barba pojaviti na vratima i bio sam spremam odmah početi urlati. Kad je stigao, pribor je ostavio u kuhinji i došao k meni s darom. Bio je to „Matador“, set metalnih dijelova za sastavljanje raznih igračka. Mnogo godina poslije takve setove izradivala je, doduše ne tako kvalitetno kao tvrtka „Matador“, i „Mehanoteknika“ iz Izole.

„Evo, ovo sam ti donio na poklon. Davno sam to još kupio svom sinu ali on nije pokazivao interes za to. Vidiš, nije ga ni raspakirao!“ Neću opisivati svoje oduševljenje, reći ću samo da je možda baš taj dar bio uzrok mogu kasnijeg opredjeljenja za tehniku a ne društvene znanosti. Najvažnije je bilo da sam

u tom trenutku zaboravio zbog čega je barba uopće došao. Dok sam se zabavljao raspakirajući dar, on je donio pribor i pripremio injekciju.

„Ajde sad se na kratko okreni na trbuh,“ reče i nasmiješi se. „Uhvati se za ove metalne šipke na uzglavlju i snažno ih stisni!“ Iako sa strahom, poslušao sam ga. Vjerojatno sam još uvijek bio u euforiji darovane igračke. On mi skine pidžamu i ponovi neka stisnem svom snagom metalne šipke, udarajući me pritom lagano dlanom po debelom mesu. Ja sam se sav usredotočio na stiskanje metalnih šipki i zaboravio na stražnjicu. Kad je barba osjetio da mišić stražnjice nije napet ubo je iglom i - za čas smo bili gotovi. Još se i danas sjećam koliko sam bio u čudu da me gotovo ništa nije boljelo.

Tih tjedan dana uz novu igračku prošlo je vrlo brzo. Barbu je svaki dan dočekala neka nova „tvorevina“ od „Matadora“, a on je onda na nju stavio bombon, malu čokoladicu ili neku slasticu. Nakon dan-dva više nisam strepio od injekcije, ali bi šipke na krevertu, da su mogle, sigurno civiljeli od boli koliko sam ih stiskao. Kao što sam i sâm nekada urlao dobivajući injekciju.

I dan-danas primjenjujem istu metodu (opuštanje mišića), pa sam je primijenio i kad su mi vadili drenove nakon operacije srca, uz doktorovo priznanje: „Ne sjećam se kad sam ikome ovako lako izvukao dren!“

A ja se prilikom svake injekcije sjetim svoga dobrotvora - barbe.

.....

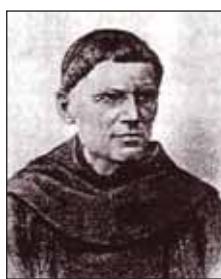


Sudbine poznatih skladatelja iz Međimurja

Gordan Rujevčan, Mijo Bergovec, Štefanića Ožimec-Vulinec, Darko Breitenfeld

• Maleno hrvatsko područje Međimurje, dugo pod mađarskom vlaštu, zadržalo je svoj hrvatski identitet zahvaljujući prosvjeti, a naročito crkvi koja je zadržala u narodu hrvatski govor, pismo ali i glazbu. Od međimurskih skladatelja tijekom zadnjih više od dva stoljeća bilo je njih nekoliko značajnih. Iako rođeni u Međimurju, oni su često radi usavršavanja živjeli i djelovali i u drugim krajevima. Najznačajniji među njima je Josip Štolcer Slavenski, koji je ostvario velike međunarodne uspjehe, a o kojemu je bila riječ u LN broj 92. Ovdje navodimo još trojicu po kronološkom redu rođenja.

Fortunat Pintarić (1798.- 1867.)



Pintarić je bio franjevac koji je svoj interes za glazbom zadovoljio sam tako da se na kraju prometnuo u vrsnoga samoukog orguljaša. Rođen je 1798. u Čakovcu a umro je 1867. u Koprivnici. Od 1836. do 1857. što je njegovo glazbeno najzanimljivije razdoblje - živio je u Varaždinu gdje je i radio kao gimnaziski profesor.

Posebno mu se svidala crkvena glazba, što ga je potaknulo da svoj život proveđe kao svećenik. Najpoznatije njegovo djelo je "Crkvena lira" s hrvatskim i latinskim tekstovima i napjevima. Bio je pristaša ilirskog pokreta, što se vidi u njegovu radu jer je pisao i rodoljubne pjesme, budnice i klavirske koračnice. Poslije je bio samostanski gvardijan u Virovitici i Koprivnici.

Objavu svoga kantuala nije doživio iako je našao mecene u biskupu Strossmayeru i jednog tiskara u Zagrebu. Umro je naglom smrću u Koprivnici.

Na dan smrti dosta se šalio a navečer je svirao na glasoviru u svojoj sobi. Odjednom mu je naglo pozlilo i pozvao je pomoć. Udarila ga kap te je umro za kratko vrijeme, vjerojatno od moždanog udara (krvarenje) uslijed povisjenoga krvnog tlaka.

Vinko Žganec (1890.-1976.)



Rođen je 1890. u Vratinsincu. Bio je poznati hrvatski etnomuzikolog i skladatelj. Osobito se bavio narodnim melodijama rodnog mu Međimurja. Objavio je mnoge zbirke narodnih pjesama te pisao studije i članke na istu temu. Glazbu je učio najprije kao samouk a potom kod prof. Dugana.

Njegove poznatije zbirke su "Hrvatske pučke popijeve iz Međimurja" i "Narodne popijeve Hrvatskog zagorja".

Bio je dugo razmjerno zdrav, zahvaljujući i terenskom radu. U visokoj starosti zadnjih pola godine života bio je tromiji i manje aktivan ali potpuno pokretan, te je aktivno stvarao do samoga pada kada je slomio kuk. Supruga drži da je možda pao zbog nagle slabosti udova.

Budući da je iza poslije toga bio budan i pogledom kontaktirao s okolinom, postoji mogućnost da je tada nastupio moždan udar s desnostranom klijenutim i moždanom afazijom koja je mogla sprječiti aktivno komuniciranje s okolinom. Bio je odveden u bolnicu ali je nakon dijagnostičkog i terapijskog ambulantnog postupka bio vraćen kući, gdje su njegu nastavili supruga i rodbina.

Stanje se nije popravljalo, prehrana je bila otežana te mu se nakon mjesec dana, pred smrt, stanje naglo pogoršalo uz otežano

disanje i, vjerojatno, vrućicu. Pozvana hitna pomoć dala mu je lijekove i kisik, ali već isti dan Žganec je umro, uz postavljenu dijagnozu upale pluća.

Miroslav Magdalenić (1906.- 1967.)

Hrvatski skladatelj Magdalenić rođen 14. srpnja 1906. u Čakovcu a poznat je po uvrštavanju folklornih elemenata iz rodnog Međimurja u svoja djela. Studirao je na Glazbenoj akademiji u Zagrebu u klasi Berse i Odaka. Nakon završenog studija u Zagrebu odlazi u Budimpeštu na postdiplomski studij muzičkog folklora i kompozicije kod Zoltana Kodalyja.

Neke od njegovih poznatijih skladbi su gudački kvartet uz solo pjesmu "Na terasi neboderu", kantata "Mladost" na riječi Vladimira Nazora i dva simfonijnska plesa. Također je dovršio humorističnu operu "Krapinski sudac". Bavio se i publicističkim radom: "Solfeggio na osnovu narodnog muzičkog izraza" i "Oslove tonskog sloga, I i II" za koje je zbog novog pristupa proučavanju glazbe dobio nagradu grada Zagreba 1967. godine.

Tijekom života nije bolovao od težih bolesti. Prema ranijim podacima, sada već pokojne skladateljeve supruge, a nedavno i po sjećanju sina, g. Mladen Magdalenića, zbog sjedilačkog načina života s vremenom je postao izrazito debeo te je počeo dobivati probavne, napose žučne poteškoće, a imao je i bubrežne kamence, no nije patio od većih tegoba. Ipak je imao poteškoće kod sjedenja tako da je nastojao većinu svoga posla raditi u stojećem stavu.

Nekoliko mjeseci prije smrti požutio je te se na pretragama ustanovilo da je žutica uzrokovana opstrukcijom kamenaca u žučnim vodovima. Nakon bolničke obrade je operiran te su mu izvađeni veći žučni kamenci. Kako se stanje nije bitno popravljalo, operiran je drugi put, da mu se odstrani i pjesak iz žučnog mjeđura.

Zbog pogoršanja stanja operiran je i treći put te je umro pod znakovima sepse, a na samome naglom kraju vjerojatno zbog plućne embolije.

.....

Kongresi, simpoziji i predavanja

Upućujemo organizatore da stručne skupove prijavljuju isključivo putem web stranice Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr) na kojoj se nalazi aplikacija za postupak trajne izobrazbe. U navedenoj aplikaciji potrebno je ispuniti sve obvezatne rubrike. Za sva pitanja vezana uz pristup aplikaciji možete se obratiti kod gde Tatjane Babić, dipl.iur. i gde Fulvie Akrap u Komoru, na telefon: 01/45 00 830 i fax 01/46 55 465.

- Organizatori koji stručne skupove još uvek prijavljuju na obrascima Komore, moraju ispunjene obrasce poslati izravno u Hrvatsku liječničku komoru, Povjerenstvu

za medicinsku izobrazbu liječnika, Šubićeva 9, Zagreb ili na fax: 01/4655-465.

- Za prijavu stručnog skupa u Kalendaru «Liječničkih novina» molimo organizatore da na gornje brojeve telefona ili na e-mail dostave slijedeće podatke: naziv skupa, organizatora, mjesto, sat i datum održavanja skupa, kontakt osobu, telefon, fax, e-mail i kotizaciju. Organizatori koji žele više prostora ili žele priložiti program kao umetak «Liječničkih novina», pogotovo s logotipom i ilustracijama, trebaju isto dogоворити s poduzećem za marketing «Bonamark» (Zagreb, Amruševa 10, tel/fax: 01 4922 952, tel 01/4818 603) i to po poslojcem cjeniku za oglašavanje u «Liječničkim novinama».

UREDNIŠTVO NE ODGOVARA ZA PODATKE U OVOM KALENDARU JER SU TISKANI ONAKO KAKO SU IH ORGANIZATORI DOSTAVILI

• edukacija tijekom cijele godine •

Tjedno ažurirani raspored trajne medicinske izobrazbe nalazi se na web stranici: www.hlk.hr

KRATICHE

AMZH - Akademija medicinskih znanosti
HAZU - hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
HD, genitiv HD-a - Hrvatsko društvo
HLK, gen. HLK-a - Hrvatska liječnička komora
HLZ, gen. HLZ-a - Hrvatski liječnički zbor
HZJZ - Hrvatski zavod za javno zdravstvo
KB - Klinička bolnica
KBC - Klinički bolnički centar
MEF, gen. MEF-a - Medicinski fakultet
MZSS - Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi RH
OB - Opća bolnica
PZZ - Primarna zdravstvena zaštita
SB - Specijalna bolnica

Tečajevi iz kardiopulmonalne reanimacije

Tijekom 2011. godine
Split, doc.dr.sc. Mladen Rakić, mob.: 098/423-455, fax.: 021/556-580, e-mail: mladen.rakic@st.htnet.hr, dr. M. Lojpur, mob.: 091/5242-806
Rijeka, koordinator tečaja dr. Fred Zeidler, tel.: 051/217-223, e-mail: red.zeidler@ri.htnet.hr
Osijek, koordinator tečaja dr. Zlatko Hura, tajnica Dobrila Beljakov, tel. 031/511-502
Slavonski Brod, tajnica tečaja sr. Draženka Nikolovska, tel. 035/447-122/229 1.200,00kn

Tečajevi kardiopulmonalne reanimacije Europskog vijeća za reanimatologiju za odrasle i djecu u organizaciji Hrvatskog društva za reanimatologiju HLZ-a

Trodnevni tečajevi naprednog održavanja života za odrasle (ALS-Advanced Life Support) i djecu (EPLS-European Paediatric Life Support) Europskog vijeća za reanimatologiju HLZ-a
Tijekom cijele godine u Zagrebu, Rijeci, Splitu, Slavonskom Brodu, Dubrovniku, Koprivnici, Zadru, Požegi i Šibeniku
Sve detaljne informacije nalaze se na www.crorc.org

Stručna izobrazba i obnova znanja iz područja zaštite od ionizirajućih zračenja pri radu s rendgen uređajima

Hrvatski zavod za zaštitu od zračenja
Hrvatska - permanentno
Dr.sc. Dragan Kubelka, dipl.ing., tel.: 01/660-1031 1.400,00kn

Ultrazvučna dijagnostika dječjeg kuka

HLZ, Hrvatsko senološko društvo
Zagreb, Klinika za dječje bolesti tijekom 2010. god.
Nevenka Valičević, tel.: 01/4600-214 5.200,00kn

Kardiopulmonalna reanimacija (CPR) - 5 modularnih tečajeva tijekom 2011.god.

BLS (Basic life support - Osnovno održavanje života), kotizacija 300,00kn
Opskrba dišnog puta u CPR-u, kotizacija 400,00kn
Venski put i lijekovi u CPR-u, kotizacija 300,00kn
Defibrilacija i monitoring, kotizacija 400,00kn
Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, MEF Sveučilišta u Rijeci
Rijeka, Kabinet vještina, tijekom 2010. godine
Diana Javor, tel. 051/407-400, fax./tel.: 051/218-407, e-mail: djavor@medri.hr
Hrvatsko psihijatrijsko društvo - Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja - uloga liječnika PZZ - 140 radionica
Dr. Patricija Delimar, tel.: 01/2481-234

Edukacija iz neurofiziološke tehnike - Evocirani potencijali

KBC Zagreb, Rebro - Klinika za neurologiju
Kontinuirana individualna edukacija
Papo Željka, tel.: 01/2388-352
200kn po danu edukacije

Primjena harmoničnog rezača u kirurgiji

KBC Split, Klinika za kirurgiju Križine
Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481 1.200,00kn

«Liječenje boli i primjena analgetika» (on-line)

«Cybermed» d.o.o. i HD za kliničku farmakologiju i terapiju www.cybermed.hr

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTC odjel
Zagreb, tijekom cijele godine
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com 3.500,00kn

kalendar stručnog usavršavanja

Tečaj trajne pedijatrijske izobrazbe

KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju

Zagreb, jednom mjesечно

Dr. D. Milošević, tel.: 4920-013, mob.: 091/7213-113

EPI Centar seminari «Epilepsija i neuroznanost»

KB «Sestre milosrdnice», Klinika za neurologiju

Zagreb, svaki zadnji četvrtak u mjesecu

Dr.sc. Hrvoje Hećimović, tel.: 01/3787-731, e-mail: hecimovic@inet.hr

Antimikrobro lječenje najčešćih infektivnih sindroma

HLZ, HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije

Zagreb, Slavonski Brod, Osijek, Split, Mostar, Čakovec, Požega, Rijeka, Zadar, Pula

Jasminka Blaha i Arijana Pavelić, tel.: 01/4603-191; 4603-190,

fax.: 01/4603-295

300,00kn

Painmanagement - nove smjernice lječenja боли

12 mjesta i gradova u Hrvatskoj

«Belupo» d.d.

Jadranka Jančić Babić, tel.: 01/2481-237

Prave mjere za GERB

Hrvatsko gastroenterološko društvo

Zagreb, Nova Gradiška, Sisak, Duga Resa, Varaždin, Čakovec, Zabok, Krapina,

Osijek, Lipik, Vinkovci

Jasna Krupica, tel.: 01/3778-896

Influenza: Uvijek aktualna i opasna bolest

Sekcija za respiratorne infekcije HD za infektivne bolesti HLZ-a

Zagreb i županijska središta tijekom 2010. god.

Jasminka Blaha, tel.: 01/4603-191, fax.: 01/4603-295, e-mail: jblaha@bfm.hr

300,00kn

Kompjutersko navođenje u kirurgiji koljena

Klinika za ortopediju Lovran

Lovran, tijekom cijele godine

Nataša Možetić, tel.: 051/710-212

200,00kn

Edukacija iz elektroencefalografije i epileptologije

Klinika za neurologiju MEF Sveučilišta u Zagrebu i KBC Zagreb, Referentni centar MZSS RH za epilepsiju

Kontinuirana individualna edukacija tijekom cijele godine u trajanju od 30 radnih dana

Doc.dr.sc. Sanja Hajnšek, tel.: 01/2388-374, 2388-358

e-mail: centar-za-epilepsiju@net.hr

200kn po danu edukacije

Gerontološke tribine za liječnike PZZ

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko goranske županije

Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/358-728

Tijekom 2011. god.

Dijagnostika i lječenje urogenitalnih i spolnoprenosivih infekcija

HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije HLZ-a

Zagreb, Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zavod za urogenitalne infekcije, Mikrobiološki laboratoriј, Laboratoriј za molekularnu dijagnostiku, Imunološki laboratoriј, HZJZ - Služba za mikrobiologiju, Odjel za virologiju, Odsjek za dijagnostiku klamidijskih infekcija

Arijana Pavelić, tel.: 01/4603-190, fax.: 01/4603-295

- Individualna edukacija

Suvremeni pristup dijagnostici i liječenju urogenitalnih i spolnoprenosivih infekcija

HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije HLZ-a, Referentni centar

MZSS RH za infekcije mokraćnog sustava

Arijana Pavelić, tel.: 01/4603-190, fax.: 01/4603-295

Zagreb, Dubrovnik, Split, Osijek, Rijeka, Varaždin, Slavonski Brod, Koprivnica, Karlovac, Šibenik, Zadar

2010.god.

Javnozdravstveni stručni sastanci u HZJZ-u

HZJZ Zagreb

Mjesечно, tijekom 2011. god.

Dr. Ivan Pristaš, tel.: 01/4863-243, e-mail: ivan.pristas@hzjz.hr, www.hzjz.hr

Unapređenje zdravlja ljudi treće životne dobi (gerontološke radionice)

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije

Grad Cres, tijekom 2011.god.

Helen Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/334-728

Trajna pedijatrijska edukacija - Pedijatrijska sekcija

KBC Rijeka, Klinika za dječje bolesti

Rijeka, jednom mjesечно

Mr.sc. Neven Čače, dr.med., tel.: 051/659-111

Izobrazba kandidata za stalne sudske vještak

HLK

Zagreb, tijekom 2011.god.

Tajana Koštan, Tatjana Babić, tel.: 01/4500-830

8.500,00kn

Najznačajniji problemi urogenitalnog sustava

HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije HLZ-a

Zagreb, Split, Osijek, Rijeka, Varaždin, Sl.Brod, Koprivnica, Karlovac, Šibenik, Zadar

Arijana Pavelić, tel.: 01/4603-190, fax.: 01/4603-295

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Tijekom 2011., druga srijeda u mjesecu

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013

e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Tečaj trajne edukacije iz ehokardiografije

KB „Sestre milosrdnice“, Kl. za internu medicinu - Zavod za kardiovaskularne bolesti

Zagreb, tijekom 2011. - trajna edukacija

Prof.dr.sc. Vjeran Nikolić Heitzler, dr.med., tel.: 01/3787-937

12.000,00kn

Tečaj iz medicinske akupunkture

HD za akupunkturu HLZ-a

Zagreb, tokom 10 mjeseci, jedna subota i nedjelja mjesечно (po 8 sati)

Dr. Dalibor Veber, e-mail: dr.thew@yahoo.com, mob.: 095/3254-267

<http://www.medicinska-akupunktura.com>

15.000,00kn

Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera i osobe u nadzoru - DDD trajna edukacija

Korunić d.o.o.

Zagreb, tri termina tijekom jeseni 2011.

Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341

700,00kn

kalendar stručnog usavršavanja

Osnovni principi provedbe DDD mjera u praksi (stanje-mjere-rokovi- obrada-tehnika-zaštita-prosudba)

Korunić d.o.o.

Zagreb, tri termina tijekom proljeća 2011.

Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341

700,00kn

Darivanje organa i transplantacijska medicina u Hrvatskoj

C.T. - Poslovne informacije d.o.o. (Časopis Medix)

Ožujak, travanj i svibanj 2011. Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083, mob.:

098/289-819, www.medix.com.hr

test u časopisu

OŽUJAK

Ultrazvučna dijagnostika skrotalne regije

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split

Split, 21.03.2011.

Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

DDD i ZUPP '11 - prva linija borbe protiv zaraznih bolesti

Korunić d.o.o.

Pula, 22.-25.03.2011.

Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341

1.000,00kn

Mogućnosti kombinacije diuretika i blokatora Ca-kanala u liječenju arterijske hipertenzije

Belupo d.d.

Gospic, 23.03.2011.

Dr. Mirela Marković, tel.: 01/2411-404

Svjetski dan tuberkuloze 2011-03-02

Zavod za javno zdravstvo županije Splitsko-dalmatinske

Split, 23.03.2011.

Anamarija Jurčev-Savičević, tel.: 021/401-151

3. hrvatski kongres o nuspojavama psihofarmaka s međunarodnim sudjelovanjem

HDz kliničkuk psihijatriju HLZ-a

Rovinj, 23.-27.03.2011.

Dr. Oliver Kozumplik, tel.: 0173780-666

1.600,00kn

Kardiokirurško zbrinjavanje trauma prsišta

Hrvatski zavod za telededicinu i KBC Split

Supetar, Korčula, Vela Luka, Mljet, Vis, Lastovo, 24.03.2011.

Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

Novi pristupi u liječenju kronične venske insuficijencije

KB Split

Split, 24.03.2011.

Dr. Lina Mirić, tel.: 021/557-453

150,00kn

Međunarodni simpozij o homeopatskoj medicini

Hrvatsko homeopatsko medicinsko društvo

Zagreb, 24.03.2011.

Helena Jovićić Karre, mob.: 098/792-921

150,00kn

IV. simpozij o liječenju ovisnika

HLZ, HD za alkoholizam i druge ovisnosti

Primošten, 24.-25.03.2011.

Prof. Lana Sakoman, tel.: 01/3787-750

1. seminar iz kreativne pshofarmakoterapije

„Penta“ d.o.o.

Osijek, 24.-26.03.2011.

Nikica Žunić, tel.: 01/4553-290

650,00kn

VI hrvatski sastanak o kardiovaskularnim intervencijama s međunarodnim sudjelovanjem

Radna skupina za intervencijsku kardiologiju Hrvatskog kardiološkog društva

Dubrovnik, 24.-27.03.2011.

„Spektar putovanja“ d.o.o., Jelena Krmić, tel.: 01/4862-607

Ultrazvuk abdominalnih organa

HLZ, Hrvatsko senološko društvo

Zagreb, 24.03. - 28.05.2011.

Ingrid Begić, mob.: 091/7613-677

9.500,00kn

Strukturirani klinički intervju za poremećaje s Osi I i II DSM-IV (SKID-I, SKID-II) i Dijag. i terap. algoritmi u psihijatriji

Naklada Slap

Zagreb, 25.03.2011.

Valentina Ružić, tel.: 0176313-044

800,00kn + PDV

Klinička endokrinologija

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb, Zavod za endokrinologiju

Zagreb, 25.-26.03.2011.

Sunčana Zgaga, tel.: 01/2376-036

2. kongres Koordinacije hrvatske obiteljske medicine

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine

Zagreb, 25.-26.03.2011.

Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580, e-mail: veronika@conventuscredo.hr

Kontroverze u humanoj reprodukciji, kontracepciji i medicini u menopauzi

HDZ za humanu reprodukciju i ginekološku endokrinologiju HLZ-a

Zagreb, 25.-26.03.2011.

Jadranka Kontent, tel./fax.: 01/4604-723, e-mail:

jadranka.kontent@gmail.com; Marina Goldstajn, tel./fax.: 01/4604-743, e-mail: marina.goldstajn@gmail.com

1.000,00kn za specijaliste, 500,00kn za specijalizante

OCT tečaj Hrvatskog oftalmološkog društva s međunar.sudjelovanjem

Hrvatsko oftalmološko društvo

Rovinj, 25.-27.03.2011.

Prof.dr.sc. Zoran Vatačuk, tel.: 01/3787-359

Suvremena otoimplantologija i neuro-otologija

Sekcija za otologiju i neuro-otologiju HD za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata

Umag, 25.-27.03.2011.

Marica Grbešić, prof., tel.: 01/3787-360

kalendar stručnog usavršavanja

Radionica manualne medicine - Donji ekstremiteti

Hrvatski zbor fizioterapeuta

Zagreb, 26.03.2011.

Tonći Štitić, mob.: 095/8300-766, e-mail: fizioterapeut@fizioterapeut.net
800,00kn

Sportska rekreacija u funkciji unapređenja zdravlja

Hrvatsko društvo za sportsku medicinu

Osijsk, 26.03.2011.

-urdica Kamenarić, tel.: 01/3658-619
350,00kn

ABA program - cijelovit pristup razvoju komunikacije i govora

Preventivno-edukacijski centar „Adduco“

Zagreb, 26.03.2011.

Nataša Šunić, mob.: 091/3219-777
350,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UVZ

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 28.03.-01.04.2011.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713
3.500,00kn

Ultrazvuk u ginekologiji i porodništvu

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB „Sveti Duh“, Klinika za ginekologiju i porodništvo

Zagreb, 28.03. - 22.04.2011.

Smiljka Mačvanin, KB „Sveti Duh“, Klinika za ginekologiju
10.000,00kn

6. hrvatski i 1. regionalni kongres o osteoporozu

Hrvatsko društvo za kalcificiranu tkiva

Rovinj, 30.03. - 03.04.2011.

Romana Blažek, tel.: 01/4566-812, e-mail: romana.blazek@mef.hr
1.100,00kn

V. savjetovanje „Zaštita na radu u regiji Alpe-Jadran“

Zavod za istraživanje i razvoj sigurnosti d.d.

Opatija, 31.03. - 01.04.2011.

Krešimir Telebec, tel.: 01/6111-334
980,00kn + PDV

Novosti u kliničkoj genetici: Molekularna dijagnostika, terapija i prevencija facio-skapulohumeralne mišićne distrofije (FSHD)

Društvo za kliničku genetiku Hrvatske

Zagreb, 31.03. - 01.04.2011.

Prof.dr.sc. Nina Canki-Klain, tel.: 01/4596-851
750,00kn, za specijalizante, znanstvene novake i članove DKGH 350,00kn

Hitna medicina u deset koraka

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Katedra za internu medicinu, Kl. za unutarnje bolesti KB „Sestre milosrdnice“

Dubrovnik, 31.03. - 03.04.2011.

Dr. Vjekoslav Radeljić, mob.: 099/3787-046, e-mail: radeljic@kbsm.hr
600,00kn

TRAVANJ

Imunološki posredovana ateroskleroza

HLZ, HD za alergologiju i kliničku imunologiju

Zagreb, 01.04.2011.

Dr. Marinko Artuković, tel.: 01/3712-107, mob.: 091/7381-010
80,00/50,00kn

Hrvatski registar kardiokirurških bolesnika

HD za kardiotorakalnu kirurgiju i anesteziologiju HLZ-a

Zagreb, 01.04.2011.

Dr. Vedran Čorić, mob.: 098/292-323

Suvremeni pristupi u dijagnostici i liječenju tumora dojke

MEF Sveučilišta u Osijeku

Osijek, 01.-02.04.2011.

Mišo Debeljak, mob.: 091/2241-420, tel.: 031/399-612, fax.: 031/512-833,
e-mail: mdebeljak@mefos.hr
800,00kn specijalisti, specijalizanti i znanstveni novaci 400,00kn

Napredni ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja - International trauma Life Support - podružnica Hrvatska

Ravna gora, 01.-03.04.2011.

e-mail: tvpervan@gmail.com
2.500,00kn

3. hrvatski Cochrane simpozij

MEF Sveučilišta u Splitu

Split, 02.04.2011.

Dalibora Rako, tel.: 021/557-920
150,00 - 350,00kn

Prva koferencija liječnika ruralne medicine Hrvatske s međunarodnim sudjelovanjem

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine

Kutina, 02.04.2011.

Tanja Pekez Pavliško, mob.: 09176333-370
200,00kn

Drugi hrvatski i prvi jadranski kongres farmakoekonomike i istraživanja ishoda liječenja s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, HD za kliničku farmakologiju i terapiju, O-tours d.o.o.

Rovinj, 06.-09.04.2011.

Damir Puljić, tel.: 01/4831-444

Prevencija ateroskleroze - hipertrigliceridemija kao čimbenik rizika

HLZ, HD za aterosklerozu

Zagreb, 07.04.2011.

Marija Horvat, tel.: 01/2388-772

Kronični virusni hepatitisi - dijagnoza, terapija i praćenje

Hrvatski zavod za telemedicinu

Korčula, Vela Luka, Mljet, Supetar, Vis i Lastovo - 07.04.2011.

Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

20. dani Ramira i Zorana Bujasa

Filozofski fakultet, Odjel za psihologiju

Zagreb, 07.-09.04.2011.

Daria Rovan, tel.: 01/6002-380
350,00kn

10. kongres osoba sa šećernom bolešću Hrvatske

Hrvatski savez dijabetičkih udruga

Šibenik, 07.-10.04.2011.

Nataša Ćuk Roland, tel.: 01/4847-807
400,00kn

kalendar stručnog usavršavanja

Statistička obrada podataka u biomedicinskim istraživanjima

MEF Sveučilišta u Rijeci
Rijeka, 08.-09.04.2011.
Mladen Petrovečki, tel.: 051/651-255
2.100,00kn

Alexander tehnika

Udruga za promicanje edukacije fizioterapeuta
Zagreb, 08.-10.04.2011.
Tomislav Perica, bacc.fizioterap., mob.: 098/9655-435,
e-mail: upefhr@gmail.com
1.800,00kn

Treći proljetni susreti u Klanjcu: „Zdravstveni turizam: voda, zdravlje, kultura“

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, HLZ, Grad Klanjec
Klanjec, 08.-10.04.2011.
Snježana Ricijaš, tel.: 049/500-878, e-mail: gkk@post.t-com.hr,
g_ivanišević@hotmail.com
300,00kn

Gdje prestaje konzervativno a počinje operacijsko liječenje u koštano-zglobnoj kirurgiji? Kada je vrijeme za umjetni zglob?

Conventus Credo d.o.o.
Zagreb, 09.04.2011.
Conventus Credo d.o.o., Veronika Jurić, mob.: 099/4406-728
tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580, e-mail: veronika@conventuscredo.hr

Kronična venska insuficijencija - Sklerozantna terapija

KBC Zagreb, Klinika za kožne i spolne bolesti, MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 09.04.2011.
Gordana Dučkić, tel.: 01/2368-915, fax.: 01/2379-911,
e-mail: branka.marinovic@kbc-zagreb.hr
specijalisti 300,00kn, specijalizanti 150,00kn, za radionicu 200,00kn

Alergije

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 09.04.2011.
Mario Cvek, tel.: 01/4590-270, mob.: 091/5392-866
400,00kn

Glavobolje u kliničkoj praksi

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb, Klinika za neurologiju
Zagreb, 09.04.2011.
Jagoda Štafa, tel.: 01/2388-149, fax.: 01/2321-672, e-mail: jstafa@mef.hr
500,00kn

Hrvatska proljetna pedijatrijska škola

HLZ, Hrvatsko pedijatrijsko društvo, HD za školsku i sveučilišnu medicinu,
Hrvatska udružba medicinskih sestara - Pedijatrijsko društvo, KBC Split
Split, 11.-15.04.2011.
Prof.dr.sc. Vjekoslav Krzelj, tel.: 021/556-303, fax.: 021/556-590,
e-mail: krzelj@kbsplit.hr, www.kbsplit.hr/hpps.htm
1.000,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog UVZ

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 11.-15.04.2011.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713
3.500,00kn

177. Gerontološka tribina

Centar za gerontologiju ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 12.04.2011.
Marica Lukić, dipl.med.techn. tel.: 01/4696-164,
e-mail: marica.lukic@stampar.hr

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 13.04.2011.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Osnovni tečaj laparaskopske kirurgije Aesculap Akademije

Aesculap akademija d.o.o.
Zagreb, 13.-15.04.2011.
Sonja Šikić, tel.: 01/7789-462, mob.: 091/2356-772
2.200,00kn specijalizanti, 3.000,00kn specijalisti

8. simpozij Hrvatskog društva za zaštitu od zračenja

Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada, Institut Ruđer Bošković,
Državni zavod za radiološku i nuklearnu sigurnost
Krk, 13.-15.04.2011.
Gina Branica, tel.: 01/4682-654
1.200,00 rana, 1.500,00 puna kotizacija

Javnozdravstvena tribina: Zagreb - zdravi grad

- Preporučene vrste namirnica i jela u planiranju školskih
jelovnika za učenike osnovnih škola

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 14.04.2011.
Marija Škes, prof.rehab., dr. Ana Puljak, tel.: 0174696-332, 4696-175

Osmi hrvatski psihijatrijski dani

Hrvatsko psihijatrijsko društvo
Opatija, 14.-17.04.2011.
Vivian Michel-Kranjec, prof., tel.: 01/2388-394
1.000,00kn

Tečaj Cyriax - modul 2

Udruga za promicanje edukacije fizioterapeuta
Zagreb, 14.-18.04.2011.
Tomislav Perica, mob.: 098/9655-435
2.400,00kn

VIII. susret intervencijskih radiologa Hrvatske s međunarodnim sudjelovanjem sIRcro 2011

HLZ, HD radiologa, Sekcija za intervencijsku radiologiju
Rab, 14.-17.04.2011.
Dr. Nikola Ivan Lederer, dr. Marko Slavica, KB „Merkur“, tel.: 01/2341-413

Hitnosti u kliničkoj medicini

MEF Zagreb, KBC Zagreb
Zagreb, 14.-16.04.2011.
Helena Globan, tel.: 01/2367-465
1.500,00kn

Neuropatija i kronična bol

MEF Sveučilišta u Zagrebu i KBC Zagreb, Klinika za neurologiju
Zagreb, 15.04.2011.
Milica Jug, vft, tel.: 01/2388-116
600,00kn specijalisti, 200,00kn specijalizanti

kalendar stručnog usavršavanja

VIDEO simpozij - Plastika abdominalne stjenke (Autorizirane video snimke operacija)

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju
Zagreb, 15.04.2011.
Zlatko Vlajić, mob.: 098/607-760
500,00kn

Hitna stanja u alergologiji

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 15.-16.04.2011.
Aida Begović, tel.: 01/6391-206
700,00kn

Radionica manualne medicine - Lumbalna kralježnica

Hrvatski zbor fizioterapeuta
Opatija, 16.04.2011.
Tonći Štitić, mob.: 095/8300-766, e-mail: fizioterapeut@fizioterapeut.net
800,00kn

Vrijednost neuroradioloških metoda u dijagnostici epilepsija djece

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 18.04.2011.
Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243,
fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

Kronični virusni hepatitisi - dijagnoza, terapija i praćenje

Hrvatski zavod za telemedicinu
Korčula, Vela Luka, Mljet, Supetar, Vis i Lastovo, 21.04.2011.
Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

Profesija liječnik između gratifikacije i osude

Hrvatsko katoličko liječničko društvo
Rijeka, 30.04.2011.
Vanja Grbac Gredelj, mob.: 098/443-818

SVIBANJ

Predavanja iz djeće i adolescentne psihijatrije: Značaj usklađenosti odgojnih stavova roditelja za psihički razvoj djece

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Kukuljevićeva 11
Zagreb, 03.05.2011.
Dr. Enes Kušimić, tel.: 01/4862-524
60,00kn

7. kongres HD za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, HD za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata
Bol na Braču, 04.-07.05.2011.
Dr. Lana Kovač Bilić, tel.: 01/2367-610
Do 31.03. - Liječnici - 1.500,00kn, specijalizanti 1.000,00kn,
osobe u pratnji 500,00kn;
Od 31.03. - liječnici - 1.800,00kn, specijalizanti 1.300,00kn,
osobe u pratnji 500,00kn

Najnovije spoznaje, vještine i tehnike uspostave otežanog dišnog puta

KB „Sestre milosrdnice“, Zavod za anestezioligu, reanimatologiju i int.liječenje
Zagreb, 05.-06.05.2011.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194
2.000,00kn

Hrvatsko-slovenski ultrazvučni kongres - 2. zajednički kongres HD za ultrazvuk u medicini i biologiji HLZ-a i Združenja za rabe ultrazvoka v medicini SZD

Depol Komunikacije d.o.o.
Rovinj 05.-07.05.2011.
Daria Papo, e-mail: daria@depol.org; Svjetlana Vukić,
e-mail: svjetlana@depol.org, tel.: 01/2444-333, fax.: 01/2431-478
Rana kotizacija (prije 14.04.2011.) - članovi 160,00EUR,
nečlanovi 250,00EUR, specijalizanti 120,00EUR
Kasna kotizacija (poslije 14.04.2011.) - članovi 200,00EUR,
nečlanovi 300,00EUR, specijalizanti 160,00EUR, osobe u pratnji 75,00EUR

4. kongres hrvatskih dermatovenerologa s međunarodnim sudjelovanjem

HDVD HLZ-a
Osijek, 05.-08.05.2011.
Dr. Nives Pustišek, gda. Nina Anzulović, tel.: 01/4862-600
Do 01.02.2011. - 1.500,00kn, specijalizanti 500,00kn, od 01.02.2011.
2.000,00kn, specijalizanti 750,00kn

Aktualnosti zdravstvenog zakonodavstva i pravne prakse

Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
Novalja, 06.-07.05.2011.
Doc.dr.sc. Mirko Klarić, mob.: 091/7203-629
800,00kn

Skup u spomen na Božidara Špišića

KBC Zagreb, Klinika za ortopediju, MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 07.05.2011.
Božica Petković, tel.: 01/2368-986

Cyriax pristup - Modul 1

Udruga za promicanje edukacije fizioterapeuta
Zagreb, 07.-11.05.2011.
Tomislav Perica, bacc.fizioterap., mob.: 098/9655-435,
e-mail: upefhr@gmail.com
2.800,00kn

Tecaj iz osnova muskuloskeletalnog UVZ

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 09.-13.05.2011.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713
3.500,00kn

Predavanja iz djeće i adolescentne psihijatrije: Suicidalnost u dječjoj i adolescentnoj dobi

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Kukuljevićeva 11
Zagreb, 10.05.2011.
Dr. Enes Kušimić, tel.: 01/4862-524
60,00kn

9th European Pediatric Neurology Society Congress

2nd European Congress for Pediatric Neurology Nurses and EEG/EMB Technicians

40. Simpozij Hrvatskog društva za dječju neurologiju
HLZ, HD za dječju neurologiju
Cavtat, 11.-14.05.2011.
Congress Secretariat, e-mail: info@epns2011.com, tel.: 01/2388-704,
mob.: 091/1218-535, fax.: 01/2421-894
EPS and HDDN member from Croatia 300 EURO, za ostalo
info@epns2011.com

kalendar stručnog usavršavanja

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 11.05.2011.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013

e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Fiberoptička intubacija u zbrinjavanju otežanog dišnog puta

KB „Sestre milosrdnice“ Zavod za anestezioligu, reanimatologiju i int.liječenje

Zagreb, 12.-13.05.2011.

Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194

2.000,00kn

Akutna stanja u pulmologiji

KBC Split, Klinika za dječje bolesti, Klinika za plućne bolesti

Komiža, 12.-14.05.2011.

Doc.dr.sc. Neven Parlov, tel.: 021/556-286, 021/556-303, fax.: 021/556-590, e-mail: npavlov@kbsplit.hr

500,00kn

68. Dani dijabetologa

HLZ, HD za dijabetes i bolesti metabolizma

Vodice, 12.-15.05.2011.

A.T.I. d.o.o., Vesna Borisavljević, mob.: 091/1255-170

500,00kn

SIS internacionalni konsenzus konferencija o neinvazivnom raku dojke s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, Hrvatsko senološko društvo

Šibenik, 13.-15.05.2011.

Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677

1.250,00kn

Radionica manualne medicine - Prsna kralježnica

Hrvatski zbor fizioterapeuta

Opatija, 14.05.2011.

Tonći Štitic, mob.: 095/8300-766, e-mail: fizioterapeut@fizioterapeut.net

800,00kn

10. Lošinjski dani bioetike

Hrvatsko bioetičko društvo

Mali Lošinj, 15.-18.05.2011.

Doc.dr. Hrvoje Jurić, mob.: 091/5789-989

1.110,00kn

MSCT toraksa u hitnim stanjima

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split

Split, 16.05.2011.

Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

Otvorne životinje Hrvatske

Hrvatski zavod za telemedicinu

Vrgorac, Knin, Mali Lošinj, Trilj, Vrlika, Rab, 16.05.2011.

Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

178. Gerontološka tribina

Centar za gerontologiju ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 17.05.2011.

Marica Lukic, dipl.med.techn. tel.: 01/4696-164, e-mail: marica.lukic@stampar.hr

Javnozdravstvena tribina: Zagreb - zdravi grad

- Tjelesna aktivnost kao životna navika djece i mladih

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 19.05.2011.

Marija Škes, prof.rehab., dr. Ana Puljak, tel.: 0174696-332, 4696-175

XVIII Kongres obiteljske medicine

Hrvatska udružba obiteljske medicine

Osijek, 19.-21.05.2011.

Mateja Batnožić, dr.med., mob.: 099/8144-814

1.000,00kn

3. hrvatski kongres o urogenitalnim i spolno prenosivim infekcijama s međunarodnim sudjelovanjem

HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije HLZ-a (HDUGISPI)

Opatija, 20.-22.05.2011.

Ulix, putnička agencija, tel.: 01/6410-935, fax.: 01/6154-092,

mob.: 099/7077-007, 099/6154-321, e-mail: kongresi@ulixtravel.com

Redovni sudionici - do 17.04.2011. 1.200,00kn, nakon 18.04.2011. -

1.400,00kn, na kongresu - 1.600,00kn; specijalizanti 500,00kn, osobe u pratinji 500,00kn, izlagači 500,00kn, dnevna kotizacija 600,00kn

Napredni ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja - International trauma Life Support - podružnica Hrvatska

Ravna gora, 20.-22.05.2011.

e-mail: tvpervan@gmail.com

2.500,00kn

Obesity and the GI Tract

HLZ, HD za parenteralnu i enteralnu prehranu, O-tours d.o.o.

Opatija, 20.-22.05.2011.

Tatjana Jurčić, mob.: 098/9805-716

750,00kn

11. kongres Hrvatskog oftalmološkog društva s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, Hrvatsko oftalmološko društvo

Primošten, 20.-22.05.2011.

Prof.dr.sc. Zoran Vatavuk, tel.: 01/3787-359, 3787-106

od 600,00 do 2.100,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog UZV

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 23.-27.05.2011.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713

3.500,00kn

6th Congress of the Croatian Neurosurgical Society and the Joint Meeting with the Slovenian Neurosurgical Society

HLZ, Hrvatsko neurokirurško društvo

Opatija, 25.-28.05.2011.

Zlatko Kolić, mob.: 091/2603-350, e-mail: info@ccns.com

Europsko-američka anestezijska konferencija

HLZ, HD za anestezioligu i int. liječenje

Dubrovnik, 25.-28.05.2011.

Doc.dr.sc. Željko Župan, tel.: 051/407-400, www.media-tel.hr/hdail

kalendar stručnog usavršavanja

Otvorne životinje Hrvatske

Hrvatski zavod za telemedicinu
Vrgorac, Knin, Mali Lošinj, Trilj, Vrlika, Rab, 26.05.2011.
Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

Ultrazvučna dijagnostika sustava za kretanje u djece i adolescenata

HD za dječju ortopediju HLZ-a
Zagreb, 27.-28.05.2011.
fax.: 01/4818-810, tel.: 01/2368-911, 01/4818-333,
e-mail: ortopkl@kbc-zagreb.hr
2.000,00kn

17. međunarodni kongres o psihoterapiji i psihosocijalnim metodama liječenja shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja

HLZ, HD za kliničku psihijatriju, Sekcija za psihosocijalne metode liječenja psihoza (ISPS Hrvatska)
Dubrovnik, 31.05. - 04.06.2011.
Vesna Borisavljević, A.T.I. Pula, tel.: 052/223-400, mob.: 091/1255-170
1.944,00 - 4.824,00kn

LIPANJ

8. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju s međunarodnim sudjelovanjem

HD za digestivnu kirurgiju HLZ-a, KBC Rijeka, Klinika za kirurgiju, MEF Sveučilišta u Rijeci
Opatija/Rijeka, 01.-04.06.2011.
Ljubica Grbić, dipl.oec., Studio Hrg d.o.o., tel.: 0176110-449, fax.: 01/6110-452, e-mail: kongres@studiohrg.hr, www.digestive-surgery2011.com
Doktori medicine, specijalisti, predstavnici tvrtki: do 15.04. - 2.500,00kn, nakon 15.04.- 2.800,00kn
Specijalizanti i studenti dodiplomskih studija - oslobođeni kotizacije
Dnevna kotizacija: do 15.04. - 850,00kn, nakon 15.04. - 950,00kn

Tečaj trajnog usavršavanja iz intenzivne neurologije: Diferencijalna dijagnoza poremećaja svijesti

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 03.06.2011.
Dr. Antonija Mišmaš, tel.: 01/2388-341

Suvremeni pristup liječenju kronične boli

HLZ, HD za liječenje boli
Split, 03.-04.06.2011.
Dr. Marko Jukić, tel.: 021/557-384, mob.: 091/5739-049
1.000,00kn

Kretanje i zdravlje u djece i mladim

HLZ, HD za preventivnu i socijalnu pedijatriju, Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu, HD za športsku medicinu, KB „S.milosrdnice“, Kl. za dječje bolesti, Ref.centar MZSS za praćenje rasta i razvoja djece predškolske dobi
Skrad, 04.06.2011.
Martina Bošnjak, tel.: 01/4600-162, mob.: 09174600-268
300,00kn

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 08.06.2011.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

8. hrvatski kongres o aterosklerozi s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, HD za aterosklerozu
Dubrovnik, 08.-11.06.2011.
Zoran Svilarić O-tours, tel.: 01/7334-574, fax.: 01/4813-130
500,00kn, umirovljenici ne plaćaju

XI. proljetni simpozij medicinske etike - Medicinska etička povjerenstva u Hrvatskoj

HLZ, Povjerenstvo za medicinsku etiku i dentologiju
Zagreb, 09.06.2011.
tajnistvo@hlz.hr; g_ivanisevic@hotmail.com

1. kongres Hrvatskog društva za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, HD za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite
Opatija, 09.-11.06.2011.
Marina Štefanac, tel.: 01/4862-608

Novosti u infektologiji - 79. znanstveno stručni simpozij

HD za infektivne bolesti HLZ-a, Klinika za infektivne bolesti KBC Split, AMZH Trogir, 09.-11.06.2011.
Nevenka Jakopović, e-mail: njakopovic@bfm.hr
300,00kn za članove, 400,00kn za ostale

Ultrazvuk dojke

HLZ, Hrvatsko senološko društvo
Zagreb, 09.06. - 19.08.2011.
Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677
9.500,00kn

VI ljetna alkohološka škola

HLZ, HD za alkoholizam i druge ovisnosti
Mali Lošinj, 10.-12.06.2011.
Dušica Cesarec i Branko Lakner, mob.: 091/5458-072
750,00kn liječnici, 300,00kn ostali

7th Central European oncology congress - A best of ASCO meeting

HLZ, HD za radioterapiju i onkologiju
Opatija, 12.-15.06.2011.
„Penta“ d.o.o. - Danijela Čurčić, mob.: 091/4553-290

14 CIRAS (Croatian International Rhinosurgical School)

KBC Zagreb, Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata Zagreb, 14.-16.06.2011.
Marcel Marjanović Kavanagh, mob.: 095/8147-633, www.ciras.eu
300,00 - 150,00EUR

51st International Neuropsychiatric Pula Congress

Kuratorium International Neuropsychiatric Pula Congress i Udruga za neuropsihijatriju, South East European Society for Neurology and Psychiatry Pula, 15.-18.06.2011.
Akademkinja Vida Demarin, tel.: 3768-282, Katarina Brajković, mob.: 098/376-597, www.pula-cong.com
1.900,00kn

4. Internacionalni Simposium regionalne anestezije i analgezije i 4. hrvatski kongres iz regionalne anestezije i liječenja boli s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ/HDRAA, HD za regionalnu anesteziju i analgeziju, Europsko društvo za regionalnu anesteziju i medicinu boli - ESRA, MEF Sveučilišta u Osijeku, MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB „Sveti Duh“ Zagreb
Zagreb, 16.-18.06.2011.
www.westinzagreb.com, tel.: 01/4892-021, fax.: 01/4892-091,
e-mail: petra.soprek@westin.com
Tajništvo KBSD, 01/3712-049, hdraa@mef.hr, www.mef.hr/hdraa
specijalisti 2.000,00kn do 01.04.2011., poslije 2.500,00kn, specijalizanti 1.000,00kn

kalendar stručnog usavršavanja

MSCT abdomena u hitnim stanjima

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 20.06.2011.
Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243,
fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

7th ISABS Conference in Forensic, Anthropologic and Medical Genetics

Međunarodno društvo primijenjenih bioloških znanosti (ISABS)
Bol, Brač, 20.-24.06.2011.
VanEvent, tel.: 01/4820-048; 01/3702-961, e-mail: info@isabs.hr, www.isabs.hr
90-400EUR

22nd Summer Stroke School - Healthy Lifestyle and Prevention of Stroke

HD za neurovaskularne poremećaje HLZ-a
Dubrovnik, 20.-24.06.2011.
Bernarda Nikić, tel.: 01/3787-740, www.iuc.hr
750,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UZV

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 20.-24.06.2011.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713
3.500,00kn

McConnell koncept - koljeno

Udruga za promicanje edukacije fizioterapeuta
Zagreb, 25.-26.06.2011.
Tomislav Perica, mob.: 098/9655-435
3.000,00kn

RUJAN

SIGNA VITAE, Second International Conference in Pediatric/Neonatal Intensive Care and Anesthesiology

KBC Split
Split, 02.-03.09.2011.
Dr. Julije Meštrović, tel.: 021/556-686
1.000,00kn

Dvanaesta lošinska škola prirodnih ljekovitih činitelja - Lječilišne destinacije u Hrvatskoj

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, HLZ, Lječilište Veli Lošinj
Veli Lošinj, 02.-04.09.2011.
ljeciliste-veli-losinj@ri.t-com.hr, zagreb@atlantis-travel.hr,
g_ivanisevic@hotmail.com
700,00kn

Osnovni tečaj laparaskopske kirurgije Aesculap Akademije

Aesculap akademija d.o.o.
Zagreb, 07.-09.09.2011.
Sonja (c)ikić, tel.: 01/7789-462, mob.: 091/2356-772
2.200,00kn specijalizanti, 3.000,00kn specijalisti

Ultrazvuk štitnjače i površinskih struktura glave i vrata

HLZ, Hrvatsko senološko društvo
Zagreb, 07.09.-26.11.2011.
Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677
6.500,00kn

8. hrvatski kongres o ginekološkoj endokrinologiji, humanoj reprodukciji i menopauzi

HD za ginekološku endokrinologiju i humanu reprodukciju HLZ-a
Brijuni, 08.-11.09.2011.
Jadranka Kontent, tel.: 01/4633-446
Contres projekti d.o.o., Maja Orsag, tel.: 01/4821-193

Radionica manualne medicine - Gornji ekstremiteti

Hrvatski zbor fizioterapeuta
Split, 12.09.2011.
Tonći Štić, mob.: 095/8300-766, e-mail: fizioterapeut@fizioterapeut.net
800,00kn

44th Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology

Depol komunikacije d.o.o., European Society for Paediatric Nephrology,
Croatian Society for Pediatric Nephrology
Dubrovnik, Cavtat, 14.-17.09.2011.
Daria Papo, 01/2444-333
www.espn2011.com, info@espn2011.com

21. znanstveni sastanak - Bolesti dojke

HAZU - Razred za medicinske znanosti
Zagreb, 15.09.2011.
Gda. Sekulić, dr. Prpić, tel.: 01/4895-171
300,00kn

20th ECCO Educational Workshop

Hrvatsko gastroenterološko društvo, Sekcija za upalne bolesti crijeva, ECCO
- European Crohn's and Colitis Organisation
Opatija, 17.09.2011.
Barbara Schmid, tel.: 0043-1-7102242, fax.: 0043-1-7102242-001,
mail: b.schmid@ecco-ibd.eu

Vrijednost MRI dojke u analizi mikrokalcifikata dojke

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 19.09.2011.
Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243,
fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

Javnozdravstvena tribina: Zagreb - zdravi grad

- Savjeti roditeljima djece s ADHD/ADD
ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 22.09.2011.
Marija Škes, prof.rehab., dr. Ana Puljak, tel.: 0174696-332, 4696-175

9. osječki urološki dani

2. osječki nefrološki dani

KBC Osijek, Klinika za urologiju i Odjel za dijalizu Klinike za unutarnje bolesti
Osijek, 22.-24.09.2011.
Sandra Karalić, tel.: 031/511-401, fax.: 031/512-224,
e-mail: karalic.sandra@kbo.hr
do 01.05.2011. specijalisti 350EUR, specijalizanti 300EUR, med.sestre i
tehničari 300EUR, osobe u pratnji 200EUR
od 01.05.2011. specijalisti 400EUR, specijalizanti 350EUR, med.sestre i
tehničari 350EUR, osobe u pratnji 250EUR

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UZV

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 26.-30.09.2011.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713
3.500,00kn

5. hrvatski kongres medicine rada s međunarodnim sudjelovanjem „Zdravlje, rad i zajednica“

HD za medicinu rada HLZ-a
Hvar, 28.09. - 02.10.2011.
Laura Popovac, VMD putnička agencija, tel.: 01/6065-840/846,
fax.: 01/6065-841, mob.: 091/5810-018, e-mail: laura@vmd.hr, www.vmd.hr
Do 30.04.2011. - Članovi HDMR 300EUR, ostali sudionici 400EUR, studenti,
specijalizanti, umirovljenici i osobe u pratnji 125EUR, Samo radni dio
kongresa 100EUR
Od 01.05.2011. - Članovi HDMR 350EUR, ostali sudionici 450EUR, studenti,
specijalizanti, umirovljenici i osobe u pratnji 150EUR, Samo radni dio
kongresa 100EUR

kalendar stručnog usavršavanja

XI kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora HLZ-a

Hrvatsko društvo obiteljskih doktora HLZ-a

Rovinj, 29.09. - 01.10.2011.

Prim.mr.sc.dr. Bruno Mazzi, mob.: 098/224-900

800,00kn članovi HDOD, ostali 1.000,00kn, osobe u pratnji 200,00kn

LISTOPAD

11-ta međunarodna konferencija o osteogenesis imperfecta

HLZ, HD za dječju ortopediju

Dubrovnik, 02.-05.10.2011.

Dr. Darko Antičević, tel.: 01/2368-911

Endoskopska kirurgija nosa, sinusa, orbite i baze lubanje/Extended rhinologic surgery; nose and beyond

KBC Split

Split, 07.10.2011.

Dr.sci. Nikola Kolja Poljak, mob.: 091/4568-994

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UZV

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 10.-14.10.2011.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713

3.500,00kn

Urogenital Radiology - Joint Meeting of European Society of Urogenital Radiology and Society of Uroradiology

HD radiologa HLZ-a

Dubrovnik, 12.-16.10.2011.

Andrea Grošpić, mob.: 091/4372-899

250-350EUR

Srčane aritmije - racionalni pristup

MEF Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 13.-15.10.2011.

Dr. Mislav Puljević, mob.: 091/4680-414

1.500,00kn

Radiologija metaboličkih bolesti mozga

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split

Split, 17.10.2011.

Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

Power of fungi and mycotoxins in health and disease

Hrvatsko mikrobiološko društvo

Primošten, 19.-22.10.2011.

Dr.sc. Maja Šegvić Klarić, tel.: 01/6394-493

240EUR

90

Javnozdravstvena tribina: Zagreb - zdravi grad

- Nutrigenomika u prevenciji prekomjerne težine i pretilosti ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 20.10.2011.

Marija Škes, prof.rehab., dr. Ana Puljak, tel.: 0174696-332, 4696-175

13. godišnji kongres Hrvatskoga reumatološkog društva HLZ-a

HLZ, Hrvatsko reumatološko društvo

Cavtat, 20.-23.10.2011.

www.reumatologija.org; g_ivanicsevic@hotmail.com
500,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UZV

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 24.-28.10.2011.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713
3.500,00kn

VII. hrvatski kongres hitne medicine s međunarodnim sudjelovanjem

Zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba i HLZ, HD za reanimatologiju Zagreb, 27.-28.10.2011.

Dubravka Nemet, tel.: 01/6302-920, fax.: 01/6302-894

e-mail: uhmp-zg@zg.t-com.hr

Do 31. lječnici 150,00EUR, med.sestre, tehničari, studenti, stažisti, umirovljenici 80,00EUR

Od 31. lječnici 180,00EUR, med.sestre, tehničari, studenti, stažisti, umirovljenici 100,00EUR - protuvrijednost u kn

5. hrvatski endokrinološki kongres s međunarodnim sudjelovanjem

HLZ, Hrvatsko endokrinološko društvo

Pula, 28.09. - 02.10.2011.

Vesna Borisavljević, A.T.I. d.o.o., mob.: 091/1255-170
500,00kn

STUDENI

Predavanja iz dječje i adolescentne psihijatrije: Vjerodostojnost idkaza u vještačenjima seksualnog zlostavljanja djece i mladeži

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Kukuljevićeva 11

Zagreb, 07.11.2011.

Dr. Enes Kušimić, tel.: 01/4862-524
60,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog UZV

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 07.-11.11.2011.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713
3.500,00kn

Osnovni tečaj laparaskopske kirurgije Aesculap Akademije

Aesculap akademija d.o.o.

Zagreb, 09.-11.11.2011.

Sonja Šikić, tel.: 01/7789-462, mob.: 091/2356-772
2.200,00kn specijalizanti, 3.000,00kn specijalisti

Ultrazvuk dojke

HLZ, Hrvatsko senološko društvo

Zagreb, 11.11.2011.-28.01.2012.

Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677
9.500,00kn

Predavanja iz dječje i adolescentne psihijatrije: Značaj transfera i kontratransfera u psihoterapiji djece i mladeži

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Kukuljevićeva 11

Zagreb, 14.11.2011.

Dr. Enes Kušimić, tel.: 01/4862-524
60,00kn

Javnozdravstvena tribina: Zagreb - zdravi grad

- Uloga pravilne prehrane i redovite tjelesne aktivnosti u prevenciji pojave šećerne bolesti

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 17.11.2011.

Marija Škes, prof.rehab., dr. Ana Puljak, tel.: 0174696-332, 4696-175

Intravenska kontrastna sredstva: prošlost, sadašnjost i budućnost

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split

Split, 21.11.2011.

Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243,
fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr