

GODINA XIII • BROJ 117 • 15. III. 2013

Liječničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE



ISSN 1333-2775

Kiborgoetika

Str. 52

LIJEČNIČKE NOVINE

Glasiilo Hrvatske liječničke komore
ADRESA UREDNIŠTVA
10000 Zagreb, Tuškanova 37, Hrvatska
GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK

Prof. dr. Željko Poljak

Vlaška 12, 10000 Zagreb
e-mail:zeljko.poljak@zg.t-com.hr
TAJNIK REDAKCIJE

Doc. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.

Naklada 18.000 primjeraka

MEDICAL NEWS

FOUNDER AND PUBLISHER
The Medical Chamber of Croatia
ADDRESS

10000 Zagreb, Tuškanova 37, Croatia

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

Published in 18.000 copies

IZDAVAČKI SAVJET

Prim. dr. Dražen Borčić
Nikolina Budić, dipl. iur.
Prof. dr. Nenad Ilić
Prof. dr. Tatjana Jeren
Prof. dr. Vesna Jureša
Dr. Mario Malnar
Prim. dr. Vjekoslav Mahovlić
Prim. dr. Hrvoje Minigo
Dr. sc. Vladimir Mozetić
Dr. Senad Mustić
Doc. dr. Ljiljana Perić
Prof. dr. Mirjana Sabljar-Matovinović
Prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlarčić
Doc. dr. Hrvoje Šobat

UREDNIČKI ODBOR

Dražen Borčić • Nikolina Budić
Borka Cafuk • Egidio Čepulić
Stella Fatović Ferenčić • Josip Jelić
Slavko Lovasić • Adrian Lukenda
Vjekoslav Mahovlić • Ingrid Márton
Hrvoje Minigo • Mladen Petrovečki
Matija Prka • Dražen Pulanić
Livija Puljak • Dario Sambunjak
Katarina Sekelj Kauzlarčić
Ivica Vučak

UPUTE SURADNICIMA

Rukopisi se šalju na adresu:
"Liječničke novine HLK", 10000 Zagreb, Tuškanova 37,
e-mail: hlk@hlk.hr ili izravno uredniku.
Članci ne podliježu recenziji i uredništvo
se ne mora slagati s mišljenjem autora.
Članci 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-
04-04/10-05/01), za sve oglase lijekova objavljene u ovom
broju "Liječničkih novina", cjelokupni odobreni sažetak
svojevremena lijeka te cjelokupna odobrena uputa sukladni su
člancima 16. i 22. Pravilnika o načinu oglašavanja i obavje-
šćivanja o lijekovima, homeopatskim i medicinskim proizvo-
dima (NN br. 62/05).

"Liječničke novine" su glasilo Hrvatske liječničke komore za
staleška 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
Novinarka Borka Cafuk
01/ 45 00 848, e-mail: borka.cafuk@hlk.hr

Oblikovanje A. Boman Višić
Tisak "Mediaprint - Tiskara Hrastić d.o.o."

LIJEČNIČKA KOMORA NA INTERNETU
www.hlk.hr • e-mail: hlk@hlk.hr

kazalo

LIJEČNIČKE NOVINE 117 • 15. OŽUJKA 2013.

RIJEČ PREDSJEDNIKA 4

Veseli nas suradnja s novim vodstvom HLZ-a

IZ KOMORE 5

Nedostaje 4000 liječnika • Novi način stjecanja bodova
Aplikacija za izobrazbu na mrežnoj stranici HLK-a • Bodovanje stručnih skupova
Fiskalizacija i u SKZZ-u • Vještačenje u mirovinskom osiguranju • Susret s Makedoncima
Novi model ugovaranja u PZZ-u • Liječnici u farmaceutskim tvrtkama

IZ HRVATSKOG LIJEČNIČKOG ZBORA 17

121. skupština i novo vodstvo

IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA 16

Obuzdati zdravstveno osiguranje • Razvoj projekata u zdravstvu • Dostupnost defibrilatora
Doručak u populaciji • »Pacijent u središtu« • Tjedan mozga • Dan djece s malignom bolesti
Dan borbe protiv raka • Iz HZZO-a • Pregled za nošenje oružja • KBC Zagreb za pretilu djecu
Intervencijska kardiologija u KBC-u Zagreb • Opatijska Talassoterapia
Sanacija bolnica • Umirovljeni liječnici • PK HLZ-a

ZDRAVSTVO U SVIJETU 26

Spolnost u MKB SZO-a

SEZONA GRIPE 27

Guillain-Barre i cijepjenje

NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA 29

Nasilničko ponašanje
Palijativna skrb

KONTRACENCIJA 34

Nezamjenjiva u planiranju obitelji

COCHRANE ZANIMLJIVOSTI 36

Psorijaza nokta
Telemonitoring kod zatajenja srca
Kisik kod infarkta

TEHNOLOGIJA U MEDICINI 41

Izravno do dijagnoze Parkinsonove bolesti

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE 43

MEDICINSKA ETIKA 52

Kiborgoetika

ZANIMLJIVE LIČNOSTI 58

Dr. Antun Šutina

LIJEČNICI U SLOBODNO VRIJEME 62

Laptop u starijoj dobi

USPOMENE I SJEĆANJA 66

Ranko Mladina: FESS i CIRAS

BIOPATOLOGIJE 72

Talijanski skladatelji

UREDNIKOV KUTAK 77

BOLJE HUMOR NEGO TUMOR 78

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA 79

ORGANIZACIJA I MARKETING • "BONAMARK", AMRUŠEVA 10, ZAGREB
tel 01 4818 600 • tel/fax 01 4922 952 • e-mail: bonamark@bonamark.hr

Veseli nas suradnja s novim vodstvom Hrvatskog liječničkog zbora

• U mjesecu korizme kada katolici iščekuju svoj najveći blagdan Uskrs puno toga se dogodilo važnog za našu profesiju.

Najznačajniji događaji za nas bili su izbori u Hrvatskom liječničkom zboru. Izabrana su nova vodstva podružnica i središnjice. Ugodno je bilo na izbornoj skupštini Podružnice Zagreb zato jer je bilo puno delegata i uzvanika.

Ponovno su izabrani za predsjednika prim. dr. **Vjekoslav Mahovlić**, a za dopredsjednika prof. dr. sc. **Zvonimir Kaić**. U novi Upravni odbor izabrani su i novi mlađi članovi Podružnice, što uz nas starije jamči nastavak dobrog rada uz nove ideje i novu snagu. Čestitam novom predsjedniku i dopredsjedniku te svima izabranima u vodstvo ove najveće podružnice HLZ-a.

Dana 23. veljače održana je Izborna skupština Hrvatskog liječničkog zbora. Bio sam zadivljen, ali ne i iznenađen nazočnošću velikog broja delegata. Bilo nas je 188, tako da je uz uzvanike velika dvorana Hrvatskog liječničkog doma bila pretijesna. U pozdravnom govoru rekao sam da su u dvorani kao delegati ili uzvanici nazočni u velikom broju članovi tijela Hrvatske liječničke komore, od predsjednika, drugog dopredsjednika i predsjednika Vijeća do rizničara i članova Izvršnog odbora, tako da bih odmah mogao imati kvorume za sjednicu Vijeća i Izvršnog odbora. To dokazuje koliko su Komora i Zbor usko povezani.

Čestitam novoizabranom vodstvu Zbora na čelu s novim predsjednikom prof. dr. sc. **Željkom Krznarićem** i dopredsjednikom prof. dr. sc. **Borisom Brkljačićem**.

Uvjeren sam da će naša buduća suradnja biti još bolja. Siguran sam da ćemo zajednički raditi na zaštiti ugleda naše profesije, a Zbor će i dalje biti jamac visoke stručne razine naših liječnika, kao što je to bio od davne 1874. godine, na korist naših pacijenata.

Novinski članci objavljeni u Jutarnjem listu 3. i 4. ožujka grubi su napad na hrvatske liječnike. Osim toga oni su iz-



razito neprofesionalni i zlonamjerni. Što mogu reći kada novinarka gospođa Ivana Krnić izjavljuje (ali ne objavljuje) da prema njezinom mišljenju ima najmanje 1000 hrvatskih liječnika, koje bi Komora trebala najstrože kazniti, a do sada je oduzeto tako malo licenci za samostalni rad? Intervju sa mnom korektno je iznesen, ali nije autoriziran, a izostavljeno je dosta bitnih činjenica na koje sam upozorio.

Argumenti za neprofesionalizam gđe **Krnić** su konstrukcije i nepotpuno i nekorektno prezentiranje informacija. Jer, kako liječnici nisu jedini u sustavu zdravstva koji primaju plaću u bolnicama, tako ni 570 m² poslovnog prostora u Tuškanovoj nije samo ured za potrebe oko 19 000 liječnika u Hrvatskoj i inozemstvu, nego ima i nekoliko dvorana za sastanke, pa i edukaciju o reanimaciji odraslih, djece i trudnica. Međutim, gđu Krnić to nije zanimalo!

Ona piše tendenciozno s namjerom izazivanja javne osude liječnika i njihove Komore i ne dostavlja tekstove na autorizaciju čak ni kad je to od nje traženo, a ona je to meni izravno obećala. Vjerojatno je zbog sličnog neetičnog načina rada i zaslužila opomenu Novinarskog vijeća časti koja joj je izrečena još 2008. godine (15. rujna 2008). No, trenutak koji je odabran za diskreditaciju liječnika i njihove profesionalne organizacije koja štiti njihov ugled i stručni rad, te provodi postupke protiv svojih članova isključivo sukladno aktima

koje u konačnici potvrđuje ministar zdravlja, isto kao i sve druge strukovne komore u zdravstvu, mogao bi izazvati sumnju da je pomno odabran. Pregovara se o novom Kolektivnom ugovoru, a najavljeno je i linearno smanjenje plaća u javnim službama, što će baš liječnike najviše pogoditi. S druge pak strane, vrijeme je pregovaranja o novim ugovorima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, pa objavljivanje tekstova sadržajno usmjerenih protiv liječnika predstavlja određen pritisak na naše pregovarače.

No, Komori je žao što se na ovakav način među liječnike i pacijente unosi razdor i nepovjerenje te se time narušava odnos liječnik - pacijent u ovo nesigurno i depresivno vrijeme.

Konačno, postavlja se pitanje kome je u interesu da su pacijenti u zdravstvenom sustavu nesigurni, da im liječnici i drugi zdravstveni radnici uskraćuju usluge od vitalne važnosti samo zato jer sebi isplaćuju velike plaće?

Kome je u interesu da se u medijima javno blate i prozivaju baš pedijatri - liječnici koji se brinu o najugroženijem dijelu populacije? Kome je u interesu pisati „šokantno“ o profesionalnoj organizaciji liječnika kakve već desetljećima, a u našem dijelu Europe od cara Franje Josipa I. imaju sve zemlje? Odgovor na to pitanje zna samo gđa. Krnić, osobno.

Nismo reagirali niti ćemo reagirati na njezin članak dopisom uredniku Jutarnjeg lista, jer smo procijenili da od toga ne bi bilo koristi. Uostalom, nakon ovih članaka mnogi naši članovi, čelnici HLZ-a, drugih udruga u zdravstvu i pacijenti javili su mi se i izrazili svoje zgražanje na ovakve novinske napise te mi izrazili svoju podršku. Osobno nemam motiva kupovati ni čitati Jutarnji list dok urednik i novinari ne promijene stav prema hrvatskim liječnicima i ne prestanu objavljivati neargumentirane napise protiv Hrvatske liječničke komore, a nadam se da će se to i dogoditi.

Poštovane kolegice i poštovani kolege, nastavimo raditi svoj posao stručno i etički. Vjerujte da će vaša Komora i dalje časno izvršavati svoje zakonom definirane statutarne obveze i štiti ugled profesije. Želim Vam sretan Uskrs u nadi da će ovo depresivno razdoblje brzo proći.

Vaš predsjednik:
Prim. dr. H. Minigo

•••••

Hrvatski dan liječnika

Hrvatskoj nedostaje oko 4000 liječnika

Borka Cafuk

• Dana 26. veljače 1874. dvadeset i jedan liječnik odazvao se pozivu dr. Vladoje Čačkovića da utemelje liječničko društvo, te se taj dan obilježava kao Hrvatski dan liječnika.

Prijedlog osnivanja liječničkog društva je već 16. ožujka 1874. predan zemaljskoj vladi na potvrdu kao Pravila Sбора liečnikah trojedne kraljevine, tj. kraljevine Hrvatske, Slavonije i Dalmacije, a u ime inicijativnog odbora dokument su potpisali dr. **Franjo Miličić** kao predsjednik, dr. **Šime Švérlljuga** kao potpredsjednik i dr. **Josip pl. Šepić** kao odbornik. Izradom pravila postavljena je jasna osnova budućeg djelovanja liječničkog zbora. Prva godišnja Skupština održana je 3. kolovoza 1874. u Zagrebu pod

predsjedanjem dr. **Alekse Vancaša** i na njoj je izabran prvi predsjednik Sбора liečnika dr. Franjo Miličić.

Na dan 1. siječnja 2012. u Hrvatsku liječničku komoru je bio upisan ukupno 18.471 liječnik, a s licencom 18.201. U sustavu zdravstva zaposleno je 13.286 liječnika, što je više no u proteklom razdoblju kada je bilo 12.700 liječnika. No, s druge strane, broj specijalista u bolničkom sustavu pao sa 7000 na 6449. Umirovljenika je 2852, stranaca 85, a naših liječnika koji rade vani 309.

Komora je već 2005. upozorila da u Hrvatskoj nedostaje liječnika. U Hrvatskoj je 2,6 doktora na 1000 stanovnika što je za oko jednog liječnika na 1000 stanovni-

ka manje no što je prosjek Europske unije. Iz toga proizlazi da u Hrvatskoj nedostaje 4300 liječnika.

.....



Nova mogućnost za stjecanje bodova

Kazuistički prikazi i problemi iz prakse za „Liječničke novine“



• Povjerenstvo za trajnu medicinsku izobrazbu nastoji poboljšati dosadašnji Pravilnik o trajnoj medicinskoj izobrazbi detaljnijom razradom postojećih oblika izobrazbe, ali i uvođenjem nekih novih, koji bi prvenstveno bili namijenjeni liječnicima u ordinacijama obiteljske, opće medicine udaljenim od velikih medicinskih centara, odnosno onima u unutrašnjosti Hrvatske ili na udaljenim otocima.

Pozivamo kolege da zanimljive zdravstvene, diferencijalno dijagnostičke, kliničke ili terapijske probleme, s kojima se sigurno svakodnevno susreću u svom radu, prikažu člankom u „Liječničkim novinama“.

Pritom se mogu poslužiti dostupnom medicinskom literaturom. Na taj će način prenijeti svoje iskustvo kolegama i ujedno sakupiti određen broj bodova za relicenciranje jer se publicistički rad priznaje kao način trajne medicinske izobrazbe.

Ujedno pozivamo sve kolege koji imaju konstruktivne prijedloge za izmjenu, dopunu ili poboljšanje važećeg Pravilnika o trajnoj medicinskoj izobrazbi da nam ih dostave e-poštom (tatjana.babic@hkk.hr).

*Povjerenstvo za trajnu medicinsku izobrazbu HLLK-a
Predsjednica
prof.dr.sc. Tatjana Jeren Beus, dr.med.*

.....

Aplikacija za medicinsku izobrazbu liječnika na mrežnoj stranici Komore

Uputa za prijavu stručnih skupova i uvid u karticu liječnika

Borka Cafuk

• Na mrežnim stranicama Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr) već je duže vrijeme aktivna aplikacija za trajno usavršavanje liječnika, odnosno za prijavu stručnih skupova i upravljanje stručnim skupovima za organizatore. Smisao aplikacije je pojednostavljivanje prijavljivanja stručnih skupova i omogućavanje uvida liječnicima u broj sakupljenih bodova putem pristupanja kartici liječnika. Ovo je i jedinstveni program organizacije skupova i praćenja sakupljenih bodova u našoj regiji.

Na mrežnoj stranici nalazi se uputa za organizatore stručnih skupova o načinu prijave i upravljanja stručnim skupom, odnosno načinu unošenja podataka vezanih uz stručni skup, kao i uputa za korištenje tzv. kartice liječnika.

Po ispunjenoj prijavi stručnog skupa njegov organizator dobiva obavijest sa zaporkom i korisničkim imenom na svo-

ju e-adresu koju je naveo u prijavi, što mu omogućava daljnji unos podataka vezanih uz stručni skup. Ako organizator obavijest ne dobije, to govori da prijava skupa nije dobro ispunjena i nužno je skup ponovo prijaviti.

Nakon što Povjerenstvo Komore za trajnu medicinsku izobrazbu razmotri prijavu i ako odobri prijavljeni skup, organizator stručnog skupa na svoju e-adresu dobiva obavijest o odobrenju skupa, broju bodova i kategoriji skupa.

Organizator skupa u aplikaciju upravljanja stručnim skupom treba unijeti popis predavača i sudionika tog skupa nakon njegovog održavanja. Na temelju tog popisa aplikacija automatski dodjeljuje bodove sudionicima skupa.

S druge strane, svaki liječnik može pristupiti svojoj kartici liječnika koja mu omogućuje uvid u broj prikupljenih bo-

dova te popis stručnih skupova na kojima je sudjelovao.

Uputa za pregled kartice liječnika

Postupak pristupa kartici objašnjen je i na mrežnoj stranici Komore.

Autorizacija

U polje „Korisničko ime“ unesite prezime.ime bez dijakritičkih znakova, na primjer: markovic.marko

Za osobe koje imaju dva prezimena unesite prezime1.prezime2.ime, na primjer: juric.maric.snjezana. Pri tome se koriste točke, a ne crtice.

U polje „Lozinka“ unesite JMBG, na primjer: 0506963123124

Pregled osobnih informacija

Klikom na „Osobne informacije“ s lijeve strane izbornika dolazimo do vaših osobnih podataka.

Klikom na ikonu povećala pored vašeg zapisa otvaramo detaljne informacije.

Prikaz kartice

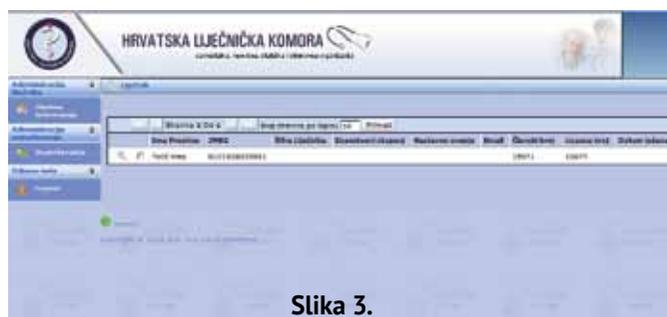
Klikom na gumb „Prikaži karticu liječnika“ otvara nam se konačno sama kartica. Ispod detaljnih informacija nalazi se lista vaših dosadašnjih usavršavanja, koje također možete pregledavati klikom na ikonu povećala pored željenog usavršavanja. Kod otvaranja kartice imamo mogućnost da



Slika 1.



Slika 2.



Slika 3.



Slika 4.



Slika 5.

je ispišemo, a sam ispis možemo ponoviti osvježavanjem stranice (pritisakom na tipku 5).

Ako imate pitanja i nakon što ste proučili uputu, a koja su vezana uz način korištenja aplikacije, prijavu stručnog sku-

pa, unos podataka o stručnom skupu ili pristup kartici liječnika, molimo vas da se obratite administratorici Povjerenstva Komore za trajnu medicinsku izobrazbu, gđi Fulvii Akrap na e-adresu fulvia.akrap@hlk.hr. Također, a s obzirom da je ovaj sustav

podložan usavršavanju, svoje eventualne primjedbe ili prijedloge kojima bi se moglo poboljšati rukovanje aplikacijama molimo da pošaljete na istu e-adresu.

•••••

Važna obavijest organizatorima stručnih skupova i liječnicima sudionicima

Kratki podsjetnik o pravima i obvezama

- Povjerenstvo skreće pozornost organizatorima on-line prijavljenih stručnih skupova na obvezu upisivanja svih liječnika – sudionika prijavljenog skupa, u informatičku aplikaciju trajnog usavršavanja. Ulaz u aplikaciju svaki organizator ostvaruje putem korisničkog imena (username) i zaporke (password), koji se dodjeljuju prilikom on-line prijave skupa.

Upis liječnika u informatičku aplikaciju dužnost je i obveza svakog organizatora. Ako organizator ne ispuni svoju obvezu upisivanja liječnika u informatičku aplikaciju, Komora neće moći pripisati bodove u elektroničku karticu niti ih priznati u postupku obnove odobrenja za samostalan rad (licence).

Isto tako, organizatore stručnih skupova prijavljenih putem obrasca podsjećamo 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, uskratit 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
za medicinsku izobrazbu liječnika
Prof. dr.sc. Tatjana Jeren, dr. med.,
predsjednica

•••••

Noveliran Cjenik Komore

- Hrvatska liječnička komora dovršila je postupak noveliranja cjenika zdravstvenih usluga/postupaka i cjenik je 5. ožujka objavljen na njenim mrežnim stranicama www.hlk.hr.

Postojeći cjenik zdravstvenih postupaka izmijenjen je i dopunjen popisom novih usluga i postupaka, pri čemu su redefinirani mogućnost i način obračuna popusta na pružene zdravstvene usluge.

U Cjeniku su navedene najniže cijene zdravstvenih usluga na temelju kojih je moguće formirati cijene usluga pojedinih privatnih praksi, zdravstvenih ustanova i trgovačkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti.

Cjenikom su propisane najniže cijene usluga kada se one obavljaju izvan mreže zdravstvene djelatnosti. Svaki pružatelj zdravstvenih usluga na cijene iz ovjerenog Cjenika može samostalno određivati iznos popusta na pružene usluge, pri čemu konačna cijena pojedine usluge ne može biti manja od minimalne cijene usluge, odnosno zbroja minimalnih cijena usluga.

Borka Cafuk

Tumačenje odredbi Zakona o fiskalizaciji u prometu gotovinom

Fiskalizacija se nameće i ugovornim liječnicima privatne prakse u izvanbolničkom SKZZ-u

Borka Cafuk

• Hrvatska liječnička komora je 1. ožujka poslala požurnicu Ministarstvu financija da čim prije odgovori na zahtjev za tumačenjem odredbi Zakona o fiskalizaciji u prometu gotovinom (NN133/12), koji mu je Komora poslala još 10. siječnja.

U požurnici je Komora upozorila Ministarstvo financija na još jednu nepreciznost i nejasnoću. Naime, člankom 5. Zakona propisano je da se obveznikom fiskalizacije ne smatra porezni obveznik za ostvarene promete u djelatnosti provođenja zdravstvene zaštite samo ako se radi o naplati sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite do pune cijene zdravstvene usluge kod izabranog doktora PZZ-a i izdavanja lijekova na recept.

No, napominje Komora, ta odredba ne uvažava činjenicu da se naplata sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite do pune cijene zdravstvene usluge ne provodi samo kod izabranog liječnika PZZ-a već i kod drugih pružatelja zdravstvenih usluga

koji također rade u mreži javne zdravstvene službe.

Tom se odredbom obveza fiskalizacije nameće, primjerice, ugovornim liječnicima privatne prakse u izvanbolničkoj specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti iako i oni, poput izabranih liječnika u PZZ-u, rade u mreži javne zdravstvene službe osnovom sklopljenog ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje pri čemu pružene usluge ne naplaćuju izravno korisnicima već račune za pruženu zdravstvenu zaštitu ispostavljaju isključivo HZZO-u.

Iz ovoga proizlazi da će pojedini pružatelji zdravstvenih usluga u pogledu identične usluge biti različito tretirani. Stoga Komora smatra da bi od obveze fiskalizacije trebalo osloboditi sve pružatelje zdravstvenih usluga koji rade u mreži javne zdravstvene službe kada se radi o gotovinskom prometu osnovom naplate sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite.

Neodgovorena pitanja

Podsjetimo, nakon što je zaprimila niz upita članova o pogledu statusa zdravstvenih usluga koje zdravstveni radnici privatne prakse pružaju kao fizičke osobe - obveznici poreza na dohodak po osnovi samostalne djelatnosti, Komora je od Ministarstva financija zatražila tumačenje članka 4. Zakona o fiskalizaciji u prometu gotovinom, u kojem se uvodi pojam malog obveznika fiskalizacije. Također, Komora je zatražila i odgovor na pitanje mogu li se i pod kojim uvjetima liječnici - zdravstveni radnici privatne prakse kao nositelji samostalne djelatnosti - smatrati malim obveznicima fiskalizacije za koje je propisan pojednostavljeni postupak fiskalizacije.

Člankom 5. Zakona propisano je da se obveznikom fiskalizacije ne smatra porezni obveznik za ostvarene promete u djelatnosti provođenja zdravstvene zaštite samo kada se radi o naplati sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite do pune cijene zdravstvene usluge, kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite i izdavanja lijekova na recept. Stoga je Komora zatražila od Ministarstva objašnjenje i da li sve ostale zdravstvene usluge koje ugovorni privatni zdravstveni radnik / izabrani liječnik primarne zdravstvene zaštite u mreži javne zdravstvene djelatnosti može naplatiti korisnicima usluga podliježu obvezi fiskalizacije i da li se u tom slučaju gotovinski promet evidentira putem elektroničkih naplatnih uređaja ili posebne ovjerene knjige računa (više u LN broj 116 iz veljače 2013.).

Nova Uredba o medicinskom vještačenju u mirovinskom osiguranju

Izabrani liječnici nisu nadležni ni obvezni provoditi ovjeravanje preslika medicinske dokumentacije

• Hrvatska liječnička komora uputila je dopis ravnatelju Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje Srećku Vukoviću 4. ožujka upozorivši na problem s kojim se izabrani liječnici primarne zdravstvene zaštite svakodnevno susreću vezan uz opseg i sadržaj dokumentacije u postupku ostvari-

vanja prava iz mirovinskog osiguranja osnovom invalidnosti, odnosno problem ovjeravanja preslika medicinske dokumentacije. Dopis je na znanje upućen i Ministarstvu zdravlja, Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje (HZZO) i Hrvatskoj javnobilježničkoj komori.

Naime, sukladno odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju izabrani liječnik obvezan je u propisanim slučajevima obraditi osiguranika za upućivanje na ocjenu radne sposobnosti i invalidnosti te ga sa svom propisanom dokumentacijom uputiti nadležnom tijelu vještačenja mirovinskog osiguranja. U praksi se pritom od izabranih liječnika učestalo traži da svojim pečatom i potpisom ovjeravaju preslike medicinske dokumentacije osiguranih osoba na temelju kojih su upućeni na ocjenu radne sposobnosti kao dokazom da je ona istovjetna izvornoj dokumentaciji na temelju koje je liječnik napisao svoj prijedlog za medicinsko vještačenje.

Novom Uredbom o medicinskom vještačenju u mirovinskom osiguranju (NN 12/13) definirana je medicinska dokumentacija i sadržaj obrazaca koje je izabrani liječnik dužan prethodno pripremiti prije upućivanja osiguranika na ocjenu radne

sposobnosti. Njome je sada izričito propisano da izvješće liječnika kojim osiguranika upućuje na vještačenje („Izvješće s nalazom i mišljenjem liječnika – obrazac 1-IN“) mora biti sastavljeno na temelju originalne medicinske dokumentacije ili ovjerenih preslika nalaza koji se prilažu uz izvješće.

Uredba definira da medicinska dokumentacija mora obvezno sadržavati i identifikacijske podatke osiguranika, čitljiv žig, potpis liječnika i pečat zdravstvene ustanove koja je izdala nalaz, odnosno mora biti sastavljena u skladu s pravilima o vođenju medicinske dokumentacije prema propisima o zdravstvenom osiguranju.

Komora je upozorila da je vođenje medicinske dokumentacije vezane uz provođenje ugovorene zdravstvene zaštite uređeno Općim uvjetima ugovora o provođenju primarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN br. 50/10, 71/10, 88/10, 1/11, 93/11, 137/11, 38/12, 80/12, 85/12, 118/12, 129/12, 147/12) i Općim uvjetima ugovora o provođenju specijalističko-konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstve-

nog osiguranja (NN 50/10, 71/10, 88/10, 1/11, 31/11, 38/12). Time se svaki ugovorni subjekt HZZO-a obvezuje da će medicinska dokumentacija biti sastavljena prema pravilima struke te da će, osim podataka koji se odnose na zdravstveno stanje osigurane osobe, obvezno sadržavati ime, prezime i datum rođenja osigurane osobe, naziv zdravstvene ustanove u kojoj je osiguranoj osobi pružena zdravstvena zaštita, faksimil i potpis ovlaštenog zdravstvenog radnika koji je osiguranu osobu liječio na način da iz toga bude nedvojbeno vidljivo njegovo ime i prezime te identifikacijski broj dodijeljen od Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te da bude ovjerena pečatom zdravstvene ustanove odnosno privatne prakse.

S obzirom na to da je tim propisima jasno navedena obveza svih ugovornih subjekata HZZO-a na primarnoj, specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj razini da svu medicinsku dokumentaciju ovjeravaju pečatom zdravstvene ustanove odnosno privatne prakse, Komora smatra da ne postoji obveza izabranog liječnika na dodatno ovjeravanje medicinske dokumentacije, niti

obveza ovjeravanja preslika medicinskih nalaza drugih liječnika koji su prethodno skrbrili o osiguraniku.

Komora je upozorila da je Zakonom o javnom bilježništvu (NN 78/93, 29/94, 162/98, 16/07, 75/09) propisano da su javni bilježnici ovlašteni potvrditi da se prijepis - preslika bilo koje isprave slaže s njenim izvornikom, tj. s ovjerenim prijepisom ili ovjerenom preslikom izvorne isprave.

Stoga će Komora svojim članovima preporučiti da obrascu izvješća prilažu isključivo originalnu medicinsku dokumentaciju budući da izabrani liječnici nisu nadležni niti obvezni provoditi ovjeravanje preslika medicinske dokumentacije. Aako pak osiguranik izričito zatraži da se zahtjevu priloži ovjerena preslika medicinske dokumentacije, uputit će ga se da ovjeru obavi u nadležnim javnobilježničkim uredima.

Borka Cafuk

♦♦♦♦

Susret predstavnika Makedonske i Hrvatske liječničke komore

Borka Cafuk

• U Hrvatskoj liječničkoj Komori održan je susret predstavnika Makedonske i Hrvatske liječničke komore 15. veljače.

Predsjednik Hrvatske liječničke komore (HLK) prim. dr. **Hrvoje Minigo** , tajnik prim. dr. **Vjekoslav Mahovlić** , zamjenik predsjednika Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor prof. dr. **Mirko Gju-**

rašin i tajnik dipl. iur. **Radmila Rumek-Črne** , predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu dr. **Senad Muslić** i tajnik dipl. iur. **Mijo Karaula** , tajnik Komore dipl. iur. **Nikolina Budić** i voditeljica službe stručno-medicinskih poslova prim. dr. **Katarina Sekelj-Kauzlarić** sastali su se s članicom Izvršnog odbora i predsjednicom Općin-

skog odbora privatnih liječnika Makedonije Makedonske liječničke komore (MLK) dr. **Biljanom Petkovskom Ognjanovom** i tajnikom Komisije za stručni nadzor Anitom Krstovskom vezano uz teme stručnog nadzora liječnika, liječnika u PZZ-u i druge. O razlozima posjete predstavnice Makedonske liječničke komore Hrvatskoj, te aktivnostima i djelatnostima MLK-a razgovarali smo s dr. Biljanom Petkovskom Ognjanovom.

MLK je dobila ovlast provođenja stručnog nadzora

Koji je bio povod bilateralnom susretu?

Makedonska liječnička komora dobila je javnu ovlast od Ministarstva



Dipl. iur. Radmila Rumek-Črne, prof. dr. Mirko Gjurašin, Anita Krstovska, dr. Biljana Petkovska Ognjanova, dr. Senad Muslić i dipl. iur. Mijo Karaula

zdravstva da provodi stručni nadzor nad radom makedonskih liječnika. Komora je zadužena da organizira stručni nadzor i u narednih šest godina ga provede nad svim liječnicima. S obzirom na to da Hrvatska komora ima puno iskustva i uspješno provodi stručni nadzor, Makedonska je komora zatražila pomoć HLK u organizaciji stručnog nadzora. Upravo je stoga organiziran bilateralni susret predstavnika komora, i zadovoljni smo savjetima i smjernicama koje smo dobili od HLK-a.

Koliko je liječnika u Makedoniji?

Makedonija ima 6.500 aktivnih liječnika. No, za razliku od Hrvatske imamo oko 2.000 privatnih liječnika, koji rade u privatnim zdravstvenim ustanovama, od primarne do tercijarne zdravstvene zaštite i kliničkih bolnica.

Koje su osnovne djelatnosti MLK-a?

Komora vodi registar liječnika, izdaje licence i provodi relicenciranje svakih sedam godina. Potom, organizira i provodi državni ispit svih liječnika kada završe studij medicine kako bi dobili licencu za rad. Komora je, također, ravnopravan partner u pregovorima s makedonskim Ministarstvom zdravstva i Fondom za zdravstveno osiguranje. Naše se mišljenje i stav o bilo kojem problemu ili oblasti u zdravstvu uvažava i cijeni.

Koji su najveći izazovi s kojima se suočava MLK?

Trenutačno nam je najveći izazov Zakon o medicinskim studijima. Komora kao ravnopravan partner s Ministarstvom zdravstva i tri medicinska fakulteta - u Skopju, Tetovu i Štipu - sudjeluje u provođenju tog Zakona. On predviđa da Komora provodi stručni nadzor u trening centrima. Komora također financira trening centre. Prema tom Zakonu Komora je ravnopravan partner pa njene stavove Ministarstvo zdravstva shvaća kao obvezne, odnosno Ministarstvo ima

obvezu da Komoru pita o svemu što planira raditi.

450 specijalista otišlo je u javni sektor

Kojim se još aktivnostima Komora bavi?

Osim trening centra koji planiramo otvoriti u Skopju, namjeravamo otvoriti još dva pri drugim medicinskim fakultetima kako bismo unificirali kvalitetu edukacije liječnika. S Ministarstvom zdravstva planiramo sudjelovati i u drugim projektima. Aktivno ćemo sudjelovati u izradi zakona i svih pravilnika koji reguliraju zdravstveni sustav, planiramo povisiti standard liječnika kako bismo ih zadržali u Makedoniji jer nam je odljev liječnika realno velik. Želimo zadržati liječnike u Makedoniji osiguravajući im bolje uvjete rada i pružajući im bolju edukaciju. Do sada se u Makedoniji jako puno investiralo u opremu, a sada će se investirati u kvalitetu kadra. Liječnici se šalju na doedukacije u svjetske medicinske centre. Počeli su i natječaji za specijalizacije koje financijski pokriva država, mimo privatnih specijalizacija koje idu na teret liječnika po izboru, te smatramo da će standard, kvaliteta, rad i usluge koje pružaju liječnici biti na zadovoljavajućoj razini.

Koliko liječnika nedostaje u Makedoniji?

Najviše nam nedostaju specijalisti, a i mali je interes za primarnu zdravstvenu zaštitu, odnosno za obiteljsku medicinu. Komora se trudi osigurati bolji standard i uvjete za rad za liječnika obiteljske medicine kako bi se mladi liječnici odlučili za obiteljsku medicinu jer je to osnova zdravstva u državi. Imamo oko 1.500 obiteljskih liječnika, od kojih će trećina otići u mirovinu u narednih pet godina. Makedonija je imala velik odljev specijalista i visoko kvalificiranih subspecijalista u privatne bolnice i tu rupu država pokušava pokriti s novim specijalistima. Javni sektor je izgubio oko 450

specijalista, koji su otišli u privatni sektor, pa je država raspisala oko 500 specijalizacija, a Komora joj pomaže u namjeri da ojača javni zdravstveni sektor. Komora ima svoje predstavnike u Savjetu za specijalizacije i u Komisiji za sankcije u Zavodu za zdravstveno osiguranje, koji amortiziraju sve probleme u praksi liječnika.

Zakonska obveza osiguranja svih liječnika od profesionalne odgovornosti

Bavi li se Komora pitanjem osiguranja liječnika od profesionalne odgovornosti?

Zakonski smo obvezni od 20. rujna protekle godine osigurati sve liječnike od profesionalne odgovornosti. Privatni liječnici, od obiteljskih do liječnika u privatnim bolnicama, osigurali su se sami. Komora prikuplja ponude za osiguranje liječnika na razini države. Odlučili smo se na to jer je osiguranje jednog liječnika obiteljske medicine 3.000 eura, naime sadašnji standard samo toliko dozvoljava.

Najveći iznos koji je za liječničku pogrešku platio jedan makedonski liječnik je 350.000 eura, pa se s takvim osiguranjem liječnik ne može pokriti. Stoga Komora trenutno pregovara o tipu osiguranja koje bi pokrilo sve liječnike članove Komore. Liječnička pogreška je postala u Makedoniji vrlo aktualne tema. Želimo na ovaj način pomoći liječnicima.

Namjeravamo osnovati i Komisiju pri Komori kojoj bi se mogao javiti svaki liječnik nakon neke pogreške, kako bi se to raspravilo u Komori i da se liječniku pomogne u njenom ispravljaju, odnosno stvaranju pretpostavki da je više ne čini.

.....



Prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlarčić, Đurđa Minigo, prim. dr. Hrvoje Minigo, Anita Krstovska, Marija Mahovlić, prim. dr. Vjekoslav Mahovlić, dr. Biljana Petkowska Ognjanova, dipl. iur. Nikolina Budić, dr. Senad Muslić, dipl. iur. Radima Rumeč-Črne i dipl. iur. Mijo Karaula

Primjedbe na novi model ugovaranja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

• Na poticaj Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu i njegovog predsjednika dr. **Senada Muslića** održan je 31. siječnja u sjedištu Komore zajednički sastanak predstavnika Hrvatske liječničke komore i udruga koje zastupaju interese liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Prisustvovali su mu ovi predstavnici:

- Hrvatska liječnička komora: **Senad Muslić**, dr.med.; **Bari Šita**, dr.med.; **Ilonka Artuković**, dr.med.; **Mijo Karaula**, dipl.iur.

- Koordinacija hrvatske obiteljske medicine (KoHOM): **Ines Balint**, dr.med.

- Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM): prof.dr.sc. **Biserka Bergman Marković**, dr.med.

- Udruga privatnih poslodavaca u zdravstvu (UPPUZ): **Željko Bakar**, dr.med.; **Ivan Gabrilo**, dipl.iur.; mr.sc. **Ante Gabrilo**, dipl.oec.

- Udruga poslodavaca u zdravstvu (UPUZ): **Mile Klepo**, dip.iur.; **Tihomir Strizrep**, dr.med.; **Dalibor Drugović**, dr.med.

- Hrvatska udruga poslodavaca (HUP) – udruga liječnika poslodavaca u ugovornom odnosu: **Damir Biloglav**, dr.med.; **Gordana Prljević**, dr.med.; **Marijana Filipić**; mr.sc. **Anny Brusić**

- Hrvatski liječnički zbor (HLZ) i Hrvatsko društvo obiteljskih doktora (HDOD): **Dragan Soldo**, dr.med.

- Hrvatsko društvo za ginekologiju i opstetriciju – Sekcija ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: **Miroslav Prpić**, dr.med.

- Hrvatsko društvo za preventivnu i socijalnu pedijatriju: **Đurđa Španović**, dr.med.

Nakon uvodnog izlaganja i prezentacije dr. Muslića, svim sudionicima sastanka omogućeno da tijekom rasprave iznesu pojedinačne osvrte i komentare na prijedlog novog modela ugovaranja PZZ-a. U tijeku rasprave ukazano je na sljedeće nedostatke

novog modela ugovaranja.

• Prvenstveno, utvrđen je nerazmjer između ukupnog povećanja osiguranih sredstava za pojedine djelatnosti u PZZ-u u odnosu na predstavljenu mogućnost ostvarenja iznosa novčanih sredstava prema novom modelu plaćanja.

• Vezano uz strukturu godišnje vrijednosti timova istaknuto je kako predloženi „temeljni dio prihoda“ iskazan kroz tzv. „hladi pogon“ i „glavarinu“ ne uvažava realne troškove poslovanja najvećeg dijela ugovornih ordinacija i predlaže se njihova korekcija

• Novi model ugovaranja trebao bi uvažavati specifičnosti i potrebe svake pojedine djelatnosti PZZ-a

• Ocjena je svih sudionika da je tijekom redovnog radnog vremena ordinacija PZZ-a i uobičajenog rada s pacijentima gotovo nemoguće na dnevnoj osnovi ostvariti realizaciju DTP postupaka koja bi omogućila dostizanje predloženih ukupnih novčanih iznosa

• Predstavnici udruga naglasili su potrebu poštovanja postojećih ili definiranja novih vremenskih normativa za sve prihvaćene postupke u ordinacijama PZZ-a

• Popis DTP postupaka potrebno je ujedno dodatno revidirati i uskladiti s važećim Katalogom znanja i vještina za studij medicine. Nužno je otkloniti sve nejasnoće vezane uz kompetencije liječnika opće/obiteljske medicine u odnosu na liječnike drugih specijalnosti kao i kompetencije liječnika opće medicine u odnosu na liječnika specijalista obiteljske medicine

• Skrenuta je pozornost da je izvršenje DTP-a u predloženim omjerima u okviru postojećeg radnog vremena nerealno, posebice kada se uzme u obzir vrijeme potrebno za osnovni posao liječnika PZZ-a. Neprihvatljivim je ocijenjen način definiranja vrijednosti DTP postupka putem koefi-

cijenata, čiju bi vrijednost samostalno određivalo Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

• Naglašeno je da prihvaćanjem novog modela ugovaranja veći dio ordinacija PZZ-a može doći u nepovoljan financijski položaj

• Istaknuto je da nisu ispunjene osnovne pravne pretpostavke za uvođenje i ugovaranje modela rada putem grupne privatne prakse (skupne privatne prakse)

• Visina dodatnog vrednovanja rada liječnika putem grupne privatne prakse ocijenjena je krajnje nestimulirajućom, čime se dodatno umanjuje važnost i uloga koju bi upravo grupne privatne prakse mogle imati u novom modelu ugovaranja

• Indikatori kvalitete (QI) trebali bi biti prethodno utvrđeni u suradnji s Agencijom za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi i Ministarstvom zdravlja, a ne definirani isključivo od strane HZZO-a

Indikatori kvalitete koje je definirao predlagatelj novog modela ugovaranja iza 1. siječnja 2014. nerealni su i neprovedivi bez definiranja odgovornosti pacijenta i donošenja „košarice usluga“, a liječnici PZZ-a bit će na taj način zaknuti za predviđena sredstva

• Vezano uz pokazatelje učinkovitosti (KPI) potrebno je jasno razdvojiti i odvojeno pratiti propisivanje terapije, odnosno potrošnju sredstava za lijekove propisane na recept i upućivanje na specijalističku zdravstvenu zaštitu koje indiciraju sami liječnici PZZ-a od slučajeva kada se isto čini na preporuku konzilijarnih liječnika. Također je potrebno odvojiti i stopu bolovanja koja vode sami liječnici PZZ-a u odnosu na stopu bolovanja koju odobravaju i produljuju ovlašteni liječnici HZZO-a

• Iskazana je potreba korekcije pokazatelja učinkovitosti s obzirom na to da su sredstva predviđena za prepisivanje lijekova na recept smanjena za 15% po osiguraniku, a s druge strane lijekovi su poskupili za 5% (PDV), te je stoga upozoreno da će zbog nemogućnosti izvršenja zadanih pokazatelja uspješnosti kroz novi model ugovaranja liječnici PZZ-a biti zaknuti za predviđena sredstva

• Posebno vrednovanje rada ordinacija PZZ-a, odnosno vrednovanje dodatnih usluga koje se pružaju pacijentima (tzv. „sustav 5**“) također treba biti utvrđeno u suradnji s Agencijom za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi te predstavljati dio budućih akreditacijskih standarda u PZZ-u

• Posebna zabrinutost izražena

je u pogledu načina budućeg financiranja timova domova zdravlja, pri čemu se opravdano postavlja pitanje mogućnosti daljnjeg podmirivanja financijskih obveza domova zdravlja zbog očekivanog smanjenja postojećih prihoda uslijed uvođenja novog modela plaćanja usluga.

Imajući sve to u vidu, sudionici sastanka podržavaju pokrenuti svojevrsni „pilot projekt“ novog modela plaćanja u koji će biti uključene sve ordinacije PZZ-a te očekuju da će se po završetku prijelaznog

razdoblja testiranja svakako provesti detaljna evaluacija rezultata te sukladno njima i potrebna modifikacija predloženog modela ugovaranja.

Iako načelno podržavaju promjenu postojećeg modela plaćanja u PZZ-u, sudionici sastanka ne mogu podržati uvođenje bilo kakvog novog modela ako bi se njegovom primjenom većini ordinacija PZZ-a umanjila postojeća razina prihoda.

Uvažavajući iznesene primjedbe smatramo potrebnim odgoditi punu primje-

nu novog modela ugovaranja dok se ne riješe sva ukazana sporna pitanja i ne usklade svi akti vezani za provođenje PZZ-a. Sudionici sastanka suglasni su da je ovaj sastanak pokazao zajedništvo svih strukovnih udruga i udruga poslodavaca kao i suglasnost po svim pitanjima te je donesen zaključak da predloženi model ugovaranja bez značajnih izmjena nije prihvatljiv liječnicima PZZ-a u koncesiji, a niti domovima zdravlja.

Zapisničar: Ivančica Kalšan

♦♦♦♦

5. sjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti

Položaj i status liječnika zaposlenih u farmaceutskim tvrtkama

Borka Cafuk

• Položaj i status liječnika zaposlenih u farmaceutskim tvrtkama, kojih je u Hrvatskoj oko 700, bila je glavna tema 5. Sjednice Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti, koja je održana 22. veljače u Hrvatskoj liječničkoj komori.

Podsjetimo, na prethodnim sjednicama Povjerenstva razmatran je položaj i status liječnika zaposlenih u MORH-u, HZZO-u i HZMO-u (LN broj 106 veljača 2012. i broj 110 lipanj 2012.). Ove sjednice proizašle su iz zaključka Povjerenstva da interesi grupacija koje predstavlja nisu dovoljno promicani te da se treba posvetiti svakoj od grupacija i saznati kakav im je položaj i status s ciljem usmjeravanja budućih aktivnosti Povjerenstva i Komore i ostvarivanja suradnje s različitim grupacijama liječnika koji rade u ostalim liječničkim djelatnostima. Uz predsjednicu Povjerenstva prim. dr. **Katarinu Sekelj-Kauzlarić**, na sjednici su sudjelovali članovi Povjerenstva dr. **Ante Županović**, dr. sc. **Vesna Sitar Srebočan**, dr.

Darko Dogan, dr. **Željka Russo**, dr. **Velibor Drakulić** i tajnik Povjerenstva dipl. iur. **Maja Lacković**.

Položaj i status liječnika zaposlenih u farmaceutskim tvrtkama predstavili su dr. **Mirna Jovanić Kolundžić** iz farmaceutske tvrtke Boehringer Ingelheim, članica Povjerenstva koja predstavlja liječnike zaposlene u farmaceutskim tvrtkama, dr. **Sanja Giljanović Kiš** iz farmaceutske tvrtke Eli Lilly, mr. sci. **Velimir Šimičević** iz Servier Pharme, dr. **Csaba Dohodczky** iz Roscha i dr. **Ivana Mišić** iz Boehringer Ingelheima.

Ono što liječnici vide u svojoj kliničkoj praksi je samo vrh ledene sante

Dr. Mirna Jovanić Kolundžić, članica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti zaposlena u farmaceutskoj tvrtci Boehringer Ingelheim, istaknula je da je

liječnicima iz farmaceutske industrije drago što im je Povjerenstvo dalo priliku da na ovaj način pruže informaciju o položaju i statusu liječnika zaposlenih u farmaceutskim tvrtkama.

Želimo Komori i njenim članovima približiti koji su to poslovi kojima se liječnici u farmaceutskim tvrtkama bave, pokazati da farmaceutska industrija ne može bez liječnika, tj. da je položaj liječnika u farmaceutskim tvrtkama bitan i da je liječnik na nekim poslovima osnovni preduvjet, odnosno da je diploma medicinskog fakulteta apsolutni preduvjet za obavljanje određenih poslova, naglasila je Jovanić Kolundžić.

Farmaceutska industrija jedna je od najreguliranijih industrija - od same proizvodnje, preko laboratorijskih i kliničkih ispitivanja do stavljanja lijeka na tržište i njegovog praćenja kroz cijeli životni vijek. Svaki klinički pokus radi se prema strogim uvjetima, sva ispitivanja koja na kraju dovede do stavljanja lijeka na tržište su strogo kontrolirana zakonima, pravilnicima, smjernicama, a nakon dolaska lijeka na tržište nastavlja se njegovo praćenje. Farmaceutska tvrtka ima stroga načela unutarnje kontrole, objasnila je Jovanić Kolundžić.

Osim što farmaceutska industrija funkcionira prema međunarodnim i nacionalnim zakonima, pravilnicima i smjernicama, ona iznutra ima strogo uređenu unutrašnju kontrolu zato što farmaceutska industrija želi proizvesti visoko kvalitetne lijekove, odnosno učinkovite, djelotvorne i



Dr. Ivana Mišić, dr. Mirna Jovanić Kolundžić, dr. Csaba Dohodczky, dr. Sanja Giljanović Kiš, prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlarić, mr. sc. Velimir Šimičević, dipl. iur. Maja Lacković, dr. Ante Županović i dr. Velibor Drakulić



Mr. sc. Velimir Šimičević
i dr. Mirna Jovanić Kolundžić

sigurne lijekove, a to znači da imaju minimalan broj nuspojava. Ta kvalitete se postiže s unutarnjom kontrolom.

Svaki mali i najmanji djelić farmaceutske industrije je strogo kontroliran, uređen je prema standardima i operativnim postupcima, a također, kako bi farmaceutska industrija funkcionirala u skladu sa svijetom oko sebe, ona se pridržava pravila regulatornih tijela. Regulatorna tijela su Agencija za lijekove i medicinske proizvode, Ministarstvo zdravlja, koje propisuje zakone, pravilnike i smjernice i kontrolira svaki korak u razvoju lijeka do dolaska lijeka na tržište. Potom slijedi još veća kontrola, donosi se procjena jesu li uvjeti u trenutku kada je lijek dobio registraciju i dalje važeći, stalno se kontrolira sigurnost lijeka i njegovo etičko oglašavanje, objasnila je Jovanić Kolundžić.

Ono što liječnici vide u svojoj kliničkoj praksi to je samo vrh ledene sante, odnosno vide lijek tek kad on biva registriran, tj. nakon rješenja o odobrenju Agencije za lijekove i medicinske proizvode za stavljanje lijeka u promet, što znači da je on registriran i može se propisivati u Hrvatskoj. Kod liječnika dolaze medicinski predstavnici, odnosno stručni suradnici iz farmaceutskih tvrtki, i to su obično osobe s visokom stručnom spremom, s diplomom jednog od sveučilišta biomedicinskih znanosti. Stručni suradnik liječniku pruža podatke isključivo o registriranom lijeku, tj. na koji se način lijek dozira, koje su indikacije, a koje kontraindikacije i nuspojave. Posao je liječnika u farmaceutske industriji da lijek nadgledaju nakon dolaska na tržište. Liječnici koji rade u medicinskom odjelu farmaceutske industrije prate kako se molekula ponaša u stvarnom životu. Prati se djelotvornost s naglaskom na sigurnost lijeka, a sve je to određeno zakonima, pravilnicima i ostalim smjernicama. No, taj posao koji radimo na vrhu ledenjaka, odnosno ono što vidi liječnik u svakodnevnoj praksi, vrlo je mali s obzirom na veličinu posla koji liječnici obavljaju prije registracije i izlaska lijeka na tržište, istaknula je Jovanić Kolundžić.

U procesu nastanka lijeka apsolutno ključnu ulogu imaju liječnici

Da bi se od desetak tisuća molekula dobila jedna molekula, odnosno jedan registrirani lijek koji je pokazao da je učinkovit i siguran, potrebno je 12 do 15 godina. Na samom dnu ledenjaka nalazi se pretklinički razvoj gdje liječnici u istraživačkim centrima tragaju za ciljnom molekulom, a u pretkliničkom razvoju utvrđuje se postoji li stvarno djelovanje izabrane molekule i smisao njenoga daljnjeg razvoja.

To razdoblje traje između četiri i šest godina i to je sve regulirano dobrom proizvođačkom i laboratorijskom praksom, zakonima i pravilnicima. Pokaže li se da postoji smisao u daljnjem razvoju molekule, ulazi se u razdoblje ispitivanja, tj. klinički razvoj, a to podrazumijeva klinička ispitivanja koja se provode na zdravim ispitanicima, malom ili velikom broju bolesnika, u trajanju od osam do 10 godina.

Dokaže li se sigurnost i djelotvornost na velikom broju bolesnika, a tu se radi o ključnim, registracijskim ispitivanjima koja nerijetko obuhvaćaju preko 10.000 ispitanika, molekula dobiva kompletnu pretkliničku i kliničku dokumentaciju i kao takva se predaje regulatornim tijelima na odobrenje. U regulatornim tijelima sjedi niz stručnjaka, liječnika iz raznih grana medicine koji na temelju pretkliničke i kliničke dokumentacije procjenjuju lijek i daju odobrenje za njegovo registraciju.

U kompletnom procesu nastanka lijeka apsolutno ključnu ulogu imaju liječnici i prisutni su u svim pojedinim djelatnostima. U užem smislu, ogranci farmaceutske industrije koji se nalazi kod nas (u ovakvim malim državama poput naše, izuzela bih istraživačke centre i proizvodnju) jesu medicinski odjel i komercijalne djelatnosti. Liječnici se u farmaceutske industriji mogu naći na raznim pozicijama jer svojim znanjima i vještinama mogu kompetentno obavljati brojne poslove. Stručni suradnici koji pružaju medicinsku informaciju o registriranom lijeku u Hrvatskoj rade to sukladno našem Zakonu o lijekovima, odnosno Pravilniku o načinu oglašavanja lijekova i homeopatskih proizvoda. Pravilnik određuje tko može usmeno kontaktirati zdravstvene radnike, a to su stručni suradnici sa završenim preddiplomskim i diplomskim studijem iz znanstvenog područja biomedicine i zdravstva, koje je nositelj odobrenja (farmaceutska tvrtka) još dodatno educirala. Hrvatska je postavila visok standard o tome tko smije

prenijeti medicinsku informaciju liječnicima. Obično su to kolege liječnici, zaključila je Jovanić Kolundžić.

Uloga liječnika u razvoju molekule

Sanja Giljanović Kiš, specijalistica kliničke medicine iz farmaceutske tvrtke Eli Lilly, predstavila je ulogu liječnika u razvoju molekule. U Hrvatskoj više nema tako puno jakih istraživačkih centara pa Giljanović Kiš neće govoriti o pretkliničkoj fazi već o kliničkim ispitivanjima u kojima Hrvatska ima dugotrajnu tradiciju, i al pari je u provođenju kliničkih ispitivanja među zemljama koje se procjenjuju kao zemlje s visokim standardima, kako što se tiče regulatornih standarda tako i u našoj izvedbi.

Nerijetko je percepcija razvoja lijeka vrlo jednostavna. No, razvoj lijeka je dugotrajan i postupan proces, koji zahtijeva godine sustavnog rada te velike ljudske i financijske izvore kako bi se u konačnici novi lijek mogao registrirati za primjenu u ljudi i potom propisivati u svrhu liječenja.

Pretpostavka je da taj proces od početne ideje do odobrenja novog lijeka približno traje 10 do 12 godina i košta 1,3 milijarde američkih dolara, a po nekim procjenama i do četiri milijarde dolara. Potpuno nam je jasno da je vrlo teško ponoviti priču koju je nekoć Pliva napravila sa svojim azitromicinom ili sumamedom, tj. kada je iznijela jedan inovativni antibiotik na tržište. U dosadašnjim okolnostima i s ovim financijskim resursima gotovo je nemoguće da bi se to dogodilo u Hrvatskoj, objasnila je Giljanović Kiš.

Postoje određeni preduvjeti da bi lijek uopće došao na tržište. Prvo se mora dokazati njegova sigurnost, tj. lijek mora biti prihvatljivo neškodljiv ili razmjerno siguran i, naravno, učinkovit. Također, proizvodnja lijeka mora biti u skladu sa svim važećim standardima i mora se osigurati reproducibilnost, što znači da lijek sa svakom novom serijom mora zadovoljavati čistoću i sve ostale karakteristike koje nalaže dobra proizvodna praksa. Tu se dotičemo jako puno s pravnom strukom. Surađujući tijekom kliničkih ispitivanja s pravnicima, kako u Hrvatskoj tako i u svijetu, shvatila sam koliko je bitno regulirati svaki korak. Premda se uvijek može dogoditi da nešto iskoči iz svega što smo regulirali, međutim nama upravo nacionalni zakoni i pravilnici, internacionalni zakoni, pravilnici i kodeksi omogućavaju da taj rizik iznenađenja smanjimo na minimum, istaknula je Giljanović Kiš.



Dr. Sanja Giljanović Kiš

Faze kliničkih ispitivanja

Giljanović Kiš je ukratko objasnila kako se odvija proces kliničkih ispitivanja. Taj se dijeli u četiri faze. U prvoj fazi cilj je prvenstveno procijeniti sigurnost i neškodljivost lijeka na zdravim dobrovoljcima. Postoje neke indikacije kada se lijek ne može primijeniti kod zdravih dragovoljaca, kao na primjer ako ispitujemo lijek za AIDS ili karcinom, pa se tada ispituje na teško oboljelim. Ispituju se farmakokinetička svojstva, tj. apsorpcija, distribucija, metabolizam i ekskrecija lijeka iz organizma. Određen broj lijekova uopće ne prođe ovu fazu kliničkog ispitivanja, premda im je prethodio niz godina eksperimentalnog ispitivanja. Znači, kod ispitivanja lijekova uvijek postoji velik rizik da će određeni broj molekula koje su izgledale kao potencijalni novi lijek biti zaustavljene u bilo kojoj fazi ispitivanja.

U drugu fazu kliničkih ispitivanja najčešće se uključuje nekoliko stotina osoba – bolesnika, koji imaju bolest ili stanje za koje će se lijek inače primjenjivati ako bude odobren. I ovdje se radi procjena sigurnosti i učinkovitosti, koja mora biti prihvatljiva da bi lijek krenuo u daljnja ispitivanja. U ovoj fazi želi se utvrditi karakterizacija doze ili više doza, raspored doziranja, a tražimo i identifikaciju mogućih sigurnosnih problema koji bi mogli zaustaviti lijek u daljnjem razvoju.

Treća faza je zapravo predregistracijska studija, u kojoj je, ovisno o indikaciji, vrlo važna uloga biostatističara. U nju se uključuje od tisuću do nekoliko tisuća bolesnika. U ovoj se fazi rade velike multicentrične i multinacionalne studije, a vrijednost kliničkog ispitivanja ocjenjuje se po tome koliko je velika ta populacija; što je više centara iz različitih dijelova svijeta uključeno u ispitivanje to mu je veća dodatna vrijednost. Danas se insistira, zbog toga što je svijet postao globalno selo, da se u ispitivanja uključi i više etničkih skupina,

rasa itd. Zbog toga je ova faza ispitivanja vrlo skupa.

Posljednja, četvrta faza kliničkih ispitivanja provodi se nakon što je lijek dobio sva odobrenja i stavljen je na tržište, u svrhu osiguranja dodatnih podataka o dugotrajnoj učinkovitosti i sigurnosti. Ovdje su i studije koje su prvenstveno opservacijske i često se nazivaju postmarketinške studije, no one ne spadaju u kategoriju strogo kontroliranih kliničkih ispitivanja.

Na pojavu bilo kojeg alarmantnog signala liječnici su dužni odmah obavijestiti sva regulatorna tijela, sve uključene ispitivače i bolesnike

Uloga liječnika u farmaceutskoj industriji vezana uz klinička ispitivanja podrazumijeva uključenost u strateško planiranje, razvoj lijeka u ranim fazama ispitivanja kao i implementaciju globalnih i lokalnih studija. Nadalje, razvijanje i pisanje protokola kliničkih ispitivanja, savjetovanje i odgovaranje na medicinska pitanja ili probleme povezane s kliničkim ispitivanjem koje je u tijeku te monitoring i praćenje sigurnosti bolesnika kroz cijelo trajanje kliničkog ispitivanja. Na pojavu bilo kojeg alarmantnog signala liječnici su dužni odmah obavijestiti sva regulatorna tijela, sve uključene ispitivače i bolesnike o bilo čemu što može ugroziti njihov život. To su vrlo organizirani sustavi jer je vrijeme najvažnije i kratak je vremenski okvir u kojem se to mora identificirati i prijaviti te odmah započeti s mjerama koje bi zaštitile pacijentovo zdravlje. Zato taj sustav mora biti jako dobro organiziran, istaknula je Giljanović Kiš.

Potom, liječnici odabiru liječnike i ispitivačke centre za sudjelovanje u pojedinim kliničkim ispitivanjima. Kada se radi o velikim kliničkim ispitivanjima uloga je liječnika zaposlenih u farmaceutskim tvrtkama da se natječu s ostalim kolegama iz svijeta i da pokušaju dovesti klinička ispitivanja u Hrvatsku, što nije lak posao jer

treba dokazati ekspertizu liječnika s kojima se surađuje, da su u kurikulumu već odradili klinička ispitivanja te da su njihovi rezultati u skladu s poštivanjem protokola i drugih propisa.

Liječnici u farmaceutskoj industriji osiguravaju i provjeravaju je li prikupljena sva dokumentacija neophodna za provođenje kliničkih ispitivanja, te je li ona u skladu sa svim važećim nacionalnim zakonima, pravilnicima i dobrom kliničkom praksom. Budući da se radi o novom lijeku, jedine se informacije liječnicima i timovima koji sudjeluju u kliničkim ispitivanjima brošure o lijeku te predavanja i treninzi koje drže liječnici iz farmaceutske industrije. Znači da su prije početka ispitivanja liječnici u farmaceutskoj industriji dužni trenirati sve članove studijskog tima koji radi na eksperimentalnom lijeku, tj. sve liječnike-ispitivače i ostalo osoblje koje sudjeluje u ispitivanju. Kada kliničko ispitivanje započne, liječnici u farmaceutskim tvrtkama su na raspolaganju motriteljima kliničkih ispitivanja, ispitivačima, regulatornim tijelima i etičkim povjerenstvima u slučaju bilo kojeg stručno-medicinskog pitanja vezanog uz provođenje kliničkih ispitivanja.

Na kraju, dio liječnika u farmaceutskoj industriji uključen u kliničko ispitivanje piše ili obavlja znanstveni pregled završnih izvješća kliničkih ispitivanja. U suradnji s glavnim ispitivačima i članovima tima publiciraju rezultate kliničkih ispitivanja u znanstvenim časopisima, odnosno izlažu radove na kongresima.

Kada se govori o transparentnom odnosu farmaceutske industrije prema medicinskoj zajednici, regulatornim tijelima i javnosti, dodala je Giljanović Kiš, danas je pravilo da se rezultati svih kliničkih ispitivanja moraju javno objaviti i to u javno dostupnom registru kliničkih ispitivanja, pa se ne može više optuživati da se objavljuju samo podaci koji pogoduju farmaceutskoj industriji.

Većina liječnika u farmaceutskoj industriji ima dodatno školovanje, specijalizaciju, magisterij i doktorat pa oni djeluju



Dipl. iur.
Maja Lacković i
prim. dr. Katarina
Selkelj-Kauzlaric

kao znanstveni eksperti u određenom terapijskom području. Surađuju s nezavisnim ekspertima i znanstveno-medicinskim autoritetima za određene bolesti i terapijska područja, prate relevantnu znanstvenu literaturu i stalno se stručno usavršavaju u određenom području. Također, pripremaju odgovore na pitanja medicinskih stručnjaka koja su vezana za terapijsko područje ili lijekove koji odgovaraju njihovoj ekspertizi te održavaju predavanja i treninge kolegama iz drugih odjela, odnosno nezavisnim stručnjacima. Osiguravaju i pružaju traženu medicinsku ekspertizu za pisanje regulatornih izvješća, odnosno odgovora na upite nacionalnih regulatornih tijela.

Sudjeluju u pripremi različitih dokumenata kao npr. u planu upravljanja rizicima, brošuri o ispitivačkom lijeku, pretkliničkim i kliničkim dosjeima, pedijatrijskim studijskim planovima i periodičkim izvješćima o neškodljivosti, zaključila je Giljanović Kiš.

Regulatorni poslovi i farmakovigilancija

Mr. sc. Velimir Šimičević iz Servier Pharme je govoreći o regulatornim poslovima i farmakovigilanciji.

Potrebna je mnogobrojna dokumentacija o medicinskoj kvaliteti, kao i pretklinička i klinička dokumentacija. Prosjek stvaranja dokumentacije po inovativnom lijeku iznosi oko 4.100 registratora, tj. 1,850,000 stranica, što je otprilike 230 metara, odnosno tisuću kilograma. Čitavo vrijeme govorimo o učinkovitosti i sigurnosti. Nekako je sada, barem s aspekta registracije, veća uloga sigurnosti lijeka. Sastavni dio registracijske dokumentacija je i plan upravljanje rizicima. Cilj je sustava upravljanja rizicima osigurati da korist primjene lijeka bude veća od rizika za pacijenta ili ciljane populaciju. Upravljanje rizikom načelno slijedi četiri koraka: prepoznavanje (detekcija), ocjena (analiza), minimalizacija i komunikacija rizika. U sva ta četiri koraka ključna je uloga liječnika, naglasio je Šimičević.

Životni ciklus lijeka pretpostavlja stalno praćenje lijeka i izmjena odobrene dokumentacije na temelju novih podataka i to predstavlja zakonsku obavezu. Liječnici u farmaceutskim tvrtkama obvezni su pratiti podatke o kvaliteti, sigurnosti i djelotvornosti lijeka, te promjene administrativne prirode.

Jako je važno stalno praćenje sigurnosti lijeka jer se kliničkim ispitivanjima ne mogu obuhvatiti sve nuspojave.



Dr. Csaba Dohodczky i dr. Ivana Mišić

U kliničkim ispitivanjima je ograničen broj bolesnika, nekoliko stotina do nekoliko tisuća, i to u kontroliranim uvjetima.

Tek kada lijek dobije populacija od oko 30.000 pacijenata moći će se detektirati neku rijetku ($\geq 1/10.000$ i $< 1/1.000$) ili vrlo rijetku nuspojavu ($< 1/10.000$) koja može biti i životno ugrožavajuća. Nakon stavljanja lijeka u promet velik je broj bolesnika i velik broj svih mogućih kombinacija pa se tek tada otkrivaju nove interakcije i nuspojave.

U tome ključnu ulogu ima odgovorna osoba za farmakovigilanciju, koja je odgovorna za uspostavljanje i provođenje farmakovigilancijskog sustava proizvođača lijekova, cjepiva, medicinskih proizvoda. Zakon je propisao da svaka farmaceutska tvrtka koja posluje u Hrvatskoj ili svijetu mora imati odgovornu osobu za farmakovigilanciju. Ona mora imati pregled nad sigurnosnim profilom i svim sigurnosnim pitanjima lijekova za koje nositelj odobrenja ima odobrenje za stavljanje lijeka u promet. Ta osoba mora biti dostupna 24 sata na dan, sedam dana u tjednu, 365 dana u godini, istaknuo je Šimičević.

Zadaci osobe odgovorne za farmakovigilanciju uključuju praćenje nuspojave, tj. sakupljanje, obradu, kontrolu kvalitete, klasifikaciju, medicinsku ocjenu i prijavljivanje pojedinačnih slučajeva, te traženje dodatnih podataka za prijavljene nuspojave.

Također, to podrazumijeva pripremu, obradu, kontrolu kvalitete, ocjenu i dostavljanje tzv. periodičnog izvješća o neškodljivosti lijeka – što predstavlja pregled svih prijavljenih nuspojave prijavljenih iz cijelog svijeta za neki određeni lijek u određenom vremenskom razdoblju. Od trenutka stavljanja lijeka u promet, prve dvije godine takvo se izvješće mora predati regulatornom tijelu svakih šest mjeseci, od druge do pete godine predaje se svakih godinu dana, a nakon toga svake tri godine.

Potom, u zadatke spada i kontrolirano praćenje sigurnosnih profila lijekova,

odnosno otkrivanje signala, ocjena omjera rizika i koristi primjene lijeka, detekcija veza između sigurnosti primjene lijeka i neispravnosti u kakvoći lijeka, pretraživanje literature i edukacija zaposlenika, kako osobe odgovorne za farmakovigilanciju tako i svakog zaposlenika koji ulazi u farmaceutsku tvrtku, o načinu prijavljivanja nuspojave. Kod svih farmaceutskih tvrtki jedan od mogućih razloga da zaposlenik dobije otkaz upravo je prešućivanje nuspojave koja mu se prijavi, zaključio je Šimičević.

Etičko poslovanje nasuprot negativnoj percepciji

Dr. Csaba Dohodczky, specijalist kliničke farmakologije iz Rocha, osvrnuo se na etičko poslovanje. Naglasio je kako danas postoji percepcija da je farmaceutska industrija bogata, bahata, korumpirana, da izmišlja bolesti, misli samo na profit, da se bogati na bolesnima i siromašnima, te da je utjecajan nemoralan lobi.

Suočavamo se s vrlo negativnom percepcijom koja se medijski podgrijava na različitim minornim incidentima, minornim s obzirom na ukupan volumen poslova koji obavljaju zdravstveni profesionalci u farmaceutskoj industriji. Također, prevladava stereotip da su svi liječnici koji surađuju s farmaceutskim tvrtkama isto tako korumpirani. To nas frustrira i smatramo da bi Komora morala pomoći da se korigira taj negativni predznak kakav se pripisuje profesionalcima u farmaceutskoj industriji, izjavio je Dohodczky.

U farmaceutskoj industriji poslovanje vrlo strogo reguliraju regulatorna tijela. Osim toga farmaceutska se industrija i samoregulira. Zbog negativne percepcije farmaceutska se industrija danas pokušava obraniti na taj način da javno i vrlo glasno deklarira etičnost i transparentnost poslovanja, te zahtijeva trajnu edukaciju svojih profesionalaca.

Osnovne postavke svih aktivnosti/smjernica u farmaceutskoj industriji

slične su ciljevima postupaka u pružanju zaštite zdravlja, a to je dobrobit/zdravlje za bolesnika, što se postiže proizvodnjom kvalitetnih lijekova i medicinskih uređaja.

Farmaceutske tvrtke u Hrvatskoj reguliraju se sukladno hrvatskom nacionalnom zakonodavstvu, primjenjivim međunarodnim propisima, ugovorom o etičkom oglašavanju o lijekovima na recept između Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i nositelja odobrenja čiji lijekovi se nalaze na listama. S druge strane, tu je samoregulacija koja se provodi na temelju industrijskih kodeksa (CARPC, EFPIA, IFPMA, ABPI, PhRMA, AdvaMed, EDMA itd.) i kompanijskih obvezujućih postupnika (kodeks, SOP, direktive, smjernice, radne upute itd.).

Mi smo vrlo dobro regulirani i frustrira nas kad nas se optužuje da smo neetični.

U Hrvatskoj je dvadesetak inozemnih kompanija i svaka od njih ima javno dostupan kodeks koji pokazuje na koji način posluje – od zaštite okoliša u proizvodnji do odnosa s pacijentima, nuspojava te kako se odnosi prema drugim pravnim osobama (veledrogerijama, zdravstvenim ustanovama). U Hrvatskoj je na području samoregulacije Udruga inovativnih proizvođača lijekova izradila kodeks koji je javno dostupan. Njime je propisan način na koji se moraju sve članice ponašati. CARPC je glas 22 inovativne farmaceutske kompanije koje zapošljavaju preko 900 djelatnika i osiguravaju 51 posto lijekova u Hrvatskoj, istaknuo je Dohodczky.

Etička pravila samoregulacije uređuju kako se surađuje s bolesnicima, promoviraju lijekovi prema zdravstvenim djelatnicima i obavještava javnost.

Farmaceutska industrija ima obvezu da izvještava medicinske stručne krugove o lijekovima koje razvija i da potiče pravilnu uporabu lijekova radi osiguravanja sigurnosti bolesnika i učinkovitosti terapije. Promotivne aktivnosti moraju se provoditi na odgovoran i stručan (profesionalan) način. Obavijest o lijeku mora biti točna, odmjerena, poštena, objektivna i potpuna, objasnio je Dohodczky.

Oglašavanje lijekova mora biti točno, uravnoteženo, pošteno, objektivno, temeljeno na relevantnim znanstvenim dokazima. Ono mora omogućiti zdravstvenom radniku stvaranje vlastitog mišljenja, poticati racionalnu upotrebu lijekova te ne narušavati ugled i slabiti povjerenje u farmaceutsku industriju. A komparativno oglašavanje se mora zasnivati na relevantnim i usporedivim svojstvima proizvoda i ne smije umanjivati terapijsku vrijednost drugog



Dr. Ante Županović i dr. Velibor Drakulić

lijeka. Dohodczky je predstavio i mehanizam stalne edukacije koji ima farmaceutska tvrtka Roche u kojoj radi i vjerojatno dvije trećine stranih farmaceutskih kompanija, a i domaća industrija to počinje prakticirati. Postoji elektronski sustav za edukaciju/trening, u Rochu je na engleskom, koji se mora obaviti i položiti u određenom roku. Tko položi dobiva certifikat, inače se ponavlja trening. Dohodczky ističe kako su treninzi vrlo striktni te da je njegova osobna prolaznost 80 posto, a jedan od pet treninga ponavlja jer farmaceutska industrija ne želi davati certifikate na temelju lakih pitanja i odgovora. Kada bi se oglasio na trening tri puta u godinu dana, ne bi imao pravo na bonus i to bi se očitovalo na njegovoj plaći, a napravi li to više od 10 puta, odmah bi dobio otkaz.

Naša je poruka za Komoru: želimo da se prepozna da su profesionalci u farmaceutskoj industriji visoko educirani, da se ta edukacija prepozna kao kontinuirana i kvalitetna te da se provodi, da ne rade na divljem tržištu već na strukturiranom, ozbiljnom i složenom području, zaključio je Dohodczky.

Poboljšati i produbiti suradnju između članova Komore zaposlenih u farmaceutskim tvrtkama i Komore

Predsjednica Povjerenstva prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric ustvrdila je da je aktivnost liječnika prisutna na svim razinama u farmaceutskoj industriji i da oni snose veliku odgovornost, a edukacija im je striktna i učestala. Uza sve to, područje djelatnosti i odnos liječnika zaposlenih u farmaceutskim tvrtkama prema liječnicima praktičarima regulirani su mnoštvom propisa.

Povjerenstvo za ostale liječničke djelatnosti zaključilo je da su doktori medicine i članovi Komore zastupljeni u svim dijelovima procesa u farmaceutskim tvrtkama i da imaju veliku odgovornost u tom sustavu, bez obzira na kojem se položaju nalaze, te da su trajno dobro educirani, i to

ne samo u poslovima koje obavljaju nego i u medicinskom dijelu, što je za Komoru bitno jer promičemo edukaciju liječnika.

Također, nedovoljno je iskorištena mogućnost za suradnju između članova Komore zaposlenih u farmaceutskim tvrtkama i Komore.

Vaša bi znanja i vještine pomogle Komori u provedbi nekih projekata ili zamisli. Povjerenstvo će stoga preporučiti Izvršnom odboru da ubuduće ta suradnja bude bolja. Već vidimo mjesto za suradnju, i to u izradi izmjena i dopuna Pravilnika Komore o medicinskoj izobrazbi liječnika, posebno u onom dijelu koji se odnosi na Kodeks medicinske etike i deontologije i vaše kodekse, naglasila je Sekelj-Kauzlaric.

Povjerenstvo vidi da su liječnici u farmaceutskim tvrtkama izloženi brojnoj regulativi i da su među vodećima u preciznosti te regulative, što pojačava i njihovu odgovornost, a Komori daje priliku da se to iskoristi, pogotovo kad se u medijima previše promoviraju neke afere. Tada bi se suradnja trebala više aktualizirati.

Povjerenstvo poziva sve članove Komore zaposlene u farmaceutskim tvrtkama da se obrate Komori kada trebaju pomoć od nje te da u Liječničkim novinama objave članke o radu liječnika u farmaceutskim tvrtkama, kako bi se šira populacija liječnika što bolje upoznala s položajem i statusom ove liječničke grupacije.

Iduća sjednica Povjerenstva bit će posvećena radu liječnika u državnim službama pa je član Povjerenstva dr. Velibor Drakulić, koji je i glavni tajnik Ministarstva zdravlja, zamoljen da je pripremi. Sjednica Povjerenstva koja će potom uslijediti bit će posvećena položaju i statusu liječnika zaposlenih u javnoj i regionalnoj upravi.

♦♦♦♦

Izgubljene iskaznice

• Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da su dr. **Blaženka Retkovic** i dr. **Maša Reljić** prijavile gubitak liječničke iskaznice HLK-a. U roku od 30 dana od objave gubitka, otuđenja ili uništenja liječničke iskaznice u službenom glasilu Liječničkim novinama, Komora, odnosno izdavaatelj iskaznice, liječnicama će izdati novu iskaznicu.

♦♦♦♦

121. Godišnja izborna skupština HLZ-a

**Novi predsjednik prof. Krznarić,
novi 1. dopredsjednik prof. Brkljačić**

• Ova skupština, koja je ujedno bila i izborna, održana je 23. veljače s početkom u 11 sati u Velikoj dvorani Hrvatskog liječničkog doma u Zagrebu. Sukladno zapisniku verifikacijskog povjerenstva, nazočilo je 185 izaslanika, koji su se morali odlučiti između dosadašnjeg predsjednika HLZ-a prof. dr. **Željka Metelka** i prof. dr. **Željka Krznarića** kao kandidata za mjesto predsjednika HLZ-a, te prof. dr. **Vesne Jureša** i prof. dr. **Borisa Brkljačića** kao kandidata za prvog dopredsjednika HLZ-a.

Izaslanici su uvjerljivo veću podršku upravljanja HLZ-om za razdoblje od 2013. do 2017. godine povjerali prof. Krznariću kao novoizabranom predsjedniku te prof. Brkljačiću kao prvom dopredsjedniku. Spiritus movens za takvu odluku bili su vizija, strategija i aktivnosti HLZ-a za predstojeće razdoblje koje su prof. Krznarić i prof. Brkljačić. predstavili sljedećim programom rada.

Koja je vizija?

Hrvatski liječnik predstavlja lučonošu napretka Republike Hrvatske, a ujedno je i jamac očuvanja zdravlja njezinih građana u vremenima prije i nakon ulaska u Europsku uniju. Hrvatski liječnik poštovat će visoka načela etičkih odnosa, kako unutar struke tako i poglavito naspram svih onih koji trebaju njegovu pomoć i uslugu kao edukatora i prosvjetitelja, a isto tako i osobe odgovorne za sve razine zdravstvene skrbi, od prevencije do visoko diferentne medicine 21. stoljeća.

Koja je zacrtana strategija?

Strategija je aktivna komunikacija i suradnja svih liječnika i svekolikih liječničkih udruga - Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatske liječničke komore (HLK), Hrvatske komore dentalne medicine (HK DM), Hrvatskog liječničkog sindikata (HLS)

te medicinskih fakulteta u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku - a u cilju očuvanja digniteta i kvalitete struke na svim razinama. No valja pripomenuti i aktivnu suradnju sa svim relevantnim sastavnicama društva, te međunarodnim institucijama.

Članstvo, društva i podružnice

Koje su očekivane aktivnosti?

Primarni je cilj postojanja HLZ-a skrb o članstvu, brojnim liječnicima medicine i liječnicima dentalne medicine koji svojim radom oplemenjuju Republiku Hrvatsku.

Rad podružnica i stručnih društava HLZ-a temelj je opstanka Zbora i stoga je podupiranje njihovih aktivnosti stalna obveza predsjednika HLZ-a, svih članova Izvršnog odbora, Glavnog odbora, povjerenstava HLZ-a, no i svih njegovih članova. Izvršni odbor HLZ-a mora ustrajati na stalnim kontaktima s podružnicama kroz različite aktivnosti, s ciljem pravovremenog prepoznavanja potreba ili htijenja pojedinih podružnica. Nužna je učestalija nazočnost članova Izvršnog odbora na događanjima



Prof. dr. sc. **Željko Krznarić** izabran je za novog predsjednika Hrvatskog liječničkog zbora (HLZ), a prof. dr. sc. **Boris Brkljačić** izabran je za prvog dopredsjednika HLZ-a na Izornoj skupštini 23. veljače.

koja organiziraju podružnice, a može se očitovati kroz predavanja i druge oblike suradnje. Potrebno je učestalije održavati sastanke Glavnog odbora u podružnicama HLZ-a. Nužna je aktivnija nazočnost na stručnim sastancima Podružnice Zagreb (predsjednik i/ili članovi IO HLZ-a), kao i na tradicionalnom susretu s liječnicima iz Mainza. Poželjna je nazočnost predstavnika IO HLZ-a na stručnim sastancima i kongresima stručnih društava HLZ-a. Potrebno je insistirati na pozivanju predstavnika podružnica na stručne sastanke i kongrese koji se održavaju u njihovoj sredini.

Liječnički bal treba ponovno postati mjesto na kojem struka pokazuje dignitet i snagu, te obnavlja tradiciju, s ciljem promocije svekolike struke. Ističe se potreba obnavljanja tradicionalne suradnje u organiziranju liječničkog bala, u prvom redu uključivanjem u organizaciju HLK-a i HKDM-a. Želja nam je osnažiti tradicionalno predbožično druženje, a u svjetlu tradicije HLZ-a i suradnje svih strukovnih udruga, HLK-a, HKDM-a, Hrvatskog liječničkog sindikata (HLS) te medicinskih fakulteta u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku.

Stručni savjet

Stručni savjet mora biti mjesto susreta i razmjene informacija i znanja, kako za stručna društva HLZ-a, tako i za članove

podružnica. Predsjednik Stručnog savjeta bira teme i prezentira ih Izvršnom odboru HLZ-a, a ujedno i vodi sastanak Stručnog savjeta. Nazočnost predstavnika HLK-a, HKDM-a, HLS-a i predstavnika medicinskih fakulteta u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku može osnažiti njegov rad.

Izvršni odbor

U rad Izvršnog odbora valja uključiti maksimalan broj članova sukladno statutu HLZ-a, kako bi se omogućila aktivnija uloga članova IO HLZ-a u razvoju HLZ-a. Predsjednik je član IO, odluke se donose glasovanjem, a o radu IO HLZ-a vodi se zapisnik koji se pohranjuje u arhivu HLZ-a. U rad IO HLZ-a valja uključivati predstavnike podružnica ili društava sukladno temama ili potrebama. Rješavanje problema stručnog društva ili pojedinaca potrebno je razmatrati na sastanku IO HLZ-a. Nužno je imenovanje kompetentnih glasnogovornika HLZ-a za komunikaciju s medijima. Potrebna je aktivna komunikacija s Ministarstvom zdravlja, posredstvom člana IO HLZ-a koji će je održavati. Svakako je poželjno uspostaviti komunikaciju IO HLZ-a s medicinskim fakultetima u RH.

Hrvatska liječnička komora

Suradnja sa strukovnim komorama imperativ je u radu IO HLZ-a. HLK ima

posebno mjesto u povijesti HLZ-a i nužno je intenzivirati zajedničke aktivnosti. Predsjednik i članovi IO HLZ-a trebali bi pokazati osobit interes za suradnju i redovitu nazočnost u radu povjerenstava HLK-a. Prisustvovanje predsjednika ili dopredsjednika HLZ-a na Skupštini HLK-a časna je dužnost kojom se produbljuje suradnja, a u interesu našega članstva. Poželjno je intenziviranje zajedničkih aktivnosti IO HLZ-a i IO HLK-a, ovisno o projektima i potrebama, a sukladno mogućnostima. Koncipirati suradnju s HLK-om na izobrazbi liječnika koju vode stručna društva HLZ-a, uz dogovor IO HLZ-a i IO HLK-a, kao što je i do sada bila dobra praksa.

Hrvatska komora dentalne medicine

I suradnja s ovom Komorom imperativ je u radu IO HLZ-a jer liječnici dentalne medicine predstavljaju značajan dio članstva HLZ-a i struke u cjelini. Predstavnik liječnika dentalne medicine tradicionalno ima funkciju 2. dopredsjednika HLZ-a, a struka je zastupljena i predstavnicima u IO HLZ-a. Prisustvovanje predsjednika ili dopredsjednika HLZ-a na Skupštini HKDM-a časna je dužnost kojom se produbljuje suradnja, a u interesu je članstva.

♦♦♦♦

- **Prof. dr. Željko Krznarić** rođen je 25. lipnja 1960. Izvanredni je profesor na Katedri za internu medicinu MEF-a u Zagrebu. Diplomirao je na MEF-u u Zagrebu 1984., magistrirao 1990. na PMF-u u Zagrebu, internu specijalizirao na KBC-u Zagreb 1988.-1992., od 1993. radi u Internoj klinici KBC-a Zagreb, Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju. Doktorirao je 1997., užu specijalizaciju iz gastroenterologije i hepatologije položio je 2001., u zvanje primariusa izabran je 2004., od 2007. je pročelnik Kliničke jedinice za kliničku prehranu KBC-a Zagreb. Zamjenik je voditelja Studija medicine na engleskom jeziku MEF-a u Zagrebu, predsjednik Hrvatskog društva za kliničku prehranu HLZ-a, rizničar Hrvatskog gastroenterološkog društva, član Hrvatskoga katoličkog liječničkog društva, Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, Povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine MZ RH, Nutritional Education Study Group (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism), predsjednik Adriatic Club of Clinical Nutrition, član Upravnog odbora International Confederation for Nutrition Support Organizations, American Society of Parenteral and Enteral Nutrition, World Gastroenterology Organization, Finance Committee of WGO, European Association of Gastroenterology and Endoscopy, FEBGH (Fellow of European Board of Gastroenterology and Hepatology), European Crohn's and Colitis Organization, predstavnik HLZ-a u UEMS-u, član uredničkih odbora i recenzent znanstvenih i stručnih časopisa u zemlji i inozemstvu: Nutrition (SAD), Clinical Nutrition (EU), Clinical Nutrition & Metabolism (Italija), Nutrition & Metabolic Therapy (Poljska), Pharmaca, Croatian Medical Journal, Liječnički vjesnik, Bilten za lijekove KBC-a Zagreb. Održao je preko 200 znanstvenih predavanja u Hrvatskoj i inozemstvu. Nagrade: Award of Excellence, časopis Nutrition, Syracuse, SAD; Nagrada rektora Sveučilišta u Plevnu, Bugarska; Diploma HLZ-a 1999. i 2009. Oženjen je, supruga Suzana, djeca Juraj i Lovro.

- **Prof. dr. Boris Brkljačić** rođen je 19. rujna 1963. Redoviti je profesor na Katedri za radiologiju MEF-a u Zagrebu i predstojnik Kliničkog Zavoda za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KB-a „Dubrava“. Oženjen, supruga Diana, djeca Marko i Branimir. Diplomirao je na MEF-u u Zagrebu 1988., specijalistički ispit iz radiologije položio 1994., subspecijalizacija iz ultrazvuka 2002. Magisterij znanosti 1991., a doktorat znanosti 1994. Voditelj kolegija iz radiologije na engleskom studiju MEF-a u Zagrebu te niza kolegija na poslijediplomskom i doktorskom studiju i član više odbora na MEF-u Zagrebu. Član je uredničkog odbora Ultraschall – European Journal of Ultrasound od 2005., voditelj znanstvenog projekta MZOŠ „Primjena doplera i višeslojnog CT-a kod bolesti bubrega i krvnih žila“ (2007-2012). Predsjednik je znanstvenog odbora za biomedicinu Hrvatske zaklade za znanost (2011-2013), Hrvatskog društva radiologa HLZ-a (2008-2012), Hrvatskog društva za ultrazvuk u medicini i biologiji HLZ-a (2009-2013), Stručnog savjeta HLZ-a (2009-2013), Povjerenstva za radiologiju Ministarstva zdravlja RH od 2004., Stručnog povjerenstva za organizaciju mamografskog screeninga Ministarstva zdravlja od 2005. i voditelj programa specijalističkog usavršavanja za kliničku radiologiju za RH od 2012. Član je Akademije medicinskih znanosti Hrvatske (od 2010) i Executive Council of European Society of Radiology (ESR) (2011-2014); član International Society for Strategic Studies in Radiology, fellow European Society of Urogenital Radiology; Board member, European Society of Oncologic Imaging. Počasni član Mađarskog društva radiologa. Organizirao je 20 kongresa i stručnih skupova u Hrvatskoj i inozemstvu. održao preko 120 pozvanih predavanja u zemlji i inozemstvu. Autor dva samostalna udžbenika, 51 poglavlja u domaćim i stranim udžbenicima i knjigama. 58 radova u časopisima citiranim u CC-u te preko 30 u ostalim časopisima. Nagrade: Rektorova nagrade za najboljeg studenta MEF-a u Zagrebu 1987.; nagrada HAMZ „Borislav Nakić“ za znanstveni rad 1996., diploma HLZ-a 2006.

MMF: Nužno obuzdati neodrživu potrošnju za mirovinsko i zdravstveno osiguranje

Odlučno srezati troškove u bolnicama gubitcima

• Smanjenje plaća u javnom sektoru i planirane reforme mirovinskog i zdravstvenog sustava koraci su u pravom smjeru. Međutim, potrebna su daljnja poboljšanja i brza provedba reformi, kako bi se obuzdala neodrživa potrošnja za mirovinsko i zdravstveno osiguranje, poruka je Misije Međunarodnog monetarnog fonda (MMF) u zaključnoj izjavi nakon posjeta Hrvatskoj od 20. do 25. veljače.

MMF ističe da su se od sredine 2012. pogoršali gospodarski uvjeti u Hrvatskoj, na što treba odgovoriti sveobuhvatnim, ambicioznim i trajnim mjerama.

Rashodi za mirovinsko i zdravstveno osiguranje su neodrživi, stav je MMF-a, te je nužno brzo provesti planiranu mirovinsku reformu uz nove parametre koji će se početi primjenjivati već ove godine.

Smanjenje rashoda, ističe MMF, treba provesti odlučnim rezanjem troškova u bolnicama koje stvaraju gubitke, racionalizacijom bolničke mreže i ograničavanjem izuzeća od participacije. Potrošnju u zdravstvu treba srezati smanjivanjem neefikasnosti i rasipanja te boljim ciljanjem olakšica, daljnjim smanjenjem tekućih rashoda, uključujući subvencije, i pritom treba zaštititi kapitalne rashode.

Osim toga, MMF poručuje da Hrvatska treba produljiti radni vijek, izmjene Zakona o radu trebale bi biti ambicioznije u pogledu smanjenja troškova i zapošljavanja i otpuštanja, smanjiti prepreke za ulaganja itd.

Prijevod čitave zaključne izjave MMF-a dostupan je na mrežnim stranicama Hrvatske narodne banke <http://www.hnb.hr/>.

Borka Cafuk

-
-
-
-
-

Međunarodna konferencija "Investing for Healthy Future" i 3. Nacionalni forum "Health inWest"

Stvaranje preduvjeta za razvoj projekata u zdravstvu

• Međunarodna zdravstvena konferencija "Investing for Healthy Future", koju su zajedno priredili "Nacionalni forum" i "Health Finance & Investment Forum", i treći Nacionalni forum "Health inWest" održani su u Zagrebu su 28. veljače i 2. ožujka. Na njima se raspravljalo o tome može li hrvatsko zdravstvo zarađivati, a ne samo trošiti i je li ono spremno za kvalitetan ulazak u Europsku uniju. Razmatralo se kako pri tom racionalno i učinkovito primijeniti najnovija upravljačka znanja i tehnologije, imaju li hrvatsko privatno i javno zdravstvo potencijal, ljude i projekte za konkurentnu inozemnu tržišnu utрку te kako konačno pokrenuti inozemne investicije u turizmu zdravog života za prosperitet hrvatskog gospodarstva i stanovništva.

Zdravstvena konferencija održana je pod visokim pokroviteljstvom predsjednika RH prof. dr. **Ive Josipovića** i u partnerstvu s Hrvatskom udrugom poslodavaca te u suradnji s Američkom gospodarskom komorom i Infoarenom.

Zdravstvo kako ga procjenjuju Svjetska banka i investicijski fondovi – je jedno od najpotencijalnijih biznisa za ulaganje u tranzicijskim zemljama, i nalazi se odmah na drugom mjestu iza energetskog sektora. No, zdravstvo doživljavamo isključivo kao sustav liječenja bolesnih ljudi

premda je to reducirano shvaćanje zdravstvene industrije. Želimo pokazati da je to potencijal gdje možemo mobilizirati dobre liječnike, organizatore, turističke radnike i razviti zdravstveni biznis. Glavni su ciljevi oba događaja stvaranje preduvjeta za razvoj projekata u zdravstvu, povezivanje strateških i financijskih partnera i poticanje poduzetništva, izjavio je predsjednik Nacionalnog foruma prof. dr. **Nikica Gabrić** na konferenciji za novinare 27. veljače prilikom predstavljanja međunarodne konferencije i Nacionalnog foruma.

Konferencija se neće baviti državnim zdravstvom koje je jedan od posljednjih segmenata i koje uopće nije dotaknula nikakva reforma. Ne želimo kritizirati, ustvrdio je Gabrić, već želimo dati konkretan doprinos kako mi to vidimo da se privatno zdravstvo može razvijati u Hrvatskoj.

Ne želimo razgovarati o tome da mi uzmemo novce iz fonda zdravstva pa da zbog toga netko bude zakinut, već želimo pokazati da će ulaskom Hrvatske u EU ljudi dolaziti u Hrvatsku jer se stječe percepcija sigurne, uljuđene, pravno uređene zemlje, bez obzira što smo svjesni svih slabosti. Ulaskom u EU dobivamo novi okvir i siguran sam da će Hrvatska na području privatnog zdravstva i privatne zdravstvene industrije ostvarivati značajne prihode, smanjivati naš deficit, zapošljavati ljude i otvoriti novi razvoj. To će biti konkretan doprinos Nacionalnog foruma boljem životu u Hrvatskoj. Glavni je moto Nacionalnog foruma želja da naša djeca i djeca naše djece žive i rade u Hrvatskoj. Ne budemo li bili u stanju osigurati temeljno pravo ljudi u Hrvatskoj, a to je pravo na rad, onda ova zemlja nema budućnost, istaknuo je Gabrić.

Cijeli je problem današnjeg društva što ono smatra da treba štedjeti i stvoriti nove poreze. No pravi način je stvoriti nove projekte, a država to nije u stanju sa svojim načinom promišljanja sadašnjosti i budućnosti. Državno se zdravstvo, smatra



Stručnjaci okupljeni pod kapom Nacionalnog foruma prof. dr. sc. Stipe Oreškovića, prof. dr. sc. Nikica Gabrić i dr. sc. Dario Lovrić

Gabrić, nikada neće reformirati iznutra jer oni koji ga vode nisu zainteresirani da se išta promijeni. Ono se neće promijeniti sve dok ne dobije realnu konkurenciju.

Mi ćemo razvijati projekt privatnog zdravstva koje neće biti oslonjeno na Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, već će prije svega biti usmjereno na strane državljane koji će dolaziti po zdravstvene usluge u Hrvatsku i na vanjske zdravstvene osiguravajuće kuće. Ulaskom Hrvatske u EU građani zemalja članica EU-a mogu realizirati svoju zdravstvenu zaštitu bilo gdje unutar EU-a ako se nalaze na listi čekanja i ako cijena usluge nije veća od one koju plaća njihovo osiguranje, naglasio je Gabrić.

Hrvatska ima sve preduvjete da uhvati korak s najnaprednijim europskim praksama

Nacionalni forum smatra da Hrvatska ima sve preduvjete da uhvati korak s najnaprednijim europskim praksama, te da je nužno samo osvijestiti vlastite potencijale, kreirati jasnu strategiju, postići dobru koordinaciju među svim subjektima o kojima ovisi razvoj zdravstvenog sektora i iskoristiti snagu kako bi naše prednosti pretvorili u konkurentni tržišni adut. Stoga su na konferenciji predstavljeni snaga i potencijal hrvatskog zdravstva kroz ljude, tvrtke, procese i tehnologije, ukazano je na nužne sustavne promjene i otvaranja zdravstvenog tržišta prema zemljama članicama EU-a. Konačan cilj je predložiti konkretne razvojne projekte u zdravstvu i povezati strateške i financijske investitore i poduzetnike.

Međunarodna konferencija "Investing for a Healthy Future", na kojoj je sudjelovalo četrdesetak predavača, fokusirala se na razvoj suradnje financijskog i zdravstvenog sektora te stvaranje javno-privatnog dijaloga s ciljem stvaranja ekonomičnije i učinkovitije zdravstvene skrbi. Iako je takva suradnja posljednjih godina sve češća, još uvijek postoje prepreke i manjkavosti takvih partnerstava, pa su na konferenciji predstavljeni primjeri dobre prakse u svijetu koji se mogu implementirati i u Hrvatskoj.

Nacionalni forum "Helth inWest", na kojem je sudjelovalo osamdesetak predavača, posvetio se unapređenju kvalitete postojećeg zdravstvenog sustava radi stvaranja platforme za sklapanje strateških partnerstava svih sudionika konferencije, tj. svih subjekata zdravstvenog sustava – udruga, veletrgovlja, osiguravajućih društava, zdravstvenih ustanova i različitih

kompanija. Udruga Nacionalni forum djeluje od studenog 2012. i okuplja stručnjake iz različitih područja djelovanja koji posjeduju potrebno znanje, vještine i stručnost, vrsne poznavatelje gospodarske i političke situacije u Hrvatskoj, a koji raspolažu informacijama temeljenim na relevantnim istraživanjima i analizama.

U proteklom je razdoblju Udruga organizirala Nacionalni forum "Ideje i projekti za europsku Hrvatsku" i "Demografija – uvjet hrvatske budućnosti". Udruga je zamišljena kao inkubator ideja, tj. platforma za stvaranje konkretnih strategija i projekata usmjerenih na pronalaženje rješenja aktualnih problema poput nedovoljno iskorištenih prirodnih resursa i bogatstava, rasta nezaposlenosti, niskog životnog standarda građana itd. Više informacija o Udruzi i njenim aktivnostima potražite na www.nacionalni-forum.hr

Borka Cafuk



"Pokreni srce – spasi život" - Godišnje se može spasiti oko 4500 života

Sporazum o suradnji u provedbi programa edukacije iz pružanja prve pomoći i javno dostupne rane defibrilacije

• Ministar zdravlja prof. dr. sc. **Rajko Ostojić**, ministar obrane **Ante Kotromanović**, ministar unutarnjih poslova **Ranko Ostojić** i ministar pomorstva, prometa i infrastrukture **Siniša Hajdaš Dončić** potpisali su Sporazum o suradnji u provedbi programa edukacije iz pružanja prve pomoći i javno dostupne rane defibrilacije pod imenom "Pokreni srce – spasi život" 31. siječnja.

Sporazumom je dogovoreno da će Ministarstvo zdravlja provoditi edukaciju djelatnika policije, pripadnika Oružanih snaga, zaposlenika željeznica, zračnih luka i drugih koji su svakodnevno u doticaju s velikim brojem ljudi, od 2013. do 2015. godine.

Svi će se ti djelatnici educirati kako da postupe u hitnim slučajevima, provedu oživljavanje, što činiti sa stranim tijelom u dišnom putu, kako zaustaviti krvarenje, zbrinuti ozljede i imobilizirati ozli-

jeđenoga te kako pružiti prvu pomoć primjenom automatskih vanjskih defibrilatora (AVD). U sklopu programa predviđeno je postavljanje AVD-a na javne gradske površine poput aerodroma, kolodvora, stadiona i trgovačkih centara. Prijenosni AVD omogućava da se u slučaju iznenadnog zastoja srca prva pomoć pruži i prije dolaska hitne medicinske pomoći.

Osnovna značajka ovog uređaja je da sam procjenjuje srčani ritam i daje uputu za daljnje postupanje na hrvatskom jeziku pa pomoć mogu pružiti i laici. U planu je nabavka 150 AVD-a i 30 uređaja koji će se koristiti za edukaciju, za što je osigurano dva milijuna kuna.

Prema podacima Hrvatskog kardiološkog društva, od iznenadnog zastoja srca godišnje umre 9000 ljudi. Procjenjuje se da od 100 ljudi srčani zastoj preživi manje od 10. Stoga je cilj programa kroz edukaciju građana povećati preživljavanje i smanjiti invalidnost u slučajevima hitnih stanja i ugroženosti ljudskih života. Godišnje se na ovaj način može spasiti oko 4500 života.

Borka Cafuk



Anketa o učestalosti i kvaliteti doručka među hrvatskom online populacijom i utjecaju doručka na indeks tjelesne mase

Gojazni najčešće nemaju vremena za doručak

• Mladi ne znaju što bi jeli, stariji najčešće nisu gladni, a gojazni nemaju vremena za doručak, rezultat je ankete koju je proveo portal Zdrava krava uz podršku Ministarstva zdravlja u razdoblju od 21. studenog do 2. prosinca 2012.

Anketa o učestalosti i kvaliteti doručka među hrvatskom online populacijom i utjecaju doručka na indeks tjelesne mase provedena je na internetskim portalima i ispunilo ju je 2475 osoba, i to najviše žena (88 posto). Analiza podataka provedena je samo na uzorku žena, s obzirom da je broj muškaraca bio premalen. Rezultati ankete objavljeni su 8. veljače.

Prosječna dob žena koje su ispunile anketu je 29,1 godina. Fakultetsko obrazovanje ima 60,7 anketiranih žena, a 38,2 posto je završilo srednju školu, 47,3 posto ih je zaposlenih, a 33,4 posto se još uvijek obrazuje.

Većina žena, odnosno njih 71,3 posto, doručkuje redovito, s time da je redovito doručkovanje najprisutnije u skupini žena od 25 do 34 godine. Samo 2,7 posto žena se izjasnilo da nikada ne doručkuje.

Najpopularnije namirnice koje se doručkuju su žitarice i proizvodi od žitarica (83,5 posto) te mlijeko i mliječni proizvodi (74,6 posto).

Osobe u dobi od 25 do 34 godine i žene normalne tjelesne težine se u većem postotku slažu s tvrdnjom da im doručak osigurava energiju za dan, dok osobe starije od 45 godina, te osobe prekomjerne tjelesne mase i pretile osobe većinom smatraju doručak nema povoljno djelovanje na zdravlje.

Na pitanje "koji je najčešći razlog izostavljanju doručka", ispitanice mlađe od 25 godina navode da ne znaju što bi jele, žene starije od 55 godina najčešće nisu gladne, a gojazne osobe ističu kako nemaju vremena za doručak.

Zaključak ankete je da je redovitost doručkovanja povezana sa stupnjem uhranjenosti, odnosno BMI indeksom. Najredovitije doručkuju žene normalne tjelesne težine (73,6 posto), a najrjeđe doručkuju gojazne žene. Pothranjene osobe relativno redovito doručkuju (69,8 posto), rjeđe od onih s normalnom težinom, ali češće od onih s prekomjernom tjelesnom težinom.

Više o rezultatima ankete potražite na Internet portalu Zdrava krava <http://www.zdravakrava.hr/>.

Borka Cafuk

Informativni letak "Pacijent u središtu bolničkog sustava"

- U povodu Svjetskog dana bolesnika ministar zdravlja prof. dr. Rajko Ostojić predstavio je informativni letak „Pacijent u središtu bolničkog sustava“ 11. veljače u KBC-u Sestre milosrdnice u Zagrebu.

Cilj letka je upoznati pacijente koji se liječe na bolničkim odjelima s njihovim pravima koja proizlaze iz Zakona o pravima pacijenata i ostvariti bolju komunikaciju između bolesnika i liječnika i me-



dicinskih sestara koji sudjeluju u njihovu liječenju. Sastavni dio letka je i pitanje o zadovoljstvu pacijenata odjelom na kojem su boravili. Anketno pitanje glasi: „Biste li članovima svoje obitelji ili prijateljima preporučili bolnicu/odjel na kojem ste se liječili, u slučaju da je njima potrebno isto liječenje?“. Upitnik će pacijenti moći anonimno popuniti i ostaviti na označenom mjestu prilikom odlaska iz bolnice. Na temelju ispunjenih upitnika uprave bolnica moći će analizirati rad odjela i usporediti ih s radom odjela u drugim ustanovama.

Odgovori na upitnik će se obrađivati na mjesečnoj razini. Po isteku godine ministar će na temelju rezultata upitnika proglasiti najbolje bolničke odjele za 2013.

Informativni letak tiskan je u 350 tisuća primjeraka i distribuiran u sve kliničke bolničke centre, kliničke bolnice i opće bolnice tijekom siječnja 2013. Izradilo ga je Ministarstvo zdravlja u suradnji s Koalicijom udruga u zdravstvu i Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje.

Borka Cafuk

Obilježen 12. Tjedan mozga u Hrvatskoj

Promjena stanja svijesti, mozak i pokret i neurobiologija ovisnosti

- Tjedan mozga, u svijetu poznat kao *Brain Awareness Week*, obilježen je i ove godine od 11. do 17. ožujka. To je dvanaesta

godina za redom kako se Tjedan mozga obilježava u Hrvatskoj u organizaciji Hrvatskog instituta za istraživanje mozga MEF-a u Zagrebu i Hrvatskog društva za neuroznanost, koje je pridruženi član *European Dana Alliance for the Brain*. Ove su se godine uključili u obilježavanje i Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti - Razred za medicinske znanosti, medicinski fakulteti i sveučilišne klinike u Osijeku, Rijeci, Splitu, Zadru i Zagrebu te udruge, škole i druge javne ustanove.

Cilj je Tjedna mozga upoznati širu javnost sa značenjem istraživanja mozga u 21. stoljeću, zvanom *Stoljeće uma*. Ove je godine Hrvatsko društvo za neuroznanost izabralo teme promijenjenih stanja svijesti, mozak i pokret i neurobiologija ovisnosti. Teme su obrađene interdisciplinarno i integrirano, od molekularne do sistemske razine, od organizacije mozga do socijalnih interakcija. Opširnije o temama može se pronaći na mrežnim stranicama Hrvatskog instituta za istraživanje mozga www.hiim.hr.

U rad *Dana Alliance (Dana Alliance for Brain Initiative www.dana.org i European Dana Alliance for Brain – EDAB www.edab.org)*, uključeno je desetak dobitnika Nobelove nagrade i oko 2100 organizacija iz 76 zemalja na šest kontinenata, a sve se aktivnosti odvijaju uz punu potporu vlada i ministarstava uključenih zemalja, te brojnih akademskih institucija i nevladinih udruga.

U Europi se aktivnosti EDAB-a provode u svim zemljama, a inicijativa je poprimila svjetske razmjere zbog spoznaje da je nemoguće naći ijedno pitanje vezano uz funkcioniranje ljudskog društva koje ne bi zahtijevalo biološki utemeljeno znanje o psihologiji, ponašanju i svijesti čovjeka, odnosima i komunikaciji među ljudima u društvu, kao i evolucijski utemeljeno znanje o tome što nas čini ljudima te kada i kako su nastala ta specifično ljudska obilježja.

Također, 38 posto europske populacije pati od nekog duševnog poremećaja, a bolesti mozga uzrokuju 35 posto ukupnih troškova u europskom zdravstvu. Trošak od 798 milijardi eura godišnje veći je od troškova liječenja kardiovaskularnih i malignih bolesti zajedno.

Iz toga proizlazi i potreba približavanja temeljnih istraživanja kliničkoj primjeni i stvarnoj pomoći u postupku dijagnoze i liječenja duševnih i neuroloških bolesti i poremećaja, čime se danas bavi translacijska neuroznanost.

Posebnu ulogu u promociji istraživanja mozga ima Europsko Vijeće za istraživanje mozga (*European Brain Council*) koje objedinjuje napore svih stručnih udruga i

istaknutih predstavnika Europske komisije. Rezultat je tih napora da je istraživanje mozga postalo trajni prioritet u programu istraživanja Europske unije (dokument Horizon 2014.-2020.). Iz toga je proizašao najveći projekt u povijesti Europe, tzv. *Flagship za istraživanje ljudskog mozga – The Human Brain Project*, u koji će biti uloženo 1,19 milijardi eura u narednih deset godina (više na <http://www.humanbrainproject.eu>). Hrvatska se pridružila Europskom vijeću za istraživanje mozga osnivanjem Hrvatskog vijeća za mozak protekle godine, a na temelju projekta koje je financirala Federacija Europskih društava neuroznanosti (FENS).

Borka Cafuk



Svjetski dan djece oboljele od malignih bolesti

Od zloćudnih bolesti u Hrvatskoj svake godine oboli oko 150 djece

- Karcinom je drugi najčešći uzrok smrtnosti djece u dobi od jedne do 14 godina. Iako 70 do 90 posto djece može ozdraviti u slučaju pravovremenog i primjerenog liječenja, svega 20 posto djece ima pristup modernom liječenju, istaknuto je u sklopu obilježavanja Svjetskog dana djece oboljele od malignih bolesti 15. veljače.

Svjetski dan djece oboljele od malignih bolesti obilježava se radi podizanja svijesti javnosti i boljeg razumijevanja poteškoća s kojima se susreću djeca oboljela od raka i njihove obitelji, a promoviraju ga Međunarodni savez organizacija roditelja djece oboljele od raka (ICCCPO-a) i Međunarodno društvo za pedijatrijsku onkologiju (SIOP).

Ovogodišnja poruka posvećena je usmjeravanju pozornosti na prepoznavanje ranih znakova malignih bolesti „Rana detekcija... čini razliku“ i nastavlja se na prošlogodišnju temu „Rak u djece je izlječiv!“. U razvijenijim i ekonomski bogatijim zemljama osmero od desetero djece će preživjeti dok će u slabije razvijenim zemljama preživjeti tek dvoje do troje od desetero djece, i to zbog prekasnog dolaska u bolnicu.

Od zloćudnih bolesti u Hrvatskoj svake godine oboli oko 150 djece, a izlječenje se kreće oko 70 posto.

Interaktivni pojmovnik “Onkolog-i-Ja”

U sklopu obilježavanja Svjetskog dana djece oboljele od malignih bolesti 14. veljače je u Centru za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine MEF-a u Zagrebu predstavljen interaktivni video pojmovnik za djecu, mlade i roditelje suočene s malignom bolešću “Onkolog-i-Ja”. Pojmovnik je djelo Udruge Krijesnica i producerske tvrtke Moje čarobne misli. Zamišljen je kao online servis namijenjen prvenstveno edukaciji i komunikaciji, razmjeni iskustava i znanja među djecom i mladima oboljelima od malignih bolesti. Sadržaj 77 animiranih video klipova u kojima su objašnjeni medicinski pojmovi, pretrage, metode liječenja te popis bolničkih odjela i osoblja s kojima se djeca i obitelji susreću tijekom liječenja. “Onkolog-i-Ja” se može pogledati na <http://www.krijesnica.hr/onkolog-i-ja/onkolog-i-ja.html>.

Borka Cafuk



Svjetski dan borbe protiv raka

U Hrvatskoj je oko 21.000 novooboljelih i 13.500 umrlih godišnje

- Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije svake godine 7,6 milijuna ljudi umire od različitih vrsta karcinoma. Rak je značajan javno-zdravstveni problem i jedan od vodećih uzroka pobola i smrtnosti u Hrvatskoj s oko 21.000 novooboljelih i 13.500 umrlih godišnje. Hrvatsko stanovništvo sve više stari pa se očekuje da će broj novooboljelih i umrlih od raka rasti. Zbog toga je nužno poduprijeti sve preventivne i promotivne aktivnosti koje su usmjerene smanjenju pobola i smrtnosti od raka, poruka je Svjetskog dana borbe protiv raka koji je obilježen 4. veljače.

Ovogodišnji je Dan obilježen pod sloganom “Rak - jeste li znali? Mitovi o raku - saznajte činjenice”, s ciljem razbijanja četiri mita o raku. Radi se o mitovima da je rak samo zdravstveni problem, bolest bogatih, razvijenih zemalja i starijih ljudi te da predstavlja smrtnu kaznu ili nečiju sudbinu.

Najčešća sijela raka u muškaraca u Hrvatskoj su pluća, debelo crijevo i pro-

stata, a kod žena dojka, debelo crijevo i pluća. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Hrvatska je zemlja srednje pojavnosti ali visoke smrtnosti od raka.

Nacionalni programi ranog otkrivanja raka dojke, debelog crijeva i vrata maternice

Ministarstvo zdravlja je stoga pokrenulo tri preventivna nacionalna programa ranog otkrivanja raka dojke, debelog crijeva i vrata maternice u sklopu javnozdravstvene kampanje “Za zdravlje. Danas”. Kampanja je startala 18. prosinca 2012. predstavljanjem spomenutih nacionalnih programa, a provodi je Ministarstvo zdravlja u suradnji s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). U njoj sudjeluju i udruge pacijenata, udruge koje se bave prevencijom raka debelog crijeva, dojke i vrata maternice, Hrvatski crveni križ i Udruga studenata medicine CroMSIC.

Cilj je kampanje doći do što većeg broja građana i potaknuti ih da se odazovu pozivu na pregled za jedan od tri preventivna programa. Iako se program probira za rano otkrivanje raka dojke provodi od 2006., a za rano otkrivanje raka od debelog crijeva od 2008., među građanima je pao interes za preglede. Stoga je Ministarstvo zdravlja odlučilo revidirati i ponovo potaknuti programe, te je kreiran i Nacionalni program ranog otkrivanja vrata maternice.

Programi će pokazati svoj pozitivni učinak ako se postigne zadovoljavajući odziv građana na preglede, što u slučaju raka vrata maternice iznosi 85, za rak dojke 70, a za probir za rak debelog crijeva 45 posto. Značajnu ulogu u motiviranju građana da se odazovu na preventivne preglede imat će liječnici obiteljske medicine i patronažna služba. Više o tome u članku „Javnozdravstvena kampanja Za zdravlje. Danas“ objavljen je u prošlom broju LN-a. HZZO je za ova tri programa izdvojio oko 15 milijuna kuna u protekloj godini, a za troškove liječenja osiguranika oboljelih od raka 2012. je izdvojeno oko 1,9 milijardi kuna.

Borka Cafuk

Nacionalni program
ranog otkrivanja raka dojke,
vrata maternice i debelog crijeva

Odazovite se na preventivni pregled!

Ministarstvo zdravlja
www.zdravlje.hr





Ususret 5. "Danu otvorenih vrata raka glave i vrata" u KB-u Dubrava

U Hrvatskoj od raka glave i vrata godišnje oboli oko 1100 osoba

Rak glave i vrata jedan je od najučestalijih tipova raka u Europi i svijetu. Procjenjuje se kako je broj novooboljelih od karcinoma glave i vrata u Europi oko 140.000 godišnje, a više od 65.000 ljudi godišnje umre od ove zloćudne bolesti. U Hrvatskoj od raka glave i vrata godišnje oboli oko 1100 osoba.

Liječenje je uglavnom kompleksno i često obuhvaća složene kirurške zahvate, uz nastavak kemo-radioterapijom. Zbog složenosti anatomske strukture u području glave i vrata, ali i funkcijskih i estetskih značajki tog dijela tijela, takvi bolesnici u pravilu zahtijevaju subspecialistički i gotovo uvijek multidisciplinarni pristup, ali i podršku obitelji i razumijevanje okoline.

Upravo je suvremen i kompleksan pristup liječenju ovih bolesnika ključan za ishod liječenja i kvalitetu života bolesnika, a metode liječenja određuju se ovisno o stadiju i sijelu primarnog tumora te o sveukupnome zdravstvenome stanju oboljelih. Liječenje i rehabilitacija dugotrajni su i multidisciplinarno te stoga skupi, a prevencija se ogleda prije svega u podizanju svjesnosti ljudi o štetnosti pušenja i konzumaciji alkohola, odnosno o svjesnosti pojedinaca o preuzimanju odgovornosti za vlastito zdravlje. Bolest postaje manje smrtonosna informiranjem i naglašavanjem važnosti prevencije i otkrivanja raka u ranom stadiju bolesti, što omogućuje učinkovitije liječenje i povećava stopu izlječenja.

Potaknuta porastom oboljelih od raka glave i vrata u našoj zemlji, Klinika za maksilofacijalnu kirurgiju MEF-a u Zagrebu pridružila se prije pet godina međunarodnoj akciji obilježavanja Tjedna raka glave i vrata. Cilj je ovih akcija podizanje svijesti javnosti o raku glave i vrata – simptomima, čimbenicima rizika, dijagnostici i liječenju te poticanje građana da idu na pregled specijalistu koji se bavi dijagnostikom i liječenjem raka glave i vrata.

Tako je prvi hrvatski *Dan raka glave i vrata* obilježen je pod sloganom "Želimo govoriti" 2009., kada je naša zemlja bila najistočnija država u Europi u kojoj se

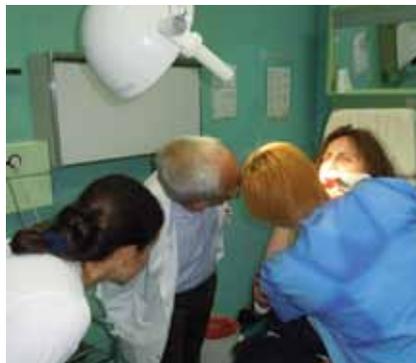
provodila ovakva javnozdravstvena akcija pa je i jedan od službenih slogana svjetske kampanje "Head and Neck Cancer Alliance" tada bio "From California to Croatia". Tom je prigodom u više hrvatskih bolnica na odjelima za maksilofacijalnu kirurgiju i ORL odjelima pregledano više od 1200 naših sugrađana, bez potrebe prethodnog naručivanja i uputnica HZZO-a.

Do sada je u našoj zemlji, u sklopu "Dana otvorenih vrata" za rak glave i vrata pregledano više od 2500 ljudi, od čega je više od polovice pregledano u Klinici za maksilofacijalnu kirurgiju KB-a Dubrava u Zagrebu. Veseli nas da su važnost ove javnozdravstvene akcije prepoznali i kolege stomatolozi, koji su često prvi imaju priliku da vide bolesnika s karcinomom ili prekanceroznom promjenom na sluznici usne šupljine i da ga upute na daljnje liječenje. Dapače, slobodni smo apelirati na kolege u manjim centrima da se pridruže ovoj javnozdravstvenoj akciji jer samo udruženi možemo pokušati utjecati na svijest ljudi i navike ponašanja u cilju očuvanja zdravlja.

Zadovoljstvo nam je izvijestiti da će se i ove godine, u sklopu iste međunarodne akcije "Tjedna svjesnosti o karcinomu glave i vrata", 16. travnja, u KB-u Dubrava u Zagrebu održati "Dan otvorenih vrata", kada će naše ordinacije biti ponovo otvorene za građanstvo bez potrebe prethodnog naručivanja i uputnica.

Kolegama upućujemo poziv da se pridruže tečaju trajne edukacije koji će se održati u petak, 19. travnja, također u KB-u Dubrava, na temu "Karcinom usne šupljine – novosti u prevenciji, dijagnostici i liječenju", na kojem će eminentni stručnjaci iznijeti najnovije trendove u prevenciji i liječenju ove zloćudne bolesti.

Prilika je to da, osim specijalista koji sudjeluju u liječenju, i liječnici obiteljske medicine i stomatolozi, koji su često prvi u prilici otkriti karcinom ili prekanceroznu leziju u usnoj šupljini, saznaju više o prevenciji, ranom otkrivanju i mogućnostima liječenja te razmijene iskustva iz svakodnevnih prakse.



Korisni linkovi:

1. The International Academy of Oral Oncology (IAOO) <http://www.iaoo.info/>
2. The European Head and Neck Society (EHNS) <http://www.ehns.org/site/>
3. CA: A Cancer Journal for Clinicians <http://online-library.wiley.com/journal/>
4. The American Head and Neck Society (AHNS) <http://www.ahns.info/>
5. The Head and Neck Cancer Alliance <http://www.headandneck.org/site/>
6. National Cancer Institute <http://www.cancer.gov/>

Doc. dr. sc. Ivica Lukšić,
voditelj Odjela za onkološku kirurgiju glave i vrata Klinike za maksilofacijalnu kirurgiju, KB Dubrava (luksic@kdb.hr)



Sa sjednice UV-a HZZO-a

Maksimalni iznosi sredstava za ožujak smanjeni su za 0,71 posto

Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (UV HZZO) donijelo je odluku o usklađenju bolničkih proračuna za ožujak 2013., na sjednici održanoj 20. veljače. UV je utvrdilo privremene maksimalne iznose bolnicama za provedenje bolničke i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Maksimalni iznosi sredstava za ožujak smanjeni su za 0,71 posto, odnosno u ukupnom iznosu od 4,543.881 kuna, i to stoga jer su u siječnju isplaćena veća sredstva od jedne dvanaestine predviđenih u Državnom proračunu. Iznimka je učinjena u slučaju KBC-a Rijeka, čiji je mjesečni iznos za ožujak smanjen za 0,47 posto s obzirom da su zbrinuli 12 osiguranika na liječenju hemodijalizom iz Poliklinike Fresenius Medical Care.

Pojedinim timovima medicine rada može se odobriti 20 posto sredstava više

UV HZZO-a donijelo odluku da se za timove specijalista medicine rada na područjima gdje Mreža javne zdravstvene službe nije popunjena i gdje postoje veća odstupanja u organizaciji specifične zdravstvene zaštite, može odobriti i veći iznos od propisanog. Na godišnjoj razini to može iznositi i do 20 posto više.

Borka Cafuk

Novi pravilnici o zdravstvenim pregledima za držanje i nošenje oružja i promjeni zdravstvenog stanja vlasnika

• Ministarstvo zdravlja donijelo je dva nova pravilnika na temelju odredbi Zakona o oružju, koji su objavljeni u Narodnim novinama broj 22/13 od 22. veljače 2013. Objavljeni su i na mrežnim stranicama Hrvatske liječničke komore www.hlk.hr.

Pravilnik o zdravstvenim pregledima za utvrđivanje zdravstvene sposobnosti za držanje i nošenje oružja donio je ministar zdravlja na temelju članka 107. Stavka 6. Točke 1., 2., 3. i 4. Zakona o oružju (NN 63/07, 146/08 i 59/12). Ovim se Pravilnikom uređuju uvjeti koje moraju ispunjavati zdravstvene ustanove, trgovačka društva koja obavljaju djelatnost medicine rada i specijalisti medicine rada u privatnoj praksi za obavljanje zdravstvenih pregleda radi utvrđivanja zdravstvene sposobnosti za držanje i nošenje oružja. Također, njime je uređen način i postupak obavljanja zdravstvenih pregleda, popis bolesti i zdravstvenih stanja koja osobu čine nesposobnom za držanje i nošenje oružja. Propisan je način vođenja evidencije i medicinske dokumentacije i sadržaj uvjerenja o izvršenom zdravstvenom pregledu te nadležnost, sastav i način rada drugostupajnske zdravstvene komisije te postupanje povodom žalbi.

Na temelju članka 107. Stavka 4. Zakona o oružju (Narodne novine 63/07 i 59/12) ministar zdravlja je uz suglasnost ministra unutarnjih poslova donio Pravilnik o načinu i postupku izvještavanja nadležnog tijela o promjeni zdravstvenog stanja vlasnika oružja kojim se propisuje način i postupak izvještavanja nadležnih tijela Ministarstva unutarnjih poslova o promjenama zdravstvenog stanja vlasnika oružja ili tijekom liječenja koji utječu na sposobnost za držanje i nošenje oružja.

Borka Cafuk

Otvoren novi Laboratorij za intervencijsku kardiologiju u KBC-u Zagreb

• Novi Laboratorij za intervencijsku kardiologiju s dva najmodernija radiološka sustava za kateterizaciju srca otvoren je 19. veljače u KBC-u Zagreb. Otvorio ga je ministar zdravlja prof. dr. sc. **Rajko Ostojić** u nazočnosti ravnatelja KBC-a Zagreb dr. **Zlatka Giljevića** i predstojnika Klinike za bolesti srca i krvnih žila **Davora Miličića**. U Laboratorij je Ministarstvo zdravlja investiralo 16 milijuna kuna.

Radiološki uređaji za kateterizaciju srca omogućavaju snimanje srca, odnosno koronarnih krvnih žila, tehnologijom ravnih digitalnim detektorima, povećavajući dijagnostičku točnost i smanjujući dozu zračenja pacijenta. Nabavljen je i napredan softver za analizu koronarnih žila, tj. za izračunavanje njihove stenozе. Uveden je i intravaskularni ultrazvuk uz angiografski uređaj koji omogućava analizu i potrebna mjerenja bez uporabe zračenja.

Dva nova radiološka uređaja za kateterizaciju srca udvostručit će broj dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji se obavljaju u novom Laboratoriju. Godišnje se obavi oko 2.500 dijagnostičkih i terapijskih postupaka, među kojima oko 1000 složenih intervencijskih zahvata. Također, smanjit će se liste čekanja, potreba za skupim klasičnim kardiokirurškim zahvatima i omogućit će se rutinska primjena i uvođenje novih dijagnostičkih i terapijskih postupaka.

Laboratorij je od 2005. uključen u Hrvatsku mrežu intervencijskog liječenja akutnog infarkta miokarda – projekt Hrvatskog kardiološkog društva i Ministarstva zdravlja. U sklopu tog projekta KBC Zagreb zbrinjava bolesnike s akutnim infarktom miokarda iz područja grada Zagreba uključujući i područje KB-a Merkur, Velike Gorice i šire regije gradova Varaždina i Bjelovara.

Godišnje se u Klinici za bolesti srca i krvnih žila intervencijski liječi oko 250 bolesnika s akutnim infarktom miokarda, a u posljednje vrijeme i gotovo jednak broj bolesnika s predinfarktним stanjem te početnim i manje opsežnim varijantama infarkta miokarda. Smrtnost od najtežih oblika infarkta miokarda smanjena je na oko pet

posto, odnosno dvostruko nakon što je uvedeno intervencijsko liječenje.

Borka Cafuk

Sanacija bolnica – prvo državne pa županijske

• Sve državne bolnice s dugom starijom od 60 dana ići će u sanaciju, a ravnatelje će zamijeniti sanacijski upravitelji i vijeća koja donose prijedlog programa sanacije i odgovorna su za rad bolnica tijekom trajanja sanacije. Nakon njih red je na sanaciju županijskih bolnica.

Ministarstvo zdravlja do 25. veljače zaprimilo je 24 odluke o provođenju sanacije iz 13 županija. Utvrdi li se da je tražene sanacije županijske bolnice opravdano, Ministarstvo će predložiti Vladi da donese odluku o sanaciji. Program sanacije, odnosno mjere reorganizacije i racionalizacije poslovanja bolnice, donijet će Ministarstvo zdravlja nakon što Vlada donese odluku o sanaciji. Rok za donošenje programa sanacije je 30 dana od odluke Vlade.

Sukladno Zakonu o sanaciji javnih ustanova, koji je donio hrvatski Sabor na sjednici 20. studenog 2012. (Narodne novine 136/12), za provedbu sanacijskog programa predviđen je rok od godine dana. Sanacijski upravitelji i sanacijska vijeća upravljati će saniranom bolnicom još dvije godine nakon završetka sanacije.

Sanacijom se neće ukidati odjeli ili djelatnosti bolnica te otpuštati zaposlenici osim ako nisu zaposleni mimo kriterija, izjavio je ministar zdravlja prof. dr. sc. Rajko Ostojić.

Borka Cafuk

Ambulanta i dnevna bolnica za pretilu djecu pri Klinici za pedijatriju KBC-a Zagreb

Dvadesetak posto djece u prvom razredu osnovne škole je pretilo

• Zavod za endokrinologiju Klinike za pedijatriju KBC-a Zagreb otvorio je

ambulantu i dnevnu bolnicu za djecu s prekomjernom težinom 11. ožujka.

Ambulanta za pretilu djecu osnovana je još 1985., a od 2009. vodi se bolnički registar pretile djece. No, budući da se broj pretile djece alarmantno povećao, otvorena je ambulanta i dnevna bolnica.

Naime, prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo oko 60 posto ljudi u Hrvatskoj ima prekomjernu tjelesnu težinu, a i sve je veći broj pretile djece. Smatra se da 12 posto osnovnoškolaca ima povećanu tjelesnu težinu, a pet posto ih je pretilo. Preuhranjeno je čak 2,6 posto dječadi i 2,3 posto male djece. Dvadesetak posto djece prilikom upisa u prvi razred osnovne škole ima prekomjernu tjelesnu težinu, a djeca u toj dobi u prosjeku su 2,5 centimetra viša i 2,5 kilograma teža nego prije 30 godina,

Stoga je cilj otvaranja ambulante i dnevne bolnice za pretilu djecu multidisciplinarno i strukturirano liječenje, edukacija djece i roditelja te praćenje djece s prekomjernom težinom. Multidisciplinarni tim koji će brinuti o pretiloj djeci uključuje pedijatra endokrinologa, medicinske sestre, psihologe, nutricioniste i fizioterapeute.

Liječenje pretile djece započet će pregledom u ambulanti i nastaviti će se u dnevnoj bolnici, a trajat će tjedan dana. Potom će se provoditi stalno praćenje i edukacija svakih mjesec dana tijekom prvih šest mjeseci, a potom svaka dva mjeseca do kraja trajanja programa, odnosno dvije godine.

Borka Cafuk

Opatijska Thalasso-terapia postala referentni centar za rehabilitaciju srčanih bolesnika

• Opatijska Thalasso-terapia postala je referentni centar Ministarstva zdravlja za rehabilitaciju srčanih bolesnika i dobila je dopusnicu Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta za provođenje znanstveno istraživačke djelatnosti.

Ministar znanosti, obrazovanja i sporta dr. **Željko Jovanović** i zamjenik ministra zdravlja mr. sc. **Marijan Cesarik** uručili su potvrdu o novom statusu i dopusnicu ravnatelju Thalasso-terapije dr. Emilu Bratoviću 26. veljače. Thalassoterapija je osnovana 1957. i bila je prva bolnica koja se bavila rehabilitacijom bolesnika sa srčanim

udarom. Štoviše, u njoj je prvi put u regiji primijenjena aktivna rehabilitacija, koja je poslije ušla u doktrinu Svjetske zdravstvene organizacije vezanu uz oporavak od srčanog udara, istaknuo je ravnatelj dr. Bratović.

Borka Cafuk

„Od štacuna do industrije“

• To je podnaslov izložbe koja je 28. veljače otvorena u Muzeju Grada Zagreba, u Gornjem gradu (Opatička 20), a pod naslovom „Ja, Jacobus apothecarius“. Autorica je **Marina Perica Krapljanov**. Riječ je o prikazu bogate povijesti zagrebačkog ljekarništva od srednjeg vijeka do početka masovne proizvodnje ove industrijske grane, tj. od najstarije kasnosrednjovjekovne ljekarne do pojedinih od 27 ljekarna koliko ih je 1924. bilo na području širega gradskog središta. Sudeći po imenu, Jacous Apothecarius bio je vjerojatno prvi zagrebački ljekarnik, premda se u gradskom arhivu nalaze samo njegovi sudski spisi iz 1355. godine. Izložba je otvorena do 28. travnja, a obuhvaća devet zaokruženih cjelina. Zavrjeđuju da ih se razgleda.

Željko Poljak

Skupština Hrvatskog društva umirovljenih liječnika

• Hrvatsko društvo umirovljenih liječnika HLZ-a (HDUL HLZ) održalo je 5. veljače izbornu skupštinu na kojoj je jednoglasno izabran za predsjednika prim. mr. sc. **Peter Brinar** i novi upravni odbor koji ima 9 članova. Skupštinom je predsjedavao doktor stomatologije prof. dr. **Zvonimir Kaić**. Prisustvovalo je 87 članova. Izvještaje su podnijeli dosadašnji predsjednik dr. **Dragutin Kremzir**, tajnik, rizničar i predsjednik stručnog odbora.

Novi predsjednik je naglasio da će se zalagati za daljnju društvenu afirmaciju HDUL-a, koje će 6. prosinca proslaviti 30-godišnjicu rada.

U sljedećem 4-godišnjem razdoblju važno je povećanje broja članova, proširenje aktivnosti na više ogranaka i dobro djelovanje radnih grupa. U programu HDUL-a su stručno predavanje svakog prvog utorka u mjesecu, nastavak popularnih izleta jedanput mjesečno te svakog četvrt-

ka druženje uz kavu. Na području Karlovca u svibnju će se održati 51. susret s kolegama iz Slovenije. HDUL-u je veoma stalo za dobru suradnju s Hrvatskom liječničkom komorom, poglavito u pitanju nastavka radne aktivnosti članova nakon 65. godine života. Očekuje se da će HLZ preporuku o neplaćanju kotizacije umirovljenih liječnika promijeniti u odluku, što bi bio izraz socijalne osjetljivosti i empatije spram umirovljenim kolegama.

Predsjednik prim. mr. sc. Peter Brinar, dr. med.

Ako ste osamljeni... Program Planinarskog kluba

• Planinarski klub Hrvatskog liječničkog zbora utvrdio je program rada za 2013. godinu. Članski sastanci su u pravilu svakog prvog i trećeg četvrtak u mjesecu u 19,30 sati, Hrvatski liječnički dom, Šubićeva 9, prizemno desno. Na sastanku se dogovara izleti i primaju novi članovi, a u pravilu je i predavanje s projekcijama nekog člana ili gosta. Primaju se novi članovi; osim liječnika dobro su došli članovi njihovih obitelji i prijatelji. Za iskaznicu je potrebna slika. Godišnja članarina je 100 kn, za umirovljenike, djecu i nezaposlene 50 kn (iskaznica 15 kn). Info kod predsjednika dr. **Berislava Baneka**, e-adresa: berislav.banek@gmail.com; tel. 4645-690; mob. 091 5090 396

Predavanja na sastancima do konca svibnja

21. ožujka Anton Bikić: **Sjeverna Europa**
4. travnja prof. dr. Bogomil Obelić: **Brazil**
18. travnja prim. dr. Milan Andranković: **Antarktika**
2. svibnja Davor Banić: **Planina i njezine opasnosti**
16. svibnja Alan Čaplar: **Alpe od A do Ž**

Izleti u 2013. godini

23. ožujka **Moslavačka gora**
5-7. travnja **Mosor**
21. travnja **XIV. Pohod Liječničkom planinarskom stazom**
5. svibnja **izlet autobusom** (program naknadno)
18-19. svibnja **Promina i Svilaja**
1. lipnja **II. Pohod "Tragom I. izleta HPD-a na Sljeme"**
14-16. lipnja **Vranica i Bitovnja (BiH)**
7. rujna **Poštak u Lici**
21-22. rujna **Južni Velebit**
5. listopada **Kobiljak i Zagradski vrh**
19. listopada **Boč (Slovenija)**

Spolnost u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti SZO-a

(10. inačica, ICD-10: definicije i njihove moguće posljedice)

Prof. dr. sc. Matko Marušić, Medicinski fakultet, Split

• Dok nije izbila afera sa spolnim odgojem u hrvatskim osnovnim i srednjim školama, praćena razjašnjenjima Reisman, Sesardića, Letice i drugih, nisam posvećivao pozornost stajalištima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) o spolnosti, iako sam bio naćuo da se (npr.) homoseksualnost više ne smatra poremećajem.

Nakon izbijanja skandala i otkrića povezanosti nekih tvorca programa i međunarodnih pedofilskih krugova i ustanova dvojbene reputacije, pažljivo sam proućio Međunarodnu klasifikaciju bolesti (MKB) SZO-a.

Ono što sam otkrio potaklo me da pošaljem ovaj dopis; on nije samo želja da kolege informiram; radi se više o zaprepaštenju i – pitanjima koje MKB otvara.

Hrvatski psihijatri i psiholozi trebali bi odgovoriti, vjerujem ne samo meni, je li ono što sam išćitao iz MKB-a ispravno i je li prihvatljivo sustavu razmišljanja i dokazivanja kojim se služimo u medicini i znanošći.

Prema MKB SZO-a (10. inačica, ICD-10, <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F66.1>), psihološki poremećaji i poremećaji ponašanja povezani sa spolnim razvojem i spolnom orijentacijom postoje (toćka F66), ali se u njihovu opisu ne spominje spol, nego samo rod, a naglašava se da spolnu orijentaciju samu po sebi ne treba smatrati poremećajem („Sexual orientation by itself is not to be regarded as a disorder.”)

Pod poremećajima, u toćki F66.1, definira se „egodistonićna spolna orijentacija” koju se opisuje kao situaciju u kojoj rodni identitet ili spolna orijentacija (heteroseksualna, homoseksualna, biseksualna ili predpubertetska) nije dvojbena, ali osoba o kojoj se radi želi da je to drukćije jer ima

psihološki poremećaj i poremećaj ponašanja te može traćiti lijećenje u svrhu promjene (rodne i spolne orijentacije/preferencije).

Zbog vaćnosti i osjetljivosti, toćku F66.1 ovdje citiram u engleskom izvorniku:

F66.1 Egodystonic sexual orientation

The gender identity or sexual preference (heterosexual, homosexual, bisexual, or prepubertal) is not in doubt, but the individual wishes it were different because of associated psychological and behavioural disorders, and may seek treatment in order to change it.

Iz navedenoga se može deducirati nekoliko nevjerovatnih zaključaka.

1. SZO je ukinuo pojam spola. Postoji spolna orijentacija ili preferencija, ali osoba je definirana rodom, a ne spolom. Prema odgovarajućoj literaturi, rod je sposobnost da ćovjek može slobodno i svjesno za sebe izabirati odrećeni rod, ili neogranićen broj rodova, za neko odrećeno vrijeme, mijenjajući ga koliko hoće. Fluidnost rodova ne poznaje ni granice niti pravila (**Bornstein K.** Gender outlaw: on men, women and the rest of us. New York, London: Routledge; 1994.)

2. Spolna orijentacija obuhvaća heteroseksualnost, homoseksualnost, biseksualnost i predpubertetsku spolnu orijentaciju. One su ravnopravne i ni jedna ne ne smatra poremećajem.

3. Budući da po rećenoj definiciji spolna orijentacija, npr. homoseksualnost, nije poremećaj, ali može imati poremećaj kao želju da se promijeni spolna orijentacija, ispada da je zdrav homoseksualac koji ne želi promijeniti svoju seksualnu orijentaciju, a ima poremećaj (bolestan je) onaj koji je želi promijeniti. Po toj logici, zdrav je heteroseksualac koji to želi ostati, a onaj koji

spolnu orijentaciju želi promijeniti – ima poremećaj. Budući da se homoseksualnost i heteroseksualnost tretiraju jednako (kao spolna orijentacija), proistjeće da je homoseksualac –heteroseksualac s poremećajem (i obrnuto!).

4. Poremećajima seksualne preferencije još se smatraju pedofilija, fetišizam, voajerizam, eksibicionizam i sadomazohizam. Ne spominje se postoje li ljudi tih preferencija koji žele, odnosno ne žele, promijeniti svoju seksualnu preferenciju. Nije jasno zašto se smatra da oni imaju poremećaj i onda kad su zadovoljni svojom spolnom preferencijom, a homoseksualnost i biseksualnost nisu poremećaji, nego samo onda kada osobe te spolne orijentacije –njome nisu zadovoljni.

Dakle, što je s pedofilima koji se ne žele promijeniti jer sa svojom spolnom orijentacijom nemaju problema i ne traće da im se pomogne da je promijene? Upravo o tome i tako je pisao **Theo Sandfort**, suradnik tvorca hrvatskoga spalnoga odgoja **A. Štulhofera** – traćio je “normalizaciju” za pedofiliju (Sandfort T. Constructive questions regarding paedophilia. Paidika: The Journal of Paedophilia. 1988;1(4):28-31.). Isto su traćili i drugi (Calhoun C. Same-sex marriage”. U: Soble A, ur. Sex from Plato to Paglia: A Philosophical Encyclopedia. Westport (Conn): Greenwood Press; 2006. str. 652-3).

5. Spolnu orijentaciju i poremećaje vezane uz nju u biseksualaca nisam uspio shvatiti, ali vaćno je uoćiti da tu orijentaciju stručnjaci SZO-a ne smatraju poremećajem. Proistjeće da, ako biseksualac nema poremećaj vezan za želju za promjenom svoje spolne orijentacije, on ili ona ima pravo na legalizaciju svoje spolne veze.

Budući da se tu radi o spolnoj orijentaciji na dva spola, radi se dakle i o dva partnera. Njihov spol nije vaćan, jer i ne postoji, a rod je „fluidan i multidimenzionalan” i dopušta sve. Ćini se da u državama s legaliziranim brakovima homoseksualaca, biseksualci imaju pravo na dva braćna partnera.

matko.marusic@mefst.hr

•••••

Guillain - Barréov sindrom i cijepljenje protiv gripe*

• **Guillain-Barréov sindrom** (GBS) poremećaj je koji se rijetko javlja, a incidencija se procjenjuje na 1 do 2 na 100.000 odraslih⁽¹⁾. Najčešće se javlja nakon bolesti probavnog i dišnog sustava, a prvenstveno se povezuje s infekcijom uzrokovanom kampilobakterijama⁽²⁾. Iako etiologija nije posve razjašnjena, većina dokaza upućuje na to da je u osnovi neuropatskih promjena razvoj protutijela na glikolipide⁽³⁾. Većina oboljelih potpuno se ili velikim dijelom oporave. Rijetko nastupa paraliza respiratorne muskulature, koja zahtijeva asistiranu ventilaciju, i može završiti letalno. Smrtnost je oko 6 % i raste s dobi bolesnika^(1,4).

Tijekom kampanje cijepljenja protiv svinjske gripe u SAD-u 1976. godine uočen je porast incidencije GBS-a. Porast učestalosti procijenjen je na jedan dodatni slučaj GBS-a na 100.000 cijepljenih osoba⁽⁵⁾. Većina naknadno provedenih opservacijskih istraživanja do devedesetih godina prošlog stoljeća nisu uočila porast učestalosti GBS-a nakon cijepljenja protiv sezonske gripe, dok je u jednom istraživanju uočeno da je nakon cijepljenja u sezonama od 1992. – 1994. rizik od GBS-a nakon cijepljenja protiv sezonske gripe povećan za jedan slučaj na milijun cijepljenih osoba (6, 7, 8). Takav rizik od GBS-a nakon cijepljenja značajno je niži od rizika razvoja teških komplikacija od gripe. Jedno recentnije istraživanje provedeno u Kanadi također je našlo povećan rizik od GBS-a kod cijepljenih odraslih osoba i taj je procijenjen na 1 dodatni slučaj na milijun cijepljenih osoba⁽⁹⁾.

Podaci iz Velike Britanije, temeljeni na United Kingdom's General Practice Research Database ukazuju na to da cijepljenje protiv gripe smanjuje rizik od GBS-a, no teško je reći je li to smanjenje posljedica zaštite od gripe ili je u pitanju činjenica da zdravije osobe, koje imaju niži rizik za razvoj

GBS-a, imaju veću vjerojatnost da će se cijepiti. Drugo istraživanje, temeljeno na istoj bazi podataka, također nije pronašlo povećan rizik od GBS-a nakon cijepljenja protiv sezonske gripe u devetogodišnjem razdoblju od 1992. do 2000. godine^(10,11). Dva su novija istraživanja našla povezanost GBS-a s nedavnim preboljenjem gripe, ali nikakvu povezanost s cijepljenjem protiv gripe^(12,13).

Na temelju istraživanja rizika od GBS-a nakon cijepljenja protiv sezonske gripe, zaključuje se da je taj vrlo nizak ili uopće nema dodatnog rizika. Za monovalentna pandemijska cjepiva protiv gripe, koja su se koristila 2009/2010. godine, procjenjuje se da je eventualni dodatni rizik od GBS-a, ako uopće postoji, također oko jedan dodatni slučaj GBS-a na milijun cijepljenih^(14,15,16).

Nikada nakon masovnog cijepljenja u SAD-u 1976. godine nije uočen takav porast incidencije GBS-a nakon cijepljenja protiv gripe i sva nacionalna savjetodavna tijela preporučuju cijepljenje protiv gripe jer potencijalna korist od cijepljenja protiv gripe u smislu sprečavanja bolesti, hospitalizacija i smrti uzrokovanih komplikacijama gripe uvelike nadmašuje potencijalni rizik od nastanka GBS-a nakon cijepljenja^(17,18,19).

Podaci o procijepljenosti i hospitalizacijama u Hrvatskoj ne ukazuju na povezanost cijepljenja s GBS-om

U Hrvatskoj se GBS-a godišnje javlja u podjednakoj učestalosti kakva je procijenjena drugdje u svijetu. U razdoblju od 2007. do 2011. godine, u Hrvatskoj je hospitalizirano u prosjeku 70 osoba godišnje, prvenstveno osoba starije dobi, a trend hospitalizacija je uzlazan. Ova incidencija odgovara procijenjenoj učestalosti od 1-2 na 100.000 stanovnika.

S obzirom na vrlo nizak eventualni dodatni rizik od GBS-a nakon cijepljenja protiv sezonske gripe (1 dodatni slučaj na

milijun cijepljenih), te relativno mali broj cijepljenih osoba u Hrvatskoj, na podacima iz Hrvatske nije moguće izravno procijeniti postoji li povećani rizik od GBS-a nakon sezonskog cijepljenja protiv gripe.

Naime, na nj bi ukazao podatak da se u prvih šest tjedana nakon cijepljenja javlja veći broj GBS-a kod cijepljenih osoba nego što se javlja u šest tjedana kod stanovništva neovisno o cijepljenju. Neovisno o cijepljenju, u šest tjedana se u Hrvatskoj javi prosječno 8 slučajeva GBS-a. To znači da bi se kod 500.000 cijepljenih (koliko se prosječno cijepi posljednjih pet godina) unutar šest tjedana javio jedan slučaj GBS-a neovisno o cijepljenju. Kad bi cijepljenje tih 500.000 ljudi protiv sezonske gripe uzrokovalo jedan dodatni slučaj na milijun cijepljenih, kao što neka istraživanja pokazuju (u stvari, jedan na milijun cijepljenih), ne možemo očekivati više od jednog dodatnog slučaja nakon cijepljenja u Hrvatskoj. Uzevši ove podatke u obzir, ne bismo mogli u Hrvatskoj očekivati više od dva slučaja GBS-a godišnje nakon cijepljenja protiv sezonske gripe u skupini cijepljenih (jedan slučaj koji se javio u prvih šest tjedana neovisno o cijepljenju uvećan za jedan dodatni slučaj na račun cijepljenja 500.000 stanovnika).

Dakako, takva razlika u broju oboljelih od GBS-a ne bi bila statistički značajna, te ne bi bilo moguće donositi ikakve zaključke o povezanosti cijepljenja s nastankom GBS-a, čak i da postoji taj jedan dodatni slučaj godišnje zbog cijepljenja. Naime, da bi eventualna uočena razlika između incidencije GBS-a među cijepljenima i necijepljenima bila statistički značajna, morali bismo među cijepljenima imati 7 oboljelih od GBS-a godišnje na 500.000 cijepljenih osoba, što je nemoguće uz procijenjeni potencijalni rizik od cijepljenja.

Zbog toga su procjene utjecaja sezonskog cijepljenja na javljanje GBS-a moguće samo u zemljama s velikim brojem stanovnika i s visokim cjepnim obuhvatima ili u međunarodnim istraživanjima, komplicacijom podataka iz brojnih zemalja, čime se postiže adekvatna snaga studije.

Ono što u našim uvjetima možemo, jest posredno procjenjivati povezanost cijepljenja protiv sezonske gripe s nastankom GBS-a. Jedan je od takvih posrednih pokazatelja usporedba trenda odaziva na cijepljenje (broja primijenjenih doza cjepiva protiv gripe) s trendom incidencije GBS-a (brojem hospitaliziranih zbog GBS-a). Slika 1. prikazuje usporedbu odaziva na cijepljenje s brojem hospitaliziranih od GBS-a u Hrvatskoj za razdoblje od 2007. do 2011. godine. Iz slike je vidljivo da u tom peto-

* Članak pod istim naslovom, poslan za objavu u online Hrvatski časopis za javno zdravstvo (www.hcjz.hr) (autori: prim.dr.sc. Bernard Kaić, dr.med., Branimir Tomić, dr.med., Tatjana Nemeth-Blažić, dr.med., mr.sc. Sanja Kurečić Filipović, dr.med, Vesna Višekruna Vučina, Vladimir Draženović, dr.med., Iva Pem-Novosel, dr.med., Alekandar Šimunović, dr.med., prof.dr.sc. Ira Gjenero-Margan, dr.med.), ovdje u nešto skraćenom obliku.

godišnjem razdoblju pada godišnji broj cijepljenih osoba, a broj hospitaliziranih zbog GBS-a pokazuje trend porasta (Slika 1.)

Drugi posredni pokazatelj povezanosti cijepljenja protiv sezonske gripe s nastankom GBS-a možemo dobiti uvidom u javljanje GBS-a po mjesecima, te stavljanjem mjesečne incidencije GBS-a u odnos s vremenom cijepljenja protiv gripe i obolijevanjem od gripe u Hrvatskoj. Slika 2. prikazuje zbirni mjesečni broj hospitaliziranih od GBS-a u petogodišnjem razdoblju od 2007. do 2011. godine. U tih pet godina hospitalizirane su 364 osobe, što je podijeljeno na 12 mjeseci 30,3 hospitalizacije mjesečno. Stupci prikazuju stvaran broj hospitalizacija po mjesecima u tih pet godina.

S obzirom na to da cijepljenje protiv gripe svih ovih godina počinje početkom studenog i da se do kraja prosinca cijepi velika većina osoba koje su se odazvale na cijepljenje, a razdoblje za eventualan nastanak GBS-a se očekuje u prvih šest tjedana od cijepljenja, za očekivati je da se slučajevi GBS-a koji se javljaju nakon cijepljenja hospitaliziraju od studenog do siječnja. S druge strane, epidemija gripe je u Hrvatskoj tih godina uglavnom počinjala u drugoj polovici siječnja i trajala dva do tri mjeseca, te se eventualni slučajevi GBS-a kao posljedica gripe mogu očekivati od veljače do travnja.

Iz slike je uočljivo da je u mjesecima kada bi se očekivali slučajevi GBS-a uzrokovani cijepljenjem (studen-siječanj),



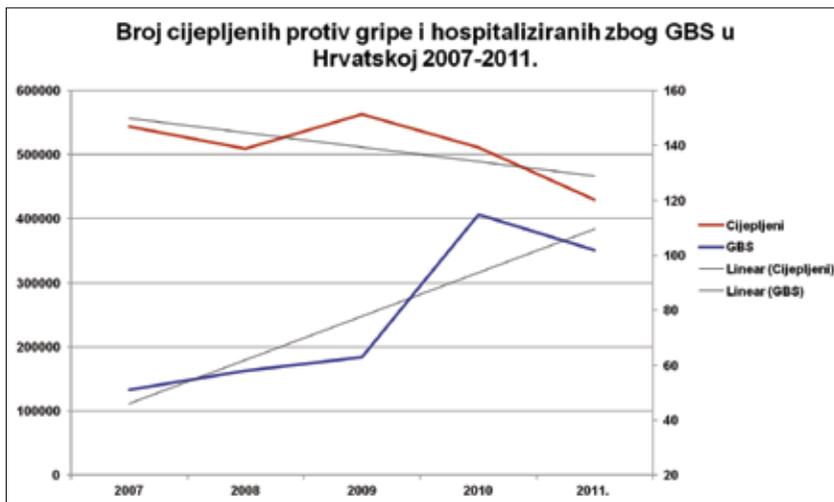
bio manji broj hospitalizacija od GBS-a nego što je mjesečni prosjek u tih pet godina. S druge strane, u mjesecima kada bi se očekivalo javljanje GBS-a povezanog s obolijevanjem od gripe (veljača-travanj), veći je broj hospitaliziranih od GBS-a nego što je mjesečni prosjek (Slika 2.)

Podaci prikazani u slikama 1. i 2. ne upućuju na povezanost cijepljenja s GBS-om, već neizravno upućuju na povezanost gripe s GBS-om.

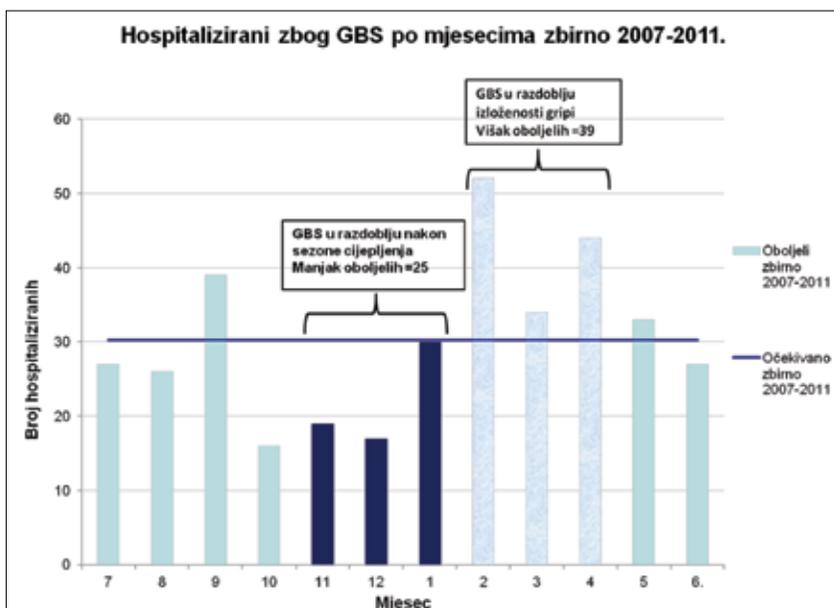
U ljeto 2012. godine počelo se u hrvatskim tiskanim medijima pisati o bolesnicima koji su oboljeli od neuroloških bolesti, na način da su se njihove bolesti nekritički proglašavale Guillain-Barreovim sindromom i povezivale s cijepljenjem protiv gripe. I u drugim hrvatskim medijima (televizija, internet) o toj su se temi pojavljivali članci i emisije u kojima se optužuje cjeviva za izazivanje teških nuspojava.

Zbog velikog interesa i odjeka objavljenih dezinformacija kod stanovništva, Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) osnovala je Povjerenstvo s ciljem prikupljanja podataka o oboljelima čije su se zdravstvene poteškoće neetično povlačile po novinama, te procjene povezanosti njihove bolesti s cijepljenjem protiv gripe. Zaključci povjerenstva su javno objavljeni. Iz zaključaka proizlazi kako se kod dvoje od petoro bolesnika koji su oboljeli u zadnje tri godine vjerojatno radi o GBS-u te da je kod dvoje bolesnika moguća povezanost bolesti (jedan bolesnik s vjerojatnim GBS-om i jedan bolesnik kod kojeg se na temelju dostupne dokumentacije nije moglo zaključiti radi li se o GBS-u) s cijepljenjem protiv gripe. Kod troje od petoro analiziranih slučajeva procijenjeno je da povezanost cijepljenja s bolešću nije vjerojatna. Opširnije o radu i zaključcima Povjerenstva u Liječničkim novinama broj 114, studeni 2012.

Literatura na zahtjev:
tatjana.nemeth-blazic@hzjz.hr



Slika 1. Usporedba odaziva na cijepljenje i hospitalizacija zbog GBS-a u Hrvatskoj od 2007. do 2011. godine (izvor podataka: HZJZ)



Slika 2. Hospitalizacije zbog GBS-a u Hrvatskoj po mjesecima u razdoblju od 2007. do 2011. godine (izvor podataka: HZJZ)

Psihijatrijsko-pravni aspekt nasilničkog ponašanja

Simpozij kojim je obilježena 133. obljetnica Bolnice Vrapče

Ana Stanišak

• Ravnatelj Klinike za psihijatriju Vrapče prof. dr. Vlado Jukić naglasio je u uvodnoj riječi kako je najbolje obilježiti 133. obljetnicu postojanja Klinike ovakvim simpozijem jer zadnjih godina bilježimo porast registriranog nasilja. Simpozij je održan u edukacijskom centru Klinike 15. studenog 2012. Organizatori su bili, uz Kliniku za psihijatriju Vrapče, Hrvatsko društvo za forenzičnu psihijatriju HLZ-a i Hrvatsko društvo za psihijatriju i pravo. Nasilničko ponašanje obrađeno je s pravnog (kaznenog, prekršajnog i s aspekta Zakona o zaštiti od nasilja u obitelji), psihološkog, psihijatrijskog, socijalnog i etičkog aspekta te s aspekta nadzora provođenja obveznog psihijatrijskog liječenja i psihosocijalnog tretmana nasilnika što ih provode uredi za probaciju Ministarstva pravosuđa.

Poseban je naglasak bio na izricanju mjere i provođenje obveznog psihijatrijskog liječenja i psihosocijalnog tretmana nasilnika. Jedan od problema u praksi liječnika je što suci upućuju na liječenje osobe koje su počinile neko kazneno djelo pod ovisnošću te ih odmah proglašavaju ovisnicima. Poruka Simpozija je da treba definirati područje odgovornosti svih sudionika u procesu tretiranja osoba koje manifestiraju nasilničko ponašanje.

Hrvatska treba pravnu ustanovu za liječenje smanjeno ubrojivih osoba izvan kaznenog sustava u psihijatrijskoj bolnici

U ime Radne skupine za izradu Nacrta prijedloga Kaznenog zakona govorila je prof. dr. Ksenija Turković iz Prav-

nog fakulteta u Zagrebu o pravnom okviru izricanja mjere obveznog psihijatrijskog liječenja (i psihosocijalnog tretmana). Načelo razmjernosti, uvedeno u članku 67. Kaznenog zakona, kaže da sigurnosna mjera mora biti u razmjeru s težinom počinjenog kaznenog djela i kaznenih djela koja se mogu očekivati. Naglasila je da se nebrojivim osobama mogu izricati sigurnosne mjere koje nisu mjera obveznog liječenja. Obvezno psihijatrijsko liječenje uvodi se za kazneno djelo od jedne godine te ukoliko postoji opasnost da ta osoba učini i teže kazneno djelo. Istaknula je i da pred Hrvatskom stoji zadatak da ostvari pravnu ustanovu u koju bi se mogle upućivati smanjeno ubrojive osobe (izvan kaznenog sustava u psihijatrijskoj bolnici) koja će imati potrebne uvjete sigurnosti.

Internet stranica: Centar za sigurniji Internet

Renata Odeljan iz Ministarstva unutarnjih poslova, voditeljica Odsjeka za maloljetničku delinkvenciju u Ravnateljstvu policije, govorila je o ulozi i značenju policije u sprečavanju i procesuiranju nasilničkog ponašanja. Zabrinjavajuće su činjenice da od 2000. godine bilježimo porast nasilja u obitelji, a u 2011. godini statistika pokazuje da se 39,6 posto ubojstva događa u obitelji. Najavila je da će uskoro postati aktivna Internet stranica „Centar za sigurniji Internet” putem koje će djeca i roditelji moći pristupiti informacijama o zaštiti od nasilja na jednom mjestu i te će djeca moći prijaviti kazneno djelo online. <međunaslov> Potrebno razlikovati bolest ovisnosti i zlouporabu sredstava ovisnosti Sutkinja Visokog prekršajnog suda Branka Živković Žigante, dipl. iur., članica Povje-

renstva za praćenje i provedbu Zakona o zaštiti od nasilja u obitelji (ZZNO), govorila je o praksi izricanja mjere obveznog psihijatrijskog liječenja ili psihosocijalnog tretmana nasilnika po Zakonu o prekršajima i Zakonu o zaštiti od nasilja u obitelji. Obvezno liječenje od ovisnosti je zaštitna mjera koja se izriče ako se radi o odlučnoj ovisnosti (ovisnost kao bolest), dakle kazneno djelo je počinjeno pod djelovanjem ovisnosti i postoji opasnost od ponovnog počinjanja kaznenog djela. Do problema dolazi kada se zaštitnu mjeru izriče osobi koja je učinila kazneno djelo pod djelovanjem ovisnosti, ali nije odlučno ovisna.

Prof. dr. Marina Ajduković, sa Studija za socijalni rad na Pravom fakultetu, govorila je o psihosocijalnom tretmanu nasilnika, metodološkim konceptima i indikacijskim područjima. Istaknula je da je potrebno raditi na kriterijima kojima će se utvrđivati kome je potreban psihosocijalni tretman. Ovisnost o alkoholu i drogi kao bolest nisu indikatori za psihosocijalni izvanbolnički tretman. No, potrebno je napraviti distinkciju između bolesti ovisnosti i zlouporabe sredstava ovisnosti. Postavlja se pitanje jesu li svi počinitelji nasilja osobe kojima je potrebno psihijatrijsko liječenje. Postoji i situacija stresa u kojem se mozak instinktivno brani. Izazov je da napravimo liste provjere o kojem se slučaju radi trijaža jednostavnim intervjuima.

Timski interdisciplinirani pristup liječenju

Prof.dr. Vlado Jukić govorio je o organizacijskim modelima i provođenju mjere psihijatrijskog liječenja počinitelja nasilja u Klinici za psihijatriju Vrapče. Postavio je pitanje primitka pacijenta koji nema nikakve psihijatrijske dijagnoze u psihosocijalni tretman te predložio mogućnost da druga zdravstvena ustanova obradi pacijenta. Predložio je timski interdisciplinirani pristup, uvođenjem tima u kojem su: psihijatar kao vođa tima, socijalni pedagog, socijalni radnik, radni terapeut i medicinska sestra. Bolesnici bi tako mogli ostati u bolnici dva tri sata, a tim bi se bavio tom tematikom.

Vedrana Koceić, voditeljica Probacijskog ureda u Zagrebu II, pri Ministarstvu pravosuđa, govorila je o interdisciplinarnoj suradnji u tretmanu nasilničkog ponašanja u okviru provođenja probacijskih sankcija i mjera.

Probacija je uvjetovana i nadzirana sloboda počinitelja kaznenog djela

tijekom koje službenici probacije provode postupke usmjerene na smanjenje rizika da počinitelj ponovi kazneno djelo. Obavljaju se poslovi s ciljem zaštite društvene zajednice od počinitelja, resocijalizacije i reintegracije počinitelja u zajednicu. To čine utječući na rizične čimbenike koji su povezani s počinjenjem kaznenih djela u svrhu smanjenja tih rizika.

Vještačenje može provesti samo liječnik

Prim. dr. sc. Miroslav Goreta govorio je o etičkim pitanjima na području tretmana nasilničkog ponašanja. U okviru teme koja pokriva dijagnostiku i prevenciju nasilničkog tretmana to konkretno znači da nasilničko ponašanje samo po sebi ne indicira poduzimanje bilo kakvih terapijskih mjera ako nije dominantno uvjetovano pouzdano dijagnosticiranim mentalnim poremećajem. Nijedna prisilna mjera psihijatrijskog tretmana ne bi se smjela utvrđivati bez psihijatrijskog vještačenja. Vještačenje može provesti samo liječnik, po mogućnosti psihijatar, i s drugim praksama treba prestati. Provođenje psihosocijalnog tretmana u psihijatrijskim ustanovama upitno je sa zakonskog i etičkog stanovišta jer se provodi bez dovoljno stručnih argumenata, bez vještačenja i pretvara se u zaštitnu mjeru znatno restriktivniju od one kakvu je zamislio zakonodavac.

Nakon predavanja uslijedila je rasprava sudionika o adekvatnom liječenju nasilnika. Završila se prijedlogom organizacije mreže forenzičko-psihijatrijskih centara (ambulanti) za izvanbolničko liječenje osoba kojima je izrečena mjera sigurnosti obveznog psihijatrijskog liječenja.

(stanisakana@gmail.com)

.....



STOP
PLAYING POLITICS
WITH THE REAUTHORIZATION OF THE
**VIOLENCE
AGAINST
WOMEN
ACT**

MATSON
ST. LOUIS POST DISPATCH

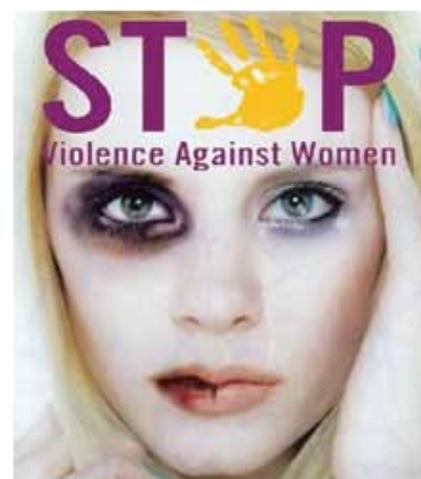


**UP TO 70%
OF WOMEN
EXPERIENCE
VIOLENCE
IN THEIR
LIFETIME.**

Reagiranja na simpozij

Nekoliko laičkih primjedbi psihijatrima

Hvalevrijedno je što su psihijatri organizirali simpozij o nasilništvu, ali, čitajući izvješće s tog simpozija, nama laicima u psihijatriji nameću razne nedoumice i dvojbe.



Da čitatelje previše ne zamaram, osvrnut ću se samo na tri pitanja.

Je li nasilništvo bolest?

Na mnogo se mjesta spominje «obvezno psihijatrijsko liječenje nasilnika» i prema tome izgleda da neki psihijatri nasilništvo smatraju bolešću. Istina je da

se u MKB-10 spominje pod F 60,2 nekakav disocijalni poremećaj ličnosti ali, koliko se sjećamo iz kolegija biologije, nasilništvo (agresivnost) prirodno je svojstvo mnogih živih bića i važan faktor ne samo evolucije pojedinih vrsta nego i njihova opstanka (predatori).

Štoviše, kod vojnika se nasilništvo smatra vrlinom koja se potiče, pa čak i odlikuje ordenima. U vojsci su me kao regruta učili: "i zubima i noktima!"

Svi se možemo složiti da nasilno ponašanje nije etično, ali neetičnost nije bolest s patoanatomskim supstratom. Pa ako je tako, onda dolazi u obzir samo predgoj i kažnjavanje nasilnika (kod životinje dresura), a nikako ne terapija (osim kod psihoza s neubrojivošću). Zaključak: ne brkati neetičnost s patologijom u medicinskom smislu.



A što je s psihičkim nasiljem?

Drugi je prigovor što je na simpoziju dominirala primitivna predodžba o nasilju kakva je osobito uvriježena u priprostog puka, a simbolizira je „šljiva ispod oka” („muško” nasilje). Takvu predodžbu o nasilju uporno indoktriniraju razne kampanje upotrebom užasavajućih slika (nekoliko tipičnih ovdje je reproducirano) i tako hotice ili nehotice potiskuju važnost psihičkog, verbalnog nasilja i mobinga.

Takvo defektno poimanje nasilja najmanje bi se trebalo očekivati od psihi-



jatara. Za ljudsku vrstu, osobito u obitelji, važnije je psihičko od fizičkog nasilja, jer je trajnije (nije na mah), češće je i okrutnije, pa stoga izaziva teže i dublje posljedice nego „šljiva ispod oka”.

Nedostaje etiološki pristup

Treće, na programu simpozija nedostaje kao tema etiologija nasilništva, a učili su nas da uvijek treba djelovati etiološki. To nije samo akademsko pitanje jer ako je istina da 70 % žena doživi nasilje, nema pravog rješenja bez proučavanja etiologije. Jesu li doista 70 % muškaraca zvjerađ u ljudskoj spodobu ili neubrojivi bolesnici kojima treba psihijatrijsko liječenje? Prešućuje se da je fizičko nasilje gotovo uvijek reakcija na psihičko (!) nasilje iz okoline, drugim riječima, zaboravlja se

etološki djelovati u tom smjeru. Samo se na jednome mjestu gotovo stidljivo spominje mogućnost «stresa u kojem se mozak instinktivno brani».

Zaključak: fizičko nasilje je u pravilu sekundarno, kod čovjeka je obično izazvano psihičkim nasiljem, i zato bi ovo posljednje trebalo biti primarna tema svakog simpozija o nasilništvu.

Prof. dr. Željko Poljak

Odgovor u vezi s dvojbom prof. Poljaka

Informacije navedene u izvještaju izvučene su iz citata govornika na Simpoziju. Nisam primijetila da je stavljen znak jednakosti između neetičnosti i bolesti na samom Simpoziju. Naprotiv, tijekom izlaganja prim. dr. sc. Miroslava Gorete navedeno je da nasilničko ponašanje samo po sebi ne indicira poduzimanje bilo kakvih terapijskih mjera ako nije dominantno uvjetovano pouzdano dijagnosticiranim mentalnim poremećajem.

Ana Stanišak



A liječenje alkoholizma?

Nasilničko ponašanje u izrazitoj mjeri je porastu u svim generacijama i svim pravcima te je stoga bio koristan simpozij o toj temi. Ali, kako je po svjetskim i našim istraživanjima, osobito socijalnih službi, oko 70% nasilja u obitelji uvjetovano općim neskladom i poremećajem u obitelji, uz naglasak na očevo alkoholizam, alkoholni poremećaj i zlorabu alkohola (a ne samo ovisnosti o njemu), zašto na simpozij nisu pozvani i alkoholozi? Jedan bi takav simpozij trebalo održati i u KBC-u „Sestre milosrdnice“, kako za prometno tako i obiteljsko, uglavnom alkohološko nasilje.

Nasilje se uočava već i kod djece u vrtiću, u školi pa nadalje, a svi bi stručnjaci trebali zatražiti od područne socijalne službe obiteljski nadzor i izvještavanje o njemu. Tu pomažu i policijske intervencije (ako itko na to uopće stigne) i hitno upućivanje na prekršajni sud i postupak koji je puno brži i efikasniji od kaznenoga u ranijim slučajevima, te po potrebi određivanje obaveznog alkohološkog liječenja cijele obitelji, najčešće u izvanbolničkim grupnim uvjetima. Također je potrebno paralelno višegodišnje redovito uključivanje u klubove liječenih alkoholičara (u Zagrebu ih ima gotovo stotinu i tretman je besplatan). To treba redovito, stručno i sudski nadzirati. U protivnom, liječenje alkoholizma je moguće i zatvorski u Turopolju. Kazneni je postupak predugotrajan, probacija se treba tek dokazati, dok su psihosocijalni postupci zbog skupoće teško dostupni.

Ideja s internetom mogla bi, uz zakazivanje mjerodavnih, biti proširena s djece i na njihovu obitelj, znance, susjede i ostale dobronamjernike.

Samo, kome bi trebalo nasilje prijaviti da stvar ponovno ne „zaspi“? Jer zaspale su zadnjih godina mnoge mjerodavne socijalne i druge službe i nisu spriječile ubojstva supruga od neliječenih alkoholičara u Rovinju, Puli, Brodu, Glini, Omišu, Baranji, Zagrebu itd., a da gotovo nitko zbog toga nije odgovarao.

Darko Breitenfeld i Davor Kust

♦♦♦♦

Palijativna skrb i zdravstveni sustav – novi izazovi

Simpozij u Neuropsihijatrijskoj bolnici “Dr. I. Barbot”, Popovača

Robert Marinić, dr. med.

• Razvoj palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj jedan je javnozdravstvenih prioriteta, o čemu govori procjena da je danas u RH palijativna skrb potrebna za oko 30 000 ljudi, a samo ih manji broj tu skrb i dobije. Kao značajan doprinos toj ideji održan je u organizaciji Neuropsihijatrijske bolnice “Dr. I. Barbot”, udruge Hrvatski centar za palijativnu skrb te Sekcije za bol Hrvatskog društva za palijativnu medicinu

u NPB “Dr. I. Barbot” u Popovači 30. siječnja simpozij “Palijativna skrb i zdravstveni sustav – novi izazovi”. Skup je bio iznimno posjećen, s preko 170 sudionika raznih profila, medicinske i nemedicinske struke, te nazočnost predstavnika političke i crkvene zajednice.

Nakon protokolarnog dijela i uvodne riječi ravnateljice Bolnice prim. dr. **Marine Kovač**, govorio je prim. dr. sc. **Zo-**



Pređavači simpozija u društvu domaćina prim. dr. Marine Kovač. Gore: Ljubica Vazdar, onkolog; Lidija Fumić Dunkić, anesteziolog; Marija Kušan Jukić, psihijatar; Ljiljana Hoić, med. sestra; duhovnik Igor Grahovac Fedešin, dipl. teolog; Damir Miholić, Eduk.-rehab. fakultet Zagreb; Morana Bilić, psiholog; dr. Ivanka Kotnik. Sjede: Robert Marinić, psihijatar; Marina Kovač, psihijatar; Zoran Lončar, anesteziolog; Jasenka Markeljević, MEF Zagreb; Renata Martinec, Eduk.-rehab. fakultet Zagreb.

ran Lončar, zamjenik ravnatelja HZZO-a, predstavivši Bijelu knjigu o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi po preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb. U nastavku je pokazao i financijske pokazatelje vezane uz uvođenje palijativne medicine u zdravstveni sustav. U zaključku navodi preporuke za uključivanje palijativne skrbi u zdravstveni sustav, što uključuje: popunjavanje mreže PZZ-a jednim mobilnim timom u svakoj županiji, odnosno 4 za najveće gradove (1 mobilni tim na 100 000 st.); prenamjenom postotka postojeće krevetne mreže dalje formirati planirane potrebne kapacitete na sekundarnoj razini (akutna palijativa u akutnim bolnicama, produženo liječenje u kroničnim bolnicama); 80-100 kreveta na 1 000 000 st.; veličina odjela 8-12 kreveta; stvaranje nacionalne mreže palijativne medicine. Pod nazivom "Medicinska etika i bioetika u svjetlu palijativne skrbi u 21. stoljeću" govorila je prof. dr. **Jasenska Markeljević** s MEF-a Zagreb o multidimenzionalnosti svjetske krize, misleći na njene moralne, duhovne i intelektualne aspekte, s posebnim naglaskom na palijativnu skrb.

Palijativna skrb temelji se na suradnji stručnjaka raznih profila koja uključuje liječnika opće medicine, medicinske sestre, specijalista algologa, onkologa, fizijatra, psihijatra, socijalnog radnika, psihologa, fizioterapeuta, radnog terapeuta. Na skupu je naglašena važnost uvođenja palijativne skrbi u zdravstveni sustav RH na svim razinama zdravstvene zaštite, ali i uvođenje edukacije iz palijativne medicine za sve sudionike palijativne skrbi, s ciljem ustanovljenja palijativne medicine kao zasebne specijalizacije.

Nužnost multiprofesionalnog i interdisciplinarnog pristupa u praksi prikazana je u nastavku simpozija predavanjima stručnjaka raznih profila. Voditeljica ambulante za bol KBC-a Sestre milosrdnice, mr. sc. **Lidija Fumić Dunkić**, govoreći o suvremenim spoznajama liječenja karcinomske boli, opisuje i pojam totalne boli, koji uključuje fizičku, psihičku, socijalnu i duhovnu komponentu boli. Dr. sc. Marija Kušan Jukić iz KB-a Vrapče upozorila je na izazov koji stoji pred nama, misleći na potrebu uključivanja dementnih pacijenata u palijativnu skrb. O svom dugogodišnjem iskustvu volontera u palijativnoj skrbi i njho-

voj važnosti govorila je dr. **Ivanka Kotnik**, predstavnica udruge volontera iz Hrvatske udruge prijatelja hospicija. Na simpoziju su govorili i gosti s Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta, doc. dr. **Renata Martinec** i dr. sc. **Damir Miholić**, pa se moglo čuti i o pojmu sofrologije - koja predstavlja filozofiju, znanost i terapiju istovremeno, a tumači se u području univerzalnog i transcendentnog humanizma.

U zaključcima je naglašena važnost pridržavanja smjernica Europskog udruženja za palijativnu skrb i Bijele knjige o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb, te je izražena podrška stručnjacima iz NPB-a "Dr. I. Barbot" u organiziranju palijativne skrbi na regionalnoj razini. Više podataka o ovim i drugim predavanjima sa skupa može se dobiti od organizatora, na web stranici udruge Hrvatski Centar za palijativnu medicinu, www.ostaniuzmene.com i na stranicama NPB-a "Dr. I. Barbot" www.npbp.hr

(robert.marinic@inbox.com)

♦♦♦♦

Tečaj HMP-a na otoku Mljetu

Hvala Komori i StEPP-u!

- Dana 9. i 10. ožujka održali su članovi Udruge StEPP (Studentska ekipa prve pomoći) iz Zagreba uz pomoć Općine Mljet, Javne ustanove Nacionalni park Mljet i Javne vatrogasne postrojbe Mljet, tečaj hitne medicinske pomoći, KPR, AVD i trauma za vatrogasne timove, učitelje i rendžere na otoku Mljetu, a za medicinske timove još i napredno održavanje života, defibrilaciju i zbrinjavanje dišnog puta sa intubacijom. Sve je uvijek s opremom, scenarijima u vozilima i lutkama za reanimaciju. Bilo nam je super zanimljivo i svi smo mnogo naučili. Hvala Hrvatskoj liječničkoj komori koja nam je posudila lutke.

*Dr. Magdalena Kovačić Nardelli
Babino Polje, otok Mljet*



HMP Mljet

Kontracepcija je danas nezamjenjiv oblik planiranja obitelji

Odgovor na osvrt «Zašto se smanjuje prodaja hormonskih kontraceptiva?»

Prof. dr. sc. Velimir Šimunić, pročelnik Zavoda za humanu reprodukciju - Centar za planiranje obitelji, predsjednik Hrvatskog društva za ginekološku endokrinologiju i humanu reprodukciju

• Gospođa prim.dr. **Marija Džepina** dala si je mnogo truda („Zašto se smanjuje prodaja hormonskih kontraceptiva«, LN broj 116 od 15. veljače 2013., str.) da analizom svake moje rečenice u razgovoru pod naslovom „Sve manje Hrvatica se koristi hormonskim kontraceptivima“ (LN broj 115 od 15. prosinca 2012., str. 62), ukaže na neke izrečene pogreške. Povod i poruke navedenog razgovora s dr. **D. Delićem** bile su vrlo jednostavne. Ponovno ukazati da se hormonska kontracepcija koristi u RH premalo, te da su posljedice neželjene trudnoće i moguće oštećenje reproduktivnog zdravlja. Objavljeni razgovor trebao je umanjiti neprestan strah od pilula.

Ako njena analiza nema elemente osobnog animoziteta, tada uopće ne shvaćam što je prim. Džepina željela poručiti. Bilo bi normalno i nadasve korisno da se zbog svoje pozicije i djelatnosti nadovezala na raspravu i istakla dokazanu korist pilula i štetnost neželjenih trudnoća i abortusa u mladima. Čini mi se da bi to trebala biti misija njena dugogodišnjeg djelovanja. Također i rizike spolno prenosivih bolesti, posebno HPV upala, promovirati cijepjenje i slično. Bez obzira na motiv njena nejasnog teksta, ja joj se zahvaljujem, jer mi je ovime omogućeno daljnje tumačenje problematike. Vjerujem ipak u buduću bolju međusobnu komunikaciju, jer ciljevi bi nam trebali biti isti, očuvanje reproduktivnog zdravlja Hrvatica. Tu brigu trebaju trajno voditi i unapređivati centri za planiranje obitelji i liječ-



Prof. dr. sc. Velimir Šimunić

nički školske i opće medicine, te ginekolozi. Prije svega naslov objavljenog razgovora sa mnom ne govori o prodaji hormonskih kontraceptiva, već o smanjenju korištenja pilula u Hrvatskoj.

O neželjenim trudnoćama i namjernim pobačajima

Prim. Džepina se detaljnom analizom statistike HZJZ-a i tim dokazima o neprestanom padu godišnje učestalosti abortusa na 4500, suprotstavljajući mom mišljenju da ponovno bilježimo porast od 15% (oko



700 pobačaja godišnje). Za navedeni pad zaslužan je niz čimbenika, pa i struka.

Ja sigurno nisam brojio legalne i kriminalne abortuse, ali sam čvrsto uvjeren da je porast još veći. Moje 30-godišnje iskustvo ginekologa kliničara uvjerilo me da se niz zadnjih godina učestalost abortusa ne prijavljuje precizno. Nekada je to bila stroga, višestruko kontrolirana obaveza, a danas su moguće stranputice i površnost prijavljivanja. Mogućnost ilegalnih abortusa jednako postoji u državnim i privatnim institucijama, a uvođenje reda prepuštam drugima. Valja podsjetiti da se danas abortus izvodi i medikamentno, potpuno neprijetno i sigurno, bez mogućnosti kontrole.

Kako su naše statistike često neprecizne ili ne postoje, za sve svoje analize služim se onima u koje vjerujem. To su izvještaji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), Guttmacherova instituta, europskih i svjetskih stručnih udruga, Britanskog kraljevskog društva i drugih.

Posebno vjerujem u nalaze nedavnog istraživanja tvrtke IPSOS u Hrvatskoj (2010. g.). To opsežno istraživanje na 1000 žena reproduktivne dobi svih društvenih kategorija, uz pravilan odabir uzorka, dalo je niz korisnih podataka o spolnosti i kontracepciji. Hrvatsko društvo za humanu reprodukciju sudjelovalo je u tom istraživanju. Nalaze koje navodi prim. Džepina smatram selektivnim, jer studentice ne mogu biti reprezentativan uzorak za naciju.

Na 4. Hrvatski kongres u Splitu nisam ni bio pozvan, iako je poznato da sam o reproduktivskom zdravlju dosta govorio i pisao. Zato se nisam ni mogao služiti s tamo iznesenim podacima, a nisam naišao na knjigu predavanja.

Prema mojim izvorima (literatura je lako dostupna), koji nisu stariji od pet godina, navodim najvažnije činjenice:

- u svijetu se godišnje obavi 50 milijuna abortusa
- njih 40% je kriminalno
- 70.000 smrti povezane s trudnoćom godišnje posljedica su abortusa
- 40% svih trudnoća u svijetu je neželjeno
- 80% trudnoća adolescentica je neželjeno
- 750.000 trudnoća godišnje u SAD-u su one u adolescentica
- od svih trudnoća 20-30% završi abortusom
- u RH je 75.000 mladih žena imalo 1-3 abortusa (7% žena)
- ako manje od 15% mladih žena koristi pilule, značajno raste učestalost abortusa

- tada je učestalost 10 do 30 abortusa na 1000 žena reproduktivske dobi u RH 8-10% žena reproduktivske dobi koristi pilule

- porastom korištenja pilula od 19 na 30% u SAD-u je smanjena učestalost abortusa za 25%.

Iz navedenog proizlazi da bi i najumjerenijim izračunom, poštujući sve svjetske analize, u RH godišnje moglo biti oko 18.000 neželjenih trudnoća i blizu 8000 abortusa. Ponavljam da su to proračuni koji se ne temelje na točnim brojevima i statistikama. Jednostavno oni su posvuda okvirni, jer nitko ih nije kadar izbrojiti, pa ni ja. Čak niti statistike SZO-a, pa ni HZJZ-a ne mogu biti točne.

O razlozima umanjenog korištenja hormonske kontracepcije

Nisam zabrinut za pad zarade farmaceutskih tvrtki, ali sam jako zabrinut niskim korištenjem pilula u RH. Vjerujem da tako misli i prim. Džepina, koja pogrešno tumači da za pad korištenja mogu biti odgovorni i demografski poremećaji, te porast neplodnosti. Naime, 8-10% je uvijek nizak i relativan odnos, bez obzira što je manje žena fertillne dobi. Točno je da je učestalost neplodnih parova 14-16%, s polovičnim udjelom muškaraca. To nije razlog, već djelomično posljedica nekorisćenja kondoma i pilula koji dokazano štite reproduktivsko zdravlje.

Kada govorimo o korištenju pojedinih metoda kontracepcije, važno je prikazati reprezentativan uzorak, a ne uži krug urbanih i visokoobrazovanih ispitanika. Studentice u Osijeku i Rijeci nisu dobar uzorak za čitavu RH. Nadalje, kod ovakve analize (ili kritike) svakako treba razdvojiti stalne korisnike (-ce) pouzdane kontracepcije, od onih sporadičnih. Valja podsjetiti da su u mladih 5 do 10 puta češće greške u primjeni bilo koje kontracepcije. Prema našim anketama, koje obuhvaćaju žene svih dobnih skupina i društvenih kategorija, samo ih 30% koristi kontracepciju uvijek, a 10%



često, dok ih čak 48% ne koristi pouzdanu kontracepciju nikad ili rijetko. Prema istom i dodatnom školskom istraživanju (2012/13.) našli smo sljedeće trenutno korištenje:

- kondom - 30%
- pilule - 8%
 - adolescenti - 11-12%
- uterini uložak - 3%
- prekinuti snošaj - 12%
 - adolescenti - 30%
- bez kontracepcije - 40%

To nisu navodi o tome je li netko ikada koristio kontracepciju ili je koristi povremeno.

Uostalom, prim. Džepina zaboravlja da ja nisam navodio rezultate njenih istraživanja, niti Kongresa u Splitu. Ipak, nije mi uvjerljivo da 70% studenata koristi prezervativ, niti visoka učestalost dvostruke kontracepcije („double dutch“). Da je izostanak kontracepcije u Hrvatskoj čest, govori i visoka učestalost spolno prenosivih bolesti mladih, HPV upala i nenormalnih PAPA nalaza (20-40% mladih). Smatram sramotom struke (obje) zbog tako niskog odaziva na HPV cijepljenje. Ispravak o besplatnosti je nevažan i sitničav. Bilo bi važnije utvrditi odgovornost za takvo stanje, kompetentnost stručnjaka koji uče mlade i roditelje i ostalo.

Nisam uspio utvrditi je li prim. Džepina uvjeren da se u RH koristi puno pouzdane kontracepcije i kakav joj je uopće stav prema pilulama.

O hitnoj kontracepciji

Potpuno je nejasan razlog zašto prim. Džepina netočnim navodom diskriminira jedan od dvaju oblika hitne kontracepcije. Koga mi sada opet trebamo plašiti abortivnim sredstvima i još više umanjiti vjeru u tako učinkovitu zaštitu od neželjene trudnoće? U Njemačkoj se na primjer godišnje iskoristi 400 tisuća recepata za hitnu kontracepciju, a trećina su žene mlađe od 20 godina. Progestagen levonorgestrel 2x0,75 mg (Escapelle) i selektivni modulator progesteronskih receptora – Ulipristal acetat 30 mg jednokratno (EllaOne) imaju isti učinak. Oni priječe zrijenje folikula, LH skok, te ovulaciju i oplodnju, a ne mogu zaustaviti implantaciju i trudnoću. Stoga niti jedan preparat nije abortivan. Drugačija mišljenja nisu nikada potvrđena. Dodatan je učinak na cervikalnu sluz i transport game-
ta.



Ako dođe do početne trudnoće nisu učinkoviti i ne povisuju učestalost spontanijih pobačaja (vidi i Speroff, Contraception, 2011. Statement German Soc. For Reproductive Medicine – 2013. Gemzell-Danielsson- Contracept. 2012., Glaisier-Lancet 2010., FIGO – Int. J.G.O.- 2011, WHO, 2012, Sprem – Coll. Antr. 2012, Cheng-Cochrane SR. 1-2012, Cleland – HR, 2012.). Tada oni ne djeluju teratogeno. Proračunato je da bi se hitnom kontracepcijom moglo spriječiti 40-50% neželjenih trudnoća. Ne vidim razloge zašto bi korisnica trebala biti punoljetna.

Osim toga, iskusni kliničar ginekolog lako može i UZV pretragom utvrditi prošlu ovulaciju i moguću implantaciju. Tada se odabir metode prepušta svjetonazoru.

Neprihvatljivo je stoga da danas netko ima drugačije mišljenje koje se ne temelji na znanstvenim dokazima. Taj stav prim. Džepina često i ponavlja, a njen tekst nije bolje objasnio problematiku.

Potpuno sam uvjeren da u zemlji s demografskom krizom, gdje Hrvatice rađaju prvo dijete u 29. godini, gdje je ukupna plodnost tek 1,4 djeteta, poimanje i prihvaćanje pouzdane kontracepcije treba biti drugačije i naprednije. Pilule i hitna kontracepcija danas su nezamjenjiv oblik planiranja obitelji. Kontracepcijski učinak i nekontracepcijska korist značajno nadmašuju male rizike. U nas se trebaju koristiti barem pet puta više nego danas. Njih ćemo se lako odreći kada se pronađu bolje i još sigurnije metode sprečavanja neželjene trudnoće.

.....

• *Cochrane knjižnica objavljuje*
 • *sustavne pregledne članke*
 • *koji se bave procjenom*
 • *djelotvornosti intervencija u medicini.*
 • *Na mrežnoj stranici*
www.thecochranelibrary.org mogu se
 pretraživati sažetci ovih članka. 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**.
 Na ovoj stranici potrebno je izabrati
 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.

Doc. dr. sc. Livia Puljak
 Medicinski fakultet u Splitu
 livia@mefst.hr

Intervencije za psorijazu nokta

Scenarij

• Pokušavate naći smjernice za liječenje psorijaze nokta. Nalazite mnogo studija o različitim terapijama, i lokalnim, i sustavnim i različitim terapijama koje uključuju zračenje.

Pitanje

Što je od toga učinkovito? Je li već napravljen sustavni pregled dokaza o učinkovitosti intervencija za psorijazu nokta?

Kontekst

Psorijaza je česta kronična kožna bolest, s prevalencijom od 2-3% u europskoj populaciji. Bolest pogađa kožu i zglobove i autoimuna je – posredovana T stanicama koje djeluju na keratinocite i druge stanice kože. Bolest može zahvatiti i nokte, u blažem ili težem obliku. U manjeg broja pacijenata psorijaza zahvaća samo nokte ili je

psorijaza nokta glavna manifestacija bolesti zbog koje traže pomoć liječnika. U 40 % pacijenata s psorijazom nalazi se psorijaza nokta. Muškarci i žene pogođeni su u podjednakom broju psorijazom nokta, koja je osobito česta u pacijenata s psorijatičnim artritisom, oblikom upale zglobova koji pogađa 10-30% ljudi koji pate od psorijaze. Incidencija bolesti nokta povećava se s trajanjem psorijaze.

O uzrocima i patogenezi psorijaze i psorijatičnoga nokta postoje ograničene spoznaje. Poznat je glavni gen podložnosti za ovu bolest, smješten u glavnom kompleksu tkivne podudarnosti tipa I (engl. major histocompatibility complex class I), na kromosomu 6 pokraj HLA-Cw6 gena.

Osobe s HLA-Cw*0602-pozitivnim genom imaju višu incidenciju kapljičnog i eruptivnog tipa psorijaze, mlađu dob pojave bolesti, više egzacerbacija s upalama grla, češću pojavu Koebnerova fenomena i prošireniju bolest. Međutim, sve moguće varijacije promjena na noktima češće su u ljudi koji su Cw*0602-negativni.

Nadalje, male traume noktiju mogu igrati ulogu u nastanku psorijaze nokta. Nokti na prstima šake češće su pogođeni psorijazom nego nokti na stopalima. Psorijaza može zahvatiti i matriks i ležište nokta. Klinička zapažanja koja olakšavaju postavljanje dijagnoze psorijaze nokta uključuju nepravilna udubljenja, žučkaste mrlje ležišta nokta i odvajanje nokta od podloge, s crvenilom ruba (paronihija). Osim toga, mogu se javiti krvarenja ispod noktiju, hiperkeratoza ispod nokta, zadebljanje ploče nokta i njegova lomljivost. Najčešće abnormalnosti koje se viđaju na noktu su pitting i hiperkeratoza ispod nokta (subungvalna hiperkeratoza). Udubljenja nokta nastaje zbog malih žarišta parakeratoze u distalnom dijelu matriksa nokta. Žučkaste mrlje odražavaju egzocitozu leukocita ispod ploče nokta. Povećana fragilnost kapilara dovodi do splinter krvarenja. Subungvalna hiperkeratoza i distalna oniholiza nastaje zbog parakeratoze distalnog ležišta nokta. Diferencijalna dijagnoza uključuje onihomikozu, lichen planus, parakeratosis pustulosu, acropustulosu keratoticu, acrodermatitis continua Hallopeau i ekcem.

Budući da se onihomikoza češće javlja u osoba s psorijazom nokta, važno je isključiti gljivične infekcije noktiju u osoba bez psorijaze nokta.

Poznato je da je teži oblik psorijaze povezan s lošijom kvalitetom života. Polovina osoba s psorijazom navodi da ih psorijaza ograničava u profesionalnom životu, održavanju kućanstva i svakodnevnim

aktivnostima. Više od 90% pacijenata ima kozmetičke i estetske probleme zbog kojih im je neugodno u društvu. Preko 50% osoba s psorijazom noktiju trpi bolove zbog promjena na noktima.

Iako je psorijazu nokta teško liječiti, ovo stanje ipak može odgovoriti na terapiju. Kada postoji odgovor na terapiju, često se radi o obliku bolesti u kojem nema trajnog oštećenja ploče nokta, i tada se mogu postići značajna poboljšanja. Međutim, odgovor na terapiju može biti spor, rezultat je ponekad razočaravajući, a relapsi su česti. Terapijske mogućnosti uključuju, primjerice, lokalne i intralezijske kortikosteroide, lokalni kalcipotriol, ciklosporin, 5-fluorouracil i tazaroten.

Od sustavne terapije koja se koristi, metotrekssat i ciklosporin mogu biti vrlo učinkoviti, ali dosad su se preporučivali samo osobama koje imaju i difuznu bolest kože ili zglobova, zbog nuspojava ovih lijekova. Drugi terapijski pristupi uključuju oralne retinoide, različite oblike foto i radio-terapije, grenz zrake, ultravioletnu B fototerapiju i fotokemoterapiju.

Biološki su relativno novi lijekovi za liječenje psorijaze, koji se danas rutinski koriste za kroničnu umjerenu ili tešku psorijazu s plakovima i psorijatični artritis koji ne odgovaraju na konvencionalnu sustavnu terapiju ili im je ona kontraindicirana.

Zbog njihove dokazane efikasnosti i relativne sigurnosti, biološki se smatraju vrijednom dodatnom terapijom za umjerenu ili tešku psorijazu, a njihovi učinci ispituju se i za psorijazu nokta. Biološki koji se trenutno koriste su inhibitori čimbenika nekroze tumora (engl. tumor necrosis factor alpha – TNF α) etanercept, infliksimab i adalimumab, kao i blokator T stanica alefacept. Etanercept je fuzirani protein receptora p75 ljudskog podrijetla. Infliksimab i adalimumab su monoklonska protutijela, od kojih je adalimumab ljudskog podrijetla, a infliksimab je kimeričan, što znači da je 75% ljudski, a 25% mišji.

Alefacept je fuzirani protein receptora LFA3 i humanog IgG1, u cijelosti ljudskoga podrijetla. Ustekinumab je humano monoklonsko anti-p40 protutijelo koje blokira IL 12/23 receptor, i također je nedavno odobren za psorijazu. Još jedno humano monoklonsko protutijelo, golimumab, odobreno je za liječenje psorijatičnog artritisa, ali također povoljno djeluje na kožne lezije uzrokovane psorijazom. Anti-CD11a lijek efalizumab povučen je s tržišta zbog toga što je u nekolicini slučajeva prijavljena multifokalna leukoencefalopatija kao nuspojava lijeka.

Zašto je važan ovaj sustavni pregled

I ako je psorijaza učestala bolest koja uzrokuje bol i ograničava svakodnevne aktivnosti u polovice bolesnika, kao i estetske probleme u gotovo svih bolesnika, još uvijek nemamo sažete dokaze o terapijama za ovu bolest. Ne postoji jedinstveni terapijski režim, niti su algoritmi za liječenje psorijaze nokta opisani u udžbenicima ili preglednim člancima. Međutim, iako mnoge terapije koje su danas dostupne nisu dobro istražene, i malo je komparativnih studija, praksa pokazuje da se nekim terapijama mogu postići značajna poboljšanja.

Cassel i Kavanaugh objavili su 2006. pregled 20 ispitivanja, u koji su uključena klinička ispitivanja, klinički slučajevi i observacijske studije o liječenju psorijaze nokta, u kojem su dali preporuke za liječenje. Neki elementi ovoga sustavnoga pregleda mogli bi se poboljšati, pretraživanjem više baza, uključivanjem studija na svim jezicima, neovisnim vađenjem podataka i donošenjem zaključaka koji se odnose na sve ciljeve sustavnoga pregleda (simptome, kvalitetu života, toksičnost terapija i mjere ishoda) temeljem razine dokaza.

Cilj je ovoga Cochraneovog sustavnoga pregleda sažeti najbolje postojeće dokaze da bi se informirali liječnici i pacijenti s psorijazom nokta i da bi se utvrdile smjernice za buduća istraživanja o terapijskim mogućnostima.

Rezultati

U sustavni pregled uključeno je 18 randomiziranih kontroliranih ispitivanja, u koje je bilo uključeno ukupno 1266 ispitanika. Deset ispitivanja bavilo se lokalnim terapijama koje se primjenjuju na površini kože (kolebetasol, ciklosporin u kukuruznom ulju, hijaluronska kiselina s hondroitin sulfatima, 5-fluorouracil, kombinacija ditranola sa salicilatima i UVB, tazaroten i kalcipotriol).

Pet ispitivanja istražilo je sustavne terapije, uzimane oralno (golimumab, infliksimab, ustekinumab, ciklosporin i metotreksat), a tri studija istražile su terapiju zračenjem (snop elektrona, grenz zrake i površinsku radioterapiju). Ostale terapije za psorijazu nokta dosad nisu analizirane randomiziranim kontroliranim ispitivanjima.

Zbog velikih razlika među ispitivanjima nije bilo moguće zbirati rezultate. Naime, ispitivanja su uključila različite populacije, različitu težinu bolesti, doze,

učestalost i trajanje terapije, vrijeme kad je napravljena procjena, uključujući i duljinu praćenja, različite mjere ishoda i različite tipove psorijaze nokta (izoliranu psorijazu nokta ili zajedno s bolesti kože).

Primarni ishodi sustavnoga pregleda bili su: 'globalno poboljšanje psorijaze nokta prema ocjeni kliničara', 'poboljšanje psorijaze nokta mjereno bodovnim ljestvicama', 'poboljšanje psorijaze nokta prema ocjeni pacijenta'. Sekundarni ishodi bili su 'nuspojave', 'učinak na kvalitetu života' i 'poboljšanje u izgledu nokta, intenzitetu boli, debljini nokta, debljini subungvalne hiperkeratoze, broju pogođenih noktiju i rastu nokta'. Analizirani su kratkoročni (3-6 mjeseci), srednjoročni (6-12 mjeseci) i dugoročni (>12 mjeseci) učinci terapija zasebno ako je to bilo moguće.

Dva sustavna biologika i tri radioterapijska ispitivanja pokazala su značajne rezultate za prva dva primarna ishoda. Infliksimab u dozi od 5 mg/kg pokazao je 57,2%-tno poboljšanje na ljestvici za ocjenu bolesti u usporedbi s -4,1%-tnim u placebo skupini ($P<0,001$); golimumab (50 mg i 100 mg) pokazao je 33%-tno, odnosno 54%-tno poboljšanje u usporedbi s 0%-tnim u placebo skupini ($P<0,001$), oba nakon terapije u trajanju od 6-12 mjeseci. Infliksimab i golimumab također su pokazali značajne rezultate nakon kratkoročnog liječenja.

U tri radioterapijske studije pokazali su površinska radioterapija, snop elektrona i grenz zrake umjereno poboljšanje nakon kratkoročne terapije.

Ispitivanja koja su analizirala ciklosporin, metotreksat i ustekinumab nisu bila značajno bolja u usporedbi sa skupinama s kojima su uspoređeni – etretinat, ciklosporin i placebo. Isto tako, u studijama koje su istraživale lokalne intervencije (5-fluorouracil u kremi, 0,1%-tni tazaroten u kremi, kalcipotriol 50 ug/g, 0,005%-tni kalcipotriol) nije pokazano da su bolje od njihovih usporednih skupina: klobetazol propionat, betametazon dipropionat sa salicilnom kislinom ili betametazon dipropionat.

Analizom sekundarnih ishoda utvrđeno je da sve uključene studije nisu navele nuspojave, a one koje jesu navele su samo blage nuspojave, koje su bile češće kad su primjenjivane sustavne intervencije. Samo je jedna studija istražila kvalitetu života.

Zaključak autora

Infliksimab, golimumab, površinska radioterapija, grenz rays i snop elektro-

na značajno su poboljšali psorijazu nokta u usporedbi s drugim terapijama. Iako je kvaliteta istraživanja bila općenito loša, ovaj sustavni pregled može biti koristan za kliničku praksu. Iako su se jaki sustavni lijekovi pokazali kao učinkoviti, oni mogu imati ozbiljne nuspojave.

Stoga nisu realna opcija za ljude koji pate od psorijaze nokta, osim ako se pacijentu propisuju zbog kožne psorijaze ili psorijatičnog artritisa, ili ako je psorijaza nokta vrlo opsežna, ako ne odgovara na druge terapije ili ako značajno utječe na kvalitetu pacijentovog života.

Ozbiljne nuspojave nisu bile zabilježene, vjerojatno zbog ustroja i trajanja analiziranih ispitivanja. Zabilježene su samo blage nuspojave, uglavnom za sustavne terapije. Vrijedi napomenuti da se radioterapija za psorijazu ne koristi u standardnoj praksi.

Nadalje, dokazi o lokalnim terapijama nisu bili uvjerljivi i bili su loše kvalitete – što ne znači da nisu učinkovite. Buduća istraživanja trebala bi biti osmišljena tako da imaju rigorozan ustroj, odgovarajuće mjere ishoda i da se propisno prikazuju rezultati u publikacijama. Istraživanja bi trebala točno opisati karakteristike pacijenata, dijagnostičke detalje, koristiti standardne bodovne ljestvice za ocjenjivanje bolesti i prikazivanje ishoda pacijenata; ispitivanja trebaju biti dovoljno duga da bi prikazala učinkovitost i sigurnost lijekova, i navesti detalje o učinku na izgled nokta.

Odgovor na pitanje

Za liječenje psorijaze nokta koriste se brojne terapije – i lokalne, i sustavne, i terapije zračenjem. Cochraneov sustavni pregled, koji je analizirao dokaze visoke kvalitete, koji uključuju podatke iz randomiziranih kontroliranih ispitivanja, pokazao je da velik broj terapija nije propisno ispitivan takvim istraživanjima.

Od terapija koje su istražene, samo ih je mali broj učinkovit. Stoga se pozivaju liječnici da pacijentima propisuju terapije koje su dokazano učinkovite, a isto tako da se odluče na provođenje kliničkih ispitivanja u kojima će se primjereno analizirati terapije za psorijazu nokta, na kvalitetan način, koristeći preporuke autora sustavnoga pregleda.

Literatura

de Vries ACQ, Bogaards NA, Hooft L, VelemaM, Pasch M, Lebwohl M, Spuls PI. Interventions for nail psoriasis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD007633. DOI: 10.1002/14651858.CD007633.pub2.

Pearls

Organizirana telefonska podrška ili telemonitoring učinkoviti su za pacijente s kroničnim zatajenjem srca (KZS)

Kliničko pitanje

- Koliko je učinkovita strukturirana telefonska podrška ili telemonitoring (daljinski nadzor) kod pacijenata s kroničnim zatajenjem srca (KZS)?

Zaključak

U usporedbi s uvriježenom praksom, u zajednicama gdje je organizirana strukturirana telefonska podrška ili telemonitoring za pacijente s KZS-om, smanjen je rizik od svih uzroka smrti kod prve intervencije (telefonska podrška) za 12% odnosno za više od trećine kod telemonitoringa, smanjen je rizik od hospitalizacije zbog KZS-a za više od jedne petine i smanjen broj svih hospitalizacija (bez obzira na uzrok) za 8-9%. Kod obje intervencije poboljšana je kvaliteta života i smanjeni su troškovi u zdravstvu, a tehnologija je prihvatljiva za bolesnika. Došlo je do poboljšanja i u propisivanju, u znanju i samozbrinjavanju pacijenata te u stupnju bolesti po NYHA klasifikaciji.

Napomena

Iako je primijećeno smanjenje broja hospitalizacija vezano za KZS kao i ukupnog broja hospitalizacija, ovaj sustavni pregled nije identificirao postojan utjecaj strukturirane telefonske podrške ili telemonitoringa na duljinu boravka kod takvih prijema u bolnicu. Duljina boravka je nedosljedno prijavljivana, što je spriječilo meta-analizu ovakvog ishoda.

Kontekst

U kontekstu ograničenog zdravstvenog financiranja i brzo rastuće populacije starijih pacijenata s KZS-om, sve je teži zadatak za zdravstvene sustave pružiti kvalitetnu skrb takvim bolesnicima. Klinike specijalizirane za zbrinjavanje KZS-a dostupne su samo malom broju pacijenata i nemaju kapacitete za obradu velikog broja pacijenata. Pacijenti ne žele ili ne mogu učestalo ići na preglede zbog financijskih razloga ili loše prometne povezanosti. Organizirana telefonska podrška ili telemonitoring može pružiti specijaliziranu skrb za pacijente s KZS-om velikom broju ljudi s ograničenim pristupom zdravstvenom sustavu.

Izvor (literaturni navod)

Inglis SC et al. Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure. *Cochrane Reviews*, 2010, Issue 8. Article No. CD007228. DOI: 10.1002/14651858.CD007228.pub2. Ovaj sustavni pregled sadrži 25 studija i 5 objavljenih sažetaka koji su uključili 9.603 sudionika.

Prevela

Vesna Oršulić, dr. med.

Pearls broj 284, listopad 2010.

Autor: Brian R McAvoy

Nema dokaza o učinkovitosti kisika u akutnom infarktu miokarda

Kliničko pitanje

- Koliko je učinkovita rutinska terapija kisikom kod pacijenata s akutnim infarktom miokarda (AMI)?

Zaključak

Randomizirane kontrolirane studije pokazale su da nema uvjerljivih dokaza

koji bi podržali rutinsku upotrebu inhaliranog kisika kod pacijenata s AMI-jem. Nije bilo razlike u učestalosti primjene analgetika između grupe koja je koristila kisik i grupa koje su koristile zrak (običan zrak udisan putem maske ili bez nje). Od onih koji su umrli, gotovo 3 puta je više pacijenata koji su udisali kisik od onih koji su udisali zrak.

Napomena

Dokazi u ovom području rijetki su i loše kvalitete, a anticipiraju napredak u tehnikama reperfuzije i metodama pokusa. Dostupni dokazi upućuju na štetu, ali im nedostaje jačine, tako da bi ovi rezultati mogli biti slučajni.

Kontekst

Kisik se uvelike preporučuje kod bolesnika sa AMI-jem, ali pregledni članak upućuje da možda više škodi nego pomaže. Prema ostalim sustavnim preglednim člancima dalo bi se zaključiti da je nedovoljno dokaza koji bi potvrdili je li kisik smanjio, povećao ili je li uopće imao utjecaj na srce, ishemijsku ili veličinu infarkta.

Izvor (literaturni navod)

Cabelo JB et al. Oxygen therapy for acute myocardial infarction. *Cochrane Reviews*, 2010, Issue 6. Article No. CD007160. DOI: 10.1002/14651858.CD007160.pub2. Ovaj sustavni pregledni članak obuhvatio je tri studije koje su uključile ukupno 387 ispitanika.

Prevela

Sanja Došen Janković, dr. med.

Pearls broj 282, listopad 2010.

Autor: Brian R. McAvoy.

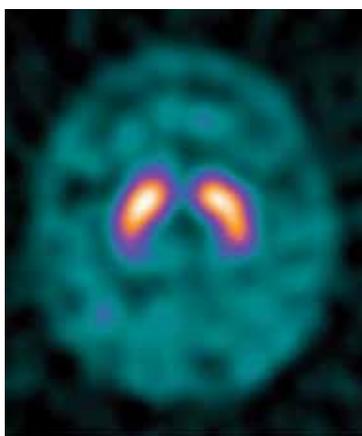
Parkinsonova bolest: izravno do dijagnoze

Nuklearna slikovna dijagnostika omogućuje precizniju dijagnostiku neuroloških bolesti

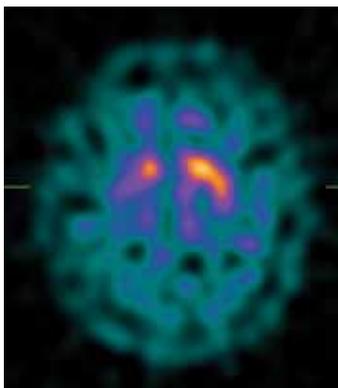
Doc. dr. N. Girotto, Klinički zavod za nuklearnu medicinu, KBC Rijeka

• U kliničkoj praksi ponekad je teško ustanoviti boluje li pacijent od Parkinsonove bolesti ili neke druge koja se manifestira sličnim simptomima. Nuklearno-medicinska slikovna dijagnostika, posebno razvijena u tu svrhu, omogućuje pouzdano postavljanje dijagnoze već na početku, što je neophodno za planiranje uspješnog liječenja.

Postavljanje dijagnoze Parkinsonove bolesti težak je udarac za pacijenta i njegovu obitelj. S napredovanjem bolesti postupno se pogoršavaju motoričke funkcije: pokreti postaju ograničeni i sporiji. Bolestnici pate zbog ukočenosti ruku i nogu koja je često popraćena tremorom. Kognitivne poteškoće se obično javljaju u uznapredovalom stadiju i pogoršavaju zdravstveno stanje u cjelini. Mogu se pojaviti ozbiljne poteškoće s pamćenjem, gubitak mentalne fleksibilnosti i slabljenje orijentacije. Rizik od Parkinsonove bolesti raste s dobi. U industrijskim društvima prosječno 1 % osoba starijih od 60 godina pati od Parkinsonove bolesti, uz značajne varijacije između različitih populacija. Nakon 80. godine života postotak oboljelih se učetverostručuje.



Slika 1. DaTscan, uredan nalaz. Vidljiva je simetrična i primjerena akumulacija aktivnosti oblika zarezu u regiji bazalnih ganglija, n.caudatusa i putamena.



Slika 2. DaTscan, redukcija transportera dopamina. Obostrano su prikazani bazalni gangliji, ali se desno ne uočava putamen. Nalaz je u skladu s dijagnozom parkinsonskog sindroma.

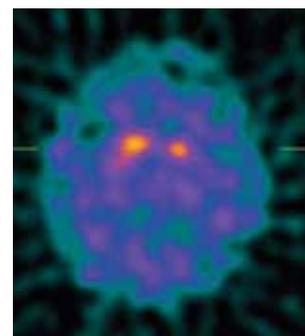
Nužna je rana i točna dijagnoza

Unatoč učestalosti ove bolesti i značajnom opterećenju za pacijenta kao i cjelokupan zdravstveni sustav, znanstvenici do danas nisu posve rasvijetlili njezin uzrok. Ispituju se mogući genetski utjecaji i faktori okoliša. Iako još uvijek nema pravog lijeka, odgovarajuća terapija i praćenje bolesti mogu pomoći da se kvaliteta života održi što dulje. Da bi se to postiglo, neophodna je pravodobna i točna dijagnoza koja omogućuje pouzdano utvrđivanje je li uzrok simptomima prava Parkinsonova bolest. To je u kliničkoj praksi pravi izazov, jer simptome tipične za tu bolest mogu uzrokovati i neke druge bolesti koje se liječe na druge načine. Nuklearno medicinska slikovna dijagnostika može vizualizirati procese na razini neurona koji nedvojbeno ukazuju na Parkinsonovu bolest. U ljudskom mozgu se komunikacija između neurona održava predajom signala od jednoga do drugog posredovanjem neurotransmitera. Jedan od njih jest dopamin. Iako neurona koji proizvode dopamin ima razmjerno malo, svega 1 na 100 000 moždanih stanica, dopaminski neurotransmiterski sustav igra osnovnu ulogu u regulaciji i

kontroli pokreta. Kod pacijenata koji boluju od Parkinsonove bolesti nestaju dopaminergični neuroni, i to je najvjerojatniji uzrok pojavi simptoma. Terapija uključuje lijekove koji nadomještaju izgubljeni dopamin.

Vizualni dokaz

Zahvaljujući nedavnom znanstvenom i tehnološkom napretku moguće je vizualizirati i kvantificirati dopaminergične neurone u mozgu pomoću SPECT snimanja (Single Photon Emission Tomography, jednofotonska emisijska tomografija). U venu na ruci se aplicira mala količina radiofarmaka, tzv. DaTscan, koji sadrži vrlo malu količinu radioaktivnosti. Radiofarmak se veže na površinu živčanih završetaka koji su odgovorni za transport dopamina. Tijekom tog procesa registrira se radioaktivno zračenje kamerom koja kruži oko pacijentove glave, nakon čega se stvara snimka distribucije radiofarmaka u mozgu. To omogućuje liječniku da ustanovi je li smanjen broj dopaminergičnih stanica u mozgu. Nekoliko studija je pokazalo da se Parkinsonova bolest tako može pouzdano razlikovati od drugih bolesti stanja sa sličnim simptomima, kao što je razmjerno benigna esencijalni tremor.



Slika 3. DaTscan, značajna redukcija transportera dopamina. Obostrano su prikazani samo prednji dijelovi bazalnih ganglija (n. caudatusi), ali smanjenog intenziteta, a ne uočava se putamen; pojačana je osnovna aktivnost. Nalaz je izraženiji na lijevoj strani i govori u prilog parkinsonskom sindromu.

Rezultat nedavno provedene multicentrične studije pokazuje da je za pacijenta vrlo korisna precizno postavljena dijagnoza jer se tako može već u ranom stadiju bolesti primijeniti odgovarajuća terapija. Uz pomoć Europskog udruženja nuklearne medicine (EANM), postupak za SPECT snimanje, uz DaTscan, standardiziran je u većini europskih nuklearno medicinskih centara. U našoj zemlji pretraga se izvodi u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku.

Iz EANM Press release, 12/2012. Parkinson's disease: getting the diagnosis straight



novosti iz medicinske literature

Koliko su postali efikasni virusi konstruirani za traženje i uništavanje tumorskih stanica?

Barijatrijska kirurgija, čini se, ne povećava rizik nastanka prijeloma

T-dren nije (uvijek) potreban nakon laparoskopske eksploracije koledokusa

Postoperativne komplikacije kardiopulmonalne reanimacije mogu se spriječiti

Laparoskopska apendektomija kroz jedan otvor jednako je vrijedna kao i klasična laparoskopska apendektomija

Proširenost raka prostate u limfne čvorove veća je nego što se prije mislilo

Infektivne komplikacije i hospitalizacija nakon biopsije prostate

Antibiotska profilaksa nije nužna kod litotripsije udarnim valovima

Helicobacter pylori gastritis povezan s neoplazmom kolona

Želučani karcinom i perniciozna anemija: meta-analiza

Povećan rizik za herpes zoster kod upalnih bolesti crijeva

Povećavaju li rizik za dijabetes dijetalna ili obična gazirana pića?

Simptomi sindroma iritabilnih crijeva poboljšavaju se psiho-edukacijskom intervencijom

Učinak injekcije kortikosteroida i/ili fizioterapije na klinički ishod pacijenata s unilateralnom lateralnom epikondilalgijom

Prenatalna nadoknada folnom kiselinom povezana je sa smanjenim rizikom od autizma

Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

● Koliko su postali efikasni virusi konstruirani za traženje i uništavanje tumorskih stanica?

● Onkolitička virusna terapija koristi se sposobnošću virusa da se veže na ciljnu tumorsku stanicu, razori je i istovremeno širi na ostale takve stanice. Ovakva ideja antitumorske terapije privlačna je ne samo zbog mogućnosti razaranja ciljne tumorske stanice i širenja na druge, već i zbog potencijalnog vezivanja na udaljene metastaze. U posljednjih desetak godina ovaj je pristup unaprijeđen, te je postao manje toksičan jer se povećala specifičnost virusnog vezivanja na ciljnu tumorsku stanicu.

Na Svjetski dan borbe protiv raka, 4. veljače ove godine, objavljen je rad u kojem su znanstvenici upotrebom konstruiranih herpes virusa, koji su se ciljano vezivali na HER-2 pozitivne tumorske stanice jajnika i dojke, potpuno uništili primarne tumore u mišjem modelu te prepolovili broj metastaza ovih tumora u mozgu.

Naime, skupina znanstvenika s Bolonjskog sveučilišta napravila je imunodeficientni mišji model kojem su transplantirali HER-2 pozitivne humane tumorske stanice karcinoma dojke i jajnika, nakon čega su nastale difuzne metastaze u peritoneumu, odnosno karcinoma peritoneuma.

Znanstvenici su u svojem eksperimentu upotrijebili karcinomske stanice koje su rezistentne na trastuzumab, monoklonsko protutijelo koje se koristi u ovom tipu karcinoma, kako bi eksperimentalno kreirali najzloćudniji oblik tumora. Ovakvim miševima potom su intraperitonealno davali genetički konstruiran herpes virus koji se specifično vezivao na HER-2 pozitivne stanice. Nakon takvog zahvata smanjene su metastaze u peritoneumu i mozgu za oko 50% u usporedbi s kontrolnom skupinom miševa. Učinka na plućne metastaze, međutim, nije bilo.

Budući da mnogo pacijenata s malignim bolestima nakon operacije nastavlja preventivnu kemoterapiju ili zračenje, što može ozbiljno pogoršati kvalitetu života, ovakav oblik terapije mogao bi bitno unaprijediti njihovo liječenje. Istovremeno,

ovako konstruiran herpes virus lako bi se mogao preinačiti i upotrijebiti za vezivanje na druge onkoproteine.

(PLoS Pathog. 2013 Jan; 9(1):e1003155. doi: 10.1371/journal.ppat.1003155)

Prof. dr. sc. Ljiljana Šerman, dr. med.

● Barijatrijska kirurgija, čini se, ne povećava rizik nastanka prijeloma

● Kratkoročan rizik za nastanak prijeloma nije povećan nakon barijatrijskih postupaka, rezultati su populacijske, retrospektivne kohortne studije objavljene u British Medical Journal. Lalmohamed i sur. sa Sveučilišta Utrecht u Nizozemskoj, podsjećaju da prijašnji rezultati ukazuju na odnos između mršavljenja i promjene u kostima. Restriktivnim metodama, kao što su vertikalna gastroplastika i laparoskopsko postavljanje podesive omče, do sada se pripisivalo da povećavaju resorpciju kosti, porast koji je sličan opsegu prisutnom u drugim oblicima smanjenja težine, navode autori. Mehanizmi koji stoje iza porasta koštane razgradnje nakon mršavljenja nisu posve razjašnjeni, ali se čini da su uključena dva čimbenika. Prvo, smanjenje volumena masnog tkiva može smanjiti koncentraciju cirkulirajućeg estrogena, koji se dijelom sintetizira u masnom tkivu. Drugo, pad razine leptina može rezultirati aktivacijom osteoklasta i koštanom pregradnjom.

Autori su sakupili podatke pacijenata iz Clinical Practice Research Datalink koji su bili podvrgnuti barijatrijskoj operaciji između siječnja 1987. i prosinca 2010. te usporedili svakog pacijenta sa 6 kontrola primjerenih prema dobi, spolu, indeksu tjelesne mase (BMI), kalendarskoj dobi i vježbanju. Između 2079 kirurških bolesnika i 10.442 odgovarajućih kontrolnih bolesnika, nema značajne razlike s obzirom na rizik prijeloma (prilagođeni relativni rizik [ARR], 0,89; 95% interval pouzdanosti [CI], 0,60-1,33), uključujući i neosteoporotične (ARR, 0,90; 95% CI, 0,56 - 1,45) i osteoporotične (ARR, 0,67; 95% CI, 0,34 - 1,32) prijelome. Autori su uključili barijatrijske kirurške pacijente s BMI-jem od najmanje 30 kg/m² i isključili one koji su podvrgnuti operaciji karcinoma probavnog sustava. RR je prilagođen za opće rizične čimbenike kao što su dob, spol, pušenje i kronične bolesti. U

usporedbi s podudarnim kontrolama, pacijenti koji su podvrgnuti operaciji češće su koristili anksiolitike, antidepresive, hipoglikemike i inhibitore protonske pumpe u prethodnih šest mjeseci. Prethodni prijelomi (ARR, 2,44; 95% CI, 1,59 - 3,76), povijest cerebrovaskularne bolesti (ARR, 8,26; 95% CI, 4,40 - 15,52) i korištenje anksiolitika u prethodnih šest mjeseci (ARR, 1,82 ; 95% CI, 1,06 - 3,15) bili su povezani s povećanim rizikom prijeloma. U usporedbi s podskupinom s umjerenim smanjenjem viška BMI-ja (1 do 50%-tni gubitak), onih s više od 50 % gubitka viška BMI-ja imali su povećan rizik za frakture (ARR, 1,46; 95% CI, 0,55 - 3,85). Ograničenija studije su nedostatak prikupljanja BMI podataka u kratkim vremenskim intervalima, nedostatak podataka o događajima prijavljenih drugim medicinskim ustanovama, nedostatak podataka o mineralnoj gustoći kostiju i kratko vrijeme praćenja. Barijatrijska kirurgija nema značajan učinak na rizik od prijeloma, zaključuju autori. Za prvih nekoliko godina nakon operacije, ovi rezultati su ohrabrujući za bolesnike podvrgnute takvim operacijama, ali ne isključuju više dugotrajnih negativnih utjecaja na 'koštano zdravlje' u dužem razdoblju.

Kurt A. Kennel (Klinike Mayo, Rochester, Minnesota, SAD) istaknuo je važnost ove studije: "Ovi rezultati su važni jer predstavljaju prvu veliku, iako retrospektivnu, procjenu rizika od prijeloma nakon barijatrijskih operacija". "Prethodne studije opisale su mehanizme kojima bi se moglo posumnjati na povećan rizik od prijeloma, ali ova studija pokazuje da te promjene koštane fiziologije ne moraju nužno dovesti do 'krhkog kostura.'" Također je spomenuo da bi liječnici trebali pratiti sve učinke barijatrijske kirurgije jer ti postupci utječu na prehranbene, mehaničke i hormonalne parametre koji pak mogu negativno utjecati na zdravlje kostiju. Stoga, s bolesnicima s poznatom metaboličkom bolesti kostiju treba postupati oprezno kad se razmatra barijatrijska operacija. U svih bolesnika treba pazljivo usmjeriti na ispravljanje poznatih deficita u prehrani (proteini, kalcij, vitamin D) i druge poznate prehranbene čimbenike te način života važan za zdravlje kostiju. Ova je studija dobila financijsku potporu iz International Osteoporosis Foundation and SERVIEW. (BMJ. 2012;345:e5085)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

●
●
●
●

T-dren nije (uvijek) potreban nakon laparoskopske eksploracije koledokusa

Laparoskopska eksploracija zajedničkog žučnog voda (koledokusa) može se sigurno izvršiti, s manje ukupnih komplikacija, ako se ne upotrijebi T-dren za odvodnju žuči, rezultati su meta-analize objavljene u *Annals of Surgery*. Zaključci se možda ne mogu primijeniti na tzv. zapadne zemlje, objašnjava **Stanley J. Rogers**, predstojnik Minimalno invazivne kirurgije na Sveučilištu u San Franciscu, Kalifornija, SAD, koji nije bio uključen u studiju. Ipak, rekao je dr. Rogers, rad je metodološki dobar i dobro napisan, a važno je istaknuti da je dobar i izbor referenci za meta-analizu. Analiza podataka dobro je učinjena s obzirom na ekstenzivnost podataka. Više desetljeća smatralo se obveznim postavljanje T-drena u koledokus za odvodnju žuči nakon eksploracije koledokusa, i otvorenim i laparoskopskim pristupom. Do 15 % komplikacija T-drena primijećeno je i kod otvorenih i kod laparoskopskih postupaka, pokazuju autori (Department of General Surgery, Sun Yat-sen Memorial Hospital of Sun Yat-sen University, Guangzhou, China). Yin i sur. sakupili su i pregledali literaturu o laparoskopskoj eksploraciji koledokusa (CBDE) te usporedili T-dren radi odvodnje žuči s drugim načinima zbrinjavanja koledokotomije. Primaran cilj bila je analiza bilijarnih komplikacija, komplikacija vezanih za T-dren i drugih neželjenih događaja, kao što su upala pluća i duboka venska tromboza. Pacijenti s kompliciranom bilijarnom bolešću, kao što su bilijarni pankreatitis i kolangitis, isključeni su iz studije.

Pretraživanjem je uključeno 12 odgovarajućih studija, od kojih su dvije bile dostupne samo kao sažetak, s ukupno 956 bolesnika. Svaka pojedina studija bila je iz samo jednog centra. Četiri studije uspoređivale su primarno zatvaranje koledokusa i postavljanje T-drena, a preostalih osam postavljanje T-drena i postavljanje različitih vrsta unutarnjih ili vanjskih stentova. Tri su bile kontrolirane studije, od koji samo jedna 'slijepa' i sedam opservacijskih, od kojih su istraživači za šest ocijenili da postoji mogućnost pristranosti (bias) prema

skupinama s primarnim zatvaranjem koledokusa. Rogers se složio da je pristranost mogući čimbenik u opservacijskim studijama i rekao da je 'težim' pacijentima, poput onih s velikim ili multiplim konkretnim u koledokusu, uskim koledokusom, te starijim i 'bolesnijim' pacijentima, vjerojatno češće postavljan T-dren. Kod primarnih ishoda - komplikacije bilijarnog trakta - nije bilo značajne razlike između postavljanja T-drena i primarnog zatvaranja koledokusa, odnosno postavljanja stenta (omjer ishoda, OR 0,62, $p = 0,08$). Ukupne komplikacije bile su manje u skupinama bez postavljanja T-drena (OR 0,59, $p = 0,02$). Također, trajanje operacije i hospitalizacije bilo je znatno kraće ako T-dren nije bio postavljen ($p < 0,01$ za obje varijable).

Ovi rezultati moraju se postaviti u zemljopisni kontekst, tvrdi Rogers. Meta-analiza ne uključuje niti jednu studiju iz zapadne polutke ili sjeverne Europe (jer ih nema), a azijski pacijenti su 'nešto' drugačiji od američkih ili europskih. Azijski su mnogo češće normalne težine (normalnog BMI-ja), sa znatno manje prethodnih abdominalnih operacija i češće imaju pigmentne kamence (često samo mulj - mikrolitijazu) ili parazite poput *Clonorchis sinensis* ili *Ascaris*, nego tvrde 'zapadnjačke' kolesterolske kamence, tvrdi Rogers. U radu se zaključuje da je primarno zatvaranje zajedničkog žučovoda bolje od T-drena, no autori kažu da je potrebna randomizirana kontrolirana studija za definitivne daljnje dokaze. Rogers govori o drugačijoj praksi u SAD-u, gdje se gotovo uopće ne radi CBDE u bolesnika s koledokolitijazom i abnormalnim funkcijskim testovima jetre. Tendencija je diljem zemlje da se prepusti CBDE učinkovitom izvođenju endoskopske retrogradne kolangiopankreatografije gastroenterolozima. U svojoj praksi, on se služi trans-cističnim pristupom i zatvara bataljak duktusa cistikusa endoskopskim omčama.

Ann Surg 2013;257:54-66.

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Postoperativne komplikacije kardiopulmonalne reanimacije mogu se spriječiti

Kirurški bolesnici podvrgnuti postoperativnoj kardiopulmonalnoj reani-

maciji (CPR) imaju visoku stopu smrtnosti, ali nova studija pokazuje da prevencija, ranije otkrivanje komplikacija i agresivne intervencije radi izbjegavanja CPR-a, uvelike može poboljšati ishode. To je primarni zaključak retrospektivne kohortne studije iz razdoblja 2005 - 2010 programa American College of Surgeons-National Surgical Quality Improvement Program. Istraživanje su predstavili Kazaze i sur. (Department of General Surgery, Stanford University, Palo Alto, California, SAD), a objavljeno je u časopisu *JAMA Surgery* (prijašnji naziv *Archives of Surgery*). Autori objašnjavaju ovako. Nemaju svi srčani zastoji isti uzrok: izvanbolnički srčani zastoj obično nastaje kao rezultat akutne pojave srčanih aritmija, dok 14 % zastoja u bolnici prethodi komplikacija, kao što su hipotenzija, metabolički ili elektrolitski poremećaji i respiratorna insuficijencija, a potencijalno se mogu spriječiti ili modificirati. Brojne studije procjenjivale su kirurške bolesnike koji su imali srčani zastoj te su podvrgnuti CPR-u. Međutim, zbog raznih ograničenja tih studija, ukupna incidencija, karakteristike i ishodi tih kirurških bolesnika podvrgnutih CPR-u u velikoj su mjeri nepoznanica.

Istraživači su proveli retrospektivnu analizu podataka o 6382 kirurška bolesnika (prosječna dob 68 godina) koji su bili podvrgnuti CPR-u u bolnici. Cilj im je bio utvrditi čimbenike povezane s 30-dnevnim mortalitetom, osobito čimbenicima koji bi mogli biti usmjereni na poboljšanje ishoda pacijenata. Otkrili su da se 85,9 % CPR-a dogodio nakon zahvata, s oko polovicom događaja tijekom prvih 5 dana nakon operacije. Ukupna incidencija CPR-a u analiziranoj populaciji je 1 u 203, ali je značajno varirala ovisno o kirurškoj specijalnosti. Na primjer, incidencija CPR-a u bolesnika koji su bili podvrgnuti operaciji srca bila je 1 u 33, dok je kod opće kirurgije iznosila 1 u 258. Stopa mortaliteta također varira ovisno o specijalnosti, u rasponu od 45,0 do 74,5 %. Prisutnost komorbiditeta također značajno utječe na smrtnost (58,7 % bez komorbiditeta, 63,1 % s jednim komorbiditetom, a 72,8 % za ≥ 2 komorbiditeta, $p < 0,001$). Od pacijenata kojima je bio potreban CPR, 77,6 % ih je doživjelo komplikacije, a oko tri četvrtine svih komplikacija dogodilo se prije ili na dan CPR-a. Septikemija je najčešća komplikacija; obuhvaća 26,7 % od ukupnog broja. Značajan je nalaz da je više od 1100 pacijenata u ovoj studiji, koji nisu preoperativno imali dokaz sepse, postoperativno razvilo sepsu ili šok, a od tih je 790 umrlo, navode autori. Druge uobičajene komplikacije uključivale su ovisnost o mehaničkoj ventilaciji (22,1 %), zna-

čajno krvarenje (13,9 %) i oštećenje bubrega (11,9 %). Za skupinu u cjelini bio je 30-dnevni mortalitet 71,6%-tni. Samo je 19,2 % bolesnika preživjelo do otpusta iz bolnice prvih 30 dana, a 9,2 % bolesnika bilo je živih, ali hospitaliziranih duže od mjesec dana nakon operacije. Nakon prilagodbe za više od 30 rizičnih čimbenika u multivarijantnoj analizi, nekoliko je čimbenika bilo neovisno povezano s lošijim preživljenjem: uznepredovala dob, preoperativno 'ne-oživljavati' stanje, oštećenje bubrega, metastatski malignom, preoperativna sepsa, postoperativni srčani zastoj. ASA (American Society of Anesthesiologists) 5 status najjače je povezan s lošijom šansom za preživljavanje. Autori zaključuju da komplikacije obično prethode srčanom zastoj i da prevencija ili agresivno liječenje ovih komplikacija može spriječiti CPR i poboljšati ishode.

U popratnom kritičkom osvrtu, **Michael Zenilman** (Department of Surgery, Johns Hopkins Medicine, Bethesda, Maryland, SAD) piše da kirurški bolesnici koji zahtijevaju CPR mogu biti spašeni. Stoga 'ne oživljavati' ne bi trebalo biti aktivno tijekom tog razdoblja.

Također napominje da je American College of Surgeons objavio Izjavu o stajalištu 'ne reanimirati' u kirurškim postavkama i vjeruje da bi ta 'politika' trebala biti uključena u kirurške protokole svih bolnica.

(JAMA Surg. 2013;148:14-21.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Laparoskopska apendektomija kroz jedan otvor jednako je vrijedna kao i klasična laparoskopska apendektomija

• Transumbilikalna laparoskopska apendektomija kroz jedan otvor (engl. 'single port') nije se pokazala boljom od konvencionalne laparoskopske operacije s tri ulaza za svaki ishod mjere u randomiziranoj kontroliranoj studiji iz Južne Koreje. Kao rezultat toga, glavni autor studije Won-Suk Lee kaže da oni izvode 'single port' laparoskopsku apendektomiju samo na zahtjev pacijenta. Dr. **Shahzeer Karmali** sa Sveučili-

šta Alberta u Edmontonu, koji nije bio uključen u studiju, smatra da je dobro učinjena. "Metodologija je dobra, a autore treba pohvaliti za obavljanje randomiziranog kontroliranog ispitivanja koje je vrlo teško učiniti kod kirurških zahvata". Laparoskopska operacija crvuljka slijepog crijeva postala je vrlo popularna u posljednja dva desetljeća, jer je manje bolna od otvorene operacije i zahtijeva manje rezove. 'Single port' laparoskopska apendektomija je smatrana kao estetski superiorna - pa čak i manje bolna - od klasične laparoskopije s 3 incizije, ali ima premalo randomiziranih studija o tome. Ova studija, provedena na Gil Medical Center, Incheon, Južna Koreja, uključivala je bolesnike od 16 godina i starije, sa znakovima i simptomima upale crvuljka. Bolesnici su podijeljeni u dvije skupine - 116 pacijenata koji su operirani kroz jedan otvor (single port - SPLA) i 113 koji su operirani uobičajenom laparoskopskom tehnikom s 3 porta - CLA), a dobro su usklađeni u smislu demografije i kliničkih karakteristika, navodi se u studiji objavljenoj u časopisu *Annals of Surgery*. Nije bilo značajne razlike u stopama komplikacija, infekcija, trajanju operacije, trajanju hospitalizacije ili korištenju analgetika. Dodatan port morao je biti postavljen kod 12 (10,3 %) SPLA slučajeva. Vrste patološkog nalaza crvuljka tijekom operacije nisu se značajnije razlikovale. S obzirom na činjenicu da nije bilo normalnog, inoćenog crvuljka, autori su koristili široku definiciju 'patološki promijenjenog' crvuljka, u koju je uključen i serozitis kao upala slijepog crijeva. Ukupna kvaliteta života procijenjena je drugi i 14. postoperativni dan, i također je bila jednaka u obje skupine bolesnika. Nadalje, bolesnici u obje grupe bili su jednako zadovoljni s estetskim rezultatom rane, i inicijalno kao i dva tjedna poslije. Autori kažu da su prije početka studije mislili da će pacijenti 'voljeti' svoje rane nastale korištenjem jednog porta. Iznenadilo ih je što su kirurzi bili zadovoljni, a pacijentima nije općenito previše bio bitan kozmetički rezultat. Cijeljenje rane složen je proces, međutim, i faktori kao što su dob, indeks tjelesne mase, steroidi, rasne i kulturološke različitosti imaju važnu ulogu. Većina kirurških rana nije bila potpuno zrela i ne treba prosuđivati rezultat prije kraja šestog postoperativnog tjedna, tvrde autori. Također priznaju da se rana može promijeniti tijekom vremena, ali ipak je važna spoznaja da pacijentima to nije bilo važno u toj ranoj fazi procesa cijeljenja kao što su autori očekivali. Autori također razmatraju pitanje incidencije postoperativnih kila nakon pristupa jednim portom. Većina kila

neće biti vidljiva mjesecima pa i godinama nakon operacije. Stoga autori preporučaju minimalno jednu godinu praćenja za utvrđivanje prave incidencije kile na mjestu reza u pupku. Rad nije uključivao analizu troškova, ali autori ističu da kod 'single-port' operacija koriste ultrazvučni nož kao i skupe 'port'-ove (tubus kroz koji ulaze svi instrumenti). Cijena je ovih instrumenata prilično visoka i trebalo bi je usporediti s cijenom kod CLA, napominju autori. To je glavni razlog zašto ova skupina autora rutinski ne radi SPLA. Korejski kirurzi sada planiraju dugoročno praćenje rezultata i stratifikaciju rezultata po dobi i spolu. Također, ista skupina autora planira provesti 'cost-benefit' analizu korištenjem SPLA metode.

(Ann Surg. 2012;256:909-14.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Proširenost raka prostate u limfne čvorove veća je nego što se prije mislilo

• Zdjelična limfadenektomija kod radikalne prostatektomije predstavlja najpouzdaniji način utvrđivanja stadija raka prostate. I pored toga što produljuje kirurški zahvat i doprinosi morbiditetu, važna je ne samo radi potpunije dijagnostike proširenosti bolesti, već i radi terapijskog učinka. Prema nomogramu Cagiannosa i sur. (2003.) vjerojatnost proširenosti u limfne čvorove je oko 2 %-tna. Međutim, taj nalaz je procijenjen pomoću rezultata dobivenih ograničenom zdjeličnom limfadenektomijom. Zbog visokog stupnja lažno negativnih nalaza u ograničenoj zdjeličnoj limfadenektomiji, **Abdollah** i sur. sa Sveučilišta Vita Salute San Raffaele u Milanu su radi procjene proširenosti bolesti u limfne čvorove radili proširenu zdjeličnu limfadenektomiju u 3064 uzastopna bolesnika između 2000. i 2010. godine. Time su podvrgnute preispitivanju smjernice NCCN-a (National Comprehensive Cancer Network) iz 2011. godine. Zaključak: ukupno je u 10 posto slučajeva nađena proširenost raka prostate u limfne čvorove, čime je potvrđeno da je podcijenjena prijašnja procjena proširenosti u limfne čvorove od samo 2 posto.

(J Urol 2012;188(2):423-8.)

Znanstveni savjetnik

dr. sc. Silvio Altarac, spec. urolog

• Infektivne komplikacije i hospitalizacija nakon biopsije prostate

• Komplikacije biopsije prostate važne su pri razmatranju dobrih i loših strana PSA-skrininga raka prostate. Nam i sur. (2010.) navode povećan broj hospitalizacija zbog infektivnih komplikacija nakon biopsije prostate. Stoga su **Loeb** i sur. ispitivali rizik infektivnih komplikacija i hospitalizacija nakon biopsije prostate u Rotterdamskom centru ERSPC studije (The European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) u razdoblju od 1993. do 2011. godine u kojem su bilo 10.474 biopsije prostate. Najprije je antibiotska profilaksa bio trimetoprim-sulfametoksazol, što je 2008. godine promijenjeno u ciprofloksacin. Febrilnost nakon biopsije prostate utvrđena je u 4,2 % slučajeva, dok je prijema u bolnicu bilo u 0,8 % slučajeva. Iako je febrilnost većinom riješena ambulantno, u 81 % slučajeva je infekcija bila razlogom hospitalizacije. Od 56 učinjenih hemokultura njih 34 su bile pozitivne na *Escherichia coli* kao predominantan mikroorganizam. U multivarijantnoj analizi značajni rizični čimbenici febrilnosti nakon biopsije prostate bili su benigna hiperplazija prostate i dijabetes melitus. Zaključak: učestalost hospitalizacije nakon biopsije prostate je niska (< 5 % slučajeva) i to ne bi trebao biti razlogom izbjegavanja biopsije prostate, kao jedinog načina ranog otkrivanja raka prostate, gdje god je to klinički indicirano. (Eur Urol 2012;61:1110-4.)

Znanstveni savjetnik
dr. sc. Silvio Altarac, spec. urolog

• Antibiotska profilaksa nije nužna kod litotripsije udarnim valovima

• Od uvođenja u praksu 1980. godine, litotripsija udarnim valovima (engl. shock wave lithotripsy, SWL) postala je standardan način liječenja konkremenata bubrega i mokraćovoda, zbog toga što se radi o „sigurnom“ postupku, s razmjerno malo

neželjenih nuspojava. Litotripsija udarnim valovima je rezultirala pozitivnom urinokulturom u 5 i sepsom u 1 % slučajeva kada je urinokultura bila sterilna prije tretmana (**Dasgupta** i **Grabe**, 2009.). Često se provodi antibiotska profilaksa da se izbjegnu infektivne komplikacije (**Libby** i sur., 1988.). Čak su i dva najveća svjetska urološka društva, Europsko (EAU) i Američko (AUA), izdala kontradiktorne smjernice za primjenu antibiotika prije litotripsije udarnim valovima.

Lu i sur. sa Sveučilišta Sichuan u Kini su učinili meta-analizu (nakon sistematičnog pretraživanja baza podataka PubMed®, Embase® i Cochrane Library) učinkovitosti antibiotske profilakse kod litotripsije udarnim valovima uz dokazanu sterilnu urinokulturu prije tretmana. Izdvojili su 9 studija s 1364 bolesnika. Zbirni podaci tih randomiziranih kontroliranih studija ne pokazuju statistički značajne razlike između grupe na profilaksi i kontrole u pojavi febrilnosti (RR 0.36, 95% CI 0.07-2.36, $p=0.31$), pozitivnog nalaza urinokulture (RR 0.77, 95% CI 0.54-1.11, $p=0.05$) ni u incidenciji uroinfekcije (RR 0.54, 95% CI 0.29-1.01, $p=0.05$). Također se pokazalo da antibiotska profilaksa nije imala potencijalno protektivnu ulogu u prevenciji infekcije kod bolesnika s privremeno postavljenom „JJ“ ureteralnom protezom prilikom litotripsije udarnim valovima.

Zaključak: antibiotska profilaksa nije potrebna kod litotripsije udarnim valovima, osobito ako nisu prisutni čimbenici povećanog rizika. (J Urol 2012;188(2):441-8.)

Znanstveni savjetnik
dr. sc. Silvio Altarac, spec. urolog

• Helicobacter pylori gastritis povezan s neoplazmom kolona

• Poznata je činjenica da *Helicobacter pylori* nije povezan samo s gastritisom već i s intestinalnom metaplazijom, želučanim karcinomom i želučanim limfomom.

Ranije studije su ukazale na povezanost *H. pylori* infekcije i povećanog rizika za adenom i karcinom kolona, međutim, glavna je zamjerka bila mali broj ispitanika (200 ili manje). Najnoviji podaci publicirani u časopisu *The American Journal of Gastroen-*

terology (prosinac, 2012.) upućuju na 1,4-1,6 veći rizik za kolonički adenom ili karcinom u prisutnosti *H. pylori* infekcije. U istraživanju su bile uključene 44 države SAD-a, 1500 gastroenterologa, a ispitanicima je učinjena kolonoskopija i ezofagogastroduodenoskopija (EGDS) tijekom razdoblja od 2008.-2011. godine. U ovo veliko multicentrično istraživanje uključeno je iz nacionalne baze podataka više od 150 000 pacijenata, od čega je 41 % ispitanika bilo muškog spola, a prosječna životna dob za muške ispitanike je bila 58,7 godina, a za žene 57,3 godina. Najčešća su indikacija za EGDS bile reflukсна bolest i dispepsija, a kod 54 % ispitanika učinjena je bidirekionalna endoskopska obrada GI trakta istoga dana. Najčešće indikacije za kolonoskopiju bile su abdominalna bolnost, dijareja, anemija i hematohezijska.

Pacijenti sa *H. pylori* gastritisom bili su starije životne dobi i češće muškog spola, u komparaciji s gastritisom negativnim za *H. pylori*. Oni sa *H. pylori* gastritisom češće su imali hiperplastične i adenomatozne polipe, uznapredovale adenome, vilozne adenome, adenome s visokim stupnjem displazije i adenokarcinome kolona. Jačina povezanosti bila je izraženija kod težih oblika koloničkih neoplazmi i većeg broja adenoma kolona. Povezanost ova dva entiteta bila je slična bez obzira na lokaciju patoloških supstrata debelog crijeva. Uočena je također povezanost *H. pylori* infekcije i intestinalne metaplazije, a izraženija je bila kod ispitanika muškog spola i starije životne dobi. Ispitanici s intestinalnom metaplazijom češće su imali hiperplastične i adenomatozne polipe, uznapredovale adenome, vilozne adenome, adenome s visokim stupnjem displazije i adenokarcinome kolona.

Ova studija pokazuje značajan utjecaj *H. pylori* infekcije na koloničku sluznicu, uključujući svaki tip neoplazme debelog crijeva, od hiperplastičnog polipa, tubularnog i viloznog adenoma do adenokarcinoma kolona. Rizik je povećan 1,24 puta za hiperplastični polip, 1,52 za adenomatozni polip, 1,80 za uznapredovali adenom, 1,87 za adenom s visokim stupnjem displazije i 2,35 za karcinom debelog crijeva. (Am J Gastroenterol. Published online December 4, 2012.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• **Želučani karcinom i perniciozna anemija: meta-analiza**

• Prema rezultatima nove meta-analize pacijenti s pernicioznom anemijom imaju povećan relativni rizik za razvoj želučanog karcinoma. Iako se ranije u literaturi navodi povezanost tih dvaju entiteta, ovo se istraživanje od prethodnih razlikuje po veličini uzorka i metodologiji, navodi sam istraživač, **Bruno Annibale** s University Sapienza, Rim, Italija. Više od polovice studija uključenih u ovu meta-analizu niske su ili vrlo niske kvalitete. Iako je 27 inkludiranih studija pokazalo vrlo sličnu stopu incidencije želučanog karcinoma, bile su klinički i metodološki heterogene, a čak je 10 istraživanja bilo retrospektivno. Međutim, bez obzira na heterogenost podataka, bila je slična incidencija karcinoma želuca bez obzira na veličinu uzorka i način identifikacije karcinoma. Autori zaključuju da je gastrični karcinom najozbiljnija kronična komplikacija perniciozne anemije, a ovo je prvi sustavni pregledni članak o procjeni incidencije karcinoma želuca kod pacijenata s pernicioznom anemijom. Ukupno su uključili 27 istraživanja od 1950. -2011. godine, a ukupan relativni rizik za karcinom želuca bio je 6,8 (95 % CI 2.6 - 18.1).

(Aliment Pharmacol Ther. 2012 Dec 10. doi: 10.1111/apt.12177. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• **Povećan rizik za herpes zoster kod upalnih bolesti crijeva**

• Kolega **Long MD** iz Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Medicine, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, SAD, retrospektivno i kohortno je istraživao utvrđivanje rizika za herpes zoster kod pacijenata s upalnom bolesti crijeva, imajući u vidu imunosupresivnu terapiju. Također je želio utvrditi utjecaj alfa anti-TNF čimbenika na rizik od ove bolesti kod pacijenata s upalnom bolesti crijeva. U istraživanje su uključena 50.932 ispitanika s Crohnovom bolesti,

56.403 ispitanika s ulceroznim kolitisom te 1269 ispitanika s nespecificiranom upalnom bolesti crijeva. Svi su ispitanici komparirani s kontrolnom skupinom koja nije bolovala od upalne bolesti crijeva. Nakon obrade podataka uočeno je da skupina ispitanika s upalnom bolesti crijeva ima povećan rizik za herpes zoster (HR: 1.49, 95% CI: 1.42-1.57). Također su anti-TNF medikamenti (OR: 1.81, 95% CI: 1.48-2.21), kortikosteroidi (OR: 1.73, 95% CI: 1.51-1.99) i tiopurini (OR: 1.85, 95% CI: 1.61-2.13) bili nezavisno povezani s herpes zosterom, a rizik je bio najveći kod kombinacije lijekova tiopurina i anti-TNF terapije (OR: 3.29, 95% CI: 2.33-4.65). Autor istraživanja naglašava da bolesnici s upalnim bolestima crijeva imaju povećan rizik za herpes zoster, a terapija tiopurinima, anti-TNF agnsima i kortikosteroidima te kombinacija tih lijekova taj rizik povećava. (Aliment Pharmacol Ther. 2012 Dec 13. doi: 10.1111/apt.12182. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• **Povećavaju li rizik za dijabetes dijetalna ili obična gazirana pića?**

• Rezultati nove studije provedene u Francuskoj navode na zaključak da osobe ženskog spola koje piju veće količine dijetetskih gaziranih pića imaju povećan rizik za razvoj šećerne bolesti tipa 2. Prije ovog istraživanja bili su znanstveni dokazi kontradiktornih zaključaka glede utjecaja pijenja dijetalnih gaziranih pića (zaslađenih umjetnim supstancijama) na pojavnost dijabetesa, međutim, ova studija implicitno ukazuje na jednosmjerni zaključak o povezanosti dijetetskih gaziranih pića i povećanog rizika za dijabetes. Istraživači sugeriraju na moguće biološke uzročne mehanizme. Gazirana dijetetska pića se smatraju zdravijima, barem prema marketinškim kampanjama, u odnosu za obična gazirana pića.

U ovo veliko kohortno prospektivno istraživanje uključeno je 66 118 osoba ženskog spola u Francuskoj, gdje se ispiti- vala povezanost dijetetske prehrane i karcinoma. Tijekom razdoblja od 1993-2007.g. registrirano je 1369 novih slučajeva šećerne bolesti tipa 2. Prosječni dnevni unos običnih gaziranih pića bio je 328 mL/tjedno, dok je dijetetskih bio 568 mL/tjedno. Rizik za razvoj šećerne bolesti tipa 2 bio je 1,34 kod

osoba ženskog spola koje su pile dijetalna gazirana pića, i 2,21 kod osoba koje su konzumirale obična gazirana zašećerena pića. Autori postavljaju hipotezu da osobe potencijalno osjetljivije za oboljenje od šećerne bolesti tipa 2 preferiraju umjetno zaslađena pića. Jasno, potrebna su daljnja i opsežnija istraživanja ove teme.

(Am J Clin Nutr. Published online January 30, 2013.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• **Simptomi sindroma iritabilnih crijeva poboljšavaju se psiho-edukacijskom intervencijom**

• Sindrom iritabilnih crijeva čest je funkcionalni gastrointestinalni poremećaj, s prevalencijom do 15%, a karakteriziran je kroničnom rekurentnom abdominalnom boli te nelagodom i povećanom razinom anksioznosti i depresije. Pacijenti se obično žale na ekstraintestinalnu bol i nelagodu, uz umor i smetnje spavanja. Dokazi govore u prilog učinkovitosti kognitivnih bihevioralnih pristupa u poboljšanju simptomatologije iritabilnih crijeva. Trajanje terapije, troškovi liječenja i neučinkovitost kod mnogih su pacijenata limitirajući čimbenici.

Cilj je ove studije bio ispitati učinkovitost psiho-edukacijske intervencije kod ove skupine bolesnika. U istraživanje je uključeno 69 ispitanika (72% osobe ženskog spola) u kontrolnu skupinu, a terapija se temeljila na biološkim mentalnim modelima s ciljem pojačavanja samoučinkovitosti te praktične relaksacijske tehnike. Pacijenti u ispitnoj skupini su pokazali signifikantno poboljšanje gastrointestinalnih simptoma, poboljšanje depresije, visceralne osjetljivosti te su rezultati testova o kvaliteti života također pokazali poboljšanje tijekom tromjesečnog praćenja. Zaključno se može istaknuti da psiho-edukacijska grupna intervencija učinkovito mijenja kognitivna svojstva i umanjuje strahove od simptomatologije sindroma iritabilnih crijeva. (Aliment Pharmacol Ther. 2013;37(3):304-315).

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

•
•
•

• Učinak injekcije kortikosteroida i/ili fizioterapije na klinički ishod pacijenata s unilateralnom lateralnom epikondilalgijom

• Lateralna epikondilalgija (LE), poznata kao „teniski lakat“, muskuloskeletni je bolni poremećaj koji karakterizira lokalna bol i mehanička hiperalgezija u predjelu lateralnog epikondila. Može se širiti u podlakticu, uz smanjenje snage mišića, naročito ekstenzora šake. Injekcija kortikosteroida i fizioterapija predstavljaju uobičajene načine liječenja LE-a, koji se često kombiniraju u kliničkoj praksi. Međutim, znanstveni su dokazi o njihovoj kombiniranoj učinkovitosti manjkavi.

Brooke K. Coombes i sur. iz School of Health and Rehabilitation Sciences, University of Queensland, St Lucia, Australija, istraživali su između srpnja 2008. i svibnja 2010. ukupno 165 pacijenata starijih od 18 godina s unilateralnom LE dužom od 6 tjedana. Randomizirali su ih u 4 skupine ovisno o načinu liječenja: injekcija kortikosteroida ($n = 43$), placebo injekcija ($n = 41$), injekcija kortikosteroida i fizioterapija ($n = 40$), placebo injekcija i fizioterapija ($n = 41$). Primarni ciljevi bili su potpun oporavak ili značajno poboljšanje nakon 1 godine, te ponavljanje bolesti prvih godinu dana (definirano kao potpun oporavak ili značajno poboljšanje nakon 4 ili 8 tjedana, ali ne kasnije). Sekundarni ciljevi uključivali su potpun oporavak ili značajno poboljšanje nakon 4 i 26 tjedana.

Nakon 1 godine je injekcija kortikosteroida rezultirala nižim potpunim oporavkom ili značajnim poboljšanjem u usporedbi s placebo injekcijom (83% vs. 96%, RR 0.86, $P = 0.01$), te višim ponavljanjem bolesti u prvih godinu dana (54% vs. 12%, RR 0.23, $P < 0.001$). Pacijenti koji su bili liječeni placebo injekcijom i fizikalno imali su nakon 4 tjedna viši potpun oporavak ili značajno poboljšanje u usporedbi s onima bez fizioterapije (39% vs. 10%, RR 4.00, $P = 0.004$). S druge strane, nakon 4 tjedna nije

bilo statistički značajne razlike između pacijenata liječenih injekcijom kortikosteroida i fizikalno i onih liječenih samo injekcijom kortikosteroida (68% vs. 71%, RR 0.95, $P = 0.57$). Pacijenti s fizioterapijom, u usporedbi s onima bez fizioterapije, nisu se statistički značajno razlikovali u definiranim primarnim ciljevima nakon 26 tjedana i jedne godine.

Autori zaključuju da su pacijenti s kroničnom unilateralnom LE imali lošiji klinički ishod 1 godinu nakon liječenja injekcijom kortikosteroida, u usporedbi s onima liječenim placebo injekcijom, dok između pacijenata podvrgnutih fizioterapiji i onih bez fizioterapije nije bilo značajne razlike u dugoročnom kliničkom ishodu. (JAMA 2013;309(5):461-9.)

Matija Prka, dr. med.

• Prenatalna nadoknada folnom kiselinom povezana je sa smanjenim rizikom od autizma

• U iznimno visoko indeksiranom časopisu JAMA-i u objavljeno je u veljači ove godine istraživanje norveških kolega o utjecaju nadoknade folnom kiselinom na rizik razvoja autizma, Aspergerova sindroma i slično. Naime, dobro je poznato da pravodobno uzimanje folne kiseline prekonceptijski i u ranoj trudnoći smanjuje rizik razvoja defekata neuralne cijevi. Međutim, do sada nije bilo poznato ima suplementacija folnom kiselinom u ranoj trudnoći protektivni učinak na razvoj drugih neuroloških poremećaja i autistički spektar poremećaja. Pal Surén i suradnici s norveškog Instituta za javno zdravstvo u Oslu proveli su studiju koja je obuhvatila oko 85 000 norveške djece majki koje su započele s prekonceptijskim uzimanjem folne kiseline (4 tjedna prije trudnoće) i uzimale ga tijekom rane trudnoće, do 8. tjedna gestacije. Studija je koncipirana kao prospektivna, analizirano je ukupno 85 176 djece rođene od 2002. do 2008. godine, a njihovo je praćenje završeno 31. ožujka 2012. Vrijeme praćenja variralo je od 3,3 do 10,2 godine. Fokus istraživanja bila je nadoknada preparatima folne kiseline, i to u razdoblju od 4 tjedna prije začeća do 8 tjedana poslije vjerojatnog začeća. Savjetovanje je prilagođeno dobi i stupnju edukacije majke, kao i njezinom

paritetu. Od ukupnog broja analiziranje djece, u njih 270 (0,32%) dijagnosticiran je autistički spektar ponašanja: točnije u njih 114 (0,13%) autizam, u 56 (0,07%) Aspergerov sindrom, dok je u 100 ispitanika (0,12%) postavljena sumnja na neodređen pervazivni razvojni poremećaj (pervasive developmental disorder-not otherwise specified, PDD-NOS, engl.).

Istraživanje je pokazalo inverzan odnos između korištenja folne kiseline i posljedičnog rizika od razvoja autističnog poremećaja. Takav rezultat nije, međutim, dokazan za korištenje folne kiseline u drugom trimestru. Naime, autistični poremećaj dijagnosticiran je u 0,10% (64/61,042) djece čije su majke uzimale folnu kiselinu, u usporedbi s 0,21% (50/24,134) djece onih majki koje nisu uzimale predloženu nadoknadu. Drugim riječima, autistički poremećaj se značajno češće javljao u djece majki koje nisu uzimale folnu kiselinu. Tipična obilježja majke koje se uzimale ordiniranu nadoknadu u zadanom roku bile su: viši ili visoki stupanj obrazovanja, planirana trudnoća, nepušačice, prvorotkinje, indeks tjelesne mase prije trudnoće < 25 .

Istraživači također zaključuju nema nikakve statistički značajne poveznice ni s Aspergerovim sindromom ni s neodređenim pervazivnim razvojnim poremećajem. Slična istraživanja u kojima je analiziran unos nezasićenih masnih kiselina u isto vrijeme prije i za vrijeme rane trudnoće, također nije pokazao statističku značajnost glede povišenja rizika za neki autistični poremećaj, iako je studija koncipirana na isti način, a nezasićene masne kiseline iz ribljeg ulja imaju sličan učinak kao i folna kiselina.

Surén i suradnici zaključuju da je glavni rezultat njihova istraživanja da korištenje folne kiseline prekonceptijski i u ranoj trudnoći smanjuj rizik od nastanka autističnog poremećaja u djeteta. Ovaj nalaz možda nije kauzalan, ali potiče na daljnja promišljanja i nove studije. (JAMA 2013, Feb)

Dr.sc. 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.

Cavka M, Petaros A, Boscic D, Kavur L, Jankovic I, Despot R, Trajkovic J, Brkljacic B. Scenes from the Past: CT-guided Endoscopic Recovery of a Foreign Object from the Cranial Cavity of an Ancient Egyptian Mummy. Radiographics. 2012;32(7):2151-7.

University Department of Diagnostic and Interventional Radiology and Department of Otorhinolaryngology and Cervicofacial Surgery, University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia

Fiolic Z, Bosnjak Z, Snajdar I, Crkvenac Gregorek A, Kalenic S, Budimir A. The Screening of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus in Vascular Surgery Patients: A Comparison of Molecular Testing and Broth-Enriched Culture. Chemotherapy. 2012;58(4):330-6.

Department of Vascular Surgery, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia

Persec J, Persec Z, Kopljar M, Sojic N, Husedzinovic I. Effect of bispectral index monitoring on extubation time and analgesic consumption in abdominal surgery: a randomised clinical trial. Swiss Med Wkly. 2012 Oct 9;142:0.

Clinical Department of Anesthesiology, Reanimatology and Intensive Care Medicine, University Hospital Dubrava, Zagreb, Croatia

Kruljac I, Cerina V, Pečina HI, Pažanin L, Matić T, Božikov V, Vrkljan M. Pituitary Metastasis Presenting as Ischemic Pituitary Apoplexy Following Heparin-induced Thrombocytopenia. Endocr Pathol. 2012;23(4):264-7.

Department of Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases "Mladen Sekso", University Hospital Center "Sestre Milosrdnice", University of Zagreb Medical School, Zagreb, Croatia

De Smedt D, Kotseva K, De Bacquer D, Wood D, De Backer G, Dallongeville J, Seppo L, Pajak A, Reiner Ž*, Vanuzzo D, Georgiev B, Gotcheva N, Annemans L. Cost-effectiveness of optimizing prevention in patients with coronary heart disease: the EUROASPIRE III health economics project. Eur Heart J. 2012;33(22):2865-72.

*Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia

Graham I, Cooney MT, Bradley D, Dudina A, Reiner Ž*. Dyslipidemias in the prevention of cardiovascular disease: risks and causality. Curr Cardiol Rep. 2012;14(6):709-20.

*Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia

De Backer G, Catapano AL, Chapman J, Graham I, Reiner Ž*, Perk J, Wiklund O. Guidelines on CVD prevention: Confusing or complementary? Atherosclerosis. 2012; 226:299-300.

*Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia

Cooney MT, Reiner Ž*, Sheu W, Ryden L, Sutter JD, De Bacquer D, De Backer G, Mithal A, Chung N, Lim YT, Dudina A, Reynolds A, Dunney K, Graham I. SURF - SURvey of Risk Factor management: first report of an international audit. Eur J Prev Cardiol. 2012 Nov 19. [Epub ahead of print]

*Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia

Barić I, Fumić K, Petković Ramadža D, Sperl W, Zimmermann FA, Muičević-Katanec D, Mitrović Z, Pažanin L, Cvitanović Šojat L, Kekez T, Reiner Ž*, Mayr JA. Mitochondrial myopathy associated with a novel 5522G>A mutation in the mitochondrial tRNA(Trp) gene. Eur J Hum Genet. 2012 Dec 12. doi: 10.1038/ejhg.2012.272. [Epub ahead of print]

*Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia

Baird K, Steinberg SM, Grković L*, Pulanić D*, Cowen EW, Mitchell SA, Williams KM, Datiles MB, Bishop R, Bassim CW, Mays JW, Edwards D, Cole K, Avila DN, Taylor T, Urban A, Joe GO, Comis LE, Berger A, Stratton P, Zhang D, Shelhamer JH, Gea-Banacloche JC, Sportes C, Fowler DH, Gress RE, Pavletic SZ. National Institutes of Health Chronic Graft-versus-Host Disease Staging in Severely Affected Patients: Organ and Global Scoring Correlate with Established Indicators of Disease Severity and Prognosis. Biol Blood Marrow Transplant. 2013 Jan 20. doi: 10.1016/j.bbmt.2013.01.013. [Epub ahead of print]

*Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia

Augustin G, Vrcic H, Zupancic B. Laparoscopic cholecystectomy due to acute calculous cholecystitis in 16 weeks' in vitro fertilization and embryo transfer pregnancy: Report of the first case. J Postgrad Med. 2012;58(4):298-300.

Department of Surgery, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia

Kiborgoetika

Ivana Greguric, Visoka poslovna škola Zagreb
Igor Čatić, Fakultet strojarstva i brodogradnje u Zagrebu



učilišta u Readingu (VB) o ugradnji čipova u ljudsko biće (2000.). Jedan od ciljeva njegovih istraživanja bio je prijenos misli putem računala. Već te iste godine je tijekom predavanja¹ ukazano na potrebu razmatranja posljedica tih istraživanja na razvoj ljudskog bića. Na prvom skupu o bioetici, u organizaciji Hrvatskog filozofskog društva, započelo se s definiranjem područja kiborgoetike.² Hrvatska televizija emitirala je 3. siječnja 2002. emisiju *Etičke dvojbe o kiborzima i androidima* u kojoj su sudjelovali uz voditelja **S. Govedića, I. Čatića, T. Matulića, D. Mikuličića** i **J. Paladino**.³ Iz te emisije treba izdvojiti dva važna podatka. Prvo, u tom trenutku nijedno ljudsko biće nije imalo ugrađeni čip, to se zbililo tek nekoliko mjeseci kasnije. Drugo, uoči snimanja emisije pristigao je e-mail K. Warwicka u kojem je bio odgovor na pitanje kada će se ostvariti zamisao o prenošenju misli putem računala.

K. Warwick je najavio da će u proljeće 2002. prenijeti svoje seksualno uzbuđenje putem računala na svoju suprugu.



To je i ostvareno 14. ožujka 2002. Idući korak je bio tekst *Jedinstvena etika čovjekove (umjetne) tehnike*⁴ objavljen 2005. U tom trenutku bilo je već čipirano više od 7 tisuća ljudskih bića.⁵ Razvoj kiborgiziranja sve je ubrzaniji na područjima tvorne kiborgizacije, a osobito informacijske kiborgizacije (npr. čipiranje, razvoj umjetnog mozga)⁶

Kiborgiziranje ljudskog bića

Zbog boljeg uočavanja etičkih pitanja povezanih s kiborgiziranjem ljudskog bića valja ponoviti neke bitne dijelove iz ranijih tekstova.

Jedna, na izgled frankenštajnovska prognoza je glasila: »Industrija anorganskih i organskih polimera odlučila je, putem industrija čipova, plastike i gume

Uvod

- U trećem i posljednjem nastavku teksta o kiborzima (LN br. 106 i 112), koji se temelji na vlastitom istraživanju ovog trenutno iznimno važnog područja s ogromnim utjecajem na daljnji razvoj društva u cjelini, valja se pozabaviti s posljedicama kiborgiziranja čovjeka. Tu se prvenstveno nameću etička pitanja poboljšanja prirodnog ljudskog bića ugradnjom dijelova ili organa koje ono izvorno ne posjeduje. Pokazat će se koja je svrha takvih poboljšanja. Poslije pregleda razvoja kiborgoetike, navest će se neki noviji rezultati kiborgiziranja čovjeka. Zatim će se prikazati stanje u definiranju kiborgoetike.

Razvoj područja kiborgoetike

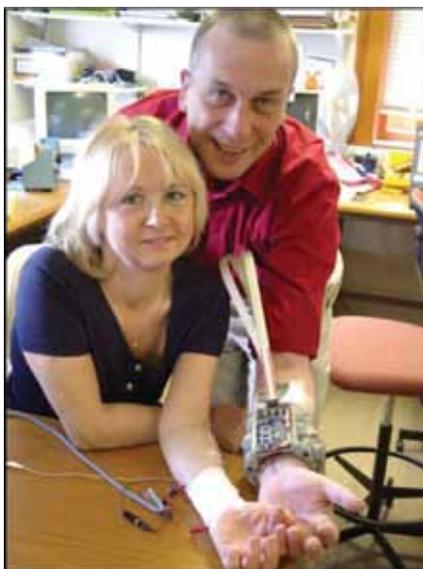
Pozornost drugog autora privukla je emisija Hrvatske televizije u kojoj su prikazani pionirski radovi **K. Warwicka** sa Sve-



Slika 1
Bionička ruka
– primjer
rekonstruktivne
kiborgizacije¹²

omogućiti kiborzima da donesu odluku o zabrani postojanja prirodnih ljudi. Rok je 31.12. 2049.«⁷ Kao upadnicu treba parafrazirati poruku iz filma *Cosmopolis* (2012.): »Računalo će umrijeti, već umire u svom sadašnjem obliku. Umrijet će kao zasebna cjelina. Kutije, monitor i tipkovnica. Upast će u teksturu života i postati dio nas«.⁸

Međutim pronađena je i prognoza stara oko jednog stoljeća. Veliki hrvatski pisac **A. G. Matoš** napisao je u svom djelu *Feljtoni i eseji* (1917.). »Šoferi i aeroplanski krmilari (o.a.: danas piloti) glavni ljudi budućnosti, da je žena rudimentarna pojava zrela za istragu (o.a.: istrebljenje, uništenje, prema V. Aniću), da će se iskorijeniti osjećaji, kao dobrota i simpatija, i da će čovjek budućnosti, novi Prometej, biti lutka, običan automat, kao patka Vaucansonova. Pa ipak pored tih svih besmislica futurizam, produkt čistog francuskog uticaja na mladu Italiju, nije besmislica u cjelini kao pokret.«⁹ Danas bi se napisalo da će novi Prometej biti android, muško ime za humanoida.



Slika 2 RFID čipovi - primjer poboljšavajuće kiborgizacije¹³

Čovjek u čije je tijelo implantiran neki umjetno stvoreni tehnički organ (umjetno srce) ili s njim povezan umjetni ud (npr. umjetna ruka ili šaka) nazvan je kiborgom. Umjetni dodaci ljudskom biću postaju njegov sastavni dio (npr. umjetni kuk, pejsmejker, umjetna pužnica i sl.) iako većina ljudi toga nije svjesna. Ljudi danas žive sve dulje i potrebno je sve više organa kao zamjenskih dijelova. Dio organa se danas implantira presađivanjem, prirodnih ili umjetno uzgojenih organa. No presađivanje je ograničeno brojem donora. Francuski filozof **J. Ellul** je 1992. kroz priču jednog kirurga objasnio da uspješnost broja donora



Slika 3 Eksoskelet- primjer poboljšavajuće kiborgizacije¹⁵

ovisi o broj prometnih nesreća mladih ljudi.¹⁰ Nedavno je objavljeno da stanovništvo SAD-a zbog brojnih razloga postaje sve nepodobnije za doniranje organa (pretilost, nezdrava hrana itd.). Stoga kiborgiziranje postaje nužno u naporima za produljenje ljudskog života.

Postupci i ciljevi kiborgizacije¹¹

Kiborgizaciju čovjeka vrednujemo prema vrsti modifikacije prirodnog tijela i skupu postupaka koji se pri tome upotrebljavaju.

Postupak nadomještanja - podrazumijeva nadomještanje prirodnih udova i organa koji čovjeku nedostaju, uz djelomično ili potpuno vraćanje njihovih funkcija (npr. bioničke proteze, umjetni kuk, pejsmejker).

Postupak normalizacije - podrazumijeva dodavanje umjetnih implantata koji normaliziraju ili pojačavaju izgubljene funkcije organizma pri čemu se organizam dovodi u stanje koje se smatra normalnim za ljudska bića (npr. čip za vraćanje vida, električna stimulacija mozga).

Postupak poboljšanja - podrazumijeva proširenje već postojećih prirodnih funkcija organizma – stvaranje *bolje verzije* čovjeka (npr. memorijski čip).

Postupak preoblikovanja - podrazumijeva dodavanje umjetnih organa ili funkcija koje nisu karakteristične za ljudsku vrstu s ciljem da joj se omogući egzistencija u inače nepovoljnom okruženju. Primjerice postupcima preoblikovanja moglo bi se čovjeku učiniti vidljivim ultraljubičasti ili in-

fracrveni dio spektra, ugradnjom dodatnih živčanih putova prenositi nove vrste osjeta (npr. ultrazvučne signale itd.), te povezivanjem s eksoskeletom nošenje tereta više-struko težih od uobičajenih.

Ciljevi kiborgizacije mogu biti rekonstrukcija ili poboljšanje ljudskog organizma

Rekonstruktivna kiborgizacija (etički opravdana kiborgizacija) odnosi se na postupke nadomještanja i normalizacije ljudskog organizma.

Cilj je rekonstruktivne kiborgizacije zamjena i obnova izgubljenih ili oštećenih bioloških funkcija i organa te dovođenje tijela u zdravu i svakodnevnu razinu funkcioniranja (npr.: pejsmejker, umjetni kuk, bionički udovi, umjetna pužnica itd.). Primjer je bionička ruka (slika 1).¹² **Poboljšavajuća kiborgizacija** (etički upitna kiborgizacija) odnosi se na postupke poboljšavanja i preoblikovanja ljudskog organizma. Cilj poboljšavajuće kiborgizacije je proširenje postojećih funkcija i dodavanje novih koje čovjek izvorno ne posjeduje. **Poboljšavajuća kiborgizacija** slijedi načela optimalne provedbe: maksimiranje izlaza (outputa) s minimalnim ulazom (inputom), npr. RFID čipovi, BCI, eksoskeleti (slike 2 i 3).¹³

Noviji primjeri poboljšanja i nove ideje na području kiborgizacije

Znanstvenici s Harvardskog Sveučilišta pod vodstvom **C. Liebera**, načinili su umjetnu kožu. Za sada s ciljem da zamijeni pokuse na životinjama ili ljudima.¹⁴ Finski računalni programer J. Jalava je u motociklističkoj nesreći ostao bez prsta lijeve ruke. Dio prsta je amputiran, a u preostali dio prsta ugrađen je na prijedlog liječnika USB stick. Na taj način mu je omogućeno da u svakom trenutku s USB prsta prebaci u računalo pohranjene dokumente.¹⁵ Europska unija odobrila je dva velika projekta povezana s kiborgiziranjem. Svaki projekt je vrijedan 1 milijardu eura. Uz već navedeni



projekt umjetnog mozga,⁶ odobren je projekt o primjeni grafena, dvodimenzijских materijala, npr. za izradbu umjetnih rožnica oči. Posebnu pozornost privlači implantiranje radiofrekvencijskoidentifikacijskih (RFID) čipova. Prema podacima istraživača takvi bi čipovi omogućili primjerice lociranje kancerogenih stanica te slanje signala znanstvenom centru u kome bi liječnici pratili stanje pacijenta i liječili ga bez obzira gdje se on nalazio.

Na tome će se raditi u narednom razdoblju u okviru istraživačkog centra Quo Vadis, smještenog blizu Verone.¹⁶ No, čipiranje bi omogućilo, osim mentalnog, emocionalnog, pa i fizičkog programiranja i kontroliranja ljudske svijesti također daljinskom kontrolom zaustavljanje određenih fizioloških procesa u tijelu. Na taj način bi se mogla kontrolirati demografija čovječanstva.¹⁷

Jedno od najfascinantiјih područja je život u prividnosti s pomoću 3-D tehnike, tzv. 3-D život. To se danas zbiva u kinematografiji a proširuje se na televizijske i računalne ekrane. Uporaba 3-D kontaktnih leća, 3-D arhitektura, mogućnost micanja ručnih ljudi iz vidnog polja, bilježenje stiska ruke s osobom koja živi na drugom kontinentu, prividni seks, računalno sanjanje bit će uskoro samo neke od normalnih situacija modernog ljudskog bića. Hologramski likovi pojavljivat će se u ljudskom mozgu i objašnjavati svijet oko nas.¹⁸ Projekt *Avatar* predviđa prebacivanje mozga u besmrtnu formu. Ruski milijarder **D. Itskov** financi-

ra istraživanja kako bi se do 2045. ljudsku svijest moglo odvojiti od tijela i instalirati je u hologramski Avatar. U svim aktivnostima koje vode kontroli mozga pomoći će sigurno i istraživanja u Istraživačkom centru u Jülichu u okviru novog Laboratorija za simulacije u neuroznanosti.¹⁹ Predviđeno je simuliranje rada mozga sa stotinu milijardi neurona koji izmjenjuju informacije s pomoću moćnog računala kapaciteta 7 petaflopsa (10^{15} flopsa). Jedan od ciljeva je otkrivanje bolesti nervnog sustava u ranoj fazi.

Istraživački centri rade i na razvoju novih ratnika. Planira se spojiti mozak vojnika na računalno sučelje čime bi se postigla kontrola oružja, a njime moglo upravljati kao u računalnoj igri.

Čovjek bi mogao procesuirati slike, poput meta, puno prije nego što je sam svjestan toga, oružje koje bi bilo spojeno s mozgom imalo bi mnoge prednosti što se tiče brzine i preciznosti. Istodobno bi se koristile i nove droge za podizanje produktivnosti vlastitih vojnika i uspavljivanje protivnika.²⁰

Sve navedene projekcije, uključujući one u prethodnom tekstu,⁶ predviđa se realizirati prije 2050.

Želi li neka zemlja raditi stvarnu projekciju svog razvoja, trebala bi djelomično protegnuti svoja promišljanja na razdoblje od početka školovanja do odlaska u mirovinu.

To znači za ovaj trenutak barem do 2075. ili za visoko obrazovanje i do 2080.

Etički problemi kiborgizacije čovjeka

Primjeri kiborgiziranja čovjeka opisani u⁶ i osobito projekcije njezinog daljnjeg razvoja, djelomično opisane u ovom tekstu, obvezno privlače pozornost stručnjaka koji se bave humanom bioetikom. Međutim, ovo područje je presjecište interesa i stručnjaka koji se bave informatikom i proizvodnjom ugradbenih dijelova. Stoga kiborgiziranje ljudskog bića zahtijeva posebno etičko područje, područje kiborgoetike.

Postoje brojni medicinski i etički opravdani primjeri rekonstruktivne kiborgizacije koji se odnose na zamjenu i obnovu izgubljenih ili oštećenih bioloških funkcija i organa koji su ugradnjom proizvoda umjetne tehnike u biološki organizam omogućili unesrećenim ljudima povratak u zdravo stanje organizma (npr. pejsmejker, umjetni kuk, bionički udovi, umjetna pužnica, sučelje mozak-računalo itd.).

Etički je upitno poboljšanje i preoblikovanje čovjeka koje ima za cilj proširenje postojećih, te dodavanje novih funkcija koje čovjek izvorno ne posjeduje (npr. ugradnja RFID čipova u ljudsko tijelo), čime se nužno mijenja prirodna struktura čovjeka s konačnim ciljem stvaranja nadljudskih sposobnosti. Poboljšavajuća kiborgizacija nužno će dovesti do preoblikovanja prirodnog i stvaranja pretežno umjetnog ti-



Slika 4 Etika umjetne tehnike^{4,5}

jela. Tome treba pridodati i snažan razvoj robota načinjenih nalik na ljudsko biće. To su humanoide koji se u nekim slučajevima razlikuju po spolu²¹. Za humanoide nalik na muškarce uobičajen je naziv android a za žene ginoid.

Etičko propitivanje poboljšavajuće kiborgizacije

Uz mnoge naprijed navedene primjere poboljšavajuće kiborgizacije koji pred čovječanstvo postavljaju etička pitanja jest i projekt K. Warwicka koji je zahvaljujući eksperimentima s implantatima živčanog sustava, RFID senzovima i robotičkom rukom zaslužio titulu prvog informacijskog kiborga. Warwick si je 1998. implantirao RFID silikonski čip s pomoću kojeg je komunicirao s računalom te na taj način upravljao vratima, svjetlom, grijalicom i drugim računalima bez podizanja prsta.²³ Takav implantat je danas moguć i sve se učestalije događa ugrađivanje u čovjeka.

Čip primjerce sadrži sve vrste informacija o osobi - od podataka o kreditnoj kartici, zdravstvenom osiguranju, krvnoj grupi, a služio bi i kao putovnica za putovanje u Svemir.²⁴ U kasnijem eksperimentu, Warwick je putem interneta spojio svoj živčani sustav sa živčanim sustavom svoje supruge. Cilj je eksperimenta bio stvaranje



Slika 5 Kiborgoetika - poveznica bioetike i tehnike^{4,5}

oblika telepatije i empatije putem interneta (prijenos emocija - bol, fizičke emocije i seksualno uzbuđenje), koje je naposljetku rezultiralo prvom elektroničkom komunikacijom između živčanih sustava dvoje ljudi.²⁵ Warwick smatra da jednom, kada se ljudski mozak spoji s računalom i poveže u mrežu s ostalim spojenim jedinkama, više neće biti izdvojenih pojedinaca, postojat će društvo kiborga.²⁶

Poticaj za utemeljenje kiborgoetike

Na ovim prostorima poticaj za proučavanje kiborgoetike potječe od drugog autora.¹⁻⁵ Slika 4 prikazuje koncept etike čovjekove (umjetne) tehnike.⁴

od prapočetaka čovjeka kao i bioetika.^{4,5} Jedno je od njenih obilježja sve češća ugradnja neživih materijala u živa bića, dakle kiborgizacija života, koja je nametnula brojna etička pitanja, ali i potaknula brojne sumnje u etičnost korištenja znanosti i tehnike. Utjecaj kiborgizacije na bioetiku i tehniku iz različitih razloga nije bio dovoljno zapažen.

Stoga je već u² predloženo povezivanje ljudske bioetike i tehnike u novu medicinsko-tehničku etiku, kiborgoetiku (slika 4). Zahvaljujući ovim poticajima, u Hrvatskoj se već gotovo desetljeće raspravlja o ovoj, za čovjeka, presudnoj ontološkoj temi.

Treba naglasiti da se ovdje navedeni pristup razlikuje od uobičajenog jer se pristupilo kiborgoetici na temelju znanja i spoznaja sustavnog pristupa.



Etika umjetne tehnike živoga, bioetika, podijeljena je na fitoetiku (etika bilja - npr. genetska manipulacija), animalnu etiku (životinjska etika - npr. animalna kiborgizacija) i humanu tehnološku etiku živoga (etika ljudskih bića - implantati u ljudskom tijelu). U ovom slučaju je od interesa presjecište između humane bioetike i tehnike, kiborgoetika. »Tehnološka je etika umjetne tehnike neživog koja se samostalno razvija

Nužnost kiborgoetike

Čovječanstvo nije pravovremeno reagiralo na etičke probleme primjene prirodne znanosti, tehnike i medicine u liječenju ljudi. Upravo je stoga potrebna etika koja svoje utemeljenje pronalazi u propitivanju korištenja sveprisutnih tehnika ljudskog poboljšanja i nužnosti postavljanja

granica implementaciji umjetne tehnike u ljudsko biće.

Predstavljena sistematizacija prikazuje okvir odgovornosti koji bi bio nužan za sve koji sudjeluju u procesu kiborgiziranja ljudskog bića (slika 5). Stvaranje zajedničkog etičkog okvira za umjetnu tehniku moguće je samo na načelu transdisciplinarnosti i pluriperspektivizma.

Jedno je od temeljnih pitanja bioetike tko treba sudjelovati u radu bioetičkih povjerenstava. U bioetičkim povjerenstvima sudjeluju svi, osim onih koji su zaduženi za pravljenje tehničkih tvorevina po zamislima medicinara. Upravo je stoga nužno da u radu bioetičkih povjerenstava, osim filozofa, sociologa i tehnologa, sudjeluju tehničari i liječnici.

že spriječiti modificiranje ljudskih tijela, gena ili mozga?

• može li ljudsko biće uživati u potpunoj slobodi misli ako netko drugi ima kontrolu nad njegovim mozgom i sve što čini ljudsko biće? Itd.

Namjera je ovog teksta da se otvori što prije argumentirana etičko-teorijska reakcija, s praktičnim implikacijama na etičke i moralne izazove koje postavljaju pred čovječanstvo nove tehnike i zahvati u ljudsko biće.

To su, dakle, pitanja o mogućim temeljima etike u doba u kojemu su se aktivirale bitne promjene u spoznajnom, filozofskom, tehničkom, medicinskom i socijalnom smislu. Sigurno je da etičke norme treba pretočiti u zakonske.

obuhvatnog pregleda ponajprije etičkih implikacija razvoja umjetne tehnike (živoga i neživoga) na današnje doba. Nužna je nova i drugačija paradigma mišljenja, usmjerena na način, granice i primjene znanja novih tehničkih područja, gdje su etičke vrijednosti i norme u prvom planu.

U ovom nastojanju potrebno je prije svega utvrditi ciljeve i definirati norme koje će prisiliti sve one koji su uključeni u kreiranje novih postupaka i materijala i njihovo implementiranje u ljudski organizam, te svih onih koji iz različitih interesnih i nemedicinskih razloga donose odluke o primjeni znanosti i tehnike, da prihvate neophodnu količinu društvene odgovornosti. To se odnosi na etičnost, uporabu, svrhovitost i granice implementacije te zakonsku regulaciju buduće implementacije.

Etičnost implementacije – potrebno je povući granicu između postupaka normalizacije i poboljšanja te postupaka preoblikovanja i usavršavanja. Pri tome treba razlučiti je li prilikom nadomještanja podjednako etično supstituirati tjelesne organe (npr. umjetni kuk) i zadirati u područje mentalne funkcije čovjekova središnjeg živčanog sustava (potonje dovodi do promjene osobnosti).

Uporaba implementacije – ispitati biološke granice izdržljivosti pri supstituciji tehničkim poboljšanjem te analizirati opasnosti od implementacije sveprisutnih neurotehnika, biotehnika i nanotehnika. Postoji velika razlika između potrebe da se supstituiraju deficitarna funkcija organa ili organskog sustava, ili da se unaprijede funkcije do tada normalno funkcionirajućeg organizma. Biološka osnova, u najširem smislu riječi, ima svoje granice izdržljivosti u odnosu na različite implantate, posebno kada je riječ o pojačanju inteligencije ugradnjom čipova u ljudski mozak. To povlači brojna bioetička pitanja oko kojih se mora voditi krucijalna rasprava i gdje prosudba mora biti utemeljena s različitim gledišta, sigurno ne isključivo s medicinskog i tehničkog.

Svrhovitost implementacije – odrediti koju se svrhu želi postići ugradnjom implantata u ljudsko tijelo. Etička upitnost ne postoji pri kiborgiziranju kojim se nastoji pomoći bolesnom ljudskom tijelu. Etički je upitno stvaranje sustava po kojima se preoblikovanjem ljudskih bića stvaraju savršenija bića s nadljudskim sposobnostima, te umjetno stvorena inteligentna bića, laboratorijski iskonstruirani i načinjeni humanoidi koji bi imali mogućnost mišljenja. Radi sprječavanja transformacije biološke u elektroničku, artifičijelnu osnovu potrebno je odrediti svrhovitost implementacije jer



Kiborgoetička pitanja

Polazeći od dosadašnjeg iskustva nužno je i potrebno jasno odrediti granice tehničke integracije prirodnog ljudskog bića i tehničkih dodataka, te definirati socijalne konsekvence koje iz toga mogu slijediti. Kiborgoetička pitanja trebaju potaknuti čovjeka na razmišljanje o granicama integracije prirodnog, ljudskog i umjetnog. Spomenut će se samo neka:

- koja je budućnost ljudskog poboljšanja?
- koja su poboljšanja etički dopustiva?
- koja poboljšanja je moguće legalno odobriti?
- na temelju kojih odluka čovječanstvo mo-

I u Hrvatskoj se ovom području treba pristupiti u najkraće vrijeme i s najvećom ozbiljnošću. To je jedno od područja koja izravno utječu na promišljanja, primjere u izradbi strategije razvoja svakog društva, s predvidim posljedicama do iza 2075. godine

Kiborgoetička načela

Pred čovjekom stoji zadatak mišljenja – kako misliti i živjeti nakon kraja filozofije - ali i praktični zadaci na susprezanju nekritičkog znanstveno-tehničkog razvoja i sve intenzivnije kiborgizacije. U ovom kontekstu neophodna je i izrada sve-

znanost i tehnika trebaju etičnu komponentu i jasno određenje cilja.

Granice implementacije – oformiti multidisciplinarni centar odlučivanja o granicama implementacije koji je otvoren sudu javnosti. Potrebno je jasno postaviti centar koji će u javnoj raspravi donositi odluke o dopuštanju i zabrani implementacije u ljudsko tijelo, vodeći pri tome računa o svrsi i razlogu njene potrebitosti, kako ne bi postala moćno sredstvo manipulacije.

Dok je centar odlučivanja biološki, dakle sam čovjek, pitanje implementacije je čovjekov odabir bez obzira na utjecaj interesnih globalizacijskih lobija. No što ukoliko centar odlučivanja postane sama tehnika?

Zakonska regulacija buduće implementacije – treba staviti pod najstrožu kontrolu javnosti. Potrebno je donijeti zakone koji bi legalno i etički regulirali granice i daljnju upotrebu implementacije te donijeti odluke koje bi osigurale sigurnost pojedinca kao prirodnog ljudskog bića i time otklonile potencijalnu opasnost drugih centara odlučivanja poput vojne industrije ili interesnih globalizacijskih korporacija.

Zaključak

Sagledavanje budućeg tehničkog razvoja i razvojnih pristupa postupcima ljudskog poboljšanja i preoblikovanja, uključuje brojna područja i stručnjake najrazličitijih profila. To je koncept pluriperspektivnosti.

Prirodno ljudsko biće ubrzano se gubi u vidokrugu bitka tehničkog doba. Bujića informacija i praksa primjene znanosti i tehnike na čitav okoliš (prirodni i umjetni) zahtijevaju mijenjanje i samog ljudskog bića kako bi se održao u tom okružju kao njegov medij i poslušitelj.

Rješenje opstanka traži se u stapanju s tehnikom. Gubeći kontrolu, čovjek slijepo prihvaća sve mogućnosti za poboljšanjem, želeći postati bolji od ostalih uradaka tehnike. Podvrgava se raznim oblicima poboljšavajuće kiborgizacije koja će u perspektivi završiti odumiranjem ostataka prirodnog tijela i stapanjem s robotom.

Čovjek postaje stroj. Čovjek postaje računalo. Već je stvoren bionički čovjek (slika 6).

Na robotski eksoskelet pričvršćeni su umjetni udovi i organi koji će u perspektivi biti primjenjivi i za zamjenu oštećenih organa i udova i kod samog čovjeka. I ne samo to, oni će poboljšati funkcioniranje zdravih prirodnih organa i udova, dakle, ići

će korak dalje od biološke evolucije.²⁷ Hoće li još uvijek čovjek reći NE ništavilu tehnike? To NE ne znači ni kraj povijesti, ni kraj čovjeka već jedan drugačiji početak života i mišljenja.

igor.catic@fsb.hr

♦♦♦♦

Literatura

1. Čatić, I. Povijest i budućnost opće tehnike povezuju prirodoslovlje i tehniku, predavanje, Matica hrvatska, 7. prosinca 2000.
2. Čatić, I.: Biotehnika – jedna od čovjekovih tehnika, 10. dani Frane Petrića – Bioetika, 10. međunarodni filozofski simpozij, Hrvatsko filozofsko društvo, Mali Lošinj 24. do 26. rujna 2001, 121-122 (sažetak).
3. Etičke dvojbe o kiborzima i androidima, Znanstveno sučeljanje, HT, I. program, 3. siječnja 2002. (zajedno s T. Matulićem, D. Mikuličićem i J. Paladinom).
4. Čatić, I., Barić, G., Rujnić-Sokele, M.: Jedinstvena etika čovjekove (umjetne) tehnike, 4. lošinjski dani bioetike, Hrvatsko bioetičko društva i Hrvatsko filozofsko društvo, M. Lošinj, 13.-15. lipnja 2005.
5. Čatić, I., Rujnić-Sokele, M.: Allgemeine Ethik der Künstlichen Technik, Cyborgisierung zwischen Bioethik und Technoethik u Schweidler, W.: Wert und Würde der nichtmenschlichen Kreatur, Proceedings of the 3. Southeast European Bioethics Forum, Mali Lošinj 2007, Academia Verlag, Sankt Augustin, 2009. s. 155-174.
6. Čatić, I., Greguric, I.: Quo vadis kiborgizaciju čovjeka, Liječničke novine 112(9)2012.
7. Čatić, I., Greguric, I., Rujnić-Sokele, M.: Mit der Kunststoffindustrie auf dem Weg zum Cyborg, DeviceMed, 7(11)90-91(2011).
8. Cosmopolis (2012). Film. David Cronenberg, Canada: Prospero Pictures.
9. Matoš, A.G.: Feljtoni i eseji, Jug, Zagreb, 1917, str.49.
10. The Betrayal by Technology: A Portrait of Jacques Ellul (1992). Dostupno na: <http://www.youtube.com/watch?v=LdoglD589Mk>, [pristupljeno 23.11.2011.]
11. Čatić I., Greguric I.: Kiborgoetika – presjecište ili poveznica bioetike i tehnioetike u Primjena sustavne teorije u raščlambi opće tehnike (120-000000-1805), Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske. Zagreb: Fakultet strojarstva i brodogradnje, 2009.
12. »Sense of touch restored for woman with bionic arm« The Guardian [online], 27. studenog 2007. Dostupno na: <http://www.guardian.co.uk/science/2007/nov/27/medical>

research [pristupljeno 19.10.2011].

13. »Upgrading Humans - Technical Realities and New Morals«, Journal of Geoethical Nanotechnology, 2007. Dostupno na: <http://www.terasemjournals.org/GNJournals/GNO204/kw4.html> [pristupljeno 20.7.2011.]
14. »Polu čovjek-polu mašina, naučnici sa Harvarda kreirali tkivo kiborga«, Pixelizam [online], 4. rujna 2012. Dostupno na: <http://pixelizam.com/polu-covjek-polu-masina-naučnici-sa-harvarda-kreirali-tkivo-kiborga> [pristupljeno 15.11.2012]. Više o tome na: <http://cmliris.harvard.edu/>
15. »Finn creates USB finger drive«, BBC News [online], 17. ožujka 2009. Dostupno na: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/7949018.stm> [pristupljeno 9.10.2012.]
16. Ospedale San Raffaele [online]. Dostupno na: <http://www.hsr.it/ricercaperlavita/le-iniziativa/il-progetto-san-raffaele-quo-vadis/> [pristupljeno 2.10.2012.]
17. Brin, David: The Transperent Society: Will technology force us to choose between privacy and freedom?. Perseus Books, 1998. Više o tome: Sanders W. C.: The microchip and the mark of the beast. Nexus Magazine, Vol.2, No.20
18. »Im Jahre 2030 leben wir alle in digitalen Blasen«, VDI Verlag [online], 21.siječnja.2005. Dostupno na: <http://www.vdi-nachrichten.com/artikel/Im-Jahre-2030-leben-wir-alle-in-digitalen-Blasen/20499/1> [pristupljeno 19.10.2010.]
19. »Russian Mogul's Plan: Plant Our Brains in Robots, Keep Them Alive Forever«, Wired [online]. 29.veljače 2012. Dostupno na: <http://www.wired.com/dangerroom/2012/02/dmitry-itskov/> [pristupljeno 12.11.2011.]
20. »Hoće li u ratove uskoro vojnici kiborzi« Index.hr [online]. 7. veljače 2012. Dostupno na: <http://www.index.hr/xmag/clanak/hoce-li-u-ratove-uskoro-vojnici-kiborzi/597869.aspx> [pristupljeno 2.10.2012.]
21. Wikipedia [online]. Dostupno na: <http://hr.wikipedia.org/wiki/Humanoid> [pristupljeno 22. siječnja 2013.]
22. Wikipedia [online]. Dostupno na: <http://hr.wikipedia.org/wiki/Android> [pristupljeno 22. siječnja 2013.]
23. Warwick, K.: I Cyborg, Century, London 2002. str.152.
24. Durn S., Eder A.: Vlakom u svemir, Lider press, 2012. str. 44-47.
25. Warwick, K.: I Cyborg, Century, London 2002. str 285.
26. Warwick, K.: Cyborg Life: - Will the human race be replaced by cyborgs anytime soon, Intervju s Kevinom Warwickom. Dostupno na: <http://www.infonomia.com/articulo/videos/110> [pristupljeno 10.10.2012.]
27. Ungerleider, N.: How To Build A Real \$1 Million Bionic Man. Dostupno na: <http://www.fastcompany.com/3005299/how-build-real-1-million-bionic-man> [pristupljeno 1.2.2013.]

♦♦♦♦



Slika 6
Čovjek
i bionički čovjek

Dr. Antun Šutina (Suttina)

(Zlarin, 22.7.1832. – Trst, 28.8.1886.)

Ivica Vučak

• Među slavnim Zlarinjanima spomenutim u nedavno objavljenom članku o liječnicima rođenim na tom otoku bio je i **Jerko Šutina** (talijanski Suttina) (1796. – 1866.) kojega je **Šime Ljubić** (1822. – 1896.) uvrstio u svoj "Leksikon uglednih Dalmatinaca" ("Dizionario biografico degli uomini illustri della Dalmazia" Zadar, 1856.), a nalazi se i u knjizi "Znameniti i zaslužni Hrvati te pomena vrijedna lica u hrvatskoj povijesti od 925.–1925." (Zagreb, 1925).

Rođen 7. rujna 1796., Jerko Šutina je školovanje započeo kod **Ivana Lubina** u Šibeniku te, nakon teologije završene u Beču, bio od 1826. do umirovljenja 1861. godine profesor u zadarskoj gimnaziji otvorenoj 1803. godine. Predavao je narodni "ilirski" jezik. Istaknuo se svojim raspravama o jeziku, ali je pisao i o gospodarskim temama (proizvodnji soli, sadnji duhana, izronjavanju koralja). Bio je među prvim članovima "Matice dalmatinske" u Zadru.

Trideset šest godina nakon njega, u Zlarinu je 22. srpnja 1832. rođen **Anton Šutina**, njegov nećak. I Antun je od 1843/1844. polazio gimnaziju u Zadru u kojoj je funkciju ravnatelja od 1821. do 1851/1852. obnašao Pietro Bottura (1778. – 1861.). U to doba gimnazije su imale četiri razreda tzv. gramatike i zatim dva razreda tzv. humanističkih predmeta. Antun je bio među boljim učenicima. Uspješno je završio i trogodišnji, neobvezatni, tečaj njemačkog jezika.

U revolucionarnoj 1848. godini njegov stric **Jerolim Suttina**, c.k. profesor, predstavljajući Zlarin, supotpisao je pozdrav iz Zadra, upućen 21. svibnja 1848. u Prag "slavjanskoj skupštini" koja će se održati 31. svibnja 1848. godine. Na poticaj prof. **Ante Kuzmanića** (1807. – 1879.) urednika "Zore Dalmatinske" iskazali su "vaša rodna bratja Dalmatini" da "žale što zbog zakašnjeloga primitka poziva ne mogu poslati svoga poslanika", a "kao i Vi, mi ništa serčanije ne želimo, što pod ustavnom vladom pridobroga Austrijanskoga Cesara virni ostati našoj miloj narodnosti, za koju, kao i za



kralja, gotovi smo i najposljednju kaplju kervi proliti".

Reformom provedenom 1848. godine zadarska gimnazija, spojena s licejem, preobražena je u osmorazrednu gimnaziju u kojoj je nastavni jezik i dalje bio talijanski. Među 26 učenika koji su školske



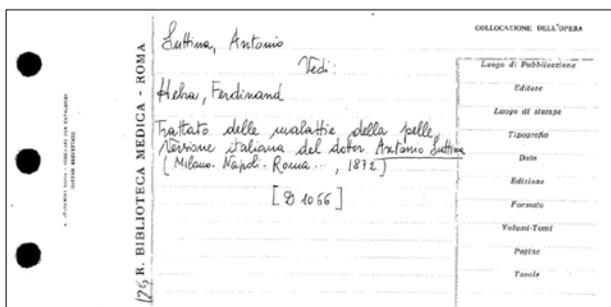
godine 1848/1849. bili u VI razredu gimnazije, Antonius Suttina, dalmata Zlarinensis završio je s odlikom iz svih predmeta.

Na kraju školske godine 1849/1850 Suttina je bio među 13 (od 25 u VII razredu) ocijenjenih prvim redom s odlikom. Od 16. do 20. kolovoza 1850. u zadarskoj je gimnaziji održan prvi ispit zrelosti, obvezatan samo za učenike koji kane nastaviti školovanje na sveučilištu. Pristupilo mu je 8 kandidata od 12 učenika koliko ih je te godine bilo u VIII razredu. Petorica su proglašena zrelim (za pohađanje sveučilišne nastave), jedan odbijen na 6 mjeseci, a dvojica vraćena s pravom ponovnog pokušaja polaganja mature nakon godinu dana.

Školske godine 1850/1851. bio je Anton u VIII gimnazijskom razredu. Nakon uspješno završenog razreda i položenog ispita zrelosti odlučio se za studij medicine.

Možda je na njegov odabir medicine utjecao članak u «Gazzetti di Zara» od 13. ožujka 1847. u kojem je dr. **Ivan Kristitelj Bettini** (1816. – 1888.) opisao kako je pripremio narkozu eterom za operaciju koju je dr. **Tomo Fumegallo** (1811. – 1856.) uspješno izveo 11. ožujka 1847. u Zadru na jednoj 80-godišnjoj bolesnici s uklještenom lijevostranom preponskom kilom. Operaciji je prethodilo pokusno uspavlivanje i ispitivanje anesteziranosti na psu i zatim na jednom dementnom čovjeku, što je prošlo sasvim uspješno i bez posljedica. Zbilo se to u Zadru, svega nekoliko mjeseci poslije prve takve operacije u svijetu, u Bostonu 16. listopada 1846. Bettini je radio u Zadru nakon uspješno završenog (1831. godine) gimnazijskog školovanja u Zadru te studija medicine u Beču i Padovi (promoviran 1838. obranom disertacije «De musica influxu in animali oeconomia eiusque in morbis usu»). Fumegallo, rodom Zadrarin, studirao je u Paviji, postao tamo ljekarnik (1829.), zatim stekao diploma kirurga (1841.) i radio u Zadru, ali je doktorsku povelju dobio u Padovi tek nakon obrane dizertacije ("Alcune storie di frattura delle ossa delle membra curate coll'apparecchio permanente") 6. rujna 1849. godine.

Slijedeći primjer svoga strica, Antun je odabrao Sveučilište u Beču. U ljetnom semestru 1852. upisan je na Medicinskom fakultetu te do zimskog semestra nastave godine 1856./1857. odslušao sva propisana predavanja. Prvi strogi ispit položio je 20. travnja 1857., zatim 29. srpnja 1857. drugi rigoroz te na čast liječnika sveukupne medicine promoviran u Beču 31. srpnja 1857. S njime je u skupini promoviranih bio i Dubrovčanin **Ivan Rubricijus** (1826. – 1890.) koji je zadarsku gimnaziju završio nakon školske godine 1841/1842. Istoga dana, 31. srpnja 1857., kao doktori kirurgije prisegnu-



li su u Beču Dubrovčanin **Karl Neumayer** (1833. – 1883.) koji je zadrsku gimnaziju završio 1847/1848 te **Antun Gutschy** (1831. -1900.) rođen u mjestu Šatava uz istoimenu rijeku u južnoj Moravskoj. Dvojica Dubrovčana su se poslije promocije vratili u rodni grad. Dr. Rubricijus je čitav vijek, osim kraćeg razdoblja u Kotoru, radio u Dubrovniku, a dr. Neumayer će, nakon niza godina rada na mjestu kotarskog liječnika u Dubrovniku, postati 1879. pokrajinski zdravstveni izvijestitelj pri Namjestništvu u Zadru. Dr. **Gutschy** je najprije kao liječnik u Zlataru u Hrvatskom Zagorju skrbio za zdravlje rudara u rudniku smeđeg ugljena u obližnjem Golubovcu, a zatim u razdoblju 1862.- 1864. uspješno izvodio operacije u eter-narkozi u bolnici u Sisku te postao njezinim ravnateljem. Njegovim je predavanjem "O novim iznascima u medicini" u listopadu 1876. u Sisku utemeljeno "Društvo liječnika", podružnica Hrvatskog liječničkog zbora, a dr. Gutschy bio njezin predsjednik (1876. – 1897.). Prvi rad iz medicine s područja Siska bilo je njegovo predavanje „Kako se može preranoj ženitbi u Posavini na put stati“ održano u listopadu 1879. na skupštini Zbora liječnika u Zagrebu te objavljeno u „Liječničkom vjesniku“ 1880. godine. U hrvatskoj medicinskoj povjesnici zabilježen je kao Antun Gutschy stariji jer značajno mjesto zauzimaju u njoj i njegovi sinovi dr. Antun Gutschy (1866. – 1951.), dr. Franjo Gutschy (1869. – 1946.) i dr. Ljudevit Gutschy (1874. – 1961.).

U prosincu 1857. zadrski je "Glasnik dalmatinski" prenio vijest iz Beča "povodom jednog osobitoga slučaja naloženo je svim upraviteljima bolnica da u javne bolnice prime svakog bolesnika bez razlike, čim se samo prijavi i od bolničkog ljekara za bolestnoga pripozna, ili ako od drugog ljekara svjedočbu donese. Nijedan bolesnik ne smije se odbiti zbog toga što mu pisma glase da ne može platiti ili što nije iz mjesta". Za razliku od tih njegovih kolega, sljedećih nekoliko godina života i rada dr. Suttine zasad nije istraženo ni poznato.

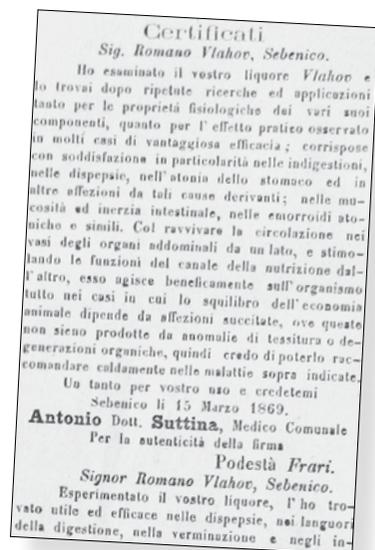
Tek krajem ljeta i početkom jeseni 1866. spominje se njegovo ime kao općinskog liječnika u Šibeniku angažiranog, uz nestora šibenskih liječnika dr. **Viktora Gja-**

drova (1797. - 1874.), u suzbijanju kolere koja je u Šibeniku i okolici odnijela dosta života. Zbog veličine problema Zemaljsko zdravstveno povjerenstvo u Zadru uputilo je zamolbu Ces. i kr. Namjesništvu donjoaustrijskom u Beču da mu, u pomoć, pošalje deset liječnika "pripravnih da se u Dalmaciji dadu upotriebiti kao pomoćni liečnici za koleru". Kratkim noticom u zadrskom "Il Nazionale", kojega je od početka 1. ožujka 1862. uređivao **Natko Nodilo** (1834. – 1912.), dr. Suttina je kolege, prijatelje i znance svoga strica, obavijestio o smrti velezaslužnog prof. Jerolima Suttine, nakon kratke bolesti, u Šibeniku 12. listopada 1866. U nekrologu napisanom u Šibeniku 14. listopada 1866. naglasio je koliko je osobno teško pogođen stričevim gubitkom. Spomenut je dr. Antonio Suttina, s prinosom od 1 fiorina, u popisu onih koji su, na poticaj šibenske općinske uprave, prikupili ukupno 121.66 fiorina za obitelji mornara stradalih 20. veljače 1869. potonućem, nakon eksplozije municije, parne fregate «Radetzky» deset milja od Visa pri čemu je živote izgubilo 22 časnika te 323 podčasnika i mornara, od toga 206 Dalmatinaca. U jednoj ranijoj prigodi, kada se u Dalmaciji 1859. godine prikupljala novčana i druga pomoć obiteljima poginulih vojnika u ratu Austro-Ugarske protiv Sardinije i njezina saveznika Francuske, nije bilo spomena dr. Antona Suttine među prinosnicima. U Šibeniku je 15. ožujka 1869. općinski liječnik dr. Suttina potpisao certifikat o kvaliteti okrepljujućeg želučanog eliksira „Vlahov“ proizvoda šibenskog tvorničara **Romana Vlahova** (1838. – 1895.) koji je rođen na susjednom otoku Prviću. Visoku ocjenu tog likera – roboransa potpisao je 26. travnja 1869. i dr. Ivan Krstitelj Bettini koji je 1854. godine, iz razloga političke naravi, prešelio iz Zadra u Trst. Vjerodostojnost potpisa dvojice liječnika jamčili su potpisi gradonačelnika Šibenika (Frari) i Trsta (Angeli). Sljedećih je godina taj oglas s imenom dr. Suttine višekratno ponavljao na stranicama „Narodnog lista“.

Od 1869. Suttina je radio kao privatni liječnik u Trstu. Moglo bi se zaključiti o njegovom posebnom zanimanju za kožne bolesti jer je priredio i u prijevodu na talijanski jezik objavio udžbenik kožnih bolesti,

temeljno djelo svoga učitelja, utemeljitelja moderne dermatologije **Ferdinanda Hebre** (1816. - 1880.) izvanrednog profesora na medicinskom fakultetu u Beču od 1849., a redovnog od 1869. godine. Knjiga od 812 stranica tiskana je pod naslovom "Trattato delle malattie della pelle" u Milanu kod nakladnika Valardija 1872. godine. Krajem 1872. u Trstu je tiskana knjiga "Breve repertorio medico-chirurgico" (148 str.) priređena prema najnovijem napretku umijeća liječenja i posvećena državnoj trgovačkoj mornarici ("compilato sulla base dei piu recenti progressi dell'arte salutare, dedicato alla Marina mercantile Nazionale"). Sam spisatelj "naš rodoljub Dalmatinac dr. Antun Šuttina" najavio je prijevod knjige na hrvatski jezik, a prikazivač u trčšanskom polumjesničniku "Naša Sloga" napisao je: "međutim i dok se taj prijevod dotiska ne možemo nego što toplije preporučiti ne samo mornarima kojima je djelo namijenjeno, nego i ostalomu općinstvu, jer popularno raspravlja razne bolesti i čitatelja opominje kako se čovjek može sam liječiti bez pomoći liječnikove".

Ime dr. Suttine, privatnog liječnika u Trstu, spominjalo se slijedećih desetljeća među 24 liječnika (od Trsta do Dubrovnika) koji su u novinama hvalili „Sladoraču“ – „mliječno-pranično-vapneno-željezasti sirup“ priređivan, još od 1870. godine, isključivo u nagrađivanoj ljekarni i kemičnoj radionici „K Spasitelju“ („All Redentore“) ljekarnika i fotografa Nikole Androvića (1824. - 1895.) u Zadru. Rođeni Bokelj, izvršni student u Padovi, imenovan je 8. veljače 1848. asistentom na Katedri za prirodoslovlje. Farmaciju je završio 31. srpnja 1849., a 8. travnja 1850. na istoj Katedri postao profesorom, no morao je napustiti akademsku karijeru te preuzeti ljekarnu svoga očuha u Herceg-Novom.



Šuttinin certifikat

Odatle je ljekarničku djelatnost preselio u Zadar u kojem je u razdoblju 1865. do 1868. bio i suplent na gimnaziji. Svome proizvođaču, reklamirani je preparat donio niz zlatnih i srebrnih kolajni te priznanja na međunarodnim izložbama (Napulj 1874., Beč 1877., Trst 1882., Beč 1883., Kaluta 1884., Pariz 1889., Zagreb 1891.). U povijesti je Andrović zabilježen i po tome što je pred izbore 1870. fotografirao sve prvake Narodne stranke u Dalmaciji i njihovim portretima, izloženim u izlozima zadarskih trgovina i restorana, izazvao bijes talijanaša.

Premda je napustio Dalmaciju i radio u Trstu u svojoj ordinaciji na drugom katu zgrade u ulici Via Cavana br. 10 kao liječnik, kirurg-operater i porodničar, dr. Suttina je ostao zainteresiran za događanja u užoj domovini. Nastavio je biti redoviti pretplatnik zadarskog "Narodnog lista".

Angažirao se u prikupljanju pomoći "nevoljnim" Hercegovcima u ustanku protiv turske vlasti 1875. godine. Višekratno je, preko dr. **Mihe Klaića** (1829. – 1896.) tadašnjeg urednika "Narodnog lista", poslao je novčanu pomoć. Nadalje, kupio je i poslao "12 komada suknenih pokrivača, 24 komada muških košulja, 24 pamučnih petlja, 24 komada prtenih gaća". Među Europljanima koji su se pridružili hercegovačkim ustašama bio je i časnik francuske vojske Parižanin **Felix Pinon** koji se junaštvom istaknuo u velikom boju kod Sedana 1. rujna 1870. godine. Nakon zarobljavanja cara Napoleona III, francuska se vojska predala, a Pinon je bio odveden u veliku vojničku utvrdu Glogau (danas u jugozapadnoj Poljskoj). "Poetske eseje" pisane u zarobljeništvu objavio je 1872. pod naslovom "Souvenirs de captivité". Na svom putovanju od Francuske do ratišta prošao je kroz Trst i Zadar. U Trstu se za njega skrbio dr. Suttina kojem je Klaić iz Zadra 1. prosinca 1875. poručio "Hvala Vam na skrbi – prijatelj iz Francuske pošao je čestito naprijed, dobro preporučan". Početkom 1878. dr. Sutina je iz Trsta poslao 5 forinti Odboru ustrojenom u Zagrebu u cilju prikupljanja novca za financiranje prijenosu posmrtnih ostataka velikog hrvatskog pjesnika **Petra Preradovića** (1818. - 1872.), pokopanih u Beču, na zagrebačko groblje "Mirogoj".

U Trstu je 1. studenoga 1878. otvoren "Liječničko-ranarnički Ambulatorij" iliti Obilaznica zajedno sa zubarskim kabinetom iliti spremnikom za liječenje od ustnih i zubnih bolesti te odnosnim ranarskimi i tehničkim operacijama pod ravnateljstvom našeg vrlorog domorodca dr. Antona Šutine liječnika ranarnika –reznika).

U svom stanu Via Malcantone br. 2 savjetovao je prijepodne do 11, a popodne od 1 do 5. Sljedeće 1879. godine tiskao je u Trstu knjižicu na talijanskom «CURA DE-

LLA BOCA e in particolare dei DENTI» («O liječenju usta, posebice zubi») (88 stranica).

U Trstu je početkom 1879. počeo djelovati radničko potporno društvo pod nazivom „Podporno delalsko društvo“, a dr. Suttina je bio u osnivačkom odboru. Prema pravilima odobrenim 22. ožujka 1879. obveza članova utemeljitelja bila je jednokratna uplata 20 forinti, podupirući su davali 6 forinti u dva obroka, a redovni članovi 1 forintu, godišnje.

Bio je to pokušaj okupljanja slavenskog stanovništva Trsta i okolice u cilju novčanepomoći radnicima u bolesti s geslom „U slozi je snaga“. Prikupljali su i knjige te u knjižnici i čitaonici omogućili zabavu i pouku radnicima i članovima njihovih obitelji.

Od 1881. bio je dr. Suttina ponovno u Šibeniku. Radio je u bolnici uz ravnatelja dr. **Eugena Galvanija** (1832. – 1912.) rođenog u Šibeniku, promoviranog 1859. u Padovi. Početkom svibnja 1883. objavljen je u "Narodnom listu" zahvala, na talijanskom jeziku, operatoru i primarnom liječniku šibenske bolnice dr. Antonu Sutini. I u novoj bolnici, svečano otvorenoj 24. lipnja 1883., Sutina je ostao stručnim voditeljem medicinskih poslova. Među njegovim zadacima bila je i skrb za bolesnike od škrljeva. Svoja iskustva stečena tijekom tri godine rada u bolnici u Šibeniku opisao je u članku pod naslovom "Zur Kenntniss des Skerlievo – Elephantiasis pudendum skerlievica" objavljenom početkom 1884. godine, u tri nastavka, u bečkom medicinskom tjedniku "Wiener medizinische Presse". Temeljem zakona od 1. lipnja 1884. bilo je naređeno kotarskim oblastima da svi nemoćni od škrljeva budu, do potrebe silovitim sredstvima, dopremljeni u šibensku bolnicu određenu za liječenje „nesretne bolesti“. Suttinin zaključak o škrljevu kao formi sifilisa, a ne zasebnom nozološkom entitetu, citirao je dr. **Božo Peričić** (1865. - 1947.) u svom članku "Zur Kenntniss des sogenannten Skerlievo in Dalmatien" objavljenom u "Wiener klinische Wochenschrift" u prosincu 1892.

Na mjestu primarnog liječnika šibenske bolnice Suttinu je krajem 1884. zamijenio dr. **Petar Vranjican**, rođenjem Hvaranin, koji će kasnije također, nakon Šibenika (do 1889.) i Zadra (do 1897.) naći svoje mjesto u Trstu u kojem će 1899. tiskati knjigu „La tubercolosi umani e i suoi rapporti coll' educazione fisica e colla vita sociale“.

Nakon odlaska iz Šibenika dr. Suttina se vratio u Trst. U opisu pravih članova Jadranskog prirodoznanstvenog društva ("Società Adriatica di Scienze Naturali") u Trstu za 1885. godinu bilo je i njegovo ime. Dr. Suttina je, po odlasku dr. Ferdinanda Tamburlinija, preuzeo i posao kupališnog liječnika u "Rimskim termama" u

gradiću Monfalcone (hrv.=Tržić, slov.=Tržič) na željezničkoj postaji između Trsta i Gorice. Prema obavijesti u goričkoj novini „Soča“ od 4. lipnja 1886. kupači su u „Termama“ mogli uživati u kloro-bromo-jodom bogatoj vodi, temperature 380C, koju se preporučivalo ljudima s reumatskim, neurološkim, kožnim, probavnim i neurotskim poteškoćama. Sezona kupanja je počinjala 1. svibnja. Dr. Suttini je uspjelo, u kratkom vremenu, značajno povećati broj posjetitelja.

U punoj aktivnosti, nenadano se 28. kolovoza 1886. razbolio dr. Suttina. Prevezen je iz Monfalcone u tršćansku bolnicu u kojoj je nakon svega nekoliko sati umro. U „Termama“ ga je naslijedio dr. Gregoris. U listu „Slovenec“ od 2. rujna 1886. zabilježena je prerana smrt cijenjenog dr. Suttine, višegodišnjeg upravitelja „Terma“, u 55. godini života. Predsjednik „Delavskog potpornog društva“ u Trstu i urednik glasila Političkog društva „Edinost“ koje je u Trstu okupljalo prvenstveno Slovence i Hrvate Vinko Dolenc (1841. – 1887.) označio je dr. Suttinu dalmatinskim Slavenom, dobro znamim u krugu Slovenaca. U notici o smrti „vrijednog liječnika dr. Ante Sutine u Trstu, iza kratke nemoći“, **Juraj Bijankini** (1847. - 1928.), urednik „Narodnog lista“, sjetio se kako se „vrli liječnik odlikovao u obrani narodnih svetinja u prvim danima narodne borbe“. I to je ljeto 1886. obilježeno na istočnoj obali Jadrana epidemijom kolere.

Među velikim brojem ljudi umrlim od kolere u području Trsta, Istre, Rijeke i Dalmacije bilo je i nekoliko liječnika koji su stradali obavljajući svoj posao. Zagrebački „Obzor“ je iz dana u dan izvješćivao o eksplozivnom napredovanju kolere, a 2. rujna 1886. javio je o smrti dr. **Makse Holtzabecka** 31. kolovoza 1886. u Rijeci, vrlo čestitoga Hrvata, tek nedavno promoviranoga. Njegovu je smrt (među trojicom umrlih od 215 članova) komemorirao **Spiridon Brusina** (1845. - 1908.) u Zagrebu 30. prosinca 1886. na glavnoj skupštini Hrvatskog naravoslovnog društva.

U sljedećim se desetljećima u Trstu spominju Antonio Suttina ljekarnik (prema oglasu za biljni balzam dr. Rose-a u „Našoj Slozi“ od početka ožujka 1884.) i **Luigi Suttina** (1883.- 1951.), povjesničar i autor te urednik čitavog niza knjiga. Portret liječnika i erudite dr. Antona Suttine čuva se u Zbirci portreta Austrijske nacionalne knjižnice u Beču. U Zlarinu danas nema spomena obitelji Šutina, jedino dr. Stjepan Sirovica (1935. – 2007.) spominje dr. Antuna Suttinu u svojim iscrpnim kronikama šibenskog zdravstva.

♦♦♦♦

Uloga laptopa u dokolici i starijoj životnoj dobi



Mr. sc. Joško Kalilić, dr. med., Split

• Suvremena informatička tehnologija složena je i mnogima teško razumljiva grana znanosti. Na našu sreću, informatički stručnjaci uspjeli su je pojednostaviti i svesti na razinu prosječnog korisnika za kojeg je, da bi je razumio i primijenio, dovoljno biti barem pismen.

Jedno od takvih tehnoloških čuda bez kojeg je današnji poslovni i privatni život teško zamisliti jest računalo (kompjuter).

Prijenosno računalo je kompjuter u malom, za osobnu uporabu i uobičajeno se naziva laptop (engl. laptop; "lap" je prednja površina tijela od struka do koljena u sjedećem položaju, a "top" znači vrh ili gornji dio nečega) i može se upotrebljavati kod sjedenja držeći ga u krilu, na koljenima, tim više jer mu težina iznosi svega 2-3 kg. To i jest razlog da ga često upotrebljavaju poslovni ljudi, studenti, turisti itd. za vrijeme putovanja zrakoplovom, autobusom, brodom te u drugim prigodama.

Laptop (prijenosnik) može se iz istih razloga u vlastitoj kući premještati iz jedne prostorije u drugu, a s pomoću priključka ADSL može se povezati na internet. Ako se uključi bežična veza preko ugrađene antene, laptop se može koristiti ne samo u drugim kućnim prostorijama i višim ili nižim katovima iste kuće, već i u vrtu i bližoj okolini kuće. Na sličan način se laptop može koristiti i daleko izvan kuće. Postoji mogućnost i dodatne mobilne usluge da se laptop koristi bez kablova i fiksnog telefona korištenjem mrežne kartice i mreže koju koristi mobitel, što je pitanje ugovora između korisnika i davatelja mrežne mobilne usluge ("mobilni internet"). U tom se slučaju laptop može koristiti bilo gdje u svijetu gdje postoji GSM (Global System for Mobile) signal za vlastiti mobitel. Tehnologija je toliko napredovala da se laptop može koristiti čak i



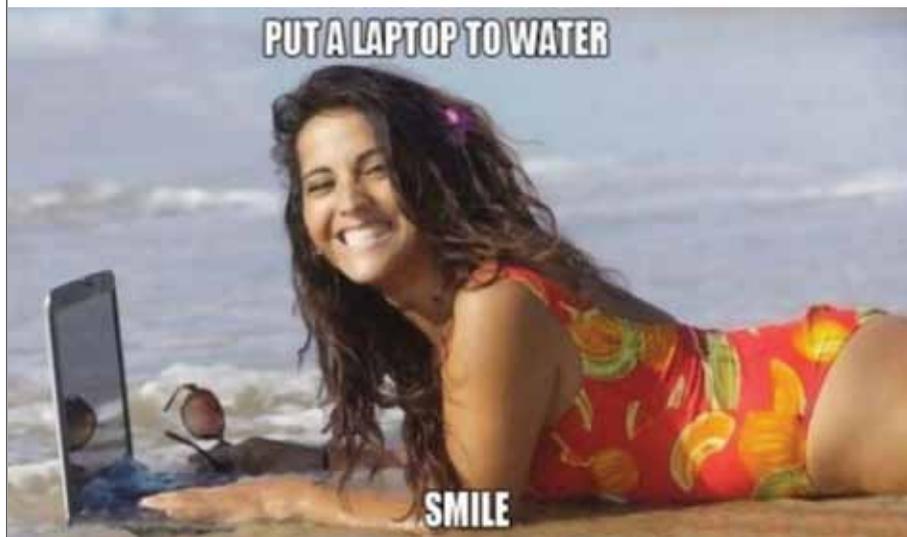
usred neke velike pustinje, prašume, najviših planina, gdje nema mogućnosti dostupnog GSM signala za bilo koji mobitel osim specijalnog modela koji omogućava vezu preko satelita (tzv. GPS signala koje najčešće koriste vojska, policija, ratni novinari, posebne istraživačke ekipe itd.).

U funkcionalnom smislu laptop ima sva svojstva većeg računala. Ekran je dovoljno velik (dijagonalno oko 38 cm) a tipkovnica velika i dobro vidljiva (za razliku od npr. tipki mobitela). Na tržištu se nudi velik

broj modela, a i cijene su također raznolike i danas mnogo manje nego u početku njegove pojave. Međutim i jeftiniji modeli mogu zadovoljiti sve uobičajene potrebe njegovih korisnika, posebno onih u starijoj životnoj dobi. Cijena jednog od takvih novih modela iznosi 2-3 tisuće kuna. Troškovi održavanja laptopa su mali, a cijena pretplate za uslugu povezanosti s internetom slična je pretplati za mobitel.

Laptop je (kao i mobitel) proizveden za široku potrošnju za sve dobne skupine. Nažalost, vremenski građani često misle, s obzirom da informatiku kao predmet nisu imali u školi (računala tada još nije ni bilo), da se informatička tehnologija uglavnom odnosi na mlađe i srednje dobne skupine koje navodno jedine mogu razumjeti, zapamtiti i koristiti tu složenu tehnologiju, te da oni tako nešto komplicirano ne mogu ni shvatiti, ni pratiti, ni korisno upotrijebiti. Mnogi kao da razmišljaju kako je ostalo još malo godina života i tobože što bi se oni za taj očekivani kratki period života opterećivali i trošili vrijeme, živce i podnosili poniženja učeći nešto novo što im teško ide u glavu, a mlađi naraštaji koji bi u tome i mogli pomoći nemaju ni vremena ni strpljenja da im takvu tehnologiju objasne na pojednostavljen način.

Zanimljivo je da takav stav i razmišljanje nije došlo u obzir ni jednog trenutka kad se radilo o uporabi mobitela jer su korisnici, bez obzira na njihovu stariju dob, dobro i brzo shvatili da pritisak na jedno dugme mobitela može pružiti ne samo draž kontakta s bliskom ali prostorno udaljenom osobom, već u slučaju opasnosti značiti i pitanje života ili možda potencijalne smrti njega samog ili njemu bliske osobe. Drugim riječima, dobrobit usluge mobitela kao i mogućnost eventualne opasnosti itekako su korisnika potaknuli da aktivira



svoje umne sposobnosti da svlada tehnički minimum za svoje dobro i dobro njemu bližnjih.

Isti stav bi osoba s takvim razmišljanjem trebala primijeniti i na laptop jer potencijalni korisnik nije niti svjestan niti dovoljno informiran o svim tehničkim blagodatima koje taj aparat može pružiti. Dodatni problem predstavljaju tečajevi za računala, koji bi bili vrlo poželjni za svakog početnika, no razmjerno su skupi za prosječnog umirovljenika. Stručne upute u brojnim publikacijama koje se nude u knjižarama previše su stručne i nejasne za početnika, a mlađi članovi obitelji teško nalaze vremena i strpljenja za poduku početnika.

Sve te okolnosti frustriraju starije osobe koje i dalje smatraju da ih je vrijeme pregazilo i da nisu sposobne svladati sve ono što računalo nudi. Navedene okolnosti i razmišljanja velikog broja starijih osoba (nažalost ima i mnogo liječnika među njima) smatram njihovim hendikepom. Ipak sam uvjeren da je to potpuno pogrešan stav i način razmišljanja i da se sve navedene prepreke uz dobru volju i upornost mogu povoljno i uspješno riješiti.

Navest ću razne funkcije koje najbolje pokazuju na koji se način laptop može koristiti, te tako uljepšati i olakšati život osobama starije životne dobi.

Uz uključeni laptop nikada nije dosadno. I kad je osoba usamljena, možda depresivna ili tjelesno bolesna, laptop može svojim raznolikim funkcijama unijeti vedrinu u raspoloženje svoga korisnika.

Omogućava pisanje raznih dopisa, novela, knjiga, stručnih članaka itd.

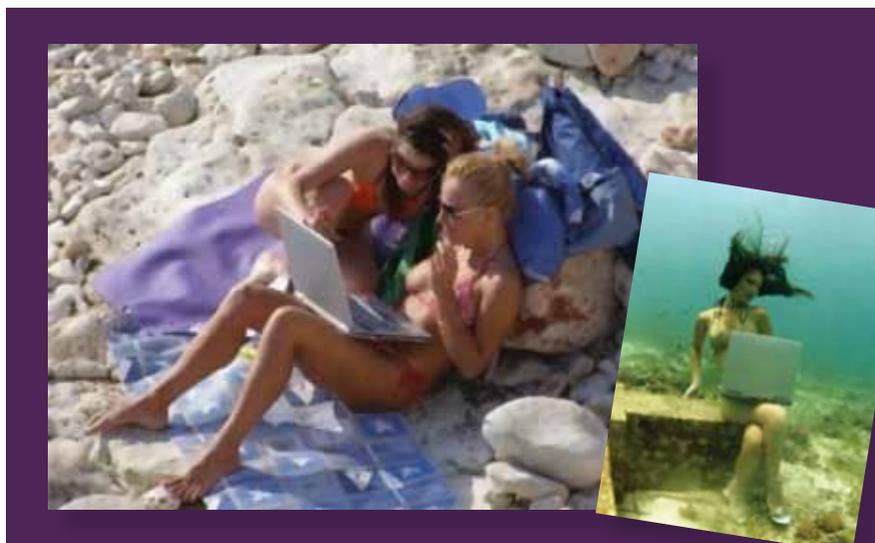
Pisanje i čitanje pisama uporabom e-pošte daje ugodan osjećaj korisniku da je u vezi s čitavim svijetom, posebno užom ili širom rodbinom, prijateljima i znancima te bivšim ili sadašnjim poslovnim partnerima s kojima ih vežu i razne ugodne uspomene.

Slanje ili primanje fotografija i video-isječaka rodbini i prijateljima donosi veliko veselje i poboljšava raspoloženje.

Omogućava prijenos i pohranu fotografija iz mobitela i fotoaparata te njihovo slanje e-poštom na jednu ili više adresa, te eventualno njihovo ispisivanje na papiru.

Seriju slika prenesenih s fotoaparata ili mobitela, ali i razne tekstove (napisane ili kopirane s interneta) može se presnimati na kompaktne diskove (CD) ili male memorijske štapiće (stikove) te pohraniti ili nekome prigodno darovati.

Omogućava besplatne telefonske razgovore s članovima rodbine uz moguć-



nost da se na ekranu laptopa međusobno vide za vrijeme razgovora (putem mrežne kamere i usluge skype) i približava ih na način kao da piju kavu i čavrljaju, makar se te osobe u tom trenutku možda nalaze na suprotnim krajevima svijeta.

Internet uvodi korisnika u svijet bezbrojnih sadašnjih i prošlih događanja, informacija i zabave te igranja raznih "igrica." Posebnu važnost imaju brojne informacije, objašnjenja i upute o svim bolestima kod ljudi, životinja, riba, ptica, biljaka itd. Omogućava slušanje raznih predavanja na sveučilištima te prevođenje riječi i tekstova na sve važnije svjetske jezike.

Omogućava praćenje događaja u okolišu stanovanja ako su ugrađene kamere na kući ili stanu.

Gledanje vijesti i drugih emisija (trenutačnih ili propuštenih uporabom funkcije "emisija na zahtjev") te čitanje raznih novina ili magazina preko njihovih portala, donosi potpuniju informiranost bez troška za njihovu kupovinu.

Slušanje klasične i suvremene glazbe po želji (izabrana glazba se čak može slušati kao pozadinska glazba dok se istovremeno koriste druge funkcije laptopa). Mogućnost uporabe laptopa ma gdje se korisnik nalazio (negdje u planini ili na moru), s telefonskim priključkom ili bez njega.

Plaćanje svih računa preko internetskog bankarstva (besplatno ili uz određeni trošak) bez potrebe izlaska iz kuće po hladnom vremenu ili kiši i dugog čekanja u redovima za plaćanje račune za struju, telefon, mobitel, vodu, odvoz smeća itd., što je vrlo korisno za manje pokretne osobe i one s kroničnim bolestima. Čak se i devizna sredstva internetskim bankarstvom mogu pretvarati u kune, i obrnuto, prema želji i potrebi pojedinca. Vođenje dnevnih troškova postaje zabavno ali i korisno za pomno

praćenje ukupnih mjesečnih troškova u odnosu na prihod.

Kupovina i plaćanje različitih artikala proizvedenih u drugim zemljama svijeta može se s pomoću kreditnih kartica i interneta obaviti jednostavno, brzo i pouzdano.

Planiranje putovanja, rezervacije putnih karata (zrakoplov, vlak, autobus, brod, parkiranje i sl.) te njihovo plaćanje vrlo je jednostavno.

U slučaju kraće ili duže bolesti sve navedene funkcije mogu se gledati i obavljati u krevetu, kod kuće ili čak i u bolnici (uz pomoć slušalica mogu se slušati vijesti i glazba, bez ometanja okoline). Uz pomoć specijalne lampice laptop se može koristiti noću, ne ometajući one koji spavaju.

Psihološki učinak korištenja laptopa vrlo je velik, jer starija osoba stječe samopouzdanje koje se prestankom dotadašnjeg radnog staža i umirovljenjem postupno gubi, a što se često negativno odražava na psiho-somatsko stanje organizma. Unuci na primjeru svojih baka i djedova koji rabe laptop uče da starost nije odbačenost i početak polaganog umiranja, već dostojanstven nastavak života i raznih aktivnosti na drugi način i u drugim uvjetima. Time se dokazuje ispravnost stare izreke koja kaže da "starost započinje prestankom učenja i zanimanja za sve što je novo".

Poznavanjem rada na laptopu lakše se razumiju i s većim zadovoljstvom prate i ostale tehničke i informatičke novosti (mobitel, digitalni fotoaparati, digitalna televizija, kućni aparati s ugrađenim novim tehnologijama itd.).

Uočavaju se, uče i unapređuju kombinacije i komunikacijske veze između laptopa, mobitela i digitalnog fotoaparata (prijenos slika, video-isječaka, raznih poda-



taka, informacija o pristigloj e-pošti itd.) te printera i skanera.

Omoгуćeni su kontakti s brojnim osobama preko društvenih internetskih mreža (Facebook, Twitter i sl.).

Uporabom laptopa i njegovih brojnih funkcija aktivira se i održava mentalna aktivnost, što doprinosi održavanju, a prema nekim statistikama i poboljšanju rada živčanih stanica mozga, boljem pamćenju te poboljšanju ostalih mentalnih funkcija.

Iz iznesenoga vidljivo koliko lije-pih trenutaka i korisnih usluga može starija osoba imati korištenjem laptopa. Treba is-puniti i nekoliko osnovnih uvjeta za rad s laptopom. Osoba mora pokazati bar malo osobne volje, želje i upornosti, što se kod mnogih koji to nemaju ipak može potaknuti dobronamjernim razgovorom, uvjerenjem i pojednostavljenim objašnjenjem rada ra-čunala.

Minimum edukacije je potreban. Financijsko pitanje pri nabavi laptopa ne bi trebao postojati u većoj mjeri (akcijske cij-

ne, otplata na veći broj rata, pomoć rodbine, poklon itd.).

Starijim osobama najvažnije je pronaći pojedinca koji će na jednostavan način, s mnogo ljubavi, strpljenja i dobre volje objasniti način rada laptopa. Za usva-janje znanja posebno je važno da sve što se čuje, vidi i nauči o računalu obavezno i zapiše, na primjer na male kartončice abe-cednim redom (jedan kartončić za jednu funkciju s najkraćim opisom kako je izvršiti).



Na taj način mogu se razne funk-cije obaviti bez obzira što se one lako u početku zaborave, ali čestom uporabom i praćenjem pojednostavljenog podsjetnika, upute se s vremenom brzo nauče.

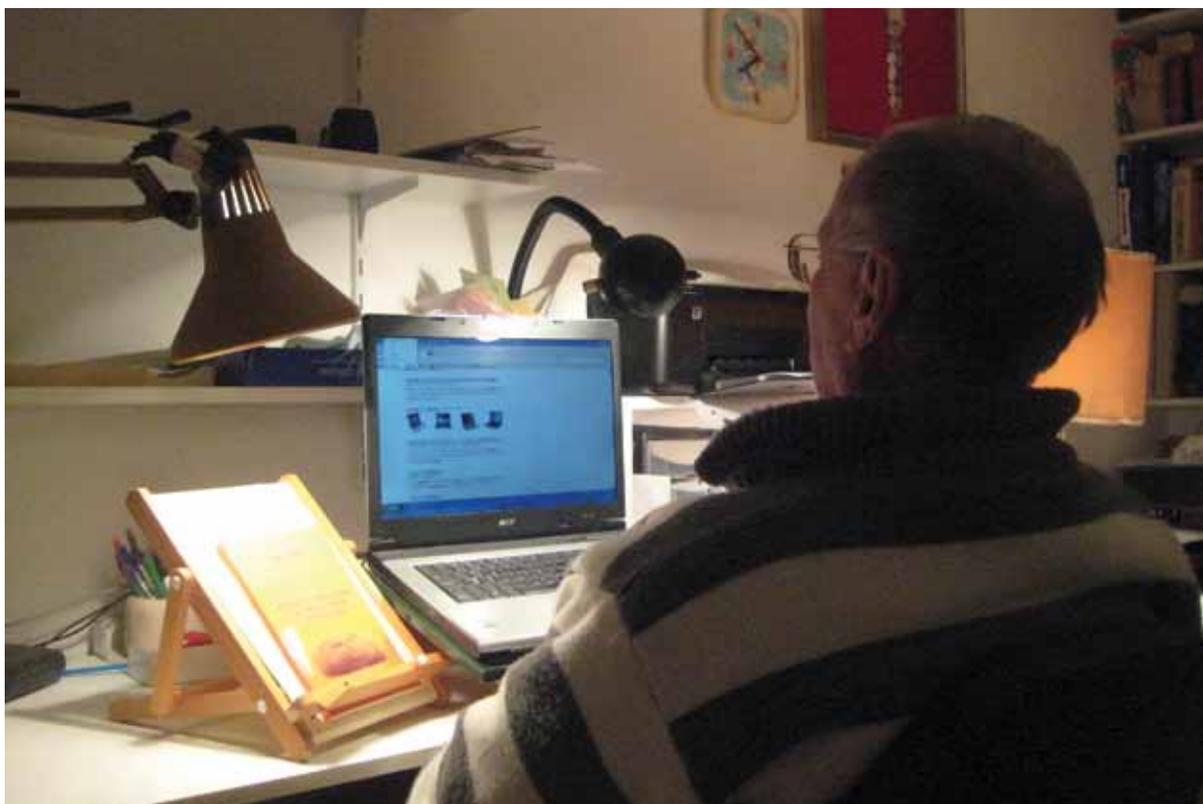
Sve što sam naveo govorim iz vlastitog iskustva, te iskustva moje starije sestre (76 god.) koja do nedavno nije ništa znala o tehnologiji i korisnosti laptopa. Danas, nakon strpljive i pojednostavljene poduke, ona piše tekstove, čita s interneta, šalje i prima e-poštu i doslovno s užitkom

otvara laptop.

Napominjem da nisam stručnjak za računala, nije mi to ni struka, već sam kao prosječan građanin s velikom voljom, željom i upornošću uspio prikupiti i zapi-sati mnoštvo pojednostavljenih praktičnih uputa o načinu rada laptopa, dovoljnih za svaku stariju osobu koja primjenom nauče-nog može bez straha koristiti sve funkcije što ih računalo pruža. Njegova tehnologija i mogućnosti su neizmjerne velike i malo je osoba koje bi se mogle pohvaliti da su svladale i usvojile sve što on može pružiti. Za svakidašnju uporabu, korist i zabavu koju omogućuje laptop to nije ni potrebno znati, kao što nije potrebno znati ni sve funkcije koje omogućava mobitel.

Nemam podataka o udjelu umi-rovljenih liječnika koji koriste laptope, no pretpostavljam da su u većini oni koji ih ne rabe. Stoga bi me posebno veselio podatak da je ovaj članak uspio utjecati na pozitivnu odluku kod tih liječnika da svladaju po-četnički strah, usvoje tehničke mogućnosti laptopa i počnu ga koristiti na svoje veliko zadovoljstvo. U tom pogledu voljan sam tim kolegama pomoći savjetom preko fiksnog ili mobilnog telefona, a kasnije (nakon počet-nog rada) i preko e-pošte (mob: 098 9234 669; e-pošta: josko.kalilic@st.t-com.hr).

♦♦♦♦



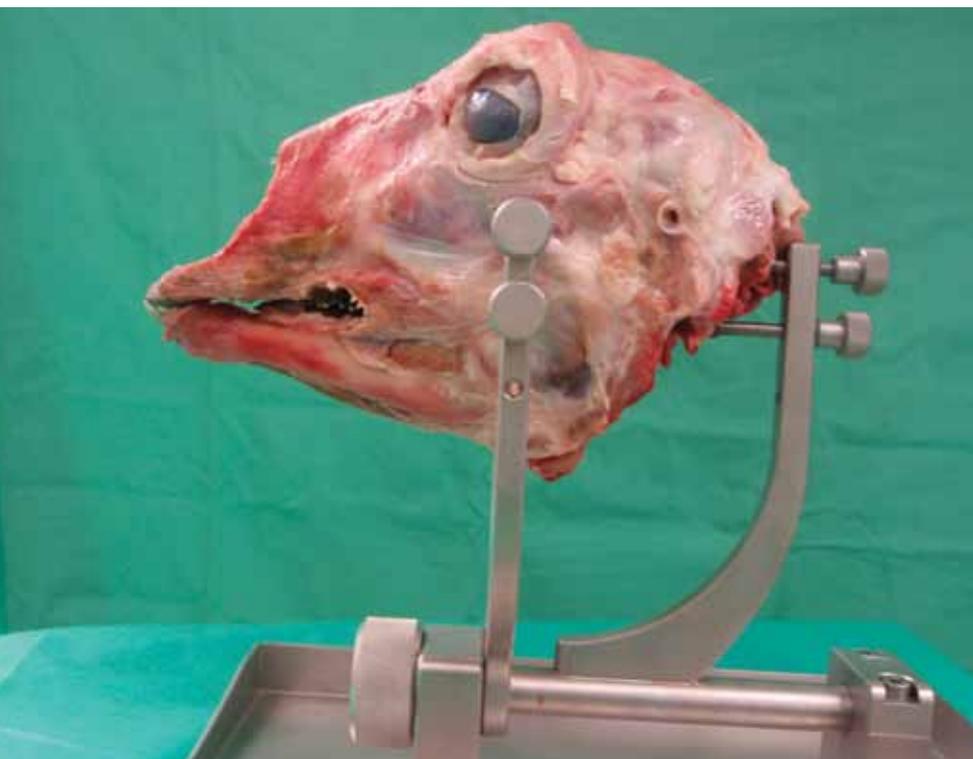
Muzej suvremene umjetnosti, Rijeka

Dva hrvatska desetljeća FESS-a i CIRAS-a



Prof. dr. Ranko Mladina*

Ili: kako je janjeća glava, umjesto na ražnju, završila u morši¹



Morša. Splitski izraz za zagrebački šrafštok, ili hrvatskim standardom: stega, škrip, škripac, tijesak. Nacrte je napravio arhitekt i dizajner Ivan Mladina, moj sin, a proizvodi ga tvrtka Karl Storz u Tuttlingenu. Mogao bi izvrsno poslužiti i za manje artroskopije, dobro bi mogao držati i manje životinjske zglobove

• Povod je za ovaj članak završna rečenica članka o bolesti i smrti hrvatskog blaženika dr. Ivana Merza koji je 1928. umro na ORL klinici MEF-a u Zagrebu od endokrinijske komplikacije nakon operacije sinusa: „Velika tragedija da je jedan mladi život koji je puno obećavao na takav način brzo završio, ali dodajmo da se to događalo u vrijeme kad nije bilo antibiotika, a niti FESS-a i CIRAS-a

kojima Zagreb danas prednjači u svijetu” (LN broj 112, str. 77).

Neki čitatelji, pogotovo iz starije generacije, pitali su što se krije iza ta dva akronima i kako to da su poznatiji u svijetu nego među hrvatskim liječnicima. Srećom je naš najpoznatiji rinolog, prof. dr. **Ranko Mladina**, utemeljitelj funkcijske endoskopske sinusne kirurgije u nas, koji je tome posvetio gotovo

sav svoj život, bio spreman za LN opisati u obliku uspomena na razvitak te superspecijalističke grane suvremene rinologije te objasniti za LN značenje kratice CIRAS i – hvala mu za to!

Urednik

• Funkcijska endoskopska sinusna kirurgija (Functional Endoscopic Sinus Surgery; FESS) po prvi je put javno pokazala svoje čari 1984. godine. To je svega godinu dana nakon što sam se ja, nakon tri godine specijalističkoga rada u kliničkoj bolnici u Tuzli, vratio u Zagreb. Na Šalatu. Dugo sam žudio za tim trenutkom, osjećao sam da moram početi s kliničkim radom što prije jer će mi velika, stara, poznata Klinika pružiti mogućnost uzaći znatno višoj nego li sam u struci tada bio. U Tuzli nisam radio endoskopske preglede nosa i sinusa, ali znao sam da su kolege na Šalati već tada sinusoskopirali u dijagnostičke svrhe. Morao sam doći bliže tome, osjećao sam to. Upravo kolovoza 1983. godine, dok sam bio u Splitu kod roditelja na godišnjem odmoru i kad sam već posve istisnuo iz glave nadu i misao o mogućem povratku u Zagreb, zazvonio je jednoga jutra stari Pupinov telefon. Moglo je biti oko deset sati. Vrijeme kad se ljeti u dalmatinskim, pravim dalmatinskim dvorištima osjećaju, ili su se onda još osjećali, svi mirisi ovoga svijeta: svatko u svojoj kužini² kuha svoju umjetnost mediteranska izričaja, a iz susjedova radija, još od moga malog djetinjstva, neumorno blažio uši talijanski belkanto, noseći spiralnim zanosom glas Marija del Monaca i Beniamina Giglija. No, bilo kako bilo, u središtu sredozemnih bajkovitih mirisa i belkanta, oko desete spli'ske ure, u kolovozu, pa još osamdesetitreće, pa još negdje o Sv. Lovri, kad su vrućine najžešće, zazvoni telefon onim reckavim zvukom, kako su već Pupinovi, osobito oni crni, telefoni zvonili. Digao sam slušalicu, a s druge je strane bila tajnica Klinike na Šalati. Javila mi je da sam primljen na Kliniku i da mi čestita. U tom sam trenutku s najvećim guštom svirao 6. Chopinov Nocturno – na blistavom, crnom, Papenebergerovom koncertnom klaviru uz koji sam naučio hodati.

Bilo je znakovito da me vijest zatekla upravo na tome mjestu, usred tinela³ šesterosobnog stana na drugom katu četverokatne, nacionalizirane, od bračkog kamena načinjene palače moga dide Ive i žene mu Vinke, i uz glazbu koja mi je svakako jedna od najmilijih.

Danas, gledajući unatrag, jasno vidim da je toga dalekoga kolovoza uistinu bio zadnji čas za priključak na europske i

* Prof. dr. Ranko Mladina, Otorinolaringološka klinika KBC-a Zagreb, pročelnik Zavoda za rinosinusologiju ORL klinike KBC-a Zagreb, pročelnik Referentnog centra za rinosinusologiju i endoskopsku sinusnu kirurgiju Ministarstva zdravlja RH, redoviti član Akademije medicinskih znanosti Hrvatske. Autorovu biografiju i prikaz njegov, a književnog i likovnog stvaralaštva donijeli smo u LN broj 50/2006 (str. 82-85).

svjetske trendove u rinosinusologiji. Preselili smo u Zagreb. Zapravo, doselili smo se natrag u naš grad. Žena i ja i naše dvoje male djece. Dok sam se ponovno navikavao na ubrzanu i nemilosrdnu kliničku kolotečinu, smještao dječicu po vrtićima, tražio posao za suprugu, nisam ni zamijetio da su na širokoj, plodno-tamnoj oranici te iste rinosinusologije iznikle neke klice. Kao tihe klice ozime pšenice. Klizaju kad su ljudi već poluzainteresirani za zemlju i oranice, pa su radije zatvoreni u kućama, vani pomalo štipa svjež zrak. Kakve njive, kakve klice! Nisam ih ni zamijetio. A klice kao klice. Ne pitaju nikoga. Prirodno niču u samoći. Ako imaju ratara, pa ako je ratar k tomu vrhunski stručnjak, one će još brže nicati, pa potom izrastati u predivne biljke. A ove su klice bile klice endoskopske kirurgije nosa i sinusa. Ratari su bili prof. Messerklinger i njegov asistent, Heinz Stammberger, ORL klinika u Grazu. Ova su dvojica liječnika doveli endoskopski pregled nosa i čeljusnog sinusa gotovo do savršenstva u to doba. Napravili su već mnoge manje endoskopske zahvate na tim sinusima i zavidnu foto-dokumentaciju, slikajući sve što su radili kroz endoskop. Zato Vam spominjem 1984. godinu. I zato jer je te godine prof. dr. Zvonimir Krajina, dugogodišnji predstojnik ORL klinike KBC-a Zagreb, vrlo vizionarski, na sebi svojstven, marljiv način, organizirao u Interuniverzitetском centru u Dubrovniku trodnevni skup pod nazivom *Advances in nose and sinus surgery* (slika 1). Očito je Krajina već bio na tragu novoj eri. A među inima, našli su se tada tamo i profesor Messerklinger i njegov asistent Heinz Stammberger (r. 1946). Pokazali su po prvi put svoje uspješne endoskopske snimke unutrašnjosti nosa i čeljusnog sinusa. Među slušačima se zatekao i mladi Amerikanac, David Kennedy iz Baltimorea (r. 1947.). Bio je istinski začuđen i duboko zavidljen tim snimkama pa je vrlo skoro nakon Dubrovnika posjetio Messerklingerovu kliniku u Grazu da uz tamošnje endoskopičare što bolje apsolvira ove pionirske zahvate. Po povratku u Baltimore odmah je počeo samostalno raditi na tom polju, a napustio otokirurgiju kojom se do tada bavio tek početnički, ali s puno entuzijazma.

Svega nekoliko godina nakon toga, negdje oko 1987/1988., svijetom su već vladala dvojica mladih liječnika šireći ideju, znanje i vještinu u tzv. funkcijskoj endoskopskoj sinusnoj kirurgiji (*Functional Endoscopic Sinus Surgery; FESS*). Bili su to upravo njih dvojica: Heinz Stammberger i David Kennedy. Oni su i dan danas, rekao bih, ikone FESS-a, makar su obojica na samom pragu umirovljenja. Jedan na zapad-

nom dijelu naše kugle, drugi usred Europe. U međuvremenu je, također prije puno godina, izrasla i treća ikona, na samom istočnom dijelu planeta: Hiroshi Moriyama (r. 1945) na Jikei Sveučilištu u Tokiju.

Godine 1989., dakle svega nekoliko godina poslije početka širenja ideje o FESS-u i endoskopskom pristupu dijagnostici nosno-sinusnih bolesti, odredio je tadašnji predstojnik ORL klinike, prof. dr. Radovan Subotić, da se ja počnem baviti tom kirurgijom. No, rekao je, Klinika nema novaca za financiranje moje subspecijalizacije u inozemstvu, i da se moram snaći kako znam i umijem, jer se ta tehnika na Kliniku mora uvesti što prije. Znao sam da je tako, jer naša Klinika nikada nije zastajala za svijetom, baš nikada. Dapače! Rečeno-učinjeno. U kasnu jesen 1989. godine bio sam na edukaciji kod prof. Wiganda i prof. Hosemanna u Erlangenu (Njemačka) i tamo vrlo skromno i štedljivo živio u studentskom domu da bi mi što duže potrajalo tadašnjih tisuću njemačkih maraka koliko sam imao na raspolaganju. Bio sam od Ine-Naftaplina za tu svrhu dobio čak 2000 maraka, ali mi je tada nekakav klinički odbor za radne odnose (ne sjećam njegova točnog naziva) zagorčio jer je smatrao da pola od toga iznosa treba Klinici. Nije bilo rečeno za što to treba Klinici niti na temelju čega mi se oduzima pola te stipendije, makar sam

novac dobio na svoje ime i na ime edukacije u inozemstvu. Proradio je splitski dišpet (inat): „OK, ne date mi moj novac, ali ja ću svejedno ovladati FESS-om i naučit ću to zbog čega idem u Erlangen!“ - odlučio sam ojađen tim postupkom. Još dok sam se pripremao za odlazak u Njemačku, započeo sam s vježbanjem bimanualna endoskopičarskog rada: u FESS-u se jednom rukom drži endoskop, a drugom instrument. Iz sobe moga sina Ivana, koji je tada imao 14 godina, uzeo sam praznu kartonsku kutiju u kojoj su prije bili dijelovi za sastavljanje maketarskog modela-aviona tipa Polikarpov I.153 Chaika. Još je čuvam. Za uspomenu na početke. (Slike 2 i 3). Na bočnim stjenkama i na gornjoj površini te kutije načinio sam nekoliko otvora kako bih kroz njih mogao uvesti endoskop (promjer endoskopa je 4 milimetara) i instrumente, a iznutra sam naljepio dječje sličice iz Krašovih čokoladica (one koje moja djeca nisu trebala, zvali su ih dupličima), pa sam u slobodnim trenucima na Klinici vježbao endoskopske „zahvate“ tražeći pod jakim endoskopskim svjetlom u mraku te kutije detalje na sličicama i pokušavajući ih dotaknuti instrumentima. Moram priznati da to u početku i nije išlo onako kako sam očekivao. No ubrzo sam počeo biti sve boljim i boljim. Polikarpovu sam kutiju, moj model za vježbanje, za svaki slučaj ponio sa sobom u Njemačku. Pa sam, kad bi



Jedan dio vježbenika za vrijeme zahuktale popodnevne disekcije na ovogodišnjem CIRAS-u. Ovo je skupina talijanskih liječnika. Prof. Desiderio Passali (u tamnom odijelu, posve lijevo, stoji), sudionik prvog CIRAS-a daleke 1993. godine, sada nadgleda svoga sina Giulija Cesarea kako „operira“



Polikarpovljeva kutija izvana. Radi utiska o njenoj veličini, postavio sam na nju kemijsku olovku. Na kutiji se vidi niz rupa sa strane i na gornjoj plohi

Polikarpovljeva kutija iznutra. Ovo je samo jedan kut. Na stjenici sam napisao i „moja L“ i „moja D“, misleći na lijevu i desnu stranu, a kako bih se lakše orijentirao gdje sam s kojom rukom i što uopće gledam i vidim. Sada svakom iskusnom endoskopskom sinusnom kirurgu ovo vjerojatno zvuči gotovo smiješnim, ali neka svatko sebe preispita kako mu je bilo na početku rada u endoskopskoj kirurgiji. Sam sam sebe poticao napisaši iznutra „Bravo Mladina“



navečer svi otišli s Klinike svojim kućama, tamo poslije 6 sati popodne, ostajao u toplini Klinike sve dok su zbog svoga posla tamo ostajale zadnje spremačice. I tako u miru koristio izvor hladnoga svjetla i endoskope kako bih mogao raditi u Polikarpovoj kutiji.

Kad bih osjetio da je vrijeme da se i ja maknem, da pomalo smetam, onda sam odlazio u McDonald's. Na večeru. Ali i ne samo na večeru. U tamnim, zaglušujuće tihim i, rekao bih, gluhim, zimskim erlangenkim noćima, u kojima, hodajući osamljen praznim ulicama, vidiš samo žuta svjetla u prozorima nečijih domova, i čezneš, čezneš, i inatiš se i inatiš, stigao bih do sjajnih, jakim svjetlom obasjanih vrata tog restorana brze prehrane i kozmopolitskog raja. Znete zašto raja? Jer je tamo bilo ljudi. Da, oni su mahom bili strani državljani kao i ja, po njihovu licu sam znao da ih je bilo od svukuda, iz svih dijelova svijeta, a došli bi, kao i ja uostalom, nešto pojesti, zgrijati se. Samo što su oni ipak razmjerno brzo odlazili negdje dalje u noć, a ja sam uporno sjedio uz svoj tanjur i gledao taj silni svijet u malom. Jer stalno su dolazi novi gladnuši. Bilo je lakše i toplije vidjeti da ima nekog živog u tome gradu, da netko govori glasno, makar i nerazumljivim jezikom, svatko svojim, a opet jednim, istim, jezikom stranca koji naručuje hranu, onako po rednome broju u meniju.

Bilo je gotovo zanimljivo slušati sve te jezike i ne razumjeti ni riječi, osim kad su u pitanju bili engleski i talijanski, jezici koje govorim. Ali, sve u svemu, nije bilo ni važno, bilo je važno samo ne biti iz večeri u večer bezizlazno sam i prazan. To nije bilo doba mobitela i interneta. Javna govornica svakih tri dana, jedna minuta najdulje i kraj. Treba štedjeti! Kad je ponestalo novaca, trebalo je otići natrag u Zagreb. Koliko sam

stigao naučiti, toliko sam donio sa sobom i u studenome 1990. napravio prvu cjelovitu endoskopsku operaciju metodom FESS-a u našoj zemlji. Radilo se o maksilarnom i etmoidalnom sinusu, s eksploracijom nazofrontalna recessusa. Nakon toga sam otišao na dva tjedna na dodatno usavršavanje u London.

Od tih godina FESS na našoj Klinici stalno napreduje. S radošću i ponosom mogu ovdje reći da FESS danas, u ovoj našoj maloj zemlji, nije nešto što je rezervirano samo za pojedince na najvećim klinikama. Dapače, uspio sam formirati cijeli jedan naraštaj odličnih endoskopskih kirurga na našoj Klinici. Baš sam istinski ponosan na te mlade ljude. I moram reći da njima nisu trebale Polikarpove kutije. Učili su uz mene i, dok se još smjelo, uz moj nadzor i upute i na kadaverima. Proveo sam sate i sate, dane i godine sjedeći uz mlađe kolege podučavajući ih vještini FESS-a, usmjeravajući svaki njihov potez, položaj vrška instrumenta, i način odstranjivanja bolesna tkiva, sve zahvaljujući mogućnosti praćenja zahvata na ekranu. Na koncu uspio sam, tijekom duga niza godina, proširiti ideju endoskopske dijagnostike i operiranja na velik broj naših otorinolaringoloških ustanova. Postigao sam to da se danas na našoj klinici, kao vodećoj rinološkoj ustanovi i Referentnom centru za rinosinusologiju i endoskopsku sinusnu kirurgiju Ministarstva zdravlja RH, kao i u drugim, tehnološki znatno razvijenijim zemljama, rinološki nalaz ne smatra pravovaljanim ako ne sadrži i endoskopski nalaz u nosu! Vrijeme pregleda nosa samo s nosnim spekulomom trebalo bi zauvijek otići u ropotarnicu povijesti! Bio bi to bitan, uistinu bitan korak naprijed u jednom malom segmentu medicine!

A onda dolazi i legendarni CIRAS, ratne 1993. godine. Održan je sredinom studenoga mjeseca. Sve se, čini se, događalo u studenom: godine 1974. sam se oženio, 1976. dobio specijalizaciju iz otorinolaringologije, 1979. došao na završnu godinu specijalizacije na ORL kliniku na Šalati, 1989. otišao u Erlangen na subspecijalizaciju, a godinu dana nakon toga napravio prvu endoskopsku sinusnu operaciju! Prvi sam CIRAS (Croatian International Rhinosurgical Advanced School) organizirao tako da su od stranaca s nama bili prof. Desiderio Passali iz Siene i dr. Romeo Budrovich iz Belluna. Nakon puno godina rada i uistinu velikoga broja najprominentnijih gostiju iz svih krajeva svijeta, CIRAS je postao brendom u svijetu. Vrlo prepoznatljivo ime!

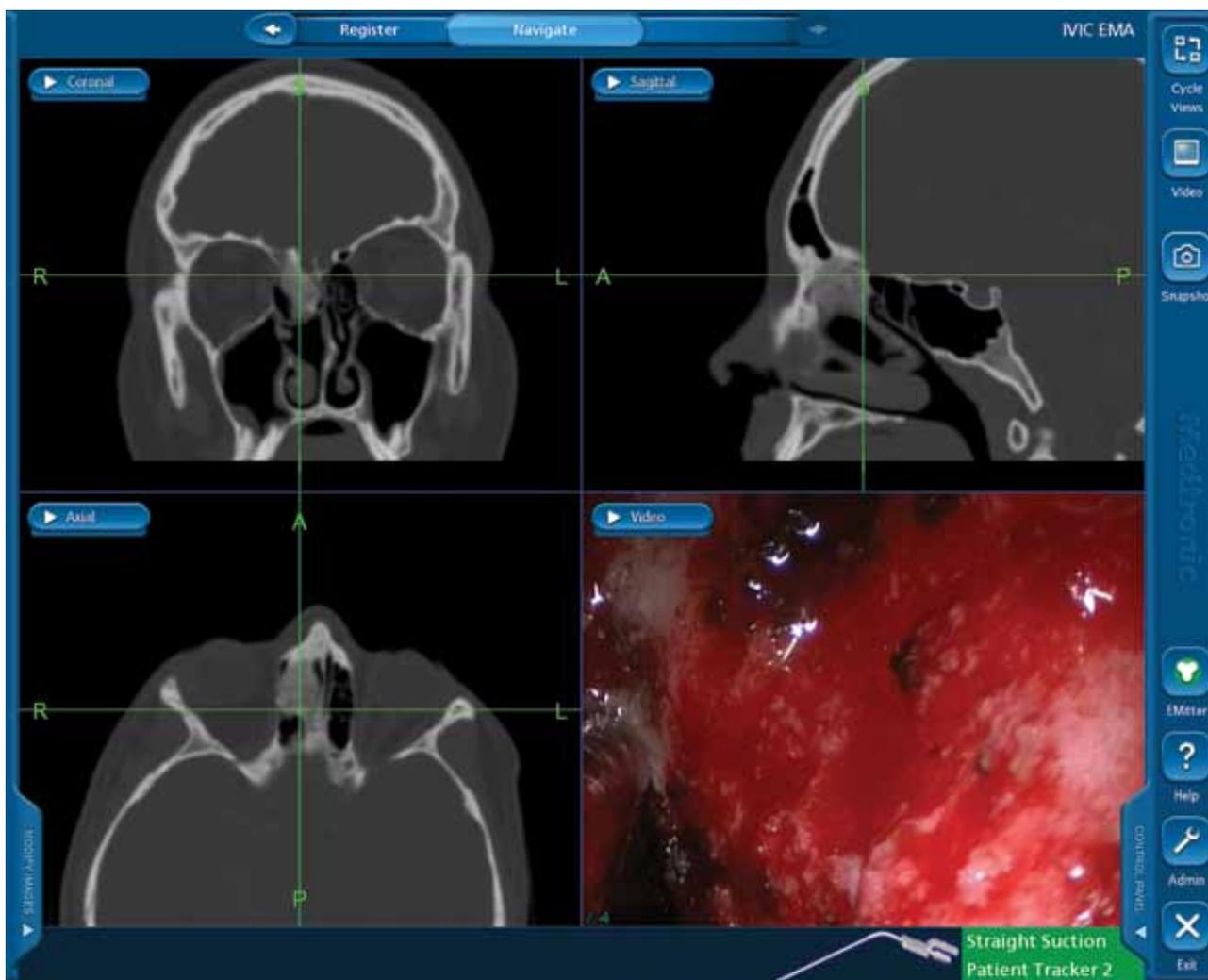
Današnji CIRAS već nekoliko godina ima trajno pokroviteljstvo Europskog rinološkog društva (!), a ove je godine, uz bodove Hrvatske liječničke komore imao čak i 24 boda Europskog povjerenstva za trajnu edukaciju (ECCME) koji su prenosivi u inače nedostižne američke bodove! Siguran sam da ovako velik broj važnih bodova ne bismo bili dobili da tijekom godina nismo dokazali da smo na samom svjetskom vrhu. Moram napomenuti da smo tijekom ovogodišnjeg, petnaestog po redu CIRAS-a, imali u četiri dana čak 58 dvadesetominutnih predavanja te da je nakon svakog predavanja bilo predviđeno čak 10 minuta za pitanja i raspravu, da smo osobito insistirali na pitanjima i raspravi (jer inače nema smisla: predavanje može biti najbolje na svijetu, ali ako na njega nema pitanja ili rasprave, onda ne vrijedi ništa!); svaki smo dan počinjali s izravnim prijenosom iz operacijske dvorane u 7,30. To je značilo da je čitavo osoblje bilo u dvorani već u 6 sati ujutro, a prvi rez u 6,45, kako bi se operacija dovoljno razvila da kod uključjenja u izravan prijenos bude prikazano ono najvažnije i najzanimljivije. Drugi se izravni prijenos događao oko podneva. Radni je dan svakoga dana završavao u 19,30, dakle po dvanaest sati neprekidnog rada. Uz to, svaki smo dan popodne osigurali 22 radna mjesta na kirurškim vježbama endoskopske tehnike operiranja (slika 4), deset stolova za polaznike, jedan stol za učitelja te jedan stol za profesore koji žele secirati. Kao i uvijek, kompletu je opremu za vježbe, za svaki stol, dala njemačka tvrtka Karl Storz iz Tuttlingena, inače dugogodišnji glavni sponzor CIRAS-a. Svakako valja napomenuti i da godinama velika većina polaznika CIRAS-a dolazi iz inozemstva, doslovce iz svih krajeva svijeta, pa i iz onih najudaljenijih zemalja. Službeni je jezik CIRAS-a od samog početka engleski.

Kad sam prije nekoliko godina bio na nekom velikom skupu u Japanu, za vrijeme stanke za kavu prišao mi je oniži, tamnopusi čovjek, očigledno kolega i sudionik istoga skupa (imao je isti bedž na reveru jakne) zapitavši me jesam li ja profesor Mladina. Na moj potvrdni odgovor odmah je pružio svoju desnicu i za vrijeme rukovanja mi glasno, uzbuđeno rekao: "Oh, CIRAS man!" Potvrdio sam i diskretno pogledao što piše na njegovu bedžu, ispod imena. Pisalo je Papua New Guinea! Dakle čak i tamo prepoznaju CIRAS. Fenomenalno! Bio sam vrlo ponosan na sve redom: na sebe (vrlo skromno, nema što!), na Kliniku (to je već puno bolje), na Vrhovec i vrhovačku studentsku sobu u podrumu bez grijanja, studentsku menzu tijekom pet godina, rad u Student-servisu ne bih li namaknuo sredstva za studiranje, na moju sadašnju obitelj, na Zagreb, na zagrebačka modra, neprobojno lijepa ljetna noćna neba, na moje rodne Bačvice, sve mi se izmiješalo u jednoj sekundi. Nije mala stvar

kad shvatiš da ono što godinama samoizolirano gradiš ima velikog odjeka u dalekome svijetu. Sjetio sam se i gluhih erlangenskih večeri i noći u tamošnjem studentskome domu. A u McDonalds od tada ne idem pa ma kako bio gladan.

Polikarpova više nema. Spremljen je za uspomenu na danvne dane i početak jedne velike ere u hrvatskoj medicini. Čami u mom ormaru na Klinici. Stvari su se promijenile i to temeljito: danas sam posebno ponosan na koncept praktičnog dijela CIRAS-a, odnosno na vježbanje kirurških vještina. U današnje vrijeme vježbamo endoskopsku sinusnu tehniku na životinjskom modelu, na janjećoj glavi, i to od 2006. godine, odnosno otkako je donesena zakonska odredba kojom se zabranjuje uznemiravanje pokojnika u edukacijske svrhe (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, članak 192). Rečeni nas je zakon natjerao na snalaženje. Mi smo se snašli tako da smo prije svega, u suradnji s Veterinarskim fakultetom u Zagrebu, ispro-

bali niz životinjskih modela, od psa, preko ovce i svinje pa do koze. Na koncu je ispalo da je janjeća glava najprikladnija i to iz dva vrlo praktična razloga: lako je dobavljiva i izuzetno jeftina (oko 14 kuna po komadu), a anatomija nosa i sinusa vrlo nalikuje ljudskoj. Zahvaljujući naporima i entuzijazmu pok. prof. Hrvoja Gomerčića, tada predstojnika Zavoda za anatomiju Veterinarskog fakulteta u Zagrebu, dobili smo „na tanjuru“ najdetaljniji vodič kroz anatomiju janjeće glave (slika 5). Što je najvažnije, naši standardni instrumenti za FESS veličinom i oblikom izvanredno odgovaraju baš takvom modelu. Od toga trenutka imamo izuzetan uzlet struke, jer su se mladi oslobodili u radu s endoskopom, vježbaju bimanualnu spretnost na jeftinom i pogodnom modelu i FESS od tada, navlastito na našoj Klinici, grabi znatno većim koracima prema naprijed. Na posljednjem, ovaj je naš koncept dobio široku međunarodnu podršku. Iz naše je kuće potekao pozamašan udžbenik o ovoj tehnici



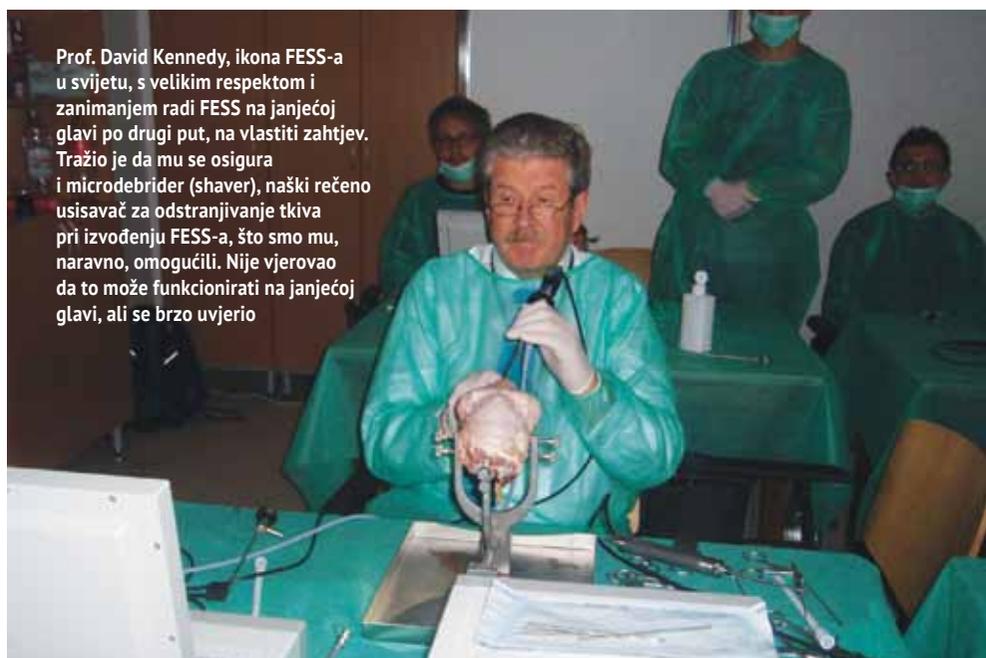
Janjeća glava kad je analizira komputerski navigacijski sustav. Križanje dviju crvenih crta označava mjesto gdje se nalazi vršak instrumenta za vrijeme zahvata. Navigacija nije teška, ali zahtijeva trening, kao i svaka druga tehnika. Janjeća glava može poslužiti bolje nego li išta drugo jer ima anatomiju koja uistinu vrlo sličiči ljudskoj

vježbanja (Karl Storz, Tuttlingen). Naša je knjiga prvo bila tiskana na hrvatskom, a poslije i na engleskom jeziku i od tada je možete naći u svakoj većoj ORL ustanovi u svijetu. U zadnje je vrijeme prevedena na ruski i talijanski jezik, što samo po sebi govori o popularnosti ove metode vježbanja kirurške vještine. Napravili smo i edukacijski DVD na temu endoskopske sinusne kirurgije janjeće glave. Svi polaznici CIRAS-a, uz predavanja i vježbe dobivaju ovu knjigu i DVD. Govoreći o modelu janjeće glave, moramo napomenuti da tvrtka Karl Storz proizvodi i posebno dizajnirani držač za ovaj model (Head Holder), napravljen po nacrtima koji su također stigli iz naše Klinike (slika 6). U Dalmaciji, poglavito u Splitu, ovakve držače (najčešće je to držač za pršut) zovu „morša“.

Pa je tako, ta nesretna janjeća glava, na koncu, umjesto na dobrom ražnju, po starom barbarsko-kulinarskom običaju, završila u sjajnoj, švapski izgledanoj „morši“ od prokrona!

Prošle je godine na janjećoj glavi, prigodom 14. CIRAS-a, iz čiste znatiželje vježbao čak i veliki Paolo Castelnovo, oduševio se i rekao da će u buduću svaki njegov tečaj endoskopske sinusne kirurgije započinjati danom koji će biti posvećen isključivo radu na janjećoj glavi, kako bi polaznici, navlastito manje iskusni, sutradan imali što više koristi od rada na kadaverima. Ove su godine praktički svi pozvani nastavnici (sedamnaestoro od njih devetnaest) secirali janječju glavu s velikim zanimanjem, bilo kao endoskopski kirurzi, bilo kao rino-plastičari, jer, ne zaboravimo spomenuti, janjeća je glava izuzetno dobar model i za vježbanje septalne kirurgije, kao i tehnike rinoplastike. Ponosni smo i na činjenicu da nam je ove godine bio gostom i gore spomenuti David Kennedy, FESS-ovska ikona. S izvjesnom dozom rezerve prihvatio je poziv za seciranjem, ali kad je počeo, naglo je promijenio izraz lica (slika 7) i bio očito vrlo oduševljen modelom janjeće glave. Na svoj je zahtjev secirao čak dva dana zaredom, makar zbog gužve i velikoga zanimanja polaznika nije bilo planirano da itko secira više od jedanput.

Povrh svega, na našoj smo Klinici u suradnji s tvrtkom Karl Storz napravili protokol za navigacijski sustav, tako da polaznici CIRAS-a i drugi zainteresirani mogu vježbati i kompjutersku navigaciju (slika 8), toliko potrebnu u našim svakodnevnim složenim endoskopskim zahvatima u području dubokih sinusa i lubanjske osnovice. Naš referentni centar na rebarskoj Klinici već dulji niz godina u biranim FESS zahvatima rabi kompjutersku navigaciju. Ona nam je draga



družica u složenim kirurškim situacijama, kao potvrda da smo na pravome mjestu, kada kroz nos stignemo u blizinu ponsa ili odstranjujući tumor klivusa do densa aksisa, a ne do sličice u kutiji Polikarpova iz 1989. godine! Ta nam družica pomaže da budemo „kadri stići i uteći i na strašnome mjestu opstajati“. I učiniti ono što se do jučer činilo nezamislivim.

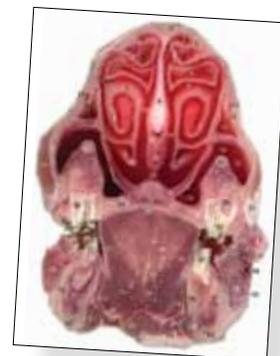
Gledajući s aspekta bolesti blaženoga Ivana Merza, da je u doba njegova bolovanja bilo endoskopske sinusne kirurgije, pa još i navigacije, on bi bio, siguran sam, preživio. S druge strane gledajući, liječnici njegova doba radili su po najnovijim standardima, za tadašnje vrijeme najvišom mogućom tehnikom. Nisu ni slutili kamo će to struka otići za svega nekoliko desetljeća. Kao što ni mi koji danas radimo najmodernijim tehnikama ne možemo zamisliti što li će sve moći raditi kolege koji se danas još nisu ni rodili. Ja mislim da zato trebamo biti svi, ali doista svi, jednako umno i jednako snažno, samo i jedino skromni. Pred znanostu smjerni i ponizni. Pridonijeti joj koliko možemo i umijemo. Jer nam je to dug. Druge će doći samo po sebi.

Tako sam ja uz pomoć i podršku najbližih suradnika stvorio CIRAS koji je, bez ikakve sumnje, daleko prešao hrvatske granice. Taj i takav CIRAS, poznatu i priznatu, uglednu međunarodnu kiruršku rinosinološku školu, ono je što ću ostaviti u nasljeđe ORL klinici KBC-a Zagreb. Ostajem u nadi da će svako buduće vodstvo Klinike znati cijeniti njeno značenje, a mladi liječnici znati iskoristiti mogućnosti stručnog i znanstvenog napretka kako u domaćim tako i u međunarodnim okvirima.

Na kraju... ne znam. Nekako mi se čini da dok je FESS-a i CIRAS-a da će biti i mene. Ovako ili onako, iz blizine ili iz daljine. Jer, ako opstanu i nastave uzlaznom putanjom kojom sada kroče, i FESS i CIRAS, bit će to lijep pogled i mirna spoznaja da je jedan čovjek ipak nešto napravio u svom profesionalnom životu.

Tumač splitskih riječi upotrijebljenih u ovom tekstu

- 1) **morša** – stega, škripac, škrip, šrafštok, od talijanskog la morsa
- 2) **kužina** – kuhinja, od talijanskog la cucina
- 3) **tinel** – soba za prijem gostiju, blagovao-nica, od talijanskog il tinello



Jedan koronalni presjek kroz janječju glavu s precizno označenim svim relevantnim anatomskim strukturama, neobično djelo profesora Hrvoja Gomerčića, nekadašnjeg predstojnika Anatomskog instituta na Veterinarskom fakultetu u Zagrebu. Ovakvih, pa sagitalnih, pa još i aksijalnih presjeka, sve precizno označivši što se kako zove, što je što, napravio je profesor Gomerčić. Vječna mu hvala za učinjeno djelo!

Od čega su болоvali i umirali talijanski skladatelji

Marina Vuksanović, Darko Breitenfeld, Marina Kovač, Giulia Cremaschi, Marko Lucijanić

• Ovaj je rad dio znanstvenog proučavanja 1500 svjetskih skladatelja, što je omogućilo tako veliko zahvaćanje talijanskih skladatelja. Sveukupno je u svijetu objavljeno nekoliko stotina patografija, ali tek o stotinjak skladatelja, a niti sva najpoznatija skladateljska imena nisu obuhvaćena. Do sada nije poduzeto niti jedno sustavno obrađivanje patografskih podataka na široj razini.

U Hrvatskoj je pokrenut stručno-znanstveni projekt na području medicine i glazbe. Obilježili su ga prvenstveno zagrebački liječnici, okupljeni u Glazbenoj sekciji Hrvatskog liječničkog zbora (sada Hrvatskog liječničkog glazbenog društva) i u okviru udruženja za unapređenje liječenja glazbom, također u Zagrebu, predvođeni uglavnom istim stručnjacima. Posljedica toga su stotine obrađenih radova iz tih područja na hrvatskom jeziku – dobrim dijelom u „Liječničkim novinama“, ali i desetina na stranim jezicima nastalih u okviru međunarodnih simpozija (Medicina i glazba) u Hrvatskoj i šire u posljednja četiri desetljeća. Objavljeno je nekoliko zbornika iz tih područja te knjiga «Bolesti i sudbine poznatih skladatelja» (izd. Music Play, Zagreb, 2012., 288 str.).

Obrada tolikih skladatelja bila je moguća obilaženjem europskih glazbenih centara i suradnjom s tamošnjim stručnjacima, kao i proučavanjem izvora u knjižnicama, arhivima, enciklopedijama te individualnim radom detaljnije na pojedinim slučajevima. Izvori za te podatke su i knjige umrlih u župnim i matičnim uredima kao i na grobljima, te zdravstvena dokumentacija u bolnicama ili kod obitelji skladatelja. To je omogućilo da se ovaj znanstveni projekt ostvaruje, te da se niz mladih liječnika svojim publikacijama pripremi za specijalizacije i daljnji stručni rad na svim područjima. Deseci skladatelja oboljelih od nekih bolesti (TBC, ICV, alkoholizam itd.) obrađuju se,

te su omogućili izradu magistarskih i doktorskih radova. Sada smo usmjereni prema pojedinim sredinama, konkretno nacijama, zemljama, područjima, centrima i gradovima, što pokazuje i ovaj prikaz.

Talijanski skladatelji su među najproduktivnijima i najpoznatijima u svijetu. Dio su okomite glazbene osi središnje Europe od Njemačke, Češke, Austrije do Italije, uz uključivanje Mađara i Hrvata. Ima mnogo podataka i o vrlo ranim skladateljima, pored posebno označenih vrlo poznatih i srednje poznatih skladatelja. Tu je i sveukupno preko stotinu manje poznatih skladatelja, koje ćemo navesti prema uzroku smrti kronološki.

Od **maligne bolesti** su umrli: Giovanni Paisiello (1740. – 1846.), Domenico Cimarosa (1749. – 1801.), Filippo Marchetti (1831. – 1902.), Dinu Lipatti (1917. – 1950.) i Luigi Nono (1924. – 1990.). **Nakon operacije** umro je Filippo Finazzi (1706. – 1776.), Maria Brizzi – Giorgi (1775. – 1822.) – **nakon porođaja**, Riccardo Zandonai (1883. – 1944.) – **žučni kamenci**, Luciano Berio (1925. – 2003.). U sklopu **zaraznih bolesti** od **kolere** su umrli: Giovanni Furno (1748. – 1837.); od **malariae**: Alfonso Fontanelli (1557. – 1622.) Felice Anerio (1560. – 1614.), Pietro Simone Agostini (1635. – 1680.); **od pjegavca**: Giovanni Croce (1557. – 1609.). **Tuberkuloza** je pokosila velik broj skladatelja: Domenico Gabrielli (1651. – 1690.), Nicola Sabini (1657. – 1705.), Domenico Zipoli (1688. – 1726.), Domenico Alberti (1710. – 1740.), Domenico Auletta (1723. – 1753.), Gian Francesco de Majo (1732. – 1770.), Giacomo Rust (1741. – 1786.), Antonio Felici (1742. – 1772.), Luigi Braccini (1755. – 1791.), Francesco Morlacchi (1784. – 1841.); **od ostalih plućnih infekcija**: Virgilio Mazzocchi (1597. – 1646.), Giuseppe Sarti (1728. – 1802.). **Od akutnih bolesti** u srednjoj dobi болоvali su: Steffano Laudi (1580. – 1640.), Carlo Palla-

vicino (1630. – 1688.), Giovanni Bononcini (1665. – 1748.), Tommaso Albinoni (1671. – 1750.), Enrico Petrella (1813. – 1877.), Franco Faccio (1840. – 1891.), Giuseppe Martucci (1856. – 1909.), Hildebrando Pizzetti (1880. – 1968.), Domenico Alaleone (1881. – 1928.), Luigi Russolo (1885. – 1947.), Guido Guerini (1890. – 1945.). Dugo su **bolovali u starijoj dobi**: Andrea Gabrieli (1510. – 1588.), Filippo Neri (1515. – 1595.), Gioseffo Zarlino (1517. – 1590.), Giacomo Carissimi (1605. – 1674.), Bernardo Pasquini (1637. – 1710.), Francesco Polarolo (1653. – 1713.), Giovanni Bononcini (1665. – 1748.), Tommaso Albinoni (1671. – 1750.), Francesco Durante (1684. – 1755.), Nicolo Antonio Porpora (1686. – 1768.), Baldassare Galupi (1706. – 1785.), Nicola Piccini (1728. – 1800.), Gaetano Pugnani (1731. – 1798.), Antonio Bazzini (1818. – 1897.), Filippo Marcellati (1831. – 1907.), Giovanni Sgambatti (1841. – 1914.), Luigi Mancinelli (1848. – 1921.), Antonio Scontino (1850. – 1922.), Giovanni Viotti (1753. – 1824.), Luigi Cherubini (1760. – 1842.), Alberto Francchetti (1860. – 1942.), Umberto Giordano (1868. – 1948.), Lorenzo Perossi (1872. – 1956.), Amilcare Zanella (1873. – 1949.), Italo Montemezzi (1875. – 1952.), Franco Alfano (1876. – 1954.), Ermano Wolf-Ferrari (1876. – 1948.), Vincenzo Tommasini (1878. – 1950.), Francesco Balilla Pratella (1880. – 1955.), Riccardo Mangiagalli (1882. – 1949.), Gian Francesco Malipiero (1882. – 1973.), Francesco Santiliquido (1883. – 1971.), Franco Vittadini (1884. – 1948.), Giuseppe Mule (1885. – 1951.), Luigi Russolo (1885. – 1947.), Adriano Lualdi (1887. – 1971.), Vito Fiazzi (1888. – 1975.), Giorgio Federico Ghedini (1892. – 1965.), Victor de Sabata (1892. – 1967.), Lodovico Rocce (1895. – 1986.), Mario Labroca (1896. – 1973.), Vittorio Rieti (1898. – 1994.), Dante Alderighi (1898. – 1968.). Život u **epidemijama kuge** izgubili su: Nicola Vicentino (1511. – 1576.), Girolamo Parabosco (1524. – 1557.) Orazio Scaletta (1550. – 1630.), Salomone Rossi (1570. – 1630.), Alessandro Striggio (1573. – 1630.), Andrea Falconieri (1585. ili 1586. – 1656.), Alessandro Grandi (1586. – nakon 1630.), Vincenzo Pellegrini (1594. – 1631.), Luigi Simonetti (1598. – 1631.), Carlo Farina (1600. – 1639.), Erasmo Bartoli (1606. – 1656.), Carlo Capellini (1650. – 1683.). Zbog **nagle srčane smrti** umrli su: Emilio de Cavalieri (1550. – 1602.), Leonardo Leo (1694. – 1744.), Licino Refice (1885. – 1954.), Mario Castelnuovo-Tedesco (1895. – 1968.), Marcello Boasso (1902. – 1960.), Giuseppe Sinopoli (1946. – 2001.); od kronične srčane bolesti: Riccardo Zandonai (1883. – 1944.);

od moždanog udara: Giulio Caccini (1550. – 1618.), Jacopo Peri (1561. – 1633.), Adriano Banchieri (1568. – 1634.), Virgilio Mazzocchi (1597. – 1646.), Giacomo Predieri (1611. – 1695.), Agostino Steffani (1654. – 1728.), Francesco Geminiani (1687. – 1762.), Giovanni Battista Sammartini (1700. – 1775.), Niccolo Jommelli (1714. – 1774.), Giovanni Giornovich (1747. – 1804.), Muzio Clementi (1752. – 1832.), Michele Carafa (1787. – 1872.), Federico Ricci (1809. – 1877.), Marco Enrico Bossi (1861. – 1925.). Renzo Bossi (1883. – 1965.). U sklopu **psihoza** – siflisa bolovali su ili umrli: Niccolo Jomelli (1714. – 1774.), Domenico Corri (1746. – 1825.) Luigi Ricci (1805. – 1859.), Carlo Andreoli (1840. – 1908.), Stefano Gobatti (1852. – 1913.), Nicola Spinelli (1865. – 1909.), Dom Lorenzo Perosi (1872. – 1956.); **od alkoholizma:** Marc Antonio Cesti (1623. – 1669.), Antonio Lotti (1667. – 1740.), Giuseppe Aldrovandini (1673. – 1707.), Antonio Sacchini (1730. – 1786.), Ferdinando Paer (1771. – 1839.), Pietro Generali (1773. – 1832.), Pasquale Sogner (1793. – 1842.), Steffano Gobatti (1852. – 1913.), Enrico Toselli (1883. – 1926.) Willy Ferrero (1906. – 1954.); **s oštećenjem vida:** Francesco Landini (1325. – 1397.), Antonio Lazzari (1678. – 1754.), Davide Perez (1711. – 1778.), Alessandro Fridzeri (1741. – 1825.), Ferdinando Gasparo Turrini (1745. – 1829.), Giacomo Gotifredo Ferrari (1763. – 1842.), Saverio Mercadante (1795. – 1870.), Antonio Smareglia (1854. – 1929.); **s oštećenjem sluha:** Francesco Cilea (1866. – 1950.). **Od probavnih smetnji sa žuticom** umro je Antonio Caldara (1670. – 1736.), a Claudio Merulo (1533. – 1604.) – **apendicitis**, Riccardo Zandonai (1883. – 1944.) – **žučni kamenci, od bubrežnih smetnji:** Giovanni Gabrieli (1533. – 1612.), Giovanni Legrenzi (1626. – 1690.). **Samoubojstva:** Carlo Cecere (1706. – 1761.), Francesco Bianchi (1752. – 1810.), Carlo Pedrotti (1817. – 1893.), Marino Mancinelli (1842. – 1894.), Giuseppe Dalignani (1851. – 1923.), Leone



Claudio Monteverdi

Sinigaglia (1868. – 1944., možda i ubojstvo ili srčani udar u stresu uhićenja), Giannotto Bastianelli (1883. – 1927.), **Od otrovanja su umrli:** Giuseppe Ancina (1545. – 1604.), Marcantonio Cesti (1623. – 1669.), Leonardo Vinci (1690. – 1730.), Domenico Puccini (1772. – 1815.). **Ubijeni** su bili: David Rizzio (1525. – 1566.) Ascanio Trombetti (1544. – 1590.), Giovanni Trabaci (1575. – 1647.), Marco Marazzoli (1602. – 1662.), Alessandro Poglietti (1637. – 1683) Alessandro Stradella (1644. – 1682.), Ignazio Albertini (1644. – 1685.), Felice Alessandro Radicati (1775. – 1820.); **unesrećeni** su: Orazio Vecchi (1550. – 1605.), Giuseppe Aldrovandini (1671. – 1707.), Marco Marliani (1805. – 1849.), Camillo Sivori (1815. – 1894.), Augusto Azzali (1863. – 1907.).



Giovanni Pierluigi da Palestrina (1525-1594) renesansni je skladatelj crkvene glazbe. Bio je sklon obiteljskom životu, druželjubiv, ambiciozan, bavio se publiciranjem vlastitih skladanih djela. Često se previsoko novčano cijenio, praktički precjenjivao. U vrijeme pošasti influence ili kuge izgubio je dva sina i ženu. Bio je relativno dobrog zdravlja unatoč nizu kroničnih bolesti. Naglo je obolio iz pune aktivnosti od „malattia ferale“, tj. vrućice, od koje je ubrzo neočekivano umro. Kao pravi uzrok smrti se spominju pneumonija te kao mogući moždani udar, pa i kuga.

Luca Marenzio (1553/4-1599) pjevač je i najznačajniji predstavnik renesansnog madrigala. Naporno je stvarao te se prerano iscrpio, a umro je oslabljen i izmučen kašljem i vrućicom od tuberkuloze ne postignuvši ni izdaleka ono što je mogao prema pokazanoj nadarenosti.

Carlo Gesualdo da Venosa (1566-1613) skladatelj je kasne renesanse, izražajnih madrigala i sakralne glazbe, lutnjist, plemić, ali i ubojica. U okviru svojih depresivnih smetnji, možda i homoseksualizma, bio

je često u sukobu s okolinom, a pred kraj života pokušao je rastrojen samoubojstvo. U literaturi se spominje i mogućnost da ga je ubila žena.

Claudio Monteverdi (1567-1643) dvorski je violinist te skladatelj opera i madrigala. S 40 godina dogodila mu se obiteljska tragedija: umire mu žena i on ostaje sam s dva mala djeteta. Nakon toga pada u depresiju, postaje bolehljiv i smanjeno djeluje, što se kasnije pogoršalo za vrijeme epidemije kuge koja je eliminirala gotovo sve društvene manifestacije, pa tako i izvođenje glazbenih djela. Nakon dužeg putovanja umro je u okviru iscrpljenosti nakon nekoliko dana od „febre maligna“, staračke upale pluća sa 76 godina (kuga?).

Girolamo Frescobaldi (1583-1643) skladatelj je, orguljaš, crkveni pjevač i pedagog, također poznat i kao „talijanski Bach“. Surovog ponašanja, hirovit i krupan, pravio si je pod starost veće probleme. Umro je neočekivano sa 60 godina nakon 10 dana maligne vrućice (kuga?).



Jean-Baptiste Lully (1632-1687) je pofrancuzeni Talijan, skladatelj na dvoru kralja Ljudevita XIV, dirigent, glumac, operni pjevač te koreograf. Bio je nevjerovatno profesionalan, spretan, ambiciozan i snalažljiv, oženjen i imao više djece. Afera s mladim čovjekom koji se školovao u kraljevskoj službi dovela je do skladateljeve osude. Lully nije bio kazneno gonjen zbog toga, ali je morao prekinuti odnose te je protjeran s dvora. Umro je u mukama s 55 godina nakon kraće sepe s vrućicom i bunilom, uzrokovane na koncertu udarcem dirigentskog štapa o nožni palac. Na ozljedu se nadovezala gangrena, zatim sepsa, a vjerojatno je bio i latentni dijabetičar.

Arcangelo Corelli (1653-1713) skladatelj je i violinist barokne glazbe. Bio je skroman, moralan i blag čovjek, ali krhka zdravlja te se od 1708. godine povukao iz društvenog



Arcangelo Corelli

života, vjerojatno zbog dugotrajnih tegoba, To je imalo za posljedicu smanjenje njegova skladateljskog opusa. Bolovao je od nervozne depresije, tjeskobe i melankolije. Iako se ograničio samo na određena područja glazbe, u tome je postigao savršenstvo te se tada smatrao vodećim instrumentalnim skladateljem Italije. Umro je sa 60 godina nakon nastupa vrućice s upalom pluća u roku od tri tjedna.



Alessandro Scarlatti (1660-1725) slavni je skladatelj sonata, sakralnih skladbi i oratorija. Potjecao je iz glazbene obitelji; njegova sestra i oba brata bili su glazbeni izvođači. Osim u Italiji djelovao je u Londonu i Lisabonu gdje je radio kao dvorski čembalist i učitelj glazbe. Potkraj života vratio se u Napulj gdje mu se iznenadno razvila respiratorna infekcija udružena s visokom temperaturom, od koje je umro u dobi od 65 godina, vjerojatno zbog progredirajuće pneumonije.

Antonio Vivaldi (1678-1741) poznati je skladatelj, violinist, dirigent, nastavnik na venedijanskom konzervatoriju i svećenik. Smatra ga se «čudom od čovjeka» i bio je jako cijenjen u svoje vrijeme. Često je mijenjao mjesto boravka zbog stalnog kretanja u ženskom društvu i ogovaranja okoline. Po-

znat je bio po pohlepnosti za novcem, hvatanju i osjetljivosti na svaku kritiku. Zbog alergije je dobivao napadaje teškog disanja i vjerojatno je bolovao od bronhalne astme. Umro je u Beču sa 63 godine, zaboravljen i od svojih obožavateljica, u siromaštvu zbog velike rasipnosti. Kao uzrok smrti navodi se kronična kardiovaskularna bolest te iscrpljenost kao posljedica bronhijalne astme. Pokopan je kao siromah bez grobne ploče, a nakon smrti je neopravdano, privremeno, pao u zaborav. Uz sadašnja medicinska znanja i liječenja mogao bi još dugo stvarati.



Antonio Vivaldi

Domenico Scarlatti (1685-1757) briljantan je orguljaš i čembalist, a po mišljenju suvremenika Händel je jedini mogao svirati ova ta instrumenta bolje od njega. Većinu je života proveo na španjolskom i portugalskom dvoru. Zbog opsesije kockanjem proveo je kraj života u bijedi i tuđini. Bolovao je od gihta i debljine, a pretpostavlja se da je umro od upale pluća u samostanu u Madridu.



Domenico Scarlatti



Giuseppe Tartini (1692-1770) vrstan je skladatelj i violinist 18. stoljeća. Rođen je u Istri, u Piranu. Njegova su dostignuća vrhunac talijanske instrumentalne glazbe nakon Corellija i Vivaldija. U višoj starosti sve je više poboljšivao, slabio, bio vezan za krevet i zadobio je lakše cerebrovaskularne inzulte. Iako se od toga oporavio, imao je poteškoće u pisanju nota, te sve veće boli, nesanicu i vrtoglavice. Vjerojatno je umro nakon gangrene stopala od srčane slabosti sa 78 godina. Kompletно je završio svoj stvaralački opus.



Giovanni Battista Pergolesi (1710-1736) skladatelj je, violinist i orguljaš. Prema broju značajnih skladbi stvorenih u vrlo mladoj dobi, spada s Bellinijem u najveće skladateljske talente što ih je Italija ikada imala i nažalost prerano ga izgubila. Živio je dosta slobodno, burno, diljem Italije. Bio je nježne građe i boležljiv, te se zbog dišnih problema u sklopu plućne tuberkuloze sklonio u samostan. Nakon dužeg poboljšavanja umro je od tuberkuloze sa samo 26 godina.

Luigi Boccherini (1743-1805) poznati je skladatelj i čelist. Umro je najvjerojatnije od raka ili tuberkuloze pluća. Akutnost stanja, plućni tip smetnji i njihov karakter ukazivao je na tuberkulozu, a u prilog tome ide i bijeda u kojoj je živio.

Gaspere Spontini (1774-1851) skladatelj je i direktor talijanske opere. Nakon preselje-

nja u Pariz počela mu se pojačavati bolest živčanog sustava, tj. metasisfilitička bolest mozga. Zbog zahvaćenosti slušnog živca je oglušio. Umro je vjerojatno od pneumonije, sa 76 godina.



Niccolò Paganini (1782-1840) smatra se najvećim violinskim virtuozom svih vremena. Vjerojatno je imao genetske promjene (Marfanov sindrom), koji je među inim donosio velike šake i veliku gibljivost zglobova, što mu je možda omogućilo, uz golem talent, posebne zahvate i virtuoznost na violini. Bio je štedljiv i škrt, pa i prema sebi. Nikada se nije ženio zbog ekscentrične naravi, ali i zbog brojnih povremenih veza. Možda je rano prebolio encefalitis i već stoga postao osebujna do depresivno psihopatska osobnost. Obolio je od tuberkuloze grla i pluća, da bi potom bio zahvaćen i spolnim bolestima – gonorejom i sifilisom. Sifilis je tada bio liječen živinim pripravcima koji su obično toksično djelovali. Stanje mu se stalno pogoršavalo, gubio je glas i jedva govorio šapatom, a pred smrt nije mogao ni gutati; nosili su ga jer su mu se ruke trzale, a noge bivale sve otečenije. Zbog velikih je bolova uzimao opij, do ovisničkih znakova, te je od posljedica navedenih bolesti umro iscrpljen i osamljen s 58 godina.



Gioacchino Rossini

Gioacchino Rossini (1792-1868) priznati je operni skladatelj. Bio je izrazito živahna duha, sklon jelu i piću, a vjerojatno i ženama. Njegova ekstravertiranost i šarmantnost prema okolini bila je često isprekidana dužim razdobljima depresivnosti, napose zbog teških smetnji kao posljedice kronične gonoreje (teškoće mokrenja zbog strikture uretre). U starosti se u okviru nekontroliranog uživanja duhana i jela javila pretilost, pa cor pulmonale, s dugotrajnim i sve težim kardiorespiratornim zatajivanjem (edemi na nogama). No neposredan uzrok pogoršanja stanja bio je karcinom rektuma, koji je apscedirao. Bio je dva puta kirurški zbrinut, ali bez poboljšanja, te je ubrzo nakon toga umro.



Gaetano Donizetti (1797-1848) operni je skladatelj, pijanist i dirigent. Živio je vrlo uspješnim životom punim slave, ali i iscrpljivanja i napetosti. Cijeloga života bolovao je od migrenoidnih glavobolja te bio mučen hemoroidima i raznim probavnim smetnjama (ulcerozni kolitis s apscesom jetre). Već je od 19. godine bio ozbiljnije bolestan pod slikom kronične vrućice s čestim relapsima, što se smatralo dijelom sekundarnog stadija sifilisa. Uz to je bio sve eksplozivniji, nervozniji, sa slabijom pokretnošću i smetnjama u pisanju i govoru. Nakon daljnjeg slabljenja i sve većeg propadanja umire od moždanog udara s desnostranom kljenuti udova u okviru sifilitičke progresivne paralize.

Vincenzo Bellini (1801-1835) bio je nježna zdravlja i s neurotskim smetnjama. Tijekom svoga kratkog života često je bolovao od prehlada, uz čest i jak kašalj, te od proljeva, vjerojatno kao uvod u finalnu crijevnu akutnu amebijazu. Umro je neočekivano naglo, pod slikom ulceroznog kolitisa s dizenteričnim sindromom i vjerojatno jetrenim apscesom. Prema obdukcijском nalazu malo je vjerojatno da je bio otrovan.

Giuseppe Verdi (1813-1901) glasovit je i vrlo nadaren skladatelj. U svoje je vrije-



Giuseppe Verdi

me stekao neosporan međunarodni ugled briljantnim djelima. Nije bio sklon velikoj pompzi i živio je povučenijim životom. Usprkos tome što je bio mršav i kozičav i astenične građe, volio se slikati te je platio vlastiti spomenik. U osnovi je bio vrlo jake volje, marljiv, ozbiljan, neovisan, ali svadljiv, s čestim izljevima bijesa. Bio je relativno spor u stvaranju novih djela, uz mnogo manjih ili većih stvaralački neplodnih razdoblja. Općenito je bio dobra zdravlja, samo je povremeno imao dugotrajnije napadaje glavobolje te, uz recidivirajuće upale grla, nervozne želučane smetnje i postupno sve jaču reumu, tj. atrofičke smetnje kralježnice i udova. Nakon dugog, relativno mirnog života, osamljen nakon ženine smrti, umro je od teškog moždanog udara usprkos pomoći najboljih talijanskih liječnika. Uspio je završiti svoj bogat stvaralački opus.

Amilcare Ponchielli (1834-1886) skladatelj je, dirigent i glazbeni pedagog. Umro je gotovo iz puna zdravlja u okviru kratke bolesti (verificirana upala pluća). Arrigo Boito (1842-1918) skladatelj je, glazbeni kritičar i pisac. Pred kraj života bolovao je od koronarne bolesti. Neposredno prije smrti bio je operiran, što je vjerojatno pridonijelo njegovoj nagloj smrti. Kao točan uzrok navodi se srčani infarkt.

Alfredo Catalani (1854-1893) nastavnik je skladanja i skladatelj, koji se nepravедno nalazio u Verdijevoj sjeni. Iscrpno je radio i zdravlje mu se naglo pogoršavalo. Umro je prije svoje 40. godine od tuberkuloze, s nizom relapsa.

Giacomo Puccini (1858-1924) najveći je skladatelj talijanske opere poslije Verdija. Bio je osebujne naravi (tvrd prema neposrednoj okolini, a šarmantan široj okolini, napose ženama), sklon vanjskim poticajima, osobito pušenju duhana i kavi. Zbog načina života imao je i poslovnih i skladateljskih



Giacomo Puccini

neprilika, npr. prilikom rimske premijere Tosce kada mu je prijetio atentat bombom. Bio je snažne tjelesne građe, dobrih živaca, marljiv i samopouzdan. Bolovao je od lakšeg dijabetesa, da bi pred kraj života počeo kašljati, mršavjeti i boriti se s promuklošću. Zbog bolova u grlu (karcinom larinksa) pristao je na operaciju u Bruxellesu. Umro je nakon operacije od srčanog zatajenja.



Ruggiero Leoncavallo (1858-1919) vrstan je veristički operni skladatelj. Bolovao je od bubrežne bolesti, a umro u 61. godini života od uremije.

Pietro Mascagni (1863-1945) također je poznati veristički skladatelj. Umro je u starosti zaboravljen, osamljen i pothranjen, dugotrajno vezan za krevet u jednom hotelu.

Ferruccio Busoni (1866-1924) vrlo je obrazovan skladatelj, pijanist i pedagog. Bio je sklon pušenju, alkoholu, ali i stimulativnim sredstvima. Bolovao je od kardiomiopatije i relativno naglo, u 58. godini, umro od reaktivacije bubrežne infekcije.

Ottorino Respighi (1879-1936) vrstan je violinist i pijanist, svestran glazbenik, skladatelj i profesor kompozicije. Iako je već kao dijete obolio od reumatske groznice, s umjerenim šumom na srcu, nije zbog toga

imao bitnih tjelesnih tegoba i uglavnom je živio normalnim načinom života. Godinu dana prije smrti zadobio je teški laringitis, zatim endokarditis, od čega je na kraju i umro nakon tri mjeseca teške borbe za život, usprkos relativno modernoj dijagnostici i terapiji (sulfonamidi, transfuzije krvi).



Alfredo Casella (1883-1947) poznati je skladatelj, pijanist, dirigent, glazbeni pisac, pedagog i organizator glazbenog života. Podvrgao se brojnim kirurškim zahvatima zbog intestinalnog raka, što je dovelo do sve težeg stvaranja i općeg umora te prestanka stvaralačkog rada. Umro je od metastaza.

Luigi Dallapiccola (1904-1975), Istranin iz Pazina, koji je nakon trogodišnje miokardio-patije umro pod slikom plućnog edema.

Zaključak

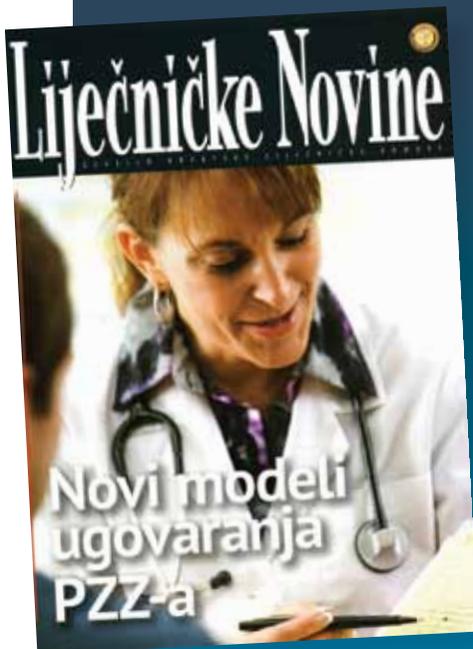
U radu su ukratko opisane ili spomenute sudbine i bolesti preko stotinu talijanskih skladatelja. Živjeli su u prosjeku preko 60 godina, vrlo dugo, i to za sva povijesna razdoblja. Stoga pretežu uglavnom kronične bolesti starije dobi, a u mlađoj dobi su to ili nasilne smrti ili zarazne bolesti: kuga i tuberkuloza. Pregled nam ukazuje da su kod pojedinih skladatelja osobito utjecale na smanjeno stvaralaštvo zarazne bolesti (Pergolesi – 27 g., Bellini – 34 g., Catalani – 39 g., Zipoli – 38 g., Donizetti – 51 g.). To opravdava medicinsko zahvaćanje u problematiku stvaralaštva jer bolesti poprilično na to utječu. Uz bolesti dodatno dolaze u obzir i čimbenici ratnih stradanja, gladi, selidbi itd. Osim svih navedenih čimbenika, upada u oči i šire grupiranje smrti skladatelja za vrijeme i oko razdoblja zaraznih poštasti. Kuga je najviše poharala srednjoeuropske «glazbeno nadarene» narode. Sljepoća i gluhoća su skladateljima izrazito otežali stvaralaštvo. To je jedna od tema dosadašnjih, a i budućih radova usmjerenih u pravcu obrada pojedinih skladateljskih nacija.

.....



Iz albuma Planinarskog kluba HLZ-a

O spornoj naslovnici prošlog broja



• Bilo je čitatelja koji su pitali zašto smo naslovnicu prošlog broja ilustrirali nezadovoljnom facom jedne kolegice i što to ona čita s takvim gnušanjem. Njihovo je pitanje na mjestu i osjećamo dužnost da to razjasnimo. Umoljavamo čitatelje da pročitaju tekst ispod slike, pa će odmah shvatiti čime je dotična kolegica toliko zgrožena.

Zapravo, na originalnoj slici bio je oblačić s njezinim komentarom, ali je Komora naredila da se oblačić izbriše zbog nekih diplomatskih obzira. Ovdje reproduciramo obje varijante naslovnice – onu koju smo objavili i onu spornu. Neka nam čitatelji oprostite što smo iz teksta u oblačiću brisali dvije riječi. Tekst je sadržavao tri riječi, od kojih je samo prva bila pristojna.

Vaš urednik, s isprikom



Cinični rječnik

• Na kraju ovog broja evo – inotio – malo lakšega štiva. Posegnimo za tekstovima koji su prije 134 godine na drugoj strani svijeta (San Francisco, 1878.) tiskani u časopisu „Warp” (hrv. osa ili žalac).

Autor im je bio **Ambrose Bierce** (1842-1914), mizantrop i cinik bez premca, koji je u časopisu objavljivao svoje humoriistične definicije i poslije ih sabrao u knjižici pod naslovom „Devil’s dictionary”.

Koliko god su „otrovne”, valja im priznati da su duhovite i da im oštrica ni do danas nije otupjela. Preveo ih je **Ivan Ott** a objavio nakladnik „Šareni dućan” (Koprivnica 2008.) pod naslovom „Đavolji rječnik”.

Taj se „rječnik” na više mjesta očešao o medicinu i srodna područja, pa eto, s dopuštenjem prevoditelja, mali izbor leksičkih jedinica, ponešto skraćениh.

Željko Poljak, urednik

Adamova jabučica – izbočina na muškom vratu koju je priroda pažljivo predvidjela da zadrži uže na mjestu.

akušer – đavolji dobavljač.

alkohol – osnovna podloga svih pića od kojih se dobiva šljiva ispod oka.

apstinent – slaba osoba koja popušta iskušenju uskraćujući sebi užitak.

belladona – na talijanskom lijepa žena, na engleskom smrtonosan otrov; strahovit primjer istoznačnosti dvaju jezika.

bemisllica – prigovor izrečen na račun ovog rječnika.

bolest – dotacija Prirode medicinskim školama.

bolnica – mjesto gdje se oboljelima uglavnom pružaju dvije vrste usluga: liječnici pružaju medicinske, a uprava neljudske.

ce-ce muha – najdjelotvorniji prirodni lijek protiv nesanice, premda su neki pacijenti skloniji američkim romanopiscima.

cjepidlaka – kritičar naših djela.

demencija – mentalno stanje čovjeka na čije argumente ne znamo odgovoriti.

depresija – stanje svijesti izazvano razmišljanjem o nečijem uspjehu.

dijafragma – mišićna opna koja razdvaja smetnje u prsištu od smetnji u trbuhu.

dijagnoza – liječnikova prognoza bolesti na temelju pacijentova pulsa i novčanika.

dugovječnost – neobičan produžetak straha od smrti.

emetin – tvar koju prisili želudac da pokaže iznenadno i oduševljeno zanimanje za vanjska zbivanja.

epidemija – bolest koja ima društveni obrat i nekoliko predrasuda.

epiderma – tanak sloj na koži i u prljavštini.

Higija – u grčkoj mitologiji božica zdravlja – od svih božica jedina kojoj je bilo zdravo da s tim ima posla.

hijena – zvijer koju su neki orijentalni narodi uvažavali zbog toga što noću zna obilaziti pokopališta. Ali to rade i studenti medicine.

homeopatija – medicina koja nastoji liječiti bolest u budala. Budući da budale ne izliječi, a ponekad ih i ubije, nerazboriti je ismijavaju, a mudri preporučuju.

idiot – član velikog i moćnog plemena, čiji je utjecaj na ljudsko djelovanje uvijek bio dominantan.

imbecilnost – vrst nadahnuća koje pogađa potencijalne kritičare ovog rječnika.

izopačenost – moralno stanje gospodina koji zastupa suprotno mišljenje.

jednjak – dio prehranbenog kanala između užitka i posla.

kuga – nepredvidiv iskaz besciljne neobjektivnosti Prirode.

lud – pogođen visokim stupnjem intelektualne neovisnosti.

ljekarnik – liječnikov sukrivac, ukopnikov dobročinitelj, grobljanskim crvima dobavljač.

ljubav – privremeno ludilo koje se može izliječiti brakom.

magija – umjetnost pretvaranja praznovjerna u novac.

majmun – životinja s drveta koja se udomaćila u genealoškim stablima.

mašta – skladište činjenica u vlasništvu pjesnika i lažljivca.

mrtvozornik – službenik ovlašten da razreže nesretnike i uvjeri se jesu li mrtvi (uvijek su mrtvi).

prezir – osjećaj mudrog čovjeka prema prejakom neprijatelju.

prigovor – metoda kojom budale vole izgubiti prijatelje.

rođenje – prva i najstrašnija od svih nesreća.

smijeh – unutarnje grčenje koje izaziva krivljenje crta lica, praćeno neartikuliranim glasanjem.

smrtnost – dio besmrtnosti koji nam je poznat.

Sotona – jedna od Stvoriteljevih žalosnih grešaka.

sreća – ugodan osjećaj koji se javlja pri promišljanju o bijedi drugih ljudi.

stres – boljetica koju čovjek dobije nakon što se suoči s prijateljevim uspjehom.

trihinoza – svinjin odgovor zagovornicima svinjožderstva.

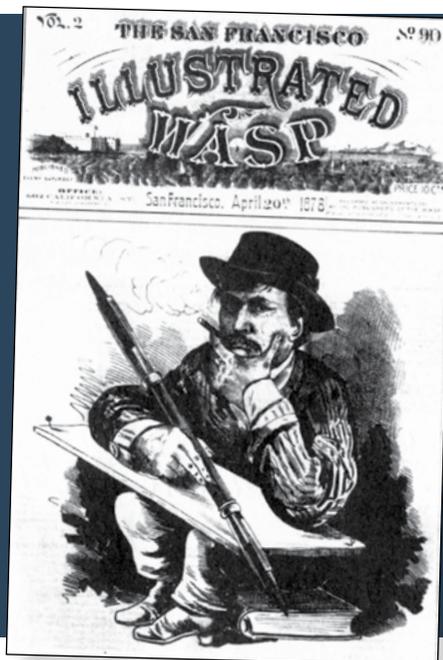
truplo – osoba koja iskazuje najviši mogući stupanj ravnodušnosti u skladu s građanskim nazorom o brizi za druge.

usta – u muškarca pristup srcu, u žene odušak srcu.

želučani sok – tekućina za rastvaranje volova i stvaranje čovjeka iz kašaste mase.

•••••

Autor
"Đavoljeg rječnika"



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 gđe **Tatjane Babić**, dipl.iur. i gđe **Fulvie Akrap** u Komoru, na telefon: 01/45 00 830 i fax 01/ 46 55 465.

Organizatori koji stručne skupove još uvijek 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 dogovoriti s poduzećem za marketing "Bonamark" (Zagreb, Amruševa 10, tel/fax: 01 4922 952, tel 01/4818 600) i to po postojećem 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

KRATICE

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 2013. 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: fred.zeidler@ri.htnet.hr
 Osijek, koordinator tečaja dr. Zlatko Houra, 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
 Trodnevni tečaj zbrinjavanja ozlijeđenog bolesnika – Europski trauma tečaj (ETC – European Truma Course)
 Jednodnevni tečajevi osnovnih postupaka održavanja života odraslih uz upotrebu automatskog vanjskog defibrilatora (KPR/AVD) i tečaj neposrednog održavanja života (ILS – Immediate life support)

Tijekom cijele godine u Zagrebu, Rijeci, Splitu, Slavonskom Brodu, Dubrovniku, Koprivnici, Zadru, Požegi i Šibeniku
 Sve detaljne informacije nalaze se na www.crorc.org

Ultrazvučna dijagnostika dječjeg kuka

HLZ, Hrvatsko senološko društvo
 Zagreb, Klinika za dječje bolesti
 tijekom 2013. god.
 Nevenka Valičević, tel.: 01/4600-214
 5.200,00kn

Kardiopulmonalna reanimacija (CPR) - 5 modularnih tečajeva tijekom 2013.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 2013. 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

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

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

Tečaj trajne pedijatrijske izobrazbe

KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju
 Zagreb, jednom mjesečno
 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

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 MZRH za epilepsiju
Kontinuirana individualna edukacija tijekom cijele godine u
trajanju od 30 radnih dana
Prof.dr.sc. Sanja Hajnšek, tel.: 01/2388-344, 2388-374
e-mail: centar-za-epilepsiju@net.hr

Gerontološke tribine za liječnike PZZ

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko goranske županije
Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/358-728
Tijekom 2013. god.

Javnozdravstveni stručni sastanci u HZJZ-u

HZJZ Zagreb
Mjesečno, tijekom 2013. 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 2013.god.
Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/334-728

Trajna pedijatrijska edukacija – Pedijatrijska sekcija

KBC Rijeka, Klinika za dječje bolesti
Rijeka, jednom mjesečno
Mr.sc. Neven Čače, dr.med., tel.: 051/659-111

Izobrazba kandidata za stalne sudske vještake

HLK
Zagreb, tijekom 2013.god.
Tajana Koštan, Tatjana Babić, tel.: 01/4500-830
10.500,00kn

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Tijekom 2013., 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 2013. – trajna edukacija
Prof.dr.sc. Vjeran Nikolić Heitzler, dr.med., tel.: 01/3787-937
12.000,00kn

Tečaj iz osnova medicinske akupunkture

Hrvatsko društvo za akupunkturu (HLZ)
Zagreb, 10 mjeseci (+1), jedna subota i nedjelja mjesečno (18 sati)
Dr.Dalibor Veber, e-mail: dr.thew@yahoo.com, GSM: 091/4748493
http://www.medicinska-akupunktura.com/
Cijena: 15.000,00 kuna

Endokrinološki bolesnik u ordinaciji obiteljske medicine

KBC Zagreb, Klinika za unutarnje bolesti, Zavod za endokrinologiju,
MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, tijekom cijele godine
Dr.sc. Tina Dušek, mob.: 091/5434-014,
www.endokrinologija.com.hr
250,00kn

Urogenitalne infekcije – izabrana poglavlja

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 15.12.2012.-30.04.2013.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925, www.plivamed.net

Nova stara sezona gripe

Medoka d.o.o.
on-line 01.01.-30.06.2013.
Leo Vidmar, mob.: 091/4848-383

Novosti u dermatološkoj farmakoterapiji

C.T. Poslovne informacije d.o.o. – Časopis Medix
Časopis Medix br. 103 – veljača-travanj 2013.
Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083, 098/289-819

Online tečaj za autore Cochrane sustavnih preglednih članaka – I. i II. dio

MEF Sveučilišta u Splitu
on-line 01.01.-31.12.2013.
Dr.sc. Davorka Vrdoljak, tel.: 021/557-823

Antipsihotici u kliničkoj praksi

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.02.-01.07.2013.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925; www.plivamed.net

Karcinom dojke

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.04.-01.09.2013.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925; www.plivamed.net

Dijagnostika i liječenje vrtoglavica

HLZ, HD za otorinolaringologiju
Zagreb, Pula, Rijeka, Sl.Brod, Osijek, Split, Vinkovci,
tijekom travnja i svibnja 2013.
Prof.dr. Srećko Branica, mob.: 091/5191-626

Kardiopulmonalna reanimacija uz uporabu automatskog vanjskog defibrilatora

HLZ, HD za reanimatologiju
Zagreb, 01.01.-31.12.2013.
Pandak Tatjana, mob.: 091/5618-814
500,00kn

OŽUJAK

Suvremeni pristup u liječenju rana

Paul Hartmann d.o.o.
Zadar, 20.03.2013.
Tomislava Gregurić, tel.: 01/4812-844

Čeka li nas pretela starost?

Salvus d.o.o.
Ivanić Grad, 20.03.2013.
Domagoj Lazić, tel.: 049/326-552

Uvod u vigilanciju medicinskih proizvoda

Agencija za lijekove i medicinske proizvode RH
Zagreb, 20.03.2013.
Karmela Kopčić, tel.: 01/4884-114; 4884-339
555,00; 600,00; 1.000,00kn + PDV

Rješavanje simptoma u palijativnoj skrbi

Hrvatski zavod za telemedicinu
Supetar, Lastovo, Mljet, Metković, Rab, Mali Lošinj, Hvar, Vis, Knin,
Trilj, Vrljika, Korčula, Vela Luka, 21.03.2013.
Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

Glomerularne bolesti u djece

MEF Sveučilišta u Rijeci
Rijeka, 21.03.2013.
Mr.sc. Sanja Flajšman-Raspor, tel.: 051/659-157
400,00kn

Depresija boli emocionalno i tjelesno

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Rijeka, 21.03.2013.
Anto Barišić, mob.: 099/7358-825

Suvremeni pristup u liječenju rana

Paul Hartmann d.o.o.
Split, 21.03.2013.
Tomislava Gregurić, tel.: 01/4812-844

Suvremeni pristup u liječenju rana

Sekcija za rane HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku
kirurgiju HLZ-a
Zagreb, 21.03.2013.
Tomislava Gregurić, tel.: 01/4812-844

Ultrazvuk u jedinici intenzivnog liječenja

HLZ, HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta
Zagreb, 21.-22.03.2013.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194
1.250,00kn

Trening osoblja izvanbolničke hitne medicinske službe

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Zadar, 21.-23.03.2013.
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

Ultrazvuk abdominalnih organa

Hrvatsko senološko društvo HLZ-a
Zagreb, 21.03. – 01.06.2013.
Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677
9.500,00kn

Novosti u dijagnostici i liječenju polineuropatija

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb,
Klinika za neurologiju, HLZ
Zagreb, 22.03.2013.
Milica Jug, vft, tel.: 01/2376-408
600,00kn za specijaliste, 300,00kn za specijalizante,
umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

Ultrazvuk u oftalmologiji

MEF Sveučilišta u Osijeku
Zagreb, 22.03.2013.
EOQ QM Mišo Debeljak, oec., tel.: 031/399-612
500,00-750,00; 350,00-500,00kn

Prva pomoć – početak zbrinjavanja ozlijeđene ili naglo oboljele osobe

Hrvatski Crveni križ
Zagreb, 22.03.2013.
Dr. Žarka Robić, tel.: 01/4655-814, k.br. 136,
800,00kn
Stručni sastanak HD za dječju neurologiju s međ.sud.
HLZ, HD za dječju neurologiju
Zagreb, 22.03.2013.
Dr. Matilda Kovač Šižgorić, mob.: 091/5213-044

Novosti u kirurškom liječenju benignih bolesti anorektuma

Udruga za promicanje kirurgije jetre, žučnih putova i gušterače
– HPB
Zagreb, 22.-23.03.2013.
Dr. Mario Kopljar, mob.: 091/5827-446
300,00kn

Razvoj zdravog djeteta

Poliklinika „Prof.dr. Polovina Stojčević“ za fizik.rehabil.,
Dječja bolnica Srebrnjak
Zagreb, 22.-23.03.2013.
Danijela Višak, tel.: 01/3769-001
300,00kn do 10.02., poslije 600,00kn

Genetika u pedijatrijskoj kardiologiji i reumatologiji

HLZ, HD za pedijatrijsku kardiologiju i reumatologiju
Zagreb, 22.-23.03.2013.
Prof.dr.sc. Ivan Malčić, tel.: 01/2367-593, dr. Andrea Dasović
Buljević, tel.: 01/2367-586
400,00/200,00kn

Tečaj fakoemulzifikacije – osnovni koraci i komplikacije

OB „Dr. Tomislav Bardek“ Koprivnica
Koprivnica, 22.-23.03.2013.
Dr. Jasna Pavičić Astaloš, tel.: 048/251-000
500,00kn

Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička

opravdanost –doprinos međunarodnoj raspravi
MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 22.-23.03.2013.
Jasenska Fureš, tel.: 01/2376-449
800,00kn

Tečaj za zdravstvene djelatnike u promicanju dojenja

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB „Sveti Duh“, Klinika za ginekologiju
Zagreb, 22.-23.03.2013.
Biserka Milić, tel.: 01/3712-317
300,00kn

Effectiveness of Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy for maltreated and traumatized children and adolescents and their non-offending parents

Hrvatska interdisciplinarna terapijska udruga za djecu i mlade (HITUDIM)
Zagreb, 22.-24.03.2013.
Dina Havić, prof., mob.: 099/8300-501

Čuvajmo zdravlje zajedno

Belupo d.d.
Petrčane, 22.-24.03.2013.
Andreja Senjan-Maroševac, tel.: 048/659-089,
mob.: 098/374-820

Radionica manualne medicine – Postizometrička relaksacija (PIR)

Hrvatski zbor fizioterapeuta
Zagreb, 23.03.2013.
Tonći Šitić, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766
800,00kn

Originalni i generički lijekovi

GlaxoSmithKline d.o.o.
Zagreb, 23.03.2013.
Ana Lasan, mob.: 098/9836-634

Suvremeni pristup u liječenju rana

Paul Hartmann d.o.o.
Čakovec, 23.03.2013.
Tomislava Gregurić, tel.: 01/4812-844

Proljetna detoksikacija

Udruga Medikus
Zagreb, 25.03.2013.
Dr. Vesna Vučićević, mob.: 091/5044-766

Suvremeni pristup u liječenju rana

Paul Hartmann d.o.o.
Zagreb, 25.03.2013.
Tomislava Gregurić, tel.: 01/4812-844

Mikrokirurško vs endovaskularno liječenje intrakranijskih aneurizmi

KBC Split
Split, 25.03.2013.
Dr. Vlatko Ledenko, mob.: 091/5587-018,
e-mail: vledenko@net.hr

Osnovni tečaj za liječnike za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Pula, 25.-28.03.2013.
Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877

Suvremeni pristup u liječenju rana

Paul Hartmann d.o.o.
Dubrovnik, 26.03.2013.
Tomislava Gregurić, tel.: 01/4812-844

Suvremeni pristup u liječenju rana

Paul Hartmann d.o.o.
Osijek, 26.03.2013.
Tomislava Gregurić, tel.: 01/4812-844

Primjena nebivolola u liječenju arterijske hipertenzije i kroničnog srčanog zatajivanja

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Virovitica, 26.03.2013.
Hrvoje Tomić, mob.: 099/2516-854

Radionica – klopidogrel, ramipril, pantoprazol, levofloksacin

Sandoz d.o.o.
Slavonski Brod, 26.03.2013.
Siniša Crljen, mob.: 099/2396-184

Izazovi u liječenju antipsihoticima

Alkaloid d.o.o.
Osijek, 27.03.2013.
Dr. Božo Odak, mob.: 099/6157-021, e-mail: bozo@alkaloid.hr

Racionalno liječenje infekcija dišnog sustava u djece – za pedijatre

GlaxoSmithKline d.o.o.
Split, 28.03.2013.
Mate Soldić, mob.: 091/3833-267

10. Gerontološka tribina

Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ
Split, 28.03.2013.
Inga Vučica, tel.: 021/480-489

Kronična venska insuficijencija

Servier Pharma
Slatina, 28.03.2013.
Martina Đurić Jarić, mob.: 091/6551-533

Neinvazivna mehanička ventilacija

Hrvatsko torakalno društvo
Zagreb, 28.03.2013.
Marina Serdarević, mob.: 099/3598-766

Ultrasound in Primary, Emergency and Critical Care Medicine, USLS-BL1 Provider

HLZ, HD za internu medicinu
Zagreb, 28.-29.03.2013.
Dr. Radovan Radonić, tel.: 01/2367-487,
e-mail: rradonic@gmail.com
1.000,00kn

TRAVANJ

Karcinom dojke

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.04.-01.09.2013.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925; www.plivamed.net

DDD i ZUPP' 13 – novi izazovi

Korunić d.o.o.
Split, 02.-05.04.2013.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341
1.000,00kn

Von Willebrandova bolest

HLZ, HD za aterosklerozu
Zagreb, 04.04.2013.
Marija Horvat, tel.: 01/2388-772

Osnaživanje stručnjaka za pružanje psihološke podrške

onkološkim bolesnicima
Udruga „SVE za NJU“
Zadar, 04.04.2013.
Ljiljana Vukota, mob.: 091/3337-832
200,00kn

VI savjetovanje – Zaštita na radu u regiji Alpe-Jadran

Zavod za istraživanje i razvoj sigurnosti d.d.
Opatija, 04.-05.04.2013.
Telebec Krešimir, mob.: 091/3450-315
1.280,00kn

Najnovije spoznaje, vještine i tehnike uspostave dišnog puta

HLZ, HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta
Zagreb, 04.-05.04.2013.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194
1.875,00kn

Srčane aritmije – racionalni pristup

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 04.-06.04.2013.
Dr. Mislav Puljević, mob.: 091/4680-414
1.500,00kn

11. kongres osoba sa šećernom bolešću

Hrvatski savez dijabetičkih udruga
Dubrovnik, 04.-07.04.2013.
Štefica Dolčić, tel.: 01/4847-807, mob.: 091/3131-050
400,00kn

Multidisciplinarni pristup liječenju teške osteoporoze – sekundarna prevencija osteoporotičnih prijeloma

KBC Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 05.04.2013.
Sunčana Zgaga, tel.: 01/2376-581

Suvremeni pristup u dijagnostici i liječenju tumora dojke

MEF Sveučilišta u Osijeku
Osijek, 05.-06.04.2013.
EOQ QM Mišo Debeljak, oec., tel.: 031/399-612
800,00 i 400,00kn

1. Hrvatski urogenitalni onkološki simpozij

HLZ, Hrvatsko onkološko društvo
Zagreb, 05.-06.04.2013.
Penta d.o.o., Danijela Čurčić, tel.: 01/4628-607

VI hrvatski sastanak o kardiovaskularnim intervencijama s međ.sud.

Radna skupina za intervencijsku kardiologiju Hrvatskog
kardiološkog društva
Zagreb, 05.-06.04.2013.
Spektar putovanja d.o.o., Andrea Dragičević, tel.: 01/4862-600
1.200,00kn

Marte Meo potpora razvoju od prvih trenutaka života

Akademija za razvojnu rehabilitaciju
Zagreb, 06.04.2013.
Silvija Philipps Reichherzer, mob.: 091/6677-643
300,00kn

Alergije

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 06.04.2013.
Mario Cvek, tel.: 01/4590-270, mob.: 091/5392-866
400,00kn

Godišnji simpozij HD za menopauzu HLZ-a

HLZ, HD za menopauzu
Zagreb, 06.04.2013.
Doc.dr.sc. Ivan Fistončić, mob.: 098/251-627

Endourology today

OB Šibensko-kninske županije, Odjel kirurgije i urologije
Vodice, 06.-09.04.2013.
Dr. Marin Paić, mob.: 098/337-773
200EUR

Subkliničke bolesti u endokrinologiji i dijabetologiji

Udruga za razvoj i unapređenje Zavoda za endokrinologiju,
dijabetes i bolesti metabolizma
on-line – 06.04. – 06.05.2013.
Dr. Ivan Kruljac, mob.: 099/2179-089,
e-mail: ivkruljac@gmail.com
1.100,00kn + PDV

Prevenција ateroskleroze – kronična bubrežna bolest kao čimbenik rizika

HLZ, HD za aterosklerozu
Zagreb, 09.04.2013.
Marija Horvat, tel.: 01/2388-772

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

Psihički aspekti mobbinga
ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 10.04.2013.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Deveti simpozij Hrvatskog društva za zaštitu od zračenja s međ.sud.

HD za zaštitu od zračenja, Institut Ruđer Bošković Zagreb, Institut za medicinska istraživanja i medicinu rada, Državni zavod za radiološku i nuklearnu sigurnost
Kr, 10.-12.04.2013.

Institut Ruđer Bošković, tel.: 01/4561-051, fax.: 01/4680-098, e-mail: hdzz9@irb.hr, http://www.hdzz.hr
Rana kot. do 15.02.2013. – Članovi HDZZ-a 1.200,00kn, ostali 1.500,00kn, studenti 750,00kn, prateće osobe 750,00kn
Kasna kot., nakon 15.02.2013. - Članovi HDZZ-a 1.500,00kn, ostali 1.800,00kn, studenti 900,00kn, prateće osobe 900,00kn

Endoskopsko liječenje primarnog vezikoureteralnog refluksa u djece

Klinika za dječju kirurgiju, Klinike za dječje bolesti Zagreb, HD za dječju kirurgiju HLZ-a
Zagreb, 11.04.2013.

Conventus Credo d.o.o., info@conventuscredo, tel.: 01/4854-696, mob.: 099/4406-728

Do 29.03.2013. – 750,00kn, nakon 29.03.2013. – 1.000,00kn – U cijeni je i kotizacija za simpozij "Pola stoljeća u dijagnostici i liječenju primarnog vezikoureteralnog refluksa u djece"

Šećerna bolest u djece i adolescenata

Hrvatski zavod za telemedicinu
Supetar, Lastovo, Mljet, Metković, Rab, Mali Lošinj, Hvar, Vis, Knin, Trilj, Vrljika, Korčula, Vela Luka – 11.04.2013.
Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

Primjena Nebivolola u liječenju arterijske hipertenzije i kroničnog srčanog zatajivanja

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 11.04.2013.
Mercedes Vidas, mob.: 091/3707-021

Primjena metformina u liječenju dijabetesa tipa 2

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Zagreb, 11.04.2013.
Josip Ivičević, mob.: 099/7342-158

Primjena metformina u liječenju dijabetesa tipa 2

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.
Virovitica, 11.04.2013.
Doroteja Dvoržak, mob.: 099/7342-163

7. hrvatski kongres o osteoporozu

HD za kalcificirana tkiva
Opatija, 11.-13.04.2013.
Damir Puljić, tel.: 01/4921-779
1.100,00kn

Trening osoblja izvanbolničke hitne medicinske službe

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Zadar, 11.-13.04.2013.
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

Fiberoptička intubacija u zbrinjavanju otežanog dišnog puta

HLZ, HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta
Zagreb, 11.-12.04.2013.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194
1.875,00kn

21. Dani Ramira i Zorana Bujasa

Filozofski fakultet Zagreb, odsjek za psihologiju
Zagreb, 11.-13.04.2013.
Dr.sc. Anita Lauri Koralija, doc., tel.: 01/6120-089,
e-mail: alauri@ffzg.hr
Od 50,00 do 800,00kn

Pola stoljeća u dijagnostici i liječenju primarnog vezikoureteralnog refluksa u djece

Klinika za dječju kirurgiju, Klinike za dječje bolesti Zagreb, HD za dječju kirurgiju HLZ-a, Pokrovitelj AMZH
Zagreb, 12.04.2013.
Conventus Credo d.o.o., info@conventuscredo, tel.: 01/4854-696, mob.: 099/4406-728
Do 29.03.2013. – 300,00kn, nakon 29.03.2013. – 500,00kn

VI Simpozij Hrvatske liječničke komore - Položaj i uloga vještaka medicinske struke u sudskim postupcima

Hrvatska liječnička komora
Zagreb, 12.04.2013.
Spektar putovanja d.o.o., Ana Hadjić, tel.: 01/4862-605
500,00kn do skupa, 600,00kn na dan održavanja skupa, 400,00kn umirovljenici i specijalizanti, 300,00kn prateće osobe, 350,00kn na dan održavanja skupa

Besplatna pomoć organizatorima medicinskih kongresa!

Kongresni ured Turističke zajednice Zagreba

• Ured pruža nepristranu i savjetodavnu potporu svim liječničkim stručnim društvima, organizatorima domaćih i međunarodnih kongresa, te pomaže prilikom procesa kandidature, od pomoći prilikom pripreme dokumentacije - izrade tzv. bid book dokumenta i, prema potrebi, sudjelovanja u pripremi posebne prezentacije. Osim toga osigurava promotivne materijale predstavnicima nacionalnih udruga, koji imaju namjeru podnijeti kandidaturu, kao i odgovarajuće promotivne materijale za sudionike skupova koji se održavaju u Zagrebu.



Za sve obavijesti i konkretnu pomoć zainteresirani organizatori skupova mogu se obratiti Kongresnom uredu Turističke zajednice grada Zagreba, 10000 Zagreb, Kaptol 5
Zlatan Muftić

- 01/4898 525 • zmuftic@zagreb-convention.hr, Aleksandra Mandić-Kauzlaric
- 01/4898 520 • amandic@zagreb-convention.hr, Martina Csiffary
- 01/4898 521 • mcsiffary@zagreb-convention.hr ili na mrežnu stranicu

www.zagreb-convention.hr

1. kongres jugoistočnih europskih zemalja o Pompeovoj bolesti

Zavod za bolesti metabolizma KBC Zagreb
Zagreb, 12.-13.04.2013.
Spektar putovanja d.o.o., Marina Štefanac, tel.: 01/4862-608

Praktična primjena 3D ultrazvuka u ginekologiji i opstetriciji

KBC Zagreb
Vodice, 12.-13.04.2013.
Contres projekti d.o.o., Maja Orsag, tel.: 01/4821-193
1.440,00kn/

Glavobolje u kliničkoj praksi

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb, Klinika za neurologiju
Zagreb, 13.04.2013.
Doc.dr.sc. Darija Mahović Lakušić, tel.: 01/2388-340,
e-mail: darija.mahovic@zg.t-com.hr
500,00kn

Dijagnostički postupnici i terapijske smjernice u gastroenterologiji

Hrvatsko gastroenterološko društvo
Zagreb, 13.04.2013.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/4651-214
400,00kn

Međunarodna škola akupunkture, elektroakupunkture, akupresure i Tui-na terapije

HUPED
Zagreb, 13.-14.04.2013. – prvo predavanje, 10 dvodnevni vikend predavanja
Prof. Slavica Kraljević, mob.: 099/6772-540;
e-mail: slavica.kraljevic@gmail.com; www.huped.hr
2.000,00EUR

Osobitosti karcinoma dojke u trudnica

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 15.04.2013.
Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

Zbrinjavanje teško oboljelog i ozlijeđenog djeteta u izvanbolničkim uvjetima

Zavod za hitnu medicinu Grada Zagreba
Zagreb, 15.-16.04.2013.
Tatjana Pandak, tel.: 01/6302-927

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 15.-19.04.2013.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,
mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Hrvatska proljetna pedijatrijska škola

HLZ, Hrv.pedijatrijsko društvo, Hrv.društvo za školsku i sveučilišnu medicinu, Hrv. udruga medicinskih sestara – Pedijatrijsko društvo, KBC Split
Split, 15.-19.04.2013.
Prof.dr.sc. Vjekoslav Krželj, tel.: 021/556-303, fax.: 021/556-590,
e-mail: krzelj@kbsplit.hr, www.kbsplit.hr/hpps.htm
1.000,00kn

185. Gerontološka tribina – Prevencija i liječenje anemije u gerijatriji

Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Centar za gerontologiju, Ref. centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, HD za gerontologiju i gerijatriju HLZ-a
Zagreb, 16.04.2013.
Marica Lukić, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164

Jednogodišnja iskustva s Darbepoetinom alfa

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
Rovinj, 17.04.2013.
Dr. Nikola Janković, tel.: 01/3712-258

Osnovni tečaj laparaskopske kirurgije Aesculap Akademije

Aesculap akademija d.o.o.
Zagreb, 17.-19.04.2013.
Sonja Šikić, tel.: 01/7789-462, mob.: 091/2508-706
Specijalisti 3.500,00kn, specijalizanti 3.000,00kn

Šećerna bolest u djece i adolescenata

Hrvatski zavod za telemedicinu
Supetar, Lastovo, Mljet, Metković, Rab, Mali Lošinj, Hvar, Vis, Knin, Trilj, Vrljika, Korčula, Vela Luka – 18.04.2013.
Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

1st Int. Congress: Person in Medicine and Healthcare – Science & Art i 3. hrvatski kongres o prevenciji i rehabilitaciji u psihijatriji

HLZ, HD za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja
Dubrovnik, 18.-21.04.2013.
Penta d.o.o., Danijela Ćurčić, mob.: 091/4553-290

Karcinom usne šupljine – novosti u prevenciji, dijagnostici i liječenju

HD za tumore glave i vrata
Zagreb, 19.04.2013.
Marija Juras Maček, tel.: 01/2903-431
300,00kn specijalisti, 200,00kn specijalizanti

Trening osoblja izvanbolničke hitne medicinske službe

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Zagreb, 19.-20.04.2013.
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

Gastroenterološki susreti

Hrvatsko gastroenterološko društvo
Vodice, 19.-21.04.2013.
Jasenka Duvnjak, tel.: 01/2442-398
500,00kn

Radionica manualne medicine – Gornji ekstremiteti

Hrvatski zbor fizioterapeuta

Zagreb, 20.04.2013.

Tonči Šitić, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766

800,00kn

Karcinom dojke i liječenje

PLIVA Hrvatska d.o.o.

Split, 24.04.2013.

Amina Fazlić Džankić, mob.: 099/3123-212

Adriatic Neurology Forum

KB Dubrava

Dubrovnik, 24.-28.04.2013.

Dr. Branimir Nevajda, mob.: 091/1767-777

300EUR

XX. kongres obiteljske medicine

Hrvatska udružba obiteljske medicine

Zagreb, 25.-27.04.2013.

Ivan Gregorić, mob.: 099/6735-864, fax.: 01/3835-521

1.000,00kn

Trening osoblja izvanbolničke hitne medicinske službe

Hrvatski zavod za hitnu medicinu

Opatija, 25.-27.04.2013.

Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

IX. susret intervencijskih radiologa Hrvatske sa međunar. sud.

HLZ, HD radiologa, Sekcija za intervencijsku radiologiju

Trakošćan, 26.-28.04.2013.

Dr. Marko Slavica, mob.: 099/4888-565

150,00-200,00EUR

Laboratorijska dijagnostika kronične bubrežne bolesti

Hrvatska komora medicinskih biokemičara

Zagreb, 27.04.2013.

Sandra Burić, tel.: 01/4572-927

875,00kn

6. hrvatski kongres o urogenitalnim i spolno prenosivim infekcijama s međ.sud.

HLZ, HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije

Opatija, 27.-28.04.2013.

Arijana Pavelić, tel.: 01/2826-190

do 15.03.2013. 1.000,00kn

Vratna spondilotska mijelopatija

KBC Split

Split, 29.04.2013.

Dr. Vlatko Ledenko, mob.: 091/5587-018,

e-mail: vledenko@net.hr

SVIBANJ

Trajna edukacija za izvoditelje obveznih DDD mjera i osobe u nadzoru – DDD Trajna edukacija

Korunić d.o.o.

Zagreb, sredinom svibnja 2013.

Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341

700,00kn

Hrvatski parodontološki dani 2013

Hrvatsko parodontološko društvo

Zagreb, 06.-07.05.2013.

Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696,

fax.: 01/4854-580, e-mail: anja@conventuscredo.hr,

web: www.hp2013.conventuscredo.hr

Osnovni tečaj za liječnike za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Pula, 06.-09.05.2013.

Dr. Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877

Ultrazvuk u ginekologiji i porodništvu

MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB "Sveti Duh", Klinika za

ginekologiju

Zagreb, 06.-31.05.2013.

Biserka Milić, tel.: 01/3712-317

10.000kn

Autoagresivno ponašanje kod djece i mladeži

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež Kukuljevićeva 11

Zagreb, 07.05.2013.

Dr. Enes Kušmić, tel.: 01/4862-524

60,00kn

Obnova i dopuna znanja zaštite od ionizirajućeg zračenja

MEF Sveučilišta u Osijeku

Osijek, 07.05.2013.

EOQ QM Mišo Debeljak, oec., tel.: 031/399-612

1.200,00; 1.000,00; 900,00; 700,00kn

Optimizing Care for Patients with Schizophrenia

Hrvatsko psihijatrijsko društvo

Zagreb, 07.05.2013.

Ivona Šimunović Filipčić, tel.: 01/6610-750

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 08.05.2013.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013

e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

8. kongres HD za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata s međ.sud.

HD za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata HLZ-a
Vodice, 08.-11.05.2013.

Filida – putnička agencija, Tatjana Mrzljak, tel.: 01/4616-520,
fax.: 01/4616-521, e-mail: tatjana@filidatravel.hr
do 10.04.2013. – sudionici 1.500,00kn, specijalizanti 1.000,00kn,
nakon 10.04.2013. sudionici 1.800,00kn, specijalizanti
1.300,00kn

Prikaz suvremenih tehnologija ventilacije u anesteziji – anestezija sa niskim protocima svježih plinova

HLZ, HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta
Zagreb, 09.-10.05.2013.

Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194
2.500,00kn

Napredni tečaj: Minimalno invazivne tehnike kirurškog liječenja ingvinalne hernije (TAPP i TEP)

Aesculap akademija d.o.o.

Zagreb, 09.-10.05.2013.

Sonja Šikić, tel.: 01/7789-462, mob.: 091/2508-706
3.500,00kn

9. hrvatski kongres o aterosklerozi s međ.sud.

HD za aterosklerozu HLZ-a, MedEvent d.o.o.

Rovinj, 09.-11.05.2013.

MedEvent d.o.o., Damir Puljić, mob.: 098/277-174,
e-mail: marketing@medevent.hr
500,00kn, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

XXXVII. simpozij hrvatske udruge za promicanje primaljstva

Hrvatska udruga za promicanje primaljstva
Marija Bistrica, 09.-11.05.2013.

Josipa Vdović, mob.: 098/681-950,
e-mail: josipa.vdovic@kr.t-com.hr
800,00kn članovi udruge, 1.200,00kn ostali

Metabolički poremećaji i poremećaji spavanja

MEF Sveučilišta u Splitu

Split, 10.-11.05.2013.

Dr. Joško Božić, tel.: 021/557-853
300,00kn

On-line Medicinska genetika

MEF Sveučilišta u Splitu

12.-17.05.2013.

Ivana Gunjača, dipl.ing. biologije, tel.: 021/556-500,
mob.: 091/5517-622
40-100EUR

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 13.-17.05.2013.

Dr. Dina Miklič, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,
mob.: 098/235-718
3.500,00kn

**5. HRVATSKI
DIJABETOLOŠKI
KONGRES**
S MEĐUNARODNIM
SUDJELOVANJEM
72. DANI
DIJABETOLOGA
www.cro-endo.com

Hrvatsko društvo za
dijabetes i bolesti metabolizma
Croatian Association for
Diabetes and Metabolic Disorders

Hrvatski liječnički zbor
Croatian Medical
Association

Hrvatska udruga
medicinskih sestara
Croatian Nurses
Association

**HOTEL PARK PLAZA HISTRIA
PULA, 15.-19.5.2013.**

SUDJELOVANJE LIJEČNIKA NA KONGRESU ĆE BITI BODOVANO SA 20 BODOVA ZA
AKTIVNO TE 10 BODOVA ZA PASIVNO SUDJELOVANJE

SUDJELOVANJE MEDICINSKIH SESTARA NA KONGRESU ĆE BITI BODOVANO
PREMA PRAVILNIKU HRVATSKE KOMORE MEDICINSKIH SESTARA

Ašpergerov sindrom kod djece i mladeži

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež Kukuljevićeva 11
Zagreb, 14.05.2013.

Dr. Enes Kušmić, tel.: 01/4862-524
60,00kn

5. hrvatski dijabetološki kongres s međ.sud.

72. dani dijabetologa

HLZ, HD za dijabetes i bolesti metabolizma
Pula, 15.-19.05.2013.

A.T.I., putnička agencija – Vesna Borisavljević,
mob.: 091/1255-170
500,00kn

School of Psychotherapy of Psychosis: Toward Comprehensive Treatment of psychotic Disorders

HLZ, HD za psihijatriju, Sekcija za psihosocijalne metode liječenja
psihoza /SPTP/
Dubrovnik, 16.-18.05.2013.

Marija Kušan Jukić, tel.: 01/3713-265/375
1.000,00kn

10. osječki urološki dani i 3. osječki nefrološki dani

KBC Osijek, Kl. za urologiju i Odjel za dijalizu
Osijek, 16.-18.05.2013.

Sandra Karalić, tel.: 031/511-401, e-mail: karalic.sandra@kbo.hr

III. balneološki skup „Dr. Ivan Šreter“

Spec.bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik, HD za balneoklimatologiju i prirodne ljekovite činitelje HLZ-a Lipik, 17.05.2013.
Dr. Oto Kraml, mob.: 098/497-575,
e-mail: oto.kraml@bolnica-lipik.hr

Radionica manualne medicine – Donji ekstremiteti

Hrvatski zbor fizioterapeuta
Zagreb, 18.05.2013.
Tonči Šitić, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766
800,00kn

Tečaj za mentore pri provođenju specijalističke izobrazbe iz obiteljske medicine

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Zagreb, 19.04.-17.05.2013.
Venija Cerovečki, tel.: 01/4590-100
200,00kn

12th International Symposium on Modern Concepts in Endocarditis and Cardiovascular Infections

HLZ, HD za kemoterapiju
Dubrovnik, 19.-21.05.2013.
Goran Petrović, Bizz Travel Ltd., mob.: 099/4987-444
550,00 EUR

12. Lošinjski dani bioetike

Hrvatsko filozofsko društvo
Mali Lošinj, 19.-22.05.2013.
Doc.dr.sc. Hrvoje Jurić, tel.: 01/6111-808, e-mail: hjuric@ffzg.hr
1.500,00kn

Rezultati ultrazvukom vođene citološke punkcije tumora dojki

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 20.05.2013.
Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić,
tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592,
e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

186. Gerontološka tribina – Preventivna onkološka dijagnostika u gerijatriji

Zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Centar za gerontologiju, Ref. centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, HD za gerontologiju i gerijatriju HLZ-a
Zagreb, 21.05.2013.
Marica Lukić, dipl.med.techn., tel.: 01/4696-164

5. europsko-američka anesteziološka konferencija

HLZ, HD za anesteziologiju i intenzivno liječenje
Crveni Otok, 22.-25.05.2013.
Jadranka Radnić Salijeovski, mob.: 091/5097-154
od 2.630,00kn do 3.000,00kn

Prevenција i liječenje infekcija dišnog sustava

KB Split, Kl. za dječje bolesti, Kl. za plućne bolesti
Komiža, 23.-25.05.2013.
Prof.dr.sc. Neven Pavlov, tel.: 021/556-303; 556-286,
fax.: 021/556-590, e-mail: npavlov@kbsplit.hr
800,00kn

Traumatska ozljeda mozga

KBC Split
Split, 27.05.2013.
Dr. Vlatko Ledenko, mob.: 091/5587-018,
e-mail: vledenko@net.hr

9th Golden Helix Pharmacogenomics Day: Pharmacogenomics and Personalized Medicine

Društvo za kliničku genetiku Hrvatske
Zagreb, 31.05.2013.
Prof.dr.sc. Jadranka Sertić, mob.: 091/5713-607

LIPANJ

Trajna edukacija za izvoditelje obveznih DDD mjera i osobe u nadzoru – DDD Trajna edukacija

Korunić d.o.o.
Zagreb, dva tečaja – početkom i sredinom lipnja 2013.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341
700,00kn

XIV. simpozij preventivne pedijatrije – Prevencija kroničnih bolesti u djece – 2. dio

HLZ, HD za preventivnu i socijalnu pedijatriju
Skrad, 01.06.2013.
Martina Bošnjak, tel./fax.: 01/4600-162, mob.: 091/4600-268,
e-mail: martina.bosnjak78@gmail.com
300,00kn specijalisti, 200,00kn specijalizanti i osobe u pratnji

Edukacija iz seksualne terapije/seksualnog savjetovanja

HD za seksualnu terapiju
Zagreb, 01.-02.06.2013.
Goran Arbanas, e-mail: hdst.edukacija@gmail.com

24th Summer Stroke School – Healthy Lifestyle and Prevention of Stroke

HD za prevenciju moždanog udara
Dubrovnik, 03.-07.06.2013.
Olga Plazibat, mob.: 091/7910-027
750,00kn

Toraks 2013

Hrvatsko torakalno društvo
Zagreb, 05.-08.06.2013.
„Penta“, Ksenija Žunić, tel.: 01/4628-609,
ksenija.zunic@penta-zagreb.hr,
www.penta-pco.com/toraks2013
Specijalisti 2.000,00kn, specijalizanti i studenti 700,00kn

X. Kongres HD za maksilofacijalnu, plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju glave i vrata HLZ

HLZ – HD za maksilofacijalnu, plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju glave i vrata
Malinska, 06.-08.06.2013.
Nataša Beljan, tel.: 051/218-279
1.200,00kn specijalisti, 600,00kn specijalizanti, 400,00kn osobe u pratnji

Ultrazvuk dojke

Hrvatsko senološko društvo HLZ-a
Zagreb, 06.06.-24.08.2013.
Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677
9.500,00kn

Kidneys, metabolism, environment and sympathetic tone in hypertension; the chicken and egg question

HLZ, HD za hipertenziju
Zagreb, 10.-12.06.2013.
Jelena Kos, tel.: 01/2368-271, e-mail: jkos980@yahoo.com
500,00kn

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“ – Znanstvene i religijske kontroverze o početku ljudskog života

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
Zagreb, 12.06.2013.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

16. CIRAS (Croatian International Rhinosurgical Advanced School)

KBC Zagreb, Kl. za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata
Zagreb, 13.-14.06.2013.
Marcel Majranović Kavanagh, mob.: 095/8147-633
300/150EUR

9th Central European Oncology Congress

HLZ, Hrvatsko onkološko društvo
Opatija, 13.-15.06.2013.
Tonkica Boban, tel.: 021/556-637,
e-mail: tonka.boban@gmail.com

5. International Simposium on Regional Anaesthesia & Pain Therapy

5. Hrvatski kongres iz regionalne anestezije i liječenja boli s međ.sud.
HD za regionalnu anesteziju i analgeziju (HDRAA HLZ) i European Society of regional anaesthesia (ESRA), MEF Sveučilišta u Osijeku, KB „Sveti Duh“ Zagreb, Kl. za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, Poliklinika Bagatin Zagreb
Zagreb, 14.-15.06.2013.

Tanja travel d.o.o., e-mail: tanja@travel.hr; tajništvo KBSD:
01/3712-359, fax.: 01/4648-120, mob.: 098/318-317,
e-mail: anestezija2013@kbsd.hr; www.hdraa.com.hr
Liječnici specijalisti (članovi HDRAA) 1.500,00kn, liječnici specijalisti (ostali) 2.000,00kn, liječnici specijalizanti 1.000,00kn do 31.03.2013.

MRI spektroskopija jetre

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 17.06.2013.
Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić,
tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592,
e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

Organized by: Diabetes and Nutrition Study Group (DNSG) 

31st International Symposium on Diabetes and Nutrition
27th-30th June 2013

www.31stsymposiumondiabetes-nutrition.org

Dubrovnik, Croatia
Valamar Lacroma Dubrovnik Hotel

SUDJELOVANJE LJUEČNIKA NA KONGRESU ĆE BITI BODOVANO SA 10 BODOVA ZA AKTIVNO TE 8 BODOVA ZA PASIVNO SUDJELOVANJE 



53rd International Neuropsychiatric Pula Congress

Udruga za neuropsihijatriju
Pula, 18.-22.06.2013.
Olga Plazibat, mob.: 091/7910-027
2.250,00kn; 2.812,50kn; 3.000,00kn

Značaj i primjena samokontrole glikemije

Medilab
e-learning – 18.06. – 20.09.2013.
Vlatka Orhanović, tel.: 01/2356-722

8th ISABS Conference on Forensic, Anthropologic and Medical Genetics and Mayo Clinic Lectures on Translational Medicine

Međunarodno društvo primjenjenih bioloških znanosti
Split, 24.-28.06.2013.
Nikolina Borak, tel.: 01/5390-941
90-400EUR

Laser Medical Application on Head and Neck

European Medical Laser Association (EMLA) i ogranak EMLA Croatia, tehnički organizator Laser Medico d.o.o., Opatija
Opatija, 27.-30.06.2013.
Dijana Kanjuh, mob.: 091/9407-420, e-mail: office@laserinmedicine.com
3 dana – 270,00EUR; 1 dan – 130,00EUR; studenti/umirovljenici
3 dana – 30,00EUR, studenti/umirovljenici 1 dan – 15,00EUR
Predavanja Lasser assisted dentistry – state of the art – 110,00EUR
Predavanja i radionica u sali Laser assisted dentistry – state of the art – 290,00EUR;
Radionica u stomatološkoj ordinaciji Laser assisted dentistry in our daily office routine – 250,00EUR

RUJAN

9. hrvatski kongres o ginekološkoj endokrinologiji, humanoј reprodukciji i menopauzi s međ.sud.

HD za ginekološku endokrinologiju i humanu reprodukciju HLZ-a Brijuni, 05.-08.09.2013.

Jadranka Kontent, tel.: 01/4633-446

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 11.09.2013.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013

e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

23. znanstveni sastanak - Bolesti dojke

HAZU

Zagreb, 12.09.2013.

Vesna Sekulić, dr. Ivan Prpić, tel.: 01/4895-171

300,00kn

Analiza nevoljnih reakcija dijafragme u ronilaca na dah – studija s magnetskom rezonancom

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split

Split, 16.09.2013.

Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić,

tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592,

e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

Bolesti oralne sluznice

AMZH, Stomatološki fakultet Sveučilište u Zagrebu, HLK, Hrv. komora dentalne medicine, Gradski ured za zdravstvo i branitelje Zagreb, 20.09.2013.

Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, 4640-586,

e-mail: office@amzh.hr

300,00kn specijalisti, 200,00kn specijalizanti

Osnovni tečaj laparaskopske kirurgije Aesculap Akademije

Aesculap akademija d.o.o.

Zagreb, 25.-27.09.2013.

Sonja Šikić, tel.: 01/7789-462, mob.: 091/2508-706

Specijalisti 3.500,00kn, specijalizanti 3.000,00kn

Advanced Paediatric life support

MEF Sveučilišta u Splitu, KBC Split, Jedinica intenzivnog liječenja djece

Split, 26.-28.09.2013.

Prof.dr.sc. Julije Meštrović, mob.: 098/432-590,

e-mail: julije.mestrovic@gmail.com

2.500,00kn

Treći hrvatski simpozij o ranoj intervenciji u djetinjstvu

Hrvatska udruga za ranu intervenciju u djetinjstvu

Zadar, 26.-28.09.2013.

Marina Bučar, mob.: 095/9111-487

1.200,00; 1.300,00; 1.500,00; 1.600,00; 500,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 30.09.-04.10.2013.

Dr. Dina Miklič, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.:

098/235-718

3.500,00kn

LISTOPAD

Trajna edukacija za izvoditelje obveznih DDD mjera i osobe u nadzoru – DDD Trajna edukacija

Korunić d.o.o.

Zagreb, sredinom listopada 2013.

Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341

700,00kn

XIII kongres HD obiteljskih doktora HLZ-a

HD obiteljskih doktora HLZ-a

Rovinj, 03.-05.10.2013.

Prim.mr.sc.dr. Bruno Mazzi, mob.: 098/224-900

Članovi HDOD 800,00kn, pratnja 200,00kn, ostali 1.000,00kn

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 09.10.2013.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013

e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

5. kongres hrvatskog urološkog društva s međ.sud.

HLZ, Hrvatsko urološko društvo

Umag, 16.-19.10.2013.

Spektar putovanja d.o.o., Jelena Krmić, tel.: 01/4862-607

1.000,00kn

MSCT karakteristike žarišnih lezija u jetri

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split

Split, 21.10.2013.

Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić,

tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@

st.htnet.hr

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 21.-25.10.2013.

Dr. Dina Miklič, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,

mob.: 098/235-718

3.500,00kn

Signa Vitae

KBC Split

Split, 24.-25.10.2013.

Julije Meštrović, tel.: 021/556-686

1.500,00kn

10. hrvatski kongres kliničke mikrobiologije i 7. hrvatski kongres o infektivnim bolestima s međ.sud.

HD za kliničku mikrobiologiju i HD za infektivne bolesti HLZ-a

Rovinj, 24.-27.10.2013.

Nevenka Jakopović, e-mail: njakopovic@bfm.hr, www.

crocmid2013.com

STUDENI

Trajna edukacija za izvoditelje obveznih DDD mjera i osobe u nadzoru – DDD Trajna edukacija

Korunić d.o.o.

Zagreb, dva tečaja – početkom i sredinom studenog 2013.

Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341

700,00kn

Školska fobija

Psijhijatrijska bolnica za djecu i mladež Kukuljevićeva 11

Zagreb, 04.11.2013.

Dr. Enes Kušmić, tel.: 01/4862-524

60,00kn

1st International Congress of the International College of Person Centered Medicine

International College of Person Centered Medicine i MEF

Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 07.-10.11.2013.

Panta d.o.o., Ana Jurašić, tel.: 01/4628-615;

e-mail: ana.jurasic@penta-zagreb.hr; www.icpcmzagreb2013.com
2.280,00kn

Ultrazvuk dojke

Hrvatsko senološko društvo HLZ-a

Zagreb, 07.11.2013. – 15.01.2014.

Ingrid Begić, tel.: 01/2343-154, mob.: 091/7613-677

9.500,00kn

Poremećaj osobnosti u razvoju i adolescenciji

Psijhijatrijska bolnica za djecu i mladež Kukuljevićeva 11

Zagreb, 11.11.2013.

Dr. Enes Kušmić, tel.: 01/4862-524

60,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 11.-16.11.2013.

Dr. Dina Miklič, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.:

098/235-718

3.500,00kn

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 13.11.2013.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013

e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Primjena nanotehnologije u dijagnostičkoj i intervencijskoj radiologiji

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split

Split, 18.11.2013.

Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić, tel.: 021/556-

243, fax.: 021/556-592, e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 25.-29.11.2013.

Dr. Dina Miklič, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,

mob.: 098/235-718

3.500,00kn

PROSINAC

Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 09.-13.12.2013.

Dr. Dina Miklič, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.:

098/235-718

3.500,00kn

Ciklus predavanja „Lijekovi i ...“

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 11.12.2013.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013

e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Uloga magnetske rezonance u dijagnostici mikrokalciškata dojke

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split

Split, 16.12.2013.

Prof.dr.sc. Stipan Janković, mr.sc. Ivan Šimundić,

tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592,

e-mail: stipan.jankovic@st.htnet.hr



„Od štacuna do industrije“

Izložba u Muzeju Grada Zagreba, u Gornjem gradu (Opatička 20) pod naslovom „Ja, Jacobus apothecarius“ o povijesti zagrebačkog ljekarništva od srednjeg vijeka do početka masovne proizvodnje ove industrijske grane može se razgledati do 28. travnja