

Liječničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEĆNIČKE KOMORE



TEMA BROJA

Kako zadržati doktore u Hrvatskoj

Str. 6

Spriječimo „Poljski sindrom“ hrvatskih doktora medicine!

- Sređujući svoju arhivu, našao sam na jedan novinski članak iz 2008. godine u kojem sam izjavio da bi doktor medicine specijalist u Hrvatskoj trebao imati plaću 20.000 kn s obzirom na dugogodišnje obrazovanje i odgovoran posao koji obavlja. Jasno mi je i tada bilo da se to u javnom sektoru ne može osigurati. Međutim, svjedoci smo činjenice da je Poljsku 2004. godine s ulaskom u EU napustio velik dio njihovih doktora medicine tražeći bolje uvjete rada i bolje plaće.

U Komori smo procijenili da se to Hrvatskoj ipak neće dogoditi, jer su uvjeti bolji nego što su tada bili u Poljskoj. Prateći aktualna događanja u državi, štrajk liječnika, pregovore za kolektivni ugovor, odluku o radnoj obvezi i izjave čelnih ljudi Vlade RH, možda smo dali preoptimističnu prognozu. Posebice smo zabrinuti zbog nezadovoljstva mladih kolega koji su završili medicinski fakultet, čak i sa vrlo visokim ukupnim prosjekom ocjena, ali koji ne vide dobru perspektivu za svoj profesionalni i osobni razvoj ako ostanu u Hrvatskoj.

Sve to, i još mnogo više, čuli smo na tribini u Hrvatskom liječničkom domu 12. studenog o. g., o kojoj možete čitati u ovom broju LN. Čuli smo i apele starijih kolega za strpljenje i domoljublje, međutim, mislimo da je potrebno poduzeti konkretnе mjere. Ohrabruje izjava ministra **Ostojića** o znatno većem broju planiranih specijalizacija. Također, dobro je da je postignut kompromis oko pripravnika staža. Svi smo svjesni da to nije idealno rješenje, ali je u ovom trenutku optimalno. Jer, valjalo je izbjegići diskriminaciju između onih koji obavljaju stažiranje po prijašnjim propisima i onih koji će stažirati po novom planu i programu. Posebice se mora tražiti rješenje za one mlade kolege koji su čekajući obječani natječaj za staž prihvatali ponudu drugog Ministarstva i započeli rad uz mentore za samo 1600 kn mjesечно. Komora će, kao i do sada, pružiti potporu našim mladim kolegama kako bi se bolje razumjeli njihovi problemi. Njihov je predstavnik postao punopravni član Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti, čija je predsjednica prim. **Katarina Sekelj-Kauzlaric** organizirala i tematsku sjednicu tog Povjerenstva, o čemu također možete čitati u ovom broju LN. Shvatimo li ozbiljno nedostatak liječnika, uvjeren



sam da možemo svi skupa - Vlada RH, Ministarstvo zdravlja, HZZO, HLS, HLZ i HLK - postići zadovoljavajuća rješenja kojima ćemo uspjeti zadržati naše doktore u domovini.

U proteklom razdoblju bilo je još puno drugih aktivnosti. Jesen je godišnje doba kada se održava velik broj stručnih skupova. Nekima od njih bili smo pokrovitelji i suorganizatori, a na nekima i zapaženi aktivni sudionici. Izdvojio bih Kongres hitne medicine na kojem su uprizoreni sudski proces i medijacija u postupku traženja naknade štete koja nastaje zbog liječničke pogreške. Evidentna je prednost medijacije, a za uvođenje ovakvog alternativnog rješavanja sporova Komora se zalaže posljednje dvije godine i priprema se za otvaranje Centra za mirenje. Kako je sada osiguranje od profesionalne odgovornosti postalo obvezno za sve doktore, tražimo zajedno s Ministarstvom zdravlja najbolja rješenja za ustanove i djelatnike.

Zahtjevi naših članova za izdavanje dokumenata koji su potrebni za zaposlenje u zemljama EU-a, ali i u udaljenijim zemljama, i dalje se zaprimaju i rješavaju u nesmanjenom broju. Pristihu također i zahtjevi za izdavanje licenci doktora iz drugih država, najviše iz tzv. trećih zemalja. Sada imamo određen broj stranih državljana s privremenom licencom na temelju propisa prije ulaska RH u EU. Oni su u postupku priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija i ne mogu dobiti našu licencu dok se to ne riješi. U državama EU-a oni, međutim, mogu raditi bez licence, ali samo pod nadzorom, što kod nas nije zakonom regulirano. Zbog toga, ali i zbog drugih razloga neusklađenosti naših propisa, potrebna je hitna izmjena Zakona o liječništvu čiji prijedlog smo uputili u nadležno Ministarstvo još prije ulaska Hrvatske u EU.

Predsjednik, zamjenik i tajnik Zdravničke zbornice Slovenije (Slovenske liječničke komore) došli su na sastanak u našu Komoru. Teme su bile vrlo zanimljive za obje strane. Njihova iskustva u samoupravi naše profesije, utjecaju Direktive o prekograničnim zdravstvenim uslugama i Direktive o priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija za doktore medicine, izuzetno su nam korisna u nalaženju pravih rješenja i izbjegavanju moguće greške. Također smo razgovarali o novostima u vezi s praćenjem trajne medicinske izobrazbe i predstojećim ugovorima država članica EU-a s Europskim akreditacijskim odborom pri UEMS-u (EACCME).

Unatoč obvezama, kojih ima sve više, rado sam se odazvao pozivu predsjednika Njemačkog saveznog liječničkog udruženja i Komore prof. dr. **Franka Urlicha Montgomeryja** i ministra zdravlja Republike Kosovo prof. dr. **Ferida Aganija**, te sam bio u Prištini na izbornoj skupštini i svečanoj inauguraciji Liječničke komore Kosova. Od četiri kandidata u drugom krugu izabrana je predsjednica dr. sc. **Zylfije Hundosi** koja je specijalizaciju iz neuropsihijatrije završila u Zagrebu, gdje je i magistrirala. Mogu reći da su moju nazočnost s velikim oduševljenjem prihvatali svi sudionici tog događaja, a posebno me veseli što su mi se između ostalih zahvalili na dolasku dopredsjednik Njemačkog liječničkog udruženja i ujedno predsjednik Bavarske liječničke komore dr. **Max Kaplan**, glavni tajnik World Medical Association dr. **Otmar Kloiber** te predstavnici Njemačke savezne liječničke komore dr. **Romin Parsa-Parsi** i Domen Podnar. Očekuje nas suradnja s novoosnovanom liječničkom komorom u regiji.

Tema je ovog broja LN problematika mladih doktora. Nadam se da će im se uspjeti omogućiti dobiti uvjeti rada i života te da će biti motivirani da ostanu u Hrvatskoj. Očekujem od njih da zadrže i povećaju kvalitetu i prepoznatljivost naše medicine.

Bio sam jako ponosan, kad mi je na odlasku iz Prištine dr. Max Kaplan stisnuo ruku i rekao da je hrvatska medicina jako dobra. Ovo priznanje ima još veće značenje kad znamo da su tome doprinijeli naši doktori svojim upornim radom sa željom za stjecanjem novih znanja i vještina unatoč značajno manjim plaćama i lošijim uvjetima rada od onih koje se nude u Njemačkoj, Velikoj Britaniji, Švicarskoj, Danskoj ili Švedskoj.

U očekivanju boljih uvjeta za sve doktore pozdravljam vas

vaš predsjednik,
Prim. dr. Hrvoje Minigo

•••••

Pripravnici na povjerenstvu Komore

Tekst i slike Andreja Šantek

- Kako bi pomogli mladim liječnicima i omogućili im institucionalnu borbu za njihova prava, Komora je odlučila da mogu postati njeni članovi i prije položenog stručnog ispita. Stoga je u Povjerenstvo za ostale liječničke djelatnosti Komore imenovan i dr. **Danko Relić**, predsjednik Hrvatskog društva mlađih liječnika HLZ-a. Na sjednici povjerenstva održanoj 24. listopada raspravljalo se o onome što najviše zaokuplja mlađe liječnike, a to je odradivanje pripravničkog staža. Svoje je iskustvo stažiranja i probleme s kojima se susreću članovima Povjerenstva iznijelo troje mlađih liječnika, dr. **Josipa Rikić** i dr. **Matija Čirko**, koji stažiraju po redovnoj proceduri, i dr. **Vinko Bubić** koji je nakon prijave na Zavod za zapošljavanje dobio staž po tzv. Mrsićevom modelu. Staž mu traje 12 mjeseci, a mjesечna naknada iznosi 1600 kuna, i to bez zasnivanja radnog odnosa.

„U srpnju ove godine raspisan je natječaj za staž, a u rujnu je promijenjen Pra-

vilnik o stažiranju koji nije predvidio Mrsićev model a koji smo mi prihvatili početkom godine. Novim Pravilnikom smo diskriminirani, i to na nekoliko razina: liječnici koji su dobili staž preko HZZO-a završit će prije nas i pri tom dobivati naknadu od 4300 kuna, a na stručnom ispit u polaganje novog državnog ispita. A Komora će se zauzeti da se taj problem pod hitno razriješi, posebice materijalni status, odnosno da se ublaži diskriminacija vezana uz naknadu za stažiranje“, naglasio je prim. Minigo, dodajući da se na stažiste mora primijeniti ono što je za njih povoljnije.

Budući da će prije nas završiti staž, moći će i prije nas konkurirati za natječaj za specijalizacije“, istaknuo je dr. Bubić, dodajući da je u takvoj situaciji trenutno oko 35 liječnika. Dodao je kako im je u međuvremenu ministar zdravlja Rajko Ostojić omogućio da konkuriraju na natječaju HZZO-a, ali po starim pravilima.

No, sad se suočavaju s novim pitanjima: trebaju li prekinuti, i kada, stručno osposobljavanje, odnosno kakav je daljnji postupak s obzirom na odobrenje ministra, hoće li nastaviti stažirati za 1600 ili 4300 kuna, hoće li državni ispit polagati prema starom

ili novom pravilniku, hoće li po isteku staža primati naknadu sa Zavoda za zapošljavanje još sljedeća tri mjeseca, te hoće li oni koji stažiraju za liječnike koncesionare i dalje sami plaćati izlazak na državni ispit.

Predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo**, dr. med., naglasio je da Mrsićev model nije niti bio predviđen za liječnike, a da je kraći staž koji je puno intenzivniji nego do sada, posljedica krize, odnosno nedostatka novca.

„Ispravno bi bilo da se mladim liječnicima omogući prelazak na novi model i polaganje novog državnog ispita. A Komora će se zauzeti da se taj problem pod hitno razriješi, posebice materijalni status, odnosno da se ublaži diskriminacija vezana uz naknadu za stažiranje“, naglasio je prim. Minigo, dodajući da se na stažiste mora primijeniti ono što je za njih povoljnije.

Predsjednica povjerenstva prim. dr. **Katarina Sekelj-Kauzarić** naglasila je kako Europska direktiva ukida obavezni staž i polaganje ispita za studente koji su studij medicine upisali nakon 1. srpnja ove godine.

„Smatra se da je studij koji traje šest godina dovoljan za rad i bez stručnog ispita. Također je stav stručnih društava da dio ispita koji se odnosi na zakonske propise prije svega ovisi o radnom mjestu“, naglasila je prim. Sekelj-Kauzarić, dodajući da Komora, uz Ministarstvo zdravlja i Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, mora imati nadzor nad edukacijom liječnika.

.....



Stoje: dr. Vinko Bubić, prim. dr. Hrvoje Minigo, dr. Danko Dogan, dr. Ante Županović
Sjede: dr. Matija Čirko, dr. Jelena Muslim, prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzarić, dr. sc. Vesna Sitar Srebočan

Novi Pravilnik o pripravničkom stažu doktora medicine – što se promijenilo

Maja Lacković, dipl. iur., voditeljica Službe općih pravnih poslova HLK-a

- Pravilnik o pripravničkom stažu doktora medicine objavljen je u „Narodnim novinama“ br. 114/2013, a stupio je na snagu 13. rujna ove godine.

Stupanjem na snagu toga Pravilnika prestaju važiti odredbe Pravilnika o pripravničkom stažu zdravstvenih radnika („Narodne novine“ br. 2/2011 i 14/2013) u dijelu koji se odnosi na doktore medicine jer su sada doktori medicine izdvojeni od drugih zdravstvenih radnika u zasebnom propisu.

Pravilnik se ne primjenjuje na doktore medicine hrvatske državljane koji su upisali studij medicine nakon 1. srpnja 2013. godine, ni na državljane država ugovornica Europskog gospodarskog područja (EGP) u kojima nije propisana obveza pripravničkog staža - oni ne provode pripravnički staž i nemaju obvezu polaganja stručnog ispita.

Duljina staža

Jedna je od najvažnijih novina koje su uvedene ovim Pravilnikom duljina pripravničkog staža od pet mjeseci, i to prema Planu i programu staža koji je sastavni dio novoga Pravilnika. Glede trajanja staža, podsjećamo da je do sada pripravnički staž za sve zdravstvene radnike trajao godinu dana, uz iznimku doktora medicine koji su završili petogodišnji studij medicine i kojima pripravnički staž traje dvije godine.

Uvjeti za zdravstvene ustanove

Pripravnički staž doktori medicine provode u zdravstvenim ustanovama i trgovskim društвima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost uz sljedeće uvjete:

- postojanje specijalističke djelatnosti prema zahtjevima pojedinog dijela programa zdravstvenog usmjerenja,
- da je u specijalističkoj djelatnosti iz točke a) ovoga članka u punom radnom vremenu zaposlen doktor medicine specijalist,

- da ustrojstvena jedinica ima potrebnu medicinsko-tehničku opremu i prostor za uspješno provođenje planom i programom predviđenog pripravničkog staža,
- da uvjeti iz točke b) i c) omogууju stjecanje kompetencija propisanih planom i programom pripravničkog staža doktora medicine.

Ako je pripravnički staž obavljen u inozemstvu, a stručna kvalifikacija doktora medicine stečena u državi članici EGP-a ili u trećoj državi, Ministarstvo zdravlja ga može rješenjem priznati u cijelosti ili djelomično ako plan i program obavljenog pripravničkog staža bitno ne odstupa od plana i programa koji je važeći na području Republike Hrvatske.

Mentori i nadzor nad radom pripravnika

Novim Pravilnikom preciznije su određeni zadaci mentora pa je tako, primjerice, izrijekom utvrđena dužnost mentora da nadzire i prati rad pripravnika tijekom pripravničkog staža i mentorova odgovornost za propisano provođenje plana i programa istoga; mentor je obvezan redovito provjeravati stečena znanja i vještine pripravnika te uspostaviti suradnju s voditeljima ustrojstvenih jedinica i drugim doktorima medicine kod kojih pripravnik provodi dio programa pripravničkog staža.

Mentor je obvezan voditi brigu o redovitom vođenju dnevnika rada doktora medicine na pripravničkom stažu (koji svojim potpisom i ovjerava) te o dokumentaciji za evaluaciju (Upitnik samoprocjene pripravnika i Upitnik procjene profesionalnog ponašanja pripravnika).

Pored navedenoga, mentor je odgovoran za točnost podataka upisanih u pripravničku knjižicu, koju ovjerava zajedno s ravnateljem, odnosno, odgovornom osobom zdravstvene ustanove.

Valja naglasiti da mentor za svoj rad odgovara ravnatelju, odnosno ovlaštenoj

osobi koja ga je uvrstila na listu mentora; oni mentora mogu brisati s liste mentora ako nesavjesno, nemarno ili neredovito obavlja svoje obveze.

Stručni ispit

Nakon uspješno završenog pripravničkog staža i stečenih kompetencija utvrđenih planom i programom pripravničkog staža, pripravnici osobno podnose prijavu za polaganje stručnog ispita Ministarstvu zdravlja.

Stručni ispit mogu prijaviti i doktori medicine hrvatski državljani, državljani EGP-a i državljani trećih država koji su stručnu kvalifikaciju stekli u trećoj državi ili u državi ugovornici EGP-a, ako im je priznat pripravnički staž obavljen u inozemstvu u cijelosti ili djelomično, odnosno ako obave pripravnički staž u Republici Hrvatskoj te drugi, sukladno odredbama Pravilnika.

Stručni ispit za doktore medicine polaze se usmeno i obuhvaća sljedeće ispitne predmete:

1. Ustavno uređenje Republike Hrvatske,
2. Radni odnosi i mirovinsko osiguranje,
3. Zdravstvena zaštita i obvezno zdravstveno osiguranje,
4. Liječništvo i zaštita prava pacijenata.

Plan i program pripravničkog staža

Kako sam Pravilnik navodi, pripravnički staž ključno je prijelazno razdoblje u kontinuitetu izobrazbe doktora medicine, između razdoblja akademskog obrazovanja i specijalističkog usavršavanja. Planom i programom su definirani ishodi učenja koji se postižu u dobroj kliničkoj praksi i temelje se na općim (komunikacija, timski rad, profesionalizam itd.) te posebnim kompetencijama. Plan i program sadrži i metode procjene znanja: nakon studija medicine u kojem se znanje najčešće provjerava sumativnim procjenama, tijekom pripravničkog staža doktor medicine mora upoznati formativno ocjenjivanje koje se provodi kontinuirano te pripravnika potiče na poboljšanje znanja i vještina. Pripravnik upoznaje metode samoprocjene te ocjenjivanja koje provode mentor i suradnici, a temelje se na procjeni uspješnosti u radu. Dovršetkom pripravničkog staža kao razdoblja tranzicije, student postaje doktor medicine sposoban za samostalan rad u sustavu zdravstva, stekavši višu razinu kompetencija od onih stečenih tijekom studija.

HZZO plaća staž za 503 doktora medicine

• HZZO će u narednom razdoblju financirati pripravnički staž za 503 doktora medicine, za što će se odvojiti oko 14,3 milijuna kuna, istaknuto je nakon sjednice Upravnog vijeća zavoda koja je održana 25. listopada.

Liječnici će obavljati pripravnički staž u ugovornim zdravstvenim ustanovama (u bolničkim zdravstvenim ustanovama, poliklinikama čiji su osnivači županije i Grad Zagreb, u ustanovama hitne medicinske pomoći, domovima zdravlja i zavodima za javno zdravstvo, te u poliklinikama čiji su osnivači druge pravne i fizičke osobe), i kod privatnih zdravstvenih radnika. Doktori medicine za koje će se provesti financiranje pripravničkog

staža odabrani su prema uvjetima i kriterijima iz Javnog natječaja koji su definirani posebnim propisima, odnosno pravilnicima.

Lista prvenstva pripravnika, Popis prijavljenih kandidata koji nisu uvršteni u Listu prvenstva pripravnika i Popis nepopunjeneh pripravničkih mjesta zdravstvenih radnika bit će objavljeni na web stranici HZZO-a.

AŠ

Očekuje li nas egzodus mladih liječnika iz Hrvatske?

Tekst i slike Andreja Šantek



Prim. dr. Hrvoje Minigo, prof. dr. Rajko Ostojić, akademik Davor Miličić

• Ima li staža u Velikoj Britaniji, koji su dokumenti potrebni za odlazak u Njemačku i Švedsku i je li teško položiti ispit za odlazak u SAD samo su neka od pitanja koja u posljednje vrijeme pristižu u Studentski zbor zagrebačkog Medicinskog fakulteta.

„Mladi liječnici imaju dojam kao da ih se ne želi u vlastitoj državi, ne znaju kada će dobiti staž ili specijalizaciju. Još se ništa nije dogodilo, ali sigurno hoće“, istaknuo je **Vedran Dodig**, predsjednik Studentskog zabora na tribini ‘Odlazak (mladih) liječnika iz Republike Hrvatske’ koju je 12. studenoga organiziralo Hrvatsko društvo mladih liječnika (HDML) HLZ-a. Mladi doktori u Hrvatskoj ne vide perspektivu, štrajk kojem svjedoče već gotovo dva mjeseca izgleda im kao da su liječnici kamen spoticanja u društvu, za razliku od ostalih europskih zemalja u kojima se rad liječnika pravedno vrednuje i gdje su uvjeti za

rad mnogo bolji. Kakva se poruka šalje i ostatim mlađim ljudima ako liječnici, koji trenutno spadaju u deficitarno zanimanje u Hrvatskoj, ne mogu dobiti posao, pitali su mlađi liječnici navodeći kako je 270 liječnika trenutno na birou rada, od kojih samo 43 ima uvjete za zapošljavanje jer su odradili staž i imaju licencu. Među onima koji razmišljaju o odlasku je i dr.

Marijo Čukelj, a svoje mjesto vidi u Švedskoj.

Interes je bio velik

„Kada sam upisivao studij nisam mislio da će ikada otići u inozemstvo. A danas Švedska izgleda kao zemlja blagostanja, plaća je bolja, kao i uvjeti rada“, kazao je dr. Čukelj koji od četvrte godine studija uči švedski jezik.

Ministar zdravlja **Rajko Ostojić** apelirao je na mlađe liječnike da ostanu u Hrvatskoj. Dodao je da pokušavaju promijeniti uvjete kako bi liječnici bili zadovoljniji navodeći kako je u 2013. godini odobreno 1217 specijalizacija i subspecijalizacija te je 503 liječnika dobilo staž.

„To je najbolji dokaz da mislimo kako trebate ostati ovdje. Potpuno smo svjesni da ste nam prevrijedni da bi otišli u druge države“, naglasio je ministar Ostojić. Dodao je da su im njegova vrata uvijek otvorena te im je predložio da mu svoje prijedloge i primjedbe upute preko Studentskog zabora i HDML-a.

Predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** podsjetio je na to da je Komora još 2008. godine organizirala konferenciju za novinare na kojoj je upozorile na manjak liječnika te da je potrebno izraditi nacionalnu strategiju razvoja ljudskih resursa.

„Upozorili smo i na opasnost da će nakon ulaska Hrvatske u Europsku uniju naši liječnici odlaziti, i to ne samo zbog većih plaća nego i boljih uvjeta rada“, naglasio je prim. Minigo, podsjećajući na tzv. Poljski sindrom i odlazak poljskih liječnika u ostale zemlje nakon pristupanja Poljske EU-u.

Prim. dr. **Katarina Sekelj-Kauzlaric**, predsjednica Povjerenstva za ostale medicinske djelatnosti Komore, naglasila je da je od 1. srpnja do 31. listopada 151 liječnik zatražio



potvrdu koja omoguje odlazak na rad u inozemstvo.

Dekan zagrebačkog Medicinskog fakulteta akademik **Davor Miličić** naglasio je da zagrebački MEF spada među rijetke u Hrvatskoj na kojem se redovito studira, što potvrđuje i podatak da je u prošloj godini više od 80 posto studenata diplomiralo u roku. „Studij je kvalitetan, a naši doktori su konkurentni gdje god da odu raditi“, kazao je akademik Miličić, dodajući kako ih opsjeđaju i head-hunter agencije koje traže popise najboljih studenata. Egzodus naših liječnika, doda je, mogao bi omesti organiziranje naše zdravstvene službe, materijalnu štetu za društvo, ali i gubitak intelektualne elite.

Predsjednica Nacionalnog povjerenstva za specijalistiku usavršavanje doktora medicine prof. dr. **Nada Čikeš** istaknula je da je Hrvatska jedina u EU-u posljednjih



Dr. Danko Relić,
dr. Marijo Čukelj,
dr. Jakov Ivković
dr. Tomislav Božek

desetak godina revidirala kontinuum medicinske naobrazbe, od prijave na fakultet pa do specijalističkog ispita. „Postoji bojazan od odlaska naših liječnika koje smo mi educirali i dolazaka onih koje nismo sami educirali“, naglasila je prof. Čikeš.

Mladi liječnici upozorili su i na izmjene pravilnika o stažiranju i skraćivanju staža na pet mjeseci, što vide kao problem, i

žalili se na pojedine zdravstvene ustanove jer nisu zadovoljni kvalitetom provođenja specijalizacije.

Sudionici tribine poručili su mlađim liječnicima da ne žele biti demagozi i da ne mogu ispraviti sve što je loše, ali i da žele da nove generacije bude bolje nego oni, i da im bude bolje nego što je bilo njima.

Kako zadržati mlade doktore?

Andreja Šantek

- Pripravnički staž za mlade doktoare medicine i dalje predstavlja velik problem. Stanje se dodatno pogoršalo tijekom 2012. godine kada je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje raspisao samo jedan natječaj za pripravnički staž, a dio je liječnika prihvatio stažiranje prema tzv. Mrsićevom modelu za 1600 kuna. Dodatno, ove se godine promjenio i Pravilnik o pripravničkom stažu kojim je vrijeme stažiranja smanjeno s 12 na pet mjeseci, ali su promijenjene i propozicije stručnog ispita. U ovoj godini HZZO je također raspisao samo jedan natječaj, a na posljednjoj je sjednici održanoj 25. listopada Upravno vijeće HZZO-a najavilo da će u narednom razdoblju financirati staž za 503 doktora.

Razlozi neraspisivanja natječaja za staž doktora medicine tijekom godine dana nikad nisu razjašnjeni. Ako je problem u financijama, smatraju mladi liječnici, to jasno treba reći. I mi živimo u Hrvatskoj i gledamo što se oko nas događa, ističu, no mi medicinu shvaćamo kao poziv, a ne zanimanje; završili smo fakultet u Hrvatskoj i većina nas tu želi raditi i živjeti. Shvatili bismo, dodaju, i eventualne rezove u naknadama, ali iz svega je razvidno da ne postoji planski pristup ni strategija u raspisivanju specijalizacija prema kojima bi se onda moglo bolje planirati i raspisivati natječaja za pripravnički staž.

Mladi liječnici su više puta na to upozoravali nadležne, od ministra zdravlja **Rajka Ostojića** do ravnatelja HZZO-a **Siniše Varge**, no osim obećanja nisu dobili nikakav konkretni odgovor. U očekivanju raspisivanja natječaja, Hrvatski zavod za zapošljavanje povremeno je objavljivao natječaje za stažiranje bez zasnivanja radnog odnosa prema tzv. Mrsićevom modelu za mjesecnu naknadu od 1600 kuna.

„Taj model je namijenjen primarno suficitarnim strukama u Hrvatskoj kako bi mlađi ljudi uspjeli stići kakvo-takvo iskustvo za kasnije zaposlenje. U našem slučaju radi se o deficitarnoj struci, a uz to se radi o samo jednom segmentu našeg obrazovanja. Naime, obvezni smo ići i na specijalističko usavršavanje za koje nam je uvjet održen pripravnički staž i položen državni ispit“, objašnjava dr. **Danko Relić**, predsjednik Hrvatskog društva mlađih liječnika Hrvatskog liječničkog zborna. Upravo problemi oko staža, ali i nemogućnost dobivanja pravovremenih i pravovaljanih informacija, okupio je mlađe liječnike koji su uz veliku pomoć predsjednika HLZ-a prof. dr. **Željka Krznarića** obnovili Hrvatsko društvo mlađih liječnika. Pri tom su, ističe dr. Relić, imali i punu podršku dekanu medicinskih fakultetâ koji su također pokušali utjecati na rješavanje ovog problema.

U međuvremenu je promijenjen i Pravilnik o pripravničkom stažu doktora medicine, a dr. Relić ističe da bi u programu sta-

ža trebalo biti više mentoriranoga praktičnog rada i vježbanja kliničkih vještina.

„Državni ispit ne sadrži više medicinski dio nego samo stvari vezane uz zakone, prava pacijenata i slično. A najveća je promjena da je trajanje staža skraćeno s 12 na pet mjeseci. Mislim da je to premalo za svladavanje svih potrebnih znanja i vještina koje se od mlađog liječnika očekuju kada počne samostalno raditi“, ističe dr. Relić.

ČINJENICE

- *Iako Hrvatskoj kronično nedostaje liječnici, u ovom trenutku oko 600 mlađih liječnika čeka početak stažiranja, a njima će se pridružiti i liječnici koji u postupku priznavanja stručnih kvalifikacija imaju obvezu odraditi pripravnički staž i položiti stručni ispit*
- *Zdravstveni djelatnici, uključujući i liječnike, postaju sve stariji - prosječna dob svih zdravstvenih radnika u zdravstvu je 49,5 godina, što je u usporedbi s 1995. godinom povećanje za 5,9 godina*
- *Mlađi liječnici sve su nezadovoljniji s uvjetima rada i naknadom, što može biti pogubno za zdravstveni sustav počnu li napuštaći Hrvatsku jer će to voditi negativnoj selekciji kadrova i potencijalnom smanjenju kvalitete zdravstvene zaštite. Pri tom valja spomenuti i to da za redovno studiranje jednog liječnika država izdvaja između 350 i 400 tisuća kuna, uz sve troškove koje izdvaja i obitelj*
- *Neophodno je odrediti strateške ciljeve vezane uz planiranje kadrova na razini Vlade i resornog ministarstva, a usklajivanje upisnih kvota na medicinskim fakultetima s potrebama tržišta tek je prvi korak prema mogućoj stabilizaciji stanja u zdravstvu*

Sastanak slovenske i hrvatske komore u Zagrebu

- Tradicionalno dobra suradnja Zdravniške zbornice Slovenije i Hrvatske liječničke komore nastavljena je radnim sastankom dvaju predsjednika i njihovih suradnika koji je održan u našoj Komori 8. studenoga.

Prim. dr. **Andrej Možina**, predsjednik slovenske Komore, i prim. dr. **Hrvoje Minigo**, predsjednik hrvatske Komore, pretresli su trenutnu situaciju u liječništvu u svojim zemljama. Na dnevnom redu našle su se i teme finansijskog stanja u zdravstvu, prekogranična suradnja u pružanju zdravstvene zaštite i priznavanje inozemnih kvalifikacija.

Slovenska Komora prva je koja je osnovana nakon raspada bivše države te je pružila svesrdnu pomoć osnivanju naše Komore i na neki način bila joj uzor. Također, dragocjeni nam je partner i zbog svog iskustva u Europskoj uniji, što nas tek čeka.

Među ostalim, zaključeno je da nam je izvorna problematika zajednička, ali da svatko slijedi svoj put ovisno o političkom okruženju.

I jedna i druga strana istaknule su ne baš dobre odnose sa zdravstvenom administracijom koji se ogledaju u ishitrenom donošenju pojedinih naputaka i pravilnika. Također nam je zajednički nedostatak doktora, ali i preveliko novca u zdravstvenom proračunu. Ne smijemo gubiti vrijeme, zaključili su predsjednici, i ne donositi odluke vezane uz bitna pitanja koja se odnose na zdravlje jer postoji realna opasnost da ćemo izgubiti priključak na modernu medicinu.

Uz predsjednika Možinu, sa slovenske strane sastanku su prisustvovali Brane Dobnikar, dipl. iur. i glavni sekretar Zbornice te prim. dr. **Valentin Sojar**, potpredsjednik Zbornice i predsjednik Odbora za hospitalnu medicinu.

Iz naše Komore sastanku su nazočili savjetnici predsjednika prim. **Egidio Čepulić** i prim. **Danijel Mrazovac**, prvi dopredsjednik dr. **Mario Malnar**, rizničar prim. dr. **Vjekoslav Mahovlić**, predsjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika prof. dr. **Tatjana Jeren Beus**, predsjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost prof. dr. **Ljiljana Perić**, predsjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti prim. dr. **Katarina Sekelj-Kauzlaric** i tajnik Komore **Nikolina Budić**, dipl. iur.

AŠ



Hrvoje Minigo i Zylfija Hundozi sa domaćim i stranim gostima

Naš predsjednik na osnivačkoj skupštini Kosovske komore

- Predsjednik naše Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** prisustvovao je 10. studenoga na osnivačkoj skupštini Liječničke komore Kosova (Chamber of Physicians of the Republic of Kosovo), na kojoj je za predsjednicu izabrana neuropsihijatrica dr. sc. **Zylfije Hundozi**.

Na skupštini Komore koja je osnovana na inicijativu kosovskog ministra zdravstva prof. dr. **Ferida Aganija**, sudjelovalo je 136 delegata, ali i mnogo inozemnih gostiju.

Kosovskim kolegama potporu su tako pružili dr. **Max Kaplan**, potpredsjednik Njemačkog medicinskog udruženja i predsjednik Bavarske državne komore liječnika, te dr. **Otmar Kloiber**, generalni tajnik Svjetskog medicinskog udruženja.

Nakon skupštine je u organizaciji Njemačkog medicinskog udruženja održan i seminar o organiziranju liječnika, preuzimanju aktivne uloge u donošenju odluka, brizi za paciente i o koracima koji su pred novoučinom Komorom.

Na seminaru su sudjelovali i **Birgit Beger**, generalni tajnik Europskog udruženja doktora (CPME), **Michael Schulte Westenberg**, dipl. iur., tajnik Saxony State Chamber of Physicians, te dr. **Ramin Parsa-Parsi** i **Domen Podnar** iz Njemačkog udruženja.

Prim. Minigo je u Prištini boravio na poziv ministra **Aganija** i predsjednika Njemačkog saveznog liječničkog udruženja i Komore prof. dr. **Franka Ulricha Montgomerya**.

AŠ

Izgubljene, otuđene i uništene iskaznice

- Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da su dr. **Niko Erceg**, dr. **Zvonimir Zoger**, dr. **Dubravka Čala** i dr. **Vera Horvat** prijavili gubitak liječničke iskaznice HLK-a, dr. **Sonja Trkulja** prijava je otuđenje iskaznice, a dr. **Karolina Zimak** uništenje iskaznice.

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

Kako izbjjeći sudski spor i medijski linč, a da svi sudionici budu zadovoljni

Tekst i slika Andreja Šantek

- Iako o tome ne postoje službene statistike, primjetno je da posljednjih godina raste broj sudskih postupaka koji se vode protiv pružatelja zdravstvenih usluga. Najčešće se radi o postupcima za naknadu štete, no ne izostaju ni kazneni postupci, a isto tako ni disciplinski postupci pred tijelima Komore.

Sama činjenica da je liječnik izvrnut „progonu“ bilo koje vrste kako bi se utvrdila njegova profesionalna odgovornost navodi na razmišljanje bi li se to moglo riješiti na drukčiji način, prije svega zbog toga da se izbjegnju i drugi negativni popratni efekti koji se ponajprije ogledaju u medijskom prikazivanju slučaja, i to najčešće na senzacionalistički način.

„Opće je poznata činjenica da su sudski postupci dugotrajni i u konačnici skupi, a pravosuđe zatrpano mnogobrojnim tužbama čiji ishodi mogu biti samo rezultat primjene pozitivnih propisa. U toj situaciji uvek je jedna strana nezadovoljna konačnim rješenjem i nerijetko se angažira pravosudni

sustav do maksimuma korištenjem svih redovitih pa i izvanrednih pravnih lijekova kako bi se dokazalo tko je u pravu.

Ova situacija nije samo dio hrvatske stvarnosti, već je dobro poznata i u drugim zemljama i pravosudnim sustavima. Kako bi se iznašlo rješenje, Europski parlament i Vijeće su još u svibnju 2008. godine donijeli Direktivu 2008/52/EC koja je pružila podršku alternativnom rješavanju sporova u Europi“, objašnjava tajnik Komore **Nikolina Budić**, dipl.iur. Naglasila je da je Komora prošle godine donijela odluku o osnivanju vlastitog Centra za medijaciju na kojem se intenzivno radi jer bi se na taj način osiguralo članstvu mogućnost da, koristeći sve prednosti ove vrste rješavanja sporova, što neopterećenije obavljaju svoju primarnu djelatnost, odnosno bave se medicinom.

N. Budić naglašava da mirenje/medijacija kao propisani postupak ni u našim okvirima nije novost jer prvi Zakon o mirenju datira još iz listopada 2003. godine. Od tog

vremena, kaže, već se razvila praksa u onim dijelovima društva u kojima postoji potreba da se sporovi rješavaju brzo, posebice u gospodarstvu, odnosno obrtništvu, odvjetništvu, bankarstvu i sektoru osiguranja pa za te segmente već postoje i registrirani centri za mirenje.

„Uvažavajući sve pozitivne karakteristike i prednosti provođenja postupka mirenja/medijacije u odnosu na druge modele rješavanja sporova, Komora planira u skorijoj budućnosti osnovati vlastiti Centar za mirenje/medijaciju te smo u tom kontekstu počeli pripremati formalno-pravnu podlogu za osnivanje centra“, istaknula je N. Budić, dodajući da je složenost pravnog postupka usporila dinamiku osnivanja centra.

U ovom trenutku, dodaje, ne možemo govoriti o konkretnom datumu, tim više što je na tijelima Komore usvojen prijedlog da ova nova djelatnost uđe kao novina i u odredbe Prijedloga zakona o izmjenama i dopunama Zakona o lječništvu čije je donošenje u nadležnosti Sabora. Nakon toga potrebno je i u Statut Hrvatske liječničke komore unijeti odredbe o postojanju i načinu rada ovog centra, a za to je potrebna i odluka Skupštine Komore.

Također, potrebno je donijeti i Pravilnik o radu Centra za mirenje/medijaciju i postupku mirenja/medijacije kojim će se uređiti ustroj i organizacija Centra, tijek postupka mirenja/medijacije, način odabira izmiritelja te prava i obveze stranaka u postupku/medijacije kao i odrediti formu Sporazuma o mirenju/medijaciji, tj. nagodbe. Potrebno je također, utvrditi Listu izmiritelja, posebno educiranih stručnjaka za provođenje postupka mirenja/medijacije te donijeti Odluku o plaćanju troškova postupka.

„Prema postojećoj legislativi, Komora je ovlaštena pružati zaštitu osobama koje nisu zadovoljne mjerama poduzetim po prigovoru na kvalitetu, sadržaj i vrstu zdravstvene usluge koja im je bila pružena ili se pruža, te su prigovor uputile ravnatelju, upravi ili osobi ovlaštenoj za vođenje poslova trgovackog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost, odnosno privatnom zdravstvenom radniku.



Tajnik Komore Nikolina Budić, dipl. iur., Aleksandra Miščević, dr.med., Kristina Butorac Orlović, dipl.iur., sudac Županijskog suda u Zagrebu Ivica Veselić, dipl. iur., Ljubica Čulić, dipl. iur., Tatjana Strbad, dipl. iur., Žarko Rašić, dr. med., redateljice i dramaturginiye Vesna Muhoberac i Mira Muhoberac

Radionica na kongresu hitne medicine

Sudac Veselić i ostali sudionici radionice demonstrirali su kako izgleda postupak na sudu odnosno postupak medijacije u centru za mirenje

Ta se zaštita u trenutnoj praksi osigurava kroz vođenje disciplinskog postupka pred nadležnim tijelima Komore, odnosno pred Časnim sudom i Visokim časnim sudom, davanjem stručnog mišljenja ili provođenjem stručnog nadzora", navodi N. Budić.

Dodaje da je Komora ovlaštena rješavati i međusobne sporove između svojih članova kao i sporove između trećih osoba i svojih članova. Iako su postupci za rješavanje tih sporova načelno određeni, objašnjava, nema zapreke za uvođenje još jednog novog načina rješavanja spomenutih sporova, pose-

bice ako bi novi model bio učinkovitiji, povjerljiv, brži i manje opterećujući za sudionike, a naravno i jeftiniji.

Na pitanje koje bi se kategorije sporova moglo rješavati na ovaj način umjesto da se stranke upućuju na sada jedino moguće vođenje disciplinskog postupka, N. Budić odgovara da su to, primjerice, i konflikti između članova – uvrede, klevete i slično, zatim radni sporovi između poslodavca i zaposlenog liječnika te građansko-pravni sporovi za naknadu štete koji proizlaze iz domene profesionalne odgovornosti liječnika.

U Komori smatraju da bi se na taj način smanjio i broj disciplinskih postupaka protiv liječnika pred nadležnim tijelima Komore, a iz perspektive liječnika gledano, benefit je i izbjegavanje predimenzionirane medijske buke vezane na pojedine slučajeve.

N. Budić zaključuje da medijacija/mirenje zbog svih istaknutih prednosti ima svoju budućnost u području pružanja zdravstvenih usluga, a da će Komora nastojati u što je moguće kraćem roku ustrojiti prepostavke za njeno provođenje u okviru vlastitog Centra za mirenje/medijaciju.

Što treba znati o mirenju/medijaciji

Nikolina Budić, dipl. iur., tajnik Komore

Što je mirenje/medijacija?

- Prema Zakonu o mirenju to je svaki postupak, bez obzira na to provodi li se u sudu, instituciji za mirenje ili izvan njih, u kojem stranke nastoje sporazumno riješiti spor uz pomoć jednog ili više izmiritelja koji strankama pomažu postići nagodbu, bez ovlasti da im nametnu obvezujuće rješenje.

Primjenjujući navedeno proizlazi zaključak da je mirenje/medijacija jedan od efikasnih načina rješavanja sporova.

Koje su prednosti mirenja/medijacije za liječnike?

Ono što se može smatrati naročito značajnim za liječnike kao sudionike postupka mirenja/medijacije jest povjerljivost postupka, odnosno činjenica da sve izrečeno u postupku ostaje isključivo među strankama. U prednosti spadaju i dobrovoljnost i neformalnost postupka, kontrola postupka od

strane stranaka, zadovoljstvo svih stranaka koje sudjeluju u postupku glede njegovog ishoda po modelu win-win, što znači da se nitko ne osjeća kao gubitnik na završetku postupka. Na kraju, ali ne i manje važna, jesu brzina i niski troškovi postupka u komparaciji s troškovima koji nastaju u bilo kojoj drugoj vrsti sudskog postupka.

Tko su sudionici postupka mirenja/medijacije?

U postupku sudjeluju stranke koje na ovaj način žele doći do rješenja nastale sporne situacije, a kako bi to realizirale pomaže im izmiritelj, odnosno osoba koja na temelju sporazuma stranaka provodi postupak mirenja.

Osim ako su se stranke drugačije dogovorile, stranka ima pravo na punomoćnika (odvjetnika) tijekom mirenja/medijacije. Strankama je moguće posavjetovati se s odvjetnikom prije početka mirenja/medijacije, tijekom postupka mirenja/medijacije te prije sklapanja nagodbe postignute mirenjem/medijacijom.

Kako se bira izmiritelj?

Izmiritelj je stručna osoba koja sa strankama u sporu radi na postizanju rješenja prihvatljivog svim strankama, pomaže im u pregovaranju i sklapanju sporazuma, ali nema ovlast da im nametne obvezujuće rješenje.

Imenovanje izmiritelja obavlja se prema pravilima o kojima su se stranke sporazumjеле. One sporazumno određuju hoće li mirenje provoditi jedan ili više izmiritelja i tko će biti imenovan za izmiritelja.

Ako se stranke ne mogu sporazumjeti o broju ili osobi, odnosno osobama izmiritelja, mogu zatražiti da ih odredi ili da ih imenuje institucija za mirenje ili neka treća osoba.



Nikolina Budić, dipl. iur., tajnik Komore

Izmiritelj je u postupku mirenja/medijacije dužan postupati stručno, svrhovito i nepristrano, a osoba kojoj se ponudi imenovanje za izmiritelja dužna je otkriti sve okolnosti koje bi mogle dati povoda opravданo sumnji u njezinu nepristranost i neovisnost. Nakon imenovanja, izmiritelj je dužan priopćiti takve okolnosti stankama čim za njih sazna, ako to već ranije nije učinio. Izmiritelj može sudjelovati u sastavljanju nagodbe i predlagati njezin sadržaj.

Kako se pokreće i koliko traje postupak mirenja/medijacije?

Postupak mirenja/medijacije pokreće se na prijedlog jedne stranke, koji prihvata protivnica stranka ili na zajednički prijedlog stranaka.

Za pokretanje postupka mirenja nije potrebno unaprijed sklopiti sporazum kojim se stranke obvezuju da će buduće sporove rješavati mirenjem. Ako se stranke nisu drugačije sporazumjele, druga se stranka o prijedlogu za provođenje mirenja mora izjasnit u roku od 15 dana od dana kada je primila prijedlog za provođenje mirenja ili u drugom roku za odgovor naznačenom u prijedlogu. Ako se druga stranka o prijedlogu za provođenje mirenja ne izjasni u navedenom roku, smatraće se da je prijedlog odbijen.

Trajanje postupka mirenja/medijacije je različito, i to ovisno o sporu i njegovoj

složenosti, a također ovisi i o spremnosti stranaka da riješe spor. Postupak mirenja/medijacije može završiti na samo jednom sastanku, nakon svega nekoliko sati. U složenijim sporovima može se održati više sastanaka u nekoliko dana ili tjedana, a u svakom slučaju, mirenje/medijacija je neusporedivo vremenjski kraće od sudskog postupka.

Mirenje se provodi na način o kojem su se stranke sporazumjele, a izmiritelj pri vođenju postupka zadržava pravičan i jednak odnos prema strankama. Izmiritelj se u postupku mirenja može sastajati sa svakom od stranaka odvojeno.

Ako se stranke nisu drugačije sporazumjele, izmiritelj može informacije i podatke koje je primio od jedne stranke prenijeti drugoj stranci samo uz njezin pristanak.

Kada je postupak mirenja/medijacije završen?

Završen je u sljedećim slučajevima:

- Ako je jedna stranka uputila drugim strankama i izmiritelju pisanu izjavu o odustajanju od postupka mirenja, osim ako u postupku nakon odustajanja jedne stranke sudjeluju dvije ili više stranaka koje su voljne mirenje nastaviti.
- Ako su stranke uputile izmiritelju pisanu izjavu o dovršetku postupka.
- Odlukom izmiritelja da se postupak mirenja obustavlja, donesenom u pravilu

nakon što je o tome strankama bila dana mogućnost da se izjasne, a zbog toga što daljnje nastojanje da se postigne mirno rješenje spora više nije svrhovito.

- Ako se nagodba ne sklopi u roku od 60 dana od početka mirenja, odnosno u drugom roku u skladu sa sporazumom stranaka.

- Sklapanjem nagodbe koja je ujedno i najpovoljniji ishod postupka mirenja/medijacije.

Stranke mogu odlučiti svoj spor, poslovni ili drugi odnos rješiti mirenjem/medijacijom prije ili tijekom sudskog postupka, pa čak i nakon njegovog okončanja.

Tko plaća troškove mirenja/medijacije?

Troškovi mirenja ovise o instituciji u kojoj se mirenje provodi, ali postupak mirenja/medijacije jeftiniji je od sudskog postupka. U aktualnoj praksi provođenja postupka mirenja/medijacije pred sudovima mirenje/medijacija je za stranke besplatna. Pokretanjem postupka mirenja prije pokretanja sudskog spora ostvaruju se znatne uštede na sudskim pristojbama, te na brojnim drugim troškovima povezanim s vođenjem sudskega postupaka.

.....

Vijest koja je stigla tik prije tiska

Liječnicima uvedena radna obveza, Kolektivni ugovor bez njihovog potpisa

• Hrvatska Vlada na sjednici 14. studenoga doktorima je uvela radnu obvezu čime je prekinut dvomjesečni štrajk u bolnicama. Obrazlažući tu odluku, zamjenik ministra zdravljia prim. dr. **Marijan Cesarik** naveo je da su 'štrajkom liječnika ugrožena osnovna načela u pružanju zdravstvene zaštite stanovništva i onemogućena redovita, sveobuhvatna, kontinuirana zdravstvena zaštita hrvatskih građana, koja je zajamčena Ustavom i zakonom'.

"Budući da je zdravstvena zaštita od posebnog interesa za Hrvatsku, koja se obavlja kao javna služba, u cilju sprječavanja štetnih posljedica po zdravlje stanovnika uvodi se radna obveza", rekao je dr. Cesarik.

Doktori predvođeni predsjednikom Hrvatskog liječničkog sindikata (HLS) dr. **Ivicom Babićem** rekli su da će poštivati radnu obvezu, ali i da će zatražiti preispitivanje zakonitosti te odluke. Također su najavili da neće prekinuti štrajk.

"Onog trenutka kad radna obveza prestane, štrajk će se ponovno pokrenuti", naglasio je dr. Babić koji je u nedjelju, 17. studenoga,

u Hrvatskom liječničkom domu predsjedao izvanrednom skupštinom sindikata. Na skupštini je i formalno potvrđeno da liječnici neće potpisati ponuđeni kolektivni ugovor jer smatraju da se njime nudi 'srmatna cijena rada'.

Tako HLS još uvijek nije ostvario svoj cilj, a to je poboljšan materijalni status liječnika kroz Kolektivni ugovor o kojem su posljednjih mjesec i pol dana pregovarali s resornim ministrom prof. dr. **Rajkom Ostojićem** i zbog kojeg su, u konačnici, i organizirali štrajk. Odlukom Vlade liječnicima su za listopad umanjene plaće za vrijeme provedeno u štrajku, a iz HLS-a su poručili da će zbog toga podnijeti pojedinačne tužbe protiv bolnica, a u međuvremenu će kolegama nadoknaditi novac iz sindikalne blagajne.

Iako su nekoliko puta najavljivali kako će početi prikupljati kuvertirane otkaze liječnika, iz HLS-a su poručili da za sada odustaju od te akcije budući da nisu sigurni je li to zakonito tijekom uvedene radne obveze, ali i da su to od njih zatražili i pacijenti.

No, poručili su kako neće raditi više od onoga što je propisano zakonom, a to je najviše 48 sati tjedno te su pozvali liječnike koji nisu povukli suglasnost na rad dulji od 48 sati da to što prije učine.

HLS će o trenutnom stanju izvjestiti i kolege u inozemstvu, odnosno u Europskom udruženju liječnika.

AŠ

.....

Naglasci s konferencije **Hospital Days** u Opatiji

Pred zdravstvom je još jedna teška godina

Tekst i slike Andreja Šantek

- Zdravstveni sustav je ekonomija.

Na zdravstvo treba gledati kao na investiciju, a ne kao na potrošnju. Starost je luksuz, a luksuz je skup. Ako provedemo informatizaciju bit će moćno jasni i transparentni. Zbog doktora i sestara vjerujem u hrvatsko zdravstvo koje ima i velik tržišni potencijal. Ovo su samo neke od poruka koje je uputio ministar zdravlja prof. dr. **Rajko Ostojić** s konferencije Hospital Days koju je u Opatiji krajem listopada organizirala tvrtka IN2.

Na njoj su sudjelovali i ravnatelji zdravstvenih ustanova, pomoćnici za kvalitetu i informatizaciju, predstavnici zdravstvene administracije, Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, udruge pacijenata, farmaceutske industrije. Naglasak konferencije bio je stavljen na poslovanje bolnica, dok se kroz većinu tema provlačila i važnost informatičke tehnologije u zdravstvu.

Govoreći na konferenciji, ministar Ostojić najavio je još težu godinu za zdravstveni sustav navodeći da će u proračunu za 2014. godinu nedostajati oko 3,5 milijarde kuna.

„Ovaj problem djelomično ćemo riješiti reformama, što znači da će nam realno nedostajati oko 1,5 milijardi kuna“, pojasnio je prof. Ostojić naglašavajući da nas očekuje veliko restrukturiranje u sustavu. Prije svega se to odnosi na tri projekta koja se planiraju financirati iz fondova Europske unije: izdvajanje nemedicinskih djelatnosti iz bolnica, masterplan bolnica te strategija razvoja ljudskih potencijala.

Pomoćnica ministra za pravne i finansijske poslove **Ljubica Đukanović**, dipl.iur., podsjetila je da se krenulo u sanaciju bolnica s ciljem postizanja finansijske stabilnosti ustanova, jačanja odgovornosti u njihovom upravljanju, povećanja kvalitete i efikasnosti u pružanju usluga.

„Osnovni cilj je ne stvarati nove gubitke u ustanovama, odnosno upravljati troškovima. Potreban je stvaran zaokret u poslovanju ustanova te utvrditi što se sve mora poduzeti radi uravnoteženja proračuna, odnosno plana prihoda i rashoda ustanove“, naglasila je Lj. Đukanović. Također je istaknula da se ne može očekivati smanjenje

troškova za 30 posto ako istovremeno plaće u bolnicama, odnosno fiksni trošak, iznosi 80 posto bolničkog proračuna. Do sada je podmiren dio obveza, dodala je, smanjeni su rokovi plaćanja, i to prvenstveno na strani HZZO-a, te su utvrđene mjere reorganizacije. Govoreći o novom menadžmentu u bolnicama naglasila je da ljudi koji su uzrokovali probleme ne mogu ih ujedno i rješavati te je pri tom citirala Alberta Einsteina navodeći da je ‘Ludost uvijek iznova raditi iste stvari i očekivati drukčije rezultate’. Obećala je i da će sustav u dogledno vrijeme biti informatički povezan te će svi podaci biti dostupni.



Ministar zdravlja Rajko Ostojić, predsjednik Udruge poslodavaca u zdravstvu Mile Klepo, moderator Željko Kardum

Prof. dr. **Stipe Orešković** s MEF-a u Zagrebu istaknuo je da je svugdje u svijetu prisutan stalni pad ekonomije i stalni rast zdravstvene potrošnje. Podsjetio je da smo do sada imali čak 12 sanacija zdravstvenog sustava na koji je potrošeno 46 milijardi kuna, dok je Lj. Đukanović naglasila da do sada zapravo nije bilo niti jedne prave sanacije već smo ustvari pokrivali troškove.

„Nemoguće je reformirati zdravstveni sektor bez opće reorganizacije uprave, treba se odlučiti u koji će se model naš zdravstveni sustav razvijati, odnosno ne dozvoliti da se stihiski razvija. Restruktuiranje nema smisla bez općeg okvira i povezanosti unutar sustava, mreža je pojam svega što se događa u zdravstvu, a menadžer mora biti taj koji stvara mrežu, povezuje na svim razinama, upravlja i vodi prema ciljevima, razumije tehnologije i procese“, naglasio je prof. Orešković. Dodao je da doktori koji tvrde da bi više radili da imaju veće limite ne razumiju zdravstvenu ekonomiju, odnosno da je zdravstvena potrošnja beskonačna i da nema tog limita koji zdravstvo ne može potrošiti.



Željko Kardum, moderator, Damir Mihalić, prof. dr. Rajko Ostojić, mr. sc. Marcel Medak, doc. dr. Zlatko Giljević



Sanacijski upravitelj Klinike za dječje bolesti Zagreb Osman Kadić, dipl. iur, sanacijski upravitelj KB Dubrava dr. Dragan Korolija Marinić, pomoćnica ministra zdravljia Ljubica Đukanović, dipl.i ur., sanacijski upravitelj OB Varaždin dr. Dubravko Tršinski, profesor na zagrebačkom MEF-u Stipe Orešković, moderator Željko Kardum

„Trenutno imamo sustav u kojem onaj tko plaća – pacijent, ne zna što mu treba, a onaj tko prepisuje i zna što pacijentu treba – doktor, ne zna koliko to stoji“, naglasio je prof. Orešković.

Poslovanje bolnica

Ravnatelj Klinike za dječje bolesti Zagreb **Osman Kadić**, dipl.iur., naglasio je nekoliko uzroka postojećeg negativnog stanja u zdravstvu: nerazvijenost sustava finansijskog upravljanja bolnicama, odnosno neracionalno poslovanje, neusklađenost prava na zdravstvenu zaštitu s limitima bolnica, neracionalna potražnja za zdravstvenim uslugama, loša suradnja primarne i sekundarne razine zdravstvene zaštite, ugovaranje bolničke i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite na razini 90-ih godina (broj kreveta, dani liječenja itd.), neracionalno postavljen sustav vrednovanja zdravstvenih usluga.

„20 godina HZZO utvrđuje cijenu temeljem novca koji ima, odnosno izračunava koliko usluga može kupiti, a ne cijenu“, kazao je O. Kadić.

Ravnatelj Kliničke bolnice Dubrava dr.sc. **Dragan Korolija Marinić** naglasio je da je i njihov proračun smanjen u odnosu na prošlu godinu za oko tri milijuna kuna. No, uspjeli su napraviti 11 posto više pregleda u SKZZ-u te su za četiri posto smanjili potrošnju lijekova.

„No, ne možemo utjecati na fiksne troškove, odnosno plaću i izdatke za energente“, naglasio je dr. Korolija Marinić. Dodao je da bolnica već 10 godina ima bolnički informatički sustav koji će uskoro biti integriran na način da će svi voditelji odjela svakodnevno imati podatke o potrošnji, pokazateljima kvalitete i svemu što im je potrebno za racionalno upravljanje.

Kvaliteta i akreditacija

Na konferenciji se raspravljalo i o kvaliteti u bolnicama te o postupcima akreditacije bolnica, a ravnateljica Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi prof. dr. **Jasna Mesarić** istaknula je da rade na poboljšanoj verziji akreditacijskih standarda za bolničke ustanove (CroS 2).



Predstojnik Klinike za kardijalnu kirurgiju KBC Zagreb prof.dr. Bojan Biočina, ravnateljica Agencije za kvalitetu i akreditaciju prof. dr. Jasna Mesarić, predsjednik Komore prim.dr. Hrvoje Minigo, pomoćnica ravnatelja za kvalitetu KB Sv. Duh Marija Kadović



Pomoćnik ministra zdravljia dr. Luka Vončina, izvršni direktor IFI-ja Sani Pogorilić, ravnatelj HZZO-a prim. dr. Siniša Varga, sanacijski upravitelj KB Dubrava dr. Dragan Korolija Marinić

Uvođenje sustava kvalitete mora biti osmisljeno i planirano, dodala je, a cilj nam je da standardi budu spremni za siječanj 2014. godine.

„Promjena ima oko 20 posto, ali su ključne za međunarodno priznavanje akreditacijskih standarda“, naglasila je prof. Mesarić. Dodala je da su istraživanja pokazala da je prednost imati nacionalni akreditacijski program, ali i kako su u pregovorima s The International Society for Quality in Health Care (ISQua) za dobivanje certifikata. U Hrvatskoj akreditacija nije obvezna, a trošak snosi ustanova koja želi provesti akreditacijski postupak.

Pomoćnica ravnatelja za kvalitetu i nadzor u KB-u Sv. Duh **Marija Kadović**, mag. med. techn., naglasila je kako je bolnica spremna za akreditaciju jer su posljednjih nekoliko godina razvili vlastiti sustav te prate oko 50 indikatora kvalitete.

„No, izostala je analiza i evaluacija na nacionalnoj razini, odnosno nemamo mogućnost usporedbe s ostalim bolnicama jer ne postoji baza podataka za određene standarde“, kazala je M. Kadović. Na slične je probleme upozorio i ravnatelj KBC-a Zagreb doc. dr. **Zlatko Giljević** govoreći da i iz njihove ustanove uredno šalju indikatore u Ministarstvo zdravlja i Agenciju, ali da se oni ne objavljaju i ne uposređuju s ostalim bolnicama. „Obvezni smo slati indikatore, a čija je odgovornost da nam da povratne informacije koje u ovom trenutku ne dobivamo“, pao je prim. Giljević. Iz KB-a Sv. Duh najavili su pokretanje postupka međunarodne akreditacije. Pojasnili su da su dvije godine čekali dovršetak natječaja koje je prije dvije godine raspisao HZZO i koji je trebao platiti postupak akreditacije za 20 bolnica, ali se to do danas nije dogodilo.



Ravnatelj ustanove Thalassotherapy Emil Bratović, sanacijski upravitelj KB Dubrava dr. Dragan Korolija Marinčić, pomoćnica ministra zdravlja Ljubica Đukanović, profesor na zagrebačkom MEF-u Stipe Orešković

„Točno je da su izašla dva natječaja, ali je upitna njihova zakonska osnova. U pregovorima smo s ravnateljem HZZO-a i uskoro ćemo izaći u javnost s dogовором“,

naglasila je prof. **Mesarić** poručivši KB-u Sv. Duh da zakon jasno kaže: ako bolnica kreće u postupak akreditacije to mora učiniti po nacionalnim standardima.

Na panelu o kvaliteti zdravstvene skrbi sudjelovalo je i predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo**, koji je istaknuo da je Komora aktivno sudjelovala u izradi Zakona o kvaliteti.

„Zadatak Komore je brinuti se da njezini članovi pružaju kvalitetnu zdravstvenu zaštitu i stoga aktivno radi na uspostavi uvjeta koji će to omogućiti. To su prije svega kvalitetni zakonski propisi, sustavi upravljanja kvalitetom u ustanovama, akreditacijski standardi te procjena zdravstvenih tehnologija“, istaknuo je prim. Minigo, koji je ujedno i član Upravnog vijeća Agencije od njezinog osnivanja.

Uz to, naglasio je, prim. dr. **Katarina Sekelj-Kauzlaric**, predsjednica Komorinog Povjerenstva za ostale bolničke djelatnosti, aktivno sudjeluje u radnoj skupini zaduženoj



Sanacijski upravitelj KBC-a Rijeka prof. dr. Herman Haller i sanacijska upraviteljica KBC Sestre milosrdnice prof. dr. Vesna Šerić



Prof. dr. Ljiljana Perić, Nikolina Budić, dipl. iur., dr. Ante Županović

za reviziju i poboljšanje akreditacijskih standarda, kao i niz drugih članova Komore.

„Poboljšanje kakvoće skrbi počinje uvjerenjem da je ono izvedivo i moguće. To se ne događa slučajno nego mora biti osmisljeno i planirano. Niz djelatnosti poboljšavanja podrazumijeva spremnost liječnika da promijene svoje ponašanje, pristup i praksu na osnovi nalaza i savjeta procjene“, zaključio je dr. Minigo riječima prof. Reubena Eldara.

Potrošnja lijekova

Govoreći o potrošnji lijekova u Hrvatskoj, ravnatelj HZZO-a prim. dr. Siniša Varga, dr. stom., ustvrdio je da je ona neracionalna jer se ne pridržavamo smjernica, ali i da je činjenica da na listama nedostaje lijekova, što je posljedica ograničenog proračuna za lijekove.

Proračun je u ovoj godini iznosi 2,9 milijardi kuna te još 500 milijuna kuna za skupe lijekove. Podsetio je da je 1. siječnja uveden PDV na lijekove od pet posto, da je u proračunu bilo manje 30 milijuna te da je ukupno nedostajalo 700 milijuna kuna.

Predstavnik Inovativne farmaceutske inicijative koja okuplja inovativne proizvođače lijekova, **Sani Pogorilić**, istaknuo je da ukupna potrošnja u zdravstvu raste više od osam posto dok potrošnja lijekova pada u ukupnom udjelu, što znači da nisu lijekovi ti koji generiraju trošak.

„Uz to, hrvatske cijene lijekova su na razini 73 posto prosječne razine cijena u Europskoj Uniji pa već imamo primjere ‘parallel tradea’, odnosno izvoz lijekova“, naglasio je Pogorilić.

Dodao je i da svaki četvrti ili peti Hrvat ne dobije lijek koji bi dobio da živi u nekoj drugoj zemlji EU-a te da novi lijekovi kasne u Hrvatsku i do šest godina. Zaključio je da treba omogućiti liječenje u bolnicama

u skladu s algoritmima liječenja koje donose stručna društva prema medicini utemeljenoj na dokazima.

Dr. **Varga** je istaknuo i to da je HZZO samo ‘financijer’ dok netko drugi odlučuje što se mora platiti, donosi standarde i upravlja bolnicama.

Na kraju, zaključeno je da s izdvajanjem od 700 dolara imamo zdravstvo poput zemalja koje izdvajaju 1500 do 1600 eura te da zdravstveni sustav nije tako loš kao što se to čini pacijentima, ali ni tako dobar kao što to misli zdravstvena administracija.

.....

Informatizacija

- Oko 30 posto bolničkih proračuna, odnosno oko 3,5 milijardi kuna raspoređeno je po sustavima koji nisu informatički podržani, a osnovni je razlog nedostatak novca, istaknula je **Branka Lasić**, direktorka sektora zdravstva u tvrtki IN2.

Upozorila je da je svjetski prosjek izdvajanja za informatizaciju 3,4 posto proračuna, dok naše bolnice troše manje od 1 posto.

„Informatizacija PZZ-a trajala je 1desetgodina, a toliko bi mogla trajati i implementacija u bolnicama gdje danas radi svega 180 informatičara, a to je daleko premali broj za opseg posla koji je potrebno napraviti“, istaknula je B. Lasić, dodajući da bi, s obzirom na postojeće stanje, za informatizaciju zdravstva trebalo oko 300 milijuna kuna godišnje. Predsjednik Uprave IN2



Direktorica za zdravstvo u IN2
Branka Lasić

Ante Mandić naglasio je da je za brzu i kvalitetnu sanaciju bolnica potrebno imati brojne informacije o stanju u zdravstvu, što nije moguće bez završetka procesa informatizacije bolnica.

Prema riječima stručnjaka, informatizaciju još treba provesti u četiri velike bolnice (KBC Sestre milosrdnice, KBC Split, KBC Osijek i Klinika za zarazne bolesti Dr. Fran Mihaljević) te još 15 manjih općih bolnica. Taj bi projekt stajao između 30 i 40 milijuna kuna, a trajao bi od tri do šest mjeseci za manje bolnice, odnosno do godinu dana za KBC-e. Mandić je naglasio i da se na informatizaciji može uštedjeti, odnosno da se napravi cloud zdravstvenog rješenja, što znači da bolnice ne moraju investirati u hardver, mrežu i slično.

Zamjenica ravnatelja HZZO-a **Tatjana Prenda-Trupc** predstavila je prvu verziju elektroničkog zdravstvenog zapisa (eKarton) i druge projekte napravljene u proteklih godinu dana. Naglasila je da planovi idu u smjeru integracije, konsolidacije, certifikacije i povezivanja s drugim tijelima i institucijama u Hrvatskoj, ali i EU-u.

„Vrlo jasna strategija i izvrsni projekti eZdravstva prepoznati su u Europi, a Hrvatska je jedan od važnih sugovornika o svim pitanjima vezanima uz informatizaciju zdravstva Europe i međusobnog povezivanja na prekograničnoj suradnji“, istaknula je T. Prenda Trupc. Pomoćnik ravnatelja za informatiku KBC-a Zagreb **Miroslav Mađarić** rekao je da sukladno Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020. treba ustanoviti instituciju koja će uspostavljati i voditi informatizaciju zdravlja u Hrvatskoj. Istaknuo je da sve što je napravljeno za PZZ treba napraviti i u bolnicama te povezati sve sustave, pri čemu je važno osigurati međusobnu komunikaciju unutar sustava.

.....



U Zagrebu ugrađen implantat zdjelice

• U Klinici za traumatologiju KBC-a Sestre milosrdnice početkom listopada izvedena je uspješna operacija ugradnje implantata zdjelice 67-godišnjoj pacijentici izrađenog po mjeri, koji je u cijelosti konstruiran i proizведен zahvaljujući hrvatskim stručnjacima.

Ovim pothvatom liječnici iz Traume predvođeni prof. dr. Robertom Kolundžićem te uz veliku pomoć stručnjaka iz tvrtke Instrumentaria i zagrebačkog Fakulteta strojarstva i brodogradnje, upisali su se u analne medicine u Hrvatskoj i u ovom dijelu Europe budući da ugradnja implantata takve vrste dosad nije zabilježena u literaturi u zemljama regije a pripada najnovijem obliku liječenja primjenom visoke tehnologije u medicini.

– Sve tri strane koje su sudjelovale u projektu obavile su svoj dio posla. Posao nas liječnika na Klinici za traumatologiju bio je da detektiramo problem i nađemo rješenje. Ortopedski tim u suradnji s inženjerima Instrumentarije kompjutorski je nakon toga rekonstruirao dio zdjelice, odnosno izradio 3D rekonstruktivni implantat koji treba ugraditi te je potom izrađen i model. Biomehaničko ispitivanje implantata obavljeno je na Fakultetu strojarstva i brodogradnje. Kad je implantat bio gotov i ispitani, slijedila je sedmosatna operacija. Ugradnjom implantata po mjeri nadomješten je uklonjeni dio kosti, što će pacijentici omogućiti veću pokretljivost. Nakon ove operacije možemo reći da je personalizirana medicina došla u Kliniku za traumatologiju – istaknuo je prof. Kolundžić. Pacijentici, koja se dobro oporavlja, moralo se zbog raširenosti tumora po zdjelici, ukloniti veći dio kosti, što nije bilo moguće nadomjestiti standardnim rekonstruktivnim implantatima, nego ugradnjom implantata rađenog po mjeri. Da se nisu odlučili za ovakav zahvat,

• Pacijentici je operirao tim prof. dr. Roberta Kolundžića, koji je ujedno i predsjednik Hrvatskog ortopedskog društva. U timu su bili dr. Srećko Sabalić, dr. Tomislav Čengić, dr. Tadija Petrović, prim. dr. Marija Rakarić te anesteziozni i medicinske sestre operacijskog bloka Klinike za traumatologiju. Ekipu stručnjaka tvrtke Instrumentaria činili su Atif Cakor i Krešimir Šoštarko dok je stručnjake s Fakulteta strojarstva i brodogradnje predvodio prof. Janoš Kodvanj.



Prof. dr.
Robert
Kolundžić

dodao je prof. Kolundžić, pacijentu se moglo pustiti da živi s tumorom onoliko koliko sama primarna bolest određuje život ili pak pristupiti amputaciji čitavog lijevog dijela tijela.

Implantat je u cijelosti konstruiran u suradnji ortopedskog tima Klinike za traumatologiju i inženjera tvrtke Instrumentaria, dok je biomehanička studija obavljena na Fakultetu strojarstva i brodogradnje u Zagrebu. Nakon dizajniranja implantata obavljena su detaljna kompjutorska testiranja pozicije te procjene rizika zbog pomaka i naprezanja implantata u interakciji s prirodnim kostima pacijentice. Kad je utvrđeno da implantat pacijentici potpuno odgovara, otprintan je na 3D laserskom printeru sinteriranjem titanskog praha.

Zbog točnosti, brzine i ekonomičnosti, 3D tisak ljudskog tkiva predstavlja revoluciju u proizvodnji implantata i smatra se da su personalizirani implantati budućnost svjetske medicine. Na pitanje hoće li takvi zahvati uskoro postati standardom u Hrvatskoj, prof. Kolundžić je naglasio da su, nažalost, takvi implantati još uvijek izuzetno skupi pa se zasad ne može očekivati njihova primjena u standardnim operacijama. Naime, cijena implantata izrađenog po mjeri koji je ugrađen pacijentici stajao je oko 100.000 kuna.

“Ovo je jedan od vrhunskih medicinskih uspjeha u cijeloj regiji i dokaz da smo u Hrvatskoj na najboljem tragu da radimo vrhunsku medicinu”, istaknula je sanacijska upraviteljica KBC-a Sestre milosrdnice prof. dr. Vesna Šerić, dodajući da su se u tom velikom uspjehu spojile medicinska struka koja



Ekipa iz tri institucije

je odredila indikaciju, znanost koja je odredila način kako će se napraviti proteza, te tvrtka Instrumentaria koja je izradila implantat. Pacijentici je u pratnji liječnika i stručnjaka koji su sudjelovali u ovom projektu obišao i ministar zdravlja Rajko Ostojić.

– Došao sam se pokloniti cijeloj ekipi na sjajno održanom poslu. Pacijentica je u odličnom stanju. Ovo je tipičan primjer hrvatske pameti. Ovo je dokaz kako se uz vrhunska znanja i vrhunsku tehnologiju postigu ovakvi iznimni rezultati i uspjesi u personaliziranoj medicini. Hrvatska medicina i ovime potvrđuje da je trend u jugoistočnoj Europi – kazao je ministar Ostojić. AŠ



Akademik Josip Madić o ekologiji virusa influence

• U Hrvatskoj akademiji znanosti i umjetnosti održao je 17. listopada akademik Josip Madić predavanje Ekologija virusa influence.

Gоворio je o проширености вируса influence типа A код птица и сисавца и притом истакнуо да су нјихов rezervoар и првани домаћин птице, посебно дивље патке, гуске, лабудови, галебови и још неке врсте, због чега се тај тип грипе и назива птичјом грипом. Вирус се у зараженим птицама умножава у crijevnom epitelu и у великим се количинама излажује изметом у околиш. При својим сеобама птице преносе вирус на велике удалjenosti, а притом може доћи и до измене подтипова вируса.

Akademik Madić je upozorio da vođena perad predstavlja izvor infekcije за ко-кош и purana i da povremeno dolazi do измене virusnih gena između вируса из rezervoara i drugih врста домаћина, и перади, или и сисавца, примjerice свиња, конја, мінка, тулјана, кита и човека. Међу тим животињама важну посред-

ničku ulogu ima svinja te se javlja meksička ili svinjska gripa. Kako je kazao akademik Madić, složenost ekologije virusa influence proizlazi iz segmentiranosti njihova genoma pa se u njih često javlja preslagivanje odnosno kombiniranje virusnih segmenata između dva ili više podtipova virusa. Na taj način nastaju novi sojevi virusa, sposobni za brzo širenje u prijeljivim vrstama.

O stručnom radu akademika Madić, koji je redoviti profesor Veterinarskog fakulteta u Zagrebu, uvodno je govorio glavni tajnik Akademije akademik Pavao Rudan, istaknuvši njegova istraživanja na području veterinarske virologije i vakcinologije.



moći ne bismo uspjeli organizirati ovu akciju. Svakako valja spomenuti mlade instruktore HD-a za reanimatologiju HLZ-a koji su s beskrajnom ljubavlji, entuzijazmom i ozbiljnošću prihvitali zadatak edukacije laika.

Ponosni smo na naše najmlađe sugrađane, djecu, jer su potpuno svladala osnovnu informaciju - broj telefona koji treba zvati do samog postupka defibrilacije AVD-om. Djeca koja su spontano i samoinicijativno poželjela naučiti postupke reanimacije izmamila su osmijeh na mnogim licima. Da, zaista, Hrvatska i Europa su toga dana kučala istim, zajedničkim ritmom - ritmom želje da što više ljudi nauči postupak oživljavanja te tako spasi sto tisuća ljudskih života godišnje. Jer "ako spasiš jedan život, spasio si cijeli svijet".

*Ines Lojna Funtak, predsjednica HD-a za reanimatologiju HLZ-a
(ines.lojna.funtak@gmail.com)*

Europski dan «Oživi srce!»

- Dana 16. listopada bila je cijela Evropa u ritmu 100-120 u min! Toga je dana obilježen "Prvi europski dan podizanja svijesti o srčanom zastoju Oživi srce! (Restart a Heart Day). I u lijepoj našoj, najmlađoj članici EU-a, ritam je bio identičan.

U Koprivnici, Varaždinu, Čakovcu, Slavonskom Brodu, Rijeci, Zagrebu i Dubrovniku vrijedni instruktori HD-a za reanimatologiju HLZ-a družili su se cijeli dan s našim sugrađanima na glavnim gradskim trgovima. Cilj je u cijeloj Evropi i Hrvatskoj bio isti: upoznati i osvijestiti što više građana o potrebi pružanja kardio-pulmonalne reanimacije osobama sa zastojem srčanog rada. Ali to još nije sve!

Prolaznici su naučili koristiti i automatski vanjski defibrilator (AVD). U Hrvatskoj je na taj način oko 500 ljudi postalo svjesno da sa svojim postupkom «zovi-masiraj-defibriliraj» mogu spasiti ljudski život. I za to dobiti nagradu - osmijeh. 500 ljudi postalo je svjesno da je najgore ne činiti ništa. Zahvaljujući javnim medijima nadamo se da je brojka znatno veća. Prepoznavši važnost ove akcije, predsjednik RH **Ivo Josipović** ponudio je svoje pokroviteljstvo, što smo s velikim ponosom prihvatali. U našim gradovima tako su se mogli vidjeti ministri, gradonačelnici, predsjednice i predsjednici komora, pročelnici ureda za zdravstvo i mnoštvo drugih znanih i neznanih ljudi iz našeg susjedstva kako s velikim zanimanjem i žarom slušaju upute instruktora te potom marljivo vježbaju. Ni kiša u nekim našim gradovima nije pokvarila entuzijazam zainteresiranih. S posebnom zahvalnošću moramo spomenuti udrugu građana "Veliko srce - malom srcu" bez čije po-

sc. **Ivana Marasović Šušnjara**, spec. javnog zdravstva.

Zatim je prim. mr. sc. **Ankica Smoljanović**, dr. med.. specijalist soc. med. i org. zdr. zaštite prezentirala „Javnozdravstvenu procjenu potreba za palijativnom skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji“ koju je izradio stručni tim iz NZJZ SDŽ-a u sastavu; prim. mr. sc. Ankica Smoljanović, dr. med., spec. soc. med. i org. zdr. zaštite; prim. doc. dr. sc. **Mladen Smoljanović**, dr. med. i spec. epidem.; dr. sc. **Ivana Marasović Šušnjara**, dr. med. i spec. javnog zdravstva; mr. **Ivana Bočina**, dr. med. i spec. javnog zdravstva; **Inga Vučića**, dr. med., spec. javnog zdravstva; univ. mag. sanit. publ. **Zoran Primorac**; dipl. ing. elektrotehnike u suradnji s **Marijom Županović**, glavnom sestrom KBC-a Split.

Analiza je imala za cilj argumentirano razmotriti postoji li potreba za sustavnom palijativnom skrbi u SDŽ-u te iskazati otvorenost naše javnozdravstvene djelatnosti za suradnju u izradi organizacije, uspostavljanja i evaluiranja palijativne skrbi u SDŽ-u.

Na temelju rezultata naše javnozdravstvene procjene zastupamo potrebu organiziranja sustavne palijativne skrbi u SDŽ-u jer ona ima sustavan pristup potrebljama teško bolesnih. Oni se sa svojom obiteljima suočavaju sa svom težinom neizlječivosti svojih bolesti te da je stoga i bolesniku i njegovoj obitelji potrebna snažna životna potpora zajednice u kojoj živi, dakle u svim gradovima i općinama priobalja, Zagore i otočka SDŽ-a.

*Prim. mr. sc. Ankica Smoljanović
Dr. sc. Ivana Marasović Šušnjara
(ivana_ms@yahoo.com)*

Potreba za palijativnom skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji

- Povodom obilježavanja Svjetskog dana hospicija i palijativne skrbi održan je u Nastavnom zavodu za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije 17. listopada stručni skup „Javnozdravstvena procjena potreba za palijativnom skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji“.

Demografske promjene stanovništva prisutne u svijetu, a i kod nas, praćene su sve većim udjelom starijih i teških kroničnih bolesnika, dementnih, umirućih. Svakodnevno ljudi u terminalnoj fazi svoje bolesti pate nepotrebnu bol bez odgovarajuće skrbi. Sve to zahtijeva nov pristup i organizaciju novog modela zdravstvene skrbi. Kvalitetna hospicija/palijativna skrb, koja ima za cilj zadovoljiti potrebe cijele osobe, može i treba dati odgovor na ovaj problem naglasila je u uvodnom dijelu predavanja dr.

Edukacija i suradnja s Children's Hospital Boston

- Prof. dr. sc. **Andrea Cvitković Roić** bila je u lipnju i srpnju 2013. na edukaciji iz neurourološke dijagnostike i terapije u Children's Hospital Boston, Harvard Medical School. Children's Hospital Boston godinama je najbolje rangirana i jedna od najvećih dječjih bolnica, koja pruža potpunu zdravstvenu skrb u dobi do 21. godine života.

Edukaciju je provela pod mentorstvom prof. dr sc. **Stuarta Baueru**, jednog od vodećih svjetskih pedijatrijskih urologa, autora brojnih udžbenika i radova iz ovog područja, dobitnika brojnih prestižnih na-



grada i predsjednika International Children's Continence Society.

Neurourološki Centar dječje bolnice u Bostonu ima preko 25 godina iskustva u procjeni, dijagnostici i liječenju neurogenih i neneurogenih poremećaja dječjeg mokraćnog sustava. Disfunkcije mokraćnog mjehura, urinarna inkontinencija i uroinfekcije česti su u dječjoj dobi. Jedan od četiri slučaja disfunkcije mokraćnog mjehura u dječjoj dobi povezan je s poremećajima mišića ili živaca koji ih kontroliraju i naziva se neurogeni mokračni mjehuri.

Neurogene disfunkcije urotakta mogu biti prirođene, kao npr. kod djece sa mijelomeningokelom, ili mogu nastati kao posljedica trauma, tumora ili neuroloških bolesti.

U Neurourološkom centru provodi se ciljana dijagnostika disfunkcije mokraćnog mjehura, uključujući iglični EMG sfinktera uretre, što je ključno za razumijevanje razloga nastanka disfunkcije, postavljanja točne dijagnoze te pravovremene i ciljane terapije. Dijagnostičko testiranje uključuje kompletna urodinamska i videourodinamska ispitivanja, praćenje promjena funkcije mokraćnog mjehura tijekom punjenja i pražnjenja, te precizno mjerjenje aktivnosti sfinktera mokraćnog mjehura tijekom ove dvije faze.

Neurourološka dijagnostika provodi se u uskoj suradnji pedijatrijskog urologa, nefrologa, neuropedijatra i neurokirurga radi optimalnog planiranja liječenja, prilagođenog specifičnim potrebama pojedinog djete-teta. Tijekom boravka u Bostonu održali su 1. srpnja prof. Andrea Cvitković Roić i prof. dr **Goran Roić** pozvano predavanje na Harvard Medical School pod naslovom „Contrast Enhanced Voiding Urosonography (VUS) in VUR Imaging“.

Radi se o ultrazvučnoj metodi dijagnostike vezikoureteralnog refluksa (VUR) u dječjoj dobi, koja u odnosu na druge dijagnostičke metode što se koriste u dijagnostici VUR-a ima brojne prednosti.

Naši liječnici prezentirali su američkim kolegama mogućnosti najnovije ultrazvučne kontrast-specifične tehnologije, što je izazvalo velik interes te namjeru uvođenja ove metode kao standardne u dijagnostici VUR-a, a uz pomoć naših stručnjaka.

Liječnici iz Children's Hospital Boston izrazili su želju za edukacijom u Zagrebu.

Dr. sc. Romana Dmitrovć, dr. med,

Osnovana Hrvatska udruženja za elektronički zdravstveni zapis - ProRec.HR

- Na inicijativu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), Hrvatskog društva za medicinsku informatiku i Udruge HL7 Hrvatska, u Dubrovniku je 7. studenoga osnovana Hrvatska udruženja za elektronički zdravstveni zapis ProRec.HR.

Osnovni ciljevi udruge su promicanje, razvitak i uvođenje visokih normi kao i unapređenje korištenja visoko kvalitetnih sustava za vođenje elektroničkih zdravstvenih zapisa. Isto tako, cilj udruge bit će unapređenje međunarodne suradnje u području EZZ sustava (sustava elektroničkih zdravstvenih zapisa) kako bi se podigla kvaliteta i sigurnost pružanja zdravstvene zaštite u Hrvatskoj.

Osnivanjem ProRec.HR Hrvatska je stekla uvjete da se uključi u mrežu nacionalnih ProRec centara koji djeluju na području Europske Unije, a koju koordinira Europski institut za zdravstvene zapise (EuroRec).

Hrvatska će se time uključiti u procese ocjene kvalitete i certifikacije proizvoda (npr. informatičkih rješenja u bolnicama) iz područja eZdravlja po zajedničkim europskim kriterijima, te sudjelovati u razvoju Zajedničkih europskih elektroničkih zdravstvenih zapisa (CEEHR, od engl. Common European Electronic Healthcare Records) u nacionalnim okvirima.

U osnivanju ProRec.HR centra sudjelovali su prof. **Dipak Kalra**, predsjednik EuroRec-a i **Leo Ciglenečki**, član Izvršnog odbora EuroRec-a. U ime ProRec.HR udruge prof. dr. sc. **Vesna Ilakovac** i **Tatjana Prenda Trupec** mag. ing. el. pozvale su sve dionike eZdravlja u Hrvatskoj da se aktivno uključe u rad udruge.



50 godina medicine rada u Hrvatskoj

- U Hrvatskom liječničkom domu u Zagrebu 8. studenoga je obilježena 50. godišnjica Hrvatskog društva za medicinu rada Hrvatskog liječničkog zbora.

Tom je prigodom održan i stručni simpozij 'Novi alati u medicini rada' kojem je prisustvovalo oko 150 sudionika, a među njima i doajen medicine rada akademik prof. dr. **Marko Šarić**. Velikoj obljetnici pridružili su se i kolege iz BiH, Crne Gore i Makedonije, kao i predsjednica Unije medicinskih specijalista Europe (UEMS) za medicinu rada dr. **Alenka Škerjanc**.

Skup je otvorila predsjednica Hrvatskog društva za medicinu rada prim. dr. **Azra Huršidić-Radulović**, a skupa nazočio je i ministar rada i mirovinskog osiguranja prof. dr. **Mirando Mrsić**, dr. med. AŠ



„Zajedno do zdravlja“

- U organizaciji Odjela za ocjenu zdravstvenog stanja stanovništva, organizaciju i rad zdravstva i medicinsku demografiju Službe za javno zdravstvo Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije (SDŽ) održan je 30. rujna stručni skup „Zajedno do zdravlja“ u NZJZ SDŽ-a u Splitu.

U prvom dijelu skupa predstavljen je Projekt elektroničko javno zdravstvo (eJZ), prvi projekt ovakvog tipa u Hrvatskoj. Njegovi su idejni tvorci i realizatori prim. mr. sc. **Ankica Smoljanović**, dr. med. i spec. socijalne medicine i organizacije zdravstvene zaštite te **Zoran Primorac**, dipl. ing. elektrotehnik. Projektom se omogućuje elektronička dostupnost definiranih strukturiranih podataka o značajkama bolničkih liječenja/hospitalizacija kao i strukturiranih podataka o osnovnim uzrocima smrti stanovnika svakoga grada i općine SDŽ-a, koji su od 1. listopada 2013. javno dostupni na web stranici NZJZ SDŽ-a pod nazivom Projekt eJZ.

U drugom dijelu skupa predstavljena je publikacija Hipertenzija - javnozdravstveno i kliničko značenje, čiji su autori prof. dr. Jugoslav Bagatin, redoviti profesor interne medicine; prof. dr. Bojan Jelaković, dr. med. i izvanredni profesor interne medicine; dr. sc. Ivana Marasović Šušnjara, dr. med. i spec. javnog zdravstva; prim. mr. sc. Ankica Smoljanović, dr. med. i spec. socijalne medicine i organizacije zdravstvene zaštite; prim. doc. dr. Mladen Smoljanović, spec. epidemiologije; Mira Talaja, bacc. sestrinstva i patronažna sestra; dr. sc. Davorka Vrdoljak, spec. obiteljske medicine; dr. Inga Vučica, spec. javnog zdravstva i univ. mag. sanit. publ.

Publikacija uključuje 8 stručnih i znanstvenih članaka o povišenom arterijskom tlaku, važnom javno-zdravstvenom problemu, kako našem tako i europskom i svjetskom. Namijenjena je u prvom redu zdravstvenim stručnjacima u SDŽ-u, ali i šire. Informacije koje donose autori u ovoj publikaciji mogu biti od koristi i svim drugim stručnjacima koji se bave hipertenzijom.

U člancima je naglasak na prevenciji i suvremenom liječenju hipertenzije. Sadržaj cijele publikacije dostupan je na web stranici NZJZ SDŽ-a pod nazivom Projekt eJZ.

Na skupu je predstavljen i poster Povišen arterijski tlak – što trebam znati! koji sadrži sažete poruke svakom od nas.

Dr. sc. Ivana Marasović Šušnjara

uz ispunjavanje zahtjeva traženim podacima, na temelju čega se kreira ponuda za licencu. Nakon što se prema navedenoj ponudi obavi plaćanje, korisniku će biti omogućen pristup cjelovitom izdanju farmakopeje. AŠ



Hrvatski traumatolozi izvoze znanje

- U organizaciji Hrvatskog društva za osteosintezu „AO trauma“ u Zagrebu je



Nezadovoljstvo HUP-Udruge privatnih poliklinika, bolnica, lječilišta i ustanova za zdravstvenu skrb

• Novi Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakon o zdravstvenoj zaštiti koji su na snazi od 1. srpnja, odnosno od dana ulaska Hrvatske u EU, dali su legitimitet diskriminirajućem ponašanju Ministarstva zdravlja kako prema pacijentima tako i prema pružateljima usluga u privatnom zdravstvu, naglasila je mr. sc. Nevenka Kovač, dr. med., predsjednica HUP-ove Udruge privatnih poliklinika, bolnica, lječilišta i ustanova za zdravstvenu skrb na konferenciji za novinare koja je održana 12. studenoga. „Dramatično je kako se pružatelje usluga u privatnom zdravstvu stalno ignorira i marginalizira te se stječe dojam da je cilj ugasići svaki poduzetnički pothvat te time još više produbiti krizu u ionako teškom gospodarskom stanju. Privatnom je zdravstvu novim zakonima, primjerice, onemogućeno pružanje medicinskih usluga hrvatskim pacijentima u sklopu prekogranične zdravstvene zaštite“, naglasila je dr. Kovač. Pojasnila je da pacijenti mogu u inozemstvu rješiti svoj zdravstveni problem ako to ne mogu ostvariti u Hrvatskoj u medicinski opravdanom roku te da će im HZZO nadoknaditi iznos koji bi platili domaćim ustanovama. No, istu tu uslugu, naglasila je dr. Kovač, pacijenti ne mogu ostvariti na račun HZZO-a u onim domaćim zdravstvenim ustanovama koje nisu u ugovornom odnosu s HZZO-om.

„To znači da je HZZO spremam istu uslugu platiti stranim javnim i privatnim ustanovama, a domaćim privatnim nije. Pacijente se stimulira da troše novac državnog proračuna izvan Hrvatske, stvaraju im se dodatni troškovi putovanja, jer ih HZZO ne pokriva, što je krajnje diskriminirajuće i gospodarski neopravdano“,

početkom studenoga održan kongres kirurga traumatologa na kojem su sudjelovali liječnici iz 21 zemlje.

Hrvatski stručnjaci iz područja AO traume dali su svoj doprinos edukaciji liječnika na međunarodnoj razini u području primjene inovativnih metoda liječenja u traumatologiji. Na taj se način hrvatski traumatolozi uključuju u međunarodne stručne procese, poslovno i strukovno povezujući hrvatska iskustva sa svjetskim dostignućima iz područja AO traume te omogućujući visok stupanj edukacije liječnika na međunarodnoj razini.

AŠ

naglasila je dr. Kovač. Također je napomenula da se pacijentima u pojedinim javnim bolnicama naplaćuje i 'nadstandard', dok temeljni standard nije niti utvrđen.

„Podloga tome su sporni članci novog Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju koji uvode mogućnost plaćanja nekih terapijskih i dijagnostičkih postupaka 'na zahtjev osigurane osobe', pa tako možete i preskočiti duge liste čekanja ako 'prema osobnoj želji' platite da prije dođete na red“, naglasila je dr. Kovač, dodajući kako je to sve u skladu s zakonom. „Hrvatska liječnička komora podržava napore HUP - Udruge privatnih poliklinika, bolnica, lječilišta i ustanova za zdravstvenu skrb, da se privatne zdravstvene ustanove po pravima izjednače s javnim zdravstvenim ustanovama“, istaknuo je prof. dr. Nikola Čičak, član Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost Komore. Naglasio je kako se svi kunu u privatni sektor, a istovremeno rade sve da ga se uništi.

„Za razliku od Ministarstva zdravlja, Komora ne radi razliku između javnih i privatnih liječnika“ naglasio je prof. Čičak, dodajući da pacijente ne zanima tko je vlasnik ustanove nego kvaliteta usluge koju tamo dobiva. Iskustva najrazvijenijih zemalja, naglasio je zamjenik glavnog direktora HUP-a Bernard Jakelić, pokazuju da je dobra suradnja s privatnim zdravstvenim sustavom ključni način kako država može bez dodatnih izdataka povećati kvalitetu zdravstvenih usluga na korist svojih građana, a istodobno napraviti i značajne uštede.

Trenutno stanje u zdravstvu, kaže prof. Čičak, karakterizira nedostatak novca u sustavu, višak bolnica, monopol HZZO-a i nedostatak privatnih zdravstvenih osiguranja.

„Potrebno je ukinuti monopol HZZO-a i uključiti druge osiguravatelje, smanjiti rashode smanjenjem broja bolnica, utvrditi «košaricu usluga» i odrediti da se sve iznad toga plaća ne iz džepa pacijenta nego kroz policu dopunskega osiguranja“, naglasio je prof. Čičak.

AŠ

Nova Hrvatska farmakopeja on line

• Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) objavila je novo, on-line izdanje Hrvatske farmakopeje koje se nastavlja na prethodno izdanje nacionalne farmakopeje iz 2007. godine. Hrvatska farmakopeja 2013 (izdanje 2.0) uključuje prijevode Europske farmakopeje uvrštene u Hrvatsku farmakopeju 2007, ažurirane u skladu sa sedmim izdanjem Europske farmakopeje sa svim dodacima. Nova farmakopeja donosi i 42 novopredene monografije, uz popratne prijevode 68 novih vezanih tekstova i odgovarajućih reagensa. Hrvatskom farmakopejom obuhvaćeno je i najnovije izdanje Normiranih izraza, koje će se nadopunjavati svakim novim dodatkom farmakopeje. Godišnju licencu za korištenje cjelovitog izdanja Hrvatske farmakopeje, kao i kasnijih dodataka koji će se objavljivati tromjesečno, izdaje HALMED, a registraciju je moguće provesti putem poveznice [https://farmakopeja.halmed.hr/\(rubrika Registracija](https://farmakopeja.halmed.hr/(rubrika Registracija),



Slaveći svoj 55. rođendan UEMS primio Hrvatsku u punopravno članstvo



Izvješće s redovite sjednice Europske udruge medicinskih specijalista (U.E.M.S)

*Prim. Katarina Sekelj-Kauzlarić, dr. med.,
voditeljica nacionalne delegacije u Vijeću UEMS-a,
članica Radne grupe Vijeća UEMS-a za specijalističku praksu
i nacionalni delegat u Sekciji i Odboru za FRM pri UEMS-u*

- Redoviti jesenji sastanak Vijeća i predstavnika sekcija i odbora najveće udruge liječnika specijalista Europe održan je u Parizu od 18. do 20. listopada. Ovaj sastanak bio je specifičan ne samo zbog proslave 55. obljetnice rada UEMS-a, nego i zbog činjenice da je sastanak započelo 26 zemalja članica Europske unije, punopravnih članica UEMS-a, i tri zemlje u statusu pridruženih članica (Hrvatska, Turska i Island), a završen je s 28 zemalja punopravnih članica i jednom pridruženom (Turska).

Razlog tome je što su Hrvatska (Hrvatski liječnički zbor) i Island (Icelandic MA) tijekom sastanka jednoglasnom odlukom svih delegata postali punopravni članovi UEMS-a. Time je ova liječnička asocijacija i formalno postala najveća i najreprezentativnija udruga liječnika u Europi, jer predstavlja svih 28 zemalja članica EU-a te članice Eropskog gospodarskog prostora (EGP): Island, Norveška i Švicarska.

Skup je obilježio i velik broj aktivnih sudionika, prisustvovalo je 80-ak delegata nacionalnih delegacija, ali i predstavnika 30-ak od ukupno 41 sekcije UEMS-a. Jednako tako, nazočili su i predstavnici (uglavnom predsjednici) svih ostalih liječničkih udruga koje djeluju već desetljećima u Europi (CPME, EANA, EMSA, FEMS, UEMO, EJD, AEMH). Svi predstavnici liječničkih udruga čestitali su UEMS-u 55 godina postojanja i detaljno prikazali aktivnosti i planove svojih asocijacija. Predsjednik FEMS-a izvjestio je sve prisutne o štrajku liječnika u Hrvatskoj, pa smo tako



kao zemlja bili još jednom tema skupa. Hrvatski liječnički zbor, koji je nacionalni predstavnik Hrvatske u UEMS-u, predstavljala je prim. **Katarina Sekelj-Kauzlarić** (članica Vijeća UEMS-a i voditeljica nacionalne delegacije

Frederic Destrebecq,
administrativni
tajnik UEMS-a,
dr. Edwin Borman,
glavni tajnik UEMS-a,
prim. Katarina
Sekelj-Kauzlarić
i dr. Romuald
Krajewski,
predsjednik UEMS-a

(Foto: A. Kauzlarić)

u UEMS-u), a kao predsjednica Sekcije i odbora za reumatologiju pri UEMS-u skupu je nazočila i prof. dr. sc. **Nada Čikeš**. Predsjednik Hrvatskog liječničkog zbora i drugi delegat u Vijeću UEMS-a, prof. dr. sc. **Željko Krznarić**, iz objektivnih razloga nije mogao prisustvovati ovom svečanom događaju.

Dnevni red trodnevног skupa bio je iznimno opsežan, a problemi koji su se razmatrali važni za liječništvo Europe. Kako je jedna od važnijih točaka bio prijem Hrvatske u punopravno članstvo, prim. **Sekelj-Kauzlarić** podsjetila je prisutne na povijest i ulogu HLZ-a u okupljanju liječnika na našim prostorima.

Napomenula je i okolnost da smo od 1996. godine bili promatrači, a od 2005. i pridruženi članovi UEMS-a, a da su naša stručna društva (njih 30-ak) aktivna u sekcijama i odborima UEMS-a, te da sudjeluju u kreiranju politike i donošenju važnih odluka na razini medicinske struke u Europi. Svi članovi Vijeća UEMS-a, ali i ostali prisutni, odali su veliko priznanje Hrvatskoj i njenim nacionalnim predstavnicima te s veseljem pozdravili ulazak Hrvatske u punopravno članstvo UEMS-a.

Specijalistička i trajna izobrazba liječnika

Edukacija doktora medicine, posebice specijalista, najveća je briga UEMS-a i u svih njegovih tijela. Kvaliteta i harmonizacija ne samo planova i programa specijalizacija, nego i svih drugih procesa tijekom specijalizacije, licenciranje ustanova, mentora i načina provjere znanja, vještina i stavova najčešća su tema UEMS-ovih tijela. Istaknuto je da se na nacionalnoj razini u svim zemljama članicama UEMS-a mora uspostaviti jedinstvo djelovanja medicinskih stručnih asocijacija i nadležnih tijela za specijalističku



i trajnu izobrazbu (komora, ministarstava, pa i samih medicinskih fakulteta čija je briga i realizacija kvalitetnih studija). Najviše se pozornosti mora usmjeriti na uvjete provedbe specijalističkih programa te na način provjere kompetencija specijalizanata. Potrebno je osmisliti, ali i redovito provoditi najrazličitije načine vanjske provjere kvalitete specijalističkih programa. Smatra se da većina zemalja, a posebice onih manjih, nema uvjete za objektivnu vizitaciju ustanova, programa i mentora. Zato se radi na osmišljavanju zajedničkih aktivnosti i formiranju jedinstvenog tijela UEMS-a za svaku od specijalnosti koje su navedene u Direktivi Europske komisije o reguliranim profesijama, a koje bi moglo poslati stručnjake za procjenu izvrsnosti u svaku od zemalja članica. Od 41 specijalističke sekcije UEMS-a, njih 21 ima organiziran ispit izvrsnosti (europski ispit), a neke od sekcija već 20-ak godina rade uspješno na izradi svih dokumenata potrebnih za harmonizaciju specijalizacije (katalog znanja, vještina i stavova struke, etički kodeks, pravilnik o provedbi provjere znanja, pravilnik o načinu i ishodima vizitacija i dr.).

Radna skupina za specijalizacije pozvala je sve nacionalne predstavnike koji se izravno bave harmonizacijom specijalizacija, među kojima je i predstavnica Hrvatske, da se pridruže izradi baze podataka o svim specijalizacijama i subspecijalizacijama na razini Europe. Istodobno, predložila je Vijeću poboljšanje suradnje sa svim sekcijama



Prim. Katarina
Sekelj-Kauzlaric
i prof. Nada Čikeš

(Foto A. Kauzlaric)

i odborima UEMS-a radi izrade jedinstvenih planova i programa za svaku specijalizaciju i radi formiranja akreditacijskog tijela na razini UEMS-a.

Razmatrajući detaljno sve aspekte provedbe specijalističkih programa, Vijeće UEMS-a zaključilo je da će biti potrebno osnovati novo tijelo (Stalni komitet) koje će se baviti samo pitanjem specijalizacija i njihove harmonizacije na razini EU-a. Trenutačno tu složenu zadaću obavlja jednim dijelom i European Council for Accreditation of Medical

Specialist Qualifications (ECAMSQ) koji je oformljen još 2009. a koji će za sastanak Vijeća u proljeće pripremiti poseban Pojmovnik kako bi se na ovom području koristila ista terminologija.

Posebno tijelo UEMS-a, Council for European Speciality Medical Assessments (CESMA), u kome je aktivna prof. dr. sc. Nada Čikeš, prikazalo je svoje izvješće o radu i doстиguća u definiranju jedinstvenih kriterija i mjerila kvalitete specijalističkih programa i njihove provedbe.



Trajna izobrazba liječnika jedno je od važnih pitanja kojim se bavi posebna radna grupa Vijeća UEMS-a, ali i samostalno tijelo – EACCME, čiji rad je prepoznatljiv mnogim organizatorima stručnih skupova i nacionalnim recenzentima. Pohvaljena je nova web stranica EACCME-a putem koje se mogu akreditirati stručni skupovi. Kako bi se ujednačila kvaliteta i osigurala jedinstvena struktura bodovanja stručnih skupova, valja definirati preporuke UEMS-a koje će prihvatići svi nacionalni autoriteti na polju trajne izobrazbe i relencenciranja liječnika.

Za sada se ovo ujednačavanje obavlja potpisivanjem posebnih ugovora između nacionalnih akreditacijskih tijela (u Hrvatskoj je to Hrvatska liječnička komora) i EACCME-a. Aktualizirajući pitanje etike i možbitnog konflikta interesa između doktora medicine, udruga pacijenata i industrije (farmaceutske, ali i drugih firma koje proizvode i/ili prodaju medicinske proizvode i opremu), EACCME je odlučio vesti nova, stroža pravila za sve organizatore, ali i sudionike stručnih skupova.

Svi organizatori stručnih skupova moraju dostaviti najkasnije deset tjedana prije početka stručnog skupa iscrpnu dokumentaciju o etičkim i pitanjima konflikta interesa za sve predavače koji sudjeluju u radu skupa. Inače im EACCME neće biti bodovati stručni skup.

Izmjene i dopune Direktive o reguliranim profesijama

Vijeće UEMS-a ponovilo je svoje zahtjeve za izmjenama i dopunama važeće Direktive 36/05 (o priznavanju kvalifikacija i reguliranim profesijama), posebno u odnosu na „Anex“ u kome se obrađuju specijalizacije doktora medicine.

Predstavnici Vijeća obratili su se službeno Europskoj komisiji, Europskom parlamentu i te Europskom vijeću ministara sa zahtjevom da se redefinira minimalno trajanje svih specijalizacija koje se navode u Anexu Direktive, na način da niti jedna ne bude kraćeg trajanja od pet godina (u važećoj Direktivi 36/05 specijalizacije imaju minimalno trajanje od 3 do 5 godina).

Prijedlog UEMS-a nije naišao na odobravanje Europske komisije, a još manje na odobravanje Vijeća ministara, dok su EU parlamentarci tijekom lobiranja bili suglasni da minimalno trajanje specijalističke izobrazbe može biti produljeno.

Vjeruje se da će u izmjene i dopune Direktive 36/05, koje su u fazi finalizacije pred EU parlamentom, sadržavati odredbe o

European Professional Card za sve regulirane profesije, pa i za liječnike, čime će se olakšati kretanje radne snage na tržištu usluga u zdravstvu. Uspostavom ove kartice, prestala bi potreba za pribavljanjem potvrda o sukladnosti izobrazbe koju izdaju nadležna tijela zemalja članica EU-a.

U novoj Direktivi svoje mjesto našla bi i tzv. European Platform on Ethics and Transparency na kojoj već dugo rade profesionalne asocijacije i proizvođači lijekova, medicinskih proizvoda i opreme. Izmjene i dopune stlijedile bi Tajani Initiative, koja se već dugo raspravlja u farmaceutskoj industriji, i američki Sunshine Act.

Na tragu ove aktivnosti neke zemlje, članice EU-a (Belgija, Francuska, Njemačka i Velika Britanija) izradile su nacionalne preporuke za reguliranje područja etike i konflikta interesa koji se javljaju pri organizaciji i provedbi trajne izobrazbe zdravstvenih djelatnika.

Specijalističke sekcije i odbori

Suradnja Vijeća UEMS-a i svih specijalističkih sekcija znatno je poboljšana, a u pripremi je izrada baze podataka svih nacionalnih delegata u sekcijama i odborima UEMS-a. Dogovorena je dinamika održavanja redovitih sastanaka predsjednika sekcija i odbora s Izvršnim odborom UEMS-a s ciljem bolje suradnje i povećanja utjecaja same organizacije na području svih grana medicine.

Na ovoj sjednici Vijeća usvojeni su zahtjevi za ustaneove u kojima se provodi

specijalizacija iz kardiologije i medicinske mikrobiologije, a koje su predložile istoimene sekcije. Kreirane su i dvije tematske federacije, za liječenje kroničnih rana i hipertenzije, kao i Europski odbor za hitnu medicinu. Sekcija za radiologiju je u suradnji s Europskim društvom za radiologiju načinila europski radiološki kurikulum koji je Vijeće UEMS-a jednoglasno prihvatio.

Posebni dokumenti važni za rad liječnika

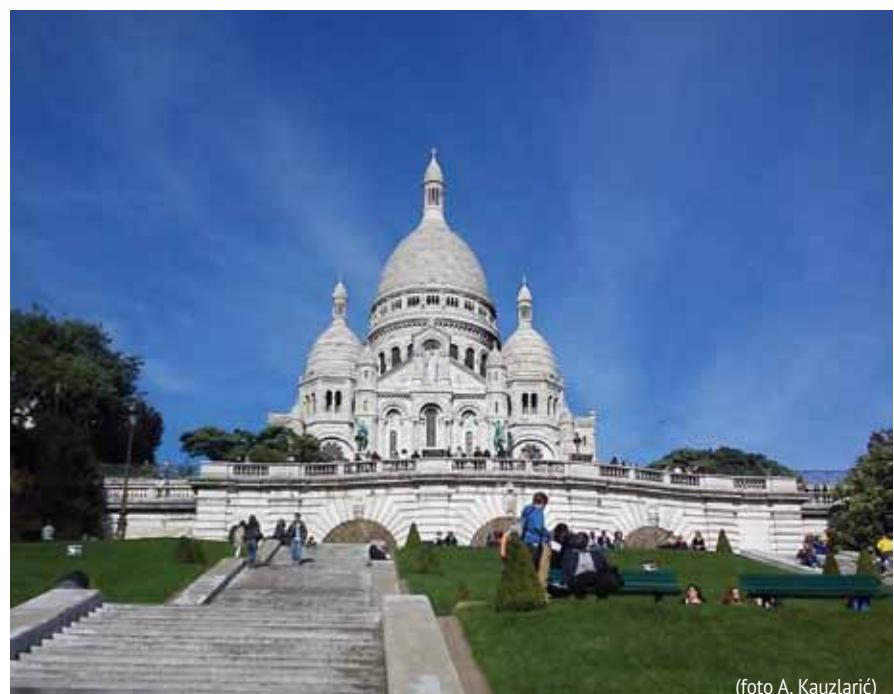
Zbog složenosti i važnosti svih odredbi Statuta UEMS-a, kao i ostalih akata kojima je reguliran rad UEMS-a, ali i akreditacijskog tijela (EACCME) koje pripada UEMS-u, Tajništvo i Izvršni odbor UEMS-a izradili su prijedlog Tumačenja pravila i nekoliko prijedloga za izmjenu i dopunu Statuta UEMS-a koji će se nakon rasprave vjerojatno pripremiti za usvajanje na redovitoj sjednici u proljeće.

Istodobno, radit će se na pripremi dokumenata kojima će se sekcije i odbori UEMS-a moći urediti svoju suradnju s istoimenim udrugama liječnika izvan UEMS-a.

Svi dokumenti, kao i novosti iz rada UEMS-a, dostupni su na www.uems.net

Sljedeći sastanak Vijeća UEMS-a bit će u Bruxellesu 11.- 13. travnja 2014., a definirane su i destinacije za redovite sastanke u listopadu do 2015. Vjeruje se da će do tada biti u punoj funkciji Domus Medica u Bruxellesu, kao zajednički dom svih liječničkih udruga Europe.

.....



(foto A. Kauzlaric)

Odjeci s 1. Europskog simpozija Nanotehnologija u prevenciji i liječenju epidermalnih poremećaja

Pod pokroviteljstvom Akademije medicinskih znanosti Hrvatske i Hrvatskog dermatovenerološkog društva HLZ-a i u organizaciji Međunarodnog udruženja za primjenjenu korneoterapiju, održan je u hotelu „Dubrovnik“ u Zagrebu od 18.-20. listopada 1. Europski internacionalni simpozij „Nanotehnologija u prevenciji i liječenju epidermalnih poremećaja“. S tog Simpozija izdvojili smo za «Lječničke novine» dvije teme naših autora.

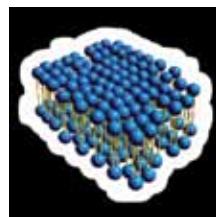
Nanotehnologija u korneoterapiji

Prof. dr. sc. Jasna Lipozencic

• Korneoterapija je važan terapijski modalitet oporavka oštećene kože i sprječavanja daljnog oštećenja u različitim dermatozama. Suha koža s oskudnom hidratacijom usred zime, ili koža s oštećenom zaštitnom funkcijom kao u atopijskog dermatitisa, kse-roze kože, ali i koža u zdravih starijih osoba, zahtijeva korneoterapijski oporavak i restituciju. Korneoterapija i njega kože korisni su i dječjoj koži, ali napose osobama treće životne dobi.

Deokodiranje ljudskog genoma, razvoj nanotehnologije kao i nove dijagnostičke metode znače revoluciju u dijagnostici i terapiji i omogućuju personaliziranu medicinu. Za prepoznavanje promjena na koži bitni su osim dermatovenerologa i lječnici obiteljske medicine. Korneoterapija nudi brojne mogućnosti liječenja, npr. fiziološke dermatike s nanomolekulama. Takva korneoterapija nudi losione i kreme za različite kožne probleme i dermatoze koji omogućuju zdrav i mladenački izgled kože bez agresivnih kirurških postupaka kao što su lifting, peeling s punilima i druge kirurške intervencije, a posebno je uspješna kao potporno medicinsko liječenje i kozmetički tretman u različitim „suhim“ dermatozama.

Pod pokroviteljstvom Akademije medicinskih znanosti Hrvatske i Hrvatskog



dermatovenerološkog društva HLZ-a i u organizaciji Međunarodnog udruženja za primjenjenu korneoterapiju održan je 1. Europski internacionalni simpozij „Nanotehnologija u prevenciji i liječenju epidermalnih poremećaja“ u Zagrebu od 18.-20. listopada.

Na Simpoziju su izlagali ekspertri za korneoterapiju prof. **Philipp Masson** iz Francuske i dr. **Hans Lautenschlaeger** iz Njemačke, uz vrsne predavače iz Hrvatske.

Na svečanom otvorenju 18. listopada održan je humanitarni program posvećen djeci s buloznom epidermolizom i atopijskim dermatitisom, s donacijom uređaja za mjerjenje zaštitne funkcije kože u Dermatološkoj klinici i glazbenim programom.

Prvog dana Simpozija održano je 11 predavanja posvećenih nanopartiklima ugrađenim u korneoterapijske pripravke, patofiziologiji kože, korneoterapiji u dermatologiji, primjeni i ograničenjima lamelarnih dermatoloških sistema, fosfolipidnim podlogama u dermatologiji, korneoterapiji djece s atopijskim dermatitisom, novostima u dijagnostici neurokutanih sindroma, fotostarenju kože, korneobiologiji, biofiziološkoj korneoterapiji, instrumentalnim znanstvenim metodama i korneoterapiji u budućnosti. Drugoga dana održana je radionica o primjeni fizioloških dermatika u korneoterapiji i o mjerjenju funkcionalnog kapaciteta kože. Nakon rasprave dermatologa, farmaceuta i predavača dogovoren je da će se za godinu dana održati skup o korneoterapiji i novim saznanjima te je zaključeno sljedeće.

1. Personalizirana medicina i individualni pristup bolesniku ili klijentu zahtijeva prije korneoterapije mjerjenje funkcionalnog kapaciteta kože (stratum korneuma) uređajima za znanstvenu dijagnostiku. Isto tako je neophodno znanje iz korneobiologije prije biofiziološke korneoterapije.

2. Kožni mikrookoliš ima centralnu ulogu u homeostazi i diferencijaciji epidermalnih sastojaka u koži. U proliferaciji keratinocita ili njihovoj diferencijaciji važno je međudjelovanje susjednih stanica preko

njihovih površinskih molekula.

3. Plazma membrane stanica i zaštića kože su submikroskopske lamelarne strukture a važne su za primjenu lokalnih hidrolipidnih pripravaka prema njihovoj fizičkoj, kemijskoj i fiziološkoj kompatibilnosti. Kombinacija lamelarnog sustava s prirodnim tvarima poput fitosterola, terpena, polifenola, ceramida, amida viramina i glicerida od esencijalnih masnih kiselina odgovorna je za njihovu učinkovitost u preparatima za njegu kože.

4. Važno je pronaći ravnotežu između dobrobiti primjene nanopartikala i nove tehnologije koja proizvodi malene čestice ispod 100 nm i opasnosti od nekontroliranog razvoja i primjene prije dokaza u dugotrajnoj primjeni za neškodljivost okolišu i evoluciji živih bića.

5. Biofiziološki dermatici s nanomolekulama nude korneoterapiju i oporavak oštećene kožne barijere kao i oporavak i rehabilitaciju dermatiza poput atopijskog dermatitisa, kontaktnih dermatitisa, seborojičkog dermatitisa, psorijaze i vulgarne akne, za njegu kože odraslih i djece, za njegu pre-rano ostarele kože, ali i za zaštitu normalne kože u nepovoljnim vremenskim prigodama (npr. zima, a ljeti jedrenje).

6. Biofiziološki dermatici omogućuju zdrav izgled kože bez agresivnih kirurških postupaka. Naročito su djelotvorni prizvodi kao dopunsko liječenje te za kozmetičke tretmane „suhih“ dermatiza.

7. Dnevna dvokratna primjena biofizioloških dermatika oporavlja poremećenu zaštitnu barijeru rožnatoga kornealnog sloja i sprječava daljnja pogoršanja.

8. Specijalne dodatne tvari u baznim kremama su antioksidansi, viramini A, C, E, D-pantenol, hijaluronska kiselina, ceramidi, retinoična kiselina i drugi nanopartikli.

9. Budućnost korneoterapije je u kombinaciji dermatološke prevencije kožnih bolesti, a neophodna je za njegu kože svih tipova s korneoterapijskim pripravcima. Temelj korneoterapije je odgovarajuća tehnologija i proizvodnja aktivnih tvari koje su identične sastavu kože (peptidi, antioksidansi, antiinfektivne tvari, tvari protiv bora) i nosačima (polisaharidi, fosfolipidi, masne kiseline, trigliceridi, liposomi) koji korneoterapiji s biofiziološkim dermaticima daju prednost pred drugim proizvodima.

10. U njezi kože valja izbjegavati emulgatore, mirise i konzervante kakve imaju brojni kozmetički proizvodi..

jlipozencic@amzh.hr

Fosfolipidne vezikule (liposomi) za poboljšanu dostavu lijeka u kožu

Željka Vanić, Zavod za farmaceutsku tehnologiju, Farmaceutsko-biokemijski fakultet u Zagrebu

- Terapijski nanosustavi koji će omogućiti kontroliranu lokalnu isporuku lijeka na oboljela mjesta (stanice) u koži važne su u dermatologiji.

Njihovom bi se primjenom poboljšala farmakokinetička svojstva lijekova niske bioraspoloživosti, promjenio terapijski indeks i osigurala konstantna, željena koncentracija lijeka na ciljanom mjestu djelovanja kroz odgovarajuće vremensko razdoblje. Takvim lokaliziranim učinkom lijeka u koži i ograničenjem apsorpcije lijeka u krv smanjile bi se štetne sistemske nuspojave, moguća toksičnost i učestalost doziranja, čime bi se značajno unaprijedila terapija (Sinico i Fadda, 2009).

Među brojnim istraživanim nanosustavima za dostavu lijeka u kožu (nanosfere, nanokapsule, čvrste lipidne nanočestice, nanostrukturirani lipidni nosači, nanokristali i dr.) (Prow i sur., 2011), istaknuto mjesto zauzimaju fosfolipidne vezikule (liposomi). Riječ je o česticama nanometarskih dimenzija, građenim od jednog (unilamelarni liposom) ili više fosfolipidnih dvoslojeva (multilamelarni liposom) koji obavijaju unutarnji vodeni prostor (Slika 1).

Zbog svoje sličnosti s biološkim membranama, netoksičnosti, neimunogenosti i biorazgradljivosti, potpuno su fiziološki prihvativlji. U ovojnici liposoma fosfolipidi su složeni u obliku dvosloja, pri čemu su polarne, hidrofilne «glave» orientirane prema vanjskoj i unutarnjoj vodenoj fazi zaklanjavajući pritom nepolarne, hidrofobne «repove» (lanći masnih kiselina) jednog prema drugome.

Osim fosfolipida, ovojnica liposoma često sadrži kolesterol. Njegova uloga slična je kao i u biološkim membranama; ugrađuje se u dvo-sloj između molekula fosfolipida te povećava njegovu čvrstoću (Torchilin, 2005).

Strukturna obilježja liposoma razlog su da se u njih mogu uklapati različiti lijekovi: lipofilni u ovojnici (fosfolipidni dvo-sloj), hidrofilni u unutarnju vodenu jezgru te amfifilni između vodene i lipidne regije. Odabirom fosfolipida koji čine ovojnici liposoma i tehnologijom priprave liposoma moguće je utjecati na fizičko-kemijska svojstva liposoma (veličina, lamelarnost, elastičnost/čvrstoća dvosloja, naboј na površini), koja u konačnosti utječe na terapijsku učinkovitost liposoma kao nosača lijekova (Vanić i sur., 2013).

Prednosti primjene liposoma u dermatologiji očituju se kroz povećanutopljivost slabo topljivih lijekova (npr. aciklovir), poboljšanu penetraciju hidrofilnih lijekova (npr. klindamicin hidroklorid), smanjenu sistemsku apsorpciju hidrofilnih lijekova (npr. kortikosteroidi, lokalni anestetici), mogućnost zaštite od oksidacije osjetljivih aktivnih tvari/lijekova (npr. retinoida) ugradnjom antioksidansa u ovojnici liposoma (Yarosh, 2001). Uklapanjem u liposome moguće je postići produženo oslobođanje uklapljene aktivne tvari (npr. UV filtri u pripravcima za zaštitu od sunca), čime se smanjuje učestalo primjene pripravka.

Primjenom liposomskog pripravka tretinoina smanjene su iritacije kože koje su izražene kod klasičnih ljekovitih oblika tretilina, dok je hidratacija značajno povećana. Potencijali primjene liposoma u dermatologiji očituju se i u poboljšanoj, kontroliranoj dostavi DNA-obnavljajućeg enzima (T4 endonukleaza V) u keratinocite u Langerhansove stanice epidermisa (de Leeuw, 2009). Čak ako i ne sadrže uklapljenu aktivnu tvar (lijek, kozmetički), liposomi djeluju povoljno na kožu jer poboljšavaju njezinu hidrataciju, dok se fosfolipidi ugrađuju u intercelularni lipidni matriks, čime potpomažu zaštitni sloj kože (Yarosh, 2001).

U usporedbi s klasičnim ljekovitim oblicima, primjenom liposoma postiže se terapijski učinak sa značajno nižim koncentracijama lijeka. Pobiljšana dostava lijeka u kožu temelji se na učinku fosfolipida iz liposoma koji djeluju kao promotori apsorpcije, te fuziji liposoma s površinskim stanicama kože. Pritom oslobođeni lijek ulazi u kožu, dok se fosfolipidi iz liposoma ugrađuju u intercelularni lipidni matriks, čime se obnavlja integritet stratum corneum.

Novije generacije liposoma naglašene elastičnosti membrane, poput deformabilnih liposoma i etosoma, mogu penetrirati intaktni u kožu, čime se dodatno poboljšava dostava lijeka u kožu (Elsayed i sur., 2007). Učinkovitost terapije primjenom liposomski uklapljenih lijekova u dermatologiji potvrđena je u terapiji akni, atopijskog dermatitisa, alergijskog, kontaktognog dermatitisa, vitiliga, kseroza, psorijaze i aktiničkih keratoza (de Leeuw, 2009).

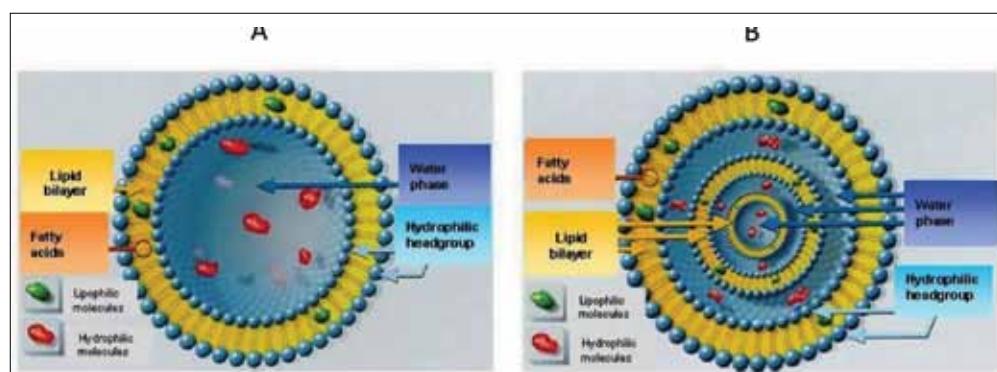
zvanic@pharma.hr



Literatura

- de Leeuw J, de Vijlder HC, Bjerring P, HAM Neumann HAM. 2009. Liposomes in dermatology today. JEADV 23:505-516.
 Elsayed MMA, Abdallah OY, Naggar VF, Khalafallah NM. 2007. Lipid vesicles for skin delivery of drugs: Reviewing three decades of research. Int J Pharm 332:1-16.
 Prow TW, Grice JE, Lin LL, Faye R, Butler M, Becker W, Wurm EM, Yoong C, Robertson TA, Soyer HP, Roberts MS. 2011. Nanoparticles and microparticles for skin drug delivery. Adv Drug Deliv Rev 63:470-491.
 Sinico C, Fadda AM. 2009. Vesicular carriers for dermal drug delivery. Expert Opin Drug Deliv 6:813-825.
 Torchilin, VP. 2005. Recent advances with liposomes as pharmaceutical carriers. Nat Rev Drug Discov 4:145-160.
 Vanić Ž, Hafner A, Bego M, Šalko-Basnet N. 2013. The characterization of various deformable liposomes with metronidazole. Drug Dev Ind Pharm 39:481-488.
 Yarosh DB. 2001. Liposomes in investigative dermatology. Photodermatol Photoimmunol Photomed 17:203-212.

Slika 1.
Shematski prikaz unilamelarnog (A) i multilamelarnog (B) liposoma, s naznačenim mjestima uklapanja hidrofilnih i lipofilnih lijekova.



Dr. Slobodanka Keleuva o hitnoj medicini u Hrvatskoj

Razgovarala i snimila Andreja Šantek



- U organizaciji zagrebačkog Zavoda za hitnu medicinu u Zagrebu sredinom listopada održan je 8. Kongres hitne medicine s međunarodnim sudjelovanjem koji je okupio 223 domaća i inozemna stručnjaka.

Predstavljene su tri glavne teme, a među njima i helikopterska medicinska služba (HEMS) o kojoj su govorili eminentni liječnici iz Mađarske, Češke, Njemačke i Poljske, koji su razvili HEMS u svojim zemljama.

Dr. Peter Turi ujedno je domaćina ponudio pomoći u osnivanju HEMS-a u Hrvatskoj kroz fondove Europske unije. O kongresu i novostima na području hitne medicine razgovarali smo s predsjednicom Kongresa **Slobodankom Keleuvom**, dr. med. spec., koja je u proteklih osam godina bila i ravnateljica Zavoda za hitnu medicinu Grada Zagreba.

••• Kakvo je trenutno stanje u Hrvatskoj kada govorimo o helikopterskoj medicinskoj službi?

- Ovo što trenutno imamo nikako se ne može nazvati HEMS-om budući da to podrazumijeva posebno opremljene letjelice, posebnu opremu, posebne ležajeve za pacijenta, educirane stručnjake. Ovo što mi sad imamo su zapravo sekundarni letovi, što znači da vojni helikopter dolazi do pacijenta koji je već medicinski zbrinut i prevozi ga u instituciju koja mu može pružiti bolju zdravstvenu skrb. No, i to je bolje nego da nemamo ništa.

Činjenica je da HEMS pruža pacijentu bolju šansu i kvalitetnije zbrinjavanje.

••• Znači li to da bi HEMS preuzeo dio posla hitne medicinske pomoći?

- Ne, ali mislim da je HEMS u prednosti nad dežurnim timovima ako se, primjerice, dogodi teža prometna nesreća na autocesti. Još ako je u pitanju turistička sezona, nema šanse da se kombi probije do mjesta nesreće.

Ali kad bi se u Hrvatskoj nalazile tri ili četiri baze za helikoptersko pokrivanje kompletног područja, to bi bilo jako dobro. Primjerice, Češka ima 10 helikopterskih baza, a Njemačka 80, i u svakoj se od tih baza nalazi jedan ili dva tima. S obzirom na to da smo sve više turistička zemlja, mislim da nam je ovaj projekt itekako važan.

••• Dokle ste došli s projektom?

- Planiramo napraviti sastanak na kojem bi dr. Turi upoznao s projektom gradaonačelnika Zagreba **Milana Bandića**, pročelniku ureda za zdravstvo prof. dr. **Mirnu Šitum** i pročelnika ureda za krizne situacije **Pavla Kalinića**.

Jer, na koncu, zašto ne bismo povukli novac iz EU fondova i napravili dobru stvar kao što je HEMS?

A koliko mi je poznato, ako do ljeta 2014. sami ne napravimo HEMS, to će moći napraviti bilo koji stranac na našem teritoriju i zaraditi na našim pacijentima.

••• Koliko bi nas to stajalo?

- U ovom trenutku još ne možemo govoriti o točnim iznosima, odnosno to je sljedeća faza uđemo li u ozbiljnije razgovore o projektu. Česi za svojih deset baza godišnje troše oko 13 milijuna eura. Iako je riječ o velikim novcima, moram reći da se projekt ne radi u okviru samo jednog ministarstva već se mora napraviti hladni pogon na razine države. Kao i za hitnu medicinsku pomoći, potrebno je napraviti algoritam te pametno i ozbiljno promisliti gdje i kako napraviti baze. Za Hrvatsku bi bile optimalne četiri baze, po principu prema kojem imamo raspoređene kliničke bolničke centre, odnosno mislim da bi se Hrvatska mogla dobro pokriti s bazama u Osijeku, Splitu, Rijeci i Zagrebu.

••• Koji je sljedeći korak?

- Pokušali bismo do kraja godine obaviti razgovore i pripremiti okvir za pilot-projekt HEMS-a u Zagrebu u trajanju od tri mjeseca. Tada bismo trebali znati i ukupnu vrijednost projekta te vidjeti koliko bi novaca mogli povući iz EU fondova.

••• Osim HEMS-a, na Kongresu je bilo još zanimljivih tema?

- Razgovarali smo i o medicinsko-pravnoj odgovornosti medicinskih djelatnika, liječnika, medicinskih sestara i tehničara, odnosno svih onih koji rade u sustavu. Činjenica je da amerikanizacija ušla na velika vrata u Hrvatsku i da je pacijent sve više informiran, što mi je kao liječniku izuzetno draga jer sam oduvijek smatrala da je to dvosmjerna ulica.

Nemam ništa protiv pacijenata koji postavljaju pitanja, a možemo to malo i parafrazirati, odnosno reći da je 'svatko svoga tijela gospodar'. I ako ja kao liječnik vidim benefit nekog zahvata ili pregleda, dužna sam obavijestiti na pravi način svog pacijenta – što dobiva s tim, kakav je efekt liječenja i pitati ga slaže li se on s tim. Ali mislim da na tome još moramo raditi.

••• Olakšavaju li informirani pacijenti rad liječniku?

- Da, i pri tom će se događati puno manje nesretnih slučajeva koji, na koncu, završe s tužbom, a u svih uzrokuju stres.

Naime, takvi događaji pogađaju obje strane, nitko tu ne dobiva, a sve strane gube. Htjeli smo pokazati kako se jedan tragičan događaj može pretvoriti u dugotrajan desetogodišnji sudski proces ili kako može završiti medijacijom, odnosno postupkom mirenja koji je puno kraći, uspješniji i manje bolan za sve. U pripremi tih pokaznih radionica jako su nam pomogle Hrvatska liječnička komora i Hrvatska komora medicinskih sestara, zajedno s pravnicima i sucima Županijskog suda koji su napravili odličan preformans. Radionice smo snimali i uskoro će se moći

pogledati na našoj web stranici <http://www.hitna-pomoc-zg.hr/>.

••• Kakvo je trenutno stanje u zagrebačkoj Hitnoj pomoći? Stiže li na vrijeme do svojih pacijenata?

• Stižemo na vrijeme do naših pacijenata, imamo oko 250 intervencija dnevno, a pritužbi između 0,5 i jedan posto i one se uglavnom odnose na probleme u komunikaciji. Na liječničkim sastancima i kolegijima uvijek iznova upozoravamo da je komunikacija izuzetno važna i stalno radimo na njenom unapređenju, ali upravo je ona najčešće kamen spoticanja.

Znamo da je sstanje teško, da ljudi imaju i svoje frustracije te da im je dovoljan mali okidač da eksplodiraju, ali uvijek kažem našim doktorima: 'Povuci ručnu i nabroji do 10'.

••• Kako je s pitanjem edukacije?

Provodi li se redovita?

- U ustanovi smo davno prepoznali da moramo zapeti vlastitim snagama. Tako sam prije šest godina sklopila suradnju s Hrvatskim reumatološkim društvom, nakon čega su se u našoj ustanovi počeli provoditi ERC-ovi tečajevi. Mi smo, što bi se reklo, 'up to date'; educirali smo velik broj instruktora pa tako danas u svojim redovima imamo

svoje vlastite instruktore. Mogu naglasiti da su i međunarodno licencirani, i to za programe Basic Life Support (BLS), Advanced Life Support (ALS), International Life Support (ILS) i International Pediatric Life Support (IPLS). Imamo i vlastiti nastavni centar i sva-ke godine obnavljamo našu internu edukaciju. Prije dvije godine napravili smo sporazum sa zagrebačkim Medicinskim fakultetom i dekanom akademikom Miličićem, kojim smo postali suradna ustanova Medicinskog fakulteta.

Na taj ćemo način educirati studen-te medicine iz BLS-a i ALS-a, a i suradna smo ustanova Zdravstvenog veleučilišta. Naša kontinuirana edukacija osjeti se na terenu. Kolega **Slaven Babić** iz Klinike za traumato-logiju KBC-a Sestre milosrdnice na Kongresu nam je dao najveći kompliment kada je ustvrdio da u posljednje dvije godine iz zagrebač-ke Hitne nije stigao niti jedan pacijent koji nije bio besprijekorno zbrinut.

••• Imate li dovoljno liječnika?

- Zapošljavamo 69 timova, odno-sno ukupno 74 liječnika zajedno s nastavnim centrom. Još nam uvijek nije problem dobiti liječnika jer još uvijek mnogi bježe iz provin-cije, a najčešće kao razlog navode da će u Za-grebu lakše dobiti specijalizaciju. I to je sigur-

no velik razlog zbog kojeg nam se na natječaj uvijek javi velik broj ljudi tako da možemo izabrati najbolje i najkvalitetnije.

••• Provedu li liječnici cijeli radni vi-jek u Hitnoj?

- Većina da. Trenutno u ustanovi imamo 30-ak doktora koji su kod nas deset i više godina i velika je vjerojatnost da će i ostati svoj cijeli radni vijek. Jer ako niste otišli do svoje desete godine, vjerojatno niti nećete. Uz to, ne dobiju li specijalizaciju ostanu u Hitnoj, no moram reći da će uskoro krenuti i specijalizacija iz hitne po bolnicama.

No, to još uvijek nije slučaj s izvanbolničkom hitnom, iako smo dobili zeleno svjetlo od ministra, ali čekamo odgovor iz HZZO-a koji bi za to trebao osigurati novac.

••• Kakvi su uvjeti rada?

- Imamo dodatke na uvjete rada od 20 posto. Zanimljivo je i to da je hitna imala beneficirani radni staž koji je, iz ne znam kojih razloga, ukinut 1997. godine, što mislim da je velika šteta budući da postoje egzaktna istraživanja koja pokazuju da je ovo vrlo stresan posao.

.....



Paragona je jedan od vodećih europskih međunarodnih posrednika u zapošljavanju liječnika specijalista.

Za naše klijente u Švedskoj tražimo Specijaliste **OBITELJSKE MEDICINE**

Također nudimo privlačna zaposlenja za:

- **PSIHJATRE**
- **PSIHJATRE ZA DJECU I MLADEŽ**
- **PATOLOGE**

NUDIMO:

- Intenzivne tečajeve jezika – besplatno
- atraktivnu plaću
- stalno zaposlenje u centrima javnog zdravstva
- mogućnost profesionalnog razvoja
- besplatne online tečajeve za supružnike
- finansijsku podršku za vrijeme tečajeva
- pomoć pri registraciji i preseljenju

Molimo da nas kontaktirate za više informacija:

ewelina.sawicka@paragona.com

Tel. ++48 22 653 66 81

www.paragona.com

POSJEDUJEMO BOGATO ISKUSTVO:

- pomogli smo u preseljenju i zapošljavanju gotovo 1000 liječnika i zubara
- surađujemo s bolnicama u šest europskih zemalja
- razvili smo vrlo učinkovit sustav edukacije

Također imamo mnogo ponuda iz Skandinavije za zapošljavanje **liječnika specijalista drugih specijalnosti**.

Krajnji rok za podnošenje prijava je 31. prosinca 2013.



- 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. Pritisk punit 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.

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

Usporedba fluoksetina i ostalih lijekova za depresiju

Sažetak

- Depresija je teška mentalna bolest. Simptomi depresije su dugotrajna potištenost, gubitak interesa za život i gubitak interesa za stvari koje su pacijenta ranije usrećivale, a često postoji i niz dodatnih simptoma kao što su promjena apetita, poremećaj spavanja i lošija koncentracija. Glavni oblik liječenja depresije su lijekovi i psihološka terapija.

Za liječenje umjerene do teške depresije najčešće se koriste lijekovi antidepresivi. Fluoksetin, jedan od prvih lijekova nove generacije antidepresiva, iznimno je popularan lijek za liječenje depresije. Međutim, rezultati istraživanja u kojima je fluoksetin uspoređen s drugim antidepresivima su kontroverzni. U ovom Cochrane sustavnom pregledu su učinkovitost i podnošljivost fluoksetina uspoređeni s drugim antidepresivima za akutno liječenje depresije.

Autori su u svibnju 2012. napravili sveobuhvatno pretraživanje medicinske literature kako bi pronašli sve kliničke studije (randomizirana kontrolirana istraživanja) u kojima je uspoređen fluoksetin s bilo kojim drugim antidepresivom. U sustavni pregled uključena je 171 studija s ukupno 24.868 ispitanika. Nakon sabiranja rezultata iz svih istraživanja, pokazalo se da fluoksetin ima sličnu učinkovitost, ali se bolje podnosi nego lijekovi starije generacije (tricikličkih) antidepresiva.

U usporedbi s drugim antidepresivima nove generacije, uočene su važne razlike u učinkovitosti i podnošljivosti između fluoksetina i nekih antidepresiva. Primjerice, fluoksetin je bio manje učinkovit nego setralin i mirtazapin, ali se bolje podnosi nego reboksetin. Te razlike mogu imati kliničku važnost u svakodnevnoj praksi.

Međutim, prilikom interpretacija tih razlika važno je imati na umu da su istraživanja kratko trajala (osam tjedana ili manje) i da je prosječna veličina svake studije bila malena (svaka je uključila oko 100 ljudi). Nadalje, većinu uključenih istraživanja sponzorirala je farmaceutska industrija koja zna preuvečavati učinak ispitivanog lijeka. Zbog toga je teško izvući jasne zaključke koji bi bili korisni za praksu. Potrebno nam je više pouzdanih informacija o sigurnosti antidepresiva.

Depresija

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, depresija je treći vodeći uzrok bolesti u 2004. godini i prepostavlja se da će biti vodeći uzrok u 2030. godini.

Bolest je povezana sa značajnim osobnim, društvenim i ekonomskim posljedicama, gubitkom funkcionalnosti i produktivnosti te značajno opterećuje zdravstveni sustav. Iako su farmakološke i psihološke terapije učinkovite za liječenje teške depresije, u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj službi su antidepresivi i dalje terapija prvog izbora za liječenje umjerene do teške depresije. Na tržištu su dostupni brojni antidepresivi, uključujući tricikličke, inhibitore monoaminooksidaze, selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina i noradrenalina i ostali.

U zadnjih dvadesetak godina propisivanje antidepresiva značajno se povećalo u zapadnim zemljama, uglavnom zbog povećanog propisivanja inhibitora ponovnog preuzimanja serotonina. Selektivno djelovanje te skupine antidepresiva navodi se kao obrazloženje njihovih potencijalnih prednosti u odnosu na druge postojeće terapije. Selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina

općenito su prihvatljiviji nego triciklički antidepresivi, i prema postojećim dokazima učinkovitost tih dviju skupina lijekova je slična. Međutim, kad se direktno usporede, rezultati istraživanja nemaju dosljedan zaključak.

Opis intervencije

Fluoksetin hidroklorid prvi je put u znanstvenom časopisu opisan 1974. godine kao selektivni inhibitor ponovnog preuzimanja serotonina. Kao antidepresiv počeo se reklamirati 1987. Kao rezultat marketinga, fluoksetin je vrlo brzo postao najčešće propisivani antidepresiv u SAD-u. I dalje je iznimno popularan za liječenje teške depresije i niza anksioznih poremećaja usprkos činjenici da su se na tržištu pojavili noviji lijekovi.

Predloženi mehanizam djelovanja fluoksetina uključuje inhibiciju ponovnog preuzimanja serotonina. Međutim, nije potpuno jasno je li je inhibicija ponovnog preuzimanja značajno povezana s kliničkim učincima.

Zašto je važan ovaj sustavni pregled

Geddes i suradnici su 2000. godine dovršili Cochrane sustavni pregled u kojem su usporedili skupinu inhibitora ponovnog preuzimanja serotonina sa svim drugim antidepresivima te zaključili da nema velike razlike između različitih skupina antidepresiva, ali su rekli da bi se razlike mogle pokazati kad bi se napravila direktna usporedba pojedinih vrsta lijekova, a ne skupina lijekova.

Polazeći od ove pretpostavke, skupina istraživača (engl. Meta-analysis of new generation antidepressants study group - MANGA study group) odlučila je sustavno pregledati sve raspoložive dokaze o svakom novijem antidepresivu. Do danas su učinjeni sustavni pregledi o nizu lijekova, uključujući sertralin, escitalopram, milnacipran, fluoksetin, mirtazapin, duloksetin i citalopram, a niz novih sustavnih pregleda je u izradi.

Sustavni pregled koji je usporedio fluoksetin s drugim antidepresivima prvi put je objavljen 2005., ali otada su objavljeni novi dokazi iz randomiziranih studija. Stoga je taj Cochrane sustavni pregled obnovljen kako bi se javnosti predočili najnoviji dokazi o učinkovitosti i prihvatljivosti fluoksetina za osobe s teškom unipolarnom depresijom.

Cilj Cochrane sustavnog pregleda bio je procijeniti učinke fluoksetina u usporedbi sa svim drugim antidepresivima u odr-

slih osoba s teškim unipolarnim depresivnim poremećajima.

Istraživanja uključena u sustavni pregled

Autori su u sustavni pregled uključili 171 studiju, s ukupno 24.868 ispitanika. U 161 studiji bilo je naznačeno da se radilo o dvostruko slijepom istraživanju. Vrijeme praćenja ispitanika u većini je istraživanja bilo 6 tjedana (80 istraživanja).

Najkraća studija trajala je 4, a najduža 24 tjedna. Prosječan broj ispitanika u istraživanjima bio je 135 (raspon: 16 – 1096). Najveći broj istraživanja obavljen je u Evropi (41%), SAD-u (20%), Kanadi (5%) i Južnoj Americi (5%). Većina uključenih istraživanja (163 studije) uključila je ispitanike s dijagnozom teške depresije prema međunarodnim klasifikacijama mentalnih bolesti.

Rezultati

Sustavnim pregledom literaturu otkrivene su razlike između fluoksetina i nekih drugih antidepresiva. Analiza dihotomnih ishoda pokazuje da je fluoksetin manje učinkovit od diotepina/dosulepina, sertralina, mirtazapina i venlafaksina. Analiza kontinuiranih ishoda pokazuje da je fluoksetin učinkovitiji nego ABT-200 i milnacipram, a manje učinkovit nego sertralin i venlafaksin, iako su ovi rezultati imali graničnu statističku značajnost.

Međutim, nije jasno kakvo je kliničko značenje ovih rezultata i kako ih prenijeti u preporuke koje bi bile korisne za kliničku praksu. Usprkos velikom broju provedenih istraživanja, ukupan broj randomiziranih pacijenata bio je nešto manji od 25.000. Istraživanja su kratko trajala, obično 8 tjedana ili kraće, i prosječno su imala 135 ispitanika, što pokazuje da većina istraživanja nema dovoljnu snagu da bi mogla otkriti klinički značajne razlike.

Pacijenti su bolje podnosili fluoksetin nego tricikličke antidepresive, reboksetin, ABT-200 i pramipeksol (zaključak se temelji na ukupnom broju pacijenata koji su prekinuli sudjelovanje u istraživanju bez obzira na razlog).

Naprotiv, escitalopram su pacijenti bolje podnosili nego fluoksetin, iako se rezultat temelji na graničnoj statističkoj značajnosti. Kad se u obzir uzme broj pacijenata koji su prekinuli sudjelovanje u istraživanju zbog nuspojava, fluoksetin su pacijenti podnosili bo-

lje nego amitriptilin, klomipramin, imipramin, ABT-200 i pramipeksol. Fluoksetin su također bolje podnosili nego venlafaksin.

Iako se u literaturi mogu naći stvari da je za prikladnu procjenu novih antidepresiva nužna usporedba s placeboom, u ovom sustavnom pregledu fluoksetin je uspoređen samo s drugim lijekovima jer autori smatraju da su takvi dokazi potrebiti zdravstvenim djelatnicima i pacijentima. Smatraju da kliničari trebaju znati kakav je fluoksetin, kao referentni antidepresiv, u usporedbi s drugim antidepresivima.

Iako je ovaj sustavni pregled uključio brojne studije u kojima je fluoksetin uspoređen s nizom različitih antidepresiva, za svaku pojedinu usporedbu bilo je dostupno svega nekoliko istraživanja, što umanjuje primjenjivost i snagu tih dokaza jer su analize pokazale široke intervale pouzdanosti.

Autori naglašavaju da možda postoje dodatna istraživanja koja nisu uspjeli pronaći, iako su kontaktirali brojne autore koji se bave ovim područjem, kao i farmaceutske tvrtke. Pretpostavka je autora da među postojećim studijama, za koje podatci nisu dostupni, ima i onih s negativnim rezultatima. Moguće je da se trenutno provode dodatna istraživanja učinkovitosti fluoksetina u usporedbi s drugim antidepresivima, i ta će se istraživanja uključiti sljedeći put kad se bude obnavljao ovaj sustavni pregled.

Kad se razmotri ovaj sustavni pregled u svjetlu drugih dokaza iz znanstvene literature, autori zaključuju da postoje čvrsti dokazi o postojanju statistički i klinički značajnih razlika među antidepresivima.

Rezultati iz ovog sustavnog pregleda mogli bi pomoći kliničarima za izradu terapijskih preporuka i definiranje hijerarhije antidepresiva. Iako fluoksetin nije bio među najboljim terapijama u smislu učinkovitosti, i dalje ostaje važna terapija izbora za liječnike kada treba propisati antidepresive za umjerenu do tešku depresiju.

Zaključak autora

Postoje razlike između fluoksetina i određenih drugih antidepresiva u smislu učinkovitosti i podnošljivosti, ali kliničko značenje ovih razlika nije jasno. Veća sigurnost sertralina i venlafaksina (možda i drugih antidepresiva) od fluoksetina mogla bi biti klinički značajna, što pokazuju i drugi pregledi literature. Nadalje, kad se odlučuje koji lijek propisati pacijentu, u obzir treba uzeti i niz drugih osobina lijeka, primjerice dugačko polu-vrijeme eliminacije fluoksetina, činjenicu da fluoksetin inhibira CYPP450 izoenzime više nego neke druge, toksičnost lijeka, prihvatljivost lijeka za pacijenta i cijenu.

Cochrane sustavni pregled

Magni LR, Purgato M, Gastaldon C, Papola D, Furukawa TA, Cipriani A, Barbui C. Fluoxetine versus other types of pharmacotherapy for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD004185. DOI: 10.1002/14651858.CD004185.pub3.

.....



Preporuke iz HALMED-a



Dr. sc. Viola Macolić Šarinić, dr. med.

- Povjerenstvo za ocjenu rizika na području farmakovigilancije (eng. Pharmacovigilance and Risk Assessment Committee, PRAC) je povjerenstvo Europske agencije za lijekove (EMA) odgovorno za ocjenu i praćenje sigurnosti primjene lijekova za uporabu u ljudi. Osnovano je temeljem novoga zakonodavstva na području farmakovigilancije koje je u Europskoj uniji stupilo na snagu u srpnju 2012. godine sa ciljem unapređenja zaštite i promicanja javnog zdravlja kroz jačanje farmakovigilancijskog sustava EU-a. Članovi PRAC-a su stručnjaci iz regulatornih tijela zemalja članica Europske unije (nacionalnih agencija za lijekove) te predstavnici pacijenata i zdravstvenih djelatnika delegirani od Europske komisije. Članovi (dva delegata) PRAC-a iz Republike Hrvatske dolaze iz Agencije za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) iz područja farmakovigilancije.

Uloga je PRAC-a dodatno osnažiti postojeći sustav nadziranja sigurnosti lijekova za primjenu u ljudi u cijeloj EU. Povjerenstvo je zaduženo za otkrivanje, procjenu, minimizaciju i komunikaciju vezanu uz rizike nastanka nuspojava lijekova, pri čemu se u obzir uzima terapijski učinak lijeka. Odgovorno je za osmišljavanje i vrednovanje postmarketinških ispitivanja sigurnosti primjene lijeka, kao i za inspekciju farmakovigilancije. Glavna je odgovornost PRAC-a pripremanje preporuka vezanih uz pitanja iz područja farmakovigilancije te uz sustave upravljanja rizikom, čiju učinkovitost nadzire. Povjerenstvo ima ovlasti dati znanstvenu procjenu u slučajevima kada zemlja članica EU-a ili Europska komisija zatraže pokretanje arbitražnog postupka u EU-u za ocjenu sigurnosti ili odnosa koristi i rizika za pojedini lijek ili skupinu lijekova. Arbitražni postupak mora pokrenuti ona država članica u kojoj se pojavilo sigurnosno pitanje u svakom slučaju kad je lijek odobren u dvije ili više država članica EU-a. U slučaju sigurnosnih pitanja centralizirano odobrenih lijekova od EMA-e, postupak pokreće Europska komisija.

Detaljniji podaci o radu PRAC-a mogu se naći na internetskim stranicama Europske agencije za lijekove (EMA) pod poveznicom <http://www.ema.europa.eu/ema/>.

Preporuke PRAC-a o sigurnosti primjene lijekova nakon donošenja razmatra Povjerenstvo za humane lijekove (CHMP), koje usvaja konačno EMA-ino mišljenje za lijekove odobrene centraliziranim postupkom davanja odobrenja za sve zemlje članice EU-a, i Koordinacijska grupa za postupak međusobnog priznavanja i decentralizirani postupak za humane lijekove (CMDh) za lijekove odobrene nacionalnim postupcima u EU-u. Nositelji odobrenja za stavljanje lijeka u promet lijekova na koje se preporuke odnose dužni su poduzeti mjere u svim državama članicama EU-a u skladu s usvojenim preporukama, a pod nadzorom nacionalne Agencije za lijekove, što je u Hrvatskoj HALMED. U listopadu 2013. PRAC je donio sljedeće preporuke:

Koristi od primjene svih kombiniranih hormonskih kontraceptiva nadmašuju rizike

PRAC je procijenio rizik od nastanka venske tromboembolije (VTE, nastanak krvnih ugrušaka u venama) povezan s primjenom kombiniranih hormonskih kontraceptiva (KHK). PRAC je zaključio kako koristi kombiniranih hormonskih kontraceptiva u sprečavanju neželjenih trudnoća nadmašuju rizik od nastanka venske tromboembolije. Sukladno navedenoj ocjeni, ne postoji razlog da žene koje su do sada uzimale kombinirane hormonske kontraceptive bez nuspojava prestanu uzimati lijekove iz ove skupine. Vrlo je važno informirati korisnice o rizicima te znakovima i simptomima venske tromboembolije. Također je važno da liječnici uzmu u obzir individualni rizik svake žene za nastanak venske tromboembolije pri propisivanju kombiniranih hormonskih kontraceptiva.

Preporuka PRAC-a bit će upućena CHMP-u, koje bi trebalo usvojiti EMA-ino mišljenje na sjednici od 18. do 21. studenog. Završna faza ovog postupka je usvajanje pravno obvezujuće odluke od strane Europske komisije, koja je primjenjiva na sve zemlje članice EU-a.

Otopine za infuziju koje sadrže hidroksietil škrob (HES) više se ne smiju primjenjivati u bolesnika sa sepsom ili opeklinama ili u bolesnika u kritičnom stanju

PRAC je završio procjenu otopina za infuziju koje sadrže hidroksietil škrob (HES) nakon procjene novih informacija i uvođenja obaveza provođenja dodatnih studija i aktivnosti minimizacije rizika. PRAC je potvrdio da se otopine za infuziju koje sadrže HES više ne smiju primjenjivati u bolesnika sa sepsom (bakterijskom infekcijom krvi), ili opeklinama, ili u bolesnika u kritičnom stanju, zbog povećanog rizika od oštećenja bubrega i mortaliteta. Otopine za infuziju koje sadrže HES mogu se i dalje primjenjivati za liječenje hipovolemije (smanjen volumen krvi) uzrokovane akutnim gubitkom krvi, uz poduzimanje potrebnih mjera za smanjenje potencijalnog rizika i provođenje dodatnih studija.

Europska agencija za lijekove (EMA) započela je procjenu djelatne tvari valproat i sličnih djelatnih tvari i njihove primjene u trudnica. Lijekovi koji sadrže djelatnu tvar valproat koriste se za liječenje epilepsije i bipolarnog poremećaja.

Započela procjena valproata i sličnih djelatnih tvari

PRAC je započeo procjenu valproata i sličnih djelatnih tvari i njihove primjene u trudnica. Lijekovi koji sadrže djelatnu tvar valproat koriste se za liječenje epilepsije i bipolarnog poremećaja. Procjena lijekova koji sadrže valproat ili slične djelatne tvari za zemlje EU-a započela je na zahtjev Britanske agencije za lijekove (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency, MHRA) nakon objave novih studija koje su pokazale da u neke djece problemi u razvoju, koji mogu uključivati autizam, mogu biti dugotrajni.

Detaljne informacije o preporuka PRAC-a iz listopada 2013. dostupne su na internetskim stranicama EMA-e, pod poveznicom <http://www.ema.europa.eu/ema/>.

.....

Karboksiterapija

Tamara Sinožić*, dr. med., spec. obiteljske medicine
Jadranka Kovačević, dr. med. liječnik opće medicine

- Za naš prvi doticaj s karboksiterapijom imamo zahvaliti «Liječničkim novinama» koje su u rubrici „Novosti sa stručnih skupova“ krajem prošle godine objavile kratak članak o karboksiterapiji u medicinskoj patologiji i estetskoj medicini (LN br. 113 od 15. listopada 2012.). Taj nas je članak potaknuo na pretragu web-a, gdje smo na medicinskim portalima našle niz znanstvenih radova s raznih sveučilišnih klinika i objavljenih u medicinskim časopisima (*In Vivo, Acta Phlebologica, Rivista It. Chirurgia Plastica, Aesthetic Plastic Surgery*) koji govore o kliničkim iskuštvima, biokemijskim i fiziološkim temeljima karboksiterapije te primjeni u liječenju kroničnih rana, limfedema i vaskularnih akro-sindroma poput Raynaudovog sindroma i akro-cijanoze, ali i u estetskoj medicini. Budući da su posebice bolesnici s kroničnim ranama i postupci koji doprinose boljem liječenju i skrbi područje našeg profesionalnog interesa, ta nova metoda koja pridonosi cijeljenju rana predstavljala je za nas osoban izazov.

Na Simpoziju Hrvatske udruge za rane u Primoštenu predstavile smo sredinom listopada svoja iskustva s primjenom

karboksiterapije u terapiji kroničnih rana (o istoj temi objavljen je i rad u suplementu *Acta Medica Croatica Vol. 67/2013 suppl.1*). Kod potpornog liječenja kroničnih rana, osobito onih koje slabo zacjeljuju, naši prvi rezultati zadovoljavaju i u skladu su s istraživanjima i iskustvima naših kolega iz svijeta.

Što je karboksiterapija?

Karboksiterapija je postupak transkutane ili sub/intrakutane primjene plina ugljičnog dioksida (CO₂) u terapijske svrhe radi poboljšanja mikrocirkulacije i tkivne oksigenacije (1). Prva iskustva s karboksiterapijom odnose se na neinvazivnu termalnu metodu, poznatu još od 1932. godine. Naime, u francuskom termalnom lječilištu Royatu, koje se nalazi na izvorima vode bogate prirodnim plinom CO₂, bolesnicima oboljelim od raznih perifernih arteriopatija tijelo se omotavalo ili uranjalo u vodu bogatu plinom kako bi se postigao željeni učinak preko kože (2). Svremenom su se uočavale i neke dopunske pozitivne promjene u vidu poboljšanja elasti-

nosti kože, smanjenja lokalnih masnih nakupina i ožiljaka. Međutim, nazučinkovitiji način unošenja plina svakako je mini invazivna metoda potkožnog ubrizgavanja iglom koja se primjenjuje već dvadesetak godina u Europi, SAD-u, Izraelu, Japanu, Južnoj Koreji i Latinskoj Americi (2).

Spoznaja visoke djelotvornosti potkožno ubrizganog plina potaknula je, kako znanstvena istraživanja, tako i osmišljavanje jednog medicinskog uređaja koji bi omogućio funkcionalne i estetske učinke ugljičnog dioksida na nazučinkovitiji način - potkožnim ubrizgavanjem - ali i na način da se izbjegne potreba dugotrajnog boravka bolesnika u termalnom lječilištu. Tako je 1994. nastao jedan takav uređaj, koji od 1998. godine ima europski certifikat, od 2001. američku FDA dozvolu, a upisan je i u Očeviđnik HALMED-a.

Fiziološke osnove djelovanja CO₂

Osnovni je princip djelovanja tako ubrizganog plina CO₂ stupanje u reakciju s molekulama vode u tkivima te stvaranje ugljične kiseline (H₂CO₃) koja smanjuje prirodnu kiselost tkiva. To izaziva povećano otpuštanje kisika iz veze s hemoglobinom temeljem Bohrovog efekta, koji kaže da je veza kisika i hemoglobina to slabija što je niža razina kiselosti tkiva, tj. pH vrijednost (4). Niža razina kiselosti kao i lokalna hiperkapnija potiču vazodilataciju otvaranjem prekapilarnih sfinktera te time do bolju oksigenaciju tkiva – vazodilatacijska hipoteza (2). Druga pak hipoteza, tkivna potreba za kisikom, govori o utjecaju na angiogenezu tako što povećana lokalna koncentracija CO₂ utječe na sintezu vaskularnih endotelnih faktora rasta i stvaranje novog žilja (5). Disocijacijom ugljične kiseline na ione H⁺ i HCO₃⁻ te stupanjem u interakciju s ionima Ca²⁺ nastaje kalcijhdrogenkarbonat te dolazi do rasta pH vrijednosti prema alkalnom, uz analgetički i spazmolitič-

*Na Klinici za plastičnu i rekonstruktivnu kirurgiju Sveučilišta u Sieni, Italija, koja je i objavila najveći dio radova o karboksiterapiji, osnovana je 2001. g. Međunarodna znanstvena udružica za proučavanje karboksiterapije (The International Scientific Carbon Dioxide Therapy Group; tal. GISC) s ciljem unapređenja istraživanja i objedinjavanja znanja i iskustva medicinskih stručnjaka raznih grana medicine iz cijelog svijeta koji metodu primjenjuju (3). Odnedavno smo postale članice te udruge, kao jedine liječnice iz Hrvatske, i nastojat ćemo se uključiti u multicentrična istraživanja na toj razini. Pojedinosti o edukaciji i opremi potrebnoj za karboksiterapiju na e-adresi: tamara.sinozic@ri.t-com.hr

Prije



12 tjedana poslije



ki utjecaj. Tonus stjenka arteriola i kapilara pada, pojačava se protok, lokalna temperatura raste za 1°C, uz poboljšanje lokalnog metabolizma tretiranog tkiva. Istovremeno oksidiraju lipid u aktiviranim adipocitima te nastaje njihovo pucanje i lipolize (2).

Ove promjene ujedno utječu i na fibroblaste potičući ih na sintezu intradermalnih kolagenih vlakana, što ubrzava cijeljenje rana, odnosno poboljšava elastičnost intaktne kože (2). Ostatak CO₂ koji se ne metabolizira ovim putevima veže se na eritrocite i eliminira se disanjem.

Područja primjene karboksiterapije

- kronične rane: venske i arterijske potkoljenične rane, rane dijabetičkog stopala, tlačni vrijed (dekubitus), postoperativne sporocijeleće rane
 - kronična venska insuficijencija i limfedem
 - bolesti perifernih arterija: Bürgrova bolest, akrocijanoza, Raynoudov sindrom
 - sindrom nemirnih nogu (Restless leg sindrom)
 - neke dermatološke bolesti, npr. vulgarna psorijaza, sklerodermija, neki oblici alopecije
 - u estetskoj medicini terapija ožljaka, keloida, bora, podbratka, podočnjaka, strija, opuštene kože, lokalizirane adipoznosti i fibrolipodistrofije (1, 2, 3, 5, 6).

Kontraindikacije za karboksiterapiju su teški oblici bolesti pluća, bubrega i jetre, kongestivno zatajenje srca, akutna ishemijska bolest srca, akutni tromboflebitis s flebotrombozom s plućnom embolijom ili bez nje, gangrena, infekcija, sepsa, akutni cerebrovaskularni inzult, epilepsija, teški oblici anemija, trudnoća i babinje, srčani elektrostimulator, terapija inhibitorima karboanhidraze i maligne rane (1, 2, 5). Nuspojave su obično blage i prolazne za 24 sata, a to su: lagana bolnost, utrunutost, peckanje, žarenje, crvenilo na mjestu primjene, osjećaj pucketanja pod kožom.

Praktični postupak

Plin koji se koristi je sterilan medicinski CO₂ 99%-ne čistoće. Prilikom prolaska kroz uređaj dodatno se filtrira, vlaži i zagrijava a automatski se podešava brzina protoka, vrijeme i ukupna količina ubrizganog plina. Prije tretmana uređaj se programira ovisno

o tretiranoj regiji ili promjeni, a uređaj ima standardizirane programe, od onih za liječenje rana do onih za estetsku primjenu (3). Pribor za ubrizgavanje namijenjen je jednokratnoj upotrebi a sastoji se od poliuretanske spojne cijevi i igle 30 G (0,3 x 13 mm) kojom se injicira plin. Ovisno o indikaciji, injicira se pod kutom od 30° intrakutano ili 45° subkutan.

Plin se ubrizgava u okolini rane, prosječno 2 cm od njenih rubova, na granici zone upale, pod kutom od 45°, birajući program za rane - 14 s protokom od 30 ml/min, 5-15 ml po zoni ubrizgavanja. To se radi jedanput do dvaput tjedno, ukupno 15-20 puta, ovisno o veličini rane i odgovoru bolesnika, a preporuča se i u fazi remodelacije, tj. po zacjeljenju jedanput mjesечно idućih 6 mjeseci.

Karboksiterapiju radimo prema protokolu za rane najduže 12 tjedana, tj. do zacjeljenja ili prestanka terapije iz drugih razloga. Tretiramo rane različitih etiologija: venske, miješane (vensko-arterijske), arterijske, dijabetičkog stopala, posttraumatske.

Potpun uspjeh postiže se kod dvoje trećine bolesnika, a kod preostale trećine veličina rane se smanji za 50%. Kod svih se bolesnika provode i ostale mjere liječenja, ovisno o individualnim potrebama, što uključuje lokalno liječenje, kompresivnu terapiju, nutritivnu potporu i psihosocijalnu podršku (9-15). Suradljivost s bolesnicima je dobra; od nuspojava navode samo lagano peckanje tijekom postupka.

Zaključak

Rane i problemi vezani s njima već su stoljećima terapijski izazov. Osobito se to odnosi na kroničnu ranu koja ne cijeli unatoč standardiziranim protokolima liječenja u trajanju od osam tjedana. Napredak moderne tehnologije i velik iskorak u proučavanju fizioloških mehanizama cijeljenja poboljšali su skrb za bolesnika s kroničnom ranom, ali još uvijek nisu snizili incidenciju i prevalenciju od 1% odraslog europskog stanovništva (7). Patofiziološki mehanizam nastanka za oko 80% rana je poremećaj periferne cirkulacije, kako venske tako i arterijske, i hipoksija kao posljedica (8). Upravo zato je karboksiterapija našla svoje mjesto u terapiji rana.*

Karboksiterapija ima široko indikacijsko područje, od funkcionalne do estetske medicine. Izvediva je u ambulantnim uvjetima, ekonomski prihvatljiva (neznatan trošak potrošnog materijala i prihvatljiva cijena uređaja koji se može koristiti i kod drugih indikacija), s malim brojem nuspojava, ali pod uvjetom da je provodi educiran liječnik s odgovarajućom opremom. Poseban izazov predstavljaju nova područja primjene karboksiterapije koja se temelje na ohrabrujućim iskustvima nekih liječnika, iznesena na kongresima, a to su: sklerodermija i terapija akutne i kronične boli.

••••

Literatura

1. Brandi C, Grimaldi L, Nisi G, Brafa A, Campa A, Calabro M i sur. The Role of Carbon Dioxide Therapy in the Treatment of Chronic Wounds. In Vivo 2010; 24: 223-226.
2. Kouthna N. Carboxytherapy – new, non-invasive method of aesthetic medicine. Cas. Lek. Cesk. 2006; 145 (11): 841-3.
3. International Scientific Carbon Dioxide Therapy Group (GISC). Protocol for Carboxytherapy. Siena: Carbossiterapia Italiana S.r.l.; 2008: 1-38
4. Guyton A.C. Medicinska fiziologija. Zagreb: Medicinska naklada; 1999: 444-53.
5. Varlaro V, Manzo G, Mugnaini F, Bisacci C, Fiorucci P, de Rango P. i sur. Carboxytherapy: effects on microcirculation and its use in the treatment of severe lymphedema. Acta Phlebol 2007; 8: 79-91.
6. Brandi C, D'Aniello C, Grimaldi L, Caiazzo E, Stanghellini E. Carbon Dioxide Therapy: Effects on Skin Irregularity and Its Use as a Complement to Liposuction. Aesth. Plast. Surg. 2004; 28: 222-225.
7. Huljev D. Patofiziologija cijeljenja rane. Bilten HUR-a 2013.1. Dostupno na URL adresi: <http://www.huzr.hr/Data/bilten/1-2013.pdf>. Datum pristupa informaciji: 25. lipnja 2013.
8. Lipoznenčić J, Marinović-Kulišić S. Etiologija i patogeneza potkoljeničnog vrijeda. Acta Med Croatica 2009; 63 (Supl. 4): 9-11.
9. European Wound Management Association (EWMA). Position document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd; 2004.p 1-17
10. Pertsch H, Flour M, Coleridge Smith P. i sur. Indications for compression therapy in venous and lymphatic disease. Consensus based on experimental data and scientific evidence. International Angiology 2008; 27:193-219
11. EWMA Position document. Understanding compression therapy. European Wound Management Association. London: MEP Ltd; 2003. 9-13.
12. Banić M, Kardum D, Petričušić L, Urek-Crnčević M, Pleško S, Kujundžić M. Potkoljenični vrijed: značenje prehrane bolesnika. Acta Med Croatica, 63 (Supl.4) (2009) 105-108.
13. Persoli-Gudelj M, Lončarić-Katušin M. Kontrola boli: Acta Med Croatica, 63 (Supl.4) (2009) 71-76.
14. Vowden P, Apelquist J, Moffat C. Wound complexity and healing. EWMA. Position document: Hard to heal wounds: a holistic approach. London: MEP Ltd. 2008; 2-9.
15. Moffatt C, Martin R, Smithdale R. Other Ulcer Aetiologies and Multi-factorial Ulceration. In Leg Ulcer Management. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. 2007; 153-181.



novosti iz medicinske literature

Abraksan i gemcitabin odobreni kao prva linija liječenja metastatskog adenokarcinoma gušterića

Laparoskopska herniplastika ventralne hernije sigurna i u pretilih

MRSA: univerzalna dekolonizacija bolja od probira i izolacije

Trudnoća nakon barijatrijske kirurgije ukupno ima dobre, ali perinatalno lošije ishode

Jednostavan model predviđanja uspješnosti vaginalnog porođaja nakon carskog reza u trenutku prijema u rađaonu

Morbiditet žena prije i poslije instrumentalnog dovršenja porođaja

Učinak vježbanja na gubitak tjelesne mase nakon poroda: meta analiza

Fertilitet kod neoperiranih bolesnika s upalnim bolestima crijeva

Abuzus inhibitora protonске crpke i rizik za celijakiju

Kronični hepatitis C kao čimbenik rizika za kolorektalni adenom

Farmakološka profilaksa post-ERCP pankreatitisa: što odabrat?

Čimbenici rizika gastrointestinalnog krvarenja kod abuzusa klopidogrela

Endoksaban vs. varfarin u terapiji simptomatskog venskog tromboembolizma

HLA-B*13:01 i sindrom preosjetljivosti na dapson

Tiotropij respimat inhaler i rizik od smrti kod kronične opstruktivne plućne bolesti

Dugoročna kognitivna oštećenja nakon teških bolesti

Palijativna skrb o bolesnicima s Parkinsonovom bolesti

Palijativna skrb o bolesnicima s ne-malignom plućnom bolesti

Operacija versus fizioterapija u liječenju stresne inkotinencije

Kontracepcija kod pacijentica koje boluju od migrene

Sindrom masne jetre u trudnoći: klinički ishod i očekivano trajanje oporavka

Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu



Abraksan i gemcitabin odobreni kao prva linija liječenja metastatskog adenokarcinoma gušterića

- Adenokarcinom gušterića je četvrti vodeći uzrok smrti u SAD-u te su stoga intenzivirana sva istraživanja u smjeru pronalaženja odgovarajuće citostatske terapije. Smrtnost od raka gušterića u svijetu iznosi oko 97-98%. Američka agencija za lijekove (FDA) odobrila je 6. rujna 2013. kombinaciju citostatika abraksana i gemcitabina kao prvu liniju liječenja metastatskog adenokarcinoma gušterića.

Abraksan je odobren na temelju multicentričnog randomiziranog internacionalnog istraživanja u koje je bio uključen 861 pacijent s metastatskim adenokarcinomom gušterića. Pacijenti su bili podijeljeni u dvije skupine. Jedna skupina (n=431) primala je kombinaciju abraksana i gemcitabina, a druga skupina (n=430) samo gemcitabin. Srednja dob pacijenata koji su sudjelovali u istraživanju bila je 63 godine (od 27 do 88 godina), 42% pacijenata bilo je starije od 65 godina, a 58% pacijenata bili su muškarci. Približno pola pacijenata (46%) imalo je metastaze na tri i više lokacija, a 84% jetrene metastaze. Kod 43% pacijenata primarna lezija je bila smještena u glavi, 31% u repu a 25% u trupu gušterića. Istraživanje je pokazalo statistički značajno produljenje ukupnog preživljivanja za one pacijente koji su primali kombinaciju abraksana i gemcitabina u liječenju (OS - ukupno preživljivanje = 8.5 mjeseci za kombinaciju abraksana i gemcitabina a 6.7 mjeseci za gemcitabin). Objektivan postotak odgovora na terapiju koja uključuje abraksan i gemcitabin iznosi 23%. Za kombinaciju abraksana i gemcitabina nuspojave su bile za 5% učestalije nego kod liječenja gemcitabinom. Nuspojave su uključivale neutropeniiju, umor, perifernu neuropatiju, mučninu, alopeciju, periferne edeme, dijareju, pireksiju, povraćanje, smanjenje apetita, osip i dehidraciju. Od ozbiljnijih nuspojava najčešće su bile pireksija, dehidracija, pneumonija i povraćanje. Sepa je bila prijavljena kod 5%, a pneumonitis kod 4% pacijenata koji su primali kombinaciju abraksana i gemcitabina. Preporučena doza i shema za ovu kombinaciju citostatika je 125 mg/m² abraksana u infuziji koja se daje kroz 30-40 minuta prvi, osmi i petnaesti dan jed-

nog ciklusa (ciklus traje 28 dana). Gemcitabin se daje odmah nakon abraksana prvi, osmi i petnaesti dan jednog ciklusa.

U članku objavljenom 1. kolovoza 2013. u Br. *J. Cancer* opisano je djelovanje kombinacije abraksana i gemcitabina u odnosu na samo primijenjen gemcitabin u bolesnika s uznapredovalim karcinomom gušterića. Reakcija tumora praćena je pomoću PET skena i markera Ca 19-9. Lako je u studiju bilo uključeno samo 16 bolesnika, rezultati su vrlo impresivni. Značajan učinak na tumor uočen je u >50% pacijenata u smislu pada vrijednosti Ca 19-9 za više od 75% kao i smanjenja tumora na FDG-PET-u! Od 16 uključenih pacijenata nakon samo 2 ciklusa 12 ih je moglo biti operirano. U 7/12 uočena je značajna patološka regresija. Analizom preostalog tumorskog tkiva uočena je vrlo izražena dezorganizacija kolagena s vrlo niskom gustoćom karcinomu pridruženih fibroblasti, što nije uočeno u pacijenata operiranih a liječenih samo gemcitabinom. Daljnja istraživanja ove kombinacije citostatika su u tijeku.

Abraksan je odobren i za liječenje karcinoma dojke (2005.) i karcinoma pluća malih stanica (2012.).

(JOP. 2013;14(2):129-32)

Ana Roguljić, dr. med.

• Laparoskopska hernioplastika ventralne hernije sigurna i u pretilih

- Incidencija laparoskopske hernioplastike ventralne hernije značajno je porasla u usporedbi s otvorenom, klasičnom operacijom. Osim što je sigurna, ova vrsta laparoskopske operacije povezana je s kraćom hospitalizacijom i nižim troškovima skrbi pretihlih pacijenata, rezultati su retrospektivne studije Lee i sur. (Tufts University School of Medicine, Boston, Massachusetts, USA) objavljenih u JAMA Surgery. U studiji, istraživači su usporedili korištenje i ishode laparoskopske i otvorene hernioplastike ventralnih (trbušnih) hernije kod 47.661 pretilog pacijenta (BMI > 30 kg/m²) između 2008. i 2009. koji su bili uključeni u Nationwide Inpatient Sample bazu podataka. U promatranom razdoblju, korištenje laparoskopskih operacija poraslo je za više od 4 puta, s 6,5% u 2008. na 28,0% u 2009. (p<0,001),

dok se udio otvorenih, klasičnih operacija smanjio s 93,5% na 72,0% (p<0,001).

Pacijenti koji su podvrnuti laparoskopskim operacijama bili su mlađi, srednja dob 53,6 g. prema 54,9 g. kod otvorene kirurgije (p<0,001), i postojala je veća vjerojatnost da će imati privatno osiguranje (52,0% prema 47,3%, p<0,001). S druge strane, bolesnici koji su uz trbušnu kilu imali i crijevnu opstrukciju (47,0% prema 43,9%, p<0,001) ili gangreno-zno promijenjena crijeva (0,5% prema 0,1%, p<0,001), imali su veću vjerojatnost da će biti podvrnuti otvorenoj, klasičnoj operaciji. Laparoskopska skupina imala je značajno kraću srednju duljinu hospitalizacije (3 prema 4 dana, p<0,001) i niže ukupne bolničke troškove (40.387\$ prema 48.513\$, p<0,001). Laparoskopska grupa također je imala nižu ukupnu stopu komplikacija (6,3% prema 13,7%, p<0,001) i niže stope pojedinih komplikacija poput postoperativnih infekcija rane (0,1% prema 1,5%, p<0,001) i postoperativnih plućnih komplikacija (2,4% prema 4,8%, p<0,001). U multivariatantnoj analizi prilagođenoj za statistički značajne varijable, poput državnog osiguranja i dohotka, prisutnosti gangreno-zno promijenjenog crijeva povezane su sa smanjenom vjerojatnošću izvođenja laparoskopske hernioplastike (omjer izgleda [OR] 0,14, 95%-tni raspon pouzdanosti [CI], 0,06-0,34, p<0,001), dok su privatno osiguranje (OR 1,20, 95% CI, 1,15-1,27, p<0,001) i medijan najvišeg kvartila dohotka (OR 1,26; 95% CI, 1,18-1,34; p<0,001) bili povezani s većom vjerojatnosti izvođenja laparoskopske operacije. Ograničenja studije uključuju nemogućnost procjene ponovnih hospitalizacija i posjeta bolnici ili praćenja dugoročnih rezultata, kao i nedostatak informacija o trajanju simptoma i intraoperacijskog nalaza. Laparoskopija će i dalje biti siguran i isplativ kirurški pristup, tvrde autori. Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se definirali klinički kriteriji pomoću kojih će se moći identificirati pretili bolesnici s ventralnom kilom, koji će imati najviše koristi od laparoskopske pristupa.

(JAMA Surg. 2013;148:723-6.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.



MRSA: univerzalna dekolonizacija bolja od probira i izolacije

- Pranje svakog pacijenta u jedinicama intenzivnog liječenja (JIL) svakodnev-

no s klorheksidinom smanjuje pozitivan način kulture meticilin-rezistentnog *Staphylococcus aureus*-a (MRSA) za 37% i smanjuje baktieremiju s posljedičnim infekcijama bilo kojeg patogena za 44%, rezultati su studije objavljene u *New England Journal of Medicine*. Huang i sur. (University of California, Irvine, California, USA) usporedili su učinak 3 metode za kontrolu infekcije u 43 bolnice Hospital Corporation of America.

U istraživanju su sudjelovala 74 odjela intenzivne skrbi odraslih bolesnika s ukupno 74.256 pacijenata. Istraživanje je vođeno u tri faze, s 12-mjesečnim početnim razdobljem (od siječnja do prosinca 2009), potom 4-mjesečnom fazom (od siječnja do travnja 2010), i 18-mjesečnim razdobljem intervencije (od travnja 2010. do rujna 2011.). Istraživači su randomizirali bolnice u jednu od 3 skupine: probir za MRSU, nakon čega je uslijedila izolacija onih s pozitivnim testom, ciljana dekolonizacija MRSA-pozitivnih pacijenata i izolacija, i univerzalna dekolonizacija svih JIL pacijenata bez probira. Pacijenti su dekolonizirani dnevnim pranjem klorheksidinskim krpama i tijekom 5 dana dva puta dnevno intranasalnom aplikacijom mupirocina. Nije bilo značajne razlike u stopi MRSA infekcija među 3 skupine u početnom razdoblju. Međutim, usporedbe su pokazale da je univerzalnom dekolonizacijom postignut znatno veći pad između referentnog i interventnog razdoblja nego bilo kojom od ciljanih intervencija. Naime, univerzalna dekolonizacija smanjila je do 37% stopu MRSA infekcija (omjer rizika [HR] 0.63; 95% interval pouzdanošću [CI], 0.52-0.75), ciljana dekolonizacija do 25% (HR 0.75; 95% CI, 0.63-0.89), a probir i izolacija nisu pokazali značajnu promjenu (HR 0.92; 95% CI, 0.77-1.10). Razlika između ciljane dekolonizacije i probira i izolacije nije bila statistički značajna ($p=0.09$), ali je znatna razlika između univerzalne dekolonizacije i probira i izolacije ($p=0.003$). Univerzalna dekolonizacija također je rezultirala značajno manjom stopom JIL-vezanih bakteriemija bilo kojeg patogena, s padom od 44% od početne vrijednosti (HR 0.56; 95% CI, 0.49-0.65) u usporedbi s probirom i izolacijom (HR 0.99; 95% CI, 0.84-1.16, $p<0.001$). Ciljana dekolonizacija manje je smanjila, što je bio znatno bolji rezultat nego probir i izolacija (HR 0.78; 95% CI, 0.66-0.91). Istraživači nisu primijetili značajno smanjenje bakteriemija i MRSA infekcija putem krvi. Univerzalna dekolonizacija spriječila je jednu infekciju putem krvi na svakih 54 bolesnika koji su liječeni, a 181 pacijenta moralno bi se dekolonizirati da bi se otkrila jedna dodatna pozitivna MRSA kultura. Michael B. Edmond (Virginia Commonwealth University Division of Infectious Diseases) i

Richard P. Wenzel (Virginia Commonwealth University Medical Center, Department of Internal Medicine, Richmond, USA), pišu u popratnom uvodniku da rezultati sugeriraju prestanak izoliranja bolesnika s MRSOM, koje je dugo bila glavna strategija za smanjenje širenja i stavljeni u zakon u 9 država prestat. Implikacije ovog istraživanja su vrlo važne. Nedostatak učinkovitosti aktivnog otkrivanja i izolacije trebalo bi potaknuti bolnice da prekinu praksu za kontrolom endemske MRSE. Jedan potencijalni nedostatak univerzalne dekontaminacije je potencijal za razvoj rezistentnih patogena. Huang i sur. savjetuju po-kretanje nadzora za praćenje rezistencije na mupirocin i klorheksidin.

Autori uvodnika zbog toga što je rezistencija na mupirocin dobro dokumentirana savjetuju oprez u provedbi univerzalne uporabe mupirocina kod bolesnika u JIL-u. Istraživanje su finansirali Agency for Healthcare Research i Centers for Disease Control and Prevention. Jedan koautor je vlasnik dionica u Express Skripts, drugi je u savjetodavnom odboru za 3M i plaćeni član Sage Inc, treći provodi neplaćene recenzije proizvoda u razvoju, od Sage Inc. Wenzel prima sredstva od 3M, Sanofi Pasteur i Pfizer.

(N Engl J Med. 2013;368:2255-65.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

•

Trudnoća nakon barijatrijske kirurgije ukupno ima dobre, ali perinatalno lošije ishode

- Nakon što su žene podvrgnute barijatrijskoj operaciji, njihova novorođenčad će vjerojatno biti manja od prosjeka, a također je vrlo vjerojatno da neće biti veće od prosjeka, tvrde Kjaer i sur. iz Danske. U 'case-control' studiji ta su djeca imala više od dva puta veći rizik da budu mala-za-gestacijsku dob, ali manje od polovice vjerojatnosti da budu veća-za-gestacijsku dob, u usporedbi s bebama žena sa sličnim indeksom tjelesne mase (body mass index – BMI) koje nisu podvrgnute barijatrijskim operacijama. No, stvarne razlike u veličini nisu klinički važne, tvrde autori. I stope komplikacija i za majke i za bebe bile su slične u obje skupine. Mnoge komplikacije trudnoće, kao što su preeklampsija, gestacijski dijabetes i bebe velike-za-gestacijsku dob, povezane su s povećanim

BMI-jem. Gubitak težine prije trudnoće može smanjiti te komplikacije. Kad dijetom ne uspijevaju smanjiti tjelesnu težinu, neke žene odluče se za barijatrijske operacije, koje su bile povezane s posljedičnom pothranjenosti majke i djeteta (fetusa). Međutim, prijašnja istraživanja su opisala nepodudarne rezultate ishoda poroda. Ovom studijom uspoređeno je 339 trudnica koje su podvrgnute barijatrijskoj operaciji s 1277 trudnica slične dobi, BMI-ja, pariteta i broja tjedana samog poroda. Blizanačke trudnoće isključene su iz studije. Više od 80% barijatrijskih postupaka činilo je želučano premoštenje, a preostali postavljanje podesive želučane vrpce. Obje skupine bile su pretile, bez statistički značajne razlike - kurirska skupina imala je prosječan BMI 32.4 a neoperirana 32.2 ($p=0.44$). Nije bilo značajne razlike među skupinama s obzirom na gestacijski dijabetes, preeklampsiju, indukciju poroda carskim rezom ili postporodljino krvarenje. Autori su očekivali da će naći pozitivan utjecaj na majčinske komplikacije, osobito rizik od gestacijskog dijabetesa, ali nakon podudaranja BMI, nije bilo nikakve razlike među skupinama. Kod novorođenčeta, srednja vrijednost Apgar-a, potreba za boravkom u neonatalnoj jedinici intenzivne njegi, kao i perinatalna smrtnost također su bile slične. Ali srednja gestacijska dob bila je niža u barijatrijskoj skupini (274 prema 278 dana, $p<0.001$), kao i srednja porodljina težina (3312g prema 3585g, $p<0.001$). Kod beba u barijatrijskoj skupini bilo je manje vjerojatno da će biti velike-za-gestacijsku dob (aOR 0.31); umjesto toga, veća je vjerojatnost da će biti mala-za-gestacijsku dob (aOR 2.29). U podskupini žena podvrgnutih želučanom premoštenju (u usporedbi s kontrolnom skupinom), rizik da imaju djecu malu-za-gestacijsku dob još je veći (aOR 2.78), a rizik da imaju djecu veliku-za-gestacijsku dob još niži (aOR 0.09).

Dr. Weintraub (Faculty of Health Sciences, Ben-Gurion University, Negev, Israel) također je istraživao ovu temu, a nije bio uključen u ovu dansku studiju. Rekao je da usporedive stope preeklampsije i gestacijskog dijabetes melitusa između skupina potvrđuju ideju da je sam BMI, a ne barijatrijska operacija čimbenik rizika za komplikacije u trudnoći. "No, iznenadio ga je povećan rizik novorođenčadi da budu manja-za-gestacijsku dob. Beba koja je mala- ili velika-za-gestacijsku dob ima različite probleme. Autori ove studije analizirajući smrtnost svih uzroka objašnjavaju da se rizik smanjuje s povećanjem porodljine težine. No, veliko novorođenče često uzrokuje dugotrajan porod, distociju fetalnog ramena ili krvarenje nakon poroda. Paradoksalno, bebe i male i velike-za-gestacijsku dob imaju veći rizik od pretilosti i me-

taboličkog sindroma. Autori i dr. Weintraub su se složili da niža srednja porođajna težine od 273 g, kao i razlika gestacijske dobi od četiri dana, nisu klinički značajne. Također su se složili da je većina žena i njihove djece dobro nakon barijatrijskih operacija, te da posebnu pozornost treba obratiti na praćenje fetalnog rasta i potrebe za prehranbenim/kalorijskim i vitaminskim unosom. Važno je istaknuti da su istraživanja pokazala povećan rizik kada je dijete začeto tijekom prve godine nakon barijatrijske operacije nego poslije, te je opća preporuka odgoditi trudnoću najmanje godinu dana nakon barijatrijske operacije upravo zbog tog razdoblja naglog gubitka tjelesne težine, navode autori.

(Am J Obstet Gynecol. 2013;208:464.e1-5.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

•

Jednostavan model predviđanja uspješnosti vaginalnog porođaja nakon carskog reza u trenutku prijema u rađaonu

- Trudnoća nakon prethodnog carskog reza situacija je u kojoj pacijentice i opstetičari razmatraju opciju pokušaja vaginalnog rađanja (TOLAC - engl. trial of labor after cesarean). Poboljšanjem pouzdanosti predviđanja uspješnog vaginalnog porođaja nakon carskog reza (VBAC - engl. vaginal birth after cesarean) smanjuje se morbiditet povezan s opetovanim carskim rezovima (povećan operacijski rizik, abnormalna placentacija).

Kako bi kreirali model iz naslova, **Torri D. Metz** i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynecology, Denver Health Medical Center, Denver, USA, uključili su u retrospektivno istraživanje pacijentice s jednim carskim carskim rezom i jednim sljedećim porođajem iz 14 regionalnih bolnica u osmogodišnjem razdoblju. Parametri povezani s uspješnim VBAC-om određeni su multivariantnom regresijskom analizom, te im je ovino o pridruženim koeficijentima i važnosti priopao sljedeći broj bodova:

- bodovi ovisno o Bishop zbroju (kod pregleda cerviksa pri prijemu u rađaonu)
- vaginalni porođaj u anamnezi - 4 boda
- BMI <30 - 2 boda
- indikacija za prethodni carski rez nije bila zastoj u širenju cervicalnog ušća ili spuštanju

fetalne glavice - 3 boda

- dob majke u trenutku porođaja <35 godina - 2 boda

Suma bodova činila je VBAC zbroj koji je koreliran sa stopom uspješnosti VBAC-a.

Ukupno je 5445 pacijentica uključeno u istraživanje, a kod njih 1170 (21.5%) pokušan je TOLAC, pri čemu je stopa uspješnosti VBAC-a bila 80% (n=938). Pacijentice s VBAC zbrojem <10 imale su vjerovatnost uspješnosti TOLAC-a <50%. Pacijentice s VBAC zbrojem >16 imale su stopu uspješnosti TOLAC-a >85%.

U zaključku autori ističu kako je predviđanje uspješnosti TOLAC-a izrazito ovisno o inicijalnom cervikalnom pregledu, te da se opisani jednostavni VBAC zbroj može koristiti u savjetovanju pacijentica pri prijemu u rađaonu o opciji TOLAC-a.

(Obstet Gynecol 2013;122:571-8.)

Matija Prka, dr. med.

•

Morbiditet žena prije i poslije instrumentalnog dovršenja porođaja

• **Maureen Macleod** i suradnici iz

Division of Clinical & Population Sciences & Education, University of Dundee, Ninewells Hospital & Medical School, Dundee, UK, dizajnirali su longitudinalnu prospektivnu studiju kako bi istražili: 1. antenatalni i postnatalni morbiditet žena u odnosu na instrumentalno dovršenje porođaja (OVD, engl. operative vaginal delivery), te 2. utjecaj restriktivnog vs. rutinskog korištenja epiziotomije kod OVD-a. Istraživanje je obuhvatilo sve ispitnice uključene u prethodno objavljeno randomizirano istraživanje (iz 2 tercijarna perinatalna centra: u Škotskoj - 80% svih OVD-a forcepsom i Engleskoj - forceps 51%, vakuumská ekstrakcja 49%) o restriktivnoj vs. rutinskoj epiziotomiji kod OVD-a. Ispitanice su ispunjavale upitnik antenatalno, prije otpusta iz rodilišta, te 6 tjedana i jednu godinu poslije porođaja. Primarni ciljevi istraživanja bili su urinarna i analna inkontinencija, dispareunija, perinealna bol i psihološki poremećaji.

Rezultati su pokazali da je morbiditet povijesno povezivan s OVD-om često jednako prisutan u trećem tromjesečju trudnoće i poslije porođaja. Restriktivna epiziotomija povezana je s višom učestalosti perinealne boli u ranom postpartalnom periodu (98.9% restriktivna vs. 87.8% rutinska, RR 1.1, 95% CI

1.01-1.21), većim psihološkim morbiditetom u ranom postpartalnom periodu (Edinburgh Postnatal Depression Scale - prosječni zbroj: 6.7 restriktivna vs. 5.1 rutinska, p=0.01), te s više stres urinarne inkontinencije 6 tjedana po porođaju (42.2% restriktivna vs. 27.2% rutinska, RR 1.55, 95% CI 1.00-2.40) koja se povlači do godine dana. Nisu pronađene druge značajne razlike između skupina 6 tjedana i 1 godinu poslije porođaja.

Autori zaključuju da restriktivna epiziotomija kod OVD-a može povisiti stope urinarnog morbiditeta (osobito stres inkontinencije) i perinealne boli u ranom postpartalnom periodu.

(BJOG 2013;120:1020-6.)

Matija Prka, dr. med.

•

Učinak vježbanja na gubitak tjelesne mase nakon poroda: meta analiza

- Za žene reproduktivne dobi prekomjeran dobitak na tjelesnoj masi tijekom trudnoće te postpartalno zadržavanje takve prekomjerne mase može povećati rizik za pretilost.

Nascimento SL sa suradnicima iz Brazila, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medical Sciences, University of Campinas, Campinas, publicirao je pregleđni članak kako promjene životnih navika, prvenstveno tjejlovježba sa ili bez reducijske dijete, mogu utjecati na gubitak tjelesne mase kod žena nakon poroda.

Koristeći randomizirana klinička istraživanja iz baze podataka poput MEDLINE, Web of Science, EMBASE, CENTRAL/Cochrane, Physiotherapy Evidence Database publiciranih do 31. listopada 2012. godine, dizajnirali su i objavili meta analizu. Ukupno je 11 kliničkih istraživanja zadovoljilo inkluzijske kriterije s ukupno n = 769 ispitnicama, od kojih su n=409 bile u ispitnoj, a n = 360 u kontrolnoj skupini. Prosječan gubitak tjelesne mase između ispitne i kontrolne skupine je bio -2.57 kg (95% CI -3.66 to -1.47).

Analizirajući podskupine ispitnica, najučinkovitija mjera gubitka tjelesne mase bila je tjejlovježba s unaprijed objektivno definiranim ciljevima, poput korištenja monitora srčane frekvencije ili pedometra (sprava sa mjerjenje koraka koja učinkovito pomaže u praćenju vlastitog napretka i poboljšanja izdržljivosti) s gubitkom od 4.09 kg

u prosjeku. Također je učinkovita intervencija bila kombinacija tjelovježbe s prehrambenim modifikacijama uz prosječan gubitak od 4.34 kg.

Autori ove meta analize naglašavaju da promjena životnih navika, prvenstveno kombinacija tjelovježbe i dijetе ili sama tjelovježba s objektivno i jasno definiranim parametrima vježbanja i ciljevima, najviše pomažu gubitku težine nakon poroda, te uveliko preveniraju razvoj pretilosti kod osoba ženskog spola koje su rodile.

(Int J Obes (Lond). 2013 Sep 19. doi: 10.1038/ijo.2013.183. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenwzeig Jukić, dr. med.



Fertilitet kod neoperiranih bolesnika s upalnim bolestima crijeva

- Upalne bolesti crijeva karakteristično zahvaćaju mlađu populaciju tijekom reproduktivnog razdoblja, stoga su teme o plodnosti česti razlozi zabrinutosti ovih pacijenata.

Cilj ovog istraživanja (preglednog članka) koje je predvodio **Tavernier N.** sa suradnicima iz Francuske, Department of Hepato-Gastroenterology, University Lille Nord de France, CHRU Lille, bio je ispitati utjecaj upalnih bolesti crijeva na plodnost osoba muškog i ženskog spola bez pozitivne osobne anamneze na kirurško liječenje navedene bolesti. Autori su pretražili medicinske baze MEDLINE, Cochrane Library, EMBASE i internacionalne kongresne sažetke te uključili sve kontrolirane opservacijske studije koje su ispitivale fertilitet bolesnika oba spola s Crohnovom bolesti i/ili ulceroznim kolitisom. Ukupno je uključeno 11 istraživanja koja su zadovoljila inkluzivske kriterije. Kod ispitanica koje su bolovale od Crohnove bolesti uočena je redukcija fertiliteta od 17-44% u komparaciji s kontrolnom skupinom. Smanjena plodnost prvenstveno je povezana sa samovoljnim izbjegavanjem roditeljstva, dok nije bilo dokaza za fiziološki uzrok infertilitnosti. Većina studija nije uočila redukciju fertilitnosti osoba ženskog spola koje su bolovale od ulceroznog kolitisa, u komparaciji s kontrolom ispitanicama. Kod pacijenata muškog spola s Crohnovom bolesti zabilježena je redukcija plodnosti od 18-50% uspoređujući s kontrolnom skupinom, bez uočene razlike između ispitne i kontrolne skupine glede reproduktiv-

ne sposobnosti. Kod pacijenata s ulceroznim kolitisom nije bilo dokaza smanjenja plodnosti.

Autori ovog istraživanja navode da je kod osoba muškog i ženskog spola sa Crohnovom bolesti smanjena plodnost, međutim ona je prvenstveno uzrokovana dobrovoljnim izbjegavanjem roditeljstva, a ne smanjenim reproduktivnim kapacitetom u čijoj bi podlozi bio fiziološki uzrok infertilitnosti.

Ovaj fenomen posljedica je krivog vjerovanja pacijenata o utjecaju same bolesti na plodnost i ishod trudnoće. Ovo istraživanje trebalo bi dodatno potaknuti liječnike na bolju informiranost njihovih pacijenata koji boluju od upalnih bolesti crijeva o plodnosti, te ih poticati na željeno roditeljstvo. (Aliment Pharmacol Ther. 2013;38(8):847-53.)

Ivana Rosenwzeig Jukić, dr. med.



Abuzus inhibitora protonske crpke i rizik za celijakiju

- Prevalencija celijakije kao i korištenje medikamenata koji inhibiraju sekreciju želučane kiseline u porastu su posljednjih desetljeća. **Lebwohl B.** sa suradnicima iz Švedske utvrđivao je povezanost korištenja antisekretorne terapije i celijakije. U klinički kontrolirano istraživanje uključeni su pacijenti s celijakijom dijagnosticiranom histološkom analizom na svim odjelima u Švedskoj tijekom razdoblja od srpnja 2005. godine do veljače 2008. Svi ispitanici usklađeni su prema dobi i spolu s kontrolnim ispitanicima. Kod svih su uočeni prethodna preskripcija te abuzus antisekretorne terapije, inhibitori protonske crpke i antagonisti histamin-2 receptora. Rezultati istraživanja su pokazali kako je prethodna preskripcija inhibitora protonske crpke snažno povezana s celijakijom (OR 4.79; 95% CI 4.17-5.51). Također je uočeno kod ispitanika koji su uzimali oba medikamenta, inhibitor protonske crpke i histaminski antagonist, veći rizik za pojavnost celijakije (OR 5.96; 95% CI 3.58-9.91) nego li kod pacijenata koji su uzimali samo inhibitor protonske crpke (OR 4.91; 95% CI 4.26-5.66) ili samo antagonist H2-receptora (OR 4.16; 95% CI 2.89-5.99). Ovo istraživanje govori u prilog uzročno-posljedničnoj povezanosti antisekretorne terapije i pojavnosti celijakije, međutim potrebna su daljnja istraživanja na ovu temu koja bi dodatno potvrdila ovu povezanost kao i rasvijetlila ulogu antisekretorne

terapije u patogenezi glutenske enteropatije. (Dig Liver Dis. 2013 Sep 12. pii: S1590-8658(13)00411-8. doi: 10.1016/j.dld.2013.08.128.)

[Epub ahead of print])

Ivana Rosenwzeig Jukić, dr. med.



Kronični hepatitis C kao čimbenik rizika za kolorektalni adenom

- Posljednje desetljeće epidemiološke studije su utvrstile povezanost kroničnog hepatitsa C i malignih bolesti (ne samo hepatocelularnog karcinoma), posebno gastrointestinalnih malignoma.

Cilj istraživanja **Rustagija T.** sa suradnicima iz SAD-a bio je utvrditi incidenciju kolorektalnih adenoma i uznapredovale neoplazme kod bolesnika s kroničnim hepatitsom C u komparaciji s općom populacijom, te utvrditi je li kronična infekcija s virusom hepatitsa C nezavisan čimbenik rizika za kolorektalni adenom i neoplazmu. Proveli su retrospektivno, kliničko, kontrolirano istraživanje u koje su uključili bolesnike s kroničnim hepatitsom C podvrgnutih kolonoskopiji kao metodi probira od rujna 2006. do rujna 2010. godine, te ih komparirali s ispitanicima negativnim za infekciju s virusom hepatitsa C. U istraživanje su uključena n=233 ispitanika s kroničnim hepatitsom C i n=466 ispitanika kontrolne skupine kod kojih je učinjena donja endoskopija. Rezultati su pokazali da su oboljeli od hepatitsa bili mlađi, češće muškog spola i pušači s češćim HIV infekcijama ($p<0.05$). Ispitna skupina s hepatitsom imala je češće kolorektalni adenom (stopa detekcije adenoma 37.8 vs. 30.3%; $p=0.04$) i hiperplastične polipe ($p=0.01$) detektirane kolonoskopski. Ukupan broj detektiranih adenoma bio je također veći u skupini s hepatitsom, međutim razlika nije bila statistički signifikantna (0.69 vs. 0.58 per patient; $p>0.05$). Pacijenti s kroničnim hepatitsom C imali su dvaput veću vjerojatnost za uznapredovalu neoplazmu ($p=0.03$), a također je bila veća vjerojatnost za adenom ≥ 6 mm ($p=0.005$) i makroadenom ≥ 1 cm ($p=0.02$). Bez obzira na rezultate istraživanja, autori naglašavaju kako je limitacija ove studije njen retrospektivni dizajn.

Zaključno istraživači navode povećanu incidenciju adenoma, hiperplastičnih polipa i uznapredovale neoplazme kod bolesnika s kroničnim hepatitsom C, te je ova kronična infekcija determinirana kao nezavisan čimbenik rizika za kolorektalni adenom, posebno za uznapredovalu neoplazmu. Sva-

kako su potrebna daljnja istraživanja, s naglaskom na dizajn studije, dakle veliko prospективno kliničko istraživanje.
(Int J Colorectal Dis. 2013 Aug 28. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenwzeig Jukić, dr. med.

• Farmakološka profilaksa post-ERCP pankreatitisa: što odabrat?

- Učinkovitost mnogih farmakoloških agensa u prevenciji post-ERCP (endoskopska retrogradna kolangiolopankreatografija) ispitivana je u kontroliranim randomiziranim studijama, međutim ostaje nejasno koji bi medikament ili medikamente trebalo upotrebljavati u kliničkoj praksi. **Akhintala VS** sa suradnicima iz SAD-a, Division of Gastroenterology, Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, publicirao je meta analizu sumirajući sva dosadašnja istraživanja na ovu temu, kako bi utvrdio koji je agens najučinkovitiji u prevenciji post-ERCP pankreatitisa. Autori su pretražili baze podataka MEDLINE, EMBASE i Cochrane Library datoteku te je ukupno uključeno 99 randomiziranih kliničkih istraživanja s ukupno n=25 313 ispitanika. Topikalno primijenjen adrenalin bio je najučinkovitiji agens s vjerojatnosti od 85.9% učinkovitosti, potom nafamostat (51.4%), antibiotici (44.5%), te NSAR (nesteroidni antireumatici) s 42.8%. Kada se ispitivala učinkovitost rektalno primjenjenih NSAR-a, onda su se pokazali mnogo učinkovitiji u prevenciji post-ERCP pankreatitisa, s efikasnošću od 58.1% te su postali drugi medikament po redu učinkovitosti. Topikalno primijenjen adrenalin u komparaciji s placebom pokazao je 75%-tno smanjenje rizika sa ovaj tip pankreatitsa. Autori ove meta analize zaključuju da je topikalno primijenjen adrenalin i rektalno apliciran NSAR najučinkovitiji način za prevenciju post-ERCP pankreatitisa. Kombinaciju ovih agensa svakako bi trebalo ispitati sljedećim kliničkim randomiziranim studijama.

(Aliment Pharmacol Ther. 2013 Oct 20. doi: 10.1111/apt.12534. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenwzeig Jukić, dr. med.

• Čimbenici rizika gastrointestinalnog krvarenja kod abuzusa klopidogrela

- Bez obzira na važnost ove tematike u kliničkoj praksi i svakodnevnom radu liječnika, čimbenici rizika za gastrointestinalno krvarenje kod pacijenata koji koriste klopidogrel nisu još identificirani.

Glavni autor ovog istraživanja, Lin CC, sa suradnicima iz Tajvana, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan, Division of Gastroenterology, Department of Medicine, Taipei Veterans General Hospital, Taipei, imao je za cilj uvrđiti je li klopidogrel čimbenik rizika za krvarenje iz gornjeg i donjeg dijela GI trakta, te odrediti čimbenike rizika kod njegovih korisnika. Koristeći istraživačku medicinsku bazu podataka iz Tajvana, u istraživanje je uključeno n=3238 korisnika klopidogrela, te n=12952 ispitanika kontrolne skupine, usklađenih po svim statističkim parametrima: dob, spol, komorbiditet poput koronarne bolesti srca, hipertenzije, dijabetesa, kronične opstruktivne plućne bolesti, kronične renalne bolesti, ciroze, nekomplikirane peptičke ulkusne bolesti, sangvinirajućeg peptičkog ulkusa, te korištenje medikamenta NSAR; acetilsalicilna kiselina, steroidi, SSRI (inhibitori ponovne pohrane serotonina) te varfarin, alendronat, COX-2 inhibitori.

Rezultati istraživanja su pokazali da klopidogrel povećava rizik od krvarenje iz gornjeg i donjeg dijela GIT-a. Dob, kronična renalna bolest, pozitivna anamneza za sangvinirajuću peptičku ulkusnu bolest, korištenje acetilsalicilne kiseline i NSAR-a nezavisni su čimbenici rizika za krvarenje iz gornjeg dijela GIT-a kod pacijenata koji su na klopidogrel terapiji. Rezultati istraživanja su pokazali da su dob, kronična renalna bolest, pozitivna anamneza za sangvinirajuću peptičku ulkusnu bolest, korištenje acetilsalicilne kiseline i SSRI-ja nezavisni čimbenici rizika za krvarenje iz donjeg dijela GIT-a.

(Aliment Pharmacol Ther. 2013 Nov;38(9):1119-28. doi: 10.1111/apt.12483. Epub 2013 Sep 15.)

Ivana Rosenwzeig Jukić, dr. med.

• Endoksaban vs. varfarin u terapiji simptomatskog venskog tromboembolizma

- Nije sasvim jasno može li endoksaban, oralni inhibitor faktora Xa, biti alternativa varfarinu u terapiji venskog tromboembolizma. U randomiziranoj, dvostrukoj slijepoj studiji The Hokusai-VTE istraživači su rasporedili pacijente s akutnim venskim tromboembolizmom, koji su ranije primali heparin, da prime endoksaban, u dozi od 60 ili 30 mg 1 x dnevno (ovisno o klijensu kreatinina i tjelesnoj težini), ili varfarin. Studijski lijek primali su 3 do 12 mjeseci. Kao primaran dokaz učinkovitosti terapije uzimala se pojavnost rekurentnog simptomatskog venskog tromboembolizma. Kao glavni parametar sigurnosti uzimala se pojavnost obilnog ili klinički relevantnog neobilnog krvarenja. Od ukupnog broja pacijenata, njih 4921 imao je duboku vensku trombozu, a 3319 plućnu emboliju. Među pacijentima na varfarinu vrijeme u terapijskom rasponu bilo je 63,5%. Endoksaban nije zaostajao za varfarinom, uzimajući u obzir pojavnost rekurenirajućeg venskog tromboembolizma u skupini na endoksabanu javio se u 130 pacijenata (3,2%), a u skupini na varfarinu u 146 pacijenata (3,5%). Obilno ili klinički relevantno neobilno krvarenje javilo se u 349 pacijenata na endoksabanu (8,5%) i u 423 pacijenta na varfarinu (10,3%). Stope drugih neželjenih učinaka bile su slične u obje grupe. U zaključku, endoksaban primijenjen jedanput dnevno, nakon inicijalne terapije heparinom, nije ništa lošiji od visokokvalitetne standardne terapije, a uzrokuje značajno manje krvarenja, među spektrom pacijenata s venskim tromboembolizmom, uključujući i one s teškom plućnom embolijom.

(N Engl J Med. 2013;369:1406-1415.)

Ana Tečić Vuger, dr.med.

• HLA-B*13:01 i sindrom preosjetljivosti na dapson

- Dapson se koristi u liječenju infektivnih i upalnih bolesti. Osobito je važan

u liječenju lepre. Sindrom preosjetljivosti na dapson, udružen s evidentiranim smrtnošću od 9,9%, razvija se u oko 0,5-3,6% pacijenata liječenih tim lijekom. Trenutno nisu dostupni nikakvi testovi kojima bi se predvidio rizik hipersenzitivnosti na dapson. U Kini je učinjena studija na 872 pacijenta koji su dobivali dapson kao jedan od više lijekova u terapiji lepre (od toga njih 39 sa sindromom preosjetljivosti na dapson i 833 kontrole) koristeći log-aditivne testove SNP-a i imputirane HLA molekule. Za analizu replikacije genotipizirana su 24 SNP-a u dodatnog 31 sudionika sa sindromom preosjetljivosti na dapson i 1089 kontrola, te je izvedeno sekvencioniranje iduće generacije za HLA-B i HLA-C tipiziranje, pod četveroznamenkastom rezolucijom, u neovisnim serijama od 37 sudionika sa sindromom dapsonske preosjetljivosti i 201 kontrolom. Ovakva analiza na razini genoma otkrila je da je SNP rs2844573, lociran između HLA-B i MICA lokusa, značajno udružen sa sindromom preosjetljivosti na dapson među pacijentima s leprom. HLA-B*13:01 potvrđen je kao rizičan faktor za sindrom preosjetljivosti na dapson. Prisutnost HLA-B*13:01 kao prediktora sindroma preosjetljivosti utvrđena je s osjetljivošću 85,5% i specifičnošću od 85,7%, a odsutnost istog udružena je s redukcijom rizika za faktor 7 (1,4-0,2%). HLA-B*13:01 prisutan je u oko 2-20% populacije Kineza, 1,5% Japanaca, 1-12% Indijaca, 2-4% jugoistočnih Azijata, ali je gotovo nepoznat u Evropljana i Afrikanaca. (N Engl J Med. 2013;369:1620-1628.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

•

Tiotropij respimat inhaler i rizik od smrti kod kronične opstruktivne plućne bolesti

- U ovoj opsežnoj studiji koja je uključila pacijente s KOPB-om ispitana je relativna sigurnost inhalacija tiotropija isporučena iz dva različita uređaja. Nisu primjećene značajne razlike u mortalitetu između ove dvije naprave. Tiotropij isporučen u dozi od 5µg Respimat inhalerom pokazao je učinak sličan onom 18µg tiotropija isporučenog HandiHaler napravom, u placebo kontroliranoj studiji na pacijentima s KOPB-om. Iako je tiotropij HandiHaler udružen s reduciranim mortalitetom, u usporedbi s placeboom,

uz Respimat inhaler tiotropija bilježi se više smrti nego uz placebo. U randomiziranoj dvostrukoj slijepoj studiji koja je obuhvatila 17 135 pacijenata s KOPB-om ocijenjena je sigurnost i učinkovitost tiotropij Respimata u jednoj dnevnoj dozi od 2,5-5µg, u usporedbi s tiotropij HandiHalerom u dozi od 18µg dnevno. Bilježio se rizik smrti i rizik od prve KOPB egzacerbacije. Također je ocijenjena kardiovaskularna sigurnost, uključujući i sigurnost pacijenata sa stabilnom srčanom bolešću. Tijekom prosječnog perioda praćenja od 2,3 godine Respimat nije pokazao ništa lošije rezultate od HandiHalera u procjeni rizika od smrti, ali niti bolje u procjeni rizika od prve egzacerbacije. Uzroci smrti i incidencija većih kardiovaskularnih neželjenih učinaka bili su slični u sve tri grupe. Tiotropij Respimat je dakle imao, u dozi od 2,5-5µg, sigurnosni profil i učinkovitost izraženu kroz pojavnost egzacerbacije slične onima tiotropij HandiHalera u dozi od 18µg dnevno, kod pacijenata s KOPB-om. (N Engl J Med. 2013;369:1491-1501.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.



Dugoročna kognitivna oštećenja nakon teških bolesti

- Pacijenti koji su preživjeli izrazito teške bolesti često imaju prolongirane i onesposobljavajuće oblike kognitivnih oštećenja koja ostaju i neadekvatno okarakterizirana. Ovom studijom obuhvaćeni su odrasli s respiratornom insuficijencijom ili šokom, u internističkoj ili kirurškoj jedinici intenzivnog liječenja. Evaluirano im je stanje intrahospitalnog delirija, te uz pomoć specificiranih alata procijenjena globalna kognicija i izvršne funkcije 3 i 12 mjeseci nakon otpusta iz bolnice. Metodom linearne regresije, a uz prilagodbu potencijalnim zbujujućim faktorima, ocijenjena je veza između trajanja delirija i korištenja sedativnih ili analgetskih sredstava i ishoda, u smislu kognitivnog funkcioniranja i izvršnih funkcija. Od 821 pacijenta 6% imalo je kognitivno oštećenje na početku, a delirij se razvio u 74% pacijenata tijekom boravka u bolnici. Nakon 3 mjeseca 40% pacijenata imalo je skor globalne kognicije 1,5 SD ispod prosjeka populacije (otprilike kao kod umjerene ozljede mozga), a 26% njih imali su skor 2 SD ispod prosjeka (poput blažeg oblika Alzheimerove bolesti). Deficiti su se javili i u starijih i u mlađih bolesnika i perzistirali, u

brojci od 34% i 24% svih pacijenata prilikom evaluacije nakon 12 mjeseci, sa skorom usporedivim s onim umjerenih moždanih trauma ili blažeg Alzheimera. Dugotrajniji delirij neovisno je udružen s lošijim globalnim kognitivnim stanjem nakon 3 i 12 mjeseci, kao i lošijim izvršnim funkcijama. Uporaba sedativa i analgetika nije se pokazala tako konzistentno povezana s lošijim rezultatom prilikom evaluacije. Dakle, pacijenti u internističkoj ili kirurškoj jedinici intenzivnog liječenja pod visokim su rizikom od dugoročnog kognitivnog oštećenja. Dugotrajniji intrahospitalni delirij znači i lošije rezultate u ocjeni globalnog kognitivnog stanja i izvršnih funkcija, nakon 3 i 12 mjeseci. (N Engl J Med. 2013;369:1306-1316.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.



Palijativna skrb o bolesnicima s Parkinsonovom bolesti

- Parkinsonova bolest često je i za život ograničavajuće neurodegenerativno stanje. Unatoč pozivima za poboljšanjem pristupa palijativnoj skrbi za osobe s Parkinsonovom bolesti, usluge su spore i u razvoju. Prepreke u tome predstavlja slabo razumevanje i priznanje palijativne skrbi u potreba takvih bolesnika. Provedeno istraživanje imalo je za cilj da na temelju iskustva u palijativnoj skrbi za bolesnike oboljele od Parkinsonove bolesti poveže trenutno razumijevanje s implikacijama za kliničku praksu i prepoznavanje područja za buduća istraživanja. Do sada je priznat izraz „palijativna faza“ u Parkinsonovoj bolesti i njezina provedba je prisutna. Međutim, kvalitativna istraživanja pokazala su opravdanost provedbe palijativne skrbi kod Parkinsonove bolesti već od trenutka postavljanja dijagnoze. Naime, kod te je bolesti demencija vrlo česta pojava pa je stoga planiranje palijativne skrbi unaprijed više nego opravданo. Provedba palijativne skrbi u Parkinsonovoj bolesti treba biti jedan alternativni, integrirani model u suradnji između neurologa i educiranih stručnjaka palijativne skrbi zajedno s primjenom posebnih palijativnih intervencija. (Palliat Med. 2013;27(9):805-810.)

Dr. sc. Morana Brklijačić, dr. med.

• Palijativna skrb o bolesnicima s ne-malignom plućnom bolesti

• Fizičke i psihosocijalne potrebe bolesnika s kroničnom ne-malignom bolesti pluća usporedive su s onima u oboljelih od raka pluća. Istraživanje se fokusiralo na kronične opstruktivne bolesti pluća (KOPB), intersticijske bolesti pluća i cističnu fibrozu kao primjere za život ograničavajućih neizlječivih ne-malignih bolesti pluća. Potreba za podrškom i palijativnom skrbi poznate su još od posljednjih nacionalnih smjernica koje su zahtijevale uključivanje palijativne skrbi u svim bolesnicima s po život ograničavajućim bolestima, neovisno o dijagnozi, kao i specijalnih jedinica palijativne skrbi sa svojim interdisciplinarnim timovima koji su uključeni u zbrinjavanje takvih bolesnika.

Unatoč medicinskoj terapiji, većina bolesnika s umjerenim do teškim KOPB-om, intersticijskom bolesti pluća i cističnom fibrozom osjeća bol, umor i otežano disanje te simptome dispneje pred kraj života. Nadalje, dispnea uzrokuje društvenu izolaciju i poteškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti te općenito narušava kvalitetu života. Unatoč napretku, još mnogo toga ostaje nepoznato u vezi s procjenom, upravljanjem simptoma i prognoziranjem u pojedinim kroničnim ne-malignim plućnim bolestima. Ključna područja za daljnja istraživanja kod navedenih bolesti uključuju ispitivanja potrebe za visoko kvalitetnim farmakološkim i nefarmakološkim intervencijama i njihovim kombinacijama, kao i za procjenu učinkovitosti i ekonomičnosti modela skrbi. Kao pristup, palijativna je skrb opravdana, no prepreke za njezinu provedbu treba razumjeti i smanjiti. Učinkovitim djelovanjem između palijativnih interdisciplinarnih timova koji imaju respiratore i potrebnu dodatnu opremu te zdravstvene politike treba optimizirati uspostavu palijativne skrbi i u bolesnika sa za život ograničavajućom ne-malignom bolesti pluća. (Palliat Med. 2013;27(9):805-810.)

Dr. sc. Morana Brklačić, dr. med.

• Operacija versus fizioterapija u liječenju stresne inkotinencije

• Labrie i suradnici su u rujanskom broju vrlo uglednog časopisa New England Journal of Medicine objavili iznimno zanimljiv rad o liječenju stresne (statičke) urinare inkotinencije. Naime, prema dosadašnjim spoznajama, fizioterapija, odnosno treniranje mišića dna male zdjelice, smatra se prvom metodom liječenja stresne urinarne inkotinencije. Generalno se tzv. sling operacije preporučuju nakon neuspjeha fizioterapije. Nažalost, nedostaju studije koji uspoređuju ove dvije opcije kao primarne odnosno inicijalne metode liječenja.

Kolege su provele multicentričnu, randomiziranu studiju s ciljem uspoređivanja učinka konzervativnog (fizioterapije) i operativnog (sling operacije) pristupa u liječenju bolesnika sa stresnom odnosno statičkom urinarnom inkotinencijom. Istraživanje je dizajnirano na način da je dozvoljeno križanje između skupina. Ishod je klasificiran temeljem uputnika o tzv. globalnoj impresiji bolesnika na 12 mjeseci. Bolesnice su randomizirane u dvije skupine: konzervativnu i operativnu; svaka je skupina brojala po 230 bolesnica. Ukupno 49% bolesnica iz tzv. konzervativne skupine, odnosno onih podvrgnutih primarnoj fizioterapiji, i 11,2% bolesnica primarno podvrgnutih operaciji; upućene su na drugi oblik liječenja.

Analiza je pokazala subjektivno poboljšanje u 90,8% operativno liječenih i u 64,4% bolesnica tretiranih fizioterapijom. Kasnija analiza pokazala je da je uspješnost liječenja u bolesnica u kojih je nakon neuspjeha inicijalne metode liječenja primijenjena druga metoda bila istovjetna kao u onoj skupini u kojoj je kao primarna metoda liječenja odbранa operacija, te da su bolesnice iz objiju ovih skupina imale bolje rezultate nego one koje nisu upućene na operaciju.

Autori zaključuju da inicijalna sling operativna metoda u usporedbi s inicijalnom fizioterapijom ima bolje rezultate temeljem subjektivnog i objektivnog poboljšanja stanja nakon analiziranog razdoblja od godinu dana.

(Labrie J, Bary LCM, Berghmans, et al.)

Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.

• Kontracepcija kod pacijentica koje boluju od migrene

• Migrena je karakterizirana jednostranom, pulzirajućom, dugotrajnom boli koja stvara osjećaj nesposobnosti i najčešće je praćena mučninom, povraćanjem, fotofobijom i fonofobijom. Epidemiološke studije pokazuju da joj se incidencija kreće oko 12%. Od migrene žene obolijevaju u pravilu tri puta češće nego muškarci. Bolest najčešće započinje u pubertetu, a klasificira se prema kriterijima Internacionallnog društva za glavobolju. Bolesnice koje boluju od migrene, posebice migrene s aurom, imaju povišen rizik od cerebrovaskularnih incidenta. To upravo i jest razlog zbog čega se u takvih pacijentica teško odlučujemo na oralnu kontracepciju. Tim razmatranjima bavi se Merki-Feld u zanimljivom preglednom radu o kontracepciji u bolesnica s migrenom i sugerira da se svaki slučaju individualizira. Za razliku od kombiniranih oralnih kontraceptiva, gestageni neće povisiti rizik od cerebrovaskularnog incidenta u ovih bolesnica. Istraživanja čak pokazuju redukciju broja migrena, pa čak i migrena s aurom i primjene analgetika u korisnica de-sogestrela 75 µg.

Upotreba kombiniranih oralnih kontraceptiva nije indicirana kod migrene s aurom. Bakreni intrauterini uložak (spirala) kao oblik nehormonske kontracepcije može se primijeniti, ali bez očekivanog bilo pozitivnog, bilo negativnog efekta na tijek bolesti. Međutim, intrauterini levonorgestrel uložak (Mirena) može uslijed nastanka perzistirajućeg folikula imati stanovit negativan utjecaj na hormonski ovisne migrene, ali zato ne povisuje rizik od cerebrovaskularnog incidenta. Migrane koje nastaju uslijed pada razine hormona mogu se ponekad uspješno tretirati upravo kombiniranim oralnim kontraceptivima u kontinuiranoj primjeni.

Nažalost, rizici ovakve terapije ne smiju se podcijeniti jer su rizici od ishemiskog inzulta povišeni u tih bolesnica pa je zbog toga upravo gestagenska terapija preferirani izbor liječenja.

(Merki-Feld GS. Gynäkologische Endokrinologie 2013;11):184-187.)

Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.

•

Sindrom masne jetre u trudnoći: klinički ishod i očekivano trajanje oporavka

- Vrlo ugledan ginekološki časopis *American Journal of Obstetrics and Gynecology* objavio je u srpnju rad Nelsona i suradnika o sindromu masne jetre u trudnoći, rijetkom i životno ugrožavajućem stanju koje se javlja u zadnjem trimestru ili neposredno poslije poroda. Bolest je prvi puta opisana 1940. godine i dugo je bila fatalna. Rana dijagnostika i porod djeteta značajno su popravili

preživljenje, tako da je maternalni morbiditet današnjih dana zapravo iznimka, a ne pravilo (op. I. M.). Bolest je karakterizirana mikrovezikularnom masnom infiltracijom hepatocita. Etiologija sindroma povezuje se s deficijencijom enzima LCHAD (dugog lanca 3-hidroksial-koenzima A dehidrogenaze).

Studija **Nelsona** i suradnika koncipirana je kao retrospektivna (1975.-2012.), a provedena je u bolnici Parkland. U navedenom razdoblju, u toj je ustanovi dijagnosticiran ukupno 51 slučaj sindroma masne jetre u trudnoći. Najčešći simptomi bili su mučnina i povraćanje (57%), hipertenzija (57%) i bol u trbuhi (53%). Više od 90% pacijentica imalo je najmanje jedan, a češće i više simptoma. Uočena je u udružena pojava hepatalne i renalne disfunkcije, ali različite težine. U tri četvrtine trudnica nastupio je poremećaj ko-

gulacije, što je imalo za posljedicu intenzivno obstetričko krvarenje. zbog čega je polovica od ukupnog broja žena primila transfuziju i krvne derivate. Učestalost intrauterine smrti bila je 120/1000, a bile su i dvije maternine smrti. Tijekom sedam do deset dana normalizirale su se jetrene i bubrežne funkcije i laboratorijski parametri. Autori zaključuju da su klinički i laboratorijski parametri sindroma masne jetre posljedica centralnih patoloških procesa te da nakon poroda klinički oporavak nastupa za 3 do 4 dana, iako abnormalnost laboratorijskih parametara perzistira znatno duže.

(Am J Obstet Gynecol 2013; Jul)

Dr. sc. Ingrid Márton, 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.

Mlinac K, Fabris D, Vukelic Z, Rozman M, Heffer M, Bognar SK. Structural analysis of brain ganglioside acetylation patterns in mice with altered ganglioside biosynthesis. Carbohydr Res. 2013;382C:1-8.

Department for Chemistry and Biochemistry, School of Medicine, University of Zagreb; Croatian Institute for Brain Research, School of Medicine, University of Zagreb, Croatia

Lukic A, Lukic IK, Malcic I, Batinic D, Milosevic D, Rozmanic V, Saraga M, Subat-Dezulovic M, Metlicic V, Malenica B, Jelusic M. Childhood-onset systemic lupus erythematosus in Croatia: demographic, clinical and laboratory features, and factors influencing time to diagnosis. Clin Exp Rheumatol. 2013;31(5):803-12.

Department of Paediatrics, University Hospital Centre Zagreb, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia and Department of Anaesthesiology, Reanimatology and Intensive Care, Varazdin General Hospital, Varazdin, Croatia.

Flego V, Ristic S, Devic Pavlic S, Matanic Lender D, Bulat-Kardum L, Kapovic M, Radojcic Badovinac A. Tumor necrosis factor-alpha gene promoter -308 and -238 polymorphisms in patients with lung cancer as a second primary tumor. Med Sci Monit. 2013;19:846-51.

Department of Pulmonology, Clinical Hospital Centre Rijeka, Rijeka, Croatia.

Bassim CW, Fassil H, Mays JW, Edwards D, Baird K, Steinberg SM, Williams KM, Cowen EW, Mitchell SA, Cole K, Taylor T, Avila D, Zhang D, Pulanic D*, Grkovic L*, Fowler D, Gress RE, Pavletic SZ. Validation of the National Institutes of Health chronic GVHD Oral Mucosal Score using component-specific measures. Bone Marrow Transplant. 2013 Sep 2. doi: 10.1038/bmt.2013.137.

*Division of Hematology, Department of Internal Medicine, Clinical Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.

Mrduljaš Đurić N, Žitnik E, Pavelin Lj, Baćić D, Vrdoljak D, Marušić A, Marušić M. Writing letters to patients as an educational tool for medical students. BMC Medical Education. 2013; 13:114.

Department of Family Medicine, University of Split School of Medicine, Split, Croatia.

Vrdoljak D, Bergman Marković B, Puljak L, Ivezić Lalić D, Kranjčević K, Vučak J. Lifestyle intervention in general practice for physical activity, smoking, alcohol consumption and diet in elderly: a randomized controlled trial. Arch Gerontol Geriatr. 2013;. doi:pii: S0167-4943(13)00141-6. 10.1016/j.archger.2013.08.007.

Department of Family Medicine, University of Split School of Medicine, Split, Croatia.

Vrdoljak D, Bergman Marković B, Kranjčević K, Ivezić Lalić D, Vučak J, Katić M. How well anthropometric indices of obesity correlate with cardiovascular risks in Croatian population? Med Sci Monit. 2012;18(2):6-11.

Department of Family Medicine, University of Split School of Medicine, Split, Croatia.

Augustin G, Matosevic P, Majerovic M. The lasso technique' - a simple intracorporeal two-port laparoscopic appendectomy: technical considerations and review of four other intracorporeal two-port techniques. Hepatogastroenterology. 2013;60:1058-62.

Department of Surgery, Clinical Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.

Optogenetika

Ivana Pospošil, stud. med.

- Napredak znanosti temelji se na razvoju i primjeni novih metoda te korištenju eksperimentalnih modela.

Neuroznanost, kao područje medicine koje se intenzivno razvija posljednjih desetljeća, posebno se ističe u korištenju novih pristupa u istraživanjima. U moru svih mogućih tehnika, pojavila se i jedna nova. Da ne mislite kako se radi o nečemu nebitnom – 2010. godine časopis Nature (Methods) proglašio ju je znanstvenom metodom godine. Znate li o čemu se radi? Ne? World, meet optogenetics!

Nešto novo

Optogenetika je tehnika neuromodulacije koja koristi metode optike i genetike s ciljem kontrole aktivnosti pojedinih neuro-

na u živućem tkivu i praćenja posljedica tih manipulacija u stvarnom vremenu. Do sada su se za manipulaciju pojedinim područjima mozga koristile elektrode, različiti kemijski spojevi i genetičko inženjerstvo (za ispitivanje funkcije pojedinog gena u stanici, temeljeno na 'gain/loss of function', knockout miševi). Sve su te metode pridonijele boljem razumijevanju normalnih i patološki promijenjenih funkcija mozga, ali, ali... Svaka metoda ima svoja ograničenja koja ih čine neodgovarajućima za ispitivanje moždanih krugova u stvarnom vremenu i s velikom prostornom preciznošću. Elektrodama će se aktivirati ili inhibirati određena područja mozga, ali će ta područja biti prevelika – ipak je cilj istražiti aktivnost male populacije stanica. Kemijskim se tvarima i genetičkim manipuliranjem prati aktivnost točno određenih stanica, ali se ne može pratiti u stvarnom vremenu, za vrijeme

trajanja akcijskih potencijala tih stanica. Upravo je optogenetika premostila te nedostatke – omogućava veliku prostornu i vremensku razlučivost te visoku specifičnost.

Nešto novo što radi... kako?

Ključna stvar za optogenetiku je postojanje membranskih receptora koji će uzrokovati ekscitaciju, inhibiciju ili promjenu unutarstanične signalizacije nakon što se aktiviraju fotonima svjetlosti. Ti membranski receptori spadaju u skupinu opsina. Zvuči poznato?

Opsini se normalno nalaze u mrežnici oka (rodopsin, vidni purpur, koji omogućava normalnu transdukciju svjetlosti), ali ovdje se rabe oni podrijetlom iz algi ili bakterija. Najčešće se upotrebljavaju channelrhodopsins (ChR1, ChR2, VChR1) za ekscitaciju te halorodopsin, bakteriorodopsin i archaeorodopsin za inhibiciju neurona. Svaki opsin reagira na svjetlost različite valne duljine.

Nakon što je gen za opsin izoliran, treba ga unijeti u stanicu. E sad, kako to izvesti? Postoji više metoda za unos željenih gena u stanice, ali najčešće se rabi virusni vektor – uglavnom lentivirus ili adeno-povezani virus (AAD), kojim se zatim zaraze specifične populacije neurona. Idući je korak ugradnja optičkih vlakana koja su povezana s laserskim ili LED diodama u mozak, a funkcija im je dovesti svjetlost potrebnu za aktivaciju opsina i posljedično promjenu aktivnosti tog neurona. To je prilično zahtijevan zadatak jer stotinu stvari može poći po zlu; optička se

Preneseno iz časopisa MEF-a u Zagrebu "Medicinar", Vol. 54, broj 2, ljetno 2013, str 73.



vlakna moraju postaviti dovoljno blizu ciljnim neuronima jer živčano tkivo apsorbira zračenje, ne smiju biti predebela, a ne treba ni napominjati da će svaka pogreška oštetiti nježno moždano tkivo, što će izazvati promjene u nekim funkcijama pa rezultati neće biti valjani. Voilá! Ako je sve dobro prošlo, sada se neuroni mogu specifično aktivirati svjetлом.

Nešto novo koje radi... što?

Sljedeći korak – eksperiment! Jedan od novijih je istraživanje pamćenja, tj. izazivanje prisjećanja aktivacijom točno određene populacije neurona u hipokampusu. Mišu su u hipokampalne neurone ugrađeni geni koji kodiraju opsin, a nakon toga su kondicionirani. Miš je postavljen u određenu okolinu i dobio je blagi električni šok, nakon čega je pokazao tipičnu reakciju straha – ukوčio se. Miš je naučio povezati tu okolinu sa šokom. Nakon toga su neuroni koji su sudjelovali u procesu upamćivanja aktivirani svjetлом, što je izazvalo poznatu reakciju – miš se opet ukوčio od straha!

Osim istraživanja normalnih procesa pamćenja i motivacije, optogenetika se koristi kako bi se otkrila neuralna podloga bolesti/poremećaja kao što su depresija, shizofrenija, Parkinsonova bolest i ovisnosti, a i drugih neuroloških i psihijatrijskih poremećaja. Poanta istraživanja je otkrivanje kako pojedine stanice doprinose funkciji određenog biološkog tkiva, npr. moždanih krugova *in vivo* – dakle, koji se neuronski krugovi aktiviraju pri određenim stanjima kako bi se bolje razumjelo ponašanje jedinke. Iako se najviše primjenjuje u neuroznanosti, primjenjuje se i u istraživanjima srca, matičnih stanica, regenerativnoj medicini, a u budućnosti bi se mogla koristiti i u terapiji.

Nešto novo, sutra normalno

Možda danas još uvijek zvuči kao znanstvena fantastika te nam je teško pojmiti da netko pomoću uređaja izaziva u nama točno određene emocije ili sjećanja, ali metoda svakako ima potencijala i sigurno će se i dalje razvijati. Tko zna, možda se jednog dana

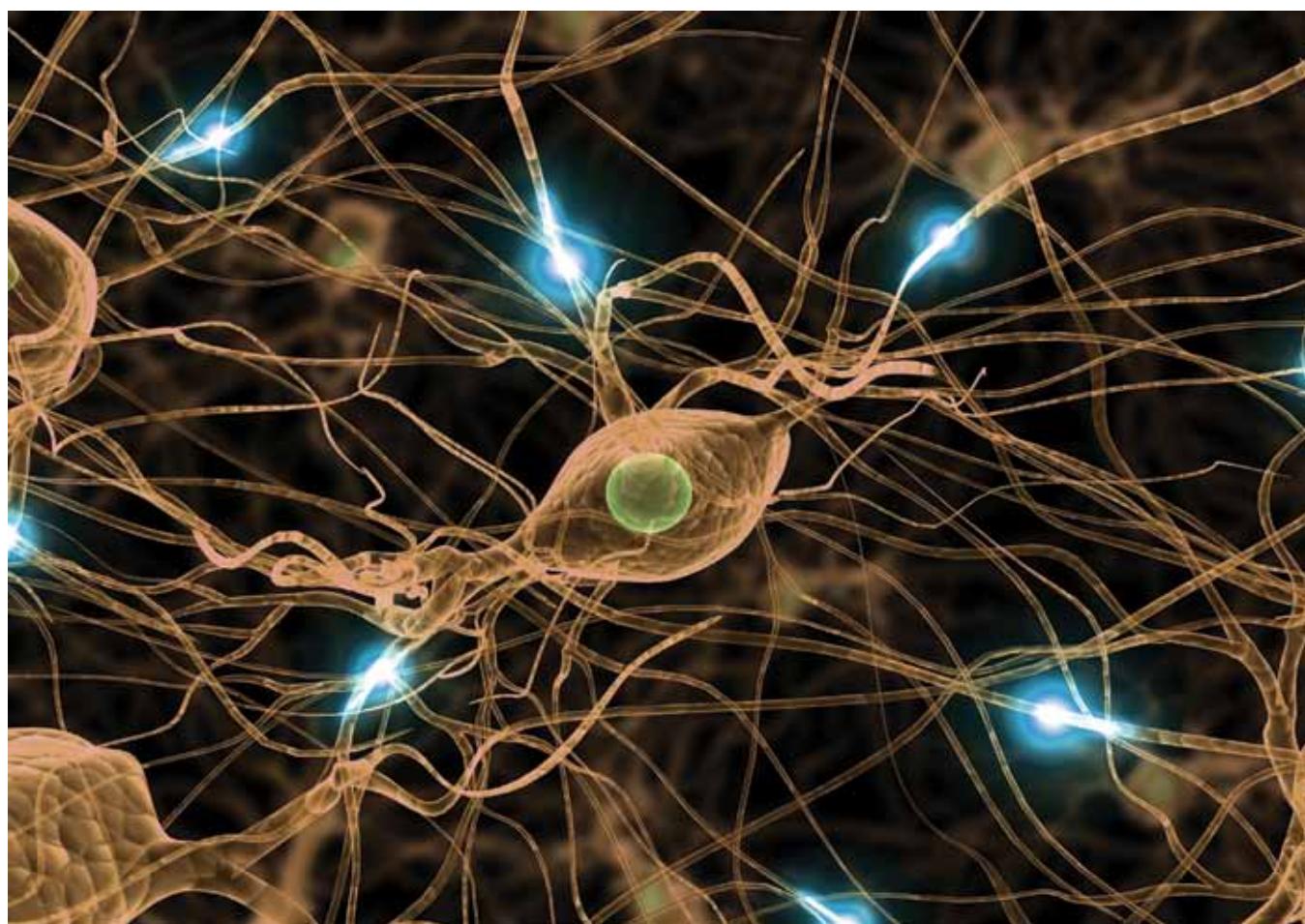
usprijemo pomoću svjetla i ugrađenog gena liječiti od nekih bolesti bez potrebe za standardnim lijekovima sa svim njihovim nuspojavama. Ili se riješiti ovisnosti o cigaretama, čokoladi ili čemu već. Ili si poboljšati pamćenje i motivirati se na učenje.

Ili još bolje, motivirati se na obavljanje nekog predosadnog posla. Jedino postoji mali problem... Koji bi mogao postati veliki problem. Što ako to dođe u krive ruke? Hoćemo li postati nečije lutke s kontroliranim umovima?

Iz literature

- <http://www.sciencedaily.com/releases/2012/11/121118141528.htm>
- <http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=how-to-use-light-to-control-the-brain>
- Carter ME, de Lecea L. Optogenetic investigation of neural circuits *in vivo*. *Trends Mol Med* 2011;17(4):197-206.
- Liu X et al. Optogenetic stimulation of a hippocampal engram activates fear memory recall. *Nature* 2012;484(7394):381-5.
- Britt JP, Bonci A. Optogenetic interrogations of the neural circuits underlying addiction. *Curr Opin Neurobiol*. 2013 pii: S0959-4388(13)00026-3.
- Stuber GD, Britt JP, Bonci A. Optogenetic modulation of neural circuits that underlie reward seeking. *Biol Psychiatry* 2012;71(12):1061-7.

.....



Europski medicinarski orkestar, Berlin 2013

Dr. Špela Baznik



• U Berlinu je od 30. svibnja do 2. lipnja održan već tradicionalni proljetni projekt Europskog medicinarskog orkestra (EDO; Europski Doktorski Orkestar), u kojem sam sudjelovala prvi put otkako ga je izvršni odbor ove godine odlučio potmisliti i diverzificirati mu nacionalne boje.

Kao što mi je rekao utemeljitelj orkestra dr. **Micki Pohl**, plastični kirurg iz Mađarske koji već više nego 20 godina živi i radi u Australiji, ideja o osnivanju orkestra pojavila se 2002. po uzoru na Australski medicinski orkestar i 2004. je EDO prvi put svirao zajedno. Tradicionalno, na proljeće liječnici glazbenici nastupaju u jednoj od europskih zemalja, a na jesen u jednom od gradova u Velikoj Britaniji. EDO je do sada koncertirao u Londonu, Edinburghu, Gatesheadu, Oslo, Poznanju, Veroni, Berlinu, Budimpešti i Bukureštu.

Orkestar se uglavnom financira prilozima samih članova orkestra, zatim od sponzorstva. Organiziranje projekata (osobito najam dvorana i velikih instrumenata) visok je finansijski teret. Novac koji doniraju gledatelji i prihod od ulaznica orkestar doni-

ra nekoj od mjesnih humanitarnih organizacija ili bolnici. Ove je godine EDO na turneji u Berlinu prikupio sredstva za hospicij Paul Gerhardt Diakonie.

Cijeli projekt je organiziran na visokoj razini; dirigent Warwick Stengaards i solo violinistica Marlene Ito postigli su visoku razinu izvođenja. Koncert u veličanstvenoj dvorani berlinskog Konzerthausa prilikom 200. obljetnice rođenja Richarda Wagnera započeo je s uvertirom Faust u d-molu WV 59. Slijedila je Bruchova skladba za violin solo - Škotska fantazija u Es-duru, op. 46. Violinistica Marlene Ito iz Berlinske filharmonije

je oplemenila je svojom senzibilnošću cijeli koncert. U drugom dijelu koncerta izvedena je Schumannova 3. simfonija u Es-duru, op. 97 ("Rajnska"). Koncert je prošao u euforičnom ugođaju i u stvarno toplomu zvuku 80 gudača. Orkestar je ukupno brojio 107 članova, što je pridonijelo velikom zvučnom doživljaju, kako njegovih članova tako i publike. Koncert je odjeknuo i u Sloveniji, recenzija se pojavila se na web stranici <http://novamuska.org>. Odjel flautistica sačinjavale smo četiri liječnice, dvije Engleskinje, jedna Poljakinja i ja. Koliko mi je poznato, u orkestru još nije igrao nitko iz Slovenije. Zanimljivo je reći da je flautistica dr. Anne White, koja je provela većinu radnog staža u privatnoj praksi kao obiteljska liječnica, počela svirati flautu tek s 38 godina. Nakon odlaska u mirovinu prije nekoliko godina zaposlena je u policijskoj stanici kako bi pomagala žrtvama seksualnog nasilja.

Tijekom nekoliko dana sudjelovanja u EDO-u stekla sam puno veza. U orkestru je i liječnica koja specijalizira hitnu medicinu u Velikoj Britaniji. Tamo organiziraju centre za urgentnu medicinu i nedostaje im liječnika. Kao specijalisti konzultanti rade 30 sati tjedno s pacijentima, a jedan dan u tjednu im ostaje za upravne i sveučilišne poslove. Vrlo primamljivo za nas, a da o plaćama i ne govorim...

Glavni grad Njemačke iznenadio me je svojom mirnoćom, drvoređima lipa, odličnim javnim prijevozom i prijaznim ljudima. Između ostalog, bio je nezaboravan posjet izvrsnom koncertu Berlinske filharmonije, gdje rog svira Slovenac (a jednu violinu Hrvat), zatim Muzeju njemačke povijesti te mnogim trgovima, parkovima i atrakcijama.

Doista, iskustvo s EDO-om je nezaboravno, no i korisno za opuštanje od stresnog medicinskog rada. EDO ima sljedeći koncert ove jeseni u Birminghamu, a na proljeće 2014. u Bernu. Tko zna, možda ćemo EDO jednom uspjeti organizirati i u Ljubljani.

spela.baznik@zd-lj.si

Violinistica
dr. Marlene Ito,
dirigent
dr. Warwick
Stengaard
i autorica



Iz glasila Slovenske liječničke komore «ISIS» XXII, broj 10, od 1. listopada 2013, str. 106, preveo Željko Poljak

Iz povijesti hrvatske pedijatrije

O jednom profesoru Medicinskog fakulteta u Zagrebu i dvoje njegovih prvih asistenata

Ivica Vučak

• Četiri godine koliko će još proći do obilježavanja stote obljetnice osnutka Medicinskog fakulteta zagrebačkog Sveučilišta, najstarijeg ne samo u Hrvatskoj, dostatno je vremena da se istraže arhivi i na svjetlo dana iznesu imena ljudi zaslužnih za taj značajni datum. Jednako toliko važnim čini mi se obnova sjećanja na prve nastavnike i uvjete u kojima su radili.

U hrvatskom je Saboru 2. svibnja 1843. **Ivan Kukuljević-Sakcinski** (1816. -1889.) prvi put govorio hrvatskim jezikom. Na isti je datum poslije osam desetljeća u Zagrebu 2. svibnja 1923. nastupno predavanje održao dr. phil. et med. **Ernst Mayerhofer** (1877. - 1957.), dotada asistent na klinici prof. **Clemensa v. Pirqueta** (1874. - 1929.) u Beču. Govorio je njemački, svojim materinjim jezikom. Nije se mogao obazirjeti na koincidenciju datuma.

Hrvatski prijevod Mayerhoferovog predavanja „Putevi i ciljevi pedijatrije u Jugoslaviji“ objavljen je već u lipanjskom broju „Lječničkog vjesnika“. Tekst na njemačkom odabran je za uvodnik u „Wiener medizinische Wochenschrift“ u studenom iste godine.

Važno mjesto u predavanju imali su Mayerhoferovi pogledi na rješavanje tuberkuloze u dječjoj dobi - prvog od tri glavna poglavja onodobne pedijatrije (iza nje su slijedili zdравlje u dojeničko doba te školska medicina). Procjenjivalo se da je 90% djece do završetka školske dobi inficirano uzročnikom tuberkuloze.

Mayerhofer je na sjednici profесorskog zbora Medicinskog fakulteta još 30. srpnja 1922. jednoglasno izabran profesorom pedijatrije i predstojnikom Klinike za dječje bolesti u Zagrebu. Premda mu je službeni poziv uputio već 3. kolovoza 1922. dekan **Fran Smetanka** (1888. - 1958.), njegov je izbor čekao na potvrdu u Beogradu do 10. ožujka 1923.

Prihvaćanje poziva iz Zagreba bilo je izraz Mayerhoferove želje da se okuša u

samostalnoj organizaciji pedijatrijske službe. Odluci je moglo pomoći njegovo poznavanje hrvatske obale Jadrana još od zime 1902./1903. Šest je mjeseci proveo u Dubrovniku na mjestu asistenta liječničkog zamjenika u garnizonskoj bolnici br. 24.

Tijekom boravka u južnoj Dalmaciji opazio je neke "čudnovate slučajeve malarije koji se običnom tadašnjom antimalariačnom terapijom nijesu mogli izlječiti", a tih se opažanja sjetio nakon prvih članaka o otkriću kala-azara (Leishman, 30. svibnja 1903.; Donovan 11. srpnja 1903.). Poslije je tijekom više mjeseci 1913. i 1914. proučavao opće zdravstvene prilike pučanstva te meteorološke i balneološke značajke otoka Suska u okolini otoka Lošinja.

Posebice se zanimalo za medicinske učinke otočne talasoterapije i klimatoterapije na djecu s različitim bolestima. Uspostavio je na Susku malu meteorološku stanicu koju je

opskrbio vlastitim mjernim aparatima te sustavno svakodnevno mjerio temperaturu i relativnu vlažnost zraka, temperaturu morske vode i temperaturu finog kupališnog pijeska.

Bilježio je i druge elemente važne za talasoterapiju, na pr. oborine, smjer i jakost vjetra, trajanje sunčanih sati, a pratio je i biološke reakcije djece na klimatske promjene.

Rezultate svojih opažanja na Susku objavio je 1920. u «Wiener medizinische Wochenschrift» pod naslovom «Die Insel Sansego bei Lussin als Kinderseebad der Adria».

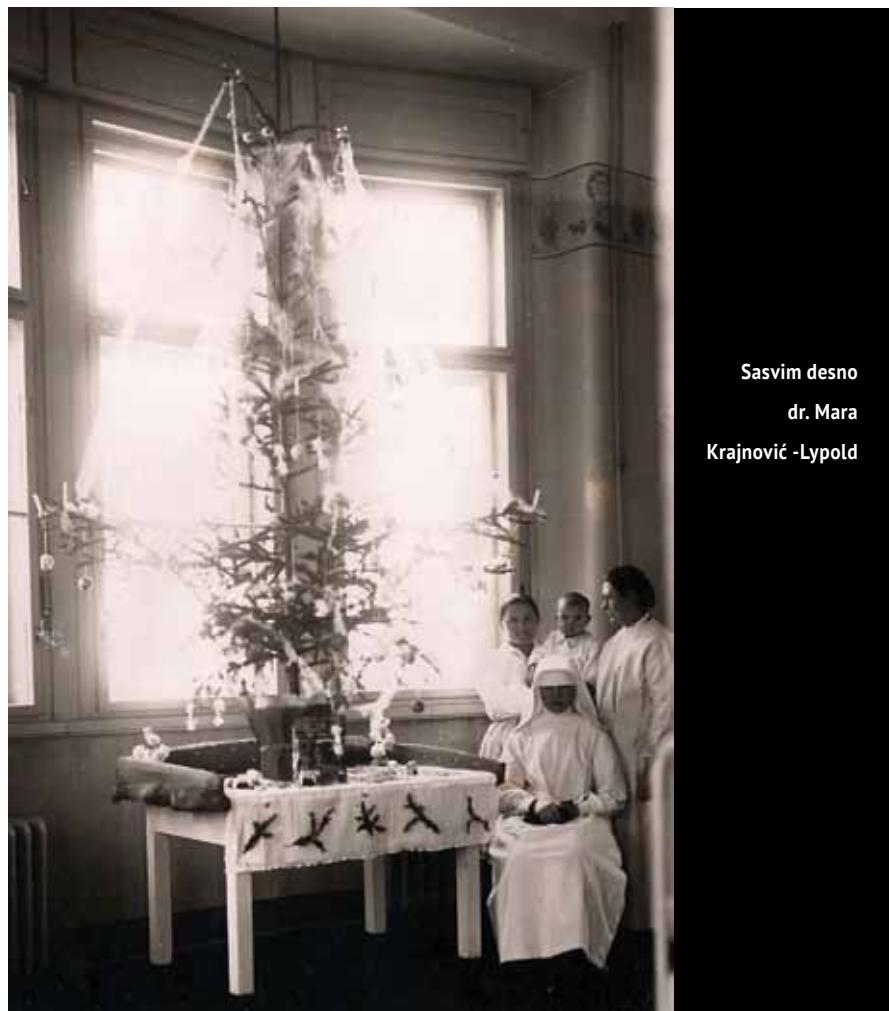
«Kako je cijeli otok gotovo isključivo zasađen vinogradima bez drugih biljnih kultura, zrak je osobito čist, tj. bez cvjetnih alergenskih prašnika («Pollen») te je veoma ljekovit za dječju astmu, alergička stanja nasofarinksa («Catarrhus aestivus = Heufieber», bronchiektazije, kronične bronhitide...») preporučivao je Mayerhofer boravak na tom «Jadranskom Helgolandu».

Mara Lypolt-Krajnović

U Zagrebu su Mayerhofera dočekali ne samo kolege profesori Medicinskog fakulteta **Emil Prašek** (1884. - 1934.), dr. **Drago Perović** (1888. - 1968.) i Dragutin Radoničić (1879. - 1935.) koje je poznavao još kao asistente u Beču, nego i dr. **Mara Lypolt - Krajnović** (1895. - 1935.), asistentica u zagrebačkoj Klinici za pedijatriju.

Rođena je 28. travnja 1895. u mjestu Vrbac nedaleko od Gospića. Nakon završene gimnazije u Zagrebu započela je studij medicine u Innsbrucku, a nastavila na njemačkom sveučilištu u Pragu. Tijekom studija





Savim desno
dr. Mara
Krajnović -Lypold

udala se za koleg medicinara **Oskara Lypolda** rođenoga 19. srpnja 1895. u Varaždinu, koji je nakon gimnazije u rodnom gradu započeo medicinu u Innsbrucku, nastavio u Grazu te konačno prešao u Prag.

Oboje su promovirani u Pragu 12. srpnja 1919. i nakon toga se vratili u Zagreb. Dok je njezin suprug dobio mjesto pomoćnog liječnika u Bolnici sestara milosrdnica u Vinogradskoj ulici te 1919. pristupio u Zboru liječnika, ona je izabrana za asistenticu na Morfološkom zavodu MEF-a u Zagrebu. Tu je funkciju obnašala od 1. kolovoza 1919. do 31. srpnja 1921., tj. do izbora za asistenticu u Pedijatričkoj klinici MEF-a u Zagrebu 1. kolovoza 1921. Radi edukacije putovala je u razdoblju od 31. srpnja 1921. do 28. lipnja 1923., na vlastiti trošak, u Beč, Prag i Berlin i u tamošnjim se klinikama za dječje bolesti usavršavala.

U Beču je vjerojatno imala prigode susresti i dr. Mayerhofera, svoga budućeg šefa, jer su još 1919. godine počeli razgovori dr. Krste Krstulovića (1872. -1960.), rodom Bračanina i jednog od prvih hrvatskih specijalista za dječje bolesti (specijalizirao je pedijatriju u Beču 1903.-1905.) s Mayerhoferom o

njegovom dolasku u Zagreb. Prenda zgrada Dječje klinike na Šalati nije završena za godinu dana kao što je prof. Mayerhoferu bilo obećano, on se nije demoralizirao. «Dokolica, nametnuta silom prilika prof. Mayerhoferu, predstojniku pedijatričke klinike, urodila je lijepim plodom. Riješen, nažalost, poslova uređivanja klinike i njezina vodstva upotrijebio je to vrijeme da napiše prvi klinički udžbenik u Zagrebu.» istaknuto je u prikazu knjige za koju je predgovor napisao Mayerhofer 1. prosinca 1924. u Zagrebu. Tiskana je u Beču je kod nakladnika Springera 1925. na hrvatskom jeziku pod naslovom «Predavanja iz pedijatrije s alfabetskim dodatkom tehničkih, terapijskih i kliničkih pojedinosti».

Udžbenik je koncipiran u 20 izabranih predavanja na 376 stranica, uz 11 slika u tekstu. «Mayerhoferova knjiga ima bez sumnje dosta odlika i individualnih prednosti koje bi joj same po sebi dale i u stranom kulturnom jeziku uz druge već napisane neki raison d'être. Ona je pravi izraz njegova znanstvena rada i razvoja. Tko ne bi znao za njegov znanstveni *curriculum vitae*, iz ove bi ga knjige upravo geometrijski mogao iskonstruirati. U njoj ima tragova svih škola koje je on prošao, od profesora kemije Goldschmieda preko neštora pedijatrije Ebsteina k Moseru, pa onda preko Escherischa k Pirquetu.

Svaki od tih njegovih učitelja ima vlastito naziranje bar u jednom od važnijih pedijatrijskih pitanja. Sve je to Mayerhofer



prošao, ali uvijek prema svojoj vlastitoj rasudi zadržao, dotjerao ili zabacio». Izvorni je rukopis pisan na njemačkom jeziku, a «za tisak na hrvatskom predavanja je preveo asistent prof. Mayerhofera, koji bez sumnje dobro pozna naš jezik (...) I ako ima prof. Mayerhofer veliku zaslugu, da je napisao prvi naš izvorni klinički udžbenik, koji odgovara prešnoj potrebi, on će tu zaslugu morati da podijeli sa svojim asistentom, koji je u prevelikoj čednosti ostao anoniman, kao da i nije sebi svjetan tih poteškoća, koje je imao prebroditi...». Taj asistent bila je dr. Mara Lypolt-Krajnović.

U veljači 1925. Mayerhofer je, premda je bio pravopozvani kandidat, otklonio poziv na mjesto redovnog profesora pedijatrije na MEF-u u Grazu. U dvorištu Ginekološke klinike u Petrovoj ulici 13 u Zagrebu 16. studenoga 1925. otvoren je Ambulatorij Dječje klinike. Ordinirao je dnevno (osim nedjelje i blagdana) poslijepodne od 15,30 do 17,30 samo za neimućne.

Pored suradnje na prijevodu udžbenika, dr. Lypolt-Krajnović je, zajednički s Mayerhoferom, objavila pet (?) članka. Zadnjeg dana mjeseca svibnja 1928. objavljen je u »Wiener klinische Wochenschriftu« članak u kojem je dr. Lypolt-Krajnović, suautorstvu s Mayerhoferom, opisala 43 novorođenčeta s tzv. »mongolskom pjegom« među 1297 pregledanih u Dječjem ambulatoriju. Zahvalili su prof. dr. Franji Durstu (1875. – 1958.) na dobrohotnom dopuštenju pregleda materijala Klinike za ženske bolesti. Održala je više stručnih predavanja na sastancima u Zboru liječnika, a predavala je popularno za širu javnost o socijalno-medicinskim pitanjima. Bila je konzilijsarna pedijatrica u Rodilištu te nastavnica pedijatrije u Primaljskoj školi u Zagrebu. Angažirana je i kao liječnica Željezničarskog bolesničkog fonda. Puno je energije ulagala kao liječnica Zavoda za odgoj gluhanjih djece, Zavoda za odgoj slijepih djece te Sirotišta na Josipovcu. Na mjestu asistentice Dječje klinike ostala je do 31. listopada 1934., tj. do svoga umirovljenja zbog bolesti. Umrla je 4. travnja 1935. u Bakarcu, kamo je otpuštovala u nadi oporavka boravkom na moru i uz svoje roditelje. Dr. Dragišić je u nekrologu u „Liječničkom vjesniku“ napisao: »Na pravoslavnu veliku subotu ispratili smo je na vječni počinak. Cijelo mjestance bilo je na pogrebu, dugi niz bosonogih mališana i još dulji niz žena u crnini. Sve je ošlo na njezin pogreb jer je bila dobra i volila sirotinju.«

U počast uspomeni dr. Lypolt-Krajnović, Sekcija asistenta zagrebačkog MEF-a je 1500 dinara prikupljenih do 12. lipnja 1935. poklonila „Društvo za pripomoći gluhanjim djece“ za koje se pokojna dr. Lypolt-Krajnović veoma zalagala.



Leo Lemež

U svibnju 1923. predstavio se prof. Mayerhoferu dr. Leo Lemež (1895. – 1933.) iskazujući želju da dođe na kliniku u Zagreb.

S obzirom na to da nije bilo uvjeta za njegov rad u Zagrebu, dogovoren je da Lemež ostane u Pragu te nastavi s izobrazom. Rođen je 10. ožujka 1895. u Slovenskoj Bistrici, a gimnaziju je završio u Mariboru. Nakon mature 1914. godine bio je unovačen.

U odori austro-ugarskoga vojnika bio je kod trenske divizije br. 3 od 15. ožujka 1915. do 20. rujna 1918. Studij medicine završio je na Karlovom sveučilištu u Pragu te

promoviran 18. veljače 1922. Ostao je raditi u Češkoj i bio određen za asistenta na Pedijatrijskoj klinici prof. Karelom Švehle (1866. – 1929.) u Pragu.

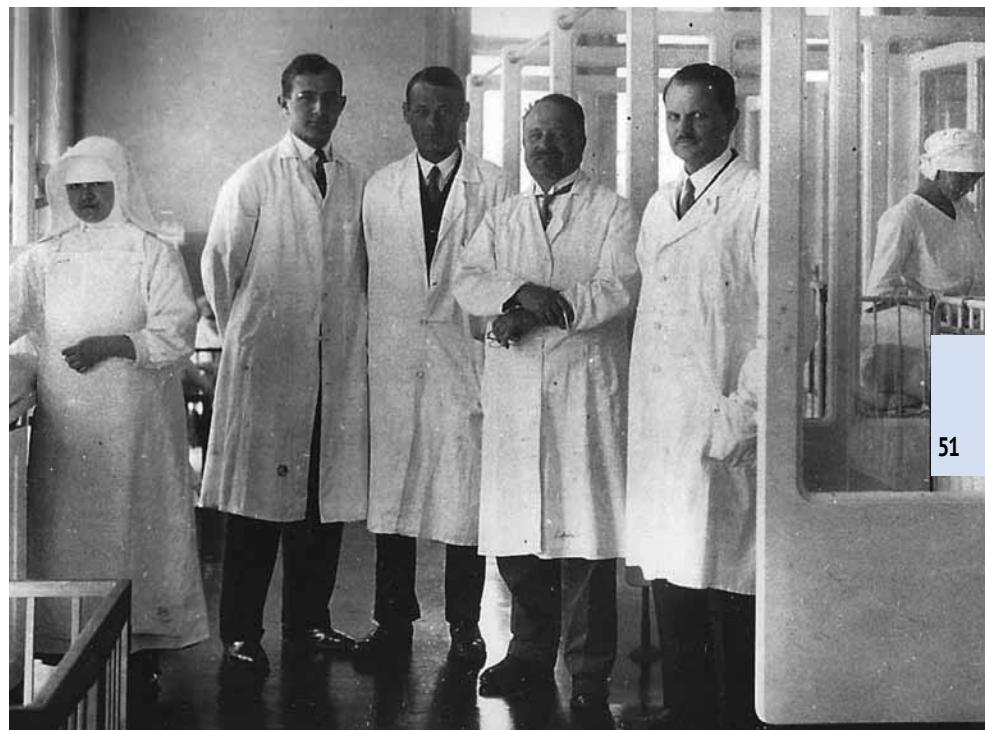
Prema dogovoru s prof. Mayerhoferom završio je specijalizaciju pedijatrije u Pragu. Oženio se kolegicom dr. Miladom Benšovom (1897. – 1978.). Radi usavršavanja boravio u Pragu.

Dekretom Ministra prosvjete od 18. veljače 1925. postao je asistent Dječje klinike MEF-a u Zagrebu, a nastupio je u listopadu iste godine. Državni ispit položio 19. prosinca 1927. Pedijatrička klinika otvorena je u novoj zgradi na Šalati, skupa s Dermatološkom klinikom, 9. prosinca 1928.

U posebnom broju »Liječničkog vjesnika«, s uvodnikom prof. Mayerhofera nakon tekstova uglednih gostiju s praškog sveučilišta, slijedila su dva članka dr. Lemeža, oba na slovenskom, njegovom materinjem jeziku. Poslije je »jedan od mladih pedijatara koji su najviše obećavali u čitavoj državi« unaprijeđen za prvog asistenta.

Sudjelovao je Lemež 1928. godine na sastanku čeških prirodoslovaca i liječnika u Pragu, a naslov njegova priloga bio je »Prilog patogenezi scleroderma neonatorum«. Stalnost u službi priznata mu je rješenjem ministra prosvjete od 5. ožujka 1929.

Na prvom sastanku pedijatričke sekcije 17. siječnja 1930. Lemež je kao gost prikazao 10-godišnjeg Veljka Š. s tuberkuloznim laringitisom - komplikacijom kazeozne infiltracije pluća s kavernoznim raspadom poslije traheotomije.



„U dječjem vijeku prognoza tuberkulozna laringitida je infaustna jer dolazi gotovo uvijek kod teških formi plućne ili generalizirane tuberkuloze i to kod 2-3% obduciranih slučajeva“. I nakon pristupa Zboru liječnika 1931. klinički je asistent dr. Lemež održao velik broj predavanja i prikaza pacijenata na sastancima Zbora liječnika te Pedijatričke sekcije.



Njegova je iznenadna smrt u Zagrebu 6. ožujka 1933. bila velik gubitak za Pedijatrijsku kliniku u Zagrebu, a komemorirana je na redovnoj skupštini Zbora liječnika 31. ožujka 1933. Potresen tužnim događajem, prof. Mayerhofer je za "Liječnički vjesnik" napisao: "U čitavom svom životu poznavao je Lemež samo dužnost, rad i medicinsko istraživanje. Dapače i svoje kratko ferijalno vrijeme upotrebljavao je za usavršavanje svojih kliničkih radova ili iskorišćivao za daljne medicinske studije kod svojih prijatelja u Prahi. Baš njegovom nastojanju treba zahvaliti da je naša mlada zagrebačka klinika došla do tijesnih veza s praškom pedijatrijom. Ne ču ovdje zatajiti, da sam pri eventualnim pomislima na svoga nasljednika pomišljao baš na Lemeža. Utoliko mi je teže što sve te riječi i misli koje sam zasnovao da ih jednom iznesem kod buduće docenture moga učenika i prijatelja, moram sada izreći kao nekrolog."

Pri ispraćaju 8. ožujka od pokojnika se, u ime Pedijatričke sekcije, oprostio dr.

Dragišić koji je napisao nekrolog za "Mediцински pregled" i češke liječničke novine. Na redovitom sastanku Pedijatričke sekcije 7. travnja 1933. komemorirao je Lemešovu smrt dr. Žiga Švarc (1873. – 1936.). Liječnici, sestre i osoblje Školske poliklinike prikupili su 500 dinara, što je dr. Desanka Ristović (1882. – 1968.) predala dr. Dragišiću radi liječenja jednoga bolesnog djeteta umjesto vijenca na odar pokojnog dr. Lemeža. Lemežova supruga se vratila u Prag i sa sobom povela sinove Lea i Zdenka, rođene u Zagrebu 16. ožujka 1926. odnosno 26. listopada 1928. Dr. Lemež je kremiran u svibnju 1933. u Grazu, a urna je pohranjena u Pragu. Sin **Leo** je, poput roditelja, postao liječnik, a **Zdenko** ekonomist. I **Petr Lemež**, sin dr. **Lea Lemeža** mlađeg (1926. – 2000.), danas je ugledan liječnik u Pragu.

U svojim uspomenama u knjizi "Pedijatrija u prošlosti i kako sam preživio s njom" ("Dětské lékařství v minulosti a jak jsem je prožíval") objavljenoj 1957. prof. dr. Jiří Brdlík (1883.- 1965.), rektor praškog sveučilišta 1927/1928., spominje djelo dr. Lemeža starijeg.

.....

Bibliografija

- (Radovi Lea Lemeža i Mare Lypold Krajnović)
 Mayerhofer E, Lypolt-Krajnović M. Das Erythema neonatorum toxicum-Leiner («Erythema populatum» der Alten Ärzte) als Teilerscheinung einer allgemeinen Allergie des Neugeborenen. Ztschr f Kinderheil 1927;43:630-57, 1927.
 Mayerhofer E, Lypolt-Krajnović M. Das Erythema neonatorum toxicum-Leiner («Erythema populatum» der Alten Ärzte) als Teilerscheinung einer allgemeinen Allergie des Neugeborenen (abridged?). Wien klin Wochenschr 1927;40:991-5, Aug 4, 1927.
 Mayerhofer E, Lypolt-Krajnović M. Über das gehäufte Vorkommen des sogenannten Mongolflecks bei den Neugeborenen in Zagreb. Wien klin Wochenschr 1928,41:775-7, May 31, 1928.
 Mayerhofer E, Lypolt-Krajnović M. Erythema toxicum neonatorum – Leiner kao glavni simptom opće alergije kod novorođenčeta. Liječ vjesn 1928;50:698-970.
 Mayerhofer E, Lypolt-Krajnović M. Autohtonija takozvane mongolske pjege kod novorođenčadi evropskih rasa. Med pregl 1929;4:1-5.
 Lemež L. Über einen Fall von multiplem Granuloma annulare im Kindesalter. Ztschr f Kinderheilk 1927;44:328-338.
 Lemež L. Preiskave o alergiji novorjenčev. Liječ vjesn 1928;50:685-90.
 Lemež L. O enem slučaju "Granuloma annulare multiplex" v otroški dobi. Liječ vjesn 1928;50:691-7.
 Lemež L. Erythema toxicum neonatorum und Blutsystem mit besonderer Berücksichtigung der Eosinophilie. Ztschr f Kinderheilk 1928;45:689-719.
 Lemež L. Beitrag zur Pathogenese der subcutanen Fettgewebsnekrose Neugeborener (sog.

Scleroderma neonatorum) an der Hand einer Kältereaktion des subkutanen Fettgewebes bei Neugeborenen und jungen Säuglingen. Ztschr f Kinderheilk 1928;46:323-69.

Lemež L. Die pseudopositive Wassermannsche Reaktion in den ersten Lebenstagen. Ztschr f Kinderheilk 1929;48:97-119.

Lemež L. Fetal Infektion. Čas lék česk 1929;68:951-3.

Lemež L. Doprinos patogenezi nekroze potkožnog masnog tkiva novorođenih. Liječ vjesn 1930;52:501-18.

Lemež L. Pseudopositivna Wassermanova reakcija u prvim danima života. Med pregl 1930;5:278-83.

Lemež L. Vakzinationstudien bei Neugeborenen mit abgeschwächter Lymphe. Einfluss des allergischen Syndroms und des "Terrain foetal" auf diese Vakzination. Arch f Kinderheilk 1931;93:124-39.

Lemež L. Über die diätetische Wirkung von Hordenzym-Nutromalt in der Gemüsekost der Säuglinge, Ernährungsstudien unter Röntgenkontrolle. Wien klin Wochenschr 1932;45:1182-92.

Lemež L. Periodičko istraživanje krvi u toku jednog dana kod interne tuberkuloze i tuberkuloze kosti i zglobova. Slovanského zborniku ortopedického 1932;7/6:468-70.



Dr. Leo Lemež sa sinom Leom

Rodilište u Samoboru 1950.-1970.

*Prim. prof. dr. sc. Dubravko Habek,
Klinika za ginekologiju i porodništvo KB-a „Sveti Duh“, Zagreb*

- Rodilišta, mjesa života, bilo izvanbolnička ili bolnička, primaljska ili perinatalni centri III. razine (sveučilišne klinike) ne smiju biti, po zatvaranju tih ustanova, stavljanu u povijesna ad acta zbog najčešće subjektivnih razloga.

U našoj su se zemlji počeli poslijе II. svjetskoga rata ustrojavati izvanbolnička rodilišta u manjim gradovima, dalje od velikih gradova u kojima su postupeno osnivani ginekološko-porođajni odjeli sa specijalistima ginekolozima i opstetričarima i odvajati se od višestoljetne simbioze s općom kirurgijom. Ustrojavana su iz jednostavnih, praktičnih razloga: rađanja u kontroliranim uvjetima sa stručnom pomoći primalja. U višestoljetnom domicilnom primaljstvu podžupanijske, županijske, gradske i kotarske primalje su nadgledavale trudnoće, porađale isključivo u domovima rodila, obilazile babinjače i njegovale novorođenčad. Ipak sve trudnice i rodilje nisu mogle biti nadgledavane i porađane uz stručnu pomoći primalja, pa je perinatalni (neonatalni i maternalni) pobol i pomor bio visok.

Ovakvo ustrojstvo djelovanja i samostalnosti kotarskih primalja ukinuto je 1959. godine, od kada se one pridodjeljuju zdravstvenim stanicama pojedinih kotara i djeluju u sastavu tima liječnika opće medicine, tamo gdje nema izvanbolničkih rodilišta. No, vijek nekih izvanbolničkih rodilišta bio je vrlo kratak (Čazma - svega dvije godine, Samobor - dvadeset godina), a neka su opstala i danas te uredno rade zahvaljujući geografskom položaju ili pak ustrajnosti uprava pojedinih lokalnih zajednica (gradova, županija).

Izvanbolnička rodilišta osnivana su u manjim gradovima Hrvatske najčešće zbog navedene tada neadekvatne antenatalne skrbi te nemogućnosti dostatno brzog prijevoza do većih gradova, posebice u ruralnim predjelima (Zaprešić, Velika Gorica; Čazma, Garešnica...). Jedno od takvih rodilišta koje

kako je poznato, prof. dr. **Franjo Durst**. Prema prim. Lovasiću, dvije godine kasnije, dana 18. svibnja 1952., osnovan je Dom narodnog zdravlja u Samoboru odlukom tadašnjeg Kotara Samobor. Prvi je ravnatelj Doma bio poznati i zasluzni samoborski liječnik, dr. **Adalbert Georgijević**.

No, zaštitu materinistva su i dalje siromašnom žumberačkom kraju pružale kotarske primalje koje su radile u okolnim selima. Legendarna primalja za Rude, Galgovo i Sv. Martin pod Okićem bila je **Ana Paladin**, a dugogodišnja samoborska primalja bila je **Uršula Kabalin**. Živjela je u Samoboru, iznad gradskoga groblja i desetljećima se brinula za domicilnu materinsku skrb te porodila kroz svoj primaljski vijek brojne Samoborce. Ona je do otvaranja rodilišta bila samoborska gradska primalja, a kraće vrijeme, već umirovljena radila i u rodilištu. Doživjela je 93 godine.

Rodilište je bilo smješteno u obnovljenoj prizemnoj zgradi bivšega Vatrogasnoga doma u središtu Samobora uz ambulantu liječnika opće medicine s desne i prostorije uprave s lijeve strane (poslijе su prostorije uprave izgorjele u požaru). Postojava je vlastita kuhinja i praonica rublja. Preko puta rodilišta smješten je bio dežurni vozač s kolima hitne pomoći koji je na poziv odlazio po rodilju, ali i druge hitne bolesnike, te ih po potrebi odvozio u zagrebačke bolnice na daljnje liječenje.

Rodilište se sastojalo od rađaonice s dva porođajna stola i ginekološkim stolom za šivanje i druge ginekološko-opstetričke zahvate, tri sobe za rodilje sa tri kreveta (ukupno devet), dječje sobe, sobe za primalju i sanitarnoga čvora od kupaonice s kadom i tušem i zahoda.

U dječjoj sobi bili su krevetići: za mušku novorođenčad s plavim, a žensku novorođenčad s dekicama roze boje. Ako je bilo potrebno, zbog većeg priljeva rodilja, stavljaли su se nerijetko pomoćni kreveti. U hodniku bili su peć na drva, stol i stolice i tu se osoblje okupljalo kada je bilo vremena za odmor.

je uspješno djelovalo dva desetljeća i bilo potom zatvoreno jest i samoborsko rodilište. O njemu, nakon četiri desetljeća, osim spomena u pojedinim razgovorima Samoboraca, gotovo nema nikakvog pisanoga traga. Stoga sam odlučio intervjuirati živuće sudionike i djelatnike rodilišta, skupiti oskudnu građu o rodilištu navedenu u literaturi i napisati ovaj članak za trajni spomen na ustanovu koja je imala svoju stručnu reputaciju ne tako davnoga vremena.

Grad Samobor u povijesti svoga zdravstva imao je vojnu bolnicu u 19. stoljeću uz franjevački samostan gdje su radili vojni liječnici i kirurzi, a lječila se vojska i građani, no porođaji su se obavljali isključivo kod kuće. Ova je bolnica razvojačenjem Vojne granice ukinuta, pa je tek rodilište, gotovo stoljeće kasnije, postala jedina stacionarna zdravstvena ustanova u Samoboru i djelovala 20 godina. Danas u Samoboru djeluje Dom zdravlja, bez stacionarnog dijela.

Oprema rodilišta i organizacija rada

Odluka o otvaranju izvanbolničkoga rodilišta u Samoboru donesena je 1950. godine, dakle prije 64. godine. Otvorio ga je,

Današnja
slika zgrade
samoborskog
rodilišta



Taj stacionar rodilišta, s ambulantom opće i hitne medicine, imao je svu opremu za opstetriciju, malu kirurgiju, metalne bubenjeve sa sterilnim materijalom i instrumentarijem. Sterilizacija se isprva obavljala u bolnici u Vinogradskoj ulici, kamo je nekoliko puta tjedno vozač odvozio materijal. Postlige su imali i sterilizator (šezdesetih godina 20. stoljeća).

Rodilište su vodile primalje, uvijek njih tri stalno zaposlene, koje su se izmjenjivale u 24-satnim dežurstvima, a nakon dežurstva imale su 48-satni odmor. Rijetko su tijekom porodičkih dopusta ili godišnjih odmora radile u rodilištu tadašnje kotarske primalje iz zdravstvenih stanica (npr. Rude, najčešće primalja Paladin).

Primalja **Štefanija Hercog** radila je od početka u rodilištu, stanova je u poznatom samoborskom Reizerovu dvoru, a poslije otisla na službu u Varaždin. Od 1. kolovoza 1958. do 1. srpnja 1970., tj. do zatvaranja rodilišta, radila je primalja **Verica Kramarić**. Ona je i sama rodila u samoborskem rodilištu, premda je živjela, i danas živi, u Voltinom naselju u Zagrebu. No, željela je rodit u rodilištu u kojem je i ona porodila stotine Samoboraca. Tako je u Samoboru rodila i svoje dijete uz pomoć svoje kolegice, primalje **Balice Hajplan**. Potonja je u rodilištu radila do 1964. godine kada je otisla na rad u Stanicu za hitnu medicinsku pomoć u zagrebačkoj Đorđićevoj ulici. Primalja **Marija Horvat** došla je iz virovitičkog rodilišta i patronaže po javnopravstveno zapuštenim žumberačkim selima na službu u samoborsko rodilište nakon odlaska primalje Hajplan. Primalja **Paić** došla je u rodilište izravno iz primaljske škole u Vinogradskoj bolnici u Zagrebu u kolovozu 1968. Radila je godinu dana, a zatim prešla u ginekološku ordinaciju u Šarengradskoj ulici te potom u Frankfurt / Main do zasluzene mirovine.

U rodilištu su radile „domaća“, kuharica i pralja te spremaćica **Bezjak**. Ona je uz poslove održavanja čistoće imala zadatak naložiti peći drvima, posebice u dječjoj sobi. Kuharica je kuhala uvijek svježe i vrlo ukusne obroke za rodilje i babinjače, a tako i za osooblje. Kada su primalje dolazile u dežurstvo, kupovale su po 5 dkg kave kako bi imale za cijelo dežurstvo za čitavo osoblje rodilište.

Nerijetko su rodilje dovežene konjskim zapregama iz okolnih žumberačkih i samoborskih sela u raznim stupnjevima porođaja. Po sjećanju jedne od primalja opijane su vinom seoskih nadribabica - „da rodilja ojača“, zatim su na sanjkama vožene po velikom snijegu s potom porođenim mrtvorodenčetom nakon višednevoga protrahiranoga porođaja.

No, primalje su tada bile jedini kvalificirani zdravstveni radnici. Uz liječnika opće medicine koji je dežurao za hitnu medicinsku pomoći i vozača bile su zapravo dio tima hitne pomoći i u ordinaciji opće medicine kao medicinske sestre. U porođaju je to značajno opterećivalo rad i nadzor rodilja, babinjača i novorođenčadi. Uz to, noćni dodatak, odnosno noćni rad, nije im bio plaćen. U svojoj sobi imale su telefon na koji su se upućivali pozivi u Doma zdravlja za sve hitne slučajeve. Potom je primalja obavještavala liječnika ili vozača ako je trebalo otiti po unesrećenog, bolesnog ili rodilju, ili je pak liječnik odlazio u kućne posjete bolesnicima. Pri dolasku bolesnika pozivale su liječnika koji je ordinirao terapiju ili po vozaču upućivao na daljnje liječenje u zagrebačke bolnice. Tada su rane šivane u ambulantama, incidirani apsesi, a primalje su asistirale, previjale rane, vadile šave, davale injekcije, klistire, ispirale želuce kod trovanja i akutnog alkoholizma....

Zbog teških uvjeta rada i napornih dežurstava uz posao primalje, ali i medicinske sestre u ordinaciji opće medicine i hitne pomoći, nekoliko je primalja radilo po svega nekoliko mjeseci i napuštao službu otisavši na druga radna mjesta.

Kada je trebalo ušiti razdor međice ili epiziotomiju, što se rijetko radilo do dolaska prvoga stavnoga ginekologa, rane su zbrijnjavali liječnici opće medicine koji su dežurali u ambulanti pored rodilišta.

Tada su radili slijedeći liječnici opće prakse, samoborske legende: dr. **Vladimir Mogut**, dr. **Antun Anger**, dr. **Adalbert Georgijević**, dr. **Ivan Veronek**, nakratko dr. **Kos**, zatim dr. **Prikratki**, te mladi dr. **Slavko Lovasić**, poslije višegodišnji ravnatelj Doma zdravlja Samobor.

Šesdesetih godina dolazila je pedijatrica dr. **Stranić**, a kao konzilijarni ginekolozi iz Zagreba od ranih šezdesetih godina dolazili su jedanput tjedno prim. dr. **Mladen Bival** (Sv. Duh) i (poslije prof.) dr. **Duško Kanajet** (Vinogradska) do dolaska dr. **Pecića** 1967. godine.

dine. Od jeseni 1967. dolazi sa specijalizacije dr. **Milan Pecić**, legendarni samoborski ginekolog koji je prve tri godine proveo radeći u rodilištu i ginekološkoj ordinaciji, a potom je, do zasluzene mirovine, radio u Domu zdravlja u ginekološko-porođajnoj ordinaciji.

Stručni pokazatelji

Porođaji su se vodili spontano, prirodno s rijetkim ordiniranjem injekcija, a poslije (od sredine 1960.) infuzijama sintocinona koje su davale primalje, a pedesetih godina tabletama kinina kod hipoaktivnog porođaja. Porođalo se u sterilnim rukavicama. Međice su se „čuvale“, a epiziotomije vrlo rijetko urezivale. Po kazivanju primalja rijetki su bili i razdori međica. Tijekom porođaja nadzor nad djjetetom obavljao se isključivo primaljskom (porodničkom) drvenom slušalicom, jer kardiotokografije tada nije bilo. Radile su se amniotomije jedino kada je ušće bilo potpuno otvoreno dulje vremena: vodenjak se čuvalo „do kraja“ porođaja. Ordinirao se petantin (Dolantin®) i klorpromazin (Largactil®) za spazmoanalgeziju i analgesedaciju u porođaju intramuskularno. Postojali su stakleno-gumeni aspiratori kojima se, kada je bilo potrebno, aspirirao sadržaj usne šupljine i nosnice novorođenčeta, posebice, ako je bila mekonijkska plodova voda. Pupkovina se podvezivala sa sterilnim platnenim trakicama koje su se čuvale u staklenim bočicama s alkoholom. Kod jačih poslijeporođajnih krvarenja ordinirao se uterotonik oksitocin (pitocin) ili eterostiptik ergometrin.

Porođale su se uglavnom jednoplodne trudnoće, no zadesne višeplodne trudnoće (blizanci) također su se porađali u rodilištu, kao i djeca u stavu zatkrom, spontanim putem ili uz ručnu pomoć primalja. Tako je primalja Hajplan porodila tri para blizanca i nekoliko novorođenčadi u stavu zatkrom, kao i primalja Kramarić. U rijetkim prigodama porođena nedonoščad zamatana je u vatru

Primalje koje su radile u Domu zdravlja Samobor 1950.-1970. godine.

Godine	Primalje i njihova služba u rodilištu
1950.-1960.	pok. Uršula Kabalin (do 1956.) pok. Andela Szep (do 1956.) pok. (Marija) Ivanjščak (do 1956.) Štefanija Hercog (do 1960.) pok. Katica Džimbek (od 1956.-) Bara (Barbara) Hajplan (1956.-1964.) Verica Kramarić (1.8.1958.-1.7.1970.)
1960.-1970.	Ivana Kos (1960.) Marija Horvat (1964.-1970.) Ivana Barac (otisla u Pulu) (kratko) Marijana Mihić (kratko) Nada Ruklić (kratko) Jadranka Paić (1968.-1969.)

i novorođenački jastuk uz koji su stavljane boce s ugrijanom topлом vodom, te se nedonošče tako prevozilo kolima hitne pomoći u Centar za nedonoščad bolnice u Vinogradskoj ulici (danasa KBC „Sestre milosrdnice“) ili u današnji KBC Zagreb. Primalje su pregledavale i kupale novorođenčad ujutro, a potom nosile majkama na prsa nekoliko puta dnevno, uz redovita presvlačenja. Babinjače su, nakon porođaja, ležale osam dana. Primalje su svakodnevno njegovale i pregledavale novorođenčad, a o svakom otklonu od zdravog obavještavale liječnika opće medicine i novorođenče upućivale u zagrebačke bolnice. Dan prije otpusta iz bolnice, svako je zdravo novorođenče BCG-irano.

U rijetkim slučajevima adherentne posteljice, u rodilištu se nisu radile ručna ljuštenja, već su rodilje prevužeane u bolničko rodilište u Vinogradskoj ulici u Zagrebu kolima hitne medicinske pomoći uz uterotonik. Bilo je dosta rahitičnih zdjelica. Prilikom dolaska u rodilište, primalja je obavila pregled rodilje uz pelvimetriju, izmjerila krvni tlak i albulmen, ordinirala klizmu te dalje vodila porođaj koji se po svršetku upisivao u Knjigu porođaja. Zasebna povijest bolesti nije se vodila (partogram) sve do dolaska dr. Pecića u jesen 1967., koji je uveo Povijest bolesti za svaku rodilju uz spomenuti protokol porođaja. Ako je primalja na prijmu primijetila patološki namještaj ili položaj (kosi, poprečni), placenu previju ili prijeteći prijevremeni porođaj, rodilju je upućivala u zagrebačka rodilišta vozilom hitne pomoći samoborskog Doma zdravlja.

Porođaji forcepsom nisu se radili, a vakuumsku ekstrakciju uveo je dr. **Milan Pecić**, kao i učestalije epiziotomije, posebice kod prvorodilja, što je tada bio „state of the art“. Posljednju vakuumsku ekstrakciju napravio je kod eklamptičnog napadaja rodilje u porođaju, pred samo zatvaranje rodilišta. Uvodi prekide trudnoće, arteficijske pobačaje koji su tada koštali 120 dinara, a ginekolog nagrađen s 20, dok primalja s 10 dinara. Zbog velikog broja kriminalnih pobačaja raznim primitivnim metodama i sredstvima s visokim majčinim pobolom i pomorom kao posljedicom, izvanbolničkima su se rodilištima (s ginekologizma) obavljali prekidi trudnoće iz socijalne indikacije. Dr. Pecić je, od svojega dolaska na službu u Samobor, bio u stalnoj pripravnosti za rodilište. Uveo je trudničke knjizice, vodio knjigu patologije trudnoće (rahitične zdjelice, višeplodne trudnoće, malprezentacije) i porođaja. Uveo je kolposkopiju i infuzije.

Klasičnih venečićnih bolesti nije se više viđalo, svega po jedna bolesnica oboljela od sifilisa godišnje, što se rješavalo penicilinom.

Prim. dr. **Slavko Lovasić** navodi sljedeći podatak nakon osnivanja rodilišta: „Daleko veću stručnu javnu zdravstvenu senzaciju doživio je Dom narodnog zdravlja Samobor unutar kojeg je djelovalo rodilište smanjenjem broja umrle djece u porodu (mortalitet dojenčadi), a koji je do 1950. g. iznosio negdje oko 170 na 1000 rođene djece. Već 1956. Statistički godišnjak Svjetske zdravstvene organizacije senzacionalno objavljuje da broj mrtvorđene djece na 1000 poroda u Gradu Samoboru iznosi svega 10 te je Samobor uspoređivan sa skandinavskim gradovima poput Stockholm, Oslo i Kopenhagena. Tada je Dom narodnog zdravlja u Samoboru postao meka za dolazak stručnjaka preventivne medicine iz cijelog svijeta, jer su htjeli vidjeti praktična rješenja mnogih sličnih problema koje su imali u svojim zemljama. Sam prof. dr. Štampar, koji je osobno dovodio najveći broj delegacija, zapisao je u almanaha Svjetske zdravstvene organizacije: „Kako puno zdravlja, a za tako malo novaca“. Tako je poznato je da je pri posjeti Hrvatskoj, indijska premijerka **Indira Gandhi** ranih šezdesetih godina 20. stoljeća sa svojim predstavnicima ministarstva zdravlja upravo posjetila samoborsko rodilište kao ogledni primjer uspješnog izvanbolničkog rodilišta s dobrim pokazateljima kvalitete rada, tada, a i sada u Indiji, nezamisliva.

U razdoblju od 1958.-1970. rođeno je jedno mrtvorđenje i jedno je dijete umrlo sub partu. Od 1960.-1970. godine bilo je prosječno 50-60 porođaja mjesečno, ljeti manje, a zimi mnogo, gotovo dvostruko više porođaja od ljeta s tendencijom smanjenja, pa je pred zatvaranje rodilišta bilo oko 350 porođaja godišnje (1968.-1969.) prema kazivanju primalja. U dvadesetogodišnjem postojanju samoborskog rodilišta nije umrla niti jedna trudnica, rodilja i babinjača. Desio se jedan nesretni događaj zamjene djeteta u rodilištu. Nakon šest godina, kada je shvaćena zamjena, vraćena su dječa svojim biološkim roditeljima uz sreću svih sudionika nespretnih okolnosti.

Dakle, prema navedenim podatcima, već 1956. godine u rodilištu je porođeno oko 1000 djece, u prosjeku tri porođaja dnevno, što je, uz sav drugi posao, za jednu primalju iznosilo značajno opterećenje. Cjelovituu statističku i stručnu evaluaciju rada rodilišta za sada, na žalost, nije moguće napraviti, jer protokoli porođaja, te toliko važne knjige jednog rodilišta, danas nije moguće pronaći usprkos trudu djelatnika Doma zdravlja Samobor.

Kako mi je spomenula još vitalna primalja **Barica Hajplan** (rođ. 1921.) to je bilo „jako lijepo uređeno malo rodilište koje

su svi voljeli i rado se porađali u njemu“. Samoborci su voljeli svoje rodilište i voljele su trudnice rađati u njemu, uz puno povjerenje primaljama. Makar je postojala želja i volja za opstankom rodilišta u Samoboru, poslovao se sa suficitom, a ne deficitom, kako je proglašeno u proljeće 1970. godine, pa je ono iz toga razloga zatvoreno. Zadnje dežurstvo pred zatvaranje rodilišta obavila je primalja Marija Horvat, a u ambulanti je bio dežuran mladi dr. Lovasić.

Nakon zatvaranja rodilišta 1970. godine, dr. Milan Pecić je do mirovine radio u ginekološko-porođajnoj službi Doma zdravlja Samobor. Primalja Marija Horvat je također dočekala mirovinu radeći s njim u ambulanti od svršetka više medicinske škole, dok je primalja Verica Kramarić otišla raditi u patronažnu službu.

Primalja i viša medicinska sestra Marija Horvat vodila je tečajeve za trudnice pri Domu zdravlja. Privremeno je radila i pok. prim. dr. **Dubravka Vignjević**, ginekologinja iz KB-u „Sestre milosrdnice“. Po zatvaranju samoborskoga rodilišta mnoge Samoborke odlažile su rađati u bolnicu u obližnje Brežice. Rjeđe su odlazile u Zagreb, u bolnicu na Sv. Duhu, a potom i najčešće u bolnicu u Vinogradskoj.

Ovim kratkim povijesnim pregledom jedne važne ustanove želim otgnuti zaboravu važnu ustanovu jednoga gradića i povijesti hrvatskoga primaljstva, opstetricije i ginekologije te dati dignitet jednom zanimanju, primaljama, koje sada ponovno nakon više od pola stoljeća mogu i trebaju obavljati i raditi ono za što postoje: samostalnu skrb zdravog materinstva.

Izvori:

- Lovasić S. Počelo je s dr. Adalbertom Georgijevićem..., Glasnik SSN, 27.5.2008.
- Pecić M. Osobno priopćenje, Samobor, 22.12.2012.
- Habek D. Povijest primaljstva, porodništva i ginekologije bjelovarskoga kraja. Čvor Bjelovar, 2008.
- Verica Kramarić, primalja. Osobno priopćenje 19.12.2012.
- Marija Horvat, primalja. Osobno priopćenje 20.12.2012.
- Barica Hajplan, primalja. Osobno priopćenje 19.12.2012.
- Jadranka Paić, primalja. Osobno priopćenje, 3.3.2013.

Prof. Inga Črepinko

(1923-2012)

Doajenka hrvatske citologije

*I stanice 'staničara' nisu vječne...
ali su vječna djela koja ostaju!*

Kocjan, London

Doc. dr. sc. Ika Kardum-Skelin

- Svečanu promociju na zagrebačkom sveučilištu, u subotu 5. srpnja 1947. godine, vodio je rektor sveučilišta akademik **Grga Novak** (1888. – 1978.).

Najviše promoviranih bilo je medicinara, a u toj skupini mlađih liječnika, pored budućih profesora medicinskog fakulteta i akademika kao što su **Nenad Bohaček** (1920. – 1989.), **Nenad Grčević** (1922. -2010.), **Milivoj La Grasta** (1921. – 1991.), **Zvonimir Maretic** (1921. - 1989.), **Ivo Marinović** (1920.-2013.) (LN 12/112/82-6, rujan 2012) i **Ivo Padovan** (1922. – 2010.), bila je i **Inga Črepinko** rođena u Zagrebu 14. ožujka 1923.

Bila je učenica osnovne škole kada je, s navršenih osam godina, nastupila na pozornici Hrvatskog narodnog kazališta na tadašnjem Trgu kralja Aleksandra. Djeca članova „Roditeljskog vijeća srednjih škola“ nastupila su u nedjelju 3. svibnja 1931. na matineji „Društva za suzbijanje tuberkuloze“ u sklopu „Tjedna borbe protiv tuberkuloze“ što se svake godine organiziralo od osnutka „Društva“ na prijedlog prof. dr. **Vladimira Ćepulića** (1891. – 1964.) U predstavi „Ferije“ (prièredio dr. **Karlo Marchesi**, koreografija Margareta Froman) djevojčice su imale ulogu cvjetova, a Inga Črepinko bila je Visibaba. U prvom, glazbenom, dijelu priredbe pjevala je **Zinka Vifan-Kunc** (1906. – 1989.) uz glasovirsku pratnju svoga brata **Božidara Kunca** (1903. -1964), a novac od ulaznica namijenjen je bio akcijama suzbijanja tuberkuloze u gradu Zagrebu.

Inga se još davno opredijelila za dijagnostičku granu medicine, a prema njenim sjećanjima na to su je navela dva doživljaja. Za vrijeme studija – dok je bila demonstrator, a poslije pomoći asistent na Zavodu za

gim područjima. Prva iskustva u aspiracijskoj citologiji stječe kod Beate Brausil i **Erika Hauptmanna** (1916. – 2007.).

Na kirurškoj klinici na Rebru osnovala je priručni laboratorij, a 1954. hemato-loški odsjek u centralnom medicinskom kemijском laboratoriju KB-a Merkur. Tamo ju je, na nagovor kirurga prof. dr. **Branka Oberhöfera** (1913. – 1985.), zaposlio prof. dr. **Ibrahim Ruždić** (1906. – 1990.) u „svom“ laboratoriju iz više razloga: želio je osnovati centralni laboratorij polivalentnog tipa s biokemijskim, hematološkim, bakteriološkim pa i drugim odsjecima.

Osim toga, želio je u laboratoriju provoditi teorijsku i praktičnu nastavu za izobrazbu laboratorijskih tehničara i visoko kvalificiranih biokemičara. Ponajviše je pak nastojao uvesti bolju suradnju s liječnicima – kliničarima, teoretičarima i stručnjacima drugih dijagnostičko-laboratorijskih struktura.

Nakon osnivanja Laboratorija za hematologiju i citologiju na Internoj klinici KB-a Merkur uvela je, s predstojnikom prof. Hauptmannom, aspiracijsku citologiju hemato-poetskih organa, štitnjače, jetre (uz prof. Čerleka i prof. Maru Dominis) i raznih tumora te brojne citokemijske analize. U svome je radu pokazivala da prihvata razmišljanje velikog citologa **Paula Lopesa Cardoza** (1913. - 2002) po kojem je „točnost citološke dijagnoze obrnuto proporcionalna s kvadratom udaljenosti između kliničara i citologa.“

S koliko je entuzijazma pristupala poslu govori i autobiografski citat od objavljen u AMC-u, prigodom obilježavanja 55. obljetnice kliničke citologije u KB-u Merkur: „Koliko je tek bilo veselja kada je Hauptmann zahvaljujući Rockefellerovoj fondaciji nabavio binokularni mikroskop s ugrađenim uređajem za fotografiranje. Na taj način smo se konačno riješili večernjih „provala“ u hematološki laboratorij prof. Beate Brausil na Rebru, gdje smo uz tajnovitu pomoć njezinog tehničara i fotografa skriveni od ostalih slikali mikrofotografije i kolor dijapo positive. zajedno s kliničarima, koji su ujedno i bili promotori citologije, prikazivali smo vlastite rezultate i stručnu fotodokumentaciju na raznim stručnim i znanstvenim skupovima i objavljivali ih u časopisima i knjigama.“

Uveli smo intraoperativnu citodiagnostiku koristeći uzorke tkiva istovremeno za citološku i patohistološku analizu. Razvili smo eksfolijativnu citologiju urina i izljeva primjenivši metodu nakupljanja stanica iz tekućeg materijala u Sayk-ovoj komorici (Sayk-a komorica, modifikacija po Arko i Črepinko). Hrvoje Harambašić, koji je od 1953. g. bio voditelj citološkog laboratorija u bolnici Jordanovac, radio je u KB Merkuru od 1967. do 1976. g. kao internist pulmolog. Svojim iskustvom u citologiji prido-



Prof. Inga Črepinko

patološku anatomiju MEF-a u Zagrebu (od 1943. do 1947.) - dojmila su je se predavanja i vježbe dr. **Beate Brausil** (1902. -1962.) iz interne propedeutike (pretežno morfologije u hematologiji), poglavito zbog njenog individualnog i konkretnog pristupa radu i razvoju kliničkih laboratorija. Postlige, dok je bila asistent na kirurškoj klinici KBC-a Zagreb, za potrebe uvođenja dijagnostičkog laboratorija na Rebru, motivirao ju je članak u časopisu „American Journal of Clinical Pathology“.

Tamo je otkrila da su dijagnostički laboratoriji uvijek smješteni uz kliničko-bolničke ustanove te da klinički patolozi i njihovi suradnici u timskom radu nujuže surađuju s kliničarima pojedinih područja. To su bili razlozi da je i ona odmah nakon završetka studija medicine nastavila učiti, ali ujedno i poučavati druge o morfološkim karakteristikama stanica u hematologiji, a poslije i dru-

nio je dijagnostičkoj vrijednosti u pulmologiji obavljajući uz ostalo i transtorakalne citološke punkcije pod kontrolom röntgena. Njegovom je zaslugom u citološki laboratorij došao učiti citodiagnostiku i citokemiju iz pulmologije i ostalih neginekoloških područja dr. E. Knoche, liječnik iz okolice Kölna (kirurg, kasnije pulmolog). Sjećam se da su i drugi kliničari, posebno Hauptmann i Škrabalo, upućivali kolege iz inozemstva da u svrhu edukacije kraće ili duže vrijeme provedu u citološkom laboratoriju Interne klinike KB Merkur.

Moja najljepša uspomena je posjet prof. P. L. Cardoza (29. rujna 1972.) koji je želio vidjeti naše citološke preparate i pohvalio napredak koji smo zajedno sa Z. Škrabalom i Z. Papićem postigli u citološkoj analizi muških gonada kod oligo i azoospermija. Tada je i pulmolog M. Roglić pokazao svoje uspjehe u citološkoj dijagnostici, a P. L. Cardozo ga je kao i našu skupinu iz KB Merkura uvrstio u svoj atlas.

Usavršavala se u hematološkim laboratorijima u Gissenu i Innsbrucku te u

Boltzmannovu institutu u Beču gdje suorganizira u internacionalnim projektima enzimocitokemijsku dijagnostiku leukemija i limfoma. Godine 1969. završila je poslijediplomski studij iz kliničke citologije i specijalizaciju interne medicine, a 1981. specijalizaciju iz kliničke citologije. Doktorat znanosti stekla je 1966. obranom disertacije „Aktivnost katalaze i peroksidaze u plazmi i leukocitima raznih vrsta leukoza“, a 1981. je izabrana za izvanrednog profesora Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Prof. Črepinko 1970. uvodi citološke metode u klinici „Vuk Vrhovac“ (štitnjače i muške gonade). Od 1981. do 1991. radila je kao savjetnica prof. Šimonovića u Zavodu za nuklearnu medicinu KBC-a Zagreb na Rebru, gdje uvodi citološku punkciju pod kontrolom ultrazvuka štitnjače i paratireoide te uz prof. Šimonovića osniva radnu grupu za morfološku dijagnostiku štitnjače.

Cijeli radni vijek radila je na sustavnoj izobrazbi kadrova za kliničku citologiju:

predavala je laboratorijsku hematologiju i osnovala usavršavanje citotehnologa u Zdravstveno-obrazovnom centru Zagreb 1968. godine, bila voditelj praktične nastave na Farmaceutskom-biokemijskom fakultetu, a od 1967. sudjelovala u osnivanju i bila predavač i zamjenik voditelja poslijediplomskog studija iz kliničke citologije u Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ MEF-a u Zagrebu, jedna od osnivača samostalne specijalizacije iz kliničke citologije (1974.). Bila je mentor brojnih magistarskih radova. Bila je u povjerenstvu (E. Hauptman, I. Črepinko, Z. Radošević, B. Ćorišć) pred kojim je dr. Hrvoje Harambašić 8. svibnja 1989. obranio disertaciju «Citološka slika karcinoma bronha tipa malih stanica».

Njegini znanstveni radovi obuhvaćali su morfologiju i enzimocitokemiju stanicu u aspiracijskim punktatima organa, izljevima i raznim tumorima te ciljane aspiracijske punkcije pod kontrolom ultrazvuka. Izdala je „Hematološku bibliografiju“ u dva sveska, a koautor je „Osnova kliničke hematologije“ (dva izdanja) i „Neplodnosti u muškarca“. Napisala je predgovor i bila recenzent knjige „Citološko-patološki atlas bolesti štitne i dobitnih žlijezda s ultrazvučnim slikama“ (2002.). Istaknula se u dugogodišnjem društvenom radu: od 1952. do 1964. kao tajnica Sekcije za hematologiju; na tom je mjestu nastavila rad dr. Beate Brausil koja je bila prva tajnica od osnutka Sekcije u studenom 1948. Stručnjaci koji su se bavili različitim područjima medicinske citodiagnostike predložili su 1965. osnutak samostalne sekcije u ZLH-u. Na sugestiju Glavnog odbora ZLH-a utemeljen je Odbor za citologiju i citodiagnostiku u Sekciji za patologiju i patološku anatomiju.

Od 1970. prva je predsjednica Sekcije za citologiju i citodiagnostiku ZLH-a (poslije Hrvatskog društva za kliničku citologiju HLZ-a) i bila prva predsjednica Udrženja kliničkih citologa Jugoslavije te 1979. prvog kongresa Udrženja kliničkih citologa Jugoslavije. Godine 1973. učlanjena je u IAC (International academy of cytology) a od 2001. je počasna predsjednica Hrvatskog društva kliničkih citologa HLZ-a. U veljači 1973. održala je zajednički s prof. Hauptmanom dvodnevni seminar o citologiji štitnjače u Autrijskoj sekciji za citologiju u Beču.

Odlikovana je ordenom rada sa zlatnim vijencem (1973.), a od stručno-znanstvenih društava primila je 11 diploma i priznanja.

I na kraju, kako kod prof. Črepinko odvojiti čovjeka od profesije, intimu od karijere? U njezinoj osobi bilo je mesta za sve. Bila je priznati domaći i međunarodni stručnjak u citologiji, internist, kliničar i dijagnostičar.



Inga je kao 8-godišnja djevojčica glumila visibabu u Matineji koju je Društvo za suzbijanje tuberkuloze priredilo 1931. u HNK-u u Zagrebu

Citologija joj je bila u malom prstu, interna na dlanu. Što joj je bilo zvanje, što zanimanje, a što hobi? Vjerojatno sve po malo, ovisno o potrebi i trenutku, ali u svemu uz kompletno davanje i perfekcionizam.

„Svaka budućnost ima svoje potrijeklo“ rekla je 2010. pri obilježavanju 55. obljetnice citologije u KB-u Merkur u koju je stigla 1954/55. Među značajno porijeklo naše budućnosti spadala je i prof. Črepinko. Od početka svog radnog vijeka upustila se u pustolovinu, u nepoznato, i počela se isključivo baviti dijagnostičkom strukom, citologijom puno radno vrijeme. Napustivši poslije internu medicinu, svoju osnovnu specijalizaciju, čitav je svoj život posvetila struci u koju je vjerovala, nesebično prenoсеći znanje na sljedeće generacije. U svom profesionalnom životu, zahvaljujući ustrajnosti, marljivosti i ljubavi prema citologiji, nije bila samo stručnjak na čija su vrata kucali mnogi kolege u nadi da će im pod mikroskopom odgovoriti njihov slučaj. Bila je svojevrstan inovator, a njen laboratorij bio je stjecište europskih citologa i hematologa, koji su od nje učili.

Osim stručnog rada imala je osjećaj za sistematsku edukaciju kadrova na svim razinama. Shvaćajući da nije lako biti specijalist struke koja nije stereotipna i koja se ne uklapa u već ustaljene, poznate i tradicionalne specijalnosti, prepoznaла je važnost okup-

ljanja istomišljenika te je bila u prvim redovima kada se osnivalo Europsko udruženje citologa davnih 70-ih godina, Sekcija za citologiju i citodijagnostiku tadašnjeg ZLH-a, prvi njen predsjednik i doživotni počasni predsjednik.

Ni mirovina nije bila prepreka da i dalje radi na puno kolosijeka. Njen nemirni duh nije joj dao da umirovljeničke dane provodi uz televizor, entuzijastički se bacala u nove izazove, u Klinički zavod za nuklearnu medicinu u KBC-u Zagreb gdje je, kako je sama govorila, bila njenova nova citološka mladost.

Njen aktivnost se prepoznaла na svim poljima: u Akademiji medicinskih znanosti Hrvatske, Hrvatskom društvu za kliničku citologiju, čija je do smrti bila počasna predsjednica i počasna predsjednica 37. Europskog citološkog kongresa, koji nije dočekala. O životnom, stručnom i znanstvenom putu počasne predsjednice 37th European Congress of Cytology, Professor Inge Črepinko, MD, PhD, MIAC, preminule neposredno pred sam Kongres, na svečanom otvaranju Kongresa prikazana je videoprezentacija uz njenu omiljenu glazbu: Beethovenov Klavirska koncert broj 5, stavak 3.

Uz sve to bio je njen društveni život na zavidnoj razini: prijatelji planinari bili su joj dio obitelji, koncerti koje nije propuštala, njeni obitelj koju je obožavala, a njeni bivši suradnici neobično su bili ponosni na druženja

s njom. Punih 30 godina nakon umirovljenja, na njen rođendan, putovali su žuti tulipani 14. ožujka u Mesićevu 17. kao znak da je s njima i da je dio njih, a da su oni njeni. Znakovito, 2012. godine čekali su je žuti tulipani u Zavodu za citologiju i citogenetiku KB-a Merkur jer je njena želja bila da 89. rođendan proslavi prigodno i s osnivanjem Zavoda za citologiju i citogenetiku KB-a Merkur uz njenu nazočnost. Na žalost, bio je to i posljednji rođendan, nije dočekala planiralo posebno slavlje za sljedeći, okrugli 90. rođendan.

Umrla je 9. srpnja 2012. Ime prof. Inge Črepinko trajno je povezano s osnivanjem hrvatskih i međunarodnih citoloških asocijacija. Zlatnim je slovima upisano u srcima i mislima djelatnika Zavoda za kliničku citologiju i citogenetiku KB-a Merkur i svih članova Hrvatskog društva za kliničku citologiju HLZ-a.

Prof. Črepinko je bila energična osoba, uvijek prisutna u našim karijerama i mi, njeni učenici, ostajemo trajni dužnici ove velike učiteljice te čemo joj svojim dostignućima nastojati produžiti život.

.....



Na planinarenju 2012

Preobrazba

*Hvala na tragediji,
trebam je za svoju umjetnost*

Kurt Cobain



Prof. dr. Stella Fatović-Ferenčić

- U rujnu, baš nekako u vrijeme liječničkoga štrajka, dogodila se jedna neobična preobrazba. Ovogodišnje izdanje Muzeja ulične umjetnosti, posvećeno revitalizaciji napuštenih gradskih prostora, pretvorilo je, naime, lokaciju nekadašnje vojne bolnice u zagrebačkoj Vlaškoj ulici 87, u kulturno žarište. Umjetnicima je to bila dobra prilika da svojim umjetničkim izvedbama transformiraju oronuli spomenik kulture u središtu grada. Kreativnost je ubrzo preplavila niz tematskih soba, u kojima su kroz zidno crtanje izložene suvremene vizualne produkcije mladih autora iz regije, uglavnom onih koji djeluju izvan klasičnih sustava umjetničke prakse. Nekadašnja je bolница, tako, udomila četrdesetak umjetnika iz Hrvatske i raznih krajeva Europe koji su izrađivali murale, oslikavali dva kata lijevog krila zgrade, dok su neki od njih ondje postavili i svoje instalacije. Tako je u kratkom roku umjetnički sadržaj pretvorio bivšu bolnicu u mjesto susreta i ekspresiju kreativnosti na europskoj razini.



A zgrade su kao i ljudi, imaju svoje čudnovate subbine. Kada bi mogle govoriti naslušali bismo se povijesti, radosti i jada za više života. Pamćenje im ponekad i zaprišemo pa tako nastaju najbolje priče o povijesti građova. No, to su rjeđi slučajevi. Uglavnom nastavljamo svoj hod uz fasade oronulih im zidova, gazeći otpale štukature, ne prepoznačići nekadašnju raskoš, povijest i događaje. Jer ljudski je vijek kratak, a oni koji kratko pamte mnogo toga propuštaju. Ponajviše vremenu,

a onda devastaciji i nemaru.

A kada bi zgrada vojne bolnice u Zagrebu mogla pripovijedati saznali bismo da je 1833. biskup Aleksandar Alagović u Vlaškoj ulici dao izgraditi topničku vojarnu na biskupskom zemljištu. Njoj je 1859. dograđen i drugi kat, te je 1861. pretvorena u vojnu bolnicu. Na uličnoj zgradi uklesana je 1861. godina, koja označava početak adaptacije za potrebe bolnice. U te zgrade seli se 1862. g. vojna bolnica carsko-kraljevskog garnizona i dobiva ime Garnizonска bolnica br. 23 u Zagrebu. Imala je 223 bolnička kreveta (od toga 24 za časnike) i 59 kreveta za osoblje. Već 1913. imala je očni, a 1914. godine i Zubni odjel. U toj je funkciji bila do 1988., a tijekom Drugog svjetskog rata za vojnu je bolnicu adaptiran i jedan dio Nadbiskupskog sjemeništa u Voćarskoj ulici, koji je također bio u funkciji vojne bolnice do 1988. godine.

Tako je zgrada na biskupskom zemljištu niz godina poslužila kao lječilište za vojno stanovništvo, a tijekom Domovinskog rata su njezini prostori dali utočište многим prognanim obiteljima kao privremeni dom.



Neki od njih su ostali ovdje i čitavo desetljeće jer je bolnica, i sama napuštena, zdušno prigrila njihovu beznadužnu samoću. Jednako kao što su je i umjetnici mogli osvijestiti nadjenuvši sobama koje su oslikavali imena prognaničkih obitelji koje su nekoć u njima živjele.

I tako se otvaranjem izložbe Muzeja ulične umjetnosti u napuštenoj vojnoj bolnici zatvorio krug života jedne impresivne građevine. Od stroge biskupske i vojne discipline, uređenog liječenja i zgušnute patnje mnogih vojnika, civila i prognanika do nekonvencionalnog umjetničkog izričaja koji je baš ovdje na ljudskoj tragediji i oronuloj vlazi zidova pronašao nadahnuće. Nije li to, uostalom, pravo lice života! Nikada ne znaš do kojeg će te dovesti apsurga, kako ti se narugati, u što te preobratiti.

U duhu Picassovog stajališta prema kojem je umjetnost laž koja nas uči shva-



titi istinu, nekako sam sve uvjerenija da paralelno događanje liječničkog štrajka i programa Muzeja ulične umjetnosti baš i nije puka slučajnost.

Možda u njemu ima predskazujućih simptoma koji nagovješćuju nužnost temeljite transformacije zdravstva i zdravstvenih ustanova u još neslućenim dimenzijama.

Transformacije za koju nam je zasigurno potrebno snažno nadahnute i prava umjetnost.

stella@hazu.hr

.....



Oni koji su nas zadužili - glupošću

Marija Perko, stud. med.



300%-tua smrtnost

• Godina je 1840., mjesto događaja London, Velika Britanija. Čovjek, po zanimanju liječnik, priprema se za naporan i zahtjevan postupak amputacije pacijentova uda da bi spriječio širenje gangrene, a time i sigurnu smrt pacijenta. Ulazeći u prostoriju zajedno sa svojom publikom koju čine liječnici uz ponenu važniju ličnost iz ondašnjega političkog i građanskog društva, uzima u ruke skalpel i smireno izgovara: "Time me."

Nekoliko asistenata zaduženo je za držanje pacijenta mirnim umjesto anestezije koja, nažalost, još nije izumljena. U idućih 200-tinjak sekundi događa se sljedeće: liječnik skalpelom uklanja desnú nogu pacijenta, a sasvim slučajno i dio testisa, greškom reže prste jednoga od asistenata, a završnim pote-

Preneseno iz glasila MEF-a u Zagrebu
«Medicinar», Vol. 54, broj 2, ljeto 2013, str. 68



Imagine you are the man on this operating table around 1800. List all the reasons why you might not survive this operation.

zom skalpelom 'prekrojava' kaput promatrača. S vremenom, pacijent i asistent umiru od infekcije, a sam promatrač umire na mjestu od – straha. Teško za povjerovati, ali navedeni liječnik, **Robert Liston**, bio je jedan od najcjenjenijih i najtraženijih liječnika u svoje doba – ukoliko ste si ga morali i mogli priuštiti, upravo ste njemu željeli povjeriti svoje zdravlje i život.

Koliko god da ova priča zvuči nevjerojatno, a epitet da se radi o najcjenjenijem liječniku onoga doba nema smisla, potrebno je prisjetiti se povijesnih događaja i ratova koji su imali za posljedicu velik broj ranjenika; naime, ozljeđeni ud trebao se amputirati prije širenja gangrene, a jedina tada poznata anestezija bila je čaša jakog viskija.

Uvezvi u obzir navedene okolnosti postaje jasno zašto je dr. Liston u ono doba toliko voljen i hvaljen; on sve to može u svega 28 sekundi! Koliko uspješno i koliko stručno, manje je bitno – što kraće postupak traje, to je kraća agonija nesnošljive boli od koje se pacijent nerijetko i onesvijesti.

Svoje je znanje dr. Liston stekao na Sveučilištu u Edinburgu na kojem je kasnije postao i predavač, uz stalni posao kirurga. Osim što se isticao svojom sposobnošću za brze amputacije, bio je poznat i kao čovjek teškog karaktera koji se nikako nije mogao složiti sa svojim kolegama u bolnici, zbog čega ju je ubrzo i napustio oputovavši u London.

Glas o njegovim sposobnostima brzo se proširio, kako Europom tako i Novim Svijetom, a vrhunac svoje karijere dr. Liston doživio je godinu dana prije smrti. Nakon



desetljeća brzih amputacija kojima je spasio mnoge živote, Liston je stao na kraj bolnim operacijama; 21. prosinca 1846. napravio je prvu bezbolnu amputaciju noge iznad koljen-skoga zglobova, upotrijebivši eter kao anestetik. Operacija je prošla uspješno, a Liston je jače nego ikada potvrdio, uz svoju ekscentričnost, i sposobnost kojom je uvelike pridonio kirurgiji i medicini.

Liječnik s potpisom

Ako je operacija na drugoj osobi tako odgovorna i stresna, kako je tek izvesti operaciju na sebi kao pacijent? Odgovor na to pitanje mogao bi nam dati, da je kojim slučajem doživio 152 godine, **Evan Kane**, pensil-vanijski liječnik koji je tijekom života na sebi izveo više operacija, a posljednju od njih u dobi od sedamdesetak godina.

Čitava priča započinje najobičnjom infekcijom prsta; naime dr. Kane, iskusan kirurg bolnici koju su osnovali njegovi roditelji, amputira vlastiti prst. S vremenom postaje sve hrabriji; u dobi od šezdeset godina uklanja vlastiti apendiks. Razlog?

Dr. «Uradi Sam» želi pokazati kako se i komplikiranije operacije mogu izvesti uz upotrebu samo lokalnog anestetika, bez uporabe etera što, osim jednostavnosti, smanjuje i opasnost prestanka disanja zbog eventualno prevelikih količina anestetika. Dr. Kane je operaciju obavio u sjedećem položaju, koristeći se zrcalima koja su osiguravala pogled na rez te derivatom kokaina, novokainom, kao lokalnim anestetikom.

U kasnijim godinama svoje kirurške karijere dr. Kane počinje s poprilično čudnim načinom 'označavanja' vlastitih pacijenata; nakon svake operacije pomoću igle i indijske tinte tetovira pacijentima slovo 'K' Morseovom abecedom (_). Unatoč negodovanju šire publike, dr. Kane tvrdi kako se pacijenti, bar oni koji su samu tetovažu primijetili, nisu bunili niti im je smetala. Izvesti operaciju 'bez

potpisa' dr. Kaneu s vremenom postaje toliko nezamislivo da nakon samostalno izvedene hernoplastike za posao tetoviranja zadružuje mlađeg kolegu dr. **Clevelandu**, koji ga kasnije nasljeđuje na mjestu šefa kirurškog odjela.

Priča o Frankensteinu

Čime bolje završiti članak ove vrste negoli liječnikom koji je svojim radom nadahnuo priču **Mary Shelley** o mladom znanstveniku čiji je cilj od raznih dijelova ti-



jela sastaviti te električnom strujom oživjeti čovjeka? Liječnik **Andrew Ure** čvrsto je vjerovao kako je ispravnom uporabom električne

struje moguće vratiti preminuloga u život.

Naime, u slučaju smrti gušenjem, utapanjem ili vješanjem, dr. Ure je vjerovao kako je stimulacijom supraorbitalnog živca, između ostalog, moguće uzrokovati ponovo disanje, a samim tim i oživjeti jednoga od smaknutih zatvorenika na kojima je i izvodio svoje pokuse.

Pomalo jezive pokušaje reanimacije Ure je izvodio pred publikom koja je zbog samih prizora nerijetko napuštal prostoriju – samostalno ili onesvješteni na nosilima. Podraživanje živčanog sustava imalo je za posljedicu, kako promjenu pokojnikove mimike, tako i snažne nagle pokrete tijela koji su čak znali udariti asistente i samog liječnika.

Najpoznatiji pokušaj reanimacije uradio je u studenom 1818. kada je dr. Ure u suradnji s poznatim profesorom Jeffrayem svoj pothvat demonstrirao pred grupom studenata, što je s vremenom i pokrenulo priču o škotskom liječniku koji radi na vraćanju mrtvih u život.

Mali svijet velikih ludosti

Uistinu, velik broj 'luckastih' liječnika svojim je hrabrim pokušajima uspio spasiti i/ili poboljšati mnogo života, a ponekad čak doći do otkrića koja se koriste i u suvremenoj medicini 21. stoljeća. Međutim, vrlo je lako pokrenuti raspravu o tome koliko je rizika ta ista hrabrost povukla za sobom za same pacijente, a i liječnika podsjetimo li se dr. Listona, te za najobičnije promatrače.

Unatoč brojnim neslavnim pokušajima neosporivo je koliko je zapravo liječnička sposobnost zajedno s izuzetnom, a pomaže i drskom ljudskom hrabrošću, odgovorna za sveukupan napredak koji, kako kažu, ima jednu bitnu komponentu – usudit se.



Mjesto medicine (liječnika) u današnjem društvu?

Zašto nitko nije komentirao prigovor MKB-u i SZO-u?

Dr. sc. Željka Znidarčić, dr. ed.

- Proučivši Međunarodnu klasifikaciju bolesti (MKB) Svjetske zdravstvene organizacije, odnosno njezinu 10. inačicu (ICD-10) u vezi sa spolnim razvojem i spolnom orijentacijom, prof. Matko Marušić je sa zaprepaštenjem o tome napisao članak koji je objavljen u Liječničkim novinama (broj 117 od 15. ožujka, str. 26) i postavio pitanje psihijatrima i psiholozima: "Je li ono što sam iščitao iz MKB-a ispravno i je li prihvatljivo sustavu razmišljanja i dokazivanja kojima se služimo u medicini i znanosti?" Do sada se nitko nije javio s odgovorom ili s komentaram pa se može postaviti novo pitanje: Što to znači?

Nije vjerojatno da je svim liječnicima svejedno kako izgleda MKB Svjetske zdravstvene organizacije, bez obzira na ovu ili bilo koju drugu temu. Sigurno je i da je smijemo komentirati i da se ne moramo u svemu s njom složiti. Odakle takva nezainteresiranost, pasivnost ili možda rezigniranost u vezi s navedenim člankom, jer u praksi se zapravo sve više susrećemo s problemima koji nam se nameću u eri "medicine ispunjavanja želja"?

Znanost i tehnologija dovela su do brojnih novih mogućnosti u dijagnostici i liječenju, što se mora iskoristiti za dobrobit bolesnika i poboljšanje zdravstvenog stanja čitavog društva. Ali, sve što je danas moguće, nije uvijek i korisno, ili barem više korisno nego štetno, kako za pojedince tako i za društvo.

Medicinska struka – liječnici pojedinci kao i stručne organizacije – odgovorni su za usmjeravanje medicine prema koristi za bolesnike i zdravlje društva, a ne za bogaćenje ili neke druge interese pojedinaca i dijelova društva. Zar liječnici moraju prihvatiti sve ono što im se nameće njihovoj djelatnosti?

Moderna tehnologija dovela je do brojnih etičkih problema i dilema u medicini. O tome se raspravlja i piše, formiraju se etička povjerenstva i donose deklaracije, ali se čini da je često teško naći prava rješenja i da se pomalo tone u rezignaciju.

Već sada se vidi kamo vode pojedini lobiji zloporabom medicine – jer kako bi se drukčije moglo tumačiti nesuvise podatke iz MKB-a koje je u spomenutom članku naveo i komentirao prof. Marušić. Ne može se reći da liječnike to ne zanima, da ih se to ne tiče. Izgleda kao da smo digli ruke od ovakvih pojava, kao da smatramo da se više ništa ne može učiniti protiv toga.

Zašto liječnici i njihove udruge ne pruže jači otpor zloporabi medicine i nameantanju hedonističkog mentaliteta od strane dijelova društva kada se to izrazito kosi s primarnom ulogom liječnika – zaštitom zdravlja i života? Primjer o kojem je ovdje riječ pokazuje do kakvih to posljedica dovodi. Smijemo li i dalje šutjeti? Latinska izreka "Qui tacet, consentire videtur" značila bi ovdje da se medicinska struka slaže s MKB-om, odnosno njegovom 10. inačicom, što ipak nije vjerojatno. Čega se bojimo – optužaba o neznanstvenosti ili konzervativizmu, je li to strah za napredovanje u karijeri?

Poznato je da se stručnjaci u bilo kojoj struci – lingvisti, povjesničari, pravnici, tehničari – ne slažu uvijek međusobno oko nekih stručnih stajališta. U medicini postoji pojam "drugo mišljenje" kada se donosi od-

luka o dijagnozi ili o liječenju, znači da stručnjak iste struke može imati drukčije mišljenje. Poznata floskula "Neka struka odradi svoj posao!" ne služi za stručne, nego neke druge potrebe.

Zar je SZO za nas nedodirljiva institucija pa se ne usuđujemo usprotiviti njezinim stajalištima i onda kad se jasno vidi da su "stručnjaci" te institucije uspjeli čitavo jedno područje ljudskog života - spolnu orientaciju dovesti u pitanje, i to s jasnim ciljem: pretvaranjem patologije u fiziologiju, bez obzira na ono što prof. Marušić naziva "sustav razmišljanja i dokazivanja kojima se služimo u medicini i znanosti"?

A ima i drugih područja zloporabe medicine gdje se dovoljno ne odupiremo kao struka, primjerice eutanaziji. Zar su liječnici stručnjaci za ubijanje? Na tribini o eutanaziji u HLZ-u (2010. g.) na komentar jednog liječnika da mi ne želimo biti ubojice, jedan pozvani predavač (nemedicinar) ironično dobacuje: "Aha, gospodin doktor želi umrijeti čiste savjesti!" Imamo li mi pravo na čistu savjest – jer se i s tzv. prizivom na savjest često manipulira?

Stoga se ponovno pitam zašto članak u LN-u o spolnosti u MKB-u SZO-u nije izazvao nikakvu reakciju. S jedne strane, možda to upućuje i na slabu čitanost LN-a, ali takvo tumačenje ne može biti dovoljno uvjerljiv razlog za šutnju, barem onih koji su to pročitali. Nije vjerojatno da se svi koji su to pročitali slažu s u najmanju ruku konfuznim stajalištima SZO-a o tom pitanju. Zašto šute? Zar su liječnici, odnosno zar je medicina postala "uslužna djelatnost" u današnjem društvu? Gdje je njezino mjesto i njezina budućnost?

Smatram da ipak nije prekasno da počnemo snažnije reagirati.

.....

(zznidarc@inet.h



Uz Medicopolis na str. 59

Urednički propust

Ne propagirati nadomjestke majčinom mljeku!

Prof. dr. sc. Josip Grgurić,
koordinator programa „Rodilišta-prijatelji djece.“

- Redovito čitam „Liječničke novine“ i podržavam entuzijastički rad na njihovu izlaženju i uređivanju. Nakon zadnjeg broja nekoliko kolegica i kolega me nazvalo i svratiло pozornost na lijepu sliku djeteta s boćicom i dudicom u ustima uz članak „Klinički postupnici za medicinsku pomognutu oplodnju“ (str. 29).

Naravno, slika djeteta koja idealizira prehranu djeteta s boćicom nije u skladu s Međunarodnim pravilnikom o načinu marketinga i prodaje nadomjestaka za majčino mlijeko, a nije u skladu ni s Europskom direktivom, koja je ušla u Pravilnik o hrani za dojenčad i malu djecu (Narodne novine), a koji je stupio na snagu 10. listopada. Članak 14 tog Pravilnika kaže: „Početna hrana ne smije se označavati slikama dojenčadi niti drugim slikama ili tekstovima koji bi mogli idealizirati upotrebu proizvoda ...“.

Ovaj urednički propust mogao bi biti poticaj i na stranicama «Liječničkih novina» za upoznavanje medicinske i šire javnosti o zaštiti, podršci i promicanju dojenja u cilju najboljeg interesa djeteta.

Valja naglasiti da su SZO i UNICEF 90-ih godina pokrenuli inicijativu promicanja dojenja pod nazivom „Rodilišta - prijatelji djece“ i da su 1993., u vrijeme Domovinskog rata, pod tim nazivom započete programske aktivnosti UNICEF-a u promicanju dojenja i u Hrvatskoj pod nazivom. Ovaj program primarno je bio orijentiran prema rodilištima u cilju usvajanja sadržaja naznačenih kroz „10 koraka do uspješnog dojenja“.

Nakon 20-godišnjih aktivnosti na području promicanja dojenja, bilježimo da od 31 rodilišta u Hrvatskoj njih 29 nosi naziv „Rodilište prijatelji djece“, a od preostala dva se očekuje da uskoro budu ocijenjena i tako

će se Hrvatska uvrstiti u rijetke zemlje koje su postigle taj uspjeh.

Naravno, to je velik korak, ali za održivost programa i aktivnosti u promicanju dojenja potrebno je i razviti nove programe u rodilištima i široj društvenoj zajednici.

Zbog toga SZO i UNICEF 2009. do nose nove revidirane preporuke s ciljem integralnog pristupa u promicanju dojenja, a to znači:

- Rodilišta prijateljski majkama
- Podrška dojenju na pedijatrijskim odjelima
- Dojenje u neonatalnim jedinicama intenzivne jege i lječenja
- Podrška dojenju u ordinacijama PZZ-a (Savjetovališta za djecu - prijatelji dojenju)
- Zajednica - prijatelj dojenju
- Posebno je važna i primjena Međunarodnog pravilnika o načinu marketinga i prodaje nadomjestaka za majčino mlijeko, koji se u Hrvatskoj krši od trgovina pa do zdravstvenog sustava. U cilju upoznavanja s Međunarodnim pravilnikom, koji ima svega 11 članaka, predlažem da ih objavimo izvorno ili u interpretaciji u «Liječničkim novinama».

Upravo iz tih razloga želimo pojačati aktivnosti ne samo u smislu iznošenja rezultata, već i da ukažemo na te nove navedene izazove.

Ujedno vas obavještavamo, da će se na se na Dan UNICEF-a 11. prosinca u Zagrebu održava Nacionalna konferencija s međunarodnim sudjelovanjem povodom 20-godišnje aktivnosti u promicanju dojenja u Hrvatskoj, pa pozivamo čitatelje da nam se pridruže.

.....

(jrguric@unicef.hr)



U boj, u boj!

- protiv pušenja*

Uspomene iz jednog rata s vjetrenjačama

Život ne smije biti dosadan.

Željko Poljak

Prof. dr. Željko Poljak

• Nel mezzo del cammin di nostra vita – kako bi rekao Dante - zaokupio me čudan hobi. Iako nisam imao nikakvih osobnih razloga za to, započeo sam donkihotsku borbu protiv pušenja duhana. Ni danas mi nije jasno zašto sam joj posvetio toliko vremena i truda, ali bilo je vrlo zanimljivo jer je zbog nje jedno razdoblje mog života obilovalo uzbuđljivim događajima i susretima s brojnim ekstremistima – pristalicama i protivnicima pušenja. Pa eto male kronike iz toga rata s vjetrenjačama.

Oduvijek sam nepušač, ali ne iz dogmatskih razloga i fanatizma nego zbog pedagoške lukavštine moga pokojnog oca koji je bio protivnik pušenja. Za jedan moj adolescentski rođendan poklonio mi je kutiju cigareta i pripalio mi jednu s riječima:

- Sinko, stupaš u muževno doba i sada za tebe više ne vrijedi zabrana pušenja u našoj kući, eto ti pa sam odluči!

Dakako, htio sam dokazati da sam odrastao pa sam toga dana popušio pola pa-



ketića. Posljedica je bila ta da sam cijelu noć povraćao i imao tešku glavobolju, ali otada mi više nikad nije na um palo da zapalim cigaretu (osim lijepim damama ako su me to zamolile).

Mnogo godina poslije pretvorio sam se od običnog nepušača u antipušačkog ratnika, i to sasvim slučajno. Početkom sedamdesetih godina prošlog stoljeća upoznao sam vrlo zanimljivu ličnost, **Barišu Manenicu**, bivšega hercegovačkog milicionara, kršnu ljudinu koja se odmetnula u medicinu.

U srednjoj medicinskoj školi prekvalificirao se za mušku sestru ili, kako bismo danas rekli, medicinskog tehničara, te se s neobičnom energijom posvetio organizacijskim poslovima. Najprije je 1953. osnovao Hrvatsku udrugu laboratorijske medicine a zatim se sav predao preventivnoj medicini, čak ju je magistrirao. Uža specijalnost, nazovimo to

tako, bila mu je zaštita na radu. Bio je duša Udruženja za unapređenje zaštite na radu i organizirao po cijeloj Hrvatskoj niz seminara i savjetovanja.

Usto je dvadesetak godina uređivao časopis za popularizaciju medicine «Naše zdravlje». Dana 28. siječnja 1988. organizirao je osnivačku skupštinu Hrvatske lige za zaštitu od pušenja, u kojoj mi je povjerio mjesto dopredsjednika. A onda je odjednom sve to ostavio kad mu se rodio sin.

Umro je lani u 90. godini života. Za mene je presudno bilo što je od 2.-15. listopada 1974. organizirao u Poreču četverodnevno Savjetovanje o zaštiti na radu i mene zadužio da održim filipiku protiv pušenja duhana.

Održao sam prilično dosadno predavanje «Utjecaj pušenja u radnim prostorijama na nastajanje i pogoršanje profesional-

nih i drugih bolesti» i završio s prijedlogom da se zakonom zabrani pušenje na radnim mjestima i u zatvorenim prostorijama. Iznenadio me dugotrajan pljesak publike, a još me više iznenadilo kad je na godinu Hrvatski sabor donio Zakon o zaštiti na radu (NN 54, 1974) u koji je unijeta vrlo napredna odredba. Člankom 45. Zakona, naime, zabranjeno je pušenje, doduše za početak vrlo sramežljivo – samo na sastancima u zatvorenim prostorijama.

Odredba se, naravno, gotovo nigdje nije poštovala jer – «zakoni postoje zato da se krše». E, nećemo tako, uzjogunim se ja – i tako je počelo nešto poput Tridesetogodišnjeg rata, u kojem smo najzadrtiji ratnici bili Bariša i ja. Ugurali smo se sa svojom temom o štetnosti pušenja na nebrojene seminare, simpozije i kongrese, u zemlji i inozemstvu, tako da smo se na kraju svima popeli navrh glave. Čak me tadašnji ministar zdravstva opomenuo da se ne prosvjećuje zastrašivanjem, jer je i do njega stigla vijest da



* Isprika čitateljima. Ovaj je članak napisan kao »lako štivo« za drugo, manje zahtjevno glasilo od »Liječničkih novina«, ali kako se prije tiska ovog broja iznenada pojavila praznina, tekst je dobrodošao da se ona popuni.



po školama, đačkim domovima i mjesnim zajednicama izazivam mržnju prema pušačima i zastrašujem publiku jezivim slikama pušakog raka.

U tom sam razdoblju doživio svakojakih zgoda, ali i nezgoda, no one me nisu pokolebale jer su me zabavljale u doba kad mi je rutinski posao počeo biti dosadan. Tako sam izazvao skandal na Jugoslavenskom savjetovanju «Čovjekova sredina i zdravlje ljudi» 6. lipnja 1979. u Beogradu na koji su došli i mnogi politički uglednici, jer je to bila prva velika ekološka akcija u državi.

Održao sam predavanje «Utjecaj pušenja na zdravlje ljudi» i na kraju izjavio da je ovo savjetovanje obična lakrdija jer je dvorana zbog pušenja postala plinska komora u kojoj zbog dima međusobno jedva vidimo jedni druge. One pak koji su počeli prosvjedovati povicima, proglašio sam licemjerima jer su ekolozi samo na riječima a ne i na djelu. Sreća je da sam govorio u vlastito ime a ne u ime svoje ustanove jer su voditelji protiv mene pokušali pokrenuti represivne mjere kod onoga tko me poslao.

Neprilikom sam doživio i na zagrebačkoj televiziji kad sam predložio da sa svojim slikama pušačkog raka održim predavanje protiv pušenja. Vidjevši dijapositive svi su bili toliko užasnuti da su me gotovo izbacili na ulicu: «Što vam pada na pamet, s tim svojim

slikama izazvali bismo paniku u cijeloj državi». Tadašnja urednica **Mignon Mihaljević** objasnila mi je u četiri oka: «Pa zar vi ozbiljno očekujete da ćete uz reklame za cigarete, koje nam se dobro plaćaju, govoriti o štetnosti tih proizvoda?»



Na televiziju su me pustili tek kad sam odustao od «jezivih» slika ali su mi nakon emisije opet na nekoliko godina zatvorili svoja vrata jer je emisija ipak završila katastrofalno. Naime, na kraju intervjuja obećao sam pokloniti knjigu o štetnosti pušenja svakome tko nam telefonom ispravno odgovori na pitanje «Što je to: na jednoj strani žeravica a na drugoj budala?» Cijeli dan su telefoni na televiziji kao nikada prije bili užareni od nebrojenih poziva iz cijele Jugoslavije, što od onih koji su nudili točan odgovor, što od bijesnih, uvrijeđenih pušača.



Obavljajući jednom prilikom urednički posao u tiskari «Vjesnika» upoznao sam adventističkog pastora dr. **Velimira Šuberta** koji je tamo tiskao časopis «Život i zdravlje». On me se svojom tolerancijom i ujedno kao protivnik pušenja toliko dojmio da sam zamašio postao adventist.

Napisao sam za njegov časopis nekoliko antipušačkih članaka i postao gost predavač na adventističkom fakultetu u Maruševcu. Svidjelo mi se što se adventisti odriču duhana i alkohola, ali kao ljubitelj dobrog pečenja nisam mogao prihvati vegetarijanstvo.



U doba diktature nije bilo dobro zamjeriti se «onima gore» i zato sam pazio da ne «skrenem s linije» ili ne «prijeđem dopuštenu granicu», ali sam često bio na njezinom rubu. Slijetao primjer tolerancije bio je predsjednik Savjeta za zaštitu prirode Hrvatske dr. **Slavko Komar**, ugledan političar i diplomat, a za vrijeme NDH atentator (diverzija u Botaničkom vrtu u Zagrebu).



Kad je na sjednici tog Savjeta održanoj u rujnu 1984., na kojoj je pola prisutnih u rukama držalo cigaretu, predložio dnevni red i pitao ima li tko što primijetiti, ustao sam i rekao otprilike ovo: «Zahtijevam da ovdje zabranite pušenje jer se to protivi članku 45. Zakona o zaštiti na radu. Inače svi mi koji poštujemo zakon napuštamo sjednicu.» Komar je odgovorio: «Ja prvi gasim cigaretu jer zakone treba poštivati.»

Ne samo da moju diverziju nije uzeo za zlo, nego smo postali prijatelji i poslije zajedno planinarili po Velebitu.



Kolega prof. **Andrija Hebrang** ne zna, i ovdje će to napokon doznati, da sam zapravo ja taj koji ga je prije dvadesetak godina malom podvalom preobratio iz pušača u zagonovnika apstinencije od duhana a ne prof. **Mijo Šimunić** kako on to vjerojatno misli.

Naime, dok je još bio pušač objavio sam u Liječničkim novinama Šimunićev anti-pušački člančić i uresio ga bez njegova znanja fotografijom ispod koje sam napisao: «Bivši ministar zdravstva prof. Hebrang pripaljuje cigaretu novom ministru zdravstva dr. Jurju Njavri».

Misleći da je fotografiju uvrstio Šimunić, Hebrang mu je priznao da je njegova zasluga što je prestao pušiti. Šimunić je tada uviđavno prešutio da sam ja krivac za sliku a ne on.



Još nekoliko operetnih anegdota iz doba kad smo svojim «zafrkancijama» tjerali u očaj bezobzirne pušače. U tome mi je dodatan poticaj bio posjet Americi. Tamošnji kolege pušači žalili su se da legalno mogu pušiti još samo ako vise s prozora kao šišmiši i priznali su da potajno puše u zahodu.

Kad sam na povratku iz SAD-a u JAT-ovom avionu dobio sjedalo za nepušača uz sjedalo za pušača, sinula mi je ideja da se malo poigram. Naime, sjedala su bila u tri reda a pušačka granica bila je duž sredine srednjeg reda, a upravo je tamo bilo moje sjedalo. Požalio sam se stjuardesi da «kao astmatičar» uz pušača neću stići živ do Zagreba i neka mi nađe sjedalo uz prozor.

Naravno, to joj nije uspjelo pa sam zatražio intervenciju kapetana. Ali ni on nije našao dobrovoljca za zamjenu. Protestirao sam zbog glupog načina zaštite nepušača i podsjetio ga da u SAD-u mora poštovati američke propise. Vrijeme je prolazilo i on se pobojao da će izgubiti red za uzlet pa me smjestio u odjel za VIP putnike i tako sam u Zagreb putovao «kao grof».

Dokaz da je moj dramolet u smislu zdravstvenog prosvjetiteljstva djelovao

uspješnije od bilo kakvog visokostručnog predavanja jest to što su u JAT-ovim avionima ubrzo nepušače zaštitali na ispravan način.

- Na ORL klinici moj je stariji kolega prof. Branko Femenić običavao pri pregledu pacijenata u jednoj ruci držati špatulu, a u drugoj cigaretu. Nakon pregleda jednog pacijenta prof. Femenić mu reće:

- Od danas više nijednu cigaretu!

- Ali, doktore, pa i vi pušite!

- Ako ja skočim kroz prozor, hoćete li i vi skočiti za mnom?

Pacijent ušuti, pa ga ja uzmem u zaštitu:

- Po Zakonu o zaštiti na radu ovdje se ne puši.

- Kolega, najprije zabranite pušiti drugu Titu.

- Nije lijepo što mi prijetite Golim otokom – skrenem razgovor na šalu.



- Na klinici sam svojedobno statistički obradio oko stotinu povijesti bolesti karcinoma larinka i ustanovio da su svi pacijenti bili pušači pa sam se usudio javno ponuditi okladu: «Tko nađe karcinom larinka u nepušača, dajem mu pola svoje plaće».

Već sam na to i zaboravio, kad se jedan nadobudni specijalizant na jutarnjem sastanku slavodobitno pohvali da među pacijentima imamo nepušaća s rakom grkljana. Na viziti smo upitali pacijenta je li uistinu nepušač i on to potvrdi. «A jeste li prije pušili?» – upitam ga, a on odgovori: «Ih, najmanje četrdeset na dan».

- Uz kavu za vrijeme odmora na klinici rečem bolničaru Mati S.:

- Sa svojih četrdeset cigareta na dan vi morate prvi od nas umrijeti.

Umro je još iste godine. Na jednom od sljedećih odmora opet započnem s gatanjem:

Nekoliko ubitačnih uzrečica o pušenju

Što je to:

**na jednoj strani žeravica,
a na drugoj budala?**



Gle, doktor - a puši!



**Pušenje je ruska ruleta;
svaki šesti gubi život.**



**Sve češće čitam
u novinama o štetnosti
pušenja pa sam odlučio
da neću više
– čitati novine!**

(Winston Churchill)



**U pušenju ima zlobne
neuljudnosti i drske
nedruštvenosti.**

(J. W. von Goethe)



**Pušenje je rak
na umjetni način.**

(Ž. Poljak)

- - Što mislite, tko će prvi od nas umrijeti?

- Prestani, ni riječi više! – jednoglasno me ušutkaše pušači.



Kad je u okviru projekta «Zagreb zdravi grad» osnovan Odbor za oslobađanje Zagreba od pušenja, njegov me predsjednik, pok. prof. Mijo Šimunić. 1993. reaktivirao kao borca i pozvao u svoj odbor.

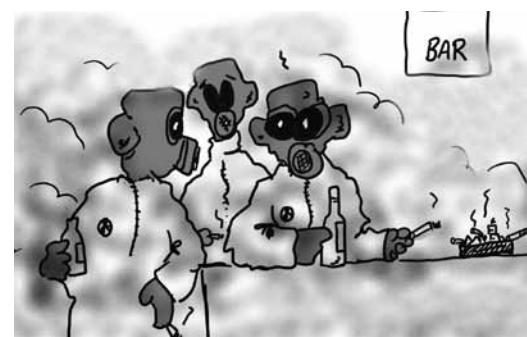
Na jedan sastanak odbora u dvorani skupštine grada došao je i gradski sekretar za zdravstvo i ja ga odmah izazovno upitam: «A zašto su ovdje na stolovima pepeljare kad zakon zabranjuje pušenje na sastancima?» – i sve ih pobacam kroz prozor. On mi uzrujano zaprijeti da će nove platiti iz vlastitog džepa.

Hoću, ako mi uz račun pošaljite obrazloženje čemu će služiti – odgovorio sam mu.

Napeto stanje smirio je prof. Šimunić svojom pozatom staloženošću, ali ni on ni ostali prisutni nisu mogli susagnuti smiješak.



Škola u zagrebačkoj Dubravi pozvala me da govorim o štetnosti pušenja u tamošnjoj kinodvorani u koju su pozvani svi učenici te škole. Usred predavanja neki mi učenik iz mraka dobaci: «Glupanel!»



Govornik u takvima prilikama mora strelovito reagirati da sačuva svoj ugled. Netko bi možda rekao: Upalite svjetla, da vidim tko je to rekao? – i ispaо bi smiješan. Ja sam, međutim, prekinuo svoju rečenicu i malo sniženim glasom dobacio «Tata ti je glupan» te nastavio predavanje. To nije bilo ni etički ni logično, ali spasio me smijeh na račun izgrednika jer je odmah uspostavljena ravnoteža u dvorani.

Ali nisam znao što reći kad sam u istoj dvorani nakon svoje rečenice «Pušač živi prosječno šest godina kraće» čuo žalostan dječji glas: «Jao, a moj tata tako puno puši.»



Za razliku od pušača koji se ne boje raka, kancerofobi su druga krajnost i ponekad

postaju teški neurotici. Jedan takav dođe mi nekoliko dana poslije probekscizije po svoj histološki nalaz, sav bliјed i drhteći. Razgovor je tekao ovako:

- Doktore, kakav je moj nalaz?
- Nije dobro - odgovorim.
- Da nije rak?
- Ne, nego nešto mnogo gore.
- Što, zaboga, recite!
- Rak mogu izlječiti, ali neurotika ne mogu.
- Ovo je najljepše što sam čuo ot-kad živim – reče i ode sav sretan.

•

Na Europskom kongresu za prevenciju alkoholizma 1985. u Opatiji održao sam predavanje «The Effects of Legislative Smoking Control in Yugoslavia» te zaključio da nema nikakvog efekta i to dokazao grafi-konom sa strmom uzlaznom krivuljom.

Predsjedavajući, a to je bio viktimolog i pravnik prof. **Zvonimir Šeparović**, u raspravi je rekao da ne vjeruje mojem grafi-konu, što mi je dakako bilo vrlo neugodno. U završnoj riječi ovako sam mu dao «kontru»: «Molim vas da svoju kritiku uputite Save-znom zavodu za statistiku koji je taj podatak objavio u Statističkom godišnjaku Jugoslavije za 1984. godinu.»

•

Najteža bitka u «duhanskem ratu» vodila se – gotovo nevjerojatno! – u Hrvatskom liječničkom zboru. Anketom je ustanovaljeno da liječnici u populaciji prednjače po postotku pušača.

I stvarno, u to su doba sve prostorije Hrvatskog liječničkog doma u Šubićevu broj 9 bile ispunjene duhanskim dimom. Tadašnji predsjednik Zbora prof. **Franjo Kosoković**, inače moj ORL kolega, jedanput me izbacio iz predsjedničke sobe jer sam svima dosadio zanovijetanjem protiv cigareta, a uložio je i veto na moj prijedlog da se u Zboru osnuje sekcija za nikotinizam po uzoru na Srpsko lekarsko društvo.

Nekoliko godina poslije toga slučajno sam bio prisutan kad je Kosoković na Šalati dobio pušački infarkt i srušio se sav livenan.

Priskočio sam mu u pomoć, a on me jedva čujnim glasom zamolio: „Željko, daj mi pripali jednu!“ Ipak je nakon toga prešao u moj tabor i još dugo poživio.

Prošlo je otada mnogo godina i kad je već odavno nestalo moje borbene žestine, odjednom je uprava Zbora na čudesan način okrenula batinu. Svi se još sjećamo kako nam je godinama prije svakog sastanka u Velikoj dvorani dosađivao obavezni dvominutni spot protiv pušenja. Premašio je sva očekivanja



mojih najzagriženijih ratnih drugova, ali je s vremenom i u nas počeo izazivati zjevanje.

•

Na kraju još riječ-dvije o uzaludnom pokušaju da u Zboru osnujem Društvo za nikotinizam.

U Zboru sam uspio osnovati Hrvatsko društvo za medicinsko nazivlje (1992.), Literarni klub (2002.), Društvo liječnika likovnih umjetnika (2006.), čak i Planinarski klub (1995.), ali pušački bedem nisam uspio srušiti.

Mojem prijedlogu od 14. svibnja 1979. da se osnuje Društvo za pušačke bolesti usprotvio se i predsjednik Društva za alkoholizam i druge ovisnosti prof. **Vladimir Hudolin** s obrazloženjem da njegovo Društvo obuhvaća i pušenje (tada su se društva zvala sekcije).

Predložio mi je kompromis: «Osnovat ćemo u mojoj Društvu odbor za suzbijanje pušenja, a ja ću vas na sljedećoj skupštini Društva predložiti za njegova dopredsjednika.»

Održao je riječ, i kad sam već na to zaboravio netko mi je 1980. telefonski čestitao na izboru. Kao dodatak, Hudolin mi je omogućio još i to da na 8. Svjetskom kongresu socijalne psihijatrije i 3. Mediteranskom kongresu socijalne psihijatrije održim predavanje «Characterologic Observation in Patients with Smokers Laryngeal Cancer».

Kako bilo da bilo, prije nego što sam se okanio pušača i našao novi hobi, postao sam autor popularne uzrečice „Pušenje je rak na umjetan način“ i stekao nadimak «pušački Hudolin».

U zaključku mogu reći sljedeće: istina je da sam na «duhanski rat» utrošio

mnogo truda i vremena, i da je taj rat neminovalno usporio moje ORL napredovanje, ali kad je u pitanju hobi ne pita se je li taj pametan i isplativ. I nije mi ni danas žao.

.....



Štete li udarci u glavu vašem zdravlju?

Boks i mozak

Filip Lončarić, stud. med.

- Boks je sport koji oduvijek prati ljudsku civilizaciju. Zahtjeva snagu, brzinu, refleks i izdržljivost. No osim neupitne dinamike i napetosti koja prati svaku borbu, priroda same izvedbe ga veže uz brojne ozljede natjecatelja. Od 1980. više od 200 amaterskih i profesionalnih boksača izgubilo je život zbog ozljeda u ringu. Gubitak svijesti kao posljedica knockoutu, ali već i sam potres mozga uzrokovan udarcima u glavu, vjerojatno su povezani s trajnim oštećenjem mozga. Boks mnogi prozivaju neciviliziranim, ističući da je to jedini sport u kojem je osnovni i konačni cilj ozlijediti protivnika.

American Medical Association pozvala je 1983. godine na zabranu boksa, koju je poslije zagovarao i British Medical Association te mnoge druge slične ustanove - s objašnjenjem da je boks opscen i da ne bi trebao biti prihvaćen niti u jednom civiliziranom društву. Druga strana ističe da cilj boksa nije ozljeda protivnika niti da pobeda pripada manje ozlijedenom, pobednik je onaj koji uspostavi više kontaktnih udaraca neovisno o težini ozljeda koju njima uzrokuje. Iсти tvrde da su mnogi poznati boksači karijeru izgradili uspješnim izbjegavanjem udaraca. No pitanje koje se nameće je sljedeće: je li opetovana i najčešće neizbjježna trauma glave u boksu povezana s trajnim oštećenjem mozga?

'Punch drunk'

Termin punch drunk pojavljuje se 30-ih godina u medicinskom istraživanju neuroloških ozljeda boksača. Sintagma se teško prevodi na hrvatski, no lako je shvatiti stanje koje opisuje. Znanstvenici su primijetili da se napredovanjem karijere iskusnih boksača počinju pojavljivati motoričke, kognitivne i bihevioralne promjene. Među zvučnjima imenima spominju se **Joe Lewis, Joe Frazier i Sugar Ray Robinson**. Unutar skupine boksača koji su pokazivali znakove promjena pojavljuju-

vao se nejasan govor, smanjena koordinacija, usporenost pokreta, gubitak ravnoteže i tremor. Kognitivne promjene najčešće su uključivale amneziju, poremećaje koncentracije i prosuđivanja te usporen tok misli. Boksači su često pokazivali znakove paranoje, pojačane iritabilnosti i agresivnog ponašanja.

Poželjno je izbjjeći knockout

Danas se smatra da zbog traume glave koju iz treninga u trening doživljavaju profesionalni boksači može nastati dementia pugilistica (lat. *pugil* – boksač). To je neurodegenerativna bolest koja se još naziva i boksačkom traumatskom encefalopatijom. Simptomi se razvijaju kroz dulje vrijeme i počapaju s opisanim punch drunk sindromom. U jednom istraživanju pokazano je da jedan od šest umirovljenih profesionalnih boksača pati od moždanog oštećenja, a simptomi se pojavljuju otprilike 16 godina nakon početka karijere. Vjeruje se da pogoda oko 15-20% profesionalnih boksača. Rizik postaje veći što je veći broj poraza, posebno knockoutom. Druga istraživanja utvrđuju direktnu povezanost broja borbi s nastalom oštećenjima. Dokazano je da sportaši s 20-30 borbi najčešće ne pokazuju simptome niti patologiju na MRI snimkama, oni s 25-50 borbi pokazuju oštećenja na MRI snimkama no i dalje bez vidljivih poremećaja, a boksači s 50 borbi naviše skoro po pravilu pokazuju i oštećenje na MRI snimkama ali i jasne simptome moždanog oštećenja. Po tome se može zaključiti da se traumatska encefalopatija progresivno razvija.

Velika vjerojatnost da nešto nije u redu

Muhammad Ali ime je koje se povezuje s boksom. Poznat je ne samo po osvojenim titulama već i po snažnoj karizmi, veli-

kom egu i maštovitim krilaticama, ali i odbijanju pristupa vojski zbog vjerskih razloga te društvenom angažmanu.

Nažlost u zadnje vrijeme njegovo se ime sve češće spominje povezano s Parkinsonovom bolešću od koje je obolio osamdesetih godina, nakon prestanka karijere. Njegova poznata krilatica: 'float like a butterfly, sting like a bee' u novije vrijeme stoji u kontrastu sa stanjem njegova bolešću opterećenog tijela. Brze udarce, munjevite refleksne i agilnost zamijenila je usporenost, tremor, umor i nejasan govor.

Lako je zamisliti da je neurološka degeneracija povezana s njegovom karijerom, no mnogi tvrde da bi jednako obolio da se bavio bilo kojim drugim zanimanjem. Što se tiče Muhammeda Alia, za svoje zdravstveno stanje kaže: 'U ringu sam već 30 godina i primio sam velik broj udaraca, tako da postoji velika vjerojatnost da nešto s mojim zdravljem nije u redu.'

Njegov osobni liječnik smatra da je borba u starijim danima zajedno s iznimno dugom karijerom zapečatila sudbinu spomenutom boksaču. Mozak mu je pretraživan u najboljim svjetskim klinikama i utvrđeno je da postoje mnoge abnormalnosti, između ostalog i fenestriranje septum pellucidum. Ta se anomalija često pojavljuje kod profesionalnih boksača, no njezina povezanost s funkcionalnim oštećenjem mozga još uvek nije jasna.

Što je oštećeno u mozgu profesionalnog boksača?

U raznim neurološkim istraživanjima utvrđena je korelacija između boksa i trajnog neurološkog oštećenja. Stupanj oštećenja vezan je uz broj borbi i tjelesnu težinu, tj. kategoriju boksača. Intenzitet udarca boksača teške kategorije puno je veći od boksača manje kilaže.

Populacijsko istraživanje koje je obuhvatilo oko 19.000 dijagnoza Parkinsonove bolesti i oko 90.000 nasumično izabranih kontrola iz populacije utvrdilo je neosporivu povezanost prijašnjih ozljeda glave s pojmom bolesti.

Smatra se da su česti udarci u glavu koji se javljaju u boksu uzrok propadanja lateralnih dijelova supstancije nigre i pojavljivanja traumom induciranih oblika Parkinsonove bolesti. Pretragama su utvrđena oštećenja piramidalnog i ekstrapiramidalnog sustava te mnoge značajke klasičnog parkinsonizma. To stanje je redovito kombinirano s traumatskim lezijama drugih dijelova mozga. Šteta nije lokalizirana već se pojavljuje u širo-



kom spektru moždanih područja.

Atrofija moždanog tkiva primijenjena je u području moždane kore, posebice u sloju velikih piramidalnih neurona, nadalje Amonnovog roga te Purkinjeovih stanica mališana mozga. Difuzna oštećenja temporalnog režnja rezultiraju simptomima nalik AlzheimEROVOJ bolesti. Oštećenja prefrontalnog korteksa objašnjavaju već spomenute bihevioralne promjene. Unutar septum pelluciduma, kao što je pronađeno i kod Muhammeda Alija, formira se patološki povećan kavum, dok su stijenke stanjene i ponegdje fenestriранe, formirajući poveznicu između lateralnih komora. Lateralne komore često su povećane kao posljedica hidrocefala.

Uočena su oštećenja i propadanje corpus callosuma te stvaranje petli živčanih vlakana. Zaključak ovih nalaza ističe neupitnu povezanost oštećenja mozga s opetovanom fizičkom traumom. Znanstvenici tvrde da pojedinci i udruge koje tvrde suprotno nisu upoznati s medicinskom dokumentacijom te da statistike koje pokazuju manju kvotu ozljeda kod boksa nego u drugim sportovima nisu potpune. One često obuhvaćaju samo oku vidljive ozljede poput lomova ili lezija, zanemarujući naknadne neurološke posljedice.

Od udarca do neurodegeneracije

Mehanizam nastajanja neurološkog oštećenja nije potpuno razjašnjen. Postoji nekoliko teorija koje pokušavaju povezati traumu glave s nepovratnim oštećenjem mozga. Pretpostavlja se da udarac u glavu uzrokuje stvaranje vibracija u lubanji koje uzrokuju mehaničke valove. Oni se odbijaju unutar lubanje i rastežu živčana vlakna te tako remete fiziologiju neurona. Brzi pokreti glave doprinose oštećenju te u paru s primljениm udarcima uzrokuju inercijske poma-

ke moždanog tkiva s mikrokrvarenjima. Tkivo zaceljuje ožiljkom i najčešće gubi funkciju.

Ozljede glave inače uzrokuju prekid krvno-moždane barijere, što može uzrokovati prodror štetnih tvari i na taj način oštećenje. U vezi s Parkinsonovom bolesti istražuje se povezanost traume moždanog tkiva i pojačane sinteze nekih proteina kao što su alfa-sinuklein, koji se taloži u stanicama supstancije nigre i uzrokuje njihovo propadanje. Istraživanja se slažu da trauma glave u svakako ubrzava prirodno odumiranje neurona koje se neizbjegljivo odvija starenjem.

Boks kao terapija

Unatoč činjenici da postoji određena korelacija između boksa i pojave simptoma parkinsonizma, nedavno je istraživanje ustvrdilo terapijsku vrijednost boksa upravo ublaživanjem simptoma Parkinsonove bolesti.

Sest pacijenata s dijagnosticiranim Parkinsonovim sindromom pohađalo je prilagođene treninge boksa dva puta tjedno u razdoblju od 36 tjedana. Trening se sastojao od klasičnih boksačkih drillova te treninga snage i izdržljivosti.

Nakon završetka opisanog razdoblja, nastalo je kod svih pacijenata kratkotrajno i dugotrajno poboljšanje ravnoteže, hoda, dnevnih aktivnosti i opće kvalitete života. Iako nije eksplicitno navedeno, trening vjerojatno nije obuhvaćao udarce u glavu.

Zabraniti ili povećati oprez?

Čini se kako boks kao karijera ipak nosi posljedice za zdravlje sportaša pa pitanje zabrane postaje sve aktualnije. No umjesto uvođenja zabrane boksa, neki liječnici predlažu uvođenje obaveznih periodičkih MRI pregleda profesionalnih boksača.

Tako je 1995. Atletska komisija

u New Yorku uvela godišnje pregledne svih profesionalnih boksača te pravilo o ograničavanju broja nastupa. Boksaču koji izgubi šest uzastopnih borbi ili je tri borbe zaredom završio s knockdownom, zabranjene su daljnje borbe u New Yorku.

S druge strane, boksačke karijere danas su mnogo kraće nego u prošlom stoljeću tako da boksač sudjeluje u manjem broju borbi, što uzrokuje manju pojavnost ekstremnih slučajeva traumatske encefalopatije ili parkinsonizma.

Poznata šteta i osobni izbor

Manny Pacquiao, jedan od najboljih boksača zadnjeg desetljeća, osvajač titula u 8 različitim težinskim kategorijama, nedavno je izgubio knockoutom koji je rezultirao gubitkom svijesti u trajanju od par minuta. Nakon nekoliko dana poznati filipinski neurolog napomenuo je Pacquiau da kod njega primjećuje prve znakove parkinsonizma. Istaknuo je da se njegova primjedba temelji na prvim znakovima tremora i predložio je da prestanak boksanja u interesu dugoročnog zdravlja.

Njegovo odustajanje od daljnjih borbi vjerojatno ne bi značilo prestanak razvitka bolesti jer je kumulativni efekt štete prijašnjih borbi već ostavio svoj trag. Nakupljena šteta određena je duljinom karijere, brojem i učestalošću borbi, dobom umirovljenja i boksačkim stilom - zajedničkim pokazateljima izloženosti udarcima u glavu. Šteta je, čini se, neizbjegljiva.

Upravo je zato boks često karakteriziran kao krvav, životinjski i neciviliziran. No civiliziran ili ne, boks je sport koji postoji više od 3000 godina. Kao takav vjerojatno neće nestati, neovisno o odlukama zdravstvenih udruženja.

Razvijanjem tehnologije i znanja te poznavanjem zaključaka nebrojenih istraživanja, pojedinac ima priliku prepoznati rizik koji prihvata ulaskom u ring te sam odlučiti isplati li se u njemu graditi karijeru ili ne isplati.

.....

Iz novije literature

- Casson I. Boxing and Parkinson's. www.bodhizone.com, 2011.
- Castillo R, Boxing, Parkinson's disease. Phillipine Daily Inquirer, March 8, 2013.
- Clancy F. THE BITTER SCIENCE: Head blows from boxing can cause dementia and Alzheimer's. Can the same chronic brain injury also lead to Parkinson's?. Neurology Now 2006; 2:24-25.
- Combs Stephanie A, Diehl M. Dyer et al., Boxing training for patients with parkinsons disease: A case Series. Physical Therapy 2011;91:1:132-142.
- Corsellis JA. Boxing and the brain. BMJ 1989;298:105-109.
- Fang F, Chen H et al. Head injury and Parkinson's disease: A population-based study. Mov Disord 2012; 27:1632-1635.
- Unterharnscheidt F. A neurologist's reflections on boxing. Rev Neurol 1995;23:1027-1032.

Prigovor prigovorima

- Veseli me rubrika «Pisma uredništvu», pogotovo ako su ta pisma kritična ili, još bolje, ako su ratoborna. Jer mi daju priliku za polemiziranje – na užas poštovanom predsjedniku Komore koji sa strepnjom otvara svaki novi broj «Liječničkih novina» i koji put se hvata za glavu kad pročita rubriku «Urednikov kutak».

Taj kutak redovito mimoilazi urednički odbor jer možda pogrešno shvaćam novinarsku slobodu, ali mi to dosad još nitko nije otvoreno prigovorio. Iskreno priznajem da patim od nedostatka autocenzure, ali isto tako prihvacač svaku opravdanu kritiku pa, ako je kritičar u pravu, na sportski mu način priznajem: jedan nula za tebe!

Hvalim se time što nisam principijeljan, ako pod tim mislite na dogmatska uvjerenja i tvrdoglavu odbijanje mišljenja koje se ne slaže s mojim. Moji su me učitelji dresirali da kao znanstvenik stalno sumnjam čak i u vlastita uvjerenja, da ih stalno provjeravam i

po potrebi mijenjam. A kako onda tek ne bih sumnjao u tuđa uvjerenja?

Ovo kao mali uvod mojim ironičnim «prigovorima protiv prigovora» koji su izneseni u pismima uredništvu na 63 i 64 stranici.

Jeste li za ili protiv MKB-a i SZO-a?

Prvo pismo od pet tisuća slova (!) bojažljivo se žali što nitko nije komentirao hrabar članak prof. Matka Marušića u 117. broju LN-a pod naslovom «Spolnost u MKB-u SZO-a» gdje se okomio i na Međunarodnu klasifikaciju bolesti (MKB) i na Svjetsku zdravstvenu organizaciju (SZO).

A autor pisma ne usuđuje se - valjda zato da se nekome ne zamjeri – čak niti spomenuti teme o kojima je pisao prof. Marušić, a kamo li iznijeti svoj stav o njima. Na

primjer, je li homoseksualnost bolest ili nije. Homoseksualci misle da nije, a jedna religija koja ima oko milijardu vjernika potamanila bi ih ognjem i mačem. Ako pak mene pitate, najprije bih o tome konzultirao spermatozoide kad se nađu u rektumu pa siročići ne znaju kuda bi dalje.

Nekada su me učili da to nije fiziološki, no kako sam uvodno rekao, rado ću promijeniti mišljenje ako mi se dokaže da spermici ipak imaju neku fiziološku funkciju u fekalijama. Sasvim nešto drugo je pitanje ukusa jer poslovica lijepo kaže da se o ukusu ne raspravlja. Pa neću ni ja.

Tko je protiv majčinog mlijeka i tko obožava krave?

- Drugo pismo prigovara uredniku da se on protivi prehrani dojenčeta majčinim mlijekom, a to dokazuje time što je članak «Klinički postupnici za medicinski pomognutu oplodnju» na stranici 28 broja 125 ilustiran slikom dojenčeta koje sisa bočicu a ne majku.

Ne oponirajući sadržaju ni članka o potupnicima ni pisma, uzeo bih u zaštitu krave kojoj pisac pisma poriče majčinstvo.

Naime, ako se u inkriminiranoj bočici koju dijete sisa nalazilo kravljе mlijeko, kritičar ne može tvrditi da ono nije majčino jer je i krava majka. Ako mi pošiljalac pisma ne vjeruje, neka pita njezino tele!

Dakle, u pismu je upotrijebljena pogrešna alternativa: kravljе ili majčino mlijeko. Ispravna je alternativa: kravljе ili ženino (humano) mlijeko. Ako autor zapravo misli na ovu drugu alternativu, a znam da tako misli, potpuno se s njim slažem.

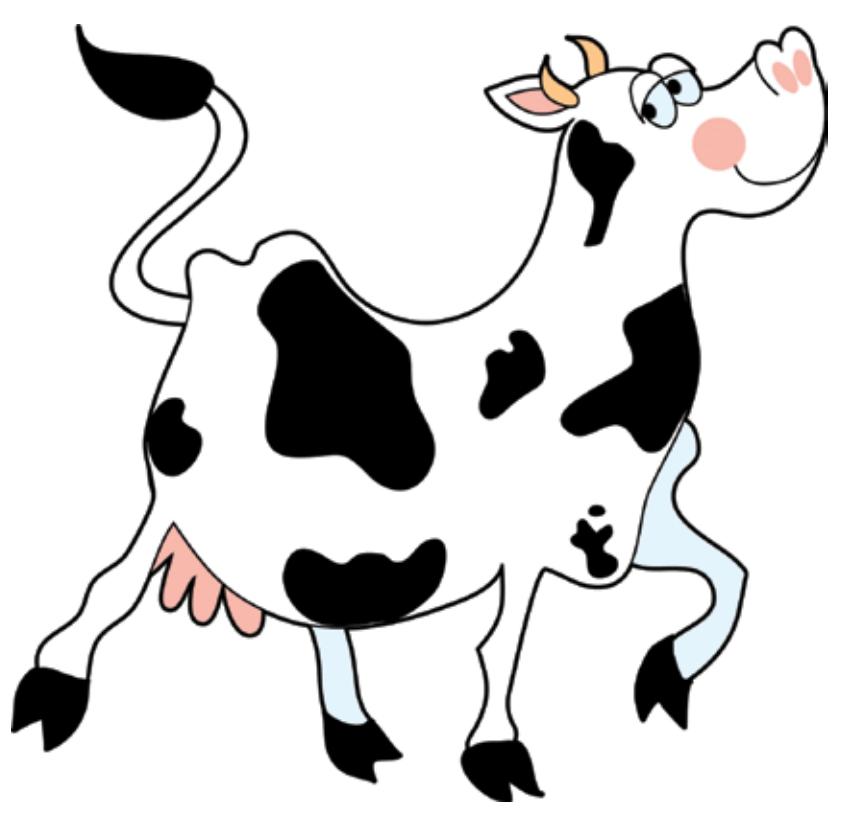
Na kraju još nešto o već spomenutom članku koji raspravlja o umjetnoj oplodnji. Da sam slučajno veterinar ne bih mu ništa prigovorio jer je umjetna oplodnja krava sva-kodnevan veterinarski posao.

No kao liječnik nikako ne bih volio veterinarskim terminom «umjetna oplodnja» zamijeniti lijep naziv iz humane medicine koji glasi «umjetno začeće» ili «medicinski pomo-gnuto začeće».

Svaka čast veterinarima što oplodnju krava ne nazivaju začećem jer time pokazuju da razlikuju ženu od krave. No i to je zapravo stvar ukusa, pa biraj - neki više vole krave, meni su milije žene.

Željko Poljak

.....



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 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 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 ozlijedenog bolesnika – Europski trauma tečaj (ETC – European Truma Course)
 Jednodnevni tečajevi osnovnih postupaka održavanja života odraslih uz upotrebu automatskog vanjskog defibrilatora (KPR/AED) 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

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 muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel

Zagreb, tijekom cijele godine

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-718,

e-mail: dmklic@hotmail.com

3.500,00kn

Tečaj trajne pedijatrijske izobrazbe

KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju

Zagreb, jednom mjesечно

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

EPI Centar seminari «Epilepsija i neuroznanost»

KB «Sestre milosrdnice», Klinika za neurologiju

Zagreb, svaki zadnji četvrtak u mjesecu

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

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 vještak

HLK
Zagreb, tijekom 2013.god.
Tajana Koštan, Tatjana Babić, tel.: 01/4500-830
10.500,00kn

Farmakoepidemiološka tribina "Lijekovi i ..."

Referentni centar za farmakoepidemiologiju MZ RH, Nastavni zavod
za javno zdravstvo "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 akupunktur

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

**Online tečaj za autore Cochrane sustavnih preglednih
članaka – I. dio**

MEF Sveučilišta u Splitu
on-line 01.01.-31.12.2013.
Dr.sc. Davorka Vrdoljak, tel.: 021/557-823

**Online tečaj za autore Cochrane sustavnih preglednih
članaka – II dio**

MEF Sveučilišta u Splitu
on-line, 01.01.-31.12.2013.
Dr.sc. Davorka Vrdoljak, tel.: 021/557-823

**Kardiopulmonala reanimacija uz uporabu automatskog
vanjskog defibrilatora**

HLZ, HD za reanimatologiju
Zagreb, 01.01.-31.12.2013.
Pandak Tatjana, mob.: 091/5618-814
500,00kn

Smjernice u liječenju akutnih i kroničnih rana

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju
Zagreb, 01.01.-31.12.2013.
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

Postupak s dijabetičarem u ambulanti obiteljske medicine

HLZ, HD za dijabetes i bolesti metabolizma
www.e-medikus.com; www.e-medicina.hr – 15.04.-15.09.2013.
Zoran Millas, mob.: 098/877-827

Goruća pitanja u gastroenterologiji

Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 15.07. – 15.11.2013.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925

Astma

Pliva Hrvatska d.o.o.
www.plivamed.net, 20.08. – 20.12.2013.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925

30. hrvatska proljetna pedijatrijska škola - on-line tečaj

HLZ, Hrvatsko pedijatrijsko društvo, HD za školsku i sveučilišnu
medicinu, KBC Split
on-line – 02.05.2013. – 28.02.2014.
Prof.dr.sc. Vjekoslav Krzelj, tel.: 021/556-793, e-mail: krzelj@kbsplit.
hr, <http://hpps.kbsplit.hr>
700,00kn

Test u obliku interaktivnog slučaja

HLZ, HD za internističku onkologiju
on-line, 08.08.-16.12.2013.
Ivan Galli, mob.: 091/3771-108, www.onkologija.isl.hr

Značaj i primjena samokontrole glikemije

Medilab
on-line, 21.09.-31.12.2013.
Vlatka Orhanović, tel.: 01/2356-722

MSD akademija on-line

Dedal komunikacije d.o.o.
on-line – 09.10.2013. – 31.01.2014.
Zoran Milas, tel.: 01/3866-905

Dijagnostika i liječenje tumora želuca, gušterače i jetre

C.T. Poslovne informacije d.o.o. – Časopis Medix
Časopis Medix br. 107/108 – rujan-prosinac 2013.
Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083, 098/289-819

Česte bolesti i stanja u ordinaciji liječnika opće medicine

HLZ, HD za otorinolaringologiju
Zagreb, Split, Pula – listopad – studeni 2013.
Prof.dr. Srećko Branica, e-mail: sbranica@mef.hr

Česte bolesti i stanja u ordinaciji liječnika opće medicine

HLZ, HD za otorinolaringologiju
Bjelovar, Slavonski Brod, Dubrovnik, Karlovac, Koprivnica, Krapina, Čakovec, Osijek, Požega, Rijeka, Zadar, Šibenik, Sisak, Varaždin, Virovitica, Vinkovci – listopad – studeni 2013.
Prof.dr. Srećko Branica, e-mail: sbranica@mef.hr

Erektilna disfunkcija

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.02.-01.06.2014.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925
www.plivamed.net

Sačuvajte vid tijekom godina II – Nova saznanja

Ewopharma d.o.o.
Zagreb, Split, Osijek, Rijeka, 11.10. – 29.11.2013.
Petra Kottnig Tomas, tel.: 01/7787-346, mob.: 099/7373-192

Respiratori kontinuum

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line 20.12.2013. do 01.05.2014.
www.plivamed.net
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925

STUDENI

**Uloga glimepirida u suvremenom pristupu liječenju
šećerne bolesti tipa 2/Važnost redovite samokontrole
GUK-a**

Salvus d.o.o.
Slatina, 21.11.2013.
Petar Mandić, mob.: 091/2195-353

Model donorskog programa KBC „Sestre milosrdnice“

HLZ – HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta
Zagreb, 21.-22.11.2013.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194
2.500,00kn

I. nacionalna konferencija o palijativnoj skrbi

HD za palijativnu medicinu, partneri u organizaciji Konferencije – Udruga PIN za zdravlje
Opatija, 21.-23.11.2013.
Ivana Šabanović Uzelac, tel.: 01/8892-361
1.050,00kn

**Osnovni tečaj za liječnike za rad u izvanbolničkoj hitnoj
službi**

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Pula, 21.-24.11.2013.
Dr. Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877
1.500,00kn

Proces terapijske promjene i analiza uloga u psihodrami

Klinika za psihijatriju Vrapče, Hrvatsko psihijatrijsko društvo
Zagreb, 22.11.2013.
Dr. Tihana Jendričko, tel.: 01/3713-269

Nuspojave lijekova

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMHZ)
Zagreb, 22.11.2013.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662
200,00kn

1. zagrebačka Fabry škola

KBC Sestre milordnice, Kl. za neurologiju
Zagreb, 22.11.2013.
Prof.dr.sc. Vanja Bašić Kes, tel.: 01/3787-740

Simpozij „Snaga peritonejske dijalize“

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
Zagreb, 22.11.2013.
Dr. Nikola Janković, mob.: 091/3712-045, e-mail: tajnik@hdndt.org

Liječenje boli djece i palijativna skrb

Klinika za dječje bolesti
Zagreb, 22.-23.11.2013.
Dr. Filip Jadrijević Cvrlje, mob.: 091/4600-345
500,00/250,00kn

Obiteljska stomatologija – baza oralno-zdravstvene skrbi

Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb 23.11.2013.
Lada Prišlić, tel.: 01/4802-123
650,00kn

Tjelesna aktivnost i zdravlje

Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 23.11.2013.
Natalija Babić, tel.: 01/3025-602
400,00kn

**Liječenje spolno prenosivih bolesti u ordinaciji obiteljske
medicine**

HLZ, HD za urogenitalne i spolnoprenosive bolesti, Iskorak
Zagreb, 23.11.2013.
Srđan Rogošić, dr.med., mob.: 091/5218-406

1. simpozij Specijalne bolnice Sveta katarina – 365 dana zdravlja

Spec.bol.za ortopediju, kirurgiju, neurologiju i fizikalnu med.i rehabil.
„Sveta Katarina“
Zagreb, 23.11.2013.
Dipl.ms. Rosana Svetić Čišić, mob.: 091/2445-542

Moždani udar – znakovi, prepoznavanje i liječenje

Udruga Medikus
Zagreb, 25.11.2013.
Dr. Vesna Vučičević, mob.: 091/5044-766

Tečaj trajne edukacije iz otorinolaringologije; Open Medical Institute Visiting Professorship

OB Zadar
Zadar, 25.-26.11.2013.
Dr. Milan Rudić, mob.: 091/5695-120

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 25.-29.11.2013.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek, mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Sveobuhvatni pristup u liječenju shizofrenije dugodjelujućim antipsihoticima: specifičnost ZypAdhere

Eli Lilly – Predstavništvo u RH
Zagreb, 26.11.2013.
Antonia Ruš, mob.: 099/330-860

Uloga glimepirida u suvremenom pristupu liječenju šećerne bolesti tipa 2/Važnost redovite samokontrole GUK-a

Salvus d.o.o.
Požega, 26.11.2013.
Petar Mandić, mob.: 091/2195-353

Referral 03

Abbvie d.o.o.
Zagreb, 27.11.2013.
Adriano Baručić, mob.: 098/308-772

Suvremeni pristup u liječenju hipertenzije

Novartis Hrvatska d.o.o.
Makarska, 27.11.2013.
Antonija Matija Perković, mob.: 091/4550-834

MOVE edukacij a- Kratka motivacijska intervencija

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Valbandon, 27.-29.11.2013.
Dr. Iva Pejnović Franelić, tel.: 01/4863-354

EScoP – Zagreb Edition 2013: Update in Breast Pathology

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Zavod za patologiju
Zagreb, 27.-29.11.2013.
Luka Brčić, mob.: 091/369-3693
1.360,00kn/180,00EUR

Nacionalni program zdravstv. zaštite osoba sa šećernom bolešću i uloga liječnika obiteljske medicine i dijabetologa u njegovom provođenju

HZJZ
Varaždin, 28.11.2013.
Tatjana Pavešković, prof., tel.: 01/4863-349

Infekcija virusom Zapadnog Nila: Re-emergentna bolest i praćenje proširenosti u Republici Hrvatskoj

Hrvatski zavod za telemedicinu
Supetar, Lastovo, Mljet, Metković, Rab, Mali Lošinj, Hvar, Vis, Knin, Trilj, Vrlika, Korčula, Vela Luka, 28.11.2013.

Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082, mob.: 091/5885-698

Kontinuirano usavršavanje liječnika za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Pula, 28.11.2013.
Dr. Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877

Referral program

Abbvie d.o.o.
Zagreb, 28.11.2013.
Rajna Zgonjanin, tel.: 01/5625-512

Uloga glimepirida u suvremenom pristupu liječenju šećerne bolesti tipa 2/Važnost redovite samokontrole GUK-a

Salvus d.o.o.
Slavonski Brod, 28.11.2013.
Petar Mandić, mob.: 091/2195-353

Opravdanost primjene vitaminsko-mineralnih dodataka prehrani tijekom trudnoće

Demaxpharm d.o.o.
Sveta Nedjelja, 28.11.2013.
Filip Eraković, mob.: 091/6267-800

Izazovi u liječenju hipertenzije i šećerne bolesti tipa 2

Novartis Hrvatska d.o.o.
Šibenik, 28.11.2013.
Branko Granić, mob.: 091/4550-836

Kronična rana u ordinaciji obiteljskog liječnika

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine
Vinkovci, 28.11.2013.
Ljiljana Ćenan, mob.: 091/5078-473

Zbrinjavanje dišnog puta u izvanbolničkim uvjetima

HLZ, HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta
Zagreb, 28.-29.11.2013.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194
1.875,00kn

Mjesto i uloga kolposkopije u ranoj dijagnozi i prevenciji neoplastičkih promjena vrata maternice i donjeg genitalnog trakta

HLZ, HD za kolposkopiju i bolesti vrata maternice
Zagreb, 28.-29.11.2013.
Franka Grgić, tel.: 01/3787-361
4.000,00kn

Trening osoblja izvanbolničke hitne medicinske službe

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Marija Bistrica, 28.-30.11.2013.
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

Simpozij u povodu svjetskog dana AIDS-a

KL za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ – Ref. centar za AIDS,
HD za infektivne bolesti HLZ-a
Zagreb, 29.11.2013.
Nevenka Jakopović, e-mail: njakopovic@bfm.hr

Kontrastom inducirana nefropatija – suvremeni pristup

KB Dubrava
Zagreb, 29.11.2013.
Boris Starčević, mob.: 091/4060-989

Sigurnost pacijenta u zdravstvenim ustanovama

HD za sigurnost pacijenta
Zagreb, 29.-30.11.2013.
Lana Stanković, mag.oec., mob.: 091/9578-311, tel.: 01/2305-444
350,00 – 1.000,00kn + PDV

Ultrazvukom vođena regionalna anestezija

MEF Sveučilišta u Rijeci
Rijeka, 29.11.2013. – 01.12.2013.
Prof.dr.sc. Željko Župan, tel.: 050/407-400
3.200,00kn

SUTRA – Samoliječenje u trudnoći i tijekom dojenja

Hrvatsko farmaceutsko društvo
Zagreb, Split, Rijeka, Zadar, Osijek, 30.11.2013.
Dr.sc. Maja Jakševac Mikša, mag.pharm., mob.: 098/9097-200
400,00kn+PDV

Periferna arterijska bolest (PAB) u dijabetičkih bolesnika –

dijagnostički i terapijski pristup
MEF Sveučilišta u Zagrebu, KB „Merkur“
Zagreb, 30.11.2013.
Dr. Marko Slavica, mob.: 099/4888-566,
e-mail: markoslavica2010@gmail.com

Bol u području glave

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 30.11.2013.
Mario Cvek, mob.: 091/5392-866, fax.: 01/4590-270
400,00kn

Zajedno obiteljska medicina i kardiolozи – EKG u obiteljskoj medicini

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine
Marija Bistrica, 30.11.-01.12.2013.
www.dnoon.org

PROSINAC

Radionica – Radiation risks and the need to protect patients

Drž.zavod za radiološku i nuklearnu sigurnost
Rijeka, 02.12.2013.
Ivana Kralik, mob.: 099/5298-279

Porodničke operacije

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 02.-06.12.2013.
Biserka Milić, tel.: 01/3712-317
3.000,00kn

XIV. hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije

OB Zabok
Zabok, 02.-06.12.2013.
Dr. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007
7.900,00kn

Kronična venska insuficijencija

KBC Split
Split, 03.12.2013.
Dr. Antoanelia Carija, mob.: 098/242-895

Radionica – Radiation risks and the need to protect patients

Drž.zavod za radiološku i nuklearnu sigurnost
Osijek, 04.12.2013.
Ivana Kralik, mob.: 099/5298-279

Prvi MEDIS stručni skup

Medis Adria d.o.o.
Zagreb, 04.12.2013.
Nikolina Habuš Redžić, tel.: 01/2303-446

Tečaj za dispečere medicinske prijavno-dojavne jedinice

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Nova Gradiška, 04.-06.12.2013.
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

1. brodski simpozij o alkoholizmu i kockanju

ZJZ županije Brodsko-posavske
Slavonski Brod, 05.-07.12.2013.
Tamara Brežičević, tel.: 035/415-897
200,00kn

Trening osoblja izvanbolničke hitne medicinske službe

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Marija Bistrica, 05.-07.12.2013.
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

1. znanstveni sastanak TUMORI PROSTATE s međ.sud.

HAZU, Razred za medicinske znanosti, Odbor za tumore i Zaklada onkologija
Zagreb, 06.12.2013.
Ivana Škalec i Ena Grigić, O-tours d.o.o., tel.: 01/4831-444; e-mail:
onkoloski@otours.hr; ivana.skalec@otours.hr; ena.grigic@otours.hr
300,00kn

Suvremeno u oftalmologiji

HLZ, Hrv. oftalmološko društvo
Zagreb, 06.12.2013.
Mirna Petrov, mob.: 091/4009-077

Farmakogenomika i farmakovigilancija – sprječavanje nuspojava u individualizaciji terapije – upute i smjernice
MEF Sveučilišta u Zagrebu, KBC Zagreb, Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED)
Zagreb, 06.12.2013.

Prof.dr.sc. Nada Božina, tel.: 01/2367-249, e-mail: nbozina@kbc-zagreb.hr,
HALMED – www.almp.hr
specijalizanti 200,00kn, ostali 400,00kn

Radionica – Radiation risks and the need to protect patients

Drž.zavod za radiološku i nuklearnu sigurnost
Split, 06.12.2013.
Ivana Kralik, mob.: 099/5298-279

Simpozij vojne i krizne medicine

Udruga narodnog zdravlja Andrija Štampar
Požega, 06.-07.12.2013.
Olga Plazibat, mob.: 091/7910-027
150,00kn

Akupunktura u liječenju боли

HLZ, HD za liječenje боли
Osijek, 06.-08.12.2013.
Dobrila Beljakov, tel.: 031/511-502, e-mail: beljakov.dobrila@kbo.hr
2.500,00kn

Osnovni trening za primjenu Terapije prihvatanjem i posvećenošću

Udruga Radost Leptira
Zagreb, 06.-08.12.2013.
Đurđa Štefanec, mob.: 098/6086-166
1.100,00kn

42. simpozij HD za dječju neurologiju s međ.sud.

HD za dječju neurologiju HLZ-a i Odjel za neuropedijatriju, Kl. za pedijatriju, KBC Sestre milosrdnice Zagreb
Zagreb, 07.12.2013.
Dr.sc. Maša Malenica, mob.: 098/800-300,
e-mail: mgnjidic@yahoo.com
Dr. Monika Kukuruzović, mob.: 091/5409-058,
e-mail: monikakukuruzovic@gmail.com
Dr. Tamara Žigman, mob.: 095/9063-293,
e-mail: tzarkovic@gmail.com
Kristina Kužnik bacc.med.tech: mob.: 098/385-617,
e-mail: kristina.kuznik@gmail.com
Prof.dr.sc. Ljerka Cvitanović-Šojat, mob.: 098/1751-431,
e-mail: ljerka.cvitanovic-sojat@zg.t-com.hr
300,00kn specijalisti, 150,00kn specijalizanti i med.sestre

Gdje smo u neurologiji 2013? Medicina temeljena na dokazima

KBC Sestre milordnice, Kl. za neurologiju
Zagreb, 07.12.2013.
Prof.dr.sc. Vanja Bašić Kes, tel.: 01/3787-740

Trening trijaže u odjelu hitne medicine

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Varaždin, 07.-08.12.2013.
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

Radionica – Radiation risks and the need to protect patients

Drž.zavod za radiološku i nuklearnu sigurnost
Zagreb, 09.12.2013.
Ivana Kralik, mob.: 099/5298-279

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 09.-13.12.2013.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,
mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Radionica – Radiation risks and the need to protect patients

Drž.zavod za radiološku i nuklearnu sigurnost
Zagreb, 10.12.2013.
Ivana Kralik, mob.: 099/5298-279

Farmakoepidemiološka tribina "Lijekovi i ..."

Referentni centar za farmakoepidemiologiju MZ RH, Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"
Zagreb, 11.12.2013.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Radionica – Radiation risks and the need to protect patients

Drž.zavod za radiološku i nuklearnu sigurnost
Zagreb, 11.12.2013.
Ivana Kralik, mob.: 099/5298-279

18. simpozij HD za regionalnu anesteziju i analgeziju – HLZ

HLZ, HD za regionalnu anesteziju i analgeziju
Zagreb, 13.12.2013.
Davorka Stošić, tel.: 01/3712-049

Model donorskog programa KBC „Sestre milosrdnice“

HLZ – HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta
Zagreb, 12.-13.12.2013.
Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194
2.500,00kn

Trening osoblja izvanbolničke hitne medicinske službe

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Marija Bistrica, 12.-14.12.2013.
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

Stručno predavanje za djelatnike ZZJZ IŽ

ZJZ županije Istarske
Pula, 13.12.2013.
Lorena Lazarić-Stefanović, mob.: 091/5317-111

13. poslijediplomski tečaj I.ktg. iz regionalne anestezije i analgezije

HLZ, HD za regionalnu anesteziju i analgeziju
Zagreb, 14.12.2013.
Davorka Stošić, tel.: 01/3712-359, 01/4648-120
600,00kn specijalisti, 450,00kn specijalizanti

Uloga magnetske rezonance u dijagnostici mikrokalcifikata 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

Kontinuirano usavršavanje liječnika za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije Pula, 17.12.2013.
Dr. Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877

Respiratori kontinuum

Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line 20.12.2013. do 01.05.2014.
www.plivamed.net
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925

2014. SIJEČANJ

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 08.01.2014.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Osnovni tečaj za liječnike za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije Pula, 16.-19.01.2014.
Dr. Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877
1.500,00kn

Kontinuirano usavršavanje liječnika za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije Pula, 20.01.2014.
Dr. Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877

Biopsihosocijalni koncepcija depresije: sistemski pristup

Udruga Breza
Našice, 24.-25.01.2014.
Božidar Popović, mob.: 092/1602-920
Do 15.11.2013. – 550,00kn, poslije 15.11.2013. – 650,00kn

VELJAČA

Smjernice u pedijatrijskoj gastroenterologiji i hepatologiji

Klinika za dječje bolesti Zagreb Zagreb, 01.02.2014.
Iva Hosjak, tel.: 01/4600-130

Kontinuirano usavršavanje liječnika za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije Pula, 12.02.2014.
Dr. Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 12.02.2014.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Upale sinusa – smjernice u dijagnostici i liječenju

KBC Split
Split, 15.02.2014.
Dr. Draško Cikojević, tel.: 021/556-414, mob.: 098/9957-053
200,00kn

3. hrvatski rinološki kongres s međ.sud.

HLZ, HD za ORL
Zagreb, 20.-22.02.2014.
Andrea Dragičević, Spektar putovanja d.o.o., tel.: 01/4862-615, e-mail: andrea@spektar-holidays.hr
1.500,00kn

Posttraumatski stres i/ili posttraumatski uspjeh

Udruga Breza
Brodski Stupnik, 21.-22.02.2014.
Dr. Božidar Popović, mob.: 092/1602-920, e-mail: salutogeneza1@gmail.com; www.breza.hr
do 15.12.2013. – 550,00kn, poslije 15.12.2013. – 650,00kn

OŽUJAK

Kontinuirano usavršavanje liječnika za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije Pula, 12.03.2014.
Dr. Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 12.03.2014.
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Laboratorijska dijagnostika parazitarnih infekcija

HLZ, HD za medicinsku mikrobiologiju i parazitologiju Zagreb, 17.-18.03.2014.
Dr. Mario Sviben, tel.: 01/4863-269
2.000,00kn

Simpozij – Klinička uporaba opioida

HLZ, HD za liječenje boli
Split, 19.03.2014.
Dr. Marko Jukić, mob.: 091/5739-049

25. znanstveno-stručno-edukativni seminar s međunarodnim sudjelovanjem pod nazivom - DDD i ZUPP'14

Korunić d.o.o.
Split, 25.-28.03.2014.
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341
1.000,00kn + PDV

TRAVANJ

Kontinuirano usavršavanje liječnika za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Pula, 07.04.2014.

Dr. Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 09.04.2014.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

Najčešće neuropatije i miopatije

KBC Zagreb, Kl. za neurologiju, MEF Sveučilišta u Zagrebu, HLK, HLZ

Zagreb, 11.04.2014.

Milica Jug, vft, tel.: 01/2376-408;

e-mail: predbiljezbe.emg.nrl@kbc-zagreb.hr; ervina.bilic@mef.hr
600,00kn specijalisti, 300,00kn specijalizanti, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

SVIBANJ

5. kongres hrvatskih dermatovenerologa s međunarodnim sudjelovanjem

HDVD HLZ-a

Zagreb, 08.-11.05.2014.

Andrea Dragičević, tel.: 01/4862-615, 4862-622, www.croderma2014.org

za članove HDVD-a 1.500,00kn do 31.01.; 2.000,00kn nakon 01.02.; specijalizanti 500,00kn do 31.01., 750,00kn nakon 01.02.
za ostale 1.700,00kn do 31.01.; 2.200,00kn od 01.02.; specijalizanti 600,00kn do 31.01.; 850,00kn od 01.02.

8. međunarodni kongres HD za nuklearnu medicinu

HD za nuklearnu medicinu, O-tours d.o.o.

Šibenik, 09.-12.05.2014.

Prof.dr.sc. Dražen Huić, KBC Zagreb, tel.: 01/2388-587

O-tours d.o.o., Tatjana Jurčić, tel.: 01/4831-444, mob.: 098/9805-716, e-mail: tatjana.jurcic@otours.hr

Kontinuirano usavršavanje liječnika za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Pula, 14.05.2014.

Dr. Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 14.05.2014.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

3. hrvatski kongres iz liječenja boli s međ.sud.

HLZ, HD za liječenje boli

Osijek, 22.-24.05.2014.

Dobrila Beljakov, tel.: 031/511-502, e-mail: beljakov.dobrila@kbo.hr
1.500,00kn za članove HDLB-a, 2.000,00kn za nečlanove HDLB-a

LIPANJ

Kontinuirano usavršavanje liječnika za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije

Pula, 04.06.2014.

Dr. Gordana Antić-Šego, mob.: 098/9396-877

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 11.06.2014.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

RUJAN

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 10.09.2014.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

LISTOPAD

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 08.10.2014.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

2nd International Congress of hepatobiliary and Pancreatic Surgery

Udruga za promicanje kirurgije jetre, gušterice i žučnih vodova – HPV

Split, 08.-12.10.2014.

www.2nd-hpb-split.conventuscredo.hr

Conventus Credo d.o.o., marin@conventuscredo.hr,

tel.: 01/4854-696, mob.: 099/3406-728

STUDENI

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 12.11.2014.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

PROSINAC

Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“, Ref. centar za farmakoepidemiologiju Zagreb, 10.12.2014.

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr