

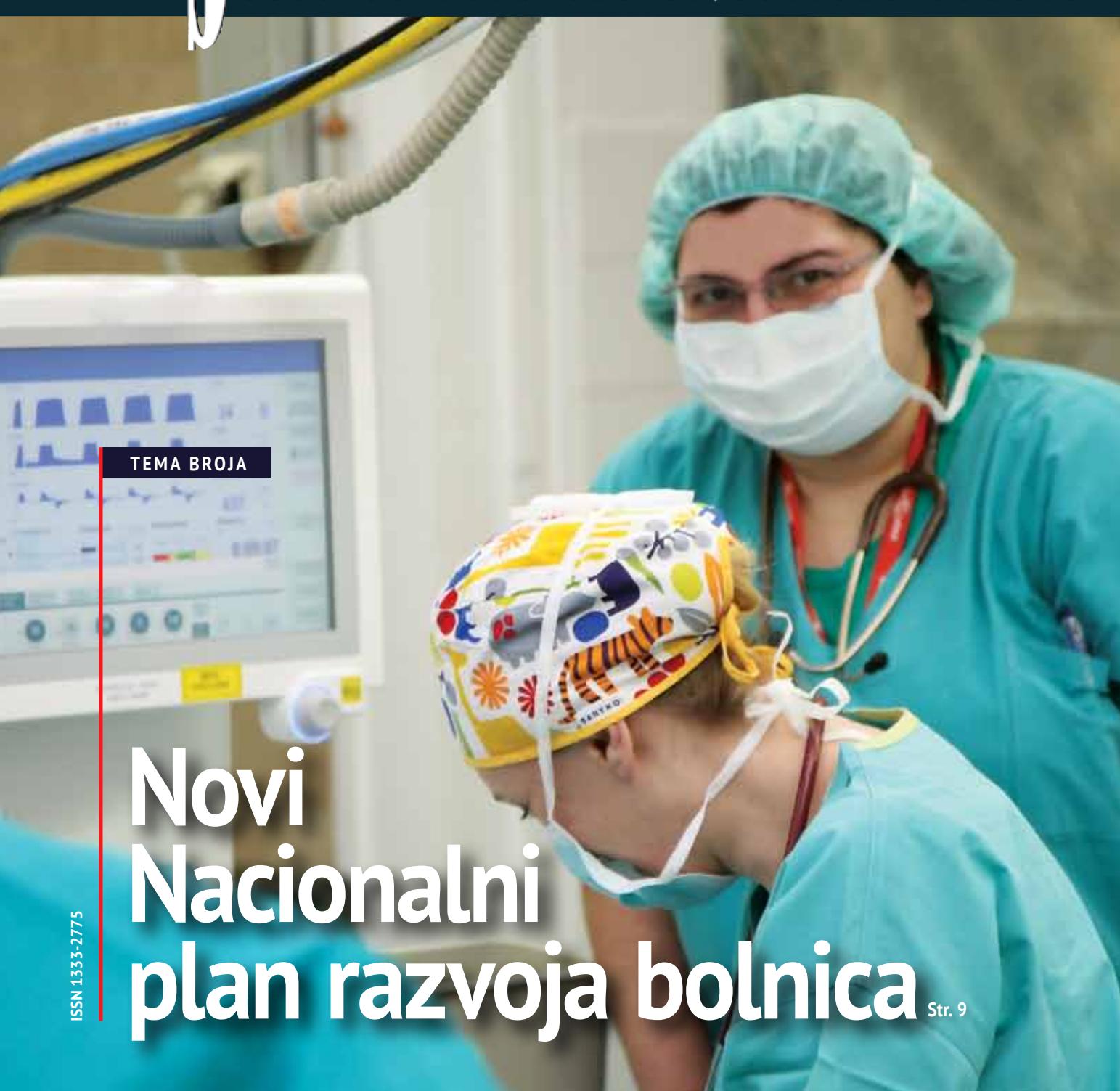
Liječničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE



TEMA BROJA

Novi
Nacionalni
plan razvoja bolnica Str. 9



LIJEĆNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske liječničke komore

ADRESA UREDNIŠTVA

10000 Zagreb, Tuškanova 37, Hrvatska

GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK

Prof. dr. Željko Poljak

Vlaška 12, 10000 Zagreb

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

TAJNIK REDAKCIJE

Doc. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.

Naklada 19.000 primjeraka

MEDICAL NEWS

FOUNDER AND PUBLISHER

The Medical Chamber of Croatia

ADDRESS

10000 Zagreb, Tuškanova 37, Croatia

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

Published in 19.000 copies

IZDAVAČKI SAVJET

Prim. dr. Dražen Borčić

Nikolina Budić, dipl. iur.

Prof. dr. Nenad Ilić

Prof. dr. Tatjana Jeren

Prof. dr. Vesna Jureša

Dr. Mario Malnar

Prim. dr. Vjekoslav Mahovlić

Prim. dr. Hrvoje Minigo

Dr. sc. Vladimir Mozetić

Dr. Senad Muslić

Doc. dr. Ljiljana Perić

Prof. dr. Mirjana Sabljarić-Matovinović

Prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric

Doc. dr. Hrvoje Šobat

UREDNIČKI ODBOR

Dražen Borčić • Tomislav Božek

Nikolina Budić • Egidio Čepulić

Stella Fatović Ferenčić

Franjo Husinec • Josip Jelić

Željko Krznarić • Slavko Lovasic

Adrian Lukenda • Vjekoslav Mahovlić

Ingrid Márton • Hrvoje Minigo

Matija Prka • Dražen Pulanić

Livija Puljarić • Katarina Sekelj Kauzlaric

Andreja Šantek • Ivica Vučak

UPUTE SURADNICIMA

Rukopisi se šalju na adresu:

"Liječničke novine HLK", 10000 Zagreb, Tuškanova 37,

e-mail: hlk@hlc.hr ili izravno uredniku.

Članci ne podliježu recenziji i uredništvo

se ne mora slagati s mišljenjem autora.

Članci se mogu pretiskati samo uz naznaku izvora.

Mali oglasnici je za članove Komore besplatan.

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

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

Preplatnička služba HLK-a
Tel 01/ 45 00 830, Fax 01/ 46 55 465
Redakcija
Novinarka Andreja Šantek
01/ 45 00 848, e-mail: andreja.santek@hlc.hr

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

LIJEĆNIČKA KOMORA NA INTERNETU
www.hlc.hr • e-mail:hlc@hlc.hr

RIJEČ PREDSJEDNIKA 4

Uspjesi naših kolega veći su od svih problema u zdravstvu

IZ KOMORE 5

Obnavljanje licence
Pregled aktivnosti

IZ ZBORA 7

6. Sjednica Glavnog odbora HLZ-a i posjet Vukovaru

ZDRAVSTVENA POLITIKA 9

Prof. dr. Matijević: Nacionalni plan razvoja bolnica
Migracija zdravstvenih radnika nakon pristupa EU-u

IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA 14

Savjet za zdravstvo HDZ-a • Uštede u bolnicama • 3. Hospital days • Iz HZZO-a
IAEA u HAZU-u • XI Svjetski kongres nuklearne medicine • HAZU BiH
Hrvat Pančić osnovao Srpsko lekarsko društvo • Hrvatska gerontologija u Salzburgu
Oftalmolozi o katarakti

HEMATOLOGIJA 21

Transplantacija krvotvornih matičnih stanica

REUMATOLOGIJA 26

Desetljeće kostiju i zglobova

NEUROLOŠKA TEMA 28

Pokrenimo se svi protiv Parkinsona

PALIJATIVNA MEDICINA 29

Palijativna medicina i „hospicijski program“

LIJEĆNIČKA ETIKA 30

Odnosi među liječnicima u Hrvatskoj

ZAGREBAČKI MODEL UTVRĐIVANJA PATOGENEZE 33

Poremećaji hidracije i elektrolita IV. dio

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE 37

COCHRANE ZANIMLJIVOSTI 48

Kortikosteroidi za liječenje fimoze

Vareniklin i žvakanje duhana

Antibiotici kod mekonija u amnionskoj tekućini

INTERVJUI 50

Prof. Kolundžić: Ne poklanjati medicinsku subspecijalnost

Doc. Vesna Šendula Jengić: Um u zamci

FARMAKOVIGILANCija 58

Iz HALMED-a

IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE 59

Hrvatski udio u europskoj medicini

Hinko Freud, utemeljitelj hrvatske logopedije

USPOMENE I SJЕĆANJA 68

Taj strašni prof. Hauptfeld

HRVATSKI LIJEĆNIČKI SPORTAŠI 70

Dr. Vlasta Šafer Kraljević – „Amazonka sa Save“

KRATKA LIJEĆNIČKA PRIČA 74

Prof. dr. Zora Zakanj: Sve moje boje

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA 75

Fotografija na naslovniči: dr. Ksenija Črnjar, specijalizantica anestesiologije, i dr. Dubravka Heli Litvić, anesteziloginja, Klinika za dječje bolesti Zagreb. Snimila: Andreja Šantek

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

Uspjesi naših kolega veći su od svih problema u sustavu

• Očekujući rebalans državnog proračuna sa zahtjevima za smanjenjem novca za zdravstvo, naša medicina i dalje postiže velike uspjehe. Prošli mjesec pisao sam o transplantaciji, ugradnji elektrostimulatora u mozak, umjetnoj zdjelici uz pomoć 3D tehnologije, a sada smo svjedoci još jednog pothvata, koji pokazuje da imamo vrhunske stručnjake.

Na KBC-u Zagreb ugrađeno je umjetno srce i pacijentu je pružena mogućnost nastavka liječenja transplantacijom. Čestitamo prof. dr. Bojanu Biočini, akademiku Davoru Miličiću, prim. mr. Višnju Ivančanu i svima koji su doprinijeli ovom jedinstvenom medicinskom pothvatu. I ovaj događaj potvrđuje koliko vrijeđe naši liječnici.

Međutim, kvaliteta zdravstvene zaštite mora biti na visokoj razini za sve naše korisnike. I sada je proračun za zdravstvenu zaštitu premalen. Nije popularno smanjivati prava osiguranika niti uvoditi participaciju za zdravstvene usluge, ali to se može u budućnosti očekivati, ako se ne pokrene gospodarstvo, ne smanji nezaposlenost i ne povećaju prihodi u proračunu. Racionalno trošenje novca za zdravstvenu zaštitu izuzetno je važno i to moramo prihvati, jer je to dužnost svakog doktora sukladno Kodeksu medicinske etike i deontologije. Ipak, to neće biti dovoljno za održavanje ove razine i opseg zdravstvene zaštite. Zabrinuti smo i potpuno svjesni toga da će zbog nedostatka novca naši doktori još teže obavljati svoj posao te da će im se pogoršati uvjeti rada pa će se lakše odlučivati za odlazak iz Hrvatske. Stoga se odlučno protivimo smanjenju proračuna za zdravstvo.

Nakon kišnog ljeta imamo, za sada, sunčanu i toplu jesen s puno stručnih skupova. Na nekima smo i mi aktivno sudjelovali, kao pozvani predavači i panelisti, a o tome možete više pročitati u ovom broju LN-a. Trajna medicinska izobrazba i sustavi zdravstvenog osiguranja bili su tema redovitog Simpozija komora Srednje i Istočne Europe (ZEVA) održanog ove godine u Bratislavi. Predstavnici naše Komore i ove su godine aktivno sudjelovali u radu skupa, imali zanimljive prezentacije te se uključili u raspravu. Podsećam da je naša Komora već dva puta bila domaćin ZEVA skupu.

Izvršni odbor Komore prihvatio je



potpisivanje sporazuma s EACCME-om (akreditacijsko tijelo pri UEMS-u) što će se, kako je planirano, ostvariti krajem studenoga u Bruxellesu u okviru godišnjeg sastanka EACCME-a. Za nas je to vrlo važno jer će za stjecanje europskih bodova za trajnu medicinsku izobrazbu biti točno određeni kriteriji i principi kojih ćemo se i mi pridržavati. Isto tako, neće više biti moguće da nas neki organizatori stručnih skupova „preskoče“ kao nacionalno akreditacijsko tijelo (NAA) i odmah se obrate EACCME uredu za akreditaciju stručnih skupova koji se održavaju u Hrvatskoj.

Krajem prosinca oko 10.000 naših članova trebaju obnoviti svoje odobrenje za samostalan rad (licencu). Pripremili smo se za uspješno obavljanje ovog opsežnog posla u svim našim županijskim povjerenstvima. Kako bismo našim članovima olakšali ovaj postupak, planiramo u mnoge zdravstvene ustanove poslati svoje predstavnike kojima će se predati zahtjevi za obnavljanje licence, a o terminima dolaska i postupku bit će na vrijeme obaviješteni. Molim vas sve za strpljenje i suradnju i prilikom ovoga velikog relicenciranja.

Pregоворi o Kolektivnom ugovoru zbog promjene Zakona o reprezentativnosti vode se bez predstavnika Hrvatskog liječničkog sindikata. Nije dobra poruka našim liječnicima da su zbog svoje slabije zastupljenosti u sindikatima zapravo kažnjeni i gotovo isključeni iz kolektivnog pregovaranja. Komora je zajedno s liječničkim udrušgama, kako smo već opširno izvjestili, pokušala utjecati na nadležna ministarstva i tijela, posebice na ona kojima su na čelu liječnici, naše kolege, da ublaže svoje stavove o reprezentativnosti sindikata i time omoguće

da liječnici, koji su nositelji najodgovornijeg i najsloženijeg dijela posla u zdravstvu, imaju dostojnu ulogu u kolektivnom pregovaranju. Kao što vam je poznato, nismo u tome uspjeli, ali se zato pojavila neobična inicijativa nadležnog ministra da se u pregovore uključi predstavnik jedne udruge koja okuplja poslodavce u zdravstvu. Nadam se, unatoč svemu, da su oni koji pregovaraju svjesni posljedica koje mogu nastati prihvaćanjem nepovoljnih rješenja za liječnika, bez njihovog pristanka.

U srpnju smo bili na razgovoru s novim ministrom zdravlja. Još čekamo na rješenje problema na koje smo tada ukazali. Koncesijska naknada nije smanjena, Zakon o liječništvu čeka saborski postupak i usklađbu s propisima EU-a još od travnja prošle godine. Osiguranje od profesionalne odgovornosti, iako je zakonom obvezno, nije precizno niti povoljno riješeno. Još nemamo nacionalnu strategiju borbe protiv nedostatka kadrova u zdravstvu, imamo problema s prihvatom mlađih i zainteresiranih liječnika školovanih izvan zemalja članica EU-a, a i s odlaskom naših stručnjaka na rad u zemlje članice EGP-a. Žao nam je što svi ovi pozitivni procesi stoje, a imamo naznaku da se u dijelu zakonskih ovlasti koje Komora ima, ne uvažava ta činjenica. Zato smo zatražili ponovni sastanak s ministrom zdravlja, a i s još nekim nadležnim tijelima u sustavu državne uprave.

Sljedeće godine članovima skupštine i dužnosnicima Komore istječe četverogodišnji mandat. Uskoro će Vijeće raspisati izbore. S vremenom se pokazalo da naš izborni sustav treba popraviti pa se pripremaju izmjene Pravilnika o izborima tijela Komore kao i izvanredna skupština Komore, na kojoj ćemo te izmjene usvojiti. Vjerujem da će se time omogućiti još bolje djelovanje Komore u provođenju svojih javnih ovlasti i ostalih odgovornih zadatača, kako prema sustavu, tako i prema našem članstvu. Prošli izbori pokazali su veliko zanimanje naših članova za sudjelovanjem u radu tijela Komore. Nadam se da će tako biti i na predstojećim izborima, a to samo dokazuje koliko je za naše doktore važna liječnička samouprava, koja u Hrvatskoj ima dugogodišnju tradiciju. Posebno je važno da u godini u kojoj ćemo proslaviti dvadesetu obljetnicu obnovljenog rada Komore, pokažemo svoju zrelost i dokažemo sposobnost sudjelovanja u važnim procesima.

Vjerujem da ćemo usprkos skromnim sredstvima za zdravstvenu zaštitu uspijeti задрžati kvalitet i izvrsnost u pružanju zdravstvene skrbi te da će domoljublje u našim srcima na mnoge utjecati da ne napuštaju Hrvatsku, iako drugdje mogu imati bolje uvjete rada i života.

**Vaš predsjednik
Prim. Hrvoje Minigo, dr. med.**

••••

Obnavljanje licence

• Poštovani članovi Komore, budući da je započelo razdoblje podnošenja zahtjeva za obnovu odobrenja za samostalan rad (licence) te kako bismo vam taj postupak učinili što jednostavnijim, Izvršni odbor Komore je na svojoj 30. sjednici održanoj 12. rujna 2014. dno odluku o načinima podnošenja i prikupljanja zahtjeva - dokumentacije za obnavljanje odobrenja za samostalan rad (licence).

U većim zdravstvenim ustanovama u Zagrebu imenovani su povjerenici Komore, dva umirovljena lječnika, koji će prema rasporedu dogovorenom s upravom zdravstvene ustanove preuzimati zahtjeve lječnika za obnovu licence. Raspored prikupljanja dokumentacije u zdravstvenim ustanovama uskoro će biti objavljen na web stranici Komore, a obavijest će se dobiti i putem newslettera.

Prikupljanje zahtjeva i dokumentacije za obnovu licenci u gradovima gdje postoje stalni administrativni radnici Komore odvijaju se prema dosadašnjem uredovnom radnom vremenu. U Rijeci se stranke primaju ponедjeljom od 13 do 17 sati, a od utorka do petka u vremenu od 9 do 13. U Splitu je uredovno radno vrijeme ponedjeljkom i petkom od 9 do 13 sati, a utorkom, srijedom i četvrtkom od 14 do 19,30 sati. U Osijeku je radno vrijeme za stranke od ponedjeljka do petka od 15 do 18 sati. Imate li bilo kakvo pitanje vezano uz obnavljanje licence, možete sa obratiti i predsjednicima županijskih povjerenstava Komore čija imena i kontakte donosimo u nastavku.

Postupak obnavljanja odobrenja za samostalni rad (licence)

Lječnik kojemu je izdana redovna licenca dužan je zahtjev za njezino obnavljanje podnijeti najkasnije tri mjeseca prije isteka roka na koji mu licenca izdana. Zahtjev se podnosi putem županijskih povjerenstava Komore ili u stručnoj službi Komore u Zagrebu, Tuškanova 37/II.

Uz ispunjeni zahtjev koji se podnosi na propisanom obrascu, a koji će naći na mrežnim stranicama Komore u rubrici Propisi i obrasci (obrazac OL 1), obvezni ste još priložiti:

- presliku prethodnog Odobrenja za samostalan rad (licence)/Rješenja
- obrazac o bodovanju za provjeru stručnosti lječnika

- dokaz o sakupljenim bodovima (minimalno 120) u postupku trajne medicinske izobrazbe

- izjavu o poštivanju odredbi Kodeksa medicinske etike i deontologije Hrvatske lječničke komore

- potvrdu o uplaćenoj članarini (izdaje se prilikom podnošenja zahtjeva u stručnoj službi Komore)

- dokaz o položenom ispitu pred Ispitnom komisijom Hrvatske lječničke komore potvrdu o privremenoj nezaposlenosti izdanu od nadležnog tijela Republike Hrvatske

- potvrdu o privremenoj nesposobnosti za rad (bolovanju) duljou od 42 dana izdanu od nadležnog tijela Republike Hrvatske

- potvrdu o rodiljnom ili roditeljskom dopustu izdanu od nadležnog tijela Republike Hrvatske

- dokumentaciju određenu pozitivnim zakonskim i podzakonskim propisima kojima se uređuje rad stranaca u Republici Hrvatskoj

Dokumenti navedeni pod rednim brojem od 6 do 9 prilaže se ako se opisano odnosi na podnositelja zahtjeva (da je položio ispit pred Ispitnom komisijom Komore, da je privremeno nezaposlen, da je privremeno nesposoban za rad zbog bolovanja, da je na porodiljnom dopustu).

Isti postupak vrijedi i za lječnike umirovljenike kojima je izdana redovna licenca. No, oni mogu licencu prodlužiti i na vremensko razdoblje kraće od šest godina, i to ispunjavanjem obrasca I –VR koji je također dostupan na mrežnim stranicama Komore u rubrici Propisi i obrasci.

Svima onima kojima u razdoblju od 16. lipnja do 31. prosinca 2014. godine istječe valjanost odobrenja za samostalan rad, a uredno su plačali članarinu, Komora će podmiriti troškove upravne pristojbe u iznosu od 70 kuna. Ako niste redovito plačali članarinu, ali je podmirite do trenutka podnošenja zahtjeva za obnovu licence, Komora će također podmiriti trošak upravne pristojbe.

Svi ostali koji se upisuju u Komoru ili su podnijeli zahtjev za promjenu licence ili nisu uredno podmirivali svoje članske obveze, sami snose trošak upravne pristojbe, tj. dužni su uz zahtjev za obnovu licence i ostalu dokumentaciju priložiti i upravni biljež od 70 kuna.

Članarina iznosi 40 kuna mjesечно za umirovljene lječnike. Za zaposlene članarina iznosi 0,40 posto od bruto plaće mjesечно, a ne može biti manja od 40 kuna. Za lječnike privatnike članarina iznosi 0,20 posto od bruto plaće mjesечно.

Adresar podružnica

Bjelovarsko-bilogorska županija

Predsjednica: Gordana Knežević Miličić, dr.med.
Sjedište: Mohorovičićeva bb, Bjelovar
Mob: 091 457 0026
e-mail: knezevicmiličic@gmail.com

Brodsko-posavska županija

Predsjednik: Ninoslav Leko, dr.med.
Sjedište: OB „Josip Benčević“, A. Štampara 42,
Slavonski Brod
Tel: 035/410 571
Mob: 091 457 0024
e-mail: ninoslavleko1@gmail.com

Dubrovačko-neretvanska županija

Predsjednik: Srećko Ljubičić, dr.med.
Sjedište: OB Dubrovnik, Dr. Roka Mišetića 2,
Dubrovnik
Tel: 020/431 777, Mob: 091 457 0033
e-mail: sreckol@bolnica-du.hr

Grad Zagreb

Predsjednik: prof.dr.sc. Vlado Jukić, dr.med.
Sjedište: Hrvatska lječnička komora,
Tuškanova 37, Zagreb
Tel: 01/4500 830
e-mail: hlk@hlc.hr

Istarska županija

Predsjednik: Marino Derossi, dr.med.
Sjedište: OB Pula, Zagrebačka 30, Pula
Tel: 052/541 191, Mob: 091 457 0017
e-mail: istarska@hlc.hr,
marino.derossi@pu.t-com.hr

Karlovačka županija

Predsjednica: Mira Mlinac-Lucijančić, dr.med.
Sjedište: OB Karlovac, A. Štampara 3, Karlovac
Tel: 047/608 078, Mob: 091 457 0029
e-mail: mira.mlinac-lucijanic@bolnica-karlovac.hr

Koprivničko-križevačka županija

Predsjednica: Arambašić Gordana, dr.med.
Sjedište: OB „Tomislav Bardek“,
Sellingerova bb, Koprivnica
Tel: 048/279 632, Mob: 091 457 0016
e-mail: gordana_arambasic@yahoo.com

Krapinsko-zagorska županija

Predsjednik: Ivan Horvatek, dr.med.
Sjedište: Spec. Bolnica za medicinsku rehabilitaciju,
Gajeva 2, Krapinske Toplice
Tel: 049/232 122, Mob: 091 457 0019
e-mail: ivan.horvatek@kr.t-com.hr

Ličko-senjska županija

Predsjednica: Čubelić Sandra, dr.med.
Sjedište: OB Gospić, Kaniška 111, Gospić
Tel: 053/573 324, 053/572 433 lokal 172
Mob: 091 457 0032
e-mail: sandra.cubelic1@gmail.com

Međimurska županija

Predsjednik: Žokalj Ivan, dr.med.
Sjedište: Županijska bolnica Čakovec,
I.G. Kovačića 1 e, Čakovec
Tel: 040 655 626, Mob: 091 457 0028
e-mail: ivan.zokalj@ck.t-com.hr

Osječko-baranjska županija

Predsjednica: doc.dr.sc. Ljiljana Perić, dr.med.
Sjedište: KBC Osijek, J. Huttlera 4, Osijek
Tel: 031/ 511 511, Mob: 091 457 0030
e-mail: peric.ljiljana@kbo.hr
Tajnica: gđa Dobrila Beljakov,
Mob: 091 457 0056

Požeško-slavonska županija

Predsjednik: mr.sc. Marijan Cesarik, dr.med.
Sjedište: OŽB Požega, Osječka 107, Požega
Tel: 034/254 504, Mob: 091 457 0018
e-mail: marijan.cesarik@pozega.hr

Primorsko-goranska županija

Predsjednik: dr.sc. Vladimir Mozetič, dr.med.
Sjedište: Trg Republike Hrvatske 2/l, Rijeka
Tel: 051/ 337 417, Mob: 091 457 0027
e-mail: primorsko-goranska@hlk.hr
Tajnica: gđa Astrid Mikac, dipl.oec.,
Mob: 091 457 0055

Sisačko-moslavačka županija

Predsjednik: Davor Jelaska, dr.med.
Sjedište: OB „Dr. Ivo Pedišić“,

Strossmayerova 59, Sisak

Tel: 044/ 520 357, Mob: 091 457 0020
e-mail: davor.jelaska@skt.com.hr,
sisacko-moslavacka@hlk.hr

Splitsko-dalmatinska županija

Predsjednik: dr.sc. Ivo Jurić, dr.med.
Sjedište: Poljana Grgura Ninskog 7, Split
Tel: 021/ 348 033, Mob: 091 457 0022
e-mail: splitsko-dalmatinska@hlk.hr
Tajnica: gđa Marija Radman Livaja,
Mob: 091 457 0057

Šibensko-kninska županija

Predsjednik: mr. Ivo Blaće, dr.med.
Sjedište: OB Šibenik, Stjepana Radića 82, Šibenik
Tel: 022/ 337 611, Mob: 091 457 0035
e-mail: ivo.blace@si.t-com.hr

Varaždinska županija

Predsjednik: mr.sc. Dragutin Juraga, dr.med.
Sjedište: OB Varaždin,
Ivana Meštrovića bb, Varaždin
Tel: 042/ 311 909, Mob: 091 457 0021
e-mail: varazdinska@hlk.hr,
dragutin.juraga@vz.t-com.hr

Virovitičko-podravska županija

Predsjednica: Željka Perić Sekulić, dr.med.
Mob: 091 457 0015
e-mail: z.peric@email.t-com.hr

Vukovarsko-srijemska županija

Predsjednica: Marija Švagelj, dr.med.
Sjedište: OB Vinkovci, Zvonarska 57, Vinkovci
Tel: 032/ 349 332, Mob: 091 457 0031
e-mail: vukovarsko-srijemska@hlk.hr,
marija.svagelj1@vk.t-com.hr

Zadarska županija

Predsjednik: Miljenko Ljoka, dr.med.
Sjedište: Dom zdravlja Zadar,
Medulićeva 1, Zadar
Tel: 023/ 311 564, Mob: 091 457 0025
e-mail: ord.opce.med.dr.ljoka@zd.t-com.hr

Zagrebačka županija

Predsjednik: Senad Muslić, dr.med.
Sjedište: Ljudevita Gaja 37, Samobor
Tel: 01/3330 735, 01/3330 700
Fax: 01/3361 311, Mob: 091 457 0059
e-mail: senad.muslic@zg.t-com.hr

Povjerenstvo HZZO-a

Predsjednik: Josip Silovski, dr.med.
Sjedište: Mihanovićeva 3, Zagreb
Tel: 01 4577 148, Fax: 01 4577 150, Mob: 098 430 592
e-mail: josip.silovski@hzzo-net.hr

Povjerenstvo MORH-a

Predsjednik: Darko Dogan, dr.med.
Sjedište: Hrvatska lječnička komora,
Tuškanova 37, Zagreb
Tel: 01/ 4500 830, Mob: 091 457 0037
e-mail: darko.dogan@zg.t-com.hr

Pregled aktivnosti HLK

od 18. rujna do 24. listopada 2014.
(od 30. do 31. sjednice IO HLK)

18. rujna 2014.

- dr. S. Mustić u Sarajevu nazočio III. Kongresu Association of general practice/family medicine of South-East Europe

23.-24. rujna 2014.

- prim. dr. H. Minigo, prim.dr. K. Sekelj-Kauzlarić i N. Budić, dipl.iur. u Zagrebu sudjelovali u radu 3. konferencije Hospital Days

24. rujna 2014.

- mr. sc. T. Babić, dipl.iur. u Hrvatskom saboru nazočila konferencija „Pristup informacijama u RH: novi izazovi, nova rješenja“

25.-26. rujna 2014.

- A. Šantek, dipl.novinarka u Rabu medijski popratila 5. simpozij psihijatrije i kognitivne neuroznanosti čiji je Hrvatska lječnička komora pokrovitelj

26.-27. rujna 2014.

- doc. prim. dr. H. Šobat, prim.dr. K. Sekelj-Kauzlarić i N. Budić, dipl. iur. u Bratislavi sudjelovali na sastanku liječničkih komora centralne i istočne Europe - ZEVA

29. rujna 2014.

- N. Budić, dipl.iur. i dr. Ž. Rogić u Ministarstvu zdravljia održale sastanak u vezi Zakona o upravnim pristojbama
- prim. dr. V. Mahovlić i prim.dr. D. Mrazovac u Zagrebu nazočili konferenciji „Jačanje zdravstvenih sustava-mogućnosti i perspektive“

29. rujna-3. listopada 2014.

- prim. dr. K. Sekelj-Kauzlarić u Komori održala predavanja specijalizantima fizičalne medicinе i rehabilitacije, sukladno Pravilniku o specijalističkoj izobrazbi doktora medicine

3. listopada 2014.

- dr. B. Šita u Zagrebu nazočio otvaranju XIV. kongresa Hrvatskog društva obiteljskih doktora

4. listopada 2014.

- A. Šantek, dipl.novinarka u Zagrebu medijski popratila akciju Pokretom protiv parkinsona

4.-5. listopada 2014.

- prim. dr. K. Sekelj-Kauzlarić i N. Budić, dipl.iur. u Opštiji aktivno sudjelovale u radu 8. hrvatskog internističkog kongresa

6. listopada 2014.

- prim. dr. H. Minigo u Ministarstvu zdravljia nazočio sjednici Povjerenstva za priznavanje naziva primarijus

9. listopada 2014.

- prim. dr. H. Minigo i prim.dr. K. Sekelj-Kauzlarić u Ministarstvu zdravljia nazočili sjednici Nacionalnog povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine

- mr. sc. T. Babić, dipl.iur. u Zagrebu nazočila predstavljanju udžbenika „Psihoterapijski pravci“

10. listopada 2014.

- prim. dr. H. Minigo i A. Šantek, dipl.novinarka u Po-reču nazočili 21. tradicionalnim Danima Belupa

13. listopada 2014.

- prim. dr. K. Sekelj-Kauzlarić u Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skribi sudjelovala na sastanku radne skupine za reviziju Priručnika o standardima kvalitete zdravstvene zaštite

14. listopada 2014.

- prim. dr. K. Sekelj-Kauzlarić u Zagrebu nazočila simpoziju povodom desetogodišnjice djelovanja Hrvatskog nacionalnog odbora „Desetljeća kosti i zglobova 2010-2020“

Izgubljene, otuđene i uništene iskaznice

• Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijsama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da su dr. **Vedrana Vondrak**, dr. **Helena Alfrević** i dr. **Franciska Lančić** prijavile gubitak liječničke iskaznice HLK-a, a dr. **Fedor Freiherr von Klobučar**, dr. **Siniša Telarović** i dr. **Božena Brinc Kotjarov** otuđenje iskaznice. U roku od 30 dana od objave gubitka, otuđenja ili uništjenja liječničke iskaznice u službenom glasilu Lječničkim novinama, Komora, odnosno izdavatelj iskaznice, liječnicima će izdati novu iskaznicu.

6. Sjednica Glavnog odbora HLZ-a i posjet Vukovaru

Hrvatske prof. dr. sc. Jasna Lipozenčić i predsjednik Hrvatskoga liječničkog sindikata mr. sc. Ivica Babić te predsjednici ili predstavnici podružnica HLZ-a.

Sjednica je započela ovjerovanjem zapisnika 5. Sjednice Glavnog odbora te iscrpnim izvješćem predsjednika prof. Krznarića o radu Izvršnog odbora koji je u razdoblju od 24. svibnja do 2. rujna 2014. održao 14. sjednica, te iznošenjem izvješća o aktivnostima podružnica Zbora.

Iz izvješća predsjednika HLZ-a važno je istaknuti da je u razdoblju između dviju sjednica održan XIV. Proljetni simpozij medicinske etike HLZ-a „Odnosi među liječnicima u Hrvatskoj“, da su u okviru prijateljske suradnje između grada Mainza i Zagreba u posjet Podružnici Zagreb HLZ-a bili kolege iz Liječničke udruge grada Mainza. Podružnica Zagreb je ove godine u suradnji s Podružnicom Zadar HLZ-a organizirala stručni simpozij i međusobno druženje s kolegama u Zadru.

Hrvatski liječnički zbor je u suradnji s MSD-om održao prezentaciju online izdanja Merckovog priručnika dijagnostike i liječenja, priručnika diferencijalno dijagnostičkih postupaka, kao i priručnika za bolesnike čija se aplikacija može naći i na web stranici HLZ-a.

Nakon katastrofalnih poplava koje su zadesile Hrvatsku, centrala HLZ-a i stručna društva dali su donaciju Hrvatskom crvenom križu za pomoć stanovnicima poplavljenih područja RH u iznosu od 137.000,00 kuna.

Posebno treba istaknuti da je predsjednica Savjeta za zdravljne Grada Zagreba prof. dr. sc. Mirna Šitum sazvala I. konstituirajuću sjednicu Savjeta u Gradskoj skupštini Grada Zagreba, gdje je predsjednik HLZ-a prof. Krznarić bio nazoran kao član Savjeta za zdravljne.

Održana je Skupština Hrvatskoga liječničkog sindikata u Osijeku, gdje je predsjednik Podružnice Osijek, prof. dr. sc. Željko Vranješ, pozdravio skup, te Skupština Hrvatske liječničke komore gdje je skup pozdravio predsjednik HLZ-a prof. Krznarić.



Polaganje vijenca na memorijalnom groblju u Vukovaru

- U petak, 19. rujna, članovi Glavnog odbora HLZ-a, na čelu s predsjednikom prof. dr. sc. Željkom Krznarićem održali su 6. Sjednicu Glavnog odbora u Vukovaru.

Pri dolasku u Vukovar, članove Glavnog odbora dočekala je predsjednica podružnice Vukovar doktorica Mirjana Semenić Rutko

zajedno s bivšom ravnateljicom Vukovarske bolnice dr. Vesnom Bosanac, koja je riječima dobrodošlice zaželjela članovima Glavnog odbora uspešan rad sjednice. Prije početka sjednice prof. Krznarić je naglasio da Glavni odbor HLZ-a ima izuzetnu snagu jer su prisutni predsjednica Akademije medicinskih znanosti

Renomirana njemačka agencija traži liječnike specijaliste (m/ž) za rad u Njemačkoj



• Specijalist onkolog

za poziciju glavnog liječnika (vođenje odjela, s težištem na liječenju onkoloških pacijenata)

• Specijalist pulmolog

s poznavanjem sustava upravljanja kvalitetom u medicini (Quality Management);
12 tjedana godišnjeg odmora, radno vrijeme 20 – 40 sati (za nepuno radno vrijeme),
puno radno vrijeme max. 35 sati, 1 hitna intervencija mjesečno.

•

Za navedene pozicije predviđena je plaća sukladna Liječničkoj tarifi. Preduvjet za zaposlenje je znanje njemačkog jezika kao i odgovarajuća dokumentacija za potrebe liječnika koji odlaze u Njemačku radi zaposlenja.

Cijenjene prijave molimo poslati u **Njemačko-hrvatsku industrijsku i trgovinsku komoru**, Zagreb, putem maila na melita.maganic@ahk.hr.

Ova je godina jubilarna 140. te je tom prigodom osvježena web stranica HLZ-a postavljanjem knjige: „Hrvatski liječnički zbor od 1874. – 2014.“ i „Predsjednici HLZ-a od 1874. – 2004.“, a u pripremi je i engleska verzija knjige. Isto tako u pripremi je i jubilarni broj „Liječničkog vjesnika“ posvećen podružnicama HLZ-a kroz povijest.

Nakon izvješća predsjednika HLZ-a, delegati podružnica iznosili su svoja izvješća i probleme. Raspravljalo se i o aktualnim pitanjima u zdravstvu s kojima se liječnici svakodnevno susreću: od uvođenja smjenskog rada preko spajanja bolnica i smanjenja budžeta i broja liječnika do ocjenjivanja svakog pojedinog liječnika. Upravo zbog toga potrebno je i dalje njegovati dobre odnose koje HLZ ima s Hrvatskom liječničkom komorom, Hrvatskim liječničkim sindikatom, Akademijom medicinskih znanosti Hrvatske, Ministarstvom zdravlja i Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje.

Zaključeno je da će se sjednice Glavnog odbora održavati svaka dva mjeseca, i to po mogućnosti u podružnicama HLZ-a.

Pri završetku sjednice, koja je trajala nešto duže od predviđenog, članovi Glavnog odbora i predsjednici HLZ-a krenuli su prema Iloku gdje su posjetili poznate Iločke stare vinjske podrume te degustirali neke od svjetski poznatih i nagrađivanih vina s ovih prostora. Dan je zaključen prigodom večerom i tamburašima uz obalu Dunava.

Sljedećeg dana organiziran je posjet Principovcu, dvoruču izgrađenom još 1864. godine nadomak središta povjesnog i vinskog grada Iloka, na pejzažnom brežuljku odakle se pruža vidik na nepregledne vinograde i blage obronke Fruške gore koji se spuštaju prema Dunavu. Spomenuti dvorac, koji je okružen vignogradima, ujedno je i jedna od najboljih vingradskih pozicija u Hrvatskoj.

Nakon kratkog odmora uz pogled na Ilok, put je nastavljen prema Vukovaru gdje su, prije povratka u grad, članovi Glavnog odbora HLZ-a obišli Memorijalno groblje žrtava iz Domovinskog rata. Tu su predsjednik HLZ-a prof. Krznarić, zajedno s potpredsjednikom prof. dr. sc. Brklačićem i predsjednikom podružnice Vukovar dr. Semenić Rutko u ime HLZ-a odali počast žrtvama Domovinskoga rata polaganjem vijenca ispred centralnog spomenika „Zračni križ“ u kojem gori vječni plamen za sve vukovarske stradalike Domovinskog rata.

Pri dolasku u Vukovar, organiziran je posjet muzeju Vukovarske bolnice koji je jedan od poznatijih simbola stradanja grada Vukovara i njegovih stanovnika iz vremena oružane velikosrpske agresije s početka 90-ih.

Prisutni su prošli poznatim hodnikom gdje su, u tri mjeseca okupacije, liječnici



Predsjednik Zbora prof. dr. Željko Krznarić (lijevo) i dopredsjednik prof. dr. Boris Brklačić s dr. Vesnom Bosanac u Vukovaru

bolnice skrbili o žrtvama okupacije grada te građanima koji su utocište i nadu za spas potražili upravo u bolnici. Nakon toga su posjetili su Gradski muzej Vukovara u dvoru Eltz.

Muzej je osnovan 1948. godine donacijom rimskog novca, namještaja, oružja i umjetničkih slika koje je svom gradu poklonio dr. Antun Bauer. S radom je započeo u Zgradiji diližansne pošte u staroj baroknoj jezgri, a 1966. preseljen je u Dvorac Eltz.

Do 1991. Muzej je sadržavao fond od oko 50 tisuća eksponata. Tijekom Domovinskog rata dvorac Eltz pretrpio je velika oštećenja, a zbirke koje su se tu čuvale također su stradale.

Naime, dio je potpuno uništen, dio je nepovratno nestao, a dio je odvezен u Srbiju. Nakon dugogodišnjeg truda i diplomatskih aktivnosti Ministarstva kulture Republike Hrvatske taj dio zbirke vraćen je u Vukovar 13. prosinca 2001.

Svoj su posjet podružnici Vukovar članovi Glavnog odbora, zajedno s predsjednikom, završili upravo obilaskom dvorca Eltz.

Ondje su mogli doživjeti povijest i kulturu grada Vukovara i njegove okolice te

vidjeti kako se grad razvijao kroz povijest i godine koje su ga najviše obilježile.

Potom su se oprostili s predsjednikom podružnice Vukovar dr. Mirjanom Semenić Rutko i krenuli prema Zagrebu.

.....

Savjetnik ministra zdravlja prof. dr. Ratko Matijević predstavlja novi Nacionalni plan razvoja bolnica

Postavili smo ciljeve koji su teški, ali realni

Tekst i slike Andreja Šantek



• Posebni savjetnik ministra zdravlja za plan i analizu prof. dr. Ratko Matijević proteklih se mjeseci bavio revidiranjem Nacionalnog plana razvoja bolnica koji je bivši ministar prof. dr. Rajko Ostojić predstavio na proljeće. Dr. Matijević kaže kako je uvijek lakše napraviti prenake gotovog ako postoji dobra podloga nego raditi sve ispočetka, te dodaje kako prethodnoj radnoj grupi treba dati priznanje za rad i trud. Ekipa ljudi koja je radila s bivšim ministrom, kaže, radila je dobar posao iako se s nekim stvarima nije složio.

„Plan je zaustavljen zbog nekoliko

razloga. Prvi je metodološki, što znači da plan nije uzeo u obzir epidemiološke karakteristike gravitirajućeg stanovništva. Da bi se takav plan napravio bili su potrebni mnogo veći resursi i mnogo veća aktivnost snimanja stanja od strane konzultantske tvrtke“, kaže dr. Matijević, dodajući da sumnja da bi to itko radio za 200 tisuća eura, koliko je plaćeno konzultantima, s obzirom na to da bi u tom slučaju bilo riječi o mnogo većem projektu.

Druga zamjerka, koja je prema dr. Matijeviću možda još i važnija, jest da se planiranje bolničkog sustava u okviru Nacionalnog

plana temeljilo na broju kreveta. To može poslužiti kao metoda zdravstvenog planiranja i koristi se u nekim dijelovima svijeta, dodaje, ali definitivno ne odgovara onome što mi želimo od našeg zdravstvenog sustava.

„Važno je reći da je Nacionalni plan trebao definirati broj kreveta u svim bolnicama i biti predmetom saborske rasprave, a to bi u značajnoj mjeri usporilo reforme i bacilo nas deset koraka unatrag. Tijekom izrade plana razgovarali smo sa svim ravnateljima i predsjednicima sanacijskih i upravnih vijeća, udruženama, Zborom, Komorom. Neki od ravnatelja rekli su nam da je u njihovim bolnicama predviđen određen broj kreveta i djelatnosti, ali da oni za to nemaju dovoljno doktora koji bi pružali sve tražene usluge. I da je ostao broj kreveta kao kategorija zdravstvenog planiranja, svačka promjena zahtijevala bi pokretanje saborske rasprave. A da ne spominjem i lokalnu upravu koja je već i prilikom prvog Nacionalnog plana imala primjedbe na smanjenje broja kreveta u svojim županijskim bolnicama“, kaže dr. Matijević. Nakon što smo zaustavili Nacionalni plan, kaže, napravili smo SWOT analizu triju mogućnosti.

„Prva je bila izrada novog plana koji bi bio bolji jer bi ga kreirali na bazi epidemioloških karakteristika i bio bi bolje planiran, što bi dovelo do primjerenijeg rezultata. Ali bi bio neopisivo skuplji i neizvediv prije drugog dijela 2015. Godine, što znači da bi se zadрžalo postojeće neučinkovito stanje, posljedice na zdravlje populacije mogle bi biti ozbiljne, a javno mnenje bi nam reklo da ne znamo i ne radimo svoj posao. No, takav plan bi omogućio nešto što je nužno, a to je tzv. «bottom up» procjenu učinkovitosti, što podrazumijeva utvrđivanje učinkovitosti od baze prema vrhu, za razliku od prvobitne verzije Nacionalnog plana koji ide obrnutim putem, tj. od upravljačkih struktura prema dolje. I to nismo mogli promjeniti, ali niti prihvatiti jer bi bio izrazito radikalан za neke dijelove Hrvatske“, kaže dr. Matijević.

Druga je mogućnost bila primjena postojećeg Nacionalnog plana, koji bi se mogao uvesti odmah, ali smo shvatili da on nije dobar jer bi možda usporio reforme te smo se odlučili za treću opciju, tj. primjenu postojećeg plana, ali uz neke korekcije.

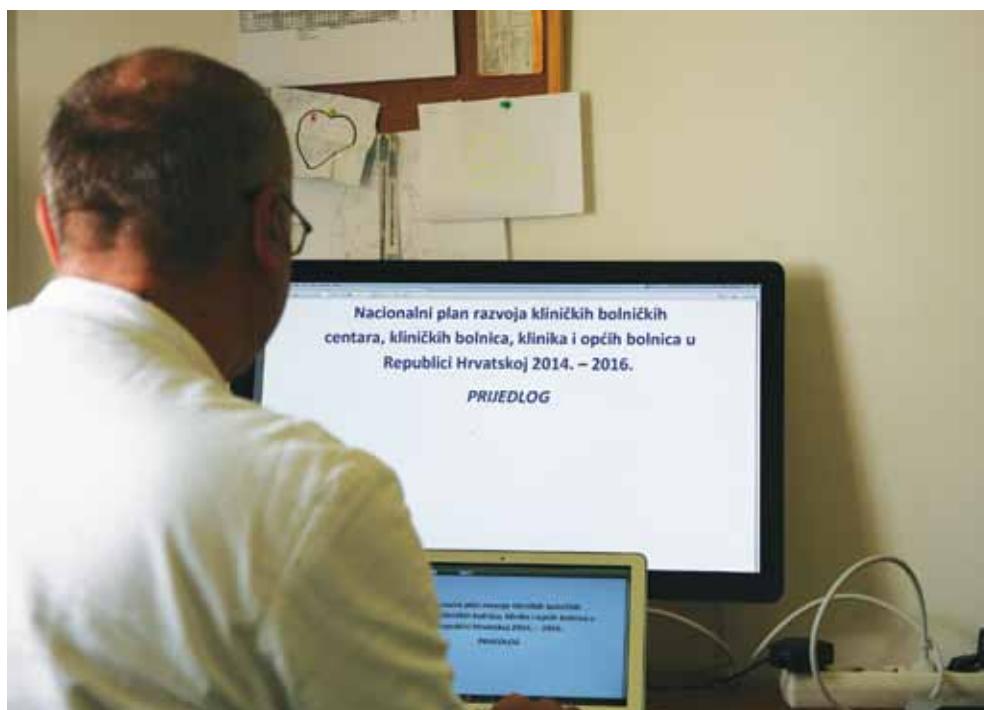
„Prednost je bila što nije bilo potrebe za novom investicijom. Ministarstvo zdravlja vodi projekt i uvodi promjene, prihvatali smo sve primjedbe na nedostatke koje su pristigle u javnoj raspravi, usredotočili smo se na dobre stvari i eliminirali loše. Krećemo u implementaciju plana odmah nakon javne rasprave, ali je otvorena mogućnost da ga modificiramo u hodu kroz drugi, novi operativni dokument, Nacionalni registar pružatelja zdravstvenih usluga“, objašnjava dr. Matijević.

Dodaje kako su temeljna načela Nacionalnog plana ostala ista. Načelo supsidiarnosti podrazumijeva spuštanje zdravstvenih problema i njihovo rješavanje na najnižu moguću razinu, a drugo je načelo funkcionalne integracije.

„Francuzi“ su ocjenili stanje i naveli kako svi ključni pokazatelji kapaciteta, uspješnosti, učinkovitosti, stope produktivnosti i ostalih parametara poslovanja nisu optimalni. Postojeća bolnička mreža ocijenjena je nedovoljno prilagođenom potrebama stanovništva i zato mislim da je trebalo više pažnje posvetiti epidemiološkim karakteristikama stanovništva“, kaže dr. Matijević. Primjerice, u istočnoj Slavoniji i južnoj Dalmaciji jednak je broj kreveta na isti broj gravitirajućeg stanovništva, ali je učestalost nekih bolesti, primjerice, infarkta, različita.

„Smatram da je to trebalo uzeti u obzir pa tamo gdje je stopa veća trebalo je povećati mogućnost pružanja nekih zdravstvenih usluga, a u drugoj regiji smanjiti“, pojašnjava dr. Matijević.

Također je utvrđen i nesklad u sursima između akutnih i drugih modaliteta zdravstvene zaštite, velike su razlike između bolnica različitih kategorije. Prvotni Nacionalni plan je odredio da stopa popunjenošću kreveta treba biti 85 postotna, da treba smanjiti bolnič-



ko liječenje za 10 do 30 posto te je utvrdio i minimalan broj ustrojbenih jedinica.

„Mi smo ljestvicu spustili na 80 do 85 posto, ovisno o djelatnosti, a što se tiče boravka u bolnici smatramo da u nekim slučajevima duljinu treba smanjiti čak i do 40 posto,

primjerice, na oftalmologiji. Pa možda i više. I dalje imamo velik broj bolnica koje mrenu ne operiraju u dnevnoj bolnici“, kaže dr. Matijević. „Ostavili smo funkcionalnu integraciju koju je ponudila prva inačica Nacionalnog plana, s tim da bolnice Slavonski Brod i Nova Gradiška te Požega i Pakrac ostaju spojene. Njihovo će se poslovanje analizirati godinu dana, a krajem siječnja 2015. odlučit će se hoće li ostati spojene ili ih treba razdvojiti.“ Dr. Matijević kaže da će se pratiti ključni pokazatelji uspješnosti, ključni pokazatelji kvalitete, financijsko poslovanje i liste čekanja, i to će biti osnova za donošenje bilo kakve odluke.

„Kako nam nije odgovarao pokazatelj isključivo broja i popunjenošću kreveta kao metode zdravstvenog planiranja, a budući reda mora biti i pravila se moraju definirati, krenuli smo s osnivanjem Nacionalnog registra pružatelja zdravstvenih usluga. Kako kapaciteti ne znače usluge, a pun krevet ne znači da se u njemu netko zaista i lječi, u novom planu je sve definirano temeljem usluga“, objašnjava dr. Matijević. „Određeno je da će se stopa akutnog bolničkog liječenja smanjiti za 10 posto, kao i duljina bolničkog liječenja, ali i da će se povećati broj slučajeva obrađenih u dnevnoj bolnici. To sve može, ali i ne mora imati za posljedicu bitne promjene u broju kreveta. Palijativna i produljena skrb također imaju svoje mjesto, ali na taj način da to ima pozitivan fiskalni učinak. Broj kreveta više neće biti kategorija za ugovaranje s HZZO-om, ali će biti parametar za osnivanje odjela i planiranje ljudskih resursa.“

„Ciljevi Nacionalnog plana su ostali isti, a dodane su pojedine ključne mjere: uspostavljanje Nacionalnog registra, ugovaranje

Prelaskom na jednodnevnu kirurgiju moguće su milijunske uštede

- U Ministarstvu zdravlja u tijeku je analiza provođenja 15 postupaka jednodnevne kirurgije na prikupljenim podacima za 2013. i za prvi šest mjeseci ove godine.

„Na temelju ukupnog broja BO dana utvrdili smo koliko je za samo tih 15 dijagnoza bilo na desetke tisuća nepotrebnih dana bolničkog liječenja, budući da je riječ o zahvatima koji su mogući u dnevnoj kirurgiji. Uzmemo li pri analizi u obzir cijenu od 350 kuna potencijalne uštede za bolnicu ako se ti zahvati prebaće u dnevnu bolnicu, dolazimo do milijunskih iznosa“, kaže dr. Matijević.

Uz jednodnevnu kirurgiju otvara se i pitanje pravovremene i kvalitetne patronažne skrbi i zdravstvene njege u kući, koja trenutno djeluje pretežito prema kroničnim bolesnicima u svrhu uputa i demonstracije nekih postupaka samokontrole i prevencije komplikacija osnov-

ne kronične bolesti, i nema toliko aktivnu ulogu akutne brige o bolesnicima. Dr. Matijević ističe da treba redefinirati njihovu ulogu na taj način da uz postojeći posao pružaju bolju i kvalitetniju akutnu skrb bolesnicima koji su izašli iz bolnice nakon nekog zahvata.

„Bit će potrebne dvije stvari: prenajmena postojećih kapaciteta i edukacija ljudi da se bave dodatnim poslovima. Na mjestima gdje neće biti dostatna patronaža i zdravstvena njega u kući, trebat će osnovati nove timove. Uvjeti akutne dnevne kirurgije zasigurno neće biti isti za grad Zagreb i za ruralna područja, pa stoga u svim mjerama Nacionalnog plana nije definirana točna brojka, već se govori o rasponima. Također, kad govorimo o povećanju kapaciteta dnevne bolnice za 10 posto, već u ovom trenutku ima ustanova gdje se ona može povećati i za 30 posto. Ako neka bolница, posebno na područjima od posebne državne skrbi, ne može ostvariti 10 posto, nitko je zbog toga neće zatvoriti niti podvrgnuti sankcijama, a za to mora postojati opravdani razlog i to neće smjeti biti pravilo nego iznimka“, kaže dr. Matijević.

•

bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete u skladu s Nacionalnim registrom, unapređenje sustava bolničkog financiranja na taj način da cijena usluge bude realna, plaćanje bolnica ne bi bila po limitima nego po ispostavljenom računu za izvršenu ugovorenu uslugu. A preduvjet je za ostvarenje ciljeva Nacionalnog plana izlazak HZZO-a iz riznice. Ono što je najvažnije i na čemu će se inzistirati jest funkcionalno spajanje.

Primjerice, bolnica A ima pet kreveta u jednoj djelatnosti, a bolnica B šest. Prema pravilnicima i broju zaposlenih ta dva odjela ne mogu opstati, skupi su jer i jedan i drugi imaju dežurstva, imaju dva šefa, dvije glavne sestre, dvije administracije, a kvaliteta zdravstvene skrbi može biti suboptimalna. Funkcionalna integracija znači da bolnice u kojima postoje ta dva odjela i dalje ostaju pravni subjekti, ali djelatnost je integrirana između ta dva odjela, što znači, primjerice, da će akutni kreveti biti samo u bolnici A, kamo se može preseliti osoblje iz bolnice B.

Na taj će način imati veći broj i sestara i liječnika po krevetu, imat će jednog šefu odjela, jednog dežurnog doktora. Ali to ne znači da u bolnici B više neće biti te djelatnosti već će ona ostati u okviru SKZZ-a, ambulantni i/ili dnevne bolnice. Funkcionalnom integracijom bolnica povećat će se mobilnost radnika, što će omogućiti djelotvornije upravljanje ljudskim resursima. Drugim riječima, bolja iskorištenost postojecih radnika smanjit će potrebu za novim zapošljavanjem.

U Nacionalnom planu navodi se da je vrlo važno pripremiti se za funkcionalnu integraciju s pravnog osnova, kako bi promjene ugovora ili aneksi ugovoru o radu, koji će nedvojbeno uslijediti nakon funkcionalne integracije, bili uskladeni sa zakonskom regulativom. U upravljanju ljudskim resursima presudnu će ulogu imati komunikacijski proces, kako bi se jasno definirala potreba za promjenom koja će pomoći u prihvatanju načela, ali i posljedica funkcionalne integracije na djelovanje sustava i na pojedince u njemu. Skupi i sofisticirani uređaji moći će se objediniti i upotrebljavati na jednomu mjestu, umjesto na dva ili više mjesta u istoj skupini funkcionalno integriranih bolnica. Omogućit će se i bolje planiranje potreba za nabavom novih medicinsko-tehničkih uređaja i ostale medicinske opreme, izbjegći će se preklapanje u postupcima obnove opreme.

Na kraju, očekuje se manji trošak za potrošne materijale, lijekove, dijagnostiku i drugo, primjenom nove metode liječenja. Krajem boravkom pacijentata u bolnici smanjit će se i mogućnost bolničkih infekcija i time, između ostalog, potrošnja skupih rezervnih antibiotika.

Nećemo nikoga tjerati na to, ali nakon predstavljanja plana ravnatelji sami dolaze i nude integraciju. Naime, oni moraju u 2015. godini smanjiti stopu akutnog bolničkog liječenja za pet posto, prosječnu stopu popunjenošću kreveta dovesti na 80 posto (s dozvoljenim varijacijama, ovisno o djelatnosti), smanjiti duljinu bolničkog liječenja (ovisno o djelatnosti i ustanovi) za pet do 20 posto, povećati broj ambulantnih usluga za minimalno pet posto, te povećati broj slučajeva dnevne bolnice i dnevne kirurgije za minimalno pet posto. Dakle, bolnice koje to neće moći ostvariti, a o tome će im ovisiti ugovaranje s HZZO-om, krenut će u funkcionalnu integraciju, što neke već i čine, kaže dr. Matijević. Dodaje kako se stvari 'neće lomiti preko koljena', ali će ravnatelji morati ostvariti ciljeve. Niti jedna bolnica se neće zatvoriti, dodaje, a u prve dvije godine neće se ukinuti niti jedna djelatnost, jer to ne bi bilo ispravno bez ponorno provedene analize.

„Ne želimo niti građanima onemogućiti pristup zdravstvenoj zaštiti. Njihova prava ovim Nacionalnim planom ostaju potpuno ista, nema nikakve razlike, samo što će možda za neke stvari morati s Črnomerca umjesto na Sveti Duh otići na Rebro, iz Čakovca u Varaždin, no i nadalje će velik dio usluga moći dobiti u ustanovi gdje su ih i prije dobivali“, kaže dr. Matijević, dodajući kako se sve to radi ponajprije zbog povećanja kvalitete usluge.

Dr. Matijević kaže kako su uprave bolnica obvezne najkasnije mjesec dana nakon usvajanja Nacionalnog plana pripremiti projekt njegove provedbe i dostaviti ga Ministarstvu. Moraju napraviti plan kako smanjiti stopu akutnog bolničkog liječenja (primjerice, pacijenta koji dolazi na nepotrebno ležanje prebaciti u dnevnu bolnicu, pacijente koji dobivaju terapiju na krevetu prebaciti u dnevnu bolnicu, zahvate koje su do sada radili u okviru akutnih kreveta prebaciti na dnevnu kirurgiju), smanjiti trajanje bolničkog liječenja (primjerice, smanjiti projekat ležanja trudnica nakon poroda sa sadašnjih šest na četiri dana), povećati broj ambulantnih usluga (primjerice, otvaranjem još jedne ambulante ili racionalizirajući vrijeme rada u postojećoj), moraju prosječnu stopu popunjenošću kreveta dovesti na 80 posto (jedna od mogućnosti je smanjenje broja kreveta, što će za posljedicu imati i veći komfor za pacijente). Ministarstvo zdravlja će projekte ocijeniti i predložiti promjene budu potrebne, a nakon toga uprave bolnica trebaju te projekte raspraviti sa svim radnicima. Provođenje projekata i navedenih mjera počinje 1. siječnja 2015., s punom implementacijom do kraja godine.

„U Nacionalnom planu ne postoji riječ ušteda nego racionalizacija i ovaj plan ne predviđa povećanje izdvajanja za zdravstvenu zaštitu. Ravnatelji će morati svaki mjesec do-

stavljati svoje troškove HZZO-u, što prije nisu morali, već su dostavljali samo prihode i rasshode. A svaka tri mjeseca HZZO će dostavljati Ministarstvu finansijske učinke provedbe Nacionalnog plana, kao što će to biti dužni i svi ravnatelji i sanacijski upravitelji. Ti će se podaci objedinjavati i na taj način će se pratiti što se događa u sustavu, s obzirom i na kvalitetu, i na dostupnost, ali i na racionalizaciju troškova“, objašnjava dr. Matijević.

Trenutno je u tijeku unos podataka u Nacionalni registar, koji će se prilagoditi čim se usvoji Nacionalni plan. U registar se unose podaci za sve zdravstvene ustanove, neovisno o vlasništvu ili djelatnosti (specijalne, kliničke, opće...).

„U njemu će se, uz osnovne podatke o ustanovi, njenom osnivaču, strukturi, kontaktu i odgovornim osobama, naći i podaci o odobrenim i ugovorenim djelatnostima. Nakon toga će se naći i podaci o maksimalnom broju postelja pa ugovoreni broj i relativni stvarni broj kreveta. Naša je želja da se s vremenom u registar uvede i dodatna kategorija - razina, tj. složenost djelatnosti koja se može pružati u nekoj zdravstvenoj ustanovi“, kaže dr. Matijević. Odgovornost za formiranje i ažuriranje Registra je u nadležnosti Ministarstva, a trebao bi biti gotov mjesec dana nakon prihvatanja Nacionalnog plana, tj. do kraja godine, budući da će Registar biti osnova za ugovaranje u 2015. godini.

„Kada postaviš ljestvicu previsoko i kada dva puta padneš, više ne preskačeš, odustaneš. Kada staviš ljestvicu prenisko, preskočiš je i kažeš 'Baš me briga, ovo je lako'. Dakle, treba naći sredinu i mislim da smo u tome uspjeli, da će ljudi preskočiti ljestvicu, možda ne od prve, ali neće biti demotivirani time što je ne mogu preskočiti ili podmotivirani u smislu 'lako ćemo'. Postavili smo ciljeve koji su teški, ali realni“, kaže dr. Matijević.

.....

Migracija zdravstvenih radnika u svjetlu pristupa Republike Hrvatske Europskoj Uniji

Mario Trošelj, dr. med.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za javno zdravstvo, Odjel za ljudske i materijalne resurse u zdravstvu

- Uz pojmove «zdravstveni radnici» i «planiranje», neminovno se spominje odljev, odlazak (engl. outflow), odnosno «stock and flow», izraz koji ujedno označava jednu od metoda planiranja zdravstvenih radnika.

Pritom bi se trebalo uzeti u obzir broj onih koji ulaze u «rezervoar» (engl. stock) kao i broj onih koji odlaze. Metoda je poznata, rekli bismo «stara», ali uvjek aktualna i potrebna te ovisna o kvalitetnim podacima.

Ni migracija zdravstvenih radnika nije neka nova pojava, predstavlja i jedan od razloga odlaska iz rezervoara zdravstvenih profesionalaca. Ono s čim počinje problemati-

ka planiranja, koje uključuje i predviđanje, jest utvrđivanje broja onih koji su na raspolaganju (unutar, ali i izvan zdravstvenog sustava) kao i broja onih koji dolaze i odlaze.

Također je poznato da do statističkih podataka o migraciji nije jednostavno doći, osobito o vanjskoj migraciji. Bolje planiranje potreba za zdravstvenim stručnjacima i ulazak Hrvatske u EU ističu potrebu za raspolažanjem ovakvim podacima, tim više što zasad nemašto uspostavljeno sustavno praćenje migracije zdravstvenih radnika.

Potrebu ne umanjuje, a niti predstavlja veliku utjecahu, činjenica da većina zema-

lja ne prati sustavno takve podatke. One pak koje prate, rade to na različite načine, primjerice, neke zemlje bilježe državu rođenja, a neke državu u kojoj je završeno obrazovanje. Kao posredan pokazatelj migracijskih podataka koriste se i podaci o broju stranih državljanina koji traže potvrdu stručnosti (priznavanje licence) od nadležnih komora zdravstvenih radnika ili državnog tijela. Zbog toga i međunarodna usporedba migracijskih podataka ima stanovita ograničenja.

U Hrvatskoj se emigracija i bilježenje spominje u nekim izvješćima, a su rijetka istraživanja koja ih kvantificiraju. U sažetom opisu bliske prošlosti može se navesti da je sredina devedesetih godina prošloga stoljeća obilježena višom stopom nezaposlenosti liječnika, a prema podacima koji se spominju u jednoj studiji, zemlju je od 1991. do 2001. napustilo 139 znanstvenika s područja medicinskih znanosti. Iz Hrvatske su zdravstveni radnici odlazili desetljećima, a ciljnim se državama navode Slovenija, Italija (posebice za medicinske sestre) te zapadnoeuropejske zemlje i SAD.

S početkom novoga stoljeća smanjuje se broj nezaposlenih liječnika te se u Hrvatskoj za tu profesiju umjesto viška tada najavljuje budući nedostatak.

U širem smislu dolazi do globalizacije tržišta rada i povećanja gospodarske i socijalne nejednakosti među zemljama, što povećava broj zdravstvenih radnika koji migriraju. Migracije zdravstvenih djelatnika proučava od 1940.



i SZO – Regionalni ured za Europu; u njihovom se izvještaju mogu pronaći podaci za Hrvatsku prema istraživanju Health Workforce Migration Project database (OECD, 2009). U njemu se napominje kako se za podatke o migracijama često ne može utvrditi je li riječ o privremenoj emigraciji, npr. zbog usavršavanja ili stjecanja stručnog iskustva nakon čega se radnici vraćaju u svoje zemlje.

U posljednje vrijeme razvili su se novi oblici privremene migracije u kojima neki radnici obitelji imaju u jednoj, a rade u drugoj zemlji, ili sucesivno migriraju na kraća razdoblja, ili pak rade u inozemstvu svega po nekoliko dana zadržavajući pritom radna mjesta u vlastitim državama.

Ovo označava i dodatnu složenost, tj. nameće pitanje metodologije praćenja podataka koju zapravo svaka zemlja razvija sama za sebe.

Prema nedavnoj studiji je monitoring, praćenje podataka, glavna svrha za neke zemlje, u drugima (Bugarska, Hrvatska, Finska, Francuska) tim se podacima koriste kao temeljem za procjene i oni su dio nacionalnih planova koje donose ministarstva zdravlja. U većoj skupini zemalja je analiza, kao odgovor na trenutačne izazove, glavna svrha planiranja. Pritom su prisutne varijacije u smislu kako je to konkretno realizirano u pojedinim zemljama s obzirom na stvarni rezultat, opseg ponude i potražnje i s obzirom na tijela koja sudjeluju u planiranju i analizi.

U vrlo malom broju europskih zemalja je planiranje zdravstvenih radnika tako sveobuhvatno da se učinkovito iskoristava prigodom donošenja odluka i raspoređivanja (alokacije) resursa tijekom duljeg vremena. Primerom je navedeno «pametno izvještavanje» (engl. intelligence reporting) u Velikoj Britaniji, koje uključuje analizu sustava, rizika i mogućnosti uzimajući u obzir pojedine zdravstvene profesije, kombiniranje njihovih znanja i vještina (skill mix) i vrste usluga koje mogu pružiti. Prema procjenama, u Europi će do 2020. nedostajati milijun zdravstvenih radnika. U suočavanju s nedostatkom liječnika, medicinskih sestara, problemima planiranja i migracije zdravstvenih radnika, došlo je do više međunarodnih inicijativa i programa u kojima je uključena i naša zemlja.

Hrvatska stalno prati i podržava preporuke SZO-a te se uključila u provedbu kodeksa "Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel", preporuke koja ujedno predstavlja instrument u regulaciji, poboljšavanju i uspostavi standarda kod procesa migracije. Ova preporuka je usmjerena na razvoj i jačanje obrazovanja i usavršavanja, uspostavu sveobuhvatnog informacijskog sustava o zdravstvenim radnicima te na neadekvatnu

raspodjelu i zadržavanje radnika u svojoj zemlji. Kodeks upozorava i na principe etičnosti kod odlaska znatnog broja zdravstvenih profesionalaca, kada dolazi do osiromašivanja matične zemlje.

Na razini Europe i EU-a aktualna je inicijativa za rješavanje očekivanog nedostatka zdravstvenih djelatnika. U odlukama u dodatku za 3. program zdravstvene zaštite koji je prihvatile Europska komisija (2011. godine) navedeno je kako je jedan od ciljeva razviti učinkovito planiranje i predviđanje potreba za zdravstvenim radnicima. Stoga je u travnju 2012. odobrena programska platforma na temu zajedničke akcije planiranja i predviđanja potreba za zdravstvenim djelatnicima (Joint Action on European Health Workforce Planning and Forecasting). U programu sudjeluju 24 zemlje, njih šesnaest kao pomoći, a osam kao suradnički partneri, među kojima je i Hrvatska.

Program ove zajedničke akcije usmjeren je prema stvaranju baze znanja o metoda planiranja, koje su različite, a kako nema zlatnog standarda, razmjenom iskustava povećao bi se kapacitet, tj. mogućnost odabira samih zemalja. Napredak se očekuje u boljem praćenju i pravodobnom raspolažanju podataka, osobito onima o mobilnosti i migracijama u EU i Europi. Prijedlog suradnje za pouzdjanje podatke ide u smjeru razmjene zabilježenih dolazaka stranih državljanima, što zemlje kvalitetnije registriraju nego podatke o emigraciji. Podaci bi se spremali na posebnu mrežu stranicu te bi ih zemlje mogle preuzimati i za svoje državljane.

Uz razvijanje preciznijih metoda izračuna o predviđenim potrebama, želi se povećati utjecaj planiranja i predviđanja zdravstvenih radnika na političko odlučivanje.

Planirano je i stvaranje smjernica o mogućnosti suradnje između određenihs i izvođiših zemalja, primjerice kroz cirkularnu mobilnost, jednakе mogućnosti i jednakе uvjete za radnike imigrante.

Tijekom prošlih godina postoji i suradnja na temu zdravstvenih radnika u okviru Zdravstvene mreže zemalja jugoistočne Europe (South-eastern Europe Health Network – SEEHN).

Uz postojeću Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva 2012. – 2020. godine, započela je priprema ili izrada više strateških dokumenta i projekata, između ostalih Strategije informatizacije zdravstva, Master plana bolnica te Strategije razvoja ljudskih potencijala u zdravstvu. Ovaj dokument trebao bi biti povezan sa svim ostalim strateškim dokumentima te temeljito prikazati sadašnje stanje, trendove u vezi sa zdravstvenim djelatnicima, označiti prioritete i predložiti mjere i postupke održava-

nja i poboljšanja mogućosti u srednjoročnom i dugoročnom smislu.

Uz prihvaćanje Direktive EU 2005/36/EC i donošenje Zakona o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija, treba spomenuti u okviru IPA pristupnih programa (Instrument for Pre-Accession Assistance) i projekt Podizanje znanja i vještina medicinskih sestara i primalja i ujednačavanje obrazovnog programa s tom direktivom.

Budući da je kriza zdravstvenih radnika višedimenzionalan izazov, u širim se razmjerima žele uložiti naporci za implementaciju SZO kodeksa. To na jedan način treba biti i obvezujuće za države, jer planiranje je ključno, a rezultati planiranja trebaju postati dijelom nacionalnih politika i mjera za osiguranje održivosti zdravstvene radne snage.

Literatura

- Bui Dang Ha Doan. Health manpower projections in France. In WHO Regional Office for Europe ed. Projections in Europe: Methods and applications. WHO ISBN 92890 10363 Copenhagen, 1986;105-119.
- Dussault G. et al, Migration of health personnel in the WHO European region http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/95689/E93039.pdf
- Adamović M. Mežnarić S. Potencijalni i stvari "odljev" znanstvenog pomlatka iz Hrvatske: empirijsko istraživanje. Revija za sociologiju, Vol.34 No.3-4 Prosinc 2003.
- Health worker migration flows in Europe: Overview and case studies in selected CEE countries, Working paper. International Labour Office, Geneva, 2006. pg. 92-101
- Liječničke novine. Hrvatskoj nedostaju liječnici. 2005, Godina V. Broj 41. 6-8.
- http://ec.europa.eu/health/workforce/key_documents/study_2012/index_en.htm
- http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf
- Commission Implementing Decision on the adoption of the 2012 work plan, in the framework of the second programme of Community action in the field of health (2008-2013) C 358/8 Official Journal of the European Union 8.12.2011
- http://www.mohprof.eu/LIVE/DATA/National_reports/national_report_Summary_SEEHN.pdf
- Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. • 2020. NN br. 116/2012
- http://www.zdravje.hr/programi_i_projekti/svjetska_banka_ugovor_o_zajmu
- http://www.zdravje.hr/programi_i_projekti/eu_projekti/ipa_prestupni_program

(Pretisak iz časopisa mef.hr,
vol 32, 2013, broj 1)

Skup Savjeta za zdravstvo HDZ-a o jačanju zdravstvenog sustava

• 'Bit će bolje nego prije. Naš je cilj točna vrijednost za uloženi novac. Hrvatska će i dalje biti socijalna država, posebno za ranjive skupine kao što su djeca, trudnice, branitelji i invalidi, koji će i dalje imati zagarantiranu zdravstvenu zaštitu. Hrvatska je Ustavom definirana kao socijalna država i takva će ostati i za nekoliko mjeseci, kada Tomislav Karamarko bude premijer', rekao je predsjednik HDZ-ovog Savjeta za zdravstvo prof. dr. **Ante Čorušić** na konferenciji „Jačanje zdravstvenih sustava – mogućnosti i perspektive“. Konferenciju je 29. rujna u Zagrebu organizirala Zaklada hrvatskog državnog zavjeta u suradnji sa Zaklalom **Konrad Adenauer** i Odborom za zdravstvo HDZ-a. Osim domaćih predavača gostovali su i njihove kolege iz inozemstva. Konferencija se bavila regulacijom zdravstvenih sustava Hrvatske i drugih zemalja, ulogom Europske komisije kao regulatora, odnosom državnih finansija i zdravstvenog sustava, zdravstvenim turizmom (inozemne uspješnice) i zdravstvenim klasterima.

Tom prigodom dr. Čorušić nije želio govoriti o konkretnim planovima koje njegova stranka ima o reformi zdravstva, ali je ipak napomenuo da će njihov plan razvoja bolničkog sektora biti bolji od plana trenutne Vlade. Ustvrdio je da u 30 godina iskustva nikada nije bilo gore u zdravstvu.

„Prošao sam sve segmente, od liječnika obiteljske medicine, ratnog doktora do sveučilišnog profesora koji vodi međunarodni projekt. Nikada u zdravstvenom sustavu nije bilo gore nego sada. Hrvatska je u zadnje tri godine, prema podacima iz Eurobarometra, pala za tri mesta zbog nesposobnosti ove Vlade i ministara. Umjesto da se Varga i Ostojić svađaju, mogli su surađivati u interesu građana“, rekao je dr. Čorušić. Dodao je kako aktualna Vlada nije riješila primarnu zaštitu, sustav hitne pomoći te da ima problem sa zaštitom ljudi na otocima.

Predsjednik stranke Tomislav Karamarko na otvorenju konferencije rekao je da sadašnji sustav zdravstvene zaštite ne ispunjava svoju ulogu, a to je za HDZ visokvalitetna zdravstvena skrb.

„Činjenica je da nismo ni blizu europske A lige. Bliže smo začelju B lige s tendencijom pada u režiji aktualne vlade. Ne slažemo



Prof. dr. sc. Ante Čorušić, predsjednik Odbora za zdravstvo HDZ-a, Ingrid Fischbach, parlamentarna državna tajnica, njemačko Savezno ministarstvo zdravstva, dr. Steve Long, predsjednik SC Long savjetovanje, akademik Željko Reiner, potpredsjednik Hrvatskog sabora, prof. dr. sc. Milan Vrkljan, član Odbora za zdravstvo HDZ-a i moderator dr. Pavo Kostopeč, član Odbora za zdravstvo HDZ-a

se s ovakvim stanjem i rasporedom prioriteta i smatramo ga neprihvatljivim“, rekao je Karamarko, koji je sudionicima konferencije poručio da HDZ želi s njima naći primjerene modele za novu zdravstvenu zaštitu koja će omogućiti ulazak u A ligu. AŠ

hrvatskih bolnica prema dobavljačima mogu se očekivati godišnje uštede u javnim nabavama do 300 milijuna kuna, smatraju u Ministarstvu i HZZO-u. Već će korištenjem osnovnih pogodnosti cash poolinga uključene bolnice samo na boljim uvjetima financijskog poslovanja imati uštede od oko 5,5 milijuna kuna godišnje.

„Objedinjeno vođenje računa nije ništa novo u modernom poslovanju, no hrvatski bolnički sustav do sada nije koristio ovu mogućnost iako je potencijal ušteda na razini Hrvatske veći od 300 milijuna kuna godišnje. Cash pooling uz uštede na boljim uvjetima financijskog poslovanja donosi veću transparentnost i pregled kretanja novca unutar sustava, otkrivanje dodatnih rezervi financiranja za nabavu opreme te potencijal za smanjivanje rokova plaćanja i jačanje financijskog stanja sveukupnog bolničkog sustava. Istovremeno se za bolnice ništa ne mijenja, one mogu i dalje slobodno raspolagati svojim novcem“, rekao je **Davor Katavić**, dipl. oec., pomoćnik ministra zdravljia za pravne i financijske poslove.

Ministar Varga rekao je da želi s novcem koji je na raspolaganju zdravstvu ostvariti najviše za naše građane te kako nikome u sustavu ne bi smjelo biti u interesu da se taj novac rasipa na nepotrebne troškove.

Cash poolingom do značajnih ušteda u bolnicama

• „Pametnim upravljanjem zdravstvenim sustavom i njegovim novčanim tijekovima moguće je značajno uštedjeti na korist hrvatskih građana“, rekao je ministar zdravlja prim. dr. **Siniša Varga** 11. rujna prilikom potpisivanja ugovora o cash poolingu za zagrebačke bolnice kojima je osnivač Republika Hrvatska. Ugovor je potpisani s Erste bankom koja je kroz tri kruga pregovora ponudila najbolje ukupne uvjete za vođenje cash poolinga bolnica u Zagrebu.

Riječ je o postupku objedinjavanja vođenja poslovnih računa, a kroz zajednički nastup



Ugovor su potpisali sancijski upravitelji KBC-a Zagreb doc. dr. sc. Zlatko Giljević, KBC-a Sestre milosrdnice prof. dr. sc. Vesna Šerić, KB-a Dubrava prof. dr. sc. Marko Banić, KB-a Merkur prim. dr. sc. Dinko Škegro, Klinike za infektivne bolesti Dr. Fran Mihaljević prof. dr. sc. Adriana Vince, Klinike za dječje bolesti Zagreb Osman Kadić, dipl. oec., v.d. ravnateljice HZZO-a Tatjana Prenda Trupec s predstvincima Erste banke Krešimirom Gunjačom i Antonom Lucjanovićem

„Ovo je samo jedna u nizu mjera koje ćemo realizirati kako bismo hrvatskom zdravstvu omogućili održivo financiranje. Upravo će izlazak HZZO-a iz Državne riznice, u kombinaciji s mjerama poput cash poolinga, omogućiti transparentnije trošenje novca. Transparentnije znači i povoljnije, kako bi hrvatskim građanima omogućili bolju zdravstvenu njegu“, rekao je ministar Varga.

Godišnji promet bolnica koje su potpisale ugovor iznosi 2,8 milijardi kuna, a u okviru cash poolinga dobit će znatno bolje pasivne kamatne stope na novac na računu (prije između 0,18 i 0,5 posto, u cash poolingu 2,8 posto), znatno bolje kamatne stope za prekoračenja po računu i međufinanciranje (prije su bolnice plaćale prema komercijalnim uvjetima koji prepostavljaju kamatu veću od 7 posto, a u cash poolingu je interna kamata 3 posto), za 30 posto je snižen trošak platnog prometa, pa će samo na platnom prometu bolnice u Zagrebu uštedjeti oko 100.000 kuna. AŠ



3. Hospital Days konferencija

Ministarstvo priprema pravilnik o trajnoj medicinskoj izobrazbi

- Treća Hospital Days konferencija koja je 23. i 24. rujna održana u Zagrebu okupila je više od 600 sudionika, regionalnih i domaćih stručnjaka za zdravstvo, predstavnike farmaceutske industrije, zdravstvenog osiguranja, informatike i drugih djelatnosti vezanih uz poslovanje bolnica. Organizirala ju je softverska tvrtka IN2, a partner je bila tvrtka Samsung. Na kraju konferencije sudjelovao je i ministar zdravlja prim. dr. **Siniša Varga**, koji je rekao da su planirane promjene u zdravstvu sveobuhvatne i dugoročno će dovesti do ostvarenja krajnjeg cilja – ulaska Hrvatske u elitni klub top 5 zemalja u Europi prema kvaliteti zdravstvene skrbi.

Prestanak privilegiranja državnih bolnica i zanemarivanje privatnog sektora uvjet je za oporavak javnog zdravstva, rekao je prof. dr. **Nikica Gabrić**, ravnatelj Specijalne bolnice za oftalmologiju Svjetlost u sklopu tematskog bloka Upravljanje bolnicama. On smatra da su nužne sustavne promjene, racionalizacija i plaćanje bolnicama po obavljenim uslugama te da će promjene u zdravstvenom sustavu biti moguće tek kada se dopusti jačanje privatnog sektora. S druge strane, ravnatelj Klinike za ortopediju Lovran prof. dr. **Branko Šestan** vidi rješenje finansijskih problema javnih bolnica



Prof. dr. sc. Željko Krznarić, predsjednik HLZ-a, prim. dr. Hrvoje Minigo, predsjednik HLK-a, dr. Dragan Korolija Marinić, pomoćnik ministra zdravlja, dr. Slobodanka Bolanča, medicinska direktorka u GSK-u i Vlasta Zmazek, članica Izvršnog odbora KUZ-a

u transparentnoj objedinjenoj javnoj nabavi i kadrovskoj racionalizaciji.

«Ključno je bilo rješavanje javne nabave, s ciljem da to bude javna nabava u punom smislu te riječi, na način da mora omogućiti otvorenu konkureniju. Zatim smo spontano počeli provoditi prirodni odljev smanjenjem broja zaposlenih na način da u trenutku odlaska ljudi u mirovinu nismo nikoga zapošljavali», rekao je dr. Šestan. Dodao je kako njegova bolnica osam godina posluje bez gubitaka te se usprotivio Gabrićevoj ideji da bolnice trebaju voditi dobrini menadžeri, a ne liječnici. Smatra da se samo upravitelj koji dobro poznaje posao bolnice može suprotstaviti moćnim lobijima koji traže raspisivanje tendera u njihovu korist. Sanacijski upravitelj KBC-a Zagreb doc. dr. **Zlatko Giljević** upozorio je da se u tom KBC-u liječi oko 50 posto svih pacijenata. Svi dolaze ovamo, rekao je dr. Giljević, jer ono što trebaju ne mogu dobiti drugdje. Dodao je kako bolnice popisuju ugovore na koje ne mogu utjecati, a moraju primiti sve pacijente. Na okruglom stolu o temi Uloga farmaceutske industrije u kontinuiranoj medicinskoj edukaciji zdravstvenih radnika sudjelovali su pomoćnik ministra za transplantaciju i biomedicinu dr. **Dragan Korolija Marinić**, predsjednik HLK-a prim. dr. **Hrvoje Minigo**, predsjednik HLZ-a prof. dr. **Željko Krznarić**, članica Izvršnog odbora KUZ-a **Vlasta Zmazek** te medicinska direktorka u tvrtki GlaxoSmithKline dr. **Slobodanka**



Ministar zdravlja prim. Siniša Varga, dr. dent. med.

Bolanča. Problem je što kronično nedostaje novaca, čulo se u raspravi, a pred liječnike je stavljena zakonska obveza da se kontinuirano educiraju.

Osim donacija i sponsorstva za edukaciju koja stižu iz farmaceutske industrije, Hrvatskoj će na raspolažanju biti i novac iz EU fondova. Kako je rekao dr. **Korolija Marinić**, od 200 milijuna eura koja su predviđena za zdravstvo i socijalnu skrb u razdoblju od 2014. do 2020. godine, 30 milijuna eura je predviđeno za edukaciju pa je stoga nužno pripremiti dobre projekte kako bi se taj novac i dobio.

„Ministarstvo zdravlja u pripremi prijedloga pravilnika o edukaciji surađuje s ministarstvima pravosuđa i unutarnjih poslova kako bi novi zakonski okvir što bolje regulirao prava pacijenata, ali i prava liječnika i medicinskog osoblja, kako bi kontinuiranim usavršavanjem i edukacijom još kvalitetnije liječili pacijente“, rekao je dr. Korolija Marinić. Treba iskoristiti nove tehnologije i nove modele edukacije, a e-učenje će svakako u budućnosti biti velik oslonac struci, istaknuo je dr. Krznarić. Dr. Minigo je podsjetio da je trajna medicinska izobrazba regulirana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o liječništvu te da postoji i Pravilnik o trajnoj medicinskoj izobrazbi HLK-a koji propisuje edukaciju za dobivanje i obnavljanje licence. Dodao je kako je e-učenje sve veći trend, koji slijedi i Komora, pa je za tu namjenu osigurala i novac. Podsjetio je da je upravo trajna medicinska izobrazba bila tema 4. simpozija Komore koji je ujedno postavljen i na online platformu te je na taj način dostupan doktorima. Dr. Minigo kazao je da nema ništa protiv pravilnika koji priprema Ministarstvo, ali da bi prije donošenja o njemu trebalo raspravljati i s Komorom kako se ne bi ponavljalo dočenje zakonskih propisa bez mišljenja struke, a koji tada vrve nelogičnostima. Na konferenciji je bilo riječi i o akreditaciji i kategorizaciji bolnica, a o svojim je iskustvima govorila i **Biserka Simčić** iz slovenskog Ministarstva zdravlja, koja je radila na uvođenju akreditacijskih standarda u Sloveniji. Pomoćnica ravnateljice u Agenciji

za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu dr. **Maša Bulajić** rekla je kako je akreditacija svojevrsno jamstvo kvalitete medicinske usluge i standara zdravstvene ustanove, koja postaje nezabilazan faktor konkurentnosti na europskom i svjetskom tržištu. Predsjednik Povjerenstva za akreditaciju MZ-a dr. sc. **Miroslav Harjaček** najavio je kako će Povjerenstvo uskoro napraviti kriterije prema kojima će i strane akreditacijske kuće moći akreditirati hrvatske zdravstvene ustanove. Također je najavio da će već nakon Nove godine u bolnicama biti zaposlene osobe koje će raditi na akreditaciji.

U sklopu teme Zdravstveno osiguranje, na okruglom stolu sudjelovali su predstavnici HZZO-a te osiguravateljskih kuća iz Hrvatske i Slovenije. Predsjednik uprave Vzajemne zdravstvene zavarovalnice **Aleš Mikeln** rekao je da monopol u zdravstvenom osiguranju nije ni u čijem interesu jer je konkurenca važan faktor razvoja zdravstvenog osiguranja, koje uvijek stavlja interes pacijenta na prvom mjestu.

Po prvi su put na konferenciji bile organizirane i stručne radionice, a u prostoru Hypo centra izlagački prostor u kojem su tvrtke IN2, Samsung i drugi izlagači predstavili najnovije proizvode, usluge i rješenja s područja zdravstvene i IT industrije.

Tekst i slike Andreja Šantek



Iz HZZO-a

Stopa bolovanja 9 posto manja u prvom polugodištu 2014. nego u istom razdoblju lani

- HZZO nastavlja s provođenjem nadzora i kontrola nad svojim ugovornim partnerima i izvršavanjem ugovornih obveza kao i kontrolom privremene nesposobnosti za rad (bolovanja). Na razini primarne zdravstvene zaštite provedeno je 2.370 kontrola. U usporedbi s podacima za prošlu godinu, stopa bolovanja je u prvom polugodištu 2014. manja za 9% nego u istom polugodištu 2013., tj. s 3,07 stopa je spuštena na 2,8. Isto tako, broj dana bolovanja manji je za 642.255 ili za 9,36%, dok je 4000 manje dnevno bolesnih.

Novi postupci medicinski pomognute oplodnje na teret obveznog zdravstvenog osiguranja

Utvrđeni su novi dijagnostičko-terapijski postupci (DTP) vezani uz postupak medicinski potpomognute oplodnje koji će se ubu-

duće obavljati na teret obveznog zdravstvenog osiguranja.

Riječ je o postupcima kirurške biopsije sjemenika, postupku sakupljanja i kriopohrane oocita bez postupka IVF, postupku kriopohrane spermija te postupku kriopohrane zametaka i/ili preostalih jajnih stanica. Ovi će postupci omogućiti procjenu kvalitete više pojedinačnih uzoraka te njihovu kriopohranu za više postupaka medicinski pomognute oplodnje, što će pacijentima uvelike olakšati proces i poštediti ih višestrukog obavljanja zahtjevnih medicinskih postupaka.

Isto tako, utvrđeni su i novi DTP-i jednodnevne kirurgije operacija abdominalne hernije i palmarna fasciectomija zbog Du-puytrenove kontrakure.

Novi lijekovi na listama lijekova HZZO-a

Na Osnovnu listu lijekova HZZO-a uvršteno je 5 novih lijekova: lenalidomid za liječenje multiplog mijeloma, certolizumabpegol za liječenje reumatoidnog artritisa, apiksaban za profilaksu tromboembolije u visokorizičnih bolesnika kod operacije kuka i totalne zamjene koljena u ortopediji, korifolitropin alfa, stimulator ovulacije, lijek gadobenična kiselina, kontrastno sredstvo za prikaz magnetskom rezonancijom te 52 oblika generičkih paralela i dodatnih oblika postojećih lijekova na listi.

Na Dopunsку listu uvršteno je 12 novih lijekova: rotigotin za liječenje Parkinsonove bolesti, vortioxetin za liječenje depresije, azelastin hidroklorid + flutikazon propionat za liječenje alergijskog rinitisa, indakaterol + glikopironij za liječenje kronične opstruktivne plućne bolesti (KOPB), prukaloprid za liječenje opstipacije uzrokovane opijatima kod onkoloških bolesnica, alogliptin, alogliptin + pioglitazon, saksagliptin + metformin, linagliptin + metformin za liječenje šećerne bolesti, pimekrolimus za liječenje atopijskog dermatitisa,

lijekovi celekoksib i naproksen s protuupalnim i antireumatskim djelovanjem te 12 oblika generičkih paralela i dodatnih oblika postojećih lijekova na listi. Na Popis posebno skupih lijekova stavljena su dva nova lijeka: lenalidomid za liječenje multiplog mijeloma i lijek levodopa + karbidopa, intestinalni gel za liječenje Parkinsonove bolesti. Uz to je za lijek sorafenib uvedena nova indikacija: »Za liječenje uznapredovalog hepatocelularnog karcinoma jetre».

HZZO financira pripravnički staž za 633 kandidata

HZZO će finansirati pripravnički staž u 2014. godini za 633 kandidata izabrana nakon javnog natječaja za finansiranje pripravničkog staža provedenog u srpnju. Pripravnički staž HZZO će osigurati za 519 doktora medicine, 65 doktora dentalne medicine, 39 magistara farmacije i 10 magistara medicinske biokemije.

Izabrani kandidati će staž obaviti u bolničkim zdravstvenim ustanovama, poliklinikama i ljekarničkim zdravstvenim ustanovama čiji su osnivači županije i Grad Zagreb, ustanovama hitne medicinske pomoći, domovima zdravlja i zavodima za javno zdravstvo, te poliklinikama i ljekarničkim zdravstvenim ustanovama čiji su osnivači druge pravne i fizičke osobe i kod privatnih zdravstvenih radnika. HZZO poziva ugovorene zdravstvene ustanove da sklope ugovore o finansiranju pripravničkog staža s HZZO-om za kandidate koji su izabrani. Javnim natječajem kako bi već u listopadu mogli početi s obavljanjem pripravničkog staža.



IAEA u HAZU-u

- Predsjednik Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti akademik **Zvonko Kusić** primio je 29. rujna članove misije Međunarodne agencije za atomsku energiju (IAEA) Svjet-



Članovi IAEA u HAZU-u

ske zdravstvene organizacije koji, na poziv Ministarstva zdravlja, do 3. listopada borave u Hrvatskoj kako bi dali doprinos stvaranju Nacionalnog programa za kontrolu raka. Akademik Kusić svoje je goste upoznao s povješću i ustrojem HAZU-a i istaknuo ulogu Razreda za medicinske znanosti, dok je o ciljevima misije IAEA govorila njena koordinatorica **Maria Villanueva** (na slici desno). Predstavnici IAEA posjetit će, osim HAZU, i druge institucije kako bi se upoznali sa stanjem u hrvatskom zdravstvu. Cilj im je dati sveobuhvatnu procjenu hrvatskih kapaciteta za kontrolu raka, posebno kad je u pitanju prevencija, rano otkrivanje, dijagnostiranje, liječenje i palijativna skrb.

Marijan Lipovac

vač prezentirao je svoja iskustva i rezultate dviju, na ovim prostorima pionirskih znanstvenih studija iz područja nuklearne onkologije, odnosno "in vivo" imunosintigrafse dijagnostike kolorektalnog karcinoma. U prvoj studiji su korištena cijela (intaktna) monoklonalna anti-CEA antitijela, a u potonjoj manje molekule, tj. dijelovi antitijela ili fragmenti u procjeni proširenosti bolesti. Nakon predavanja u trajanju od 30 minuta održana je znanstvena rasprava. Prim. Lacić, kao jedini aktivni sudionik iz Hrvatske, bio je angažiran i kao predsjedavajući na sjednici o području nuklearne onkologije.

Sljedeći, XII kongres bit će održan od 20.-24. travnja 2018. u Melburnu, Australia.

M. L.



Akademik Zijad Duraković (lijevo) i Zdenko Ostojić, tajnik Razreda za medicinske znanosti HAZU BiH i predstojnik Klinike za ortopediju MEF-a u Mostaru

znanstvenih istraživanja i umjetničkog stvaralaštva, predlagati mišljenja za unaprjeđenje znanosti i umjetnosti, kao i drugim pitanjima važnim za društvo i podizanje tehničkih ustroja i sustava koja podržavaju društvo (infrastrukture). Temeljna joj je zadaća raditi na razvoju znanosti, kako bi ta područja bila u korak sa svijetom. Surađivat će i s drugim akademijama.

Za njenog prvog predsjednika izabran je akademik prof. dr. sc. **Jakov Pehar** s Agronomskog fakulteta Sveučilišta u Mostaru. Njeno sjedište je u okviru kampusa Sveučilišta u Mostaru.

Na utemeljiteljskoj sjednici izabrana su 23 člana Akademije, od kojih je 14 redovitih i 9 dopisnih članova. Kako je istaknuo akademik Jakov Pehar, stav je HAZU BiH da akademici biraju akademike, pa su na prijedlog matičara: sedam akademika iz Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti u Zagrebu (HAZU), pet iz Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine (ANUBiH) i jednog iz Akademije nauka i umjetnosti Republike Srpske (ANURS), na utemeljiteljskoj sjednici izabrani sljedeći članovi HAZU BiH (abecednim redom):

Prof. dr. Stjepo Andrijić,

Ekonomski fakultet u Sarajevu (dopisni član)

Prof. dr. Marko Babić,

Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu (dopisni član)

Prof. dr. Mladen Bevanda,

Filozofski fakultet Sveučilišta u Sarajevu
(redoviti član)

Prof. dr. Dragan Čović,

Strojarski fakultet Sveučilišta u Mostaru (redoviti član)

Prof. dr. Zijad Duraković,

MEF Sveučilišta u Zagrebu, u trajnom zvanju,
Institut za antropologiju i The World Life Institute,
Waterport, New York, SAD (redoviti član)



Prim. Lacić (u sredini) predsjedava sjednicom o nuklearnoj onkologiji

• XI Svjetski kongres nuklearne medicine i biologije (XI Congress of World Federation of Nuclear Medicine and Biology) održan je od 27.-31. kolovoza u Cancunu, Meksiko. Ova poznata turistička destinacija na meksičkim obalama Kriplskog mora, koje je nekada nastanjivala civilizacija Maya i neposrednoj blizini jednog od sedam svjetskih čuda (Chichen Itza), ugostila je i dva pridružena kongresa: XXIV Kongres nuklearne medicine zemalja Latinske Amerike (XXIV Congres of ALASBIMN), te III Kongres nuklearne medicine Meksika (III Congreso de la Federacion Mexicana de Medicina Nuclear eImagen Molecular).

Na poziv znanstvenog i organizacijskog odbora održao je ravnatelj Poliklinike Lacić prim. dr. sc. **Miodrag Lacić**, specijalist nuklearne medicine, predavanje "Immunoscintigraphy (radioimmunodetection) with Tc-99m labelled anti-CEA monoclonal antibody and anti-CEA fragments in evaluation of patients with colorectal carcinoma". Kao glavni istraži-

Za člana izabran i akademik Zijad Duraković iz Zagreba

• Akademija za znanost i umjetnost Bosne i Hercegovine (kratica: HAZU BiH) utemeljena je na svečanosti u ponedjeljak dne 23. lipnja odlukom vodstva Sveučilišta u Mostaru. To je povijesni događaj, jer prvi put hrvatski narod u Republici Bosni i Hercegovini ima svoju akademiju. Na njeno osnivanje čekalo se punih 14 godina. Toga je dana prihvaćen njen Statut, prema kojem će imati ukupno 35 članova, od čega 15 redovitih članova i 20 dopisnih članova, a imat će i počasne članove, kao i suradnike.

Osnovana je na temelju županijskog Zakona o Akademiji, a pretpostavljat će sve univerzalne vrijednosti. Postoji ustanova istog naziva u Mostaru koja je udruga građana, a HAZU BiH koje je predsjednik akademik Jakov Pehar, legalna je ustanova. Uz HAZU BiH osnovanu 23. lipnja, u BiH sada postoje četiri akademije: Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine (ANUBiH) osnovana u Sarajevu 1951., koja djeluje na području Federacije BiH, Bošnjačka akademija nauka i umjetnosti (BANU) osnovana u Novom Pazaru 9. lipnja 2011. i Akademija nauka i umjetnosti Republike Srpske (ANURS) osnovana 11. listopada 1996. u hotelu na planini Jahorini.

Uloga HAZU BiH AZU BiH HAZbit će sudjelovanje u organiziranju znanstvenog i kulturnog rada na najvišoj razini, brinuti se o kulturnom nasljeđu, objavljivati rezultate

Prof. dr. Vlatko Filipović,
redatelj iz Čapljine (dopisni član);

Prof. dr. Julijana Grbelja,

Prirodoslovno-matematički fakultet Sveučilišta
u Sarajevu (dopisna članica)

Prof. dr. Mirko Grujić,

Medicinski fakultet Sveučilišta u Sarajevu (dopisni
član)

Prof. dr. Željko Ivanković,

književnik i eseist iz Sarajeva (dopisni član)

Prof. dr. Franjo Ljubić,

Ekonomski fakultet Sveučilišta u Mostaru (dopisni
član)

Prof. dr. Vlado Majstorović,

Strojarski fakultet Sveučilišta u Mostaru (redoviti član)

Prof. dr. Stjepan Marić,

Strojarski fakultet Sveučilišta u Sarajevu (dopisni član)

Umjetnik Florijan Mičković,

akademski skulptor iz Mostara (dopisni član)

Prof. dr. Ante Mišković,

Strojarski fakultet Sveučilišta u Mostaru (redoviti član)

Prof. dr. Šimun Musa,

Filozofski fakultet Sveučilišta u Mostaru (redoviti član)

Odvjetnik Josip Muzesulmović,

pravnik i književnik u Mostaru (redoviti član)

Prof. dr. Zdenko Ostojić,

Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru (redoviti
član)

Prof. dr. Miroslav Palameta,

Filozofski fakultet Sveučilišta u Mostaru (redoviti član)

Prof. dr. Jakov Pehar,

Agronomski fakultet Sveučilišta u Mostaru (redoviti
član)

Prof. dr. Ljubo Šimić,

Medicinski fakultet Sveučilišta u Mostaru (redoviti
član)

Prof. dr. Mirko Tomić,

Pravni fakultet Sveučilišta u Mostaru (redoviti član)

Prof. dr. Tomo Vukšić,

Katolički bogoslovni fakultet u Mostaru (redoviti član);

Prof. dr. Božo Žepić,

Pravni fakultet Sveučilišta u Mostaru (redoviti član).

Skupština je jednoglasno prihvatile predložene kandidate. Na svečanosti upriličenoj na kraju rada 2. Skupštine održane dne 26. rujna u Mostaru, svim akademicima uručene su povelje o članstvu u HAZU BiH.

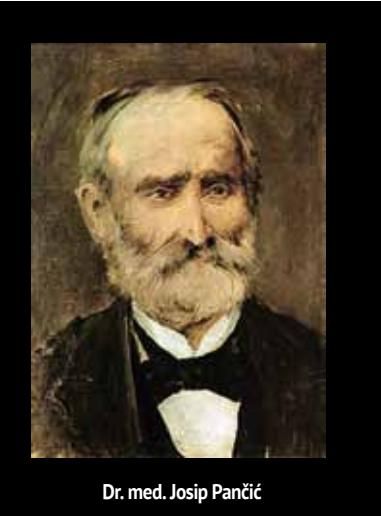
Željko Poljak



Hrvatski liječnik osnovao Srpsko lekarsko društvo

Proslava 200-godišnjice rođenja dr. med. Josipa Pančića

Bribir je 1225. infeudirao hrvatsko-ugarski kralj Andrija II, a 1814. tu se rodio akademik JAZU dr. med., slavni botaničar, liječnik i znanstvenik **Josip Pančić**. Svečanost velikog jubileja organizirali su MEF i KBC – Klinika za psihijatriju Rijeka, Vinodolska općina i OŠ „Dr. Josip Pančić“ 27. lipnja. Svjetski renomirani



Dr. med. Josip Pančić

prirodoslovac dr. Pančić studirao je na Filozofskom fakultetu u Zagrebu, pa potom odlazi na MEF u Budimpeštu 1833-1843., zatim se bavio praksom u Banatu i eradicirao epidemiju kolere u Srbiji. Pošto je od svog primorskog djetinjstva bio oduševljen prirodoslovljem, posvetio se proučavanju flore, faune i mineralogije Balkana. Odlično prihvaćen u obrenovićevskoj kraljevini, imao je sve privilegije za ostvarivanje svog rada i doživio u Srbiji visoke počasti kao znanstvenik. Organizirajući brojne ekspedicije na Kopaonik, Taru, Durmitor, bosanske planine i Deliblatsku pješčaru, otkrio je 102 autohtone, do tada nepoznate biljne vrste, što sve nose njegovo ime u svjetskim sistematizacijama i klasifikacijama. Najpoznatije su endemi Picea omorika Pančići i Ramondia serbica Pančić.



Pančićeva omorika

Bio je šef bolnice u Beogradu, osnivač Srpskog lekarskog društva i prvi predsjednik Kraljevske srpske akademije. Inauguralnom disertacijom postao je doktor medicine – laureat ugarskog sveučilišta i Mađarske akademije znanosti, narodni poslanik u Narodnoj skupštini itd. Umro je 1888. a danas je sahranjen u mauzoleju na vrhu Kopaonika koji otada nosi ime Pančićev vrh.

Dao je kao Hrvat, a i mnogi Hrvati prije njega (npr. akademik dr. Matija Ban, Dubrovčanin, i nakon njega Ivo Andrić i dr.) velik doprinos srpskoj kulturi, kao što su dali i Srbi hrvatskoj (Nikola Tesla, Milutin Milanković, geofizik i astronom, i dr.), ali nije bio ni zanemaren u svom zavičaju. Tako je ovom prilikom upriličena velika proslava ove značajne obljetnice, s prigodom izložbom Pančićevih portreta, dokumenata, knjiga i herbarija, spomenika i rukopisa.

Pred prepunim Malim salonom Vinodolske općine u Bribiru, s muzejom i knjižicom, predstavljena je knjiga „Josip Pančić - nastanjanje jednog izuzetnog znanstvenika“ autora prof. dr. sc. Eduarda Pavlovića, prim. dr. sc. Ljubomira Radovančevića, prof. Paule Jovanović i mr. sc. prof. Željke Jurčić-Kleković. Tisak knjige financirala je Vinodolska općina. Bribir je grad poznat po svojoj povijesnoj ostavštini: izrodio je velikane poput Julija Klovića „hrvatskog Michelangela“, prirodnjaka dr. med. Josipa Pančića, filologa prof. dr. sc. Mihovila Kombola te suvremenog hrvatskog pripovjedača, prof. dr. sc. Milorada Stojevića.

Dva liječnika psihiyatrica i dvije profesorce psihologije i filozofije, od kojih je ova potonja i magistrica ekonomskih znanosti, pripremali su spomenuto knjigu četiri godine, da bi bila dostojno publicirana na A4 formatu, s tvrdim uvezom, na 88 stranica, s nomenklatorom Pančićevih biljnih taksona, popisom njegovih djela, literaturom od 29 referenci, Pančićevim životnim putem (povijest rodnog kraja, odrastanje i školovanje, prostor Pančićevog djelovanja, značajne osobe u Pančićevu životu, Pančićeva ostavština), životopisom autora, sažetkom, summaryjem, popisom 30 slika, uglavnom fotografija u boji iz Wikipedije, te dijelom onima koje je snimila mr.sc. Željka Jurčić-Kleković.

Tijekom predstavljanja knjige svaki je od koautora govorio o Pančiću i knjizi, uz prigodan muzički program u izvedbi poznatog gitarista, sintisajzerista, i dva ženska vokala, što je oduševilo brojnu publiku.

U sklopu proslave otvorena je i prigodna izložba skulptura u kamenu i drvu autora kipara prof. dr. Eduarda Pavlovića. Proslava je protekla i uz pučko veselje u gradu, ispod čuvene kule knezova krčkih Frankopana i grofova Zrinskih, u okviru početka velikog mjesnog

blagdana Bibira, Dana sv. Petra i Pavla, čije ime nosi bibrirska župna crkva. Za ovaj jubilej očišćena je i obnovljena Pančićeva rodna kuća, a ranije su postavljene spomen-ploče, njegovi kipovi od ranje ispred OŠ u Bibiru i u Crikvenici, uz one u Beogradu u Akademskom parku i Botaničkom vrtu, čiji je Pančić bio i upraviteljem od 1874. g.

Prim. dr. sc. Ljubomir Radovančević

Hrvatska gerontologija u Salzburgu

- Na proljeće 2015. godine započinje u Salzburgu (Austrija) prvi Europski doktorski studij iz gerontologije. Velika je čast i zadovoljstvo da je u taj studij organizacijski uvršten i Referentni centar Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, s voditeljicom prim. dr. sc. Spomenkom Tomek-Roksandić. Alma Mater Europaea Austria – Europska Akademija znanosti i umjetnosti u Salzburgu, u kooperaciji s Alma Mater Europea – Slovenija, izradila je u partnerskoj suradnji s Referentnim centrom MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, program Europski doktorski studij „Socijalna gerontologija“.

Studij traje tri godine i sadrži 27 raznih predmeta. S disertacijom se počinje već u prvoj godini studija. Studira se uz rad a tečajevi se održavaju vikendom u Salzburgu na njemačkom jeziku, dvanaest puta. Studij obuhvaća predmete kao npr. „Društvena konstrukcija starenja“, „Strategije razvoja gerontološke problematike“, Zaštita zdravlja starijih, Socijalna skrb za starije, „Ekonomski vidici skrbi za starije osobe“, „Krizni menadžment u socijalnoj gerontologiji“, „Filozofija i etika u starosti“, „Menadžment neprofitnog sektora“ i druge gerontološki fokusirane teme. U izlaganjima će biti uključeni i ugledni gerontolozi iz Austrije, Hrvatske, Njemačke i Slovenije.

Ciljevi studija su stjecanje kompetencije potrebne za rukovođenje gerontoloških djelatnosti, posebice za konstruktivnu kritičku procjenu i aplikaciju kreativnih rješenja za unapređenje zaštite zdravlja starijih. Ovladavanje sposobnostima za vođenje unutarnjih organizacijskih jedinica, rukovođenje projekata kvalitete u gerontološkim uslugama, iniciranje novih oblika i modela skrbi za starije osobe, savjetovanje o kvaliteti u uslugama. Uz studij Socijalne gerontologije stječe se potrebno znanje o sociološkim, ekonomskim i biološkim pojavama, ali i vještine potrebne za uslužne

gerontološke djelatnosti, unapređenje organizacije, menadžment projekata, inovaciju skrbi za starije osobe, kvalitetu uslužnih djelatnosti itd. Studij je velik pomak za europsko društvo, gerontologiju a i za međunarodnu suradnju u Europi a ujedno i priznanje hrvatskoj gerontologiji. Informacije: Alma Mater Europea, St. Peter Bezirk 10, 520 Salzburg, Austrija; Tel. +43 664 543 55 12; E-mail: gerontologie@ameu.eu; www.ameu.eu

Alexandra Julia Lechner, mag.,
Centar za zdravstvenu gerontologiju
Nastavnog zavoda za javno zdravstvo
„Dr. Andrija Štampar“
- Referentni centar Ministarstva zdravlja
Republike Hrvatske za zaštitu
zdravlja starijih osoba

Hrvatski oftalmolozi uz bok europskim kolegama

- Domaći i strani oftalmolozi okupili su se 11. listopada u Zagrebu na 10. godišnjem kongresu Hrvatskog društva liječnika za kirurgiju katarakte i refraktivnu kirurgiju s međunarodnim sudjelovanjem. Najzanimljiviji dio kongresa bio je *Live surgery simpozij* organizi-



Za svoj iznimno doprinos struci, prof. Lucio Buratto je primio mnoga međunarodna priznanja pa i najviše priznanje koje jedan oftalmolog može primiti, Nagradu Josè Barraquer, koju mu je 2000. godine dodijelila Američka Oftalmološka Akademija

ran u suradnji s talijanskim kongresom Videocatarattarefrattiva koji već više od 30 godina organizira prof. **Lucio Buratto**, osnivač i vlasnik klinike Centro Ambrosiano Oftalmico (CAMO) u Milanu. Prof. Buratto poznati je stručnjak refraktivne kirurgije koji je među prvima u Europi izveo operaciju mrene metodom fakoemulzifikacije s ugradnjom leća, a također je i među prvima uveo LASIK metodu laserskog skidanja dioptrije. Među prvima je organizirao i *Live surgery simpozije*, a njegov kongres Videocatarattarefrattiva održava se dulje od 30 godina s nekoliko tisuća sudionika. Prof. Buratto ističe kao prednost *Live surgery simpozija* upravo mogućnost neposredne razmjene kirurško-tehničkih vještina, kao i direktna pitanja i odgovore promatrača, što im daje uvid u nove metode, tehnike te pristupe rješavanju eventualnih komplikacija koji se primjenjuju u svijetu.

Direktni prijenos operacija ove se godine prenosio iz šest vrhunskih oftalmoloških klinika, među kojima je bila i Specijalna bolnica za oftalmologiju *Svetlost* u Zagrebu (sudjelovali su još CAMO oftalmološki centar u Milanu, *Augencentrum Cologne* u Kölnu, *Pri-mavista* centar u Rimu, *Gemini* klinika u Pragu te *Instituto de Microcirugia Ocular* (IMO) u Barceloni). Zahvati naših vrhunskih stručnjaka prenosili su se u svaku od šest klinika, a *Live surgery simpozij* pratili su i sudionici kongresa Hrvatskog društva liječnika za kirurgiju katarakte i refraktivnu kirurgiju te nekoliko tisuća sudionika Videocatarattarefrattiva.

Ovaj udruženi video-simpozij nastao je nakon višegodišnje suradnje prof. **Nikice Gabrić**, ravnatelja Klinike *Svetlost* i prof. Lucija Buratta. Prof. Gabrić je nekoliko godina zaredom gostovao na simpoziju Videocatarattarefrattiva kao pozvani predavač, gdje je držao video prezentacije komplikiranih slučajeva u kirurgiji katarakte i refraktivnoj kirurgiji s još nekolicinom vrhunskih svjetskih stručnjaka za područje oftalmologije. Suradnja je dovela do toga da su se prošle godine po prvi put operacije na svjetskom kongresu tog tipa prenosele iz jedne od zemalja naše regije. Tako se Hrvatska zaslugom naših stručnjaka još jednom našla u samom vrhu svjetske oftalmologije.

Klinika *Svetlost* je ovom prigodom predstavila dvije novosti. Riječ je o najnovijoj metodi laserskog skidanja dioptrije koja se naziva ReLEx SMILE. Ona je među rijetkim u svijetu koja to radi ovom metodom i jedina u Hrvatskoj koja posjeduje visoko sofisticirani Carl Zeiss VisuMax laser na kojem se zahvat izvodi. Novitet je ovog postupka u tome što ne zahtijeva kreiranje rožničnog preklopca (flapa), već Femtosecond laser stvara niz impulsa u središtu rožnice koji formiraju mjehuriće zraka. Usljed toga se odvaja tkivo, tzv. refraktivni lentikul (komadić tkiva iz centra rožnice nalik

vrlo tankoj kontaktnoj leći čiji oblik odgovara dioptriji), koji se uklanja iz rožnice kroz maleni otvor stvoren laserom, kako bi se učinkovito promijenio njen oblik. Druga je novost ugradnja TECNIS Symphony introkularnih leća. Ovo su prve i jedine leće s proširenim vidnim rasponom, a Klinika Svetlost je jedan od 15 oftalmoloških centara u svijetu u kojem je provođeno kliničko ispitivanje ovih leća nakon njihovog stavljanja u promet, što znači da je među prvima u Europi počela s ugrađivanjem ove vrste intraokularnih leća. Prednost Symphony leće u odnosu na multifokalne leće je u tome što pruža kontinuiran raspon vida uključujući dajinu, srednju udaljenost i blizinu te znatno manje izražene vidne smetnje kao što je blještanje svjetla nakon operacije.

Nakon *Live surgery* simpozija, koji se odvijao u suradnji s kongresom Videocatarattarefrattiva, nastavljeno je s prijenosom operacija iz Klinike Svetlost na 10. kongres Hrvatskog društva liječnika za kirurgiju katarakte i refraktivnu kirurgiju, na kojem su svoje umijeće prezentirali i kurzirni iz drugih hrvatskih ustanova.

Na kongresu je bilo više od 300 sudionika iz Hrvatske i regije, kojima je ovo bila jedinstvena prilika da čuju izlaganja vodećih

svjetskih oftalmologa iz SAD-a, Italije, Njemačke, Velike Britanije i ostatka Europe te da se upoznaju s najnovijim dostignućima i u konzervativnom i u kirurškom liječenju očnih bolesti.

Tijekom kongresa organiziran je i „WET LAB“, operacije na umjetnim očima, gdje

su mladi oftalmolozi mogli vježbati i učiti operacije katarakte i ugradnje fakičnih intraokularnih leća.

AŠ

.....



Prof. dr. Nikica Gabrić uoči operacije koja se prenosila uživo

Gdje biste voljeli raditi?

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

Tražimo:

- PSIHIJATRE
- DJEĆJE PSIHIJATRE
- SPECIJALISTE OBITELJSKE MEDICINE
- PATOLOGE
- RADIOLOGE
- OFTALMOLOGE
- GERONTOLOGE

i mnoge druge specijalnosti
u Švedskoj i Norveškoj.

Nudimo:

- stalno zaposlenje u bolnicama i centrima javnog zdravstva
- plaću do 11.000 EUR
- standardne uvjete ugovora
- Intenzivne tečajeve jezika – besplatno
- smještaj za vrijeme tečaja
- stipendiju za vrijeme tečaja
- totalno nove intenzivne tečajeve jezika za supružnike
- pomoć u pronalaženju stana u Skandinaviji
- pomoć kod priznavanja vaše specijalizacije
- pomoć pri preseljenju
- pomoć u nalaženju škola i vrtića za djecu

Želite li saznati više o našim uslugama?

Molimo da mailom pošaljete svoj životopis na engleskom jeziku na:
agnieszka.anusiewicz@paragona.com

Tel. ++48 22 653 66 86

www.paragona.com

Transplantacija krvotvornih matičnih stanica – pogled u prošlost radi budućnosti



Boris Labar, redoviti profesor u miru,
Centar za ekspertnu medicinu, Zagreb

- U Hrvatskoj se tri desetljeća provodi liječenje transplantacijom krvotvornih matičnih stanica. Danas je transplantacija standardna metoda liječenja većine zločudnih krvotvornih tumora kao i naslijednih i stičenih bolesti krvotvornog sustava. Nakon tri desetljeća nameću se dva važna pitanja. Što je značila transplantacija za hrvatsku hematologiju te što i kako dalje.

Iz povijesti transplantacije krvotvornih matičnih stanica

Prvo liječenje transplantacijom u Hrvatskoj provedeno je 8. veljače 1983. (slika 1) u Zavodu za hematologiju Klinike za unutrašnje bolesti MEF-a i KBC-a Zagreb.

Bolesniku s teškom aplastičnom anemijom su nakon pripreme imunosupresijom presaćene krvotvorne matične stanice iz koštane srži njegove sestre. Način vađenja matičnih stanica iz koštane srži prikazuje slika 2.

Time je započela era liječenja alogennom transplantacijom od srodnog podudarnog davatelja (sestra ili brat bolesnika). Slika 3. prikazuje povijest transplantacije, tj. važnije datume primjene pojedinih terapijskih metoda transplantacije. Pet godina nakon prve alogenne transplantacije, 1988. Godine, počinje era liječenja autolognom transplantacijom (bolesnik je sam sebi davatelj).

Uvodnom se terapijom postiže dobra kontrola veličine zločudnog tumora, što je preduvjet za prikupljanje matičnih krvotvornih stanica. Važan je preduvjet dobrog liječenja dovoljan broj prikupljenih matičnih krvotvornih stanica. Tek tada se pristupa pripremi, primjeni intenzivne kemoterapije sa zračenjem ili bez njega. Neposredno nakon pripreme stanice se vraćaju bolesniku tran-



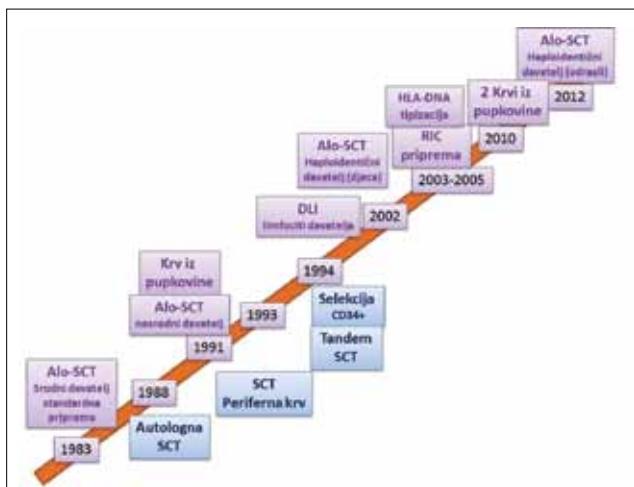
Slika 1. Liječnici dr. Bogdanić i dr. Labar davatelju su, u općoj anesteziji, izvadili oko 1200 ml koštane srži. Matične krvotvorne stanice nalaze se u tekućem mediju, krvi, i neposredno nakon vađenja direktno se, poput transfuzije, primjenjuju bolesniku kroz perifernu venu.



Slika 2. Opetovanim se punkcijama stražnjega grebena zdjelice uzima koštana srž. Pri svakom se ubodu vadi od 10 – 20 ml koštane srži. Uvijek se ulazi kroz jedan kožni ubod. Promjenom smjera igle i dubine punkcije nastoji se punkcijom dobiti što više stanica koštane srži i na taj način smanjiti moguće „onečišćenje“ perifernom krvi.

sfuzijom. U ovom slučaju autologne matične stanice omogućuju primjenu vrlo intenzivne, tzv. mijeloablative pripreme. Mijeloablativna terapija u velikog broja bolesnika može uništiti tumor, ali je istodobno izrazito mijelotoksična i dovodi do prestanka funkcije krvotvornog sustava. Transfuzija bolesnikovih matičnih stanica nakon pripreme omogućuje brz oporavak i dobru funkciju krvotvornog sustava već 2 – 3 tjedna od primjene agresivne mijeloablative terapije. Kod alogene transplantacije matične krvotvorne stanice davatelja imaju dvojak učinak. Prvi je kao i kod autologne transplantacije, oporavak funkcije krvotvornog sustava. Drugi je da posreduju imunokompetentne stanice davatelja transplantata. Ove stanice djeluju antitumorski. Taj je učinak poznat pod nazivom reakcija transplantata protiv tumora (engl. *graft-versus-tumor reaction* (GvTR) ili leukemija *graft-versus-leukemia reaction* (GvLR).

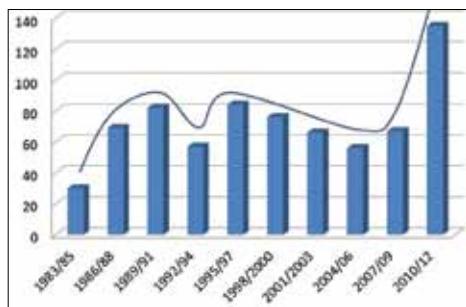
Nakon 1988. Transplantacijski je centar na Rebru uvodio niz novih metoda radi poboljšanja liječenja transplantacijom. Novi postupci omogućili su i liječenje većem broju bolesnika. Slika 1. prikazuje samo najvažnije. To su prikupljanje matičnih krvotvornih stanica iz periferne krvi, njihovo zamrzavanje, čuvanje i primjena. Liječenje alogenom transplantacijom od nesrodnog podudarnog davatelja. Liječenje transplantacijom krvi iz pupkovine jer je bogata matičnim stanicama. Na Rebru je po prvi put u svijetu uspješno provedeno liječenje transplantacijom krvi iz pupkovine u bolesnice s Philadelphia pozitivnom kroničnom mijeločnom leukemijom. Davatelj je bila HLA-podudarne sestre. Primjena izdvojenih CD34+ matičnih stanica iz periferne krvi uklanja moguće zagađenje transplantata zločudnim tumorskim stanicama. Liječenje dvjema autolognim transplantacijama, tzv. tandem transplantacijom, primjenjena je u bolesnika s multiplim mijelomom. Transfuzija davateljevih limfocita radi poticanja GvLR-a kod ponovne pojave zločudnog tumora nakon transplantacije, pokazala se djelotvornom u bolesnika s leukemijom; u nekim bolesnika ponovno je postignuta klinička remisija bolesti. Početkom 21. stoljeća započela je sporadična primjena alogene transplantacije od poluidentičnog srodnog davatelja u djece. Razlog liječenja transplantacijom s haploidentičnim srodnim davateljem je nemogućnost pronađenja bilo srodnog ili nesrodnog podudarnog davatelja. Važan događaj je uvođenje molekulare HLA-DNA tipizacije, što je omogućilo puno širu primjenu alogene transplantacije od nesrodnog davatelja. Istodobno se u kliničku primjenu uvodi i priprema smanjenog intenzitetit, nazvana RIC priprema (engl. reduced intensity conditioning). S takvom pripremom bilo je moguće liječenje starijih osoba. Standardna priprema je izrazito toksična pa je



Slika 3. Povijesni prikaz primjene transplantacije krvotvornih matičnih stanica u KBC-u Zagreb.

smrtnost zbog terapijskog postupka prije RIC-a iznosi oko 20 – 30%, a u starijih bolesnika i do 40%. Primjenom RIC pripreme provodi se imunosupresija bolesnika, pri čemu je toksičnost znatno manja i prihvatljiva (ne prelazi 20%). RIC priprema imunosupresijom omogućuje prihvatanje krvotvornih matičnih stanica i imunokompetentnih stanica. Uspostavlja se funkcija krvotvornog sustava davatelja pri čemu njegove imunokompetentne stanice posreduju GvLR a time bolju kontrolu zločudnog krvotvornog tumora nego samo liječenje kemoterapijom. Godine 2010. provedeno je liječenje primjenom dviju krvi iz pupkovine. Problem transplantacije krvi iz pupkovine je mali broj matičnih krvotvornih stanica pa je liječenje moguće ponajprije u djece s malom tjelesnom masom. Dvije krvi iz pupkovine omogućuju liječenje i odraslih bolesnika jer se time postiže dostatan broj krvotvornih matičnih stanica i znatno smanjuje odbacivanje transplantiranih stanica. U drugoj polovici 2012. godine započeto je liječenje odraslih bolesnika programom od HLA-haplidentičnog davatelja.

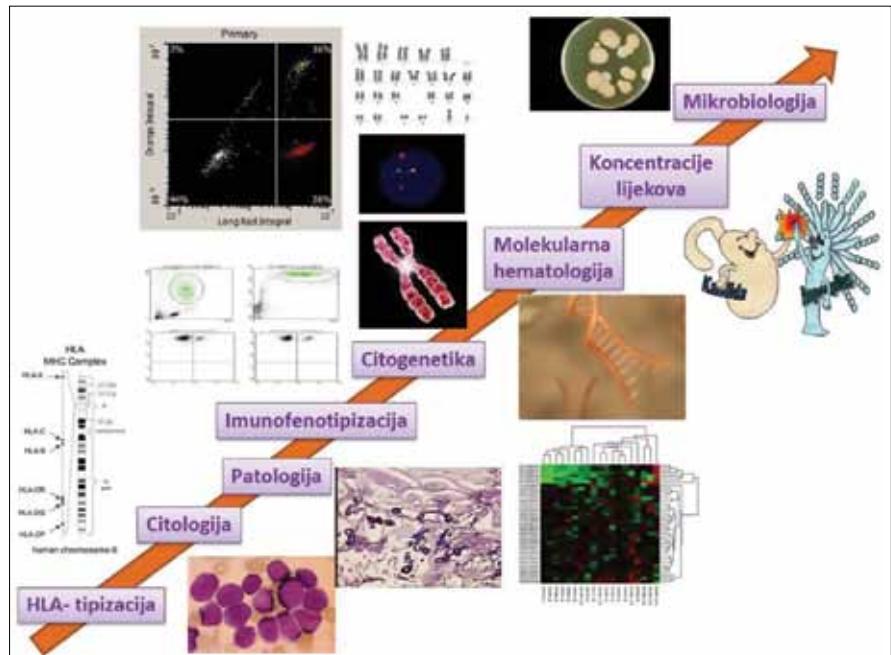
Transplantacijom je do sada liječeno preko 2000 bolesnika, i to oko 1400 autolognom transplantacijom i blizu 800 alogenom transplantacijom (slika 4.).



Slika 4. Broj bolesnika liječenih alogenom transplantacijom od 1983 do 2012. godine. Uočljivo je znatno povećanje broja liječenih u razdoblju od 2010. do 2012. najvjerojatnije zbog povećane primjene transplantacije od nesrodnog podudarnog davatelja te rutinske primjene RIC pripreme, što je omogućilo liječenje većeg broja starijih bolesnika.

je u medicini i kolika je zaokupljenost, gotovo opsjednutost visoko-diferentnom medicinom u svijetu, ponajprije u tranzicijskim zemljama. Neke misli iz toga članka navodimo i ovdje: „Kompjuterizirana tomografija (simbol visoke tehnologije) na popisu je prioriteta daleko ispred malarije“, ili „fascinacija liječnika s egzotičnim igračkama“ (egzotične igračke su visokodeferentni dijagnostički terapijski postupci u medicini).

Poruka se čini jasnom, kako kažu autori: „Transplantacija koštane srži, medicina visoke tehnologije je skupa, ima potencijal izlječenja (u onih u kojih djeluje), te postiže uspjeh u određenog broja bolesnika; međutim potpuno je neprihvatljiva za zemlje u razvoju?“



Slika 5. Transplantacija je znatno utjecala na razvoj mnogih laboratorijskih struka, od HLA tipizacije, imunofenotipizacije, citologije i patologije, preko citogenetike i molekularne dijagnostike do mikrobiologije i laboratorija za određivanje koncentracije lijekova i njihovih metabolita.

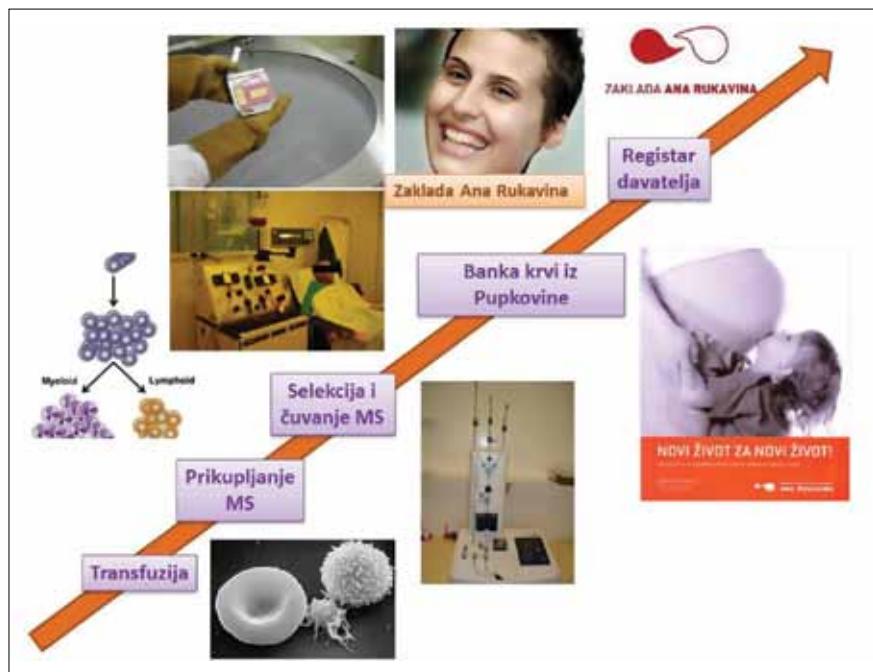
Utjecaj transplantacije na razvoj hrvatske hematologije

Pitanja i rasprave o opravdanosti primjene transplantacije u Zagrebu tijekom prvih godina liječenja bile su vrlo intenzivne, kritične, ali i poticajne. Skupina kliničara i liječnika smatra je da liječenje ovom visokodiferentnom terapijskom metodom nije prioritet zemlje u razvoju i tranziciji s relativno niskim bruto društvenim proizvodom, kao što je bila naša, koja usto ima niz nerazriješenih javnozdravstvenih problema. Pitanja su vrlo provokativna i često ostaju bez pravog odgovora. Dio razmišljanja i pitanja mogu se naći u članku koji je objavljen 1987. godine u prestižnom časopisu The New England Journal of Medicine. Tako autoru članka ističu značenje visoke tehnologi-

Ipak ovu tvrdnju autori „ublažavaju“ na sljedeći način: „Zagrebački je centar napravio „iracionalni“ iskorak organizacijom i primjenom transplantacije koštane srži zbog potpuno racionalnog razloga: za cijenu jedne transplantacije u inozemstvu u Zagrebu se moglo liječiti njih petoro.“

Usto „transplantacija možda ima i šire socijalno i zdravstveno značenje a nije samo pokušaj liječničke profesije da primjenjuje najsvremenije terapijske postupke“, zaključak je navedenog članka.

I upravo pretpostavka šireg socijalnog i zdravstvenog značenja transplantacije poslije se potvrdila u Zagrebu i Hrvatskoj. Dok je primjena transplantacija u razvijenom svijetu odraz standarda kliničke medicine, u nas je transplantacija bila velik poticaj standardu kliničke medicine. Kako? Ne umanjujući važnost



Slika 6. Transplantacija je značajno potakla razvoj transfuzije, ponajprije programe prikupljanja, smrzavanja i čuvanja krvotvornih matičnih stanica. Unutar transfuzije djeluju banke matičnih stanica, od kojih treba posebno naglasiti banku krvi iz pupkovine

i vrijednost liječenja preko 2000 bolesnika, transplantacija je bila ključni okidač razvoja mnogih dijagnostičkih i kliničkih struka koje su danas u svom području vodeće u Hrvatskoj i ne služe samo u dijagnostici bolesti koje se liječe transplantacijom, tj. samog postupka liječenja transplantacijom, nego se koriste u svim ostalim granama kliničke medicine. Utjecaj na razvoj dijagnostičkih struka prikazuju slike 4 i 5.

Centar za HLA-tipizaciju KBC-a Zagreb, tada Urološke klinike (osnovan za potrebe liječenja transplantacijom bubrega), bio je u vrijeme planiranja organizacije transplantacije ključan faktor temeljem kojeg je KBC Zagreb dobio prednost u izboru kliničkog odjela transplantacije. Kako je klinička transplantacija stasala, poticala je i razvoj samog laboratorija. Potreba za liječenjem alogenom transplantacijom od nesrodnog podudarnog davaljca bitno je utjecala na uvođenje molekularne HLA tipizacije. Ovaj je centar danas vodeći u Hrvatskoj i predstavlja referentni centar za HLA tipizaciju, ponajprije u transplantacijskoj medicini, a služi i za dijagnostiku HLA-pridruženih bolesti. Laboratorij HLA tipizacije razvio je vrlo važan test praćenja funkcije transplantata određivanjem kimerizma. Osjetljivom molekularnom metodom ocjenjuje se je li bolesnik potpuna kimera davaljca ili primatelja, tj. jesu li stanice krvotvornog sustava 100% porijeklom od davaljca ili primatelja. Time se vrlo točno procjenjuje uspjeh prihvaćanja transplantiranih stanica. Ako je bolesnik miješana kimera, tj. ako je prisutna populacija stanica i davaljca i primatelja, praćenjem se može procijeniti koja

će populacija prevladati i na taj način upozoriti na moguće odbacivanje presađenih matičnih stanica ako se udio stanica sa značajkama primatelja povećava.

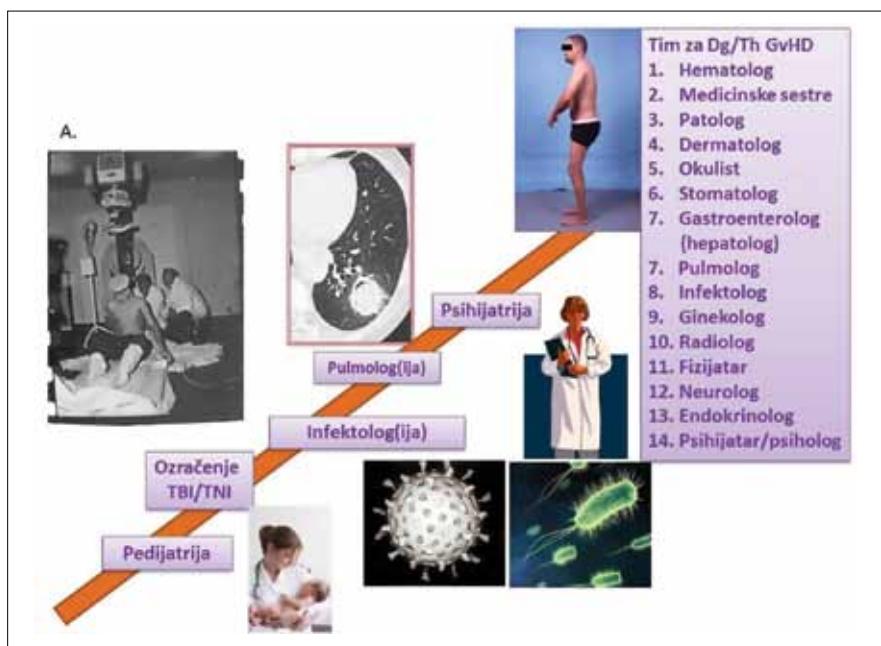
Hematoška citomorfologija, uz standardnu dijagnostičku vrijednost u otkrivanju zločudnih krvotvornih tumora, razvija specifičnosti dijagnostike prihvaćanja transplantata, procjene citopatogenetskih promjena kod virusnih infekcija koje kao komplikacija nastaju tijekom transplantacije. Određivanjem citoloških promjena u urinu zbog primjene ciklosporina, imunosupresivnog lijeka za profilaksu najozbiljnije komplikacije reakcije transplantata protiv primatelja (GvHD), dobili smo vrijedan test za procjenu nefrotoksičnosti uzrokovane ciklosporinom. Za patologiju je izazov u transplantaciji postala upravo dijagnostika kožnog, crijevnog i jetrenog GvHD-a. Na samom početku postavili su dermatolozi iz Klinike za kožne bolesti i spolne KBC-a Zagreb dijagnostičke kriterije i metodologiju praćenja kožnog GvHD-a. Dijagnostiku GvHD-a preuzima potom Zavod za patologiju KBC-a Zagreb i pridružuje se dijagnostičkom timu Njemačke i Austrije, te preuzima suvremenim program dijagnostike i praćenja GvHD-a koji se temelji na smjernicama dijagnostike i terapije transplantacijskog tima Nacionalnog instituta za rak iz Bethesda, SAD.

Laboratorij za imunofenotipizaciju osnovan je u slično vrijeme, kada je započelo liječenje alogenom transplantacijom. Taj je laboratorij imao važnu ulogu u procjeni minimalne ostatne bolesti nakon provedenog lje-

čenja transplantacijom, te određivanja CD34 populacije matičnih stanica kod njihova prikupljanja. Ovdje su navedene samo najvažnije dijagnostičke primjene imunofenotipizacije kod transplantacije. Danas je to vodeći i referentni laboratorij za imunofenotipizaciju krvotvornih zločudnih tumora u Hrvatskoj i jugoistočnoj Europi.

U isto vrijeme se osniva citogenetski laboratorij usmjeren na dijagnostiku onkoloških genetskih promjena. Njegova je uloga u transplantaciji ne samo dijagnostika kromosomskih biljega zločudnih krvotvornih tumora, već praćenje prisutnosti minimalnog ostatnog klonalnog kromosomskih biljega. U jednom dijelu citogenetske su se tehnike koristile i za praćenje kimerizma, ponajprije spolni kimerizam u slučaju razlike u spolovima između davaljca i primatelja (npr. stanice koštane srži u primatelje žene su davaljeve muškog kariotipa). Molekularne metode, ponajprije polimeraza, lančana reakcija ne samo da je povećala osjetljivost dijagnostike i praćenja minimalne ostatne bolesti određivanjem i praćenjem specifičnih molekularnih biljega, već je omogućila da u određenih zločudnih tumora s molekularnim biljegom možemo po prvi put govoriti o izlječenju (bez molekularnog dokaza biljega najmanje kroz 5 godina) ili o operativnom izlječenju (prisutnost vrlo male ostatne bolesti određene molekularnim biljegom bez ikakvih drugih kliničkih i laboratorijskih znakova za bolest). U vrijeme početka, mikrobiološki laboratorij koji se nalazio na Šalati preseljen je na Rebro i djelovao je u sklopu centralnog biokemijskog laboratorija. U to vrijeme laboratorij doživljava iznimno dinamičan razvoj. Značajno je unaprijeđena dijagnostika bakterijskih infekcija i uvođenje dijagnostika gljivičnih i virusnih infekcija. Laboratorij za određivanje i praćenje koncentracije lijekova vrlo je brzo uveo metodu određivanja i praćenja koncentracije ciklosporina. No danas je standardno praćenje i koncentracije citotoksičnih lijekova koji se primjenjuju u pripremi (npr. busulfan), te antifungika i antimikrobnih lijekova. Zahvaljujući transplantaciji klinička transfuziologija je doživjela izrazito brz razvoj (slika 6).

Uz sve bolju primjenu potporne terapije transfuzijama eritrocita, trombocita i granulocita, ponajprije ozračenih produkata eritrocita i trombocita, jedan od najvažnijih stručnih i znanstvenih interesa transfuzije postaje prikupljanje, zamrzavanje i čuvanje krvotvornih matičnih stanica iz periferne krvi i koštane srži. Osniva se banka krvi iz pupkovine „Ana Rukavina“. Prikuplja se krv iz pupkovine u rodilištima diljem cijele Hrvatske i dostavlja točno određenim postupnikom u banku, gdje se matične stanice smrzavaju i čuvaju. Još je



Slika 7. Uz hematologe dio transplantacijskog tima su i mnogi drugi kliničari: onkolozi, pulmolozi, infektozozi, psihijatri i psiholozi. Na slici je naveden i tim za dijagnostiku i lijeчењe GvHD. Tim sačinjavaju 14 kliničara različitih specijalnosti. Slika 17.A. prikazuje prvo ozračenje limfnih čvorova u pripremi bolesnika s teškom aplastičnom anemijom za alogenu transplantaciju.

jedna zasluga Zaklade „Ana Rukavina“. Značajno je unaprijedila i povećala Hrvatski register dobrovoljnih darivatelja krvotvornih matičnih stanica. Hrvatski register danas broji preko 40.000 darivatelja. Register djeluje u KBC-u Zagreb i primarno služi za potrebe naših bolesnika. Kako je i dio svjetskih registara, mnogi će naši davatelji pokloniti matične krvotvorne stanice za liječeњe transplantacijom diljem svijeta.

Transplantaciju vodi tim stručnjaka koji točno određenim postupnikom određuje postojanje indikacije za transplantaciju, tip transplantacije, način pripreme, izbor davatelja, izvorište matičnih stanica, te prati provedbu liječeњa. Uz već navedene eksperte iz područja HLA-tipizacije, citologije i po potrebi patologije, imunofenotipizacije, citogenetike i molekulare genetike, mikrobiologije te transfuzije, u radu tima sudjeluje niz kliničara (slika 7).

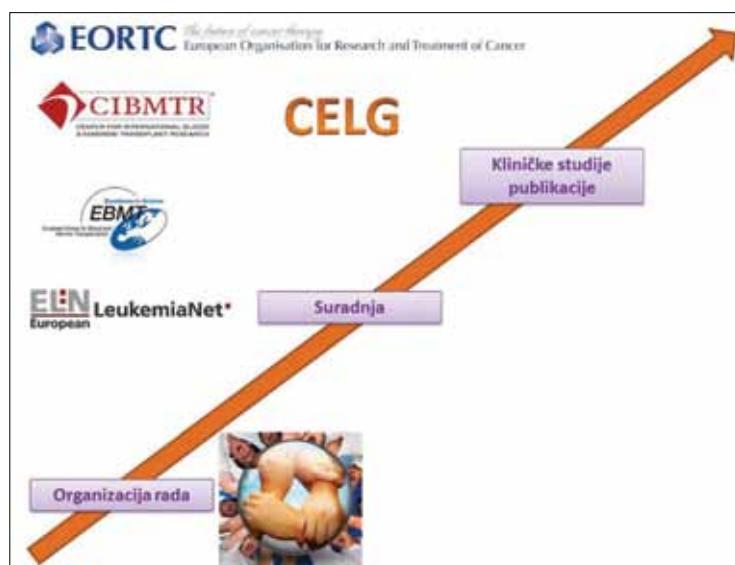
Hematolozi internisti i pedijatri vode klinički program odraslih bolesnika, odnosno djece. Fizičar i radioterapeuti Klinike za onkologiju postavili su metodu ozračenja cijelog tijela radioaktivnim kobaltom, standardnu metodu pripreme zločudnih tumora krvotvornog sustava. U timu aktivno djeluju pulmolog zbog brojnih plućnih komplikacija te infektolog jer su infekcije najčešće komplikacije liječeњa transplantacijom. Nedavno je u Zagrebu po uzoru na vodeće svjetske centre, ponajprije na Transplantacijski tim u Nacionalnom institutu za rak u SAD-u, osnovan Tim za dijagnostiku i liječeњe GvHD. Iz slike 6. je vidljivo da tim sačinjava velik broj stručnjaka iz dijagnostičkih i

kliničkih disciplina i struka. Model dijagnostike i rada, te praćenja i procjene terapijskog odgovora GvHD, predložila je grupa stručnjaka na sastanku u nacionalnom institutu za rak, Bethesda, SAD. Jedan od voditelja ove istraživačke grupe je dr. Živko Pavletić, student zagrebačkog fakulteta i liječnik koji je svoje prve spoznaje o liječeњu transplantacijom učio u Zagrebu.

Danas je timski pristup radu kod visokodiferentnih dijagnostičkih i terapijskih

postupaka preduvjet kvalitetnog rada (slika 7). Bolje rečeno, pojedinac ne može provoditi vrlo zahtjevan kako dijagnostički pristup tako i terapijski postupak na potreboj stručnoj razini. S druge strane, primjena transplantacije otvorila je širom vrata novom obliku suradnje. Zagrebački centar je vrlo brzo postao aktivni član brojnih prestižnih stručnih i znanstvenih udruga (slika 8.), što mu je omogućilo aktivno sudjelovanje u važnim kliničkim studijama. To je ne samo omogućilo primjenu modernog i suvremenog terapijskog pristupa, već je naš centar aktivno sudjelovao u istraživanju novih terapijskih pristupa u liječeњu zločudnih krvotvornih tumora.

Kao središnji članovi EORTC leukemijske grupe sudjelovali smo u istraživanju djelotvornosti alogene transplantacije kao postremišske terapije u aktune mijeloične leukemije (AML). Ovaj je grupa po prvi put u svijetu pokazala da je alogena transplantacija najdjelotvornija terapijska metoda za AML. I sljedeće su studije potvratile učinkovitost transplantacije u AML-u. Ispitivana je i pokazana vrijednost liječeњa transplantacijom u bolesnika s akutnom limfoblastičnom leukemijom i sindromom mijelodisplazije. Centar je aktivno sudjelovao u radu Europske grupe za liječeњe transplantacijom – EBMT. Poseban je interes bio pokazati rezultate primjene transplantacije u zemljama u tranziciji kao što su zemlje srednje i istočne Europe. Posljednjih je godina osnovana CELG kooperativna grupa za liječeњe akutnih leukemija srednje i istočne Europe s ciljem što brže implementiranja transplantacije u koncept liječeњa krvotvornih zločudnih tumora. U Hrvatskoj već godinama djeluje KROHEM, Hrvatska kooperativna grupa za li-



Slika 8. Tim KBC-a Zagreb je temeljem primjene transplantacije ostvario aktivnu suradnju s vodećim evropskim i svjetskim međunarodnim udrugama koje prate liječeњe transplantacijom (EBMT, CIBMTR). Aktivno je sudjelovao i u kliničkim istraživanjima liječeњa leukemija u kojih je transplantacija standard liječeњa (EORTC – leukemijska grupa, ELN). Suradnici Zavoda objavili su niz prestižnih radova s područja liječeњa transplantacijom.

ječenje hematoloških bolesti. Temeljni su joj zadaci, uz provođenje prospektivnih kliničkih istraživanja dijagnostike i liječenja, izrada standardnih dijagnostičkih i terapijskih postupnika te uspostava registra hematoloških bolesti u Hrvatskoj. KBC Zagreb prepoznat je kao Centar Europske leukemijske mreže koja djeluje više od desetak godina i povezuje sve veće hematološke Centre s ciljem izrade standarda dijagnostike i liječenja, te izrade Registara za pojedine bolesti³³.

Kako dalje

Transplantacija je danas rutinska i standardna metoda liječenja zločudnih tumora krvotvornog sustava, teške aplastične anemije i mnogih nasljednih hematoloških bolesti. Iako pokazuje najbolji antitumorski učinak, još uvjek su toksičnost i smrtnost zbog terapijskog postupka glavni problem transplantacije. Posljednjih je godina smrtnost zbog transplantacije značajno smanjena, gotovo za polovicu. U bolesnika srednje životne dobi smrtnost je i nadalje visoka, doseže 20%. Sve to nameće potrebu iznalaženja kako manje toksičnih a jednakoj djelotvornih pristupa, tako i pozicioniranje i primjenu transplantacije gdje se očekuje najbolji terapijski odgovor uz najmanju toksičnost. U liječenju zločudnih tumora jedna metoda nikako ne isključuje drugu. Njihovom kombinacijom može se postići istovjetan učinak uz manju toksičnost.

No u ovaj mah, bez obzira nato što je transplantacija u Hrvatskoj klinički standard liječenja, otvaraju se brojni novi izazovi. Molekularnim tehnikama prepoznaju se brojni genetski poremećaji koji su važni u nastanku i patogenezi zločudnih tumora. Te promjene nisu samo dijagnostički pokazatelj bolesti nego su izazov za tzv. ciljani terapijski pristup. Djelovanjem na specifični molekularni biljeg može se inhibirati proliferacija i funkcija tih stanica. Ciljana terapija može potaknuti eliminaciju stanica s biljem dajući na specifični molekularni biljeg, bez „ometanja“ stanice koja nema taj biljeg. Zato nije nerealno očekivati da bi ciljanom terapijom bilo moguće dugotrajno kontrolirati rast zločudnog tumora i/ili ga izlijечiti. Znanstvena klinička istraživanja usmjereni su na otkrivanje i pozicioniranje ciljane terapije i njezino kombiniranje sa standardnim terapijskim postupcima, između ostalog i s transplantacijom krvotvornih matičnih stanica.

U posljednjem desetljeću molekularni biljezi i ciljana terapija postali su središte znanstvene kliničke provjere. Nakon velikog napretka koji treba vezati uz primjenu transplantacije krvotvornih matičnih stanica danas i sutra, u našoj smo sredini suočeni sa sve ve-

ćim poteškoćama i u održavanju dosegnutog i u implementaciji i provođenju novoga. Finansijske poteškoće znatno ograničavaju uvođenje novih dijagnostičkih i terapijskih postupaka; naša je medicina sve više medicina finansijskih limita, a sve manje medicina koja se temelji na znanstvenim dokazima. Do nedavno se činilo da je razlika između medicine razvijenoga svijeta i nas kad je riječ o primjeni transplantacije neznatna, tek na razini malo boljeg „stručnog i znanstvenog skoka“ i eto nas na drugoj strani koja simbolizira razvijeni svijet. Nažalost, ta je razlika danas puno veća pa drugu stranu, kojoj težimo, vidimo samo pogledom. Daljnje udaljavanje od razvijenog svijeta može postati kritično i bitno usporiti upravo fascinantni razvojni put primjene matičnih krvotvornih stanica, ponajprije u regenerativnoj medicini i genskoj terapiji.

I na kraju, isključivo i jedino treba slijediti medicinske pokazatelje koji su znanstveno potvrđeni, dokazani. Ulaskom u Europsku Uniju, treba iskoristiti sve mogućnosti suradnje s vodećim stručnim i znanstvenim međunarodnim udrugama, ponajprije u Europi, i aktivno sudjelovati u kliničkim istraživanjima koja su dokazano boljšta za bolesnika, ali i nositelj brzeg razvoja. Prijenosom tehnologije i znanja otvoriti vrata kliničke medicine eksperima iz svijeta koji bi boravkom u našoj zemlji na različite načine potaknuli razvoj i kvalitetu, ne zato da im postanemo konkurenca, nego da kvalitetnije provodimo kliničke studije. Umjesto jednosmјernog puta odlaska naših mladih perspektivnih kadrova, često bez povratne karte, treba otvoriti procese višekratnih usavršavanja pa više neće biti odlučujuće radi li netko u Hrvatskoj ili SAD-u, jer može raditi na oba mjesta. Više neće biti odlučujuće može

li se sve raditi u Zagrebu i, što je važnije, je li potrebno sve raditi u Zagrebu. Upravo takva suradnja u visokodiferentnoj medicini treba otvoriti pitanje postojanja ekspertnih centara diljem svijeta za potrebe svih a ne samo nekih, ponajprije kada su u pitanju relativno rijetki i zahtjevni dijagnostički postupci. Na taj se način otvara suradnja s poznatim kliničkim ustanovama koje prepoznaju i vlastiti interes takve suradnje. Takvo otvaranje i poticanje kvalitete neminovno će zahtijevati i promjenu ustroja hrvatske kliničke medicine, bolje reći ukupne hrvatske medicine. Kozmetika reformi treba biti što prije zamijenjena pravom razvojnom strategijom. No tu kompetencije ovog autora prestaju, iako je malo onih koji se neće složiti da je krajnji čas da se takvo što dogodi u hrvatskom zdravstvu.

I na kraju malo šale (slika 9).

Krvotvorne matične stanice, kao dio regenerativne medicine, velik su izazov budućnosti. Čini se da ni transplantacija mozga više nije „nemoguća misija“ (slika 9). A onda će nam s novom (drugom) pameti biti (nadajmo se) svi ma bolje.

.....

**Članak je prenesen u Liječničke novine iz časopisa „mef.hr“ vol 32, 2013, broj 1.
Literatura je, na zahtjev,
dostupna u uredništvu tog časopisa**



Slika 9. Transplantacija mozga više nije tako nedostižan izazov!?

10 godina Hrvatskog nacionalnog odbora „Desetljeće kostiju i zglobova“

Pravovremenom dijagnostikom i liječenjem do remisije bolesti

Tekst i slika Andreja Šantek

- U organizaciji Hrvatskog nacionalnog odbora „Desetljeće kostiju i zglobova 2010. – 2020.“ i Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti u Zagrebu obilježena je 14. listopada stručnim simpozijem deseta godišnjica njegova djelovanja; od 2010. ga godine vodi prof. dr. Jadranka Morović-Vergles. Na kraju prvog „Desetljeća“, koje su u siječnju 2000. proglašili

Svjetska zdravstvena organizacija i Ujedinjeni narodi, odlučeno je da i sljedeće desetljeće bude posvećeno istoj skupini bolesti, budući da nisu ostvareni svi ciljevi. Ovo se nametnulo iz nužde jer se krajem 20. stoljeća prepoznao da su mišićno-koštane ozljede i bolesti najčešći uzrok jakih, dugotrajnih bolova i tjelesne

nesposobnosti, uključujući i smanjenje radne sposobnosti, koji pogadaju milijune ljudi. One snažno utječu i na pojedinca, i na društvo, ali i na sustave zdravstvene zaštite, a kako populacija stari i mijenja se životni stilovi, stručnjaci predviđaju da će se to dramatično povećavati i tijekom sljedećeg desetljeća.

Četiri godine nakon osnutka The Bone and Joint Decade 2000. – 2010. osnovan je Hrvatski nacionalni odbor Desetljeća kostiju i zglobova (HNO), i to na sastanku predstavnika Hrvatskog ortopedskog društva, Hrvatskog društva za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, Hrvatskog reumatološkog društva, Hrvatskog traumatološkog društva, Hrvatskog endokrinološkog društva i Hrvatskog društva za kalciificirana tkiva, a potporu su dale i četiri udruge građana. Prvi koordinator HNO-a bio je akademik Marko Pećina, a za tajnicu je izabrana dr. Morović-Vergles. Ovu su inicijativu prepoznali i u Ministarstvu zdravlja, koje im je također dalo potporu i tako je Hrvatska postala 51. zemlja koja podupire „Desetljeće kostiju i zglobova“.

„Ciljevi su bili povećati svijest o rastućem opterećenju mišićno-koštanih bolesti za društvo, ohrabriti bolesnike da sudjeluju u brzi za vlastito zdravlje, promovirati ekonomsku prihvatljivost i opravdanost prevencije i liječenja te povećati razumijevanje mišićno-koštanih bolesti istraživanjima za poboljšanje prevencije i liječenja“, kaže dr. Morović-Vergles. Svo to vrijeme HNO je promicao različita istraživanja,



ali i ciljano educirao pa je tako Hrvatska među prvima u svijetu 2003. i 2004. na 6. godini studija medicine u Zagrebu imala modul „Mišićno-koštane bolesti“, a liječnici se educiraju u sklopu trajne medicinske izobrazbe. Za svoj rad je HNO u Ottawu 2005. dobio nagradu, i to ispred Japana i Finske.

Drugo desetljeće nastavlja se od 2010. do 2020. Godine, i to pod sloganom „Potičimo kretanje“.

„Prioriteti u ovom desetljeću su zglobove bolesti, na prvom mjestu upalne bolesti poput reumatoidnog artritisa i ... i degenerativne poput osteoartrita, čija incidencija raste sa starijom životnom dobi. Trećina osoba u 65. godini ima radiološki jasan osteoartritis koljena. Sreća je što svi nemaju bolove, a to je glavni simptom osteoartrita uz ograničenje pokreta. Prevencije nema jer se ne zna uzrok ovih bolesti. No, važno je znati da u svakoj životnoj dobi treba čuvati mišićnu konstrukciju jer ona čuva zglove. Stoga se i ovo Desetljeće odvija pod sloganom ‘Potičimo kretanje’, koje je izuzetno važno jer sve više prevladava sjedilački način života i to već od rane mладости“, pojašnjava dr. Morović-Vergles. Prioriteti ovog Desetljeća su i križobolja te druge bolesti kralježnice, osteoporoza i trauma. O ovim prioritetima trebaju voditi brigu i nespecijalisti koji pružaju profesionalnu zdravstvenu skrb. Slogan ‘Potičimo kretanje’, dodaje, treba pretočiti u svakodnevni život što znači da bi u dnevnom rasporedu doista morali imati vremena za aktivno kretanje i tjelovježbu. Naime, utvrđeno je da aktivno mišićno vježbanje znatno doprinosi boljem preživljavanju i boljem zdravstvenom stanju.

„Pitanje je kako usvojiti te navike i na tome radi HNO i zapravo od vrtičke dobi promovira tjelesna aktivnost“, kaže dr. Morović-Vergles.

„Aktivnosti u drugom desetljeću grupirane su u osam glavnih programa. Istanut će u skrbi od tih programa, primjerice, podizanje svijesti javnosti i onih koji osmišljavaju politiku o težini mišićno-koštanih stanja i što se može postići primjenom učinkovite prevencije i liječenja, potom poticanje bolesnika da im skrb o vlastitom zdravlju bude prioritet, osiguranje rane dijagnostike i pravovremenog liječenja uz dostupnost lijekova i, napisljektu, razvoj globalne organizacije koja će moći provesti misiju, ciljeve i programe iz Strateškog akcijskog plana 2010. – 2020.“

Dr. Morović-Vergles, koja se kao internist - reumatolog bavi sistemskim upalnim bolestima, ističe kako je rana dijagnoza i pravovodno liječenje izuzetno bitno.

„Poznato je da ako na vrijeme tj. u ranom stadiju prepoznamo te bolesti i počne- mo bolesnike rano adekvatno liječiti, u velikog broja postižemo stanje remisije. Današnja

medicina ne zna izlječiti te bolesti, ali ih zna zaližeći i postići stanje remisije u kojoj bolesnici imaju osjećaj punog zdravlja. Također je važno da ranim liječenjem uspijevamo spriječiti strukturne promjene kostiju i na taj način spriječiti nastanak invalidnosti. To i jest cilj današnjeg liječenja bolesnika s upalnim reumatskim bolestima, i taj cilj se u potpunosti poistovjećuje sa željama naših bolesnika koji žele biti pokretni (funkcijska sposobnost) i imati kvalitetan život“, kaže dr. Morović-Vergles.

Ni u ovoj struci manjak liječnika nije iznimka, a dr. Vergles-Morović kaže da u Hrvatskoj radi svega 30 posto reumatologa od potrebnog broja. Reumatolozi iz KB Dubrava potaknuli su pilot-projekt suradnje reumatologa iz KB Dubrave i obiteljskih liječnika.

„Pokrenuli smo tečaj trajne edukacije ‘Suradnja obiteljskog liječnika i reumatologa’, sa ciljem poboljšanja suradnje za dobrobit naših bolesnika. Kolege iz obiteljske medicine mogu putem strukturiranog e-mail upitnika zatražiti prvi pregled i mišljenje reumatologa.“ kaže dr. Morović-Vergles dodajući kako se ova suradnja planira nastaviti i razvijati.

„Hrvatsko reumatološko društvo dalo je prijedloge za liječenje reumatoidnog artritisa i spondiloartritisa koji su usvojeni od HZZO-a. Reumatolozi se zalažu za dostupnost lijekova. Desetljeće kostiju i zglobova i Hrvatsko reumatološko društvo je poticalo različite aktivnosti sa ciljem povećanja pozornosti javnosti na mišićno-koštane bolesti“, kaže dr. Morović-Vergles. Dodaje kako se svake godine u svijetu, a i u našoj zemlji, obilježava Tjedan kostiju i zglobova koji započinje 12. listopada sa Svjetskim danom artritisa, a završava 20. listopada sa Svjetskim danom osteoporoze. U Hrvatskoj se tijekom cijelog listopada (ali i kroz godinu) odvijaju različite aktivnosti od simpozija, kongresa, predavanja za opću i stručnu javnost.

„Od 2012. u svijetu se 19. listopada obilježava i Svjetski dan kostiju i zglobova djece koji je iste godine obilježen i u Hrvatskoj u organizaciji kolega iz Dječje bolnice Srebrnjak cjelodnevnim programom za djecu i njihove roditelje. U istoj godini HNO je organizirao i „Dan prepoznavanja ranog artritisa“, akciju u kojoj su sudjelovali reumatolozi iz Zagreba, Rijeke i Osijeka i dali 500 besplatnih pregleda, što je na svjetskoj razini prepoznato kao vrlo vrijedna akcija. Želim se i ovom prilikom zahvaliti svim kolegama i sestrama u Hrvatskoj koji su se odazvali ovoj akciji i poklonili svoju slobodnu subotu. Bez njihova entuzijazma ova, ali i druge akcije i djelovanja, koje je poticao i potiče HNO Desetljeća kostiju i zglobova, ne bi bile moguće“, kaže dr. Morović-Vergles.

HNO Desetljeća potiče i aktivno uključivanje u ‘Fit for Work Europe’. Riječ je o ne-

zavisnom projektu organizacije The Work Foundation koja putem istraživanja, savjetovanja i preporuka nastoji poboljšati kvalitetu radnog aspekta života.

„Svi su u Europskoj uniji svjesni da na mišićno-koštane bolesti otpada velik dio izgubljenih radnih dana svake godine što vodi značajnim gospodarskim i društvenim posljedicama za pojedince, ali i poslodavce i šire gospodarstvo. U EU je više od 170 milijuna ljudi radne dobi, a čak ih jedna šestina ima dugotrajne zdravstvene probleme koji negativno utječu na njihovu radnu sposobnost i to, prije svega, zbog mišićno-koštanih bolesti. Procjenjuje se da dva posto BDP-a godišnje otpada na troškove dijagnosticiranja, liječenja i rehabilitacije osoba oboljelih od mišićno-koštanih bolesti“, kaže dr. Morović-Vergles. Dodaje da je radna sposobnost većine oboljelih od, primjerice, reumatoidnog artritisa smanjena, a čak svaka druga osoba koja u radno aktivno doba oboli od te bolesti nakon deset godina prestaje raditi. Stoga je pravovremena intervencija neophodna, a to znači čim ranija dijagnoza i čim raniji početak liječenja. Izuzetno je važno napraviti i procjenu ne samo izravnih nego i neizravnih troškova u zbrinjavanju mišićno-koštanih bolesti. Nadalje, važno je uključiti i poslodavce jer se naglasak daje na sposobnosti, a ne na onesposobljenosti. Da bi se mogle provesti preporuke Fit for Work Europe potrebno je osnovati koaliciju u našoj zemlji sastavljenu od predstavnika različitih ministarstava, udrug bolesnika, liječnika i poslodavaca koji bi zajedno provodili akcijski plan očuvanja svakog radnog mesta.

Zaključno prof dr Morović-Vergles ističe da je cilj ovog desetljeća koje se odvija pod sloganom „Potičimo kretanje“ senzibilizirati javnost i političare za mišićno-koštane bolesti, naučiti bolesnike kako aktivno utjecati na vlastito zdravlje i uvjeriti ih da o njima ovi si konačni ishod bolesti, kreirati jedinstvene programe prevencije, liječenja i rehabilitacije, promovirati isplative dugoročne strategije liječenja i omogućiti dostupnost standardizirane medicinske skrbi bez obzira na mjesto boravka te poticati istraživanja u tom polju. Hrvatska aktivno sudjeluje u ovoj kampanji nizom predavanja za javnost, konferencijama za tisk, stvaranjem preporuka za liječenje najvažnijih bolesti te susretima s predstvincima vlasti i udrugama bolesnika.

••••

„Pokrenimo se svi zajedno protiv Parkinsona!“

Prim. dr. sc. Vladimira Vučetić, neurolog,
predsjednica Udruge „Parkinson i mi“



- Akciju 'Pokretom protiv Parkinsona' 4. listopada ove godine organizirala je po drugi ut Udruga „Parkinson i mi“ u parku Maksimir, a podržale su ju brojne osobe iz političkog i javnog života. Na manifestaciji su osim članova Udruge i građana Zagreba prisutvovali i članovi naše podružnice iz Splita, a i Udruge bolesnika oboljelih od Parkinsonove bolesti "Buđenje" iz Osijeka, te bolesnici i njihove obitelji iz ostalih krajeva Hrvatske. Zajedničkom šetnjom putem nade i puštanjem balona pružila se podrška oboljelima od Parkinsonove bolesti i Parkinson plus sindroma. Prisutnima su pokazani načini vježbanja koji se preporučuju za oboljele (ples, tai chi, pilates, joga i fizikalna terapija), održan je koncert Nenada Bacha, Čedomira Antolića i prijatelja, te premijerno prikazan film „Everything is forever“ o životu i radu glazbenika Nenada Bacha. Ujedinjeno hodanje se obilježava i u drugim zapadnim zemljama („Moving day“, National Unity walk).

Cilj ove akcije bio je podizanje svijesti i bolje informiranje javnosti o Parkinsonovoj bolesti te važnosti fizičkih aktivnosti kod oboljelih. Fizička aktivnost poboljšava psihofizičko stanje i zdravih, a za bolesnike s Parkinsonovom bolesti ima vitalno značenje za održavanje ravnoteže, pokretljivosti i svakodnevnih aktivnosti, te protektivno značenje jer studije pokazuju da usporava napredovanje bolesti. Budući da od ove teške i progresivne bolesti oboljeva sve veći broj naših građana, neobično je važno ukazati na važnost provođenja fizičke terapije te upoznati javnost i potaknuti mjerodavne u zdravstvu da fizičku terapiju za Parkinsonove bolesnike uključe u redovito propisivanu terapiju na teret HZZO-a.

Parkinsonova bolest druga je najčešća neurodegenerativna bolest. Nastaje zbog gubitka ili degeneracije živčanih stanica u moz-

gu koje proizvode neurotransmiter dopamin u dijelu mozga koji se naziva supstancija nigra), a rezultira oštećenjem kontrole pokreta. Točan uzrok njezina nastanka se ne zna. Pretpostavlja se da je posljedica interakcije genetskih čimbenika (starenje, muški spol, bijela rasa, emocionalni stres, stidljivost, depresivnost, pozitivna obiteljska anamneza) i čimbenika okoliša (trauma, izlaganje herbicidima i pesticidima, ugljik monoksid, teškim metalima, metanolu, lijekovima, antipsihoticima, antiemetnicima, upotreba bunarske vode, život u ruralnoj sredini). Nije nasljedna bolest, iako je opisano nekoliko obitelji u kojoj je oboljelo više članova. Od nje oboljeva oko jedan do dva posto populacije starije od 65 godina te više od tri posto iznad 85 godina. Zna se da je jedan od 10 oboljelih u dobi ispod 50 godina. U Hrvatskoj ih je registrirano oko 12.000, a procjenjuje se da ih ima 15.000 do 20.000.

Bolesnici obično nastavljaju voditi aktivan i ispunjen život. Uz medikamentnu terapiju preporuča se fizička aktivnost, pažljiva prehrana te uspješna kontrola i motoričkih i nemotoričkih simptoma. Svakako je dobro učlaniti se u udruge u kojima je prisutan multidisciplinarni tim ljudi (lječnici, fizioterapeuti, psiholozi, medicinske sestre, logopedi, socijalni radnici, radni terapeuti, instruktori plesa, pilatesa i sl.). Podrška koju bolesnik dobiva od tima zdravstvenih djelatnika i istodobno dobra suradnja bolesnika, pridonijet će boljoj edukaciji o bolesti, o kontroli simptoma i liječenju bolesti.

Bolesnici primjećuju smetnje kao što su bradikinezija, rigor, akinetički tremor i gubitak posturalnih refleksa. U svim stadijima mogu se pojavit i tzv. nemotorički simptomi poput oštećenja njuha, autonomnih funkcija, depresija i anksioznost, tegobe sa spavanjem, oštećenje pažnje i kognitivnih funkcija do demencije, halucinacije i smetnje vida.

U istraživanju o kvaliteti života kod uznapredovale, koje je ove godine provela Udruga u različitim gradovima Hrvatske, pokazalo se da 80 posto bolesnika ima poteškoća pri obavljanju svakodnevnih radnji poput održavanja higijene ili kućanskih poslova, a 78 posto pri odijevanju. Poteškoća s kretanjem u javnosti ima 70 posto, a njih 58 posto treba pratnju pri izlasku iz kuće, dok ih se 66 posto otežano kreće u kući. 72 posto bolesnika ima tegobe koje utječu ili na društveni kontakt a 77 posto

ima neprilike s čitkim pisanjem. Čak 52 posto zapada u depresiju ili su iskusili izostanak potpora obitelji. Gotovo polovica ih se susreće s osjećajem ignoriranja okoline, a 35 posto ima poteškoća s partnerom, djecom i ostalom obitelji. Kvaliteta života takvih bolesnika značajno je narušena.

Liječenje je simptomatsko, što znači da se dostupnim preparatima pokušava kontrolirati motoričke simptome te tako utjecati na kvalitetu života oboljelog. Što se tiče medikamentnog liječenja, skupine lijekova koji postoje i u drugim zemljama prisutne su i kod nas, jedino što se neki od njih doplaćuju.

U uznapredovanoj bolesti, osim liječenja kombiniranjem antiparkinsonika različitog načina djelevanja (levodopa/ karbidopa ili levodopa/benzerazid; COMT inhibitori ili kombinacija levodope/karbidope i entakapona zajedno; MAO-B inhibitor ; dopaminski agonisti, NMDA antagonisti te antikolinergici), ako je slab odgovor na terapiju, u obzir dolaze i invazivne metode, tj. neurokirurški postupci, duo-dopa pumpa, apomorfinska injekcija. U svijetu je najrasprostranjenija (više od 120.000 operiranih bolesnika) neurokirurška duboka mozgovna stimulacija (Deep brain stimulation-DBS) koja se godinama uspješno provodi u Hrvatskoj jedino u KB-u "Dubrava".

Kod nas još nema apomorfinske pumpe, a Duodopa pumpa je primjenjena kod dva bolesnika na teret KBC-a Zagreb i četiri na teret KBC-a Osijek. Primjenjuje se kod onih bolesnika kod kojih nije primjenjivo neurokirurško liječenje DBS-om prema strogim kriterijima i isto ima potvrđeno dobre rezultate, te se pokušava staviti na listu skupih lijekova. Fizikalna terapija, koja je neophodna takvim bolesnicima, ne dobiva se na teret HZZO-a osim iznimno. Uz to je nužna i terapija glasa, radna terapija, ponekad i tretman psihologa za bolesnika pa i cijelu obitelj.

Zadnje studije pokazuju da bi fizička aktivnost mogla biti preventivna. Spominje se i mediteranska prehrana, zeleni čaj, kofein te izbjegavanje okolišnih čimbenika. Bolesnici uz mentorstvo a i partnersko-timski rad s doktorima, sestrama, fizijatrima, logopedima, psiholozima educiranim za takve bolesti, trebaju djelovati s ciljem nastavka vođenja jednakog kvalitetnog života kao što je bio i prije

Potrebna je edukacija i bolja komunikacija ne samo oboljelih i obitelji nego cijelog multidisciplinarnog tima (u kojem su obiteljski lječnik, sestra, neurolog, psihijatar, fizioterapeut) i društva u cijelosti. Lječnici ih uz stalnu edukaciju trebaju poticati da se obraće svim članovima tima ili udrugama, a i kako sami mogu unaprijediti kvalitetu svog života. Isto tako bi bilo dobro imati posebne rehabilitacijske centre, dnevne boravke i domove s educiranim timom koji ih zbrinjavaju i neprestano skreće pozornost na potrebe oboljelih.

••••

Što je to palijativna skrb, a što „hospicijski program“

Robert Grubišić-Čabo¹, Ante Samodol¹, Ivo Blaće², Filip Grubišić-Čabo¹

• Sprječiti i olakšati patnju te održavati najbolju moguću kvalitetu života, kako za bolesnika tako i za njegovu obitelj, primarni je cilj djelovanja palijativne skrbi! U modelu integrirane zdravstvene zaštite, palijativno liječenje se počinje provoditi istovremeno s kurativnim, odnosno liječenjem koje produžava život (1). Hospicij pak predstavlja model palijativne skrbi koji se nudi bolesnicima čiji se život bliži kraju. Možemo reći kako je sve ono što hospicij pruža bolesnicima palijativnu skrb, ali palijativna skrb nije ograničena isključivo na „hospicijski program“.

Hospiciji nastaju još u srednjem vijeku, kada su predstavljali utočište za hodočasnike i druge putnike. Pri kraju 19. stoljeća hospiciji se profiliraju kao mjesta za umiruće bolesnike, i to najprije u Irskoj, a potom u Engleskoj. Osnivačem modernog „hospicijskog programa“ smatra se dr. Cicely Saunders, koja je 1967. godine otvorila prvi takav hospicij u Londonu. Od tada se koncept modernog hospicija proširio po svijetu, nastojeći zadovoljiti potrebe „onih koji odlaze“, tj. onih čija je očekivana dužina života kraća od 6 mjeseci. Princip djelovanje modernog hospicija temelji se na interdisciplinarnom pristupu bolesniku. Tim bi trebali sačinjavati medicinska sestra, liječnik hospicija, poželjno i liječnik koji je do tada liječio bolesnika, socijalni radnik, svećenik, pomoćno osoblje zaposleno u hospiciju i volonteri.

Pomoći volontera se može sastojati u npr. čitanju bolesniku, posjetima bolesnicima ili različitim drugim načinima. Treba naglasiti kako hospicij ne označava mjesto, već model zdravstvene skrbi koji se može provoditi u kući bolesnika ili drugdje, npr. u različitim ustanovama. Prelazak bolesnika u hospicijski program liječenja postaje odgovarajući kada bolesnik i njegova obitelj odluče kako njihov primarni cilj u dalnjem tijeku liječenja postaje poboljšanje

kvalitete preostalog života, u vrijeme kad se više ne očekuje veći učinak kurativnog liječenja. To je situacija kad opterećenje liječenjem koje ima za cilj produženje života postaje veće od mogućih dobitaka za bolesnika, odnosno kada bolesnik uđe u posljednje tjedne ili mjesecе svog života (3,4).

Prosudba dužine preostalog života nije laka, liječnik je često i preoptimističan (2). Ipak, liječnikova prognoza o dužini preostalog života tih bolesnika najvažnija je metoda procjene, a još točniji rezultat se dobije kada se ta procjena integrira s drugim (statističkim) metodama analize. Kao praktično rješenje može poslužiti praksa nekih zemalja gdje zdravstveno osiguranje zahtijeva potvrdu dvoje liječnika kako je „prognosis quad vitam“ bolesnika 6 mjeseci ili kraća da bi se priznali troškovi hospicijskog liječenja.

Čitajući preporuke različitih europskih društava vidi se da je naglašena potreba za integracijom ciljanog liječenja i palijativne skrbi, kako bi taj prelazak na isključivo suprotivno-simptomatsko liječenje bio zapravo postupan. Nastoji se da bolesniku dođe „dobra smrt s ljudskim dostojanstvom“.

Dobro organiziran „hospicijski program“ pruža svojim štićenicima, izravno ili putem telefona, uvjek dostupnu interdisciplinarnu skrb, a organizira se prema mjestu gdje stanuju, bilo da je to u bolesnikovu stanu ili u ustanovi udomljenja.

Cilj „hospicijskog programa“ jest pružati pomoći, i to ne samo bolesniku, već i članovima njegove obitelji, kako za vrijeme bolesti tako i do 12 mjeseci po nastupu bolesnikove smrti, odnosno sve dok traje razdoblje „žalovanja“. Idejnim začetnicima „hospicijskog programa“ eutanazija je bila strana!

Nastanak specijalizacije iz palijativne medicine, koja postoji u više zemalja zapadnoga svijeta, izravna je posljedica razvoja „hospicijskog programa“. Primijećeno je kako

se mijenja učestalost vodećih bolesti koje zahtijevaju potrebu za hospicijskim liječenjem. Prema podacima iz SAD-a 1990. godine smrt je nastupila kao posljedica karcinoma kod 53% bolesnika liječenih u hospicijima, a 2010. kod 35,6%. Te iste 2010. godine smrt je nastupila u 64,4% tih bolesnika zbog drugih kroničnih bolesti (neuroloških, ateroskleroze, respiratoričnih bolesti, itd.) (5). Ta promjena prati promjene koje su se dogodile među vodećim uzrocima smrtnosti u SAD-u!

Poznato je kako postoje međukulturalne razlike u načinu komuniciranja pitanja blizine, kao i nastupa same smrti, a jednako tako među različitim državama svijeta postoje značajne organizacijske razlike u pružanju zdravstvene skrbi. Ipak smo uvjereni, bez obzira na postojeće razlike, kako bi organizacijski modeli hospicijskog programa trebali biti što manje zakonom regulirani.

Adresa za dopisivanje/ Correspondence address: Robert Grubišić-Čabo, dr. med., Interni odjel OB Šibenik; S. Radića 83, 22000 Šibenik; e-adresa: rgcabo@gmail.com

.....

Literatura

- 1) Teno JM, Connor SR. Referring a patient and family to high-quality palliative care at the close of life: "We met a new personality... with this level of compassion and empathy". JAMA 2009; 301:651.
- 2) Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. BMJ 2000; 320:469.
- 3) A National Framework and Preferred Practices for Palliative and Hospice Care Quality. National Quality Forum; Washington, DC 2006.
- 4) Morrison RS, Meier DE. Clinical practice. Palliative care. N Engl J Med 2004; 350:2582.
- 5) NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America 2011 Edition <http://www.nhpco.org> (Accessed on September 09, 2012).

1. Interni odjel, Opća bolnica Šibenik; 2. Kiruški odjel, Opća bolnica Šibenik

Odnosi među liječnicima u Hrvatskoj

*Prim. mr. sc. Goran Ivanišević, dr. med.
Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju
Hrvatskog liječničkog zbora*

- Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju Hrvatskog liječničkog zbora održalo je 10. lipnja u Zagrebu četrnaesti po redu Proljetni simpozij medicinske etike Hrvatskoga liječničkog zbora. Ove je godine tema bila odnosi među liječnicima. S dopuštenjem izdavača i autora prenosimo u Liječničke novine predavanje prim. dr. Gorana Ivaniševića. Zahvaljujući donaciji Hrvatskog pulmološkog društva HLT-a (predsjednik dr. Neven Miculinić) predavanja su tiskana u nakladi od 50 primjeraka, a osim toga sva su na webu HLZ-a.

Ur.

U Hrvatskoj je na snazi Kodeks medicinske etike i deontologije, koji je obvezatan za sve liječnike. Rezultat je zajedničkoga rada predstavnika Povjerenstava za medicinsku etiku i deontologiju Hrvatskoga liječničkoga zbora i Hrvatske liječničke komore. Prošavši postupak donošenja na tijelima Komore i Zbora, primjenjuje se od 1. ožujka 2007. (1).

Četrnaesti proletarij simpozij medicinske etike Hrvatskoga liječničkoga zbora ima temu "Odnosi među liječnicima u Hrvatskoj". Tema je izabrana budući je važna općenito ali i aktualna u Hrvatskoj tijekom dugogodišnjih reformi zdravstvenoga sustava. Unatoč trudu Ministarstva zdravlja i liječničke zajednice različite strategije, masterplanovi, smjernice i drugi pokušaji poboljšanja stanja zdravlja i skrbi za njega u Hrvatskoj još nisu donijeli zrela ploda. Pri tome se nedovoljna pozornost usmjeruje na liječnike, bez kojih ne samo da nema prevencije, dijagnostike, liječenja, produženog liječenja i rehabilitacije, nego je nezamisliv opstanak bilo koje države, bila ona demokratska ili autoratska.

Od 2001. godine Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju Hrvatskoga liječničkoga zbora nastoji različitim temama svratiti pozornost hrvatske liječničke i svekolike javnosti na pitanja koja se susreću u zdravstvenom sustavu Hrvatske. U tablici su prikazane teme dosadašnjih simpozija, koji su svi ili praćeni tiskanjem zbornika radova unaprijed. Godine

2012. izdano je zbirno djelo "Bioetičke teme" u kojemu su sakupljeni svi radovi prikazani i objavljeni na prvih 11 Simpozija (2). U tablici su prikazane teme i zbornici svih 14 Simpozija (3-15).

Kodeks

U prvome članku Kodeksa "Temeljna načela" spominje se da će liječnik svoje životno usmjerenje i struku posvetiti zdravlju čovjeka, poštovati ljudski život od njegova početka do naravne smrti, promicati zdravlje, sprječavati i liječiti bolest te poštovati ljudsko tijelo i osobnost i nakon smrti. Pomoći će pružati svima jednako bez obzira na dob, spol, rasu, narodnost, vjeru, političko uvjerenje, društveni položaj ili bilo koje druge okolnosti, poštujući ljudska prava i dostojanstvo osobe. U radu će čuvati plemenitu tradiciju liječničkog poziva, održavati visoke standarde stručnog rada i etičkog ponašanja prema bolesniku, njegovim bližnjima i zdravim osobama. U svojem će djelovanju čuvati ugled i dostojanstvo liječničkog staleža, časno se odnositi prema kolegama, a svoje znanje i umijeće uvijek odgovorno primjenjivati u skladu s ovim Kodeksom.

U drugome članku "Obveze prema pacijentu" navodi se da će liječnik poštovati prava bolesnika i smatrati njegovu dobrobit svojom prvom i osnovnom brigom. Posao će obavljati stručno i etički besprijkorno, ne iskoristavajući bolesnika ni na koji način. Osim redovite nagrade za svoj rad, plaće ili honorara, i zadovoljstva da je pomogao bolesniku, drugo stjecanje bilo koje koristi iz svoga rada protivno je Kodeksu.

Liječnik će poštovati pravo duševno sposobnog i svjesnog dobro obavijestenog bolesnika da slobodno prihvati ili odbije pojedinog liječnika odnosno preporučenu njegovu pomoći. Kad bolesnik nije za to sposoban, o tome će odlučivati njegov zastupnik. Ako zastupnik nije nazoran, liječnik će, ako se s odlikom ne može pričekati, primijeniti, po svom

znanju, najbolji način liječenja.

Pregled i pružanje pomoći djeci i maloljetnim osobama liječnik će učiniti uz sukladno upozoriti odgovorna tijela. Liječnik će predlagati i provoditi samo one dijagnostičke postupke koji su nužni za pouzdanu dijagnozu i liječenje sukladno provjerenim spoznajama suvremenе medicinske znanosti. Usvajanje, primjena i širenje znanstveno neprovjerenih postupaka i pobuđivanje lažne nade u bolesnika i njegovih bližnjih, povreda je medicinske etike. U postupku s bolesnikom liječnik će postupati ekonomično, sukladno racionalnoj medicinskoj praksi i neće provoditi nepotrebne pregledne i liječenje, bez obzira tko snosi troškove. Na prikladan će način obavijestiti bolesnika o dijagnostičkim postupcima i pretragama, njihovim rizicima, opasnostima i rezultatima, kao i svim mogućnostima liječenja i njihovim izgledima na uspjeh te mu primjereno pružiti potrebne obavijesti kako bi bolesnik mogao ispravno odlučiti o dijagnostičkom postupku i predloženom liječenju.

Obveza je liječnika razumijevati zabrinutost bolesnikovih bližnjih, o njegovu stanju ispravno obavješćivati i s njima surađivati na pacijetovu korist. Bolesnik ima pravo saznati istinu i dobiti na uvid cijelokupnu medicinsku dokumentaciju o svojoj bolesti. Ima pravo, pišanom i potpisanim izjavom, odbiti obavijest o prirodi svoga zdravstvenog stanja i očekivanom ishodu predloženih i/ili poduzetih medicinskih postupaka i mjera, osim u slučajevima kada bi svojom bolešću mogao ugroziti zdravlje drugih. Za vrijeme svoje odsutnosti liječnik je obvezan pobrinuti se za stalnu medicinsku skrb svojih bolesnika. Ako potrebe liječenja bolesnika prelaze liječnikove mogućnosti, znanje ili vještine, on je obvezan pobrinuti se uputiti bolesnika na skrb drugom liječniku koji takve potrebe može ostvariti, kao i u slučaju ako to sam bolesnik isto zatraži. Ako liječnik ocijeni da su mu u skrbi za bolesnika potrebeni stručni savjeti drugih liječnika, predložiti će sazivanje liječničkog konzilija. Ako se bolesnik, dobro upoznat sa svojim stanjem i sposoban samostalno odlučivati, ne ponosa sukladno preporukama liječnika glede prevencije i liječenja bolesti, liječniku je iznimno dopušteno takvoj osobi odbiti daljnju skrb, pod uvjetom da ga prethodno uputi na drugog liječnika ili zdravstvenu ustanovu. Jednako tako može liječnik postupiti

prema bolesniku koji se svjesno ponaša nedolično, uvredljivo ili prijeteći, osim ako bolesniku prijeti opasnost za život, kada mu je obvezan pomoći. Sve što lječnik sazna obavljajući svoj posao smatra se lječničkom tajnom. Istu je obvezan čuvati i pred bolesnikovim bližnjima, ako to bolesnik izjavi, a i nakon njegove smrti, osim u slučaju kad bi njezinim čuvanjem ugrozio život i zdravlje drugih ljudi.

Čuvanje lječničke tajne proteže se i na sve sustave kojima se podaci o bolesniku prenose, obrađuju i pohranjuju. Lječnik ima pravo na priziv savjesti ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravље ili ne ugrozi život bolesnika, ali o svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti bolesnika i uputiti ga drugom lječniku iste struke. Lječnik se ne smije upuštati u osobne ili obiteljske probleme bolesnika, niti pokušavati utjecati na njega izvan onoga što zahtijeva njegovo lječenje.

Prema trećemu članku "Planiranje obitelji i regulacija ljudske plodnosti" obveza je lječnika prihvaćene suvremene postupke antenatalne i postnatalne skrbi primjenjivati da pomogne rađanje, rast i razvoj djeteta. U planiranju obitelji promicati će ponajprije odgojne i prirodne metode, a zatim one u skladu s medicinskim spoznajama i moralnim stavovima žene i muškarca. Lječnikova je obveza upoznati ženu i muškarca s načinom djelovanja i štetnosti pojedinih kontracepcijskih sredstava i postupaka.

U liječenja neplodnosti lječnik mora znati da primjena metoda potpomognute oplodnje, uključujući i izvantjelesnu, pretpostavlja razumijevanje biti takvih postupaka u osoba koje im se podvrgavaju. Obveza je lječnika poznavati etičko vrednovanje pojedinih prihvaćenih metoda. Razvijanje viška ljudskih zametaka u istraživačke svrhe je neprihvatljivo i neetičko.

U četvrtom članku "Umirući pacijent" ističe se da je ublažavanje patnje i боли jedna od osnovnih zadaća lječnika. To je posebno važno u skrbi oko umirućeg bolesnika, kada će lječnik, uz lijekove, nastojati pružiti i svu duhovnu pomoći, poštujući bolesnikovo uvjerenje i želje. Istodobno će lječnik upoznati i bolesnike bližnje o njegovu stanju i nastojati postići njihovu suradnju na ublažavanju bolesnikovih tegoba. Namjerno skraćivanje života (eutanasija) u suprotnosti je s medicinskom etikom. Želju dobro informiranog bolesnika neizlječivo bolesnog, jasno izraženu pri punoj svijesti glede umjetnog produživanja njegova života, treba poštovati primjenjujući pozitivne zakonske propise. Nastavljanje intenzivnog liječenja bolesnika u ireverzibilnom terminalnom stanju je medicinski neutemeljeno i isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt.

Prema petom članku "Presađivanje

tkiva i organa" u slučaju smrti mozga, utvrđene na stručno prihvaćeni način, lječnik smije u okviru pozitivnih propisa održavati život organa, dijelova tijela ili tkiva koji se mogu iskoristiti u svrhu liječenja drugih bolesnika. O namjeri da s mrtvog tijela presadi dijelove tijela, organe ili tkiva, lječnik će obavijestiti najbližu obitelj odnosno skrbnika. Dijelovi tijela s umrle osobe smiju se uzeti radi presađivanja samo ako se darivatelj za života nije tome u pisanim oblicima protivio. Lječnik koji sudjeluje ili bi mogao sudjelovati u presađivanju ne smije sudjelovati u donošenju odluke o smrti mozga davaljela, zbog mogućeg sukoba interesa. Ako sudjeluje u presađivanju tkiva ili organa sa živog davaljela, obvezan ga je savjesno upoznati s naravim zahvata i mogućim posljedicama.



Prema šestom članku "Biomedicinska istraživanja" lječnik će se pridržavati preporuka Helsinski deklaracije i njezinih revizija. Osnovna je svrha istraživanja na ljudima unapređenje profilaktičkih, dijagnostičkih i terapijskih postupaka te razjašnjavanje uzroka i nastanka bolesti i u njima dobrobit pojedinca ima prednost pred interesima znanosti i društva. Lječnik je obvezan u medicinskim istraživanjima štiti život, zdravlje, privatnost i dostojanstvo ispitanika. On mora biti znanstveno obrazovan i sposobljen te je obvezan podastrijeti plan istraživanja na ocjenu nadležnom neovisnom etičkom povjerenstvu u pogledu znanstvene opravdanosti i etičke prihvatljivosti. U tom prijedlogu moraju biti jasno ocijenjene moguće opasnosti i poteškoće u usporedbi s očekivanim dobrobiti za pojedinca i koristi za društvo. Koristi, rizici, poteškoće i učinkovitost nove me-

tode trebaju se usporediti s najboljim postojećim profilaktičkim, dijagnostičkim i terapijskim metodama. To ne isključuje uporabu placeboa, ukoliko njegova primjena ne ugrožava dobrobit ispitanika a njegovo je korištenje dopušteno ukoliko plan istraživanja to nedvojbeno nalaže.

U određenim istraživanjima valja prosuditi i moguću štetu za okoliš, a tamo gdje su uključene pokusne životinje primjeniti načelo najmanje patnje. Lječnik koji vodi istraživanje obvezan je ispitanike koji budu obuhvaćeni istraživačkim projektom temeljito upoznati sa smislim rada, očekivanom koristi i mogućom opasnosti te nakon toga pribaviti njihov pisani pristanak. Ako to zbog maloljetnosti, poslovne nesposobnosti ili stanja svijesti ispitanika nije moguće, pristanak će zatražiti od njegova zakonskog zastupnika. Ako ispitanik tijekom istraživanja postane sposoban za samostalno odlučivanje, istraživač mora za daljnja istraživanja dobiti njegov pisani pristanak. Ispitanik može, bez posljedica za njega osobno, u svaku dobu odustati od daljnog sudjelovanja u istraživanju. Istraživač ne smije utjecati na odluku ispitanika o sudjelovanju ili nesudjelovanju u terapijskom ili neterapijskom istraživanju, osobito kada je ispitanik ovisan o istraživaču. Istraživanje novih profilaktičkih, dijagnostičkih i terapijskih postupaka mogu provoditi samo neovisni istraživači u okvirima odobrenog plana kliničkog pokusa. O postignutim rezultatima lječnik-istraživač obavijestit će, prema pravilima znanstvenog izvješćivanja, znanstvene i stručne krugove na medicinskim javnim sastancima i u medicinskim časopisima, a širu javnost tek nakon što je o njima utvrđeno stručno mišljenje.

Prema sedmom članku "Ljudski genom" zabranjen je svaki oblik diskriminacije neke osobe na temelju njezina genetskog nasljeđa. Testovi koji pretkazuju nasljedne bolesti, bilo da služe za prepoznavanje nositelja gena odgovornog za bolest, bilo da otkrivaju nasljedne predispozicije odnosno prijemljivosti za bolest, mogu se izvoditi jedino u zdravstvene svrhe ili kao dio znanstvenih istraživanja u zdravstvene svrhe i to nakon nepristranog genetskog savjetovanja. Zahvati usmjereni na preinaku ljudskog genoma mogu se izvoditi samo u preventivne, dijagnostičke i terapijske svrhe uz uvjet da se te preinake ne prenose na potomstvo. Stvaranje genetski identičnih osoba (kloniranje) suprotno je etici i poštivanju ljudskog dostojanstva te je zabranjeno.

U skladu s osmim člankom "Odnos prema osobama s ograničenom slobodom" lječnik koji radi u ustanovama zatvorenog tipa osobito će poštovati prava bolesnika u tjelesnom i duševnom pogledu i paziti na njegovo osobno dostojanstvo. Prisilno liječenje i hranjenje dopušteno je samo u slučajevima kada

bolesnik nije sposoban da o tome svjesno odlučuje. Ako duševno zdrava i punoljetna osoba odbija hranu, liječnik to mora poštovati. Liječniku je zabranjeno sudjelovati u nasilju prema čovjeku.

Deveti članak "Odnosi prema drugim liječnicima i struci" navodi da će se častan liječnik odnositi prema drugim liječnicima onako kako bi želio da se oni odnose prema njemu, a svojim će učiteljima iskazivati poštovanje i zahvalnost za znanje, vještine i odgoj koje je od njih primio. Ako drugi liječnik zatraži od njega stručni savjet i/ili pomoć, pružit će mu je nesebično i prema svom najboljem znanju. Liječnik neće pridobivati bolesnike svojih kolega, a može preuzeti skrb nad bolesnikom drugog liječnika samo na njegov ili bolesnikov zahtjev. Obveza je liječnika, koji upućuje bolesnika drugom liječniku, da ga obavijesti o pojedinostima koje bi mogle na bilo koji način naškoditi odnosno ugroziti zdravlje ili život liječnika. Suradnike ili drugo osoblje liječnik će upozoriti na učinjene propuste na način koji neće povrijediti njihovo ljudsko i profesionalno dostojanstvo, a nikad pred bolesnikom ili njegovim bližnjima. U slučaju da sazna o neodgovarajućem etičkom, moralnom ili medicinskom postupku kolege, to neće raspravljati s bolesnikom, njegovim bližnjima ili drugim kolegama, nego će se obratiti odgovornoj osobi te Hrvatskoj liječničkoj komori i Hrvatskom liječničkom zboru. Obveza je liječnika stalno obrazovanje i praćenje napretka u struci. Svoj će stručni ugled i neovisnost čuvati ne pristajući da mu se ime ističe i povezuje s trgovackim aktivnostima radi stjecanja osobne koristi. Izbjegavat će stjecanje i širenje ugleda samoisticanjem i netočnim samooglašavanjem u sredstvima javnog priopćavanja. Liječnik neće surađivati s pojedincima, ustanovama ili društвima koji zlorabe povjerenje javnosti zastupajući neprovjerene tvari i postupke namijenjene liječenju, čuvanju i promicanju zdravlja. Svojim ponašanjem i djelovanjem čuvat će ugled liječništva.

Deseti članak "Završne odredbe" navodi da je poštovanje odredaba Kodeksa obvezno za sve liječnike. Povrede odredaba Kodeksa su disciplinske prirode, a disciplinski je postupak propisan aktima Hrvatske liječničke komore (HLK) i Hrvatskoga liječničkoga zbora (HLZ). Pravo je i obveza liječnika da o svakom kršenju odredbi Kodeksa obavijesti Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK i HLZ-a koja prate primjenu Kodeksa. Liječnici su obvezni odbiti svaku radnju koja je u suprotnosti s načelima iznesenim u Kodeksu, a HLK i HLZ su im obvezni pomoći svim stručnim i pravnim sredstvima, ako se za to ukaže potreba. Kaznena i prekršajna odgovornost liječnika ili disciplinska odgovornost u zdravstvenoj ustanovi, trgovackom društvu ili

drugoj pravnoj osobi koja obavlja zdravstvenu djelatnost, ne isključuje pokretanje disciplinskoga postupka pred nadležnim sudom HLK i HLZ-a. Liječnik kojeg je sud Hrvatske liječničke komore proglašio nedostojnim za obavljanje liječničke djelatnosti povrijedio je odredbe i ovoga Kodeksa.

Ovaj Kodeks se primjenjuje od 1. ožujka 2007.

.....

Zaključak

Na temelju prikaza Kodeksa medicinske etike i deontologije, koji je obvezatan za sve liječnike i zdravstvene djelatnike u Hrvatskoj i koji treba uskladiti s hrvatskim zakonodavstvom, može se zaključiti da je pitanje odnosa među liječnicima u Hrvatskoj relativno dobro regulirano člankom 9:

- Častan liječnik će se odnositi prema drugim liječnicima onako kako bi želio da se oni odnose prema njemu;

- Učiteljima će iskazivati poštovanje i zahvalnost za znanje, vještine i odgoj koje je od njih primio;

- Ako drugi liječnik zatraži od njega stručni savjet i/ili pomoć, pružit će mu je nesebično i prema svom najboljem znanju;

- Liječnik neće pridobivati bolesnike svojih kolega, a može preuzeti skrb nad bolesnikom drugog liječnika samo na njegov ili bolesnikov/pacijentov zahtjev;

- Obveza je liječnika, koji upućuje bolesnika/pacijenta drugom liječniku, da ga obavijesti o pojedinostima koje bi mogле na bilo koji način naškoditi odnosno ugroziti zdravlje ili život liječnika;

- Suradnike ili drugo osoblje liječnik će upozoriti na učinjene propuste na način koji neće povrijediti njihovo ljudsko i profesionalno dostojanstvo a nikad pred bolesnikom/liječnikom ili njegovim bližnjima;

- U slučaju da sazna o neodgovarajućem etičkom, moralnom ili medicinskom postupku kolege, to neće raspravljati s bolesnikom/pacijentom, njegovim bližnjima ili drugim kolegama, nego će se obratiti odgovornoj osobi te Hrvatskoj liječničkoj komori i Hrvatskom liječničkom zboru;

- Obveza je liječnika stalno obrazovanje i praćenje napretka u struci;

- Svoj će stručni ugled i neovisnost čuvati ne pristajući da mu se ime ističe i povezuje s trgovackim aktivnostima radi stjecanja osobne koristi;

- Izbjegavat će stjecanje i širenje ugleda samoisticanjem i netočnim samooglašavanjem u sredstvima javnog priopćavanja;

- Liječnik neće surađivati s pojedinima, ustanovama ili društвima koji zlorabe

povjerenje javnosti zastupajući neprovjerene tvari i postupke namijenjene prevenciji, dijagnostici, liječenju, produženom liječenju i rehabilitaciji, kao i čuvanju i promicanju zdravlja. Svojim ponašanjem i djelovanjem čuvat će ugled liječništva.

Literatura

1. Kodeks medicinske etike i deontologije. Liječničke novine 2007;(197):1-4.
2. Ivanišević G, Fatović Ferenčić S, ur. Bioetičke teme. Knjiga izlaganja s I.-XI. proljetnog bioetičkog simpozija Hrvatskoga liječničkog zbora održanih u Zagrebu 2001.-2011. godine. Zagreb: Medicinska naklada. Hrvatski liječnički zbor. 2013:1-574.
3. Ivanišević G, Šegota I, ur. Bioetička edukacija medicinara. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2002:1-55.
4. Ivanišević G, ur. Prava djeteta kao pacijenta. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2002:1-71.
5. Bakran I, Ivanišević G, ur. Suradnja liječnika i farmaceutske industrije u trajnoj izobrazbi. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2003:1-92.
6. Bakran I, Ivanišević G, ur. Liječnik i javnost. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2004: 1-43.
7. Bakran I, Ivanišević G, ur. Bolesnik - prava i obveze. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2005:1-84.
8. Bakran I, Ivanišević G, ur. Hrvatsko zdravstvo u tranziciji. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2006:1-63.
9. Bakran I, Ivanišević G, ur. Zahvalnost liječniku. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2007:1-54.
10. Ivanišević G, ur. Liječnička tajna. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2008:1-54.
11. Ivanišević G, ur. Dostupnost medicinskih postupaka u Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2009:1-67.
12. Fatović Ferenčić S, Ivanišević G, ur. Zdravlje i/ili profit? Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2010:1-76.
13. Ivanišević G, ur. Medicinska etička povjerenstva u Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2011:1-66.
14. Ivanišević G, ur. Prijepori u zdravstvu - mirovanje i/ili sudovanje? Imo li korupcije u zdravstvu? Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2013:1-65.
15. Ivanišević G, ur. Odnosi među liječnicima u Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor. 2014:1-72.

Poremećaji hidracije i elektrolita u tijelu – IV. dio.

Prof. dr. Zdenko Kovač

- Nastavljamo s obradom patofiziološke problematike u kojoj se zahtjeva čitačevu sudjelovanje. Donosimo algoritamsku razradbu problema u sklopu endokrinopatija s poremećajima hidracije i elektrolita. Rješenja vježbi a, b i c u algoritamskoj razradbi su na str. 53 ovoga broja, u svrhu samoprovjere.

Algoritamska razradba problema¹.

Patofiziologija endokrinopatija s poremećajima homeostaze aldosterona

Za razradbu problema prostudiraj stranice 272–5, 276–80, 300–3, 330–1, 349–55 u S Gamulin, M Marušić, Z Kovač. **Patofiziologija. Knjiga prva. 7. izdanje.** Medicinska naklada Zagreb 2011. (Zadatak je pripremio prema podatcima u radu: Perrin CW. Disorders of aldosterone biosynthesis and action. New Engl J Med 1994; 331: 250–8).

Aldosteronske endokrinopatije složena su skupina bolesti s vrlo heterogenom etiopatogenezom. U tablici 1 navedene su etiopatogenetske skupine bolesti s nedostatnošću aldosterona, a u tablici 2 navedene su skupine hiperaldosteronemičnih bolesti i sindroma.

U slici 1 prikazan je međuodnos aldosteronemije i odnosa aldosterona i reninske aktivnosti u primarnim i sekundarnim hiperaldosteronizmima odnosno aldosteronskim nedostatnostima. U slici 2 prikazane su genske grješke enzima u sintetičkom putu aldosterona odgovorne za pojedine nasljedne bolesti.

Tablica 1. Etiopatogenetsko razvrstavanje mineralokortikoidnih nedostatnosti	
Skupina poremećaja	Bolest/sindrom i neka svojstva stanja
Nasljedne biosintetičke nedostatnosti ^a	nedostatnost 21-hidroksilaze (kortizolna deficijencija, poremećaj gena na kromosomu 6p21.3 s recessivnim nasljedanjem) deficijencija aldosteronske sintetaze 3β-hidroksisteroidna deficijencija, spolni infantilizam nedostatnost kolesterolne desmolaze
Druge nasljedne bolesti	adrenoleukodistrofija (deficijencija peroxisomalnih enzima vezanih uz kromosom Xp28) kongenitalna adrenalna hipoplazija (često udružena s Duchenneovom mišićnom distrofijom)
Autoimune bolesti	izolirana autoimunost nadbubrežne žlijezde poliglandularna deficijencija tipa I (udružena s mukokutanom kandidijom i hipoparatiroidizmom) poliglandularna deficijencija tipa II (udružena s autoimunim tireoiditism i o inzulinu ovisnom šećernom bolešću)
Infekcije	tuberkuloza sepsa (osobito pneumokokna) u sklopu AIDS-a citomegalovirusna
Hemoragijske	traume djeteta u komplikacionom porodaju, primjerice u porodaju zadkom
Metastatske bolesti	osobito karcinom dojke i plućni karcinomi

^a Usporedi prikaz biokemijskoga niza u slici 2.

VJEŽBA A:

Činjenična raščlamba (jedan ili više je točnih odgovora)

1. Prema podatcima u tablici 1 i slikama 1 i 2 patogenetske mehanizme mineralokortikoidne nedostatnosti točno opisuju sljedeće tvrdnje:

- U primarnoj aldosteronskoj nedostatnosti smanjen je omjer aldosteronemije i reninske aktivnosti jer zbog izostanka sinteze aldosterona hipovolemijom inducirana hiperreninemija ne može povećati koncentraciju aldosterona.

b) Pri sekundarnim aldosteronskim nedostatnostima unatoč hipoaldosteronemiji uglavnom se održava fiziološki odnos aldosteronemije i reninske aktivnosti.

c) Uzroci disfunkcije glumerulozne zone nadbubrežne žlijezde s aldosteronskom nedostatnošću uključuju genske nasljedne poremećaje, autoimune procese, infekcije, krvarenja i metastaziranje tumora u nadbubrežnu žlijezdu.

d) Pri razvoju kroničnog tuberkuloznog procesa u nadbubrežnim žlijezdama parenhimske se stanice metaplasiraju u fibroblaste zbog čega se razvija reaktivna fibroza tkiva.

e) U poliglandularnoj autoimunoj bolesti tipa II (pri čemu je glavni autoantigen enzim 21-hidroksilaza) razaranje stanica parenhima smanjuje reaktivnost nadbubrežnih žlijezdi i kvantitativno je smanjena sinteza aldosterona.

2. Prema podatcima u tablici 1 i slikama 1 i 2 patogenezu hiperaldosteronizma točno opisuju sljedeće tvrdnje:

a) Prekomjerno nekontrolirano lječenje aldosterona u adenomima posljedica je izražaja receptora za kortikotropin koji se redovito pojavljuje u sklopu disdiferencijacije prve adenomske stanice.

b) Primarni hiperaldosteronizam (Connov sindrom) najčešće je posljedica hormonski aktivnih adenoma zonae glomerulosae nadbubrežne žlijezde, a posljedična hiperaldosteronemija uzrokuje povećanje izvanstaničnoga prostora zadržavanjem soli i vode.

c) U primarnom hiperaldosteronizmu odnos aldosteronemije i reninske aktivnosti u plazmi redovito je veći 1.000 do 10.000 puta.

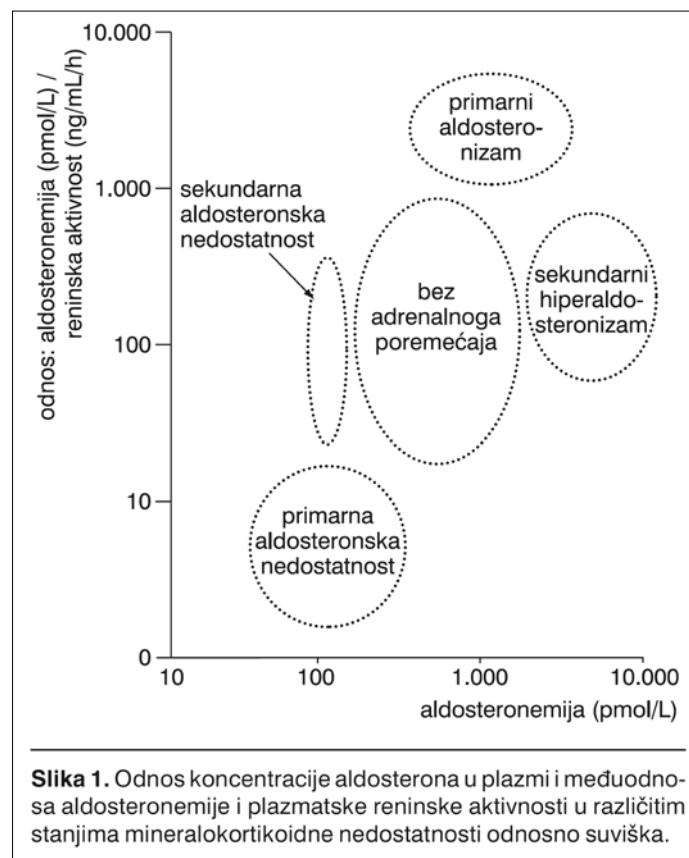
d) U sekundarnom hiperaldosteronizmu odnos je aldosteronemije i reninske aktivnosti približno u fiziološkim granicama, ali je koncentracija aldosterona u plazmi u suprafiziološkom području, a često i iznad aldosteronemije u sindromima primarnog aldosteronizma.

e) Budući da je sekundarni aldosteronizam reaktivna posljedica smanjenja volumena plazme, smanjenoga protoka kroz bubrege ili zatajivanja srca, redovito ga prati hiperreninemija i time se odnos aldosteronemije i reninske aktivnosti ne povećava (što je razlika prema primarnom aldosteronizmu).

3. Elektrolitni poremećaji u sklopu hiperaldosteronizma sudjeluju u sljedećim patogenetskim mehanizmima:

- U bubregu koji je morfološki nepromijenjen povećana je reapsorpcija soli i vode u distalnom tubulu što uzrokuje hiper-

¹ Iz knjige Z Kovač i sur. **Patofiziologija – Zadaci za problemske seminare. Knjiga druga. Treće izdanje.** Medicinska naklada Zagreb 2011., str. 180–4, uz suglasnost izdavača.



Slika 1. Odnos koncentracije aldosterona u plazmi i međuodnosa aldosteronemije i plazmatske reninske aktivnosti u različitim stanjima mineralokortikoidne nedostatnosti odnosno suviška.

natrijemiju, hipervolemiju, hipertenziju, ali se natrij ne gomila u organizmu, niti se pojavljuju edemi radi »bijega« iz bubrežnih tubula.

b) Smanjuje se tolerancija ugljikohidrata i sklonost razvoja hiperglikemije, a mehanizam proizlazi iz smanjenoga lučenja inzulina poslijedno hipokalijemiji na koju reagiraju b-stanice endokrinoga pankreasa.

c) U teškim produljenim hipokalijemijama u bubrežima se može razviti kalio-penična nefroza sa smanjenom sposobnošću koncentriranja mokraće (nefrogeni dijabetes insipidus), s poluirjom i polidipsijom.

d) Hipokalijemija djeluje aritmogeno na srce (nastanak ekstrasistola, paroksizmalnih atrijskih tahikardija s atrioventrikularnim blokom i bez njega, kadšto fibrilacija klijetki), a isto se tako smanjuje tlakotvorna funkcija srca koja,

međutim, uglavnom ne dovodi do dekompenzacije srca.

e) Hipokalijemija uzrokuje hiperpolarizaciju membrana mišića zbog čega se smanjuje podražljivost i otežava nastanak kontrakcije, što klinički uzrokuje slabost skeletnih mišića (do mišićne kljenuti), a disfunkcija crijeva može dovesti do paralitičkog ileusa.

4. Pri poremećajima mineralokortikoida u organizmu nastaju promjene acidobazičnoga stanja koje uključuju sljedeće mehanizme:

a) Povećana koncentracija aldosterona u distalnim tubulima nefrona uzrokuje pojačano izlučivanje vodikovih ion, što dovodi do metaboličke alkaloze pri čemu je pH urina u području kiselih vrijednosti.

b) U sindromima hiperaldosteronizma proteini plazme uz puferirajući sniženu koncentraciju vodikovih iona povećavaju afinitet i pojačano vežu kalcij, zbog čega se razvija ionska hipokalcijemija, koja rjeđe dovodi do tetanje jer je istodobno hipokalijemijom smanjena podražljivost ekscitabilnih tkiva.

c) U primarnom aldosteronizmu metabolička alkaloza je neovisna o solima jer je povećan volumen izvanstanične tekućine i smanjena je reapsocija natrija u distalnim tubulima.

d) U primarnom hiperaldosteronizmu hipervolemija i hiperosmolalnost pridonose smanjenju metaboličke alkaloze budući da se »izvlače« vodikovi ioni iz stanice.

e) U mineralokortikoidnoj insuficijenciji nadbubrežne žlijezde (primjerice u sklopu Addisonove bolesti) razvijaju se hiperkalijemija i metabolička acidozna kao izravna posljedica hipoaldosteronemije i smanjene sekrecije u bubrežima, a sama hiperkalijemija pojačava acidozu na razini stanica u organizmu.

5. U sklopu mineralokortikoidne nedostatnosti susreću se sljedeći patogenetski mehanizmi:

a) Klinički simptomi i znakovi insuficijencije pojavljuju se pri gubitku >90% mase parenhima obiju nadbubrežnih žlijezdi, primjerice zbog autoimunih ili upalno-infektivnih procesa u sklopu Addisonove bolesti.

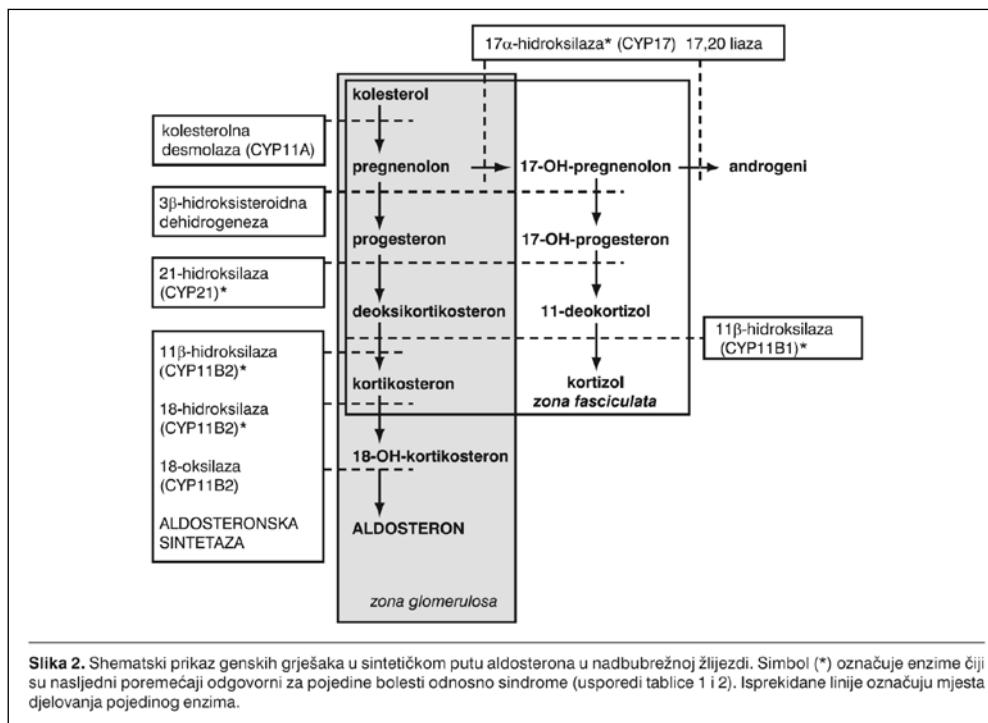
b) Nedostatnost mineralokortikoida uzrokuje povećanu natriurezu, hiponatrijemiju, a smanjenje volumena plazme dovodi do pre-renalne azotemije, ortostatičke hipotenzije i krvotočnog urušaja.

c) Autoimuni, infektivni, hemoragijski i metastatski etiopatogenetski procesi u nadbubrežnoj žlijezdi imaju sklonost selektivnom zahvaćanju zone glomerulosa, zbog čega se u tim stanjima rijetko susreću udruženi poremećaji glukokortikoida, spolnih hormona i katekolamina s mineralokortikoidnim poremećajima.

d) Pri kroničnim mineralokortikoidnim insuficijencijama nadbubrežne žlijezde smanjen je stresni odgovor organizma budući da je narušena homeostaza unutarnjeg okoli-

Tablica 2. Etiopatogenske skupine bolesti i sindroma hiperaldosteronizma

Skupina poremećaja	Bolest/sindrom i neka svojstva stanja
Primarni hiperaldosteronizam (Connov sindrom)	adenomi sa sekrecijom aldosterona, 65% bolesnika bilateralna hiperplazija glomerulozne zone, 35% bolesnika unilateralna (primarna) hiperplazija, 5% bolesnika CYP11B1/CYP11B2, 8q22-vezan dominantni poremećaj
Hiperaldosteronizam koji reagira na liječenje glukokortikoidima	11β-hidroksilazna deficijencija (CYP11B1) 8q22-vezan recesivni poremećaj
Druge nasljedne bolesti	17α-hidroksilazna deficijencija, spolni infantilizam (CYP17), za 10. kromosom vezan recesivni poremećaj
Sekundarni (hiperreninemični) hiperaldosteronizam	u cirozi jetre, zbog smanjenja biotransformacije aldosterona, te hipovolemija



Slika 2. Shematski prikaz genskih grješaka u sintetičkom putu aldosterona u nadbubrežnoj žlijezdi. Simbol (*) označuje enzime čiji su nasljedni poremećaji odgovorni za pojedine bolesti odnosno sindrome (usporedi tablice 1 i 2). Isprekidane linije označuju mesta djelovanja pojedinog enzima.

ša zbog elektrolitnih, acidobazičnih i volumnih poremećaja.

e) U sklopu sindroma nedostatnosti razvija se hiponatrijemijska hipovolemijska zbog hipoaldosteronemije; ona se u patogenetičkom smislu svrstava u hipovolemijske urušaje kod kojih je volumen krvi smanjen ispod kapaciteta prilagodbe krvnožilnoga sustava, što dovodi do hipotenzije.

VJEŽBA B:

Algoritmatska razradba patogeneze

Sljedeće pojmove složi u uzročno-posljetični slijed:

1. Hipokalijemija
2. Paresteze
3. Nekontrolirano lučenje aldosterona (Connov sindrom)
4. Adenom zonae glomerulosae nadbubrežne žlijezde
5. Hiperaldosteronemija
6. Povećano izlučivanje kalija i vodikovih iona
7. Hiporeninemija
8. Povećan volumen izvanstanične tekućine
9. Povećana reapsorpcija natrija i vode
10. Metabolička alkaloza
11. Kaliopenična nefropatijska
12. Mišićna slabost i kljenut
13. Poliurija
14. Hipertrofija miokarda prema Laplaceovu zakonu
15. Hiperbikarbonatemija
16. Kisela mokraća
17. Ionska hipokalcijemija

18. Sklonost razvoju paralitičkog ileusa
19. Arterijska hipertenzija
20. Tlačno preopterećenje srca
21. Hiperpolarizacija membrane
22. Povećana neuromuskularna podražljivost
23. Povećan afinitet hemoglobina za kisik i smanjeno otpuštanje u tkiva
24. Nefrogeni diabetes insipidus
25. Vakuolizacija stanica nefrona

VJEŽBA C:

Povratna doradba problema

(Riješiti na način: točno + točno + povezano = a; točno + točno + nepovezano = b; točno + netočno = c; netočno + točno = d; netočno + netočno = e)

1. Poremećaji aldosteronske sinteze, djelovanja i razgradnje imaju značajne patogenetske i kliničke učinke na krvni tlak, elektrolitnu homeostazu i acidobazičnu ravnotežu (v. tvrdnje 1a, 2b, 3a, 4a, 5d i 5e)

jer

genski poremećaji aldosteronske sintetaze (v. sliku 2) redovito uzrokuju hiperkortizolemiju preko povećanja lokalnih koncentracija steroidnih međuproizvoda u fascikularanoj zoni nadbubrežne žlijezde.

a b c d e

2. Angiotenzin II izaziva u stanica-ma zonae glomerulosae nadbubrežne žlijezde pojačani genski izražaj aldosteronske sintetaze (v. sliku 2) koja u svojem sastavu ima citokrom

P450 (CYP11B2) i time povećava koncentraciju aldosterona u plazmi
jer

aldosteron je strukturom peptid koji se metabolizira poglavito u jetri procesima biotransformacije koji uključuju konjugaciju sa sumpornom i glukuronskom kiselinom, čime se povećava polarnost konjugata.

a b c d e

3. S pomoću određivanja odnosa aldosteronemije i reninske aktivnosti mogu se poremećaji jasno razlučiti u četiri zasebne skupine (v. sliku 1 i tvrdnje 1a, 1b, 2c, 2d i 2e)

jer

promjene aldosteronemije (hipoaldosteronemija i hiperaldosteronemija) izravno uzrokuju promjene volumena izvanstanične tekućine i time aktivnosti reninske i obrnuto, promjene reninske aktivnosti posredno mijenjaju aldosteronsku koncentraciju u plazmi (mekhanizam negativne povratne sprege).

a b c d e

Dopunska pitanja

4. Navedi po dva primjera u tri strukturne skupine hormona, te načine njihova metaboliziranja u organizmu.

5. Normalne vrijednosti aldosteronemije u ortostazi veće su od normalnih vrijednosti u ležećem mirovanju (20–415 odnosno 97–831 pmol/L). Objasni mehanizam kojim opterećenje uspravnim stavom dovodi do relativnoga povećanja koncentracije aldosterona u plazmi.

.....



novosti iz medicinske literature

Profilaktička primjena dalteparina kod trudnica s trombofilijom - da ili ne?

Preporučeno trajanje intraportalne antibiotske profilakse za streptokok grupe B

Ishod opstetričkih ozljeda analnog sfinktera u kontekstu perzistirajućih oštećenja dijagnosticiranih ultrazvukom i smetnji defekacije

Graviditetna hiperemeza i gestacijska tireotoksikoza

TNF- α inhibitori kod upalnih bolesti crijeva: fetalne i maternalne nuspojave

Sindrom iritabilnog crijeva – ekonomski posljedice

Olmesartanom inducirana enteropatija

Učinak fizičke aktivnosti na upalne biljege kod pacijenata s koronarnom bolesti srca

Smjenski rad povećava tjelesnu masu medicinskih sestara

Inhibitori protonske crpke povećavaju rizik spontanog bakterijskog peritonitisa kod ciroze jetre

Umjetni zasladičivači izazivaju intoleranciju na glukozu

Dugoročna smrtnost od kolorektalnog karcinoma nakon uklanjanja adenoma

Autologna transplantacija krvotvornih matičnih stanica i terapija održavanja u multiplom mijelomu

AR-V7 i rezistencija na enzalutamid i abirateron u karcinomu prostate

Usporedba učinkovitosti tretmana varikoznih vena

Statistički model za predviđanje preživljjenja intrahepatičnog kolangiokarcinoma

Rekonstrukcija ventralne kile mrežicom ima manje recidiva, ali više drugih komplikacija - meta analiza

Laparoskopija se pokazala sigurnom i kod bolesnika s kongestivnim zatajenjem srca

Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

• Profilaktička primjena dalteparina kod trudnica s trombofilijom - da ili ne?

• Trombofilija je stечena ili nasljedna predispozicija za nastanak venske tromboembolije (VTE) koja obuhvaća duboku vensku trombozu i plućnu emboliju. Tijekom trudnoće trombofilija djeluje sinergistički s trudnoćom (koja je hiperkoagulabilno stanje) na daljnje povišenje rizika nastanka VTE-a. Uočena je također povezanost trombofilije i gubitka trudnoće, te komplikacija trudnoće posredovanih posteljicom (preeklampsija, intrauterini zastoj u rastu, abrupcija posteljice). Niskomolekularni heparin (NMH) je lijek izbora za tromboprofilaksu u trudnoći jer, za razliku od oralnih antikoagulansa, ne prolazi posteljičnu barijeru i ima nizak rizik od velikog krvarenja, heparinom inducirane trombocitopenije i heparinom inducirane osteoporoze. Međutim, NMH se treba primjenjivati supukutano, skup je, a može komplikirati i primjenu regionalne anestezije ako se ne prekine 12-24 sata prije poroda.

Treba li primjenjivati profilaktički NMH u trudnoći u trudnica s trombofilijom ili ne predmet je stručnih rasprava već dugi niz godina. **Marc A. Rodger** i suradnici iz Thrombosis Program, Division of Hematology, Department of Medicine, University of Ottawa, Ottawa, ON, Kanada, proveli su prvo veliko međunarodno randomizirano istraživanje u koje su uključili rigorozno probane 292 trudnice s potvrđenom trombofilijom i s 1) povišenim rizikom komplikacija trudnoće posredovanih posteljicom ili s 2) povišenim rizikom nastanka VTE-a, ili s i 1) i 2), a s ciljem da utvrde snižava li antepartalna primjena NMH-a (dalteparina) učestalost primarnog ishoda: teške preeklampsije, preeklampsije s ranim početkom, novorođenčadi porođajne težine <10 percentile za gestacijsku dob, gubitka trudnoće, VTE-a. Istraživanje nazvano TIPPS (The Thrombophilia in Pregnancy Prophylaxis Study) trajalo je preko 12 godina (2/2000-9/2012), a u njemu je sudjelovalo 36 tercijarnih centara u pet država (Kanada, Australija, SAD, Velika Britanija i Francuska).

Trudnice uključene u TIPPS bile su podijeljene u dvije skupine: 146 onih koje su antepartalno profilaktički primale NMH (5000 I. J. dalteparina jednom dnevno do 20. tjedna trudnoće i potom dva puta dnevno do najma-

nje 37. tjedna trudnoće), te 143 u kontrolnoj skupini bez NMH-a. Dokazano je da dalteparin nije smanjio učestalost primarnog ishoda (dalteparin 25/146 [17.1%; 95% CI 11.4-24.2] vs. kontrola 27/143 [18.9%; 95% CI 12.8-26.3]; razlika rizika -1.8% [95% CI -10.6 do 7.1]). U analizi nuspojava nije se učestalost velikog krvarenja razlikovala između dvaju istraživanih skupina. Međutim, manje krvarenje bilo je češće u dalteparinskoj skupini (28/143 [19.6%]) nego u kontrolnoj skupini (13/141 [9.2%]); razlika rizika 10.4%, 95% CI 2.3-18.4; p=0.01).

Autori zaključuju da antepartalna profilaktička primjena dalteparina ne smanjuje učestalost VTE-a, gubitka trudnoće ili komplikacija trudnoće posredovanih posteljicom kod trudnica s trombofilijom i povišenim rizikom nastanka navedenih nepovoljnih ishoda, a da je povezana s povećanim rizikom od blažeg krvarenja.

(Lancet 2014 Jul 24. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60793-5. [Epub ahead of print])

Matija Prka, dr. med.

• Preporučeno trajanje intrapartalne antibiotičke profilakse za streptokok grupe B

• Približno 30% žena u antepartalnom razdoblju kolonizirano je sa streptokokom grupe B (engl. *group B Streptococcus* - GBS). Prije uvođenja rutinskog probira i liječenja intrapartalne maternalne GBS kolonizacije, stopa rane neonatalne GBS sepsa bila je 1.7 na 1000 porođaja. Nakon uvođenja intrapartalne antibiotičke profilakse procijenjena stopa rane neonatalne GBS sepsa smanjena je za 83% (RR 0.17, 95% CI 0.04-0.74).

Poznato je da se brojnost vaginalne kolonije GBS-a snižava 5 puta u prva 2 sata intrapartalne terapije intravenskim penicilinom G te 50 puta u prva 4 sata te terapije. Štoviše, kod žena koje su primale dozu održavanja svaka 4 sata, fetalna razina β-laktamskih antibiotika bila je stalno iznad minimalne inhibitorne koncentracije za GBS.

Slučajevi neonatalne GBS sepsa koji se javljaju kod kratkotrajne intrapartalne antibiotičke profilakse (npr. <4 sata) mogu biti dvojake prirode: 1) uslijed fetalne izloženosti GBS-u in utero prije primjene antibiotika kada tkivna ozljeda s GBS-om ne može biti brzo reverzibilna ili 2) zbog neadekvatnog trajanja profilakse.

Nedavno kohortno istraživanje na 4700 niskorizičnih žena u terminu pokazalo je da intrapartalna antibiotička profilaksa za GBS u trajanju ≥4 sata smanjuje rizik od neonatalne sepsa za 65%. Trajanje intrapartalne administracije antibiotika utjecalo je na stopu neonatalne GBS sepsa: 1.6% kod profilakse kraće od 2 sata, 0.9% kod profilakse koja je trajala 2-4 sata, te 0.4% kod profilakse duže od 4 sata.

S obzirom na to da je najčešći razlog za propuštenu intrapartalnu kemoprofilaksu kod GBS koloniziranih terminskih trudnica razdoblje kraće od 4 sata između prijema u rađaonu i porođaja, prioritet mora biti na jednostavnoj strategiji započinjanja intrapartalne antibiotičke profilakse što je ranije tehnički moguće.

Pri razmatranju alternativnih antibiotika, npr. kod žena alergičnih na penicilin, razdoblje liječenja za optimalni neonatalni ishod nije poznato. Čini se da je 4 ili više sati intrapartalne profilakse β-laktamskim antibioticima najučinkovitije, rezultirajući s najnižom stopom rane neonatalne GBS sepsa, zaključuje u svom kliničkom osvrtu **Mark A. Turrentine** iz Kelsey-Seybold Clinic, Department of Obstetrics and Gynecology, Houston, TX, USA.

(Am J Obstet Gynecol 2014 Jul;211:15-7)

Matija Prka, dr. med.

• Ishod opstetričkih ozljeda analnog sfinktera u kontekstu perzistirajućih oštećenja dijagnosticiranih ultrazvukom i smetnji defekacije

• Opstetričke ozljede analnog sfinktera (engl. OASIS) predstavljaju tešku komplikaciju vaginalnog rađanja s učestalošću 1-4%. Važnost pravovremene dijagnoze i adekvatnog zbrinjavanja OASIS-a velika je, pogotovo kada je riječ o postporođajnoj analnoj inkontinenciji.

Radi istraživanja naslovne teme su **Eefje J Oude Lohuis** i **Ellen Everhardt** (Department of Obstetrics and Gynecology, Medisch Spectrum Twente Hospital Group, Enschede, Nizozemska) uključili u šestogodišnju prospektivnu studiju (2007.-2012.) ukupno 99 žena sa zbrinutim OASIS-om. Tri mjeseca nakon

kirurškog zbrinjavanja sve su podvrgnute endoanalnom ultrazvuku; prikupljeni su podaci o flatusnoj i fekalnoj inkontinenciji te fekalnoj urgenciji. Kod 35 žena (35,4%) nađeno je perzistirajuće oštećenje vanjskog analnog sfinktera (engl. EAS), dok je 5 žena (5,1%) imalo perzistentno oštećenje unutrašnjeg analnog sfinktera (engl. IAS). Ukupno je 35 žena (35,4%) imalo jednu ili više smetnji defekacije - pretežno flatusnu inkontinenciju i fekalnu urgenciju. Smetnje defekacije imalo je 63% žena (22/35) sa i 20,3% žena (13/64) bez perzistirajućeg oštećenja EAS/IAS na endoanalnom ultrazvuku. Broj tih smetnji pokazao je pozitivnu korelaciju s težinom OASIS-a. Žene s perzistirajućim oštećenjem EAS/IAS imale su tri puta viši rizik za smetnje defekacije u usporedbi s onima koje su imale uspješno zbrinjavanje OASIS-a.

Autori zaključuju da rezultati istraživanja naglašavaju važnost adekvatnog kirurškog zbrinjavanja OASIS-a, a ujedno pokazuju koliko to zbrinjavanje može biti teško ili pak podcijenjeno.
(Int J Gynaecol Obstet. 2014;126:70-3.)

Matija Prka, dr. med.

• Graviditetna hiperemeza i gestacijska tireotoksikoza

- Graviditetna hiperemeza (GH) javlja se kod 1% trudnoća i uzrokuje teško i protražano povraćanje koje često ima za posljedicu dehidraciju, poremećaj elektrolitske ravnoteže (hiponatrijemiјu, hipokaliјemiјu), metaboličku hipokloremijsku alkalozu, ketonuru i gubitak tjelesne mase. GH uvijek počinje u prvom trimestru trudnoće. Etiologija GH-a i dalje nije poznata, međutim čini se da je multifaktorna i rezultat različitih stanja.

Kolega **Sun S.** sa suradnicima iz Kine istražio je funkciju štitnjače i utjecaj gestacijske tranzitorne tireotoksikoze na ishod trudnoće kod pacijentica s GH-om koje su hospitalizirane zbog rehidracije. U istraživanje su uključene n=143 trudnica s hiperemezom te su učinjene ove laboratorijske analize: TSH, FT3, FT4, TGAt, anti-TPO At i hCG.

Ukupna prevalencija tireotoksikoza kod trudnica s GH-om bila je 48.3%, od čega se kod 45.5% slučajeva radilo o tranzitornoj gestacijskoj tireotoksikozi (GTT). Incidencija GTT-a značajno je porasla ako su vrijednosti serumskog hCG-a bile iznad 80,000 IU/L. Ako

je vrijednost hCG-a bila od 80,000-140,000 IU/L bio je prisutan subklinički GTT, a ako je hCG bio iznad 180,000 IU/L registriran je tzv. klinički GTT, međutim nisu zahtijevale antitireoidnu terapiju. Funkcija štitnjače se normalizira tijekom drugog trimestra trudnoće. Od 65 trudnica s GTT-om zabilježeni su sljedeći ishodi trudnoća: 2 prijevremena poroda, dvoje djece s makrosomijom te dva planirana pobačaja zbog neplanirane trudnoće. Drugih komplikacija nije zabilježeno. Sva novorođenčad majki s GTT-om imala su uredne vrijednosti hormona TSH.

Autori istraživanja zaključuju da je tranzitorna gestacijska tireotoksikoza česta kod graviditetne hiperemeze i da težina kliničke slike ovisi o serumskim vrijednostima hormona hCG-a. Funkcija štitnjače se normalizira tijekom drugog trimestra bez antitireoidne terapije i ne utječe na ishod trudnoće. Za kraj bih naglasila da se i ja uklapam u ovu statistiku glede prisutnog GTT-a i hiperemeze u svoje dvije trudnoće, posebno zadnje blizanačke trudnoće. Mogu istaknuti kako GTT nije utjecao na ishod mojih trudnoća pošto sam majka troje zdrave djece, rođene u terminu i s urednom tjelesnom masom.

(J Obstet Gynaecol Res. 2014;40(6):1567-72. doi: 10.1111/jog.12372.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• TNF- α inhibitori kod upalnih bolesti crijeva: fetalne i maternalne nuspojave

- U posljednje vrijeme sve više se govori o terapiji različitih vrsta bolesti biološkim lijekovima. Pod tim lijekovima podrazumijevamo preparate proizvedene rekombinantnom tehnologijom. Oni učinkovito potiču ili suprimiraju djelovanje prirodnih spojeva. Trenutno su najviše u usponu inhibitori TNF-alfa (tumor nekrotizirajućeg faktora alfa), i to u upalnim bolestima crijeva - Crohnovoj bolesti i ulceroznom kolitisu, različitim vrstama artritisa, posebno u reumatoidnom artritisu i ankirozantnom spondilitisu te kod psorijaze. Dokazan je transplacentarni prijenos inhibitora TNF-alfa kojim je majka liječena zbog upalne bolesti crijeva.

Kolega **Deepak P.** sa suradnicima iz SAD-a (Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, Rochester, MN) imao je za cilj istražiti nuspojave ove biološke terapije

koja se aplicirala u trudnoći, kako za majku tako i za dijete. Iz baze podataka o nuspojavama sustava Food and Drug Administration uključeni su izvještaji tijekom razdoblja od siječnja 2003. do lipnja 2012. g. Ukupno je pronađeno 1097 izvještaja o neželjenim reakcijama navedene terapije, od čega je 71.4% ili n=783 slučaja bilo na monoterapiji TNF- α inhibitorom. Rezultati istraživanja su pokazali kako monoterapija tiopurinima (OR 2.55, CI 0.95-6.88) i u kombinaciji s TNF- α inhibitorom (OR 0.97, CI 0.49-1.93) nije bila povezana s povišenom stopom nuspojava terapije kod majke i fetusa. Zabilježena je i smanjena stopa nuspojava za majku i dijete kod monoterapije s TNF- α inhibitorima općenito, posebno kod monoterapije certolizumabom (OR 0.11, CI 0.05-0.23).

Autori zaključuju kako monoterapija tiopurinima ili u kombinaciji s biološkim lijekovima ne povećava ni maternalne ni fetalne nuspojave. Cetolizumab u monoterapiji je pokazao smanjenje neželjenih reakcija, stoga se prema FDA препорукama može koristiti tijekom trudnoće za liječenje upalnih bolesti crijeva majke, bez opasnosti za majku i dijete. (Aliment Pharmacol Ther. 2014 Aug 28. doi: 10.1111/apt.12936. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Sindrom iritabilnog crijeva – ekonomске posljedice

- Sindrom iritabilnog crijeva (skr. SIC) najčešća je funkcionalna bolest gastrointestinalnog trakta. SIC je vrlo čest poremećaj, a stječe se dojam da postaje sve češći. Prema novijim ispitivanjima, u razvijenim zemljama zahvaća oko 11% ukupne populacije. Zbog tako velikog broja oboljelih, Svjetska gastroenterološka organizacija (WGO) je 2009. godinu posvetila upravo SIC-u. Iako bolest ne utječe na smrtnost, duljinu života niti trajni invaliditet, veliko joj se značenje pridaje zbog velikog broja oboljelih, utjecaja na kvalitetu života i visokih troškova liječenja.

Dr. **Canavan C.** sa suradnicima iz Velike Britanije (Division of Epidemiology and Public Health, University of Nottingham, Nottingham) publicirao je pregledni članak u respektabilnom časopisu glede ekonomskog utjecaja SIT-a s više aspekata - individualnog, potom na cjelokupni zdravstveni sustav, a zatim i na društvo u cjelini. Pretražene su sve relevantne baze podataka koristeći ove ključne riječi: iritabilno crijevo, SIC, funkcionalne

bolesti crijeva, ekonomija, zdravstveni sustav, troškovi, produktivnost i iskoristivost usluge. Rezultati istraživanja su pokazali kako je SIC ponajviše utjecao na pacijentov posao/profesionalni život te na društveni život. Zabilježena je značajna redukcija kvalitete življenja; u projektu je svaki bolesnik potrošio 10-15 godina očekivanog života na mjere liječenja. Otprikljike između 15 i 43% pacijenata plaćalo je za različite pripravke u svrhu olakšanja simptomatologije. Izravnji troškovi liječenja godišnje po pacijentu razlikuju se među zemljama, a navedeno je samo nekoliko primjera, poput: SAD-a \$742-\$7547, Ujedinjeno Kraljevstvo £90-£316, Francuska €567-€862, Kanada \$259, Njemačka €791, Norveška €262, Iran \$92. Daljnje ekonomske i industrijske reperkusije kao posljedica bolovanja od SIC-a procjenjuju se na 400-900 £ godišnje po pacijentu.

Autori ovog preglednog članka zaključuju kako SIC ekonomski značajno utječe na osobnoj razini, te glede troškova zdravstvenog sustava i društva u cjelini. Učinkovitije intervencije, posebno na medicinskoj razini, zasigurno bi pridonijele značajnim uštedama te bili blagotvorne na individualnoj i društvenoj razini. Vrijeme će pokazati koliko će se ovaj problem moći uspješno rješavati na globalnoj razini, međutim moguće je očekivati još negativnije ekonomske rezultate kao posljedice SIT-a imajući u vidu globalnu ekonomsku krizu i sve nehumanije uvjete življenja i rada. (Aliment Pharmacol Ther. 2014 Sep 9. doi: 10.1111/apt.12938. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.



Olmesartanom inducirana enteropatija

- Olmesartan spada u skupinu sartana, antagonist je angiotenzin II receptora, a koristi se u liječenju arterijske hipertenzije. Proizveden je 1995. godine, te su se do sada navodile nuspojave poput mučnine, proljeva, povraćanja, gubitka tjelesne težine, elektrolitskog disbalansa, posebno među bolesnicima koji boluju od celjakije. Od nedavno se u medicinskoj praksi uvođi novi entitet, enteropatija inducirana olmesartanom (EIO), međutim jasna uzročno posljedična povezanost predmetom je debata. Faza 3 kliničkog istraživanja i kohortna studija nisu potvrđile povezanost olmesartana i gastrointestinalnih nuspojava.

Kolega Marthey L. sa suradnicima iz Francuske (Kremlin Bicêtre University Hospital, Assistance Publique-Hopitaux de Paris (AP-HP), Paris-Sud University, Le Kremlin Bicêtre;

Antoine Béclère University Hospital, AP-HP, Paris-Sud University, Clamart, France) prikupljaju je sve podatke i prikaze slučaja o EIO-u, na temelju kliničkih, histoloških i bioloških podataka. Ispitanici s proljevom i patološkim nalazom duodenalnih bioptata su isključeni iz istraživanja. Registrirana su n=36 pacijenta s EIO-om, od kojih su 32 ispitanika imala viloznu atrofiju i n=4 su bila bez atrofičnih promjena.

Samo je jedan pacijent imao EIO. Nije registriran letalni ishod među ispitanicima. Pacijenti sa viloznom atrofijom imali su proljev, povraćanje, renalno zatajenje, hipokalijemiju, hipoalbuminemiju i gubitak tjelesne težine. N=31 ispitanik bio je hospitaliziran, od kojih su 4 pacijenta zahtijevali intenzivno liječenje. Antitijela poput antieritrocitnih i AT na transglutaminaze bila su negativna a antinuklearna antitijela pozitivna (9/11). Endoskopska duodenalna biopsija je pokazala viloznu atrofiju (32/32) i poliklonalnu intraepitelnu CD3+CD8+ limfocitozu. 14 od 15 ispitanika je odgovorilo na kortikosteroidnu i/ili imunosupresivnu terapiju, pošto se sumnjalo na autoimunu enteropatiju. Od prekida terapije olmesartanom, n=29 ispitanika bilo je u remisiji, uključujući 26 bolesnika koji nisu bili na imunosupresivima. Bolesnici s makroskopski urednim izgledom crijevne sluznice imali su blage histološke promjene poput intraepitelne limfocitoze i limfocitne infiltracije lamevine proprije.

Rezultati ove francuske skupine istraživača su pokazali kako olmesartan uzrokuje ozbiljnu, imunološki posredovanu enteropatiju, sa i bez vilozne atrofije. Ovaj tip enteropatije povezan s abuzivom sartana vrlo je rijedak, ali ga treba imati na umu glede učestalosti arterijske hipertenzije i preskripcije sartana u kliničkoj praksi.

(Aliment Pharmacol Ther. 2014 Sep 9. doi: 10.1111/apt.12937. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.



Učinak fizičke aktivnosti na upalne biljege kod pacijenata s koronarnom bolesti srca

- O pozitivnim učincima tjelovježbe na zdravlje ljudi odavno se mnogo zna, kao i činjenica da je veći stupanj fizičke aktivnosti povezan sa nižom stopom koronarne bolesti srca. Ranija istraživanja sugerirala su kako je ovaj pozitivan učinak fizičke aktivnosti djelomično

uzrokovan sniženjem razine upalnog procesa i inzulinske rezistencije.

Cilj ovog istraživanja koje je predvodio Jarvie JL iz SAD-a (Department of Medicine, University of California, San Francisco, San Francisco, California) bio je utvrditi koliko je stupanj fizičke aktivnosti povezan s upalom ili inzulinskom rezistencijom tijekom 5-godišnjeg praćenja pacijenata s koronarnom bolesti srca kod ambulantnih ispitanika. U istraživanje su uključeni ispitanici iz prethodne prospektivne kohortne studije (Heart and Soul Study), njih n=656. Stupanj fizičke aktivnosti je praćen na početku istraživanja te tijekom 5-godišnjeg razdoblja praćenja. Svi ispitanici su klasificirani pri svakoj posjeti ovisno o niskom ili visokom stupnju fizičke aktivnosti, te su podijeljeni u 4 skupine: trajno niski stupanj fizičke aktivnosti, smanjenje stupnja fizičke aktivnosti (od višeg prema nižem intenzitetu), porast stupnja aktivnosti tijekom 5 godina, te trajno visoki stupanj fizičke aktivnosti. Od upalnih biljega praćeni su: C-reaktivni protein (CRP), interleukin-6, fibrinogen te pokazatelji inzulinske rezistencije (inzulin, glukoza, HbA1c) kod sve 4 ispitne skupine. Nakon 5 godina praćenja zabilježeno je da je viši stupanj fizičke aktivnosti bio povezan s nižim vrijednostima svih biomarkera. Ispitanici s trajno visokim stupnjem fizičke aktivnosti imali su najnižu razinu praćenih biljega.

Autori istraživanja zaključuju kako visoki stupanj fizičke aktivnosti smanjuje razinu upalnih biljega i inzulinske rezistencije poput CRP-a, IL-6 i glukoze kod bolesnika s dijagnosticiranom koronarnom bolesti srca. Ovo je još jedan znanstveni dokaz o blagotvornom učinku tjelovježbe kako u primarnoj tako i u sekundarnoj prevenciji kardiovaskularnih bolesti, s naglaskom kako je važno potencirati intenzivniji stupanj tjelovježbe, naravno, ako to dopušta osnovna bolest.

(Am J Cardiol. 2014 Jul 30. pii: S0002-9149(14)01497-0. doi: 10.1016/j.amjcard.2014.07.036. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.



Smjenski rad povećava tjelesnu masu medicinskih sestara

- Sindrom izazvan smjenskim radom (engl. "shift lag" syndrome) karakteriziran je osjećajem umora, pospanosti, nesanice, dezorientacije, iritabilnosti, probavnim smetnjama i psihofizičkom usporenosti. Svi ovi čimbenici pridonose pojavi ljudske greške i incidentima na poslu, a mnogo se češće viđaju kod zdrav-

stvenih djelatnika nego kod radnika u drugim sektorima, npr. u avio-industriji.

Dosadašnja istraživanja su pokazala kako smjenski rad uključujući i učestali rad noću, povećava indeks tjelesne mase radnika u komparaciji s regularnim dnevnim 40-satnim radnim tjednom. Cilj ovog istraživanja, koje je predvodio znanstvenik **Tada Y.** iz Japana, bio je razjasniti povezanost tjelesne mase i radnog rasporeda te utjecaja životnih navika radnika specifičnih zanimanja na indeks tjelesne mase. U istraživanje je uključeno $n=1179$ ispitanica iz Japana, medicinskih sestara koje su radile u dnevnoj smjeni, i $n=1579$ medicinskih sestara koje su radile u smjenama (dnevnim, popodnevnim, noćnim). Sve ispitanice vodile su dnevnik aktivnosti kako bi mogle što vjernije dati odgovore na upite glede fizičke aktivnosti, ritma spavanja, nutritivnog unosa, tjelesne visine i težine.

Rezultati istraživanja su pokazali kako radnice u smjenskom radu imaju statistički značajno veći ITM u komparaciji s osobljem koje radi isključivo danju. Smjenski radnici konzumiraju značajno više zašećerenih napitaka i spavaju značajno manje tijekom noći, u čemu ih ometa sam ritam radnih smjena. Autori ove studije smatraju kako radnici u smjenama konzumiraju značajno više zašećerenih pića te da nastaju ne samo kvantitativne promjene spavanja (može biti reducirano za 2 sata), već i kvalitativnih, jer se smanjuje udio REM faze s brzim pokretima očiju i stadij 2 spavanja, što dovodi do izrazite pospanosti na poslu. Nakon noćne smjene, koja uzrokuje gubitak od 2-4 sata REM faze spavanja, potrebno je obično 2 noći spavanja da se ponovno uspostavi normalan ciklus spavanja.

(Obesity (Silver Spring). 2014 Sep 23. doi: 10.1002/oby.20908. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

•

Inhibitori protonske crpke povećavaju rizik spontanog bakterijskog peritonitisa kod ciroze jetre

- Rizik spontanog bakterijskog peritonitisa (SPB) povezan s abuzusom inhibitora protonske crpke (IPC) je povećan kod pacijenata s cirozom jetre i ascitesom. Međutim, potrebno je naglasiti kako se ove tvrdnje te-

melje na studijama s malom skupinom ispitanika. Kolega **Min YW** sa suradnicima iz Koreje (Department of Medicine, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, Korea) imao je za cilj dokazati rizik spontanog bakterijskog peritonitisa kod pacijenata s dekompenziranom cirozom jetre na velikoj skupini ispitanika. U kohortno retrospektivno istraživanje uključio je $n=1965$ ispitanika s cirozom jetre i ascitesom, a navedena dijagnoza je postavljena od siječnja 2005. do prosinca 2009. godine. Incidencija spontanog bakterijskog peritonitisa je praćena među ispitanom skupinom koja je liječena inhibitorima protonske crpke te kontrolnom skupinom koja nije bila na terapiji IPC-a. Multivariatna statistička analiza je obradila sve navede podatke i donijela sljedeće rezultate. Inkluzijske kriterije nije zadovoljilo $n=411$ ispitanika, te su analizirani podaci 1554 ispitanika. 32.9% ispitanika ($n=512$) bilo je uključeno u IPC skupinu. Rezultati su pokazali kako je godišnja stopa incidenčije za spontani bakterijski peritonitis bila veća u IPC skupini u komparaciji s ne-IPC skupinom (10.6% i 5.8%, $P = 0.002$). Indikacije za terapiju inhibitorima protonske crpke i doza lijeka bila je slična kod pacijenata sa i bez SBP-a. Multivariatna analiza je pokazala kako je abuzus IPC-a bio nezavisni čimbenik rizika za SBP.

Autori istraživanja zaključuju na do sada najvećoj skupini ispitanika kako inhibitori protonske crpke statistički značajno povećavaju rizik spontanog bakterijskog peritonitisa kod pacijenata s cirozom jetre i ascitesom. Kod preskripcije inhibitora protonske crpke trebalo bi biti na oprezu posebno kada se radi o bolesnicima s cirozom jetre i pridruženim ascitesom.

(Aliment Pharmacol Ther. 2014 Sep;40(6):695-704. doi: 10.1111/apt.12875. Epub 2014 Jul 30.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

•

Umjetni zaslađivači izazivaju intoleranciju na glukozu

- Umjetni zaslađivači (non-caloric artificial sweeteners, NAS) su najčešće korišteni prehrabeni aditivi u svijetu. Njihova potrošnja smatra se sigurnom i korisnom zbog niskokaloričnog sadržaja, iako su znanstvena istraživanja o njima rijetka i kontroverzna.

Najnovije istraživanje objavljeno u prestižnom časopisu Nature ukazuje da bi umjetni zaslađivači, proizvedeni kako bi osigurali smanjenje tjelesne težine, mogli činiti upravo suprotno. Smatra se da mijenjaju sastav

našeg crijevnog mikrobioma, odnosno svih mikroorganizama koji se nalaze u crijevima te utječu na svakodnevne probavne funkcije. Promjene u njihovom sastavu mogu izazvati naglo povećanje šećera u krvi kao i intoleranciju na gluten, što je zajedničko obilježje metaboličkih bolesti poput pretilosti i dijabetesa.

Profesor **Eran Segal** iz Weizmann instituta u Izraelu, jedan od autora objavljenoga članka, bio je iznenađen uočenim obrascem u kojem umjetna sladila, koja su sastavni dio mnogih smjernica za mršavljenje i dijabetes, dovode do upravo suprotnog efekta.

Njegova je ekipa istraživala kako umjetna sladila utječu na bakterijske populacije u probavnom traktu miševa i ljudi koji su se hranili saharinom, aspartamom i sukralozom, sastavnim komponentama klasičnih umjetnih sladila.

Genetskim sekvenciranjem DNA nađenih prije i poslije takve prehrane pratili su promjene bakterijskih populacija u crijevima miševa, te uočili povezanost između promjena u sastavu bakterija i odgovarajućih povećanja razine šećera u krvi, kao i intolerancije na glukuzu.

Zanimljivo je da je većina konzumirata ovih zaslađivača sklona uvijek istim promjenama u sastavu mikrobioma i istim metaboličkim bolestima. Istraživači su također slijedili manju skupinu od sedam pojedinaca koji prethodno nisu upotrebljavali umjetne zaslađivače u prehrani. Nakon što su tijedan dana koristili ove proizvode, četvero ih je počelo razvijati intoleranciju na glukozu.

Iako neki od volontera nisu nazgled bili pogodjeni, kod većine je detektiran isti obrazac promjene u bakterijskoj populaciji kakav je prethodno bio otkriven u osoba koje boluju od šećerne bolesti tipa 2.

Ovo istraživanje naglašava važnost mikrobioma probavnog sustava za naše zdravlje te ukazuje na potrebu bolje kontrole nad masovnim korištenjem ovakvih proizvoda. (Nature. 2014; doi:10.1038/nature13793)

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

•

Dugoročna smrtnost od kolorektalnog karcinoma nakon uklanjanja adenoma

- Iako se intenzivno podupire ideja o kolonoskopskim kontrolama bolesnika nakon uklanjanja adenoma, malo se zapravo zna

o specifičnom mortalitetu od kolorektalnog karcinoma u ovoj populaciji. Koristeći poveznice Registra za rak i Registra uzroka smrti u Norveškoj je provedena studija procjene mortaliteta od kolorektalnog karcinoma među bolesnicima koji su pristupili zahvatu uklanjanja kolorektalnih adenoma u razdoblju od 1993. do 2007. godine.

Bolesnici su praćeni do 2011. g. Izračunate su standardizirane specifične stope mortaliteta koristeći za usporedbu stope u općoj populaciji u Norveškoj. Norveške smjernice preporučale su kolonoskopiju nakon 10 godina u bolesnika s visokorizičnim adenomima (adenomi visokog stupnja displazije, s viloznom komponentom ili veličine $\geq 10\text{ mm}$), te nakon 5 godina za bolesnike s tri ili više adenoma, dok za one s adenomima niskog rizika nadzor kolonoskopijom nije bio potreban. Veličinu i točan broj polipa iz Registra se nije moglo isčitati.

Adenomi visokog rizika definirani su kao multipli adenomi, adenomi visokog stupnja displazije ili adenomi s viloznom komponentom. Izdvojeno je 40 826 pacijenata koji su podvrgavani uklanjanju kolorektalnih adenoma. Tijekom prosječnog praćenja od 7,7 godina (maksimalno 19 god.) u 1273 bolesnika postavljena je dijagnoza kolorektalnog karcinoma. Očekivalo se ukupno 398 smrtnih ishoda, a 383 su zaista zabilježena, što čini stopu standardiziranog mortaliteta od 0,96 među pacijentima kojima su uklanjeni adenomi.

Mortalitet od kolorektalnog karcinoma bio je viši u bolesnika s adenomima visokog rizika (očekivani broj smrtnih ishoda 209, a zabilježen 242, stopa standardiziranog mortaliteta (SMR) iznosila je 1,16), no bio je niži među bolesnicima s adenomima niskog stupnja rizika (očekivani broj smrtnih 189, zabilježeni 141, SMR 0,75).

Vidljivo je, dakle, da je nakon prosječno 7,7 godina praćenja ove populacije mortalitet od kolorektalnog karcinoma bio niži među bolesnicima kojima su uklanjeni adenomi nižega gradusa, a umjereno povišen među onima s visokorizičnim adenomima, u usporedbi s općom populacijom.

(N Engl J Med. 2014;371:799-807.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

• Autologna transplantacija krvotvornih matičnih stanica i terapija održavanja u multiplom mijelomu

- Randomiziranim studijom faze tri otvorenog tipa usporedili su **Antonio Palumbo** i sur. primanje visokih doza melfalana (200mg/m² dnevno) i zatim autolognu transplantaciju krvotvornih matičnih stanica (autoTKMS) s kombinacijom melfalan-prednizon-lenalidomid (MPR) u liječenju bolesnika s multiplim mijelomom. Također su ispitali učinkovitost terapije održavanja lenalidomidom u odnosu na nedavanje terapije održavanja. Randomizacijom su raspoređena 273 bolesnika s multiplim mijelomom u dobi do 65 godina u skupinu koja je primila visoke doze melfalana a potom autoTKMS te skupinu koja je primila MPR protokol konsolidacijske terapije nakon indukcije. Također je randomizirano 251 bolesnika na skupinu koja je primila terapiju održavanja lenalidomidom i na skupinu koja nije primala terapiju održavanja.

Primarni cilj studije bio je utvrditi duljinu preživljivanja bez progresije bolesti. Prosječno vrijeme praćenja bilo je 51,2 mjeseca. Oba parametra, i razdoblje bez progresije bolesti (PFS) i sveukupno preživljivanje (OS) bili su značajno duži u skupini na visokim dozama melfalana i autoTKMS nego u skupini na MPR (prosječan PFS 43 mjeseca u odnosu na 22,4 mjeseca, HR za progresiju ili smrt=0,44), kao i 4-godišnje sveukupno preživljivanje (81% u odnosu na 65,3%). Medijan PFS-a bio je značajno duži u skupini na terapiji održavanja lenalidomidom, nego u skupini bez terapije održavanja (41,9 mjeseci vs. 21,6 mjeseci), no trogodišnji OS nije bio značajno produljen (88% vs. 79%).

Neutropenija gradusa 3 ili 4 bila je značajno češća u bolesnika na visokim dozama melfalana i autoTKMS, nego na MPR-u (94,3% vs. 51,5%), kao i gastrointestinalne nuspojave (18,4% vs. 0%) i infekcije (16,3 vs. 0,8%). Neutropenija i dermatološke toksične nuspojave bile su učestalije u skupini na terapiji održavanja lenalidomidom, nego u skupini bez terapije održavanja (23,3% vs. 0%, te 4,3% vs. 0%). Dakle, konsolidacijska terapija visokim dozama melfalana uz autolognu transplantaciju krvotvornih matičnih stanica u usporedbi s MPR protokolom značajno produžuje razdoblje bez

progresije bolesti i sveukupno preživljivanje bolesnika s multiplim mijelomom koji su u dobi od 65 godina ili mlađi. Terapija održavanja lenalidomidom, u usporedbi bez terapije održavanja, značajno je produžila razdoblje bez progresije bolesti.

(N Engl J Med. 2014;371:895-905.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

• AR-V7 i rezistencija na enzalutamid i abirateron u karcinomu prostate

- Izoforma androgenog receptora kodirana splice inačicom 7 nema ligand-vezujući domenu koja je ciljno mjesto djelovanja enzalutamida i abiraterona, ali je konstitutivno aktivna kao transkripcijski faktor. **Emmanuel S. Antonarakis** i sur. istražili su hipotezu da će detekcija splice inačice 7 glasničke RNA androgenog receptora (AR-V7) u cirkulirajućim tumorskim stanicama muškaraca s uznapredovalim karcinomom prostate biti povezana s rezistencijom na enzalutamid i abirateron. Koristeći kvantitativni test PCR-a reverznom transkriptazom evaluiran je AR-V7 u cirkulirajućim tumorskim stanicama kod prospektivno uključenih bolesnika s metastatskim na kastraciju rezistentnim karcinomom prostate, koji su započinjali liječenje bilo enzalutamidom ili abirateronom.

Kao primaran cilj studije ispitana je odnos između AR-V7 statusa (pozitivan ili negativan) i stope odgovora na terapiju promatrana kroz promjenu vrijednosti PSA, kao i razdoblje bez porasta PSA, razdoblje bez kliničke ili radiološke progresije te sveukupno preživljivanje. Od ukupno 31 bolesnika liječenog enzalutamidom i 31 bolesnika liječenog abirateronom uključenih u studiju njih je 39%, odnosno 19% imalo detektabilan AR-V7 u cirkulirajućim tumorskim stanicama. Među bolesnicima na enzalutamidu AR-V7 pozitivni bolesnici imali su niže stope odgovora PSA nego AR-V7 negativni (0% vs. 53%), te kraće razdoblje bez porasta PSA (medijan 1,4 mjeseca u odnosu na 6 mjeseci), kraće razdoblje bez kliničke ili radiološke progresije (medijan 2,1 mjesec u odnosu na 6 mjeseci), kao i sveukupno preživljivanje (medijan 5,5 vs. nedosegnut). Slično, među bolesnicima na abirateronu imali su AR-V7 pozitivni pacijenti nižu stopu odgovora PSA nego AR-V7 negativni (0% vs. 68%), te kraće razdoblje bez progresije PSA (medijan 1,3 mjeseca

nasuprot nedosegnutog), kraće vrijeme do kliničke ili radiološke progresije (medijan 2,3 mjeseca vs. nedosegnuto) te kraće sveukupno preživljivanje (medijan 10,6 mjeseci vs. nedosegnuto). Ovisnost rezistencije na terapiju o postojanju AR-V7 ostaje prisutnom i nakon što su izdiferencirani slučajevi 'full-length' ekspresije glasničke RNA androgenih receptora. Dakle, detekcija AR-V7 u cirkulirajućim tumorskim stanicama kod bolesnika s tumorom prostate rezistentnim na kastraciju može biti povezana s rezistencijom na enzalutamid i abirateron, no ova saznanja zahtijevaju opsežnu prospektivnu validaciju.

(N Engl J Med. 2014;371:1028-1038.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

• Usporedba učinkovitosti tretmana varikoznih vena

- Ultrazvukom vođena skleroterapija pjenom i endovenска laserska ablacija uspješno se i često koriste kao alternativa kirurgiji u tretmanu varikoznih vena, no njihova usporedna učinkovitost i sigurnost ostaje nepoznanicom. U randomiziranoj studiji na 798 pacijenata s primarno varikoznim venama u 11 centara u Ujedinjenom Kraljevstvu uspoređeni su ishodi tretmana pjenom, laserom i operativno. Primarni ciljevi studije bili su za bolest specifična kvaliteta života te općenita kvaliteta života mjerena raznim mjernim ljestvicama.

Sekundarni ishodi uključivali su komplikacije i mjere kliničkog uspjeha. Nakon uvodnih prilagodbi bazičnih vrijednosti i drugih kovarijabli, prosječna za bolest specifična kvaliteta života bila je nešto lošija nakon tretmana pjenom, nego nakon operacije, no bila je vrlo slična onoj u skupini tretiranoj laserom i u operiranoj skupini. Nije bilo značajne razlike između operirane skupine i one tretirane pjenom ili laserom u mjerenu opće kvalitete života.

Učestalost proceduralnih komplikacija bila je slična u skupini tretiranoj pjenom (6%) i operiranoj skupini (7%), no niža u skupini na laseru (1%), nego u operiranoj skupini. Učestalost ozbiljnih nuspojava bila je slična u svim skupinama (približno 3%). Mjere kliničkog uspjeha bile su slične u sve tri skupine, no uspješna ablacija glavnih ogranačaka vene safene bila je rjeđa u skupini tretiranoj pjenom, nego u operiranoj skupini.

Dakle, mjere kvalitete života bile su sveukupno slične među skupinama u studiji, s iznimkom diskretno lošije za bolest specifične

kvalitete života u skupini na pjeni, nego u operiranoj skupini. Svi terapijski principi imali su sličnu kliničku učinkovitost, no komplikacije su bile manje učestale nakon terapije laserom, a stope ablacji bile su niže nakon tretmana pjenom.

(N Engl J Med. 2014;371:1218-1227.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

• Statistički model za predviđanje preživljavanja intrahepatalnog kolangiokarcinoma

Statistički model ili nomogram razvijen je kako bi predvidio dugoročno preživljavanje pacijenata nakon resekcije intrahepatičkog kolangiokarcinoma (intrahepatic cholangiocarcinoma - ICC), na temelju podataka međunarodne multicentrične studije. Iako je alat još uvijek pokusan, programerima kažu da predviđa kod pacijenata u gornjem kvartilu medijan preživljavanja od 80,2 mjeseca, u usporedbi s 14,8 mjeseci za one u najnižem kvartilu ($p=0.01$).

Hyder i sur. (Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA) identificirali su 6 varijabli koje su bile vrlo usko povezane s preživljavanjem. ICC drugi je najčešći primarni zločudni tumor jetre, nakon hepatocelularnog karcinoma, i predstavlja 10-20% svih primarnih malignih tumora jetre, odnosno oko 3100 novih slučajeva svake godine u SAD-u. Ipak, bolest je tek relativno kasno prepoznata kao entitet različit od hepatocelularnog karcinoma (HCC) i sada ima zaseban 'staging' sustav u 7. izdanju priručnika American Joint Committee on Cancer (AJCC) Staging Manual.

Iako je određivanje stadija tumora korisno, bolest-specifični nomogrami također uzimaju u obzir kliničke čimbenike izvan patologije. Nomogram će pružiti kliničarima specifičan način predviđanja preživljavanja nakon resekcije ICC-a. Većina pacijenata inoperabilna je u trenutku postavljanja dijagnoze, a od onih kojima je indicirana resekcija jetre kao jedina šansa za izlječenje, 5-godišnje preživljavanje ima samo 25-35%.

Iako se nomogram može koristiti za raspravu oko prognoze, potrebno je provesti daljnje validacije. Autori su upotrijebili podatke iz istraživanja 514 pacijenata koji su bili podvrnuti resekciji zbog ICC-a na 13 glavnih

hepatobilijarnih centara u SAD-u, Europi i Aziji od 1990. do 2011. Otpriklje polovica (53%) ispitanika bili su muškarci, a gotovo dvije trećine (61%) bijelci. Prosječna dob iznosila je 59 godina. Proširena heptektomija izvedena je u 39%, hemiheptektomija u 35%, a manje resekcije u 26%. Medijan veličine tumora iznosio je 6,0 cm, a 56% imalo je tumore veće od 5 cm. Većina bolesnika (88%) imala je R0 kirurške rubove (bez tumora). Limfadenektomija je provedeno u 49%, a 24% je primilo adjuvantne terapije. Srednje preživljavanje iznosilo je 39 mjeseci, a stopa preživljavanja nakon 1, 3 i 5 godina 81%, 52% i 40%. Od prvotno izabranih 15 klinički relevantnih varijabli, autori su identificirali 6 koje su vrlo usko povezane s preživljavanjem.

Od 6 varijabli, 5 su imale statistički značajnu povezanost sa $p<0.05$: dob (hazard ratio [HR], 1,31); prisutnost više tumora (HR, 1,58); veličina tumora (HR, 1,50); metastaze u limfnim čvorovima (HR, 1,78); i makroskopski vaskularna invazija (HR, 2,1). Preostala varijabla - prisutnost ciroze, imala je $p=0,08$ (HR, 1,51). Nadalje, statistički pregled učinka dviju kontinuiranih varijable - dobi i veličine tumora - otkrila je da obje imaju nonlinearan učinak na rizik od smrtnosti.

Naime, učinak veličine tumora bio je linearan ispod praga od 7 cm, ali je bio konstantan iznad toga. Slično tome, najveći rizik za smrtnost viđen je u krajnostima dobi u oba smjera. Na temelju tih 6 varijabli, nomogram je izgrađen s bodovima koji ukazuju na prognозу preživljavanja. Na primjer, metastaze limfnih čvorova nose 11 bodova, dok prisutnost makroskopske vaskularne invazije nosi 15 bodova. Viši rezultat ukazuje na lošiju prognozu.

Nomogram ima vjerojatnost točnog predviđanja preživljavanja od 69%, kažu autori studije, a odnosi se na izračun Harrellovog C-indeksa. U usporedbi s tim, točnost predviđanja preživljavanja svih zločudnih tumora u 7. izdanju AJCC Cancer Staging Manual iznosi samo 59%. Kod 6. izdanja, u kojem je zajednički 'staging' ICC i HCC, prognostička sposobnost za ICC iznosila je samo 54%. To znači da će 'staging' u AJCC-u vjerojatno biti potrebno revidirati tako da se veličina tumora uzme u obzir kao prediktor preživljavanja.

(JAMA Surg. 2014;149:432-8.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

•

Rekonstrukcija ventralne kile mrežicom ima manje recidiva, ali više drugih komplikacija - meta analiza

• Iako je rekonstrukcija ventralnih kila mrežicom manje recidiva u usporedbi s rekonstrukcijom kile šavima, rizik za nastanak seroma i infekcije kirurške rane (SSI – surgical site infections) se povećao, navodi se u pregledu literature i meta-analizi objavljenoj u JAMA Surgery.

Više od 350 000 trbušnih kila godišnje se rekonstruira u SAD-u, od kojih su 75% primarne trbušne kile (primjerice, pupčana ili epigastrična kila), pišu Nguyen i sur. (Department of Surgery, University of Texas Health Sciences Center, Houston, Texas, USA). Unatoč obimu operacija nema dovoljno dokaza koji bi poduprli uporabu šavova naspram mrežice za rekonstrukciju primarnih ventralnih kila. Cilj studije bio je usporediti rezultate uporabe samo šavne tehnike i korištenja mrežice za rekonstrukciju ventralnih kila u smislu recidiva, SSI-ja i seroma. Istraživači su pretražili Ovid, PubMed od 1. siječnja 1980. do 1. lipnja 2012., publikacije randomiziranih kontroliranih, 'case-control' studija na engleskom jeziku i cohortne studije odraslih bolesnika. Kriteriji za uključivanje su dokumentirana uporaba šavne tehnike ili mrežice tijekom elektivne rekonstrukcije primarne ventralne kile.

Od 1492 pregledana članka 9 su odabrani za analizu. Analiza je obuhvatila Downs i Black popis s 26 stavki za kritičku procjenu rizika za pristranost. Izvađeni podaci uključivali su godinu objavljanja, dizajn studije, uključne i isključne kriterije, broj pacijenata, trajanje praćenja, preoperativnu uporabu antibiotika, veličinu kile, dob, indeks tjelesne mase, ASA status, tehniku rekonstrukcije te učestalost recidiva kila, seroma i SSI-ja. Za svaki su ishod istraživači proveli tri zasebne univarijantne meta-analize koje je slijedila multivarijantna meta-analiza.

Bilo je ukupno 637 rekonstrukcija mrežicom i 1145 šavom. Stopa recidiva iznosi la je 2,7% korištenjem mrežice u usporedbi s 8,2% korištenjem šavova. Međutim, nuspojave su veće kod rekonstrukcija mrežicom – serom 7,7% u usporedbi s 3,8% kod šavova i SSI-a 7,3% u usporedbi sa 6,6% kod šavova. Multiva-

rijantna meta-analiza također je pokazala da su recidivi češći nakon rekonstrukcije šavima (OR -1,04; 95% interval pouzdanosti [CI], -1,58 do -0,52), dok su seromi (OR 0,84; 95% CI, 0,27-1,41) i SSI-i (OR 0,65; 95% CI, 0,12-1,18) češći nakon korištenja mrežice.

Erik Askenasy (profesor kirurgije na Michael E. DeBakey Department of Surgery, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA) izjavio je da je s obzirom na učestalost rekonstrukcije ventralnih kila pomalo čudno da optimalan izbor za rekonstrukciju još nije riješen. Pretraživanje PubMed-a će prikazati brojne članke koji opisuju različite kirurške tehnike, kao i rezultate tih tehnika za ventralne ili pupčane hernije. Problem leži u detaljima. Naime, on je objasnio da su neke studije spojile rezultate primarnih i recidivnih kila, a nisu posebno analizirale rezultate tih dviju različitih skupina. Druge studije uključile su bolesnike s cirozom, drugim medicinskim stanjima ili hitnim operacijama, što pridonosi pogrešnoj interpretaciji rezultata.

Konačno, mnoge studije su loše kvalitete, uz značajnu heterogenost između dviju skupina. Glavna je prednost ove studije da je to sveobuhvatna analiza u proteklih 30 i više godina objavljenih podataka. Osim toga, ona naglašava nedostatak razine 1 dokaza potrebnih da bi se definitivno odredila najbolja metoda za rekonstrukciju. Glavno je ograničenje ovog istraživanja da je najveći dio dostupnih dokaza na razini 2-4, a ne na razini 1. On stoga predlaže da bi u buduća istraživanja trebala uključivati randomizirane kontrolirane studije koje bi uspoređivale ova 2 kirurška pristupa. Jedan koautor je trenutno primatelj bespovratnih sredstava iz LifeCell i Acell. (JAMA Surg. 2014;149:415-21.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

•

Laparoskopija se pokazala sigurnom i kod bolesnika s kongestivnim zatajenjem srca

• Iako pneumoperitoneum možda u načelu kompromitira fiziologiju srca i pluća, nova studija pokazuje da pacijenti podvrgnuti laparoskopskim operacijama kompliciranih preoperativnim kongestivnim zatajenjem srca (congestive heart failure - CHF) prolaze dobro. Speicher i sur. (Duke University Medical Center in Durham, North Carolina, SAD) smatraju da

je kod bolesnika bez drugih kontraindikacija, i to u centrima s odgovarajućim anestezološkim resursima, laparoskopija jednako sigurna kao i otvoren pristup u ovoj skupini, a temeljeno na iskustvu autora može ponuditi neke dodatne prednosti.

Za potrebe studije, objavljene u časopisu Surgery, znanstvenici su koristili podatke iz National Surgical Quality Improvement Program Participant User Files (NSQIP) od 2005. do 2011. Uključili su bolesnike koji su bili podvrgnuti apendektomijama, segmentalnim kolektomijama, resekcijama tankog crijeva, rekonstrukcijama ventralnih kila i splenektomijama. Kod više od 265.000 takvih postupaka, znanstvenici su identificirali 2.219 pacijenata koji su također imali istodobno novonastali ili pogoršan CHF.

U usporedbi s laparoskopijom kod CHF pacijenata, oni koji su podvrgnuti otvorenoj operaciji imali su znatno veću incidenciju KOPB-a na početku istraživanja, viši ASA status i više preoperativne sepsa. Oni su također imali manju incidenciju samostalnog funkcionalnog statusa i veću incidenciju hitne odnosno urgencne operacije. Istraživači su otkrili povećanu stopu smrtnosti i komplikacija kod otvorenih operacija u neusklađenim analizama, iako razlike nisu bile statistički značajne. Kod multivarijantne analize, pacijenti koji su podvrgnuti laparoskopskim postupcima imali su dvostruko smanjenje vjerojatnosti za 30-dnevni mortalitet (prilagođen omjer izgleda 0,45, p=0,04), i 17,5% kraći boravak u bolnici (p=0,003). Nije bilo značajnih razlika u stopama reoperacije i većih komplikacija.

Učestalost postoperativnog CHF-a nije se mogla utvrditi, navode znanstvenici. Nažalost, novonastali CHF ili pogoršanje CHF-a postoperativno nije dostupno u NSQIP bazi podataka, objašnjavaju autori. Dr. Andrea Russo (Catholic University of the Sacred Heart, Rome, Italija), koji je vršio slična istraživanja, kaže za novu studiju da je dobra retrospektivna analiza koja uključuje velik broj pacijenata. Randomizirane prospektivne studije potrebne su za definitivni odgovor koji je kirurški pristup - laparoskopija ili konvencionalne otvorene operacije - povezan s boljim rezultatima u bolesnika s CHF-om. Za sada, on smatra da su laparoskopske operacije s niskim intraabdominalnim tlakom i bez pretjeranog pozicioniranja u Trendelenburgov položaj poželjne.

On, nadalje, smatra da vrsta kirurškog pristupa jako utječe na perioperativni ishod bolesnika s CHF-om, dodajući da bez obzira na pristup, važno je usmjeravati terapiju upravljanjem nadoknade tekucine, vazopresora ili inotropnih agenata kao i nižim vrijednostima pulsa kako bi se osigurao pravi srčani minutni volumen. Speicher se sa suradnicima

izjasnio da sve standardne indikacije za odabir otvorenog pristupa i dalje vrijede, uključujući iskustvo kirurga i osjećaj sigurnosti/uspješnosti u te dvije tehnike. Kod pacijenata s teškim CHF-om, koji su hemodinamski nestabilni, uska

suradnja s anesteziologom i uzimanje u obzir otvorene operacije ovisit će od slučaja do slučaja.

Autori također smatraju da njihovi rezultati ukazuju na to da prisutnost CHF-a

sama po sebi ne bi trebala diktirati kirurški pristup.
(Surgery 2014;156:371-8.)

Dr. sc. Goran Augustin, 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 SCOPUS.

Mikolasevic I, Orlic L, Milic S, Zaputovic L, Lukenda V, Racki S. Non-Alcoholic Fatty Liver Disease Proven by Transient Elastography in Hemodialysis Patients: Is It a New Risk Factor for Adverse Cardiovascular Events? Blood Purif. 2014;37(4):259-265.

Division of Internal Medicine, Department of Nephrology and Dialysis, University Hospital Center Rijeka, Rijeka, Croatia.

Kutleša M, Lepur D, Baršić B. Therapeutic hypothermia for adult community-acquired bacterial meningitis-Historical control study. Clin Neurol Neurosurg. 2014;123:181-6.

University of Zagreb, School of Medicine, University Hospital for Infectious Diseases "Dr. Fran Mihaljević", Department of Intensive Care Medicine and Neuroinfectology, Zagreb, Croatia; University of Zagreb, School of Dental Medicine, Department of Intensive Care Medicine and Neuroinfectology, University Hospital for Infectious Diseases "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb, Croatia.

Supe S, Božina N, Matijević V, Bazina A, Mišmaš A, Ljevak J, Alvir D, Habek M, Poljaković Z. Prevalence of genetic polymorphisms of CYP2C9 and VKORC1 - Implications for warfarin management and outcome in Croatian patients with acute stroke. J Neurol Sci. 2014;343(1-2):30-5.
Department of Neurology, Intensive Care Unit, University Hospital Center Zagreb, University of Zagreb, School of Medicine, Zagreb, Croatia; Clinical Institute of Laboratory Diagnosis, Zagreb University Hospital Center, Department of Pharmacology, Zagreb, Croatia; University of Zagreb, School of Medicine, Croatia.

Orešković D, Klarica M. A new look at cerebrospinal fluid movement. Fluids Barriers CNS. 2014;11:16.

Ruđer Bošković Institute, Department of Molecular Biology, Bijenička 54, 10 000 Zagreb, Croatia. Department of Pharmacology and Croatian Institute for Brain Research, School of Medicine University of Zagreb, Zagreb, Croatia

Catapano AL, Chapman MJ, de Backer G, Taskinen MR, Reiner Ž*, Wiklund O. Comment to the position paper on global recommendations for the management of dyslipidemia developed by the International Atherosclerosis Society (IAS). Atherosclerosis. 2014;233(2):508-9.

*Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Medical School University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Reiner Ž. Impact of early evidence of atherosclerotic changes on early treatment in children with familial hypercholesterolemia. Circ Res. 2014 Jan 17;114(2):233-5.

Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Medical School University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Sacks FM, Hermans MP, Fioretto P, Valensi P, Davis T, Horton E, Wanner C, Al-Rubaiean K, Aronson R, Barzon I, Bishop L, Bonora E, Bunnag P, Chuang LM, Deerochanawong C, Goldenberg R, Harshfield B, Hernández C, Herzlinger-Botein S, Itoh H, Jia W, Jiang YD, Kadowaki T, Laranjo N, Leiter L, Miwa T, Odawara M, Ohashi K, Ohno A, Pan C, Pan J, Pedro-Botet J, Reiner Ž*, Rotella CM, Simo R, Tanaka M, Tedeschi-Reiner E et al. Association between plasma triglycerides and high-density lipoprotein cholesterol and microvascular kidney disease and retinopathy in type 2 diabetes mellitus: a global case-control study in 13 countries. Circulation. 2014;129(9):999-1008.

*Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Medical School University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Prugger C, Wellmann J, Heidrich J, De Bacquer D, Perier MC, Empana JP, Reiner Ž* et al.; EUROASPIRE Study Group. Passive smoking and smoking cessation among patients with coronary heart disease across Europe: results from the EUROASPIRE III survey. Eur Heart J. 2014;35(9):590-8.

*Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Medical School University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

Curtis LM, Grkovic L*, Mitchell SA, Steinberg SM, Cowen EW, Datiles MB, Mays J, Bassim C, Joe G, Comis LE, Berger A, Avila D, Taylor T, Pulanic D*, Cole K, Baruffaldi J, Fowler DH, Gress RE, Pavletic SZ. NIH response criteria measures are associated with important parameters of disease severity in patients with chronic GVHD. Bone Marrow Transplant. 2014 Aug 25. doi: 10.1038/bmt.2014.188. [Epub ahead of print]

*Department of Internal Medicine, University Hospital Center Zagreb, Medical School University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

- *Cochrane knjižnica objavljuje sustavne pregledne članke koji se bave procjenom djelotvornosti intervencija u medicini.*
- *Na mrežnoj stranici www.thecochanelibrary.org mogu se pretraživati sažetci ovih članka. Pristup punim tekstovima Cochrane članaka u Hrvatskoj osigurava Ministerstvo znanosti, obrazovanja i športa korišćicima 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

Lokalna primjena kortikosteroida za liječenje fimoze u dječaka

Sažetak

• Fimoza je naziv za stanje kod kojeg se ne može povući prepucij preko glansa penisa ili, ako se i može povući, ne može se vratiti. Fimoza se često viđa neposredno nakon rođenja i sama od sebe bez potrebe za liječenjem prođe u prve 3-4 godine života; samo 10% dječaka u dobi od 3 godine ima fimozu. To se stanje naziva prirođena (kongenitalna) fimoza. Često fimoza može nastati zbog ožiljka na koži koja štiti glans. Fimoza koju uzrokuju ožiljci prosječno se javlja u 0,6 do 1,5% dječaka mlađih od 18 godina, ali ta se vrsta fimoze rijetko javlja u dječaka mlađih od 5 godina. Ponekad može biti teško razlikovati vrste fimoza.

Liječenje dječaka s fimozom postalo je kontroverzno pitanje. Kirurški zahвати kojima se uklanja ili proširuje koža prepucija (obrezivanje i plastični zahvat prepucija) naveliko su se koristili u prošlosti za liječenje fimoze. U novije vrijeme se koriste kreme i masti koje sadrže kortikosteroide jer smanjuju upalu ili zaustavljaju aktivnost imunološkog sustava. Svrha njihove lokalne primjene jest ublažiti stezanje kože oko glansa. Takva je vrsta liječenja mnogo manje invazivna a može

smanjiti potrebu za kirurškim zahvatima u dijelu pacijentata.

Cochrane sustavni pregled procjenio je učinak lokalne primjene kortikosteroida u liječenju fimoze u dječaka do 18 godina u usporedbi s neaktivnom terapijom (placebom) ili bez terapije. Analizirano je 12 studija, u koje je bilo uključeno 1395 dječaka u dobi od 18 dana do 17 godina. Pronađeno je da lokalno liječenje kortikosteroidima povećava vjerojatnost potpunog ili djelomičnog povlačenja fimoze bez značajnih nuspojava. Međutim, brojne studije nisu uopće zabilježile nuspojave.

Zaključno, lokalno liječenje kortikosteroidima može biti sigurna opcija za liječenje fimoze dječaka prije nego se razmotri kirurški zahvat.

Opis stanja

Fimoza dječaka za roditelje predstavlja velik problem i dovodi do čestih posjeta liječniku i obrezivanja. Kod dječaka je to fiziološko stanje, koje se često viđa prilikom rođenja, ali se isto tako često spontano povlači u prve tri godine života. Procjenjuje se da se 96% dječaka rađa s fimozom, a do prvog rođendana se taj postotak smanji na 50%. Procjenjuje se da do treće godine svega 10% dječaka ima i dalje fimozu, a taj postotak se smanji na 6-8% među sedmogodišnjacima i na 1% među šesnaestogodišnjacima. Ti podaci pokazuju da se u većini slučajeva može očekivati prirodan prestanak fimoze te da će veoma malen broj dječaka imati fimozu i u odrasloj dobi.

Dijagnoza fiziološke fimoze može se postaviti kad je fimoza prisutna prilikom rođenja (kongenitalna fimoza) i koža prepucija ima uredan izgled. Patološka fimoza definira se kao nemogućnost povlačenja kožice zbog distalnog ožiljavanja prepucija. Prilikom pregleda se ožiljak može vidjeti kao kontrahiran, bijel, induriran vezivni prsten oko otvora prepucija. Ožiljak prepucija sekundarno može uzrokovati bolest balanitis xerotica obliterans, kroničnu, progresivnu upalnu bolest kože nepoznate etiologije, koju obilježavaju ponavljane epizode balanopostitisa ili nasilne retrakcije prepucija. Kumulativna incidencija patološke fimoze u dječaka mlađih od 18 godina procjenjuje se na 0,6 do 1,5% i rijetko se viđa u dječaka mlađih od pet godina. Studije koje opisuju nalaze histološke dijagnoze prepucija nakon obrezivanja dječaka opisuju da je incidencija balanitis xerotica obliterans 34-40%. Incidencija te bolesti bila je viša u starijih dječaka (nakon devete godine) i u stečene fimoze (fimoza koja se razvije nakon razdoblja u kojem je retrakcija kožice bila uredna).

Fimoza se treba razlikovati od balanoprepucijskih priraslica. Kod fimoze nemogućnost povlačenja prepucija preko glansa nastaje zbog stenoze distalne porcije prepucija. U male djece se ponekad kožica ne može potpuno povući zbog unutarnjih prepucijskih priraslica za glans penisa. Balano-prepucijske priraslice odnose se na trajna područja embriono-fuzije s glansom, gdje se

unutarnji prepucijski epitel normalno viđa u većine dječaka u dobi od šest godina, u 3% dječaka od petnaest godina, ali se više ne viđa u dobi od 18 godina. Kao normalno stanje koje nije povezano s komplikacijama, ne zahtijeva liječenje.

Usprkos teorijskoj razlici između fiziološke i patološke fimoze, ponekad je teško razlikovati ih u kliničkoj praksi pa se katkad postavi dijagnoza fiziološke dijagnoze u dječaka koji bi mogli imati balanitis xerotica obliterans, dijagnosticiran nakon obrezivanja i histološke analize.

Indikacije za liječenje fimoze su kontroverzne. Većina autora se slaže da asimptomatsku fiziološku fimozu ne treba liječiti nego se preporučuje pričekati spontano povlačenje do puberteta, te da bi trebalo liječiti samo patološku fimozu. Međutim, ponavljano javljanje balanopostitisa, parafimoze i upala mokraćnog trakta mnogi smatraju indikacijom za liječenje fiziološke fimoze u ranijoj dobi.

U prošlosti je jedina mogućnost za liječenje fimoze bio kirurški zahvat – obrezivanje. U novije vrijeme radi se zahvat prepucoplastika. U zadnja dva desetljeća počelo se primjenjivati konzervativno liječenje fimoze lokalnim kortikosteroidima koji se primjenjuju na stenotični distalni dio prepucija tijekom 4-8 tjedana te je u literaturi takvo liječenje povezano s visokom učestalošću izlječenja. Tri studije o omjeru troškova i učinkovitosti, koje su se temeljile na randomiziranim i ne-randomiziranim studijama, preporučile su da se fimoza najprije počne liječiti lokalnim kortikosteroidima, prije bilo kakvog kirurškog zahvata.

Opis postupka

Za liječenje fiziološke i patološke fimoze korišteni su lokalni kortikosteroidi različite potencije i različite koncentracije. Cortikosteroidi se primjenjuju kao mast na stenotični distalni dio prepucija, ponekad s nježnom manualnom retrakcijom kožice. Većina studija u kojima je analiziran učinak lokalnih kortikosteroida za fimozu dječaka primjenjuje liječenje u trajanju od 4-8 tjedana, pri čemu su se pacijenti poticali na retrakciju kožice i održavanje odgovarajuće higijene nakon završetka terapije.

Kako bi postupak mogao djelovati“

Kortikosteroidi na fimozu mogu djelovati putem dvaju mehanizma, uključujući protuupalno djelovanje i imunosupresivni učinak. Protuupalno djelovanje ostvaruje se stimulacijom stvaranja lipokortina koji inhibira fosfolipazu A2, time smanjujući stvaranje arahidonske kiseljne koja je prekursor prostaglandina i leukotriena, medijatora kožne upale. Zna se da kortikosteroidi mogu smanjiti rane i kasne manifestacije upale. Imunosupresivni učinak temelji se na inhibiciji sinteze kolagena u fibroblastima i njegovom antiproliferativnom učinku na epidermis, čime

kortikosteroidi stanjuju kožu i povećavaju elastičnost kože. Histološka istraživanja pokazuju da većina prepucija obrezanih dječaka s fimozom imaju balanitis xerotica obliterans ili nespecifičnu kroničnu upalu. U mlađih dječaka s fimozom kronična upala je najčešći nalaz, a balanitis xerotica obliterans se češće viđa u dječaka starijih od 16 godina. U randomiziranom kontroliranom pokusu u kojem je istraživan odgovor balanitis xerotica obliterans na lokalnu primjenu 0,05%-tne kreme mometazona sva djeca su na kraju studije ipak bila obrezana. Samo oni pacijenti koji su imali rani ili intermedijarni oblik balanitis xerotica obliterans odgovorili su na liječenje kortikosteroidima, a nijedan u kasnoj fazi, što ukazuje da bi lokalna terapija steroidima mogla biti učinkovita dok su mehanizmi upale aktivni i nije još nastalo nepovratno oštećenje tkiva.

Zašto je važno napraviti ovaj sustavni pregled

Usprkos kontroverzama o prikladnom liječenju fimoze u dječaka, velik ih se broj i da-

lje obrezuje zbog fimoze. Edukacija lječnika i roditelja o prirodnjoj povijesti fiziološke fimoze i znakovima patološke fimoze vrlo je važna kako bi se smanjio broj nepotrebnih kirurških zahvata. Uzme li se u obzir samo apsolutna indikacija za fimozu (patološka fimoza koja pogađa najviše 1,5% dječaka) i jednu od najčešćih relativnih indikacija (ponavljeni balanopostitis koji pogađa najviše 1% dječaka), moglo bi se reći da čak 2,5% dječaka mlađih od 18 godina treba podvrći obrezivanju. Tolik broj kirurških zahvata predstavlja značajan teret za bilo koji zdravstveni sustav. Kirurška terapija fimoze povezana je s određenim rizicima. Komplikacije su opisane u 0,1-3,5% pacijenata i uključuju krvarenje, stenotični meatitis, meatitis, meatalne ulceracije, postoperativne lokalne infekcije, nuspojave povezane s anestezijom kao i psihološki stres djece i roditelja zbog kirurškog zahvata i boravka u bolnici.

Stoga se lokalna terapija kortikosteroidima kao prvi pokušaj liječenja fimoze čini kao prihvatljiva alternativa. Usprkos sve većem broju publikacija o korištenju lokalnih steroida za fimozu i nekim studijama koje su analizirale troškove terapije, ne postoje sustavni pregledi randomi-

ziranih kontroliranih studija koji bi procijenili učinkovitost lokalnih kortikosteroida za liječenje fimoze dječaka.

Zaključci za praksu

Localna terapija kortikosteroidima izvodljiva je i učinkovita terapija za liječenje fimoze u dječaka. Čak i kad se uzmu u obzir dvojbe o veličini učinka, čini se da je to sigurna terapija koja bi se trebala pokušati prije kirurškog liječenja fimoze.

Zaključci za buduća istraživanja

Nove studije koje se žele provesti u ovom području istraživanja trebale bi biti visoko kvalitetne i uzeti u obzir najnovije smjernice za opisivanje rezultata istraživanja.

Cochrane sustavni pregled

Moreno G, Corbalán J, Peñaloza B, Pantoja T. Topical corticosteroids for treating phimosis in boys. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 9. Art. No.: CD008973.

.....

Pearls

Pearl 310 Vareniklin i intervencije usmjerene na ponašanje mogu biti korisni za prestanak žvakanja duhana

Kliničko pitanje

Koliko su učinkoviti lijekovi i bihevioralne intervencije za postizanje prestanka žvakanja duhana?

Zaključak

Temeljem svega jedne studije koja je dosad napravljena, čini se da je vareniklin siguran za povećanje učestalosti prestanka žvakanja duhana i mogao bi se ponuditi u okviru rutinske prakse. Dokazi za učinkovitost bupropiona i nadomjestaka nikotina za prestanak žvakanja duhana nisu bili dosljedni.

Bihevioralne intervencije povećale su broj apstinencata među osobama koje žvaču duhan bez obzira na to jesu li već bili motivirani za prestanak i početak terapije. Telefonsko savjetovanje, pregled usne šupljine i povratne informacije o promjenama na sluznicima koje uzrokuje žvanje duhana mogu biti koristan dio takvih intervencija.

Napomena

Dokazi o uspjehu farmakoterapije nisu dostatni da bi dali jasne smjernice za praksu. Na procjenu veličine učinka bihevioralnih intervencija za povećanje učestalosti apstinencije od

žvakanja duhana negativno utječe ograničena metodološka kvaliteta nekih studija.

Zašto je važan ovaj Cochrane sustavni pregled?

Različite vrste duhana konzumiraju se oralno širom svijeta, što predstavlja važan javnozdravstveni problem. Takva uporaba duhana može dovesti do ovisnosti o nikotinu a nakon dugoročne primjene do zdravstvenih problema, uključujući periodontalne bolesti, karcinom te cerebrovaskularne i kardiovaskularne bolesti.

Cochrane sustavni pregled

Ebbert J et al. Interventions for smokeless tobacco use cessation. Cochrane Reviews, 2011, Issue 2. Article No. CD004306. DOI:10.1002/14651858.CD004306.pub4. Sustavni pregled sadrži 25 studija s ukupno više od 11000 ispitanika. Pearls br. 310, 5/2011. Autor: Brian R McAvoy. Prevela: prof. dr. sc. Livia Puljak

Pearl 311 Nema dovoljno dokaza za korist od profilaktičke primjene antibiotika kod žena s mekonijem u amnionskoj tekućini

Kliničko pitanje

Koliko je učinkovita profilaktička primjena antibiotika kod žena s mekonijem u amnionskoj šupljini tijekom porođaja za sprječavanje infekcija majke i novorođenčeta?

Zaključak

U usporedbi s placebom, antibiotici kod žena s mekonijem u amnionskoj šupljini tijekom porođaja mogu smanjiti učestalost korioamnionitisa. Nije bilo dokaza da antibiotici mogu smanjiti učestalost postpartalnog endometritisa, neonatalne sepsa ili broj primitaka novorođenčadi u jedinice neonatalne skrbi. Nisu opisane ozbiljne nuspojave.

Napomena

Sustavni pregled temelji se na jednoj studiji u kojoj je sudjelovalo 120 ispitanica. Istraživanje je imalo visoku metodološku kvalitetu, temeljem primjerene randomizacije. Međutim, uzorak nije bilo dovoljno velik za čvrste zaključke.

Zašto je važan ovaj Cochrane sustavni pregled?

Trudnice s mekonijem u amnionskoj tekućini imaju veću vjerojatnost razvoja komplikacija kao što su korioamnionitis i endometritis, te su češće i neonatalne komplikacije kao što je neonatalna sepsa i potreba za liječenjem u jedinicama neonatalne skrbi. Fetalni stres ili hipoksija mogu biti uzrok fetalnih respiracijskih aspiracija mekonija.

Cochrane sustavni pregled

Siriwachirachai T et al. Antibiotics for meconium-stained amniotic fluid in labour for preventing maternal and neonatal infections. Cochrane Reviews, 2010, Issue 12. Article No. CD007772. DOI:10.1002/14651858.CD007772.pub2. Sustavni pregled sadrži 1 studiju s ukupno 120 ispitanika. Pearls br. 311, 05/2011. Autor: Brian R McAvoy. Prevela: prof. dr. sc. Livia Puljak

.....

**Prof. dr. sc. Robert Kolundžić,
predsjednik Hrvatskog ortopedskog
društva HLZ-a**

Nije u redu da se nekome administrativno pokloni medicinska specijalnost

Tekst i slike: Andreja Šantek



• U nepunih godinu dana liječnici iz Klinike za traumatologiju i Klinike za dječje bolesti Zagreb izveli su dvije velike ortopedsko-rekonstrukcijske operacije koristeći tehnologiju 3D printera, čime su se upisali u noviju medicinsku povijest u Hrvatskoj. U obje operacije poveznica je bio ortoped prof. dr. sc. Robert Kolundžić, ujedno i predsjednik Hrvatskog ortopedskog društva HLZ-a.

••• Kako je došlo do toga da se odlučite za takve zahvate?

• Kako se bavim onkoortopedijom i rekonstrukcijama velikih zglobova, došli su u ambulantu pacijenti kod kojih je tumor zahvatio zdjelicu. Trebalo je izvaditi tumor i u ovim slučajevima odstraniti pola zdjelice (riječ je o hemipelvektomiji). Takav se zahvat rijetko izvodi i izuzetno je mutilirajući, a pacijenti ga teško prihvataju pa se i ne odlučuju na operaciju. Druga je mogućnost bila da nakon vađenja tumora na neki način rekonstruiramo defekt pomoću adekvatnog implantata ili koštanog homolognog presatka kakvog za sada nema-

mo u koštao banchi. S obzirom na to da se radi o rekonstrukciji zdjelice za koju se ne izrađuje standardan implantat, pristupili smo izradi implantata za ovu priliku.

••• Koliko traju pripreme za takav zahvat, od prvotne ideje do operacije, i na koji način birate pacijente?

- Proces je od ideje pa do završne finalizacije proizvoda, tj. izrade implantata traje oko dva mjeseca. Zamisao o rekonstrukciji nastala je u ambulanti kod razgovora s mlađim kolegom dr. Tomislavom Čengićem i složili smo se da bi 3D print zdjelice bio najprikladniji način izrade implantata. Nakon određivanja načina rekonstrukcije u suradnji s inžinjerima i informatičarima iz Instrumentarije, krenuli smo u kompjutersku izradu modela zdjelice. Nakon kompletne izrade modela testirao ga je prof. Janoš Kodvanj sa Strojarskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu te ispitao pomake i raspodjelu naprezanja "worst case" scenarija implantata metodom konačnih elemenata. Nakon ispitivanja model je poslan na 3D isprint u Veliku Britaniju. Po dolasku s printanja implantat je nakon sterilizacije bio pripreman za ugradnju. Ovakvi 3D implantati koriste se isključivo u onkoortopedskim zahvatima gdje se zadnjih dvadesetak godina primjenjuje kirurgija spašavanja ekstremiteta, a to znači resekcija tumora te rekonstrukcija defekta.

••• Za ovakve zahvate morate imati potrebnu opremu i kvalitetne visoko educirane liječnike i medicinske sestre. Tko je sve sudjelovao u ovim operacijama?

- Za takvu operaciju potreban je vješt i sposoban operacijski tim uz zasigurno veliko uvjerenje svih da se može izvesti. Narančno da ovdje ne smijemo zanemariti rad i vrhunsku utreniranost medicinskih sestara u operacijskom bloku. U Klinici za traumatologiju tim su činili dr. sc. **Srećko Sabalić**, dr. **Tomislav Čengić** i dr. **Tadija Petrović**, uz neizostavnu pomoć anesteziologinje prim. dr. **Marije Rakarić**, te medicinskih sestara operacijskog bloka **Nene Lukavski**, **Željke Anić**, **Marijane Biluš - Barković**, **Sunčice Babić** i **Nikoline Humeljak**. U Klinici za dječje bolesti Zagreb tim su činili dr. Srećko Sabalić, dr. **Davor Bojić**, dr. **Tomislav Ribić** i dr. **Marijana Šimić** te anesteziolog dr. **Tomislav Kifer**, anesteziološki tehničar, **Bernarda Pavlović**, instrumentarke **Danijela Milašin** i **Sabina Bekavac** te glavna sestra **Jagoda Bevandić** i medicinske sestre operacijskog bloka.

••• U pogledu edukacije, posebno one specijalističke, je li se nešto mijenjalo nakon ulaska Hrvatske u EU? Znam da je bilo nekih prijepo-

ra o priznavanju statusa specijalista ortopedije i traumatologije. Možete li objasniti o čemu se točno radi?

- Da, u pravu ste, nažalost je došlo do prijepora između ortopeda i općih kirurga koji obrađuju traume u svojim bolnicama. Nai-mje, sve nesuglasice su u interpretaciji medicinske specijalnosti "ortopedije i traumatologije". Zapravo, ortopedi podrazumijevaju da se ovdje radi o preimenovanju medicinske specijalnosti „ortopedije“ u „ortopedija i traumatologija“. Iste su definicije struke kao i popis kompetencija koje se stječu nakon obavljenog programa. Znači, ovdje se radi o medicinskoj specijalnosti koja se bavi prevencijom, dijagnosticiranjem i liječenjem bolesti i ozljeda muskuloskeletalnog sustav, prema UEMS-ovoj definiciji. Međutim, opći kirurzi koji liječe traumu (na lokomotornom sustavu i visceralnu) smatraju da se pak radi o spajanju medicinske specijalnosti „ortopedije“ s medicinskom subspecijalnosti proizašle iz opće kirurgije, a riječ je o traumatologiji. Nadam se da je jasno da program usavršavanja za medicinsku specijalnost ortopedija nije jednak programu usavršavanja za medicinsku specijalnost opća kirurgija, niti su im kompetencije jednake. U EU ne prepoznaju subspecializacije što smo ih mi imali pa ih stoga ne mogu uključiti u usporedbu s medicinskim specijalnostima. Nadalje, u Hrvatskoj nema specjalizacije traumatologija ili Unfallchirurgie kao što imaju Njemačka, Austrija i Slovenija i u čijem programu specijalizant, uz ostale obilaska, mora provesti dvije godine na ortopediji gdje stječe znanje, iskustvo i vještina iz ortopedije. Pa se također ne mogu usporediti kompetencije naših općih kirurga sa subspecializacijom traumatologija, jer u svom programu imaju samo dva mjeseca obilaska ortopedije, s kompetencijama traumatologa iz Njemačke koji ima dvije godine obilaska ortopedije.

Nadalje, u Hrvatskoj je bila omogućeno zaslужnim specijalistima stjecanje statusa subspecialista, što je koristilo više od 50 posto općih kirurga koji su subspecializaciju traumatologija dobili administrativnim dobili. Znači, nisu prošli niti dva mjeseca ortopedije koliko je propisano u programu za subspecializaciju, a kamoli dvije godine kako je to propisano u Njemačkoj. Stoga nisu stjecali organizirano znanje, iskustvo i vještina iz ortopedije pa se ne mogu predstavljati da su traumatolozi po Njemačkom modelu već su opći kirurzi sa subspecializacijom traumatologija.

• No, ulaskom Hrvatske u EU ipak je bilo nekih promjena zbog primjena EU direktiva?

- Jako je važna, gotovo nezaobilazna, činjenica, a da bi se objektivno sagledao problem, dodatak EU Direktive od 10. lipnja



Dr. sc. Srećko Sabalić, traumatolog, dr. Tomislav Kifer, anestezijolog, dr. Marijana Šimić, specijalizantica ortopedije, dr. Tomislav Ribičić, ortoped., prof. dr. Robert Kolundžić i dr. sc. Davor Bojić, pročelnik Zavoda za dječju ortopediju u Klačevu

2013. godine u kojoj se navodi da se medicinska specijalnost orthopaedics u Hrvatskoj od 1. srpnja 2013. naziva „ortopedija i traumatologija“, što je ništa drugo negoli preimenovanje ortopedije koja se prije toga nazivala ortopedija. Što se tiče samog naziva medicinske djelatnosti, u 50 posto zemalja je ostao naziv „ortopedija“, dok je u drugih 50 posto zemalja preimenovan u „ortopedija i trumatologija“. Stoga, prvi korak koji su napravili u EU jest taj da su ujednačili nazive, nakon čega slijedi harmonizacija struke, pa tako i edukacija za ortopediju i traumatologiju. Sve zemlje imaju slične programe kao što smo ih i mi imali kod ortopedije, uz razliku da je kod nas program trajao 54 mjeseca, a u većini zemalja u EU 60 mjeseci. S promjenom naziva se promjenilo i trajanje

na 60 mjeseci. Motivi harmonizacije struke su zapravo navedeni u EU direktivi 2005/36/EZ koja govori o priznavanju stručnih kvalifikacija, a rađena je radi jačanja unutarnjeg tržišta i promicanja slobodnog kretanja stručnjaka, uz osiguravanje učinkovitijeg i transparentnijeg priznavanja stručnih kvalifikacija.

• Nameće se pitanje kako smo došli u tu situaciju?

- Nismo mi jedini, zapravo takvi odnosi postoje gotovo u cijeloj EU. U dosadašnjoj praksi na ortopedskim odjelima isključivo su se provodile elektivne operacije i nisu se zbrinjavale traume muskuloskeletalnog sustava, iako su ortopedi za to školovani, ali ih nisu zbrinjava-

85. godina Hrvatskog društva za ortopediju

Što je Ortopedija à la carte?

- Uloga Hrvatskog ortopedskog društva HLZ-a, kao najstarijeg stručnog društva čije je područje djelovanja ortopedija i traumatologija, velika je, pogotovo u normalizaciji odnosa, u napretku struke pa time i okupljanju i u europeizaciji društva.

Jedna od metoda realizacije strateških ciljeva jest „Ortopedija à la carte“ gdje učimo zajedno s kolegama iz Slovenije. Osim zajedničkog učenja, to je jedinstvena prilika da se na jednomu mjestu okupimo uz inozemne eksperte i razmijenimo naša iskustva te postavimo strukovne smjernice za dijagnosticiranje i liječenje bolesti i ozljeda lokomotornog sustava.

Takvi jednodnevni simpoziji organiziraju se dva puta godišnje (u proljeće ove godine održan je „Shoulder à la carte“, a u jesen „Foot and ankle à la carte“); sljedeće će godine HOD slaviti 85 godina djelovanja u HLZ-u pa smo odlučili u travnju iduće godine u Dubrovniku aktivno proslaviti tu obljetnicu i organizirati Southeast European Forum on orthopaedics and traumatology (SEEFORT 2015). Također smo od Europskog udruženja ortopeda i traumatologa (EFORT) dobili domaćinstvo za EFORT Fellowship, što je jedinstvena prilika da pokažemo svoju kvalitetu.

.....



Prof. Kolundžić s kolegama iz Klaičeve bolnice

vali isključivo zbog organizacije hitne službe u bolnici. Upravo su zbog te organizacije traumu muskuloskeletalnog sustava rješavali opći kirurzi i/ili opći kirurzi sa subspecijalizacijom traumatologija, koji su radili na kirurškim odjelima. S vremenom su počeli širiti svoj rad na liječenje bolesti muskuloskeletalnog sustava, i to samo u dijelu ugradnje umjetnih zglobova, a za što nisu imali licence. Stoga mi ortopedi nikada nismo negirali postojanje kvalitetnih općih kirurga koji u svojoj praksi dobro rješavaju traumu lokomotornog sustava, ali smo protiv toga da ulaze u područje djelovanja za koje nisu edukirani. Odstupanje od takve prakse moglo bi imati za posljedicu sudsko-medicinske postupke, ali i nekvalitetno liječenje, jer se u Europi isključivo drže pravne maksime „forma stvara sadržaj“. Zato nam se s nazivom ortopedija i traumatologija nameće obaveza, ali i neka pitanja poput tko će zbrinjavati prijelome kostiju, na kojim odjelima će se liječiti prijelomi kostiju, tko će rukovoditi tom ustrojbenim jedinicama? Za liječenje bolesti lokomotornog sustava sve je jasno, ali za prethodno navedeno odgovore moramo čekati 10 do 15 godina dok stasaju mlađi ortopedi i traumatolozi.

••• Kažete da na odgovore moramo pričekat 10, 15 godina, ali što raditi za vrijeme čekanja?

• Nama ortopedima odgovori su poznati. U međuvremenu je nekoliko naših

kolega otišlo u EU i obavljaju posao u djelokrugu ortopedije i traumatologije. S druge strane, neke kolege opći kirurzi zatražili su izlazak na Europski ispit za ortopediju i traumatologiju, ali mu nisu mogli pristupiti jer nisu završili program specijalističkog usavršavanja za ortopediju. Također, neki opći kirurzi su zatražili potvrdu automatskog priznavanja struke u nekim EU zemljama pa naravno da nisu niti ušli u razmatranje da bi bili ortopedi i traumatolozi. Bez objektivnog sagledavanja činjenica problem se ne može riješiti niti nije u redu da se nekome administrativno pokloni medicinska specijalnost samo da bi mogao raditi kao voditelj neke ustrojene jedinice ili provoditi nešto za što do danas nije imao licencu ili možda otici u inozemstvo i pozivati se na „automatsko priznavanje kvalifikacije“. Također, kad razgovaramo o tome ne smijemo zanemariti da je omjer bolesti i traumatologije lokomotornog sustava 65 posto naprama 35 posto u korist bolesti, zatim da se bolesti muskuloskeletalnog sustava mogu konzervativno liječiti uz korištenje ortopedskih pomagala, lijekova i ostalih proizvoda, a tek u 50 posto slučajeva liječenje završava operacijom. Nadalje, jedan od izuzetno važnih segmenata liječenja muskuloskeletalnog sustava je zapravo prevencija, gdje se u početku nastanka bolesti ona može spriječiti. Zanemariti „konzervativnu ortopediju“, dječju ortopediju te ortotiku i protetiku kad raspravljamo o usporedbi i određivanju kompetencija starih i novih, smatramo jednom vrstom ataka na ortopediju kao

struku, koja prema rangiranju bolesti u populaciji ima svoje visoko mjesto potraživanja. Dozvoliti nešto na administrativni način zapravo je stagnacija kompletognog sustava zdravstvene zaštite kada je riječ o prevenciji, dijagnosticanju i liječenju bolesti i ozljeda muskuloskeletalnog sustava ukoliko se ne provodi edukacija već se administrativno pokloni.

Tu su i odrednice EU direktive 2013/55/EU u kojoj se ukazuje na primjenu europskog okvira kvalifikacija (EQF), kroz koju se može dobiti najbolji uvid u kvalifikacije stanovništva u pojedinim državama članicama i koristiti ih se za usporedbu programa edukacije. Na temelju usporedbe programa države članice s EQF-om može se dobiti i Europska strukovna iskaznica te možemo biti vidljivi u dosjeu i na taj se način indirektno ocjenjuje kvaliteta zdravstvene zaštite za pojedinu djelatnost. Stoga je harmonizacija struke, za što se zalaže, izuzetno važna jer će se samo na taj način moći potencirati primjena prava prekogranične zdravstvene zaštite pa se možemo baviti nekom vrstom zdravstvenog turizma.

••• No, što je sa stečenim pravima?

• Jedan je od argumenata općih kirurga traumatologa upravo termin zadržavanje stečenih prava. Međutim, zanemaruje se činjenica da se ovdje radi o stečenim pravima u djelatnosti za koje imaju formalnu izobrazbu (ortopedija ili opća kirurgija itd.), a ne vještina

kako su si neki kolege to protumačili. Možemo to prikazati kroz jedan životni, razumljiv primjer posjedovanja vozačkih dozvola. Primjerice, jedan 17-godišnjak ima vrhunsku vještinu vožnje motora, automobila, kombija ili broda, ali, nažalost, nije prošao edukaciju – prometne znakove, prvu pomoć, vožnju pred komisijom, niti je položio ispit, znači nema licencu za vožnju. Zaustavi li ga policija, mora platiti kaznu, i dobro je ako samo plati kaznu. Tu je i odgovornost roditelja itd.

••• Kako mislite da bi to trebalo riješiti? Koliko mi je poznato, ministar zdravlja je osnovao posebnu radnu grupu koja se bavi tim pitanjem. U kojoj je fazi njihov rad?

- Strukovne organizacije kao što je EFORT te UEMS-ova ortopedска sekacija postavile su u svoje kratkoročne ciljeve harmonizaciju edukacije (programi edukacije, procjena kompetencija, završni ispit i recertifikacija), što je rezultiralo s Europskom edukativnom platformom (EEP). Stoga određivanje programa edukacije, procjene kompetencija, određivanje načina provođenja završnog ispita kao i recertifikacija putem EEP-u rješava suštinski problem i u Hrvatskoj, ako se preuzme takva platforma, a mislim da bi to bilo mudro. Nadalje, potrebno je striktno se držati EU direktiva, definicije struke i formalnih izobrazbi te uspostediti njihove formalne programe.

Što se tiče sazivanja posebnih radnih grupa koje se time bave, nemam službene već samo neslužbene podatke. Međutim, moram primjetiti da Hrvatsko ortopedsko društvo (HOD) HLZ-a do danas nije delegiralo svog predstavnika niti u jednu radnu grupu. To je zasigurno zanimljivo i traži da se zamislimo. S druge strane, HOD ima svoje predstavnike u svim europskim organizacijama i može sudjelovati u njihovom radu te je dijelom i zaslužan

za uradak kao što je EEP za ortopediju i traumatologiju.

Također, od početka moga predsjedavanja HOD je na nekoliko mjeseta upozorio na nelogičnost stanja i na nezadovoljstvo ortopeda, pa i općih kirurga, kao i na sve nepravilnost na koje smo naišli. Od početka smo se zalagali za određivanje kompetencije sadašnjih općih kirurga i općih kirurga sa subspecjalizacijom iz traumatologije u odnosu na liječenje lokomotornog sustava kako bi se izbjegle nesuglasice u svakodnevnoj praksi, što se, nažalost, i dogodilo. Zatim smo željeli da se po bolnicama sistematizira i organizacija ustrojenih jedinica prema djelatnosti ortopedija i traumatologija, što smo iznijeli u javnoj raspravi za Masterplan. Na temelju toga će se moći sklapati ugovori s HZZO-om, što bi racionaliziralo troškove liječenja, omogućilo formiranje liste zdravstvenih ustanova za provođenje specijalističkog usavršavanja, a to bi dovelo do temelja dobre izobrazbe. I na kraju smo predlagali stvaranje razlikovnog programa prema kojem bi se omogućilo stjecanje kompetencija starih specijalista za drugu medicinsku specijalnost. Nažalost, svi ti apeli su bili uzaludni i ignorirani su, a zaobiđen je čak i konstruktivni zaključak sa sastanka u Hrvatskoj liječničkoj komori kada je bilo riječi o načinu provođenja recertifikacije u medicinsku specijalnost ortopedija i traumatologija. Na tom sastanku svi su se sudionici složili da se prema EU direktivi ne mogu provoditi razlikovni programi već se treba krenuti s novom specijalizacijom, pa ako ima elemenata zadržavanja stečenog prava, da se ono zadrži, i to do 50 posto programa specijalizacije. Točno mjesec dana nakon sastanka osniva se nova radna grupa za izradu Pravilnika o stjecanju statusa specijalista ortopedije i traumatologije. Vjerojatno se ide taktikom iscrpljivanja i ugađanja određenim kolegama koji su zapravo ugroženi.

••• Kakvo je uopće stanje u hrvatskom zdravstvu kada su u pitanju specijalisti ortopedije i traumatologije? Iamo li ih dovoljno? Raspisuje li se dovoljno specijalizacija?

• Ovog trenutka u Hrvatskoj je aktivno oko 190 ortopeda sa subspecjalizacijom i bez nje, te oko 45 općih kirurga traumatologa i oko 100 općih kirurga koji se bave traumatologijom i koji nemaju traumatološku subspecjalizaciju. Imamo i 40-ak mladih liječnika na specijalizaciji iz ortopedije i traumatologije. Usporedimo li naše stanje s Austrijom, gdje na osam milijuna stanovnika ima oko 800 specijalista ortopeda i 1200 specijalista traumatologa, to je značajno više nego u Hrvatskoj, i upravo najveći prigorov usmjeren prema nedovoljnom broju liječnika. Pogledamo li standarde liječenja u, primjerice, Austriji, onda dolazimo do zaključka da u Hrvatskoj nedostaje specijalista ortopedije i traumatologije, i da je potrebno raspisati još specijalizacija kako bi se popunile potrebe za specijalistima koji su predviđeni Masterplanom.

Međutim, vrlo je važno da Agencije za kvalitetu zdravstvene zaštite i kategorizaciju bolnica kontroliraju organizaciju i sistematizaciju ustrojenih jedinica za pojedinu medicinsku djelatnost, jer je to prva prepostavka za dobivanje kvalitetne i najučinkovitije zdravstvene zaštite na području ortopedije i traumatologije.

.....

RJEŠENJA SA STR. 33-35

Vježba A:

- 1 a, b, c, e;
- 2 b, c, d, e; 3 a, c, d, e;
- 4 a, b, d, e; 5 a, b, d, e.

Vježba B:

- 1-->11, 21; 3-->5; 4-->3;
- 5-->6, 9; 6-->1, 10, 15, 16; 7 19; 8-->19;
- 9-->8; 10-->17, 23; 11-->27; 15-->10;
- 17-->2, 22; 19-->7, 20; 20-->14;
- 21-->12, 18; 24-->13; 24-->8; 25-->11, 24.

Vježba C:

- 1b, 2c, 3a.
4. Steroidni hormoni (glukokortikoidi i mineralokortikoidi) metaboliziraju se u jetri. Peptidni hormoni (ACTH, insulin i drugi) metaboliziraju se u ciljnim tkivima i u proksimalnom tubulu bubrega. Derivati aminokiselina (T3,T4, katekolamini) metaboliziraju se u jetri.

5. Ortostatsko opterećenje pobudom simpatičkog odgovora uzrokuje povećanje reninemije i aldosteronemije.





Um u zamci između neuralnih i društvenih mreža

Tekst i slike: Andreja Šantek

Doc. dr. sc. Vesna Šendula Jengić, ravnateljica Psihijatrijske bolnice Rab

• „Živimo u društvu promjena gdje postoje uzajamni utjecaji, a i istraživanja su pokazala da na ispodstaničnoj, staničnoj, genomskoj, genetskoj i društvenoj razini postoje uzajamni osnažujući utjecaji, kako negativni tako i pozitivni. Tempo života, ekonomsko stanje, raslojavanje u društvu, sve to doprinosi podvajajući situaciju u kojoj se um nalazi u zamci. Taj pritisak može biti i rizičan jer, iako danas govorimo o neuroplastičnosti i regeneraciji mozga, za to je ipak potrebno vrijeme, prostor i okruženje. Ove se tvrdnje odnose na sve nas, i ne treba o njima govoriti samo u terminima bolesnih osoba“, kaže doc. dr. sc. Vesna Šendula Jengić, ravnateljica Psihijatrijske bolnice Rab u kojoj je krajem rujna održan sad već tradicionalni 5. po redu internacionalni simpozij iz psihijatrije i kognitivne neuroznanosti na temu „Um u zamci između neuralnih i društvenih mreža“.

••• *Koliko utječu na nas Internet, društvene mreže i tehnologija koja svakodnevno napreduje, i to ne samo u medicini?*

• Tehnologija je vrlo moćna stvar koja omogućava širinu i količinu informacija,

prije vremenske i mjesne granice. Međutim, ona u sebi krige jednu opasnost, a to je da brzina informacija onemogućava njihovo procesuiranje, tj. proradu u mozgu, i čovjek im na jedan način podlegne. Bilo bi dobro kad bi to bile pozitivne informacije, one koje služe njegovom zdravlju, dobrobiti, podizanju razina i kvalitete emocija.

Međutim, trend informacija nije „šećite, vaše će srce biti zdravo“ nego je trend „ako ne budete napravili to, dogoditi će vam se to“, tj. riječ je o vjećitoj prijetnji i to je zapravo ona ugroza koja mozak čini prestrašenim. A strah i tjeskoba su temeljna osnova subordiniranosti, podčinjenosti i pasivnosti, što ima za posljedicu ovisnost o moćnijim silama, bez obzira nazivali to tehnologijom, ekonomskim ili socijalnim ili bilo kojom vrstom pritisaka.

••• *Jasno nam je da se ne možemo boriti protiv tehnologije, ali kako se možemo zaštiti od nje i posljedica koje proizlaze iz njenog korištenja, postoji li neki način prevencije?*

• Poslužit će se malom prispoljnom. Kada se u svijetu ovisnosti o drogama dogodi manjak prihoda, tada se paralelno pusti

u opticaj nova količina droge nižoj dobnoj skupini, i to na poklon, dok se ne stvori ovisnost. I ovo zapravo nije ništa drugačije. Mi ne možemo izbjegći informacije, ne možemo nužno kazati da je tehnologija loša (naprotiv, imamo primjer s e-zdravljem) i ako u pozadini nije neki marketinški trik, može itekako pomoći čovjeku. Međutim, kako je velika razlika između ponašati se prema dатој informaciji i, primjerice, dobiti informaciju, osvijestiti njenu korisnost i raspolagati s njom slobodno. Tu mislim da je zapravo najveća zamka. Ono što čovjek zapravo može napraviti jest dati si vremena za neke stvari koje su više svevremenske, za one koje nisu diktirane kratkim, medijskim impulsima i marketingu, jer je to određena vrlo moćna snaga i tehnologija. Primjerice, činjenica je da su milijuni Amerikanaca prihvatali kao istinu da se u Vijetnamu vodio oslobođilački rat za Ameriku. I čudesno je do kuda ide to kreiranje javnog mijenja. Prema tome, protiv toga u ovom trenutku nema lijeka, ali ako se o lijeku može govoriti, onda je to osvještenost. Dakle, kada u ponudi imamo puno proizvoda, moramo biti osvješteni koji je od njih dobar za naše zdravlje, a koji nije.

••• Ovo je peti po redu skup koji organizate u bolnici, a posebno je zanimljivo da se pruža prilika slušati o različitim smjerovima psihijatrije, različitim školama psihoterapije, uspjeli ste pomiriti dosta toga?

- To je multidisciplinarnost koju zagovaramo. Velika opasnost i velika zamka je u svijetu znanosti, pa i kliničke prakse i iskustva i društva u cjelini misliti da znamo sve o svemu i da o svemu možemo odlučivati. Ako to prenesemo, primjerice, u rječnik politike, dolazimo do stanja u kojem je najveća zamka mišljenje „građani su me izabrali i ja znam sve o svemu“. Neautorizirana moć velik je problem svakog pa i našeg društva u Hrvatskoj – svi smo kompetentni za sve. Cilj je našega petog po redu simpozija da se čuju stručnjaci različitih područja, da progovore o istoj temi, da vide koliko se oni razumiju i da prema tome prilagode svoja očekivanja od pacijenata koji ih možda uopće ne razumiju i traže pomoći Google-a. Mislim da je to važno, baš ta različitost, jer se tako razvija dodatan senzibilitet i kritičnost. Druga stvar na kojoj cijelo vrijeme inzistiramo jest da se skup ne organizira u nekom hotelu ili na nekom trećem mjestu, nego u samoj ustanovi u kojoj se liječe naši sugrađani kojima je potrebno naše znanje i pomoći.

••• Jesu li psihijatrijski bolesnici i dalje stigmatizirani?

- Jako. Katastrofalna stvar su bombastična zagovaranja prava tih bolesnika, a s druge strane njihova nevjerojatna diskriminacija i stigma. Moglo bi se o tome pričati na različitim razinama. Primjerice, uzimimo u obzir samo cijenu bolničkog dana za duševne bolesnike i vidjet ćete da je to najmanji iznos od svih kroničnih bolesti. Bolesniku koji ima malignu



Ravnateljica dr. Vesna Šendula Jengić sa studentima koji uređuju terapijske vrtove

bolest koja progredira formalno se povećavaju prava i dostupnost terapijama, a kod psihijatrijskih bolesnika to je obrnuto. Onog časa kada se pacijent iz akutnog stanja dijagnosticira i kada postane kroničan, njegova se prava na novije lijekove u kontekstu bolničkog liječenja, ekonomski gledano, drastično smanjuju. A ako govorimo o bolničkom danu, ona su deseterostruko manja nego u susjednim zemljama. Važno je istaknuti da u ovom trenutku govorimo samo o pravima na liječenje, bez spomena na socijalna i druga prava. Pitanje deinstitucionalizacije kroz transinstitucionalizaciju, pomoći u zajednici, tj. prave socijalne psihijatrije tek treba otvoriti. Da, diskriminacija je nevjerojatna. Budućnost psihijatrije svakako zahtijeva moderniji pristup sa širokom paletom usluga

interdisciplinarnog tima stručnjaka, orijentirana prema tzv. personaliziranoj psihijatriji. Sadašnje preventivne i izvanbolničke programe potrebno je stalno preispitivati i evaluirati da bi se ocijenila njihova kvaliteta i korisnost. Dobivamo li vrijednost u kvaliteti življena, ali i drugim parametrima za novac koji se ulaže?

••• Koliko imate kreveta i kakva je struktura zaposlenih?

- Bolnica ima kapacitet od 480 kreveta, pacijenti su u dobi od 18 do 95 godina, a u ambulantnom tretmanu imamo djecu i adolescente. Dijagnostička paleta je široka: od anksioznih i depresivnih poremećaja, preko ovisnosti sa ili bez pridruženih drugih psihičkih ili somatskih poremećaja, neurodegenerativnih poremećaja, funkcionalnih psihičkih poremećaja, pa do odjela za forenzičku psihijatriju kojih je četiri u Hrvatskoj. Većinom se kod nas liječe pacijenti iz naše regije, Gorskog kotara i Hrvatskog primorja, ali naravno i iz ostalih krajeva Hrvatske. SKZ zaštitu pružamo najviše stanovnicima i gostima otoka Raba i susjednih otoka te priobalja. Ugovorna smo ustanova s HZZO-om. Imamo 247 zaposlenih, što je u odnosu na broj pacijenata, mislim, najmanji broj zaposlenih u kategoriji istovrsnih bolnica, posebno ako uzmemu u obzir da smo na otoku, čime je dostupnost vanjskih servisa ograničena.

Nadalje, Zakon o otocima ne prepoznaje ustanove sekundarne zdravstvene zaštite nego samo primarne, što poslovanje čini vrlo složenim. Ali unatoč tome uspjeli smo proteklih godina, uz maksimalnu štednju i racionala-



Prof. Daniel Winterbottom

O bolnici

Danas se Psihijatrijska bolnica Rab sastoji od dvije službe s pripadajućim odsjecima, četiri odjela, Odsjeka za medicinsku dijagnostiku (LAB, RTG, EKG, EEG, UVZ) i SKZZ, Odsjeka za stručni i istraživački rad, Jedinice za opskrbu lijekovima te pratećih nemedicinskih službi. Bolnica raspolaže s 480 kreveta i zapošljava 247 radnika, od čega je veći broj zdravstvene struke. Pored općih tendencija prema sustavnom i trajnom podizanju kvalitete smještaja i liječenja za psihiatriske bolesnike, od 2004. godine provodi se "Knowledge Investment Programme", tj. program investiranja u znanje i trajno usavršavanje visoko obrazovanih kadrova, kako bi moglo odgovoriti izazovima psihiatriske struke 21. stoljeća. U postojeću organizacijsku i funkcionalnu strukturu u budućnosti će biti potrebbni i novi odsjeci, a u skladu s potrebama populacije.

Psihijatrijska bolnica Rab je, povijesno gledano, kroz svojih 59 godina postojanja, unatoč finansijskim i kadrovskim poteškoćama, sustavno razvijala svoje resurse. S obzirom na brojku od više od stotinu psihiatarata čiju je specijalizaciju financirala vlastitim novcem, ona se može svrstati u rasadnik mlađih stručnjaka, od kojih su mnogi nakon specijalizacije ostajali u većim gradovima i središtima.

lizaciju, biti solventni. Pod ovim okolnostima financiranja stanje neće biti održivo.

... Zahtijevaju li psihiatriskih bolesnici pojačanu skrb?

- Sigurno, i veći broj liječnika i suradnjog kadra po pacijentu. Mi smo, zapravo, sretni što smo uspjeli organizirati službu i što imamo razmjerno dobar profil kadra, koji smo dobri razdjelom sami odškolovali, mislim na više i visoke medicinske sestre, liječnike specijaliste i konzilijarne liječnike, neurologa i specijalizanta internista, s obzirom da smo dislocirani i da psihiatriski bolesnici često zahtijevaju i angažman drugih struka s obzirom na komorbiditet. Ali kao i mnogim drugima, i nama prijeti odljev kadra, jer su uvjeti života doktora specijalista u Hrvatskoj, a posebno na otocima, teški. Otoci ne pružaju mogućnosti kao gradovi, a problem je i što ne postoje rješena neka osnovna pitanja kao što su, primjerice, stambeno zbrinjavanje i visoki troškovi života, što mlade ljudi tjeraju

ne samo s ovog otoka nego i iz zemlje.

... Kako to promjeniti?

- To već ulazi u domenu strategije i politike. Imati ljudske resurse najveći je socijalni kapital svake zajednice. Oni su uvjet za materijalni i kulturni napredak. S jedne strane zagovaramo naseljavanje mesta gdje prijeti depopulacija, a s druge strane ne činimo gotovo ništa da se gravitacija u velike metropole ne događa. Naravno, to nije boljka samo ovog otoka.

... Što bolnica Rab, osim klasične terapije, pruža bolesnicima?

- Provodimo niz aktivnosti koje su komplementarne osnovnoj djelatnosti – dijagnostici, psihoterapiji i farmakoterapijski. Od zanimljivih tehnik u zadnje se vrijeme dosta intenzivno bavimo neurofeedbackom i feedbackom. To su terapijske tehnike kojima

se treningom postižu određena stanja psihičke ravnoteže. Recimo da je to na neki način instrumentima uvjetovana promjena ponašanja za postizanje unutarnje ravnoteže. Radi se uglavnom o mentalnom treningu, primjerice, u ublažavanju anksioznih ataka s vježbama disanja ili pozitivnih misli koje se onda evidentiraju na ekranu drukčijim moždanim valovima. Ova tehnika moguća istovremeno s psihoterapijom a može biti i odličan uvod u psihoterapiju. Nastojimo, nadalje, koristiti blagodati klime i okružja u svakodnevnom radu.

... Je li to način na koji se onda može očekivati i smanjenje doza lijekova koje pacijenti uzimaju?

- Zaista to nastojimo, i to ne samo zato što su lijekovi skupi, što manje ih koristiti i primjenjivati različite vrste terapije prema načelu metode oporavka i maksimalno mogućim individualiziranim pristupom, uvažavajući, naravno, sva ograničenja, kako kadrovska, finansijska itd. To je trend ove bolnice - da se najrazličitijim terapijskim tehnikama postiže dobrobit i poboljšanje stanja, jer očekujemo da znanja, iskustvo s terapijom pa i usvojene socijalne vještine pacijent primijeni po izlasku iz bolnice.

... Ali pretpostavljam da ipak postoje stanja ili bolesti gdje je upotreba lijekova nužna. Pitam to zato što je nedavno vaš kolega psihiatar dr. Torre preko Jutarnjeg lista otvorio pitanje preteranog korištenja psihofarmaka. Kakve posljedice to može izazvati kod pacijenata i u javnosti, posebice u obiteljima i pacijentima bliskom kruugu?

- Istraživanja su pokazala da je postotak uzimanja ukupno propisanih lijekova u medicini između 65 i 70 posto, a kod osoba s duševnim smetnjama oko 55 posto, dakle još manja, a neka istraživanja govore i o 50 posto. Drugim riječima, to znači da 50 posto pacijenata nije suradljivo i da ne uzima propisanu terapiju. Na žalost, češće se to odnosi na one bolesnike koji imaju nešto teže poremećaje. Kao liječnik koji 30 godina radi u praksi ostala sam začuđena ovakvim istupom i isključivošću. U prvom redu zbog toga jer mislim da se pri tom nije mislilo na same bolesnike, jer je poruka medijski odaslana s mesta psihiatra kliničara vjerojatno s kliničkim iskustvom. Imali smo dosta upita naših pacijenata koji su dolazili s tim novinskim isječkom i govorili „Vi nas trujete“. Činjenica je da je jedan od najvećih problema, a o čemu smo slušali i na našoj internacionalnoj školi, stigma i da se pacijent radije ne obrati liječniku nego pati u tišini ili se zna dogoditi u stanjima neizdržive patnje da se

Ravnateljica dr. Vesna Šendula Jengić i fizičar prof. dr. sc. Davor Pavuna

okrene destruktivnosti, bilo prema sebi, na sreću rjeđe prema drugome. Dakle, izbjegavanje stručnjaku ili traženje nekakvih nadriličničkih ili drugačijih pomoći može uzrokovati zastrašujuće posljedice. Ili pak povećanje patnje, a to je u domeni našeg liječničkog poziva stanje o kojem bi se trebalo ozbiljno razmisliti. Vidjela sam nekoliko osvrta koji su se odnosili na kolegu, kojeg inače osobno ne poznam, a jedan od njih je, a s time bih se i osobno složila, predložio neka kolega dođe na neki stručni skup na kojem se o toj tematiki vode stručne rasprave. Sučeljavanje stavova u struci vodi odgovornom i etičnom ponašanju, i dobrobiti bolesnika, zašto to ne učiniti? Sjetimo se one Hortonove izreke: „Trebamo stalno usuglašavati različita viđenja istine, sve do suglasja koje čini najbolje što znamo reći o prirodi i jedni o drugima“. S druge strane, iz njegovih tekstova danu se iščitati i moguća razočaranja najrazličitijim kliničkim istraživanjima. No, njih ima u različitim područjima medicine i teško je o tome donositi sud. Mislim da su čak druge struke i specijalnosti mnogo opterećenje cost-benefitom takvih istraživanja. No, da sam ja na taj način razočarana strukom, sigurna sam da se više time ne bih bavila nego bi se okrenula nekom drugom poslu.

••• U bolnici je posljednje tri godine zaživio i projekt uređenja terapijskih vrtova. Kako je došlo do takve suradnje?

- Radi se o projektu koji nam je ponuđen iz SAD-a i traje već tri godine. Izvode ga studenti krajobrazne arhitekture iz Zagreba i studenti Sveučilišta u Seattleu na čelu s prof. Danielom Winterbottomom, a povremeno se uključuju i studenti s Medicinskog fakulteta u Rijeci. Mi smo na neki način pokazali i na ovom skupu činjenicu da doista živimo u digitalnom dobu i da vizualno nikad nije bilo dominantnije u našoj komunikaciji. Od tuda i potreba za pro-



Prof. Graham Barnes i dr. Vesna Šendula Jengić

cesima kreiranja lijepoga i funkcionalnog. Naša zajednička suradnja ne uključuje samo izgradnju terapijskog vrta već i projekte zajedničkih potreba za područja izvan samog bolničkog zatvorenog prostora u vanjskom prostoru. U tom projektu partnerski sudjeluju stručnjaci krajobrazne arhitekture, studenti i zaposlenici, tj. osoblje i pacijenti. Propituju se potrebe i mogućnosti stvaranja kreativnog vanjskog okruženja. Naime, istraživanja su pokazala da sam bolnički prostor ima donekle negativan učinak na dužinu i ishod svakog liječenja. Dakle, s jedne strane imamo povratak prirodi, a s druge oplemenjivanje okoline na način da odgovara korisnicima i da se oni u njoj osjećaju ugodno.

Ovo je dobar primjer kako treba propitivati sve korisnike, i pacijente i terapeute, u nalaženju najboljih rješenja za korištenje vanjskih prostora. Danas smo prošetali i vidjeli ste da se svi ti prostori svakodnevno koriste. Bilo mi je simpatično kada smo u našem parku postavili dugačku ljučačku, nakon drugog završenog projekta koji su radili studenti, i kada je jedan pacijent kasnio na grupnu tera-

piju s objašnjenjem da je bio na ljučački. I to je izgovorio tako ozbiljnim tonom kao da je bio na najozbiljnijoj terapiji koja postoji. Njemu je ta ljučačka mnogo značila. Ona je sigurna, s vrlo malim amplitudama, bešumna, i u njoj se on osjeća dobro. I mi smo to prihvatali. I ako se sada malo vratimo u neke naše teorije, možda je upravo taj spoj s prirodom i jedan regresivni oblik stvaranja ugode nešto što je njemu pomoglo.

Možda je ta doživljena ugoda otvorila put povjerenja prema nekoj tehnički koju mi primjenjujemo. Naravno, postoji niz različitih mogućnosti za korištenje terapijskog vrta. Zahvalni smo na toj suradnji, u kojoj je najviše entuzijazma, kreativnosti, partnerstva, poštovanja i osnaživanja, a možda najmanje financijskih sredstava.

••• I berba lavande u terapijske svrhe postala je sada već tradicionalna?

- Na zapuštenom polju zasadili smo prije sedam godina 7000 sadnica uglavnom

Mak, rehabilitacijski pas

- Od 2011. godine bolnica je bogatija za posve nov način terapijskog rada s bolesnicima. Naime, Centar za rehabilitaciju Silver iz Zagreba koji školuje pse vodiče, terapijske i rehabilitacijske pse, dodijelio im je prekrasnog i dragog terapijskog psa po imenu Mak, pasmine labrador retriever, u terapijske svrhe.

Svi terapijski psi, pa tako i Mak, prolaze specijalno školovanje kako bi se osposobili da pomažu terapiji. Po završetku školovanja terapijski pas ima više zadaća i može vrlo uspješno utjecati na tijek liječenja. Pomaže osobama s duševnim i intelektualnim poteškoćama, djeluje kao motivator u svakodnevnim životnim aktivnostima, pridonosi boljom socijalizaciji, posporješuje emocionalno socijalni razvoj, razvoj motoričkih sposobnosti i drugo. Psi reagiraju na dodir, smijeh, gestu i pogled te se kraj njih osoba osjeća potrebitno. Poboljšavaju raspoloženje i doprinose osjećaju osobnog zadovoljstva, rušenju barijera bolesti te nesobično nude prijateljstvo, suočenje, bezuvjetno prihvaćanje i pružaju osjećaj sigurnosti. Pas potiče na smijeh i igru, čime se smanjuje nasilno i agresivno ponašanje te se povećava sigurnost u socijalnim odnosima.

Opće je poznato da pas djeluje opuštajuće i smirujuće na ljude te samim time olakšava voditelju terapijskog psa postizanje zadanih ciljeva u radu s pacijentom. Pozitivni učinci terapijskog rada s psom mogući su na senzomotoričkom, misaonom, komunikacijskom, psihosocijalnom i emocionalnom planu.

lavande budrovke, uljne lavande koja ima blagočvoran i opuštajući učinak.

Lavanda je biljka predivnih boja i mirisa, cvate dva puta godišnje. Već u tijeku berbe ili bilo kakve obrade, lavanda otpušta eterična ulja i čovjek se osjeća ugodnije. I ove su se godine pod nazivom "Umjetnost dobrobiti" na zajedničkom poslu branja i pripremanja za sušenje ljubičastih miomirisnih biljaka udružile osobe koje se nalaze na liječenju u bolnici, njezini zaposlenici, prijatelji i gosti otoka te članovi rapske udruge likovnih umjetnika „Uliks“.

Članovi „Uliksa“ svake godine, za vrijeme berbe lavande, svoje dojmove prenose kistom i bojom na platna, a slike koje nastanu inspirirane doživljajem berbe, „uliksovi“ nam poklanjam te one oplemenjuju bolničke prostore.

Berba je završena zajedničkom marenđom i ugodnim druženjem. Imamo i udružu koja prodaje različite predmete izrađene u bolnici, ali izrađevine od lavande finansijski ne mogu pokriti niti repromaterijal.



Rad udruge je volonterski, a podržava se donacijama i na druge načine.

.....

farmakovigilancija

Iz HALMED-a

Dr. sc. Viola Macolić Šarinić, dr. med., spec. kliničke farmakologije i toksikologije

PRAC zaključio ocjenu lijekova Valdoxan i Thymanax (agomelatin)

- Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) donosi nove informacije o sigurnosti primjene lijekova i pregled ostalih novosti iz područja farmakovigilancije.

Povjerenstvo za ocjenu rizika na području farmakovigilancije (PRAC) Europske agencije za lijekove (EMA), u čijem radu aktivno sudjeluju i predstavnici HALMED-a, na sjednici održanoj u rujnu 2014. zaključilo je redovitu procjenu koristi i rizika (Periodičko izvješće o neškodljivosti lijeka ili PSUR) lijekova Valdoxan i Thymanax (agomelatin), dva identična lijeka koja se koriste za liječenje teške depresije u odraslih. Kao dio ove procjene, PRAC je pregledao kumulativne podatke o ozbilnjim oštećenjima jetre povezanim s primjenom lijekova Valdoxan i Thymanax te preporučio daljnje mjere minimizacije rizika, osobito kod ugroženih bolesnika. PRAC je preporučio da se upozorenja o oštećenjima jetre u informa-

cijama o lijeku dopune dodatnim pojašnjenjem da se testovi jetrene funkcije trebaju provoditi prije i redovito tijekom liječenja. Budući da bolesnici od 75 i više godina mogu imati povišen rizik od ozbilnjih oštećenja jetre, a korisni učinci nisu zabilježeni u ovoj skupini bolesnika, PRAC je preporučio da bi sada Valdoxan i Thymanax trebali biti kontraindicirani u bolesnika u dobi od 75 godina i starije. PRAC je preporučio slanje pisma zdravstvenim radnicima kako bi ih se obavijestilo o navedenim promjenama.

PRAC – dvije godine zaštite sigurnosti bolesnika

PRAC je osnovan u srpnju 2012. Godine i tijekom prve dvije godine rada dokazao je svoju središnju ulogu u zaštiti sigurnosti bolesnika.

Važan dio rada PRAC-a odnosi se na ocjenu planova upravljanja rizicima koje tvrtke podnose prije davanja odobrenja za stavljanje lijeka u promet te ocjenu dizajna i rezultata postmarketinških sigurnosnih studija odobrenih lijekova koje se provode kako bi se dobile dodatne informacije o njihovoj sigurnosti. Tijekom prve dvije godine, PRAC je proveo više od 600 ocjena plana upravljanja rizicima i 150 ocjena protokola za postmarketinške sigurnosne studije.

Također, PRAC ocjenjuje Periodička izvješća o neškodljivosti lijeka (PSUR-eve) kako

bi se tijekom životnog ciklusa lijeka, temeljem novih prikupljenih podataka, ponovno procjeno omjer koristi i rizika njegove primjene. Otako je osnovan, PRAC je proveo više od 650 procjena PSUR-a.

Osim toga, PRAC sudjeluje u arbitražnim postupcima koji se pokreću zbog zbrinutosti za sigurnost ili omjer koristi i rizika primjene lijeka ili skupine lijekova. Tijekom proteklih dvije godine, PRAC je započeo 31 arbitražni postupak te izdao 23 preporuke o njihovoj sigurnoj i djelotvornoj primjeni.

Procjena i upravljanje sigurnosnim signalima također je važna farmakovigilancijska funkcija koju obavlja PRAC. Sigurnosni signal je informacija o novim ili poznatim nuspojavama koje su potencijalno izazvane lijekom, što jamči daljnju istragu. U prve dvije godine djelovanja PRAC je obradio 163 signala, a većina ih je rezultirala preporukama za izmjenama informacija za pacijente i zdravstvene djelatnike. Više o novim informacijama o sigurnosti primjene lijekova Valdoxan i Thymanax možete pročitati na internetskim stranicama EMA-e (www.ema.europa.eu).



Agencija za lijekove i medicinske proizvode

Hrvatski udio u europskoj medicini

*Odabrani primjeri
u povodu ulaska RH
u Europsku Uniju*

Stella Fatović-Ferenčić i Marko Pećina
Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti



GEORGII
BAGLIVI
*Medicis, Veteris, in Romano Archibyle, Prof. Societatis Regie
Londinensis, Academ. Imp. Leop. & C. College,*
OPERA OMNIA
MEDICO-PRACTICA,
ET ANATOMICA
ACCEDEDIT
*Traelatus de Vegetatione Lapidum Opus defideratum, nec non
De Terramotu Romano, & Urbium
adacentium Anno 1703.*
LUGDUNI,
Semptibus ANISSON, & JOANNIS POSUEL.
M. DCC. IV.
CUM PRIVILEGIO REGIS.

• Prigodom ulaska Republike Hrvatske u Europsku uniju objavila je članica našeg uredništva s akademikom Markom Pećinom u časopisu Medicinskog fakulteta u Zagrebu „mef.hr“ (vol 32, 2013, broj 1, str. 25) članak koji se osvrće na neke najznačajnije doprinose, proistekle iz naše domovine, europskoj i svjetskoj medicini. Riječ je o onim važnim stečevinama naše medicine koje su postale nezaobilaznom sastavnicom europske medicinske baštine i znanja. Prenosimo taj članak uz odobrenje časopisa „mef.hr“.

Željko Poljak

Najstariji tragovi života zabilježeni na našim prostorima stari su stotinu tisuća godina. **Dragutin Gorjanović Kramberger** je 1899. godine na brdu Hušnjakovo kod Krapine otkrio jednu od najvećih zbirki ostataka pračovjeka. Ova je zbirka uvelike pridonijela rasvjetljavanju ljudske prošlosti sa znanstvenog stajališta i pridonijela razumijevanju evolucije čovjeka.

Okamenjene kosti davnoga ljudskog pretka i njegov način života bili su temelj novom shvaćanju čovjekovog mjesta u prirodi i jedan od najpouzdanijih dokaza evolucije čovjeka. Gorjanović je prvi u svijetu, uz standarne metode, primjenio i radigrافsku analizu kosti pračovjeka te time postao pionirom paleopatoloških istraživanja (1).

Uz vatu u nastambama mlađeg paleolita javljaju se i prvi umjetnički izričaji, od svirala do slikarija i crteža. Primjeri keramike pronađeni u Vučedolu potvrđuju da su tamošnje radionice imale utvrđenu zanatsko artističku koncepciju svoje ornamentike, označavajući početke umjetnosti uopće. Artistički je poriv bio nedvojben početak uljedbe, a ona je uključivala i brigu za zdravlje, pa su na tlu današnje Hrvatske nađeni tragovi ljekarništva i lijечništva iz različitih vremena. Arheološki nalazi medicinskih instrumenata svjedočanstvo su pri-padnosti srednjoeuropskom i mediteranskom

krugu te prožetosti s kulturnim utjecajima iz obližnjih europskih zemalja Primjerice, zbirka rimskih medicinskih instrumenata iz Siska koja sadrži 600 predmeta pripada većim takvim zbirkama u Europi.

Južni Slaveni su s dolaskom u novu domovinu prihvatali elemente medicine ilirsko-rimskih starosjedilaca, a preko dalmatinskih gradova širo se i biznatinski utjecaj. Razina organizacije jadranskih gradova, posebice od 13. stoljeća nadalje, može se iščitati iz članaka naših srednjovjekovnih statuta. Nastajali su na temeljima rimskoga prava, no u njihov su se sadržaj utkali slojevi bizantinskog, franačkog, mletačkog i staroslavenskog utjecaja. Riječ je o jedinstvenim pravnim spomenicima koji između ostalog sadrže i važne higijenske, ekološke i urbanističko komunalne odredbe. Statuti su tako važno svjedočanstvo ranih nastojanja za uljuđenošću na našim prostorima: uređenja odnosa u zajednici, očuvanja reda, imovine i dostojanstva žiteljstva. Komunalna nastojanja sadržana u statutima naših gradova preteče su javnog zdravstva na ovim prostorima, a od kojih su neke po svojoj razrađenosti ispred zemalja srednje europskog kruga (2).

Nakon velike pandemije kuge koja je harala Europom 1348., pojedini su talijanski gradovi uveli prekid trgovine radi zaštite od širenja ove bolesti. Dubrovnik je, međutim, bio prvi grad u svijetu koji je 1377. uveo karantenu bez prekida trgovine.

DI UNA VARIETÀ CUTANEA
LETTERA
DEL DOTTORE STULLI
AL

DIRETTORE DELL'ANTOLOGIA.

Ragnosa, 29 settembre 1826.

Un villaggio dell'isola di Meleda, oggimai abbastanza nota per le innocenti detonazioni, è sede di una varietà cutanea, che si scorge sull'estremità di alcuni de'suoi abitatori, la quale quantunque sia meno strana dei cornetti di Anna Iason, e delle squamme dei fratelli Lambert, merita di aver luogo tra le tante anomalie che accade di osservare sui tessuti organici degli animali.

Undici individui appartenenti a tre famiglie presentano una preternatura, l'organizzazione dell'inviluppo cutaneo delle palme delle mani, della faccia palmare delle dita, delle piante dei piedi, e del tallone; parti del corpo umano, risguardo a cui, la natura, che ne prevedeva l'uso, deviò dall'uniformità della tessitura ch'è propria al resto dell'epidermide, e volle che ivi più densa fosse e più robusta.

La storia di questa anomalia non risale al di là di un mezzo secolo; e perciò per manco di qualunque memoria anteriore a quel'epoca nulla si può congetturare circa il quando ed il come sia apparita in quell'isola, e chi sia stato il ceppo della discendenza che n'è affetta. Certo è che nel corso di questi dieci lustri ella si mostrò

Stullijev rad



Karantena, stoga, predstavlja najveći doprinos Hrvata srednjovjekovnoj svjetskoj zdravstvenoj kulturi (3).

Hrvatska je zemlja s veoma starom tradicijom ljekarništva. Prva ljekarna na našem tlu datira iz 1271. godine u Trogiru. Dubrovačka ljekarna Male braće djelatna je od 1317. godine i to je jedinstveni primjer u svijetu neprekinitog rada ljekarne tijekom sedam stoljeća do danas.

Među ljeknike koji su se svojim dje-lovanjem istaknuli u međunarodnim okvirima ubrajamo **Federika Grisogona Bartolačića** (1472.-1537./8.), potomka starih zadarskih plemičkih obitelji. Na padovanskom je sveučilištu započeo studij prava, početkom 16. stoljeća nastavio studij filozofije, matematike i medicine, stekao doktorat filozofije i medicine te status nastavnika, predajući isprva filozofiju, a potom astronomiju i matematiku.

Za medicinu su važne njegove rasprave o uzrocima i vrstama groznica *De modo Collegiandi, Pronosticandi et Curandi febris: Necnon humana Felicitate ac denique de Fluxu et Refluxu Maris* objavljene 1528. godine. Pripadao je krugu renesansnih misilaca koji su razbijali srednjovjekovnu sliku svijeta i prvi ljeknik iz hrvatske čija su djela tiskana u obliku samostalnih medicinskih i filozofsastroloških knjiga. Spomenuta rasprava prvorazredan je izvornik za proučavanje europske medicinske baštine (4).

Duro Armen Bagli (1668.-1707.) rođen je u Dubrovniku gdje stječe osnovnu humanističku naobrazbu u Isusovačkom kolegiju. Studij medicine odslušao je u Napulju, a diplomirao je u Salernu. Bio je ljeknik pape Inocenta XII. te profesor medicine na rimskom sveučilištu La Sapienza. Njegova blistava aka-

dembska i znanstvena karijera započinje pod mentorstvom glasovitoga ljeknika toga vremena **Marcella Malpighija**.(1628-1694.).

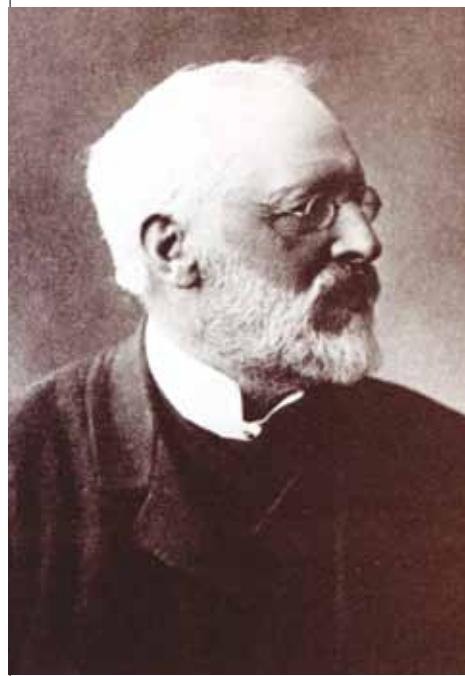
U knjižnici Williama Oslera u Montrealu, Wallerovo zbirci u Karolinskoj knjižnici u Uppsalu i Magliabecchijevu zbircu u Narodnoj knjižnici u Firenzi čuva se obimna korespondencija Baglivija s najuglednijim ljeknicima i intelektualcima njegovog doba. Njegovo djelo *De fibra motrice et morbosa* jedan od najvažnijih događaja u povijesti biostrukturalizma. U nemu je iznesena teorija fibrilarne patologije u stvari preteča čuvenoj Virchowljevoj celularnoj patologiji (5). Mnoge Baglivijeve pretpostavke o radu srca ili patofiziološkim podlogama

bolesti srca, će kasnije naći svoju znanstvenu podlogu.

Uz domaće i velik broj stranih ljeknika dolazi u naše krajeve nastavljajući ovđe svoj stručni i znanstveni rad. Ovom prigodom navesti ćemo svega dvojicu. **Santorio Santorio** (1561. - 1636.), ljeknik, izumitelj termometra koji je bio rodom iz Kopra, ali je u razdoblju od 1587. - 1599. boravio u Hrvatskoj kao ljeknik u službi grofa Zrinskog. Ovdje je konstruirao prvi anemometar i poseban uređaj za mjerjenje jačine vodene struje. Bio je predstavnik i jatrotfizike i proslavio se djelom "De medicina statica", a uz termometar je izumio i poseban vlagomjer, pulsilogij (spravu za mjerjenje frekvencije bila) te kateter za ekstrakciju mokraćnih kamenaca. Drugi u nizu poznatih ljeknika koji djeluje na našem tlu bio je Portugalac **Amatus Lusitanus** (1511.-1568.) poznat po monumentalnom dijelu *Curationium, medicinalium centuriae septem* u kojem opisuje i 100 slučajeva iz svoje prakse u Dubrovniku.

Tijekom 18. stoljeća postupno se usvajaju spoznaje vezane uz vakcinaciju. Jedan od najznačajnijih pobornika ove metode je u nas Dubrovačanin **Luko Stulić** (Luka Stulli) (1772.-1828.) - dubrovački ljeknik, filozof i pjesnik koji je ušao u svjetske udžbenike po svom opisu palmo plantarne keratoze - eponimski Mljetske bolesti (*Mal de meleda*). Opisao ju je u časopisu *Antologia* 1826., pod nazivom *Di una varieta cutanea*. Ovaj opis bolesti koja se još uvijek istražuje postao je međunarodni klasik dermatološke literature (6).

Tijekom 19. stoljeća kemija za medicinu postaje područje od središnje važnosti. Upravo će njen sveprožimajući razvoj dovesti do ključnih odgovora vezanih uz etiologiju, profilaksu i terapiju zaraznih bolesti – ono-



Gjuro Catti iz Rijeke, prvi hrvatski otolaringolog

vremenih dominantnih zdravstvenih problema. Znatno prije Igaca Philippa Semmelweisa dakle u vrijeme kada još nisu bili razjašnjeni pojmovi asepsa i antisepsa lječnik **Ivan Halter** (1793.- 1857) prvi daje upute o klornom vapnu kao dezinfekcijskom sredstvu u veterini, a **Antun Drobac** (1810.- 1882.) također lječnik otkriva insekticidno djelovanje buhača čime ulazi u svjetsku povijest agronomije i farmacije (7).

Početak 19. stoljeća obilježen je i pokušajima za utemeljenje medicinskog učilišta. Jedan od njih bio je onaj **Rudolfa Lamprecht-a** – lječnika, vojnog ranarnika (1781.- 1860). koji je 1812. otvorio u Zagrebu prvu privatnu kiruršku školu. Bio je načelnik zagrebačke Vojne bolnice, a tijekom 1814.- 1819. radio je kao profesor na primaljskoj školi u Trstu. Po dolasku u Padovu obnašao je dužnost predstojnika Opstetričke klinike. U razdoblju 1839.- 40. bio je rektor sveučilišta u Padovi, a u razdoblju 1851.-58. vršio je dužnost dekana Medicinskog fakulteta. Njegovo najznačajnije djelo je primaljski udžbenik *Manuale di ostetricia teorica e pratica e le alunne levatrici*, 1837.-40. (8).

Antun Grošić,
alias Antonio
Grossich, rječki
iredentist



Na našim je prostorima, točnije u Vinkovcima, rođen i **Carl Heitzmann** (1836. - 1896.), anatom, histolog, biolog, patolog, dermatolog i ilustrator medicinskih djela. Studirao je u Pešti i Beču, gdje je i diplomirao 1859. godine. Osobito je znakovit njegov rad o kostima i hrskavicama u kojem prvi, prije G. Hayema kojem se pripisuje prioritet, opisuje hematoblaste. Posebno svjetsko priznanje pripada njegovim izvrsnim medicinskim ilustracijama. Ilustriroao je uz Elfingeru i svog brata Julija, Hebrin dermatološki atlas, s Elfingerom Tuerkov laringološki atlas i Heider - Wedlov odontološki atlas. Godine 1861. tiskan je Wedlov atlas patološke histologije oka s Heitzmannovim ilustracijama, 1865. Politzer izdaje otoskopski atlas s 24 Heitzmannove kromolitografiранe slike bubnjića, a izradio je i 76 kromolitografiранih tabla za Kaposijevu djelu o sifilisu kože i sluznicama. Među najznačajnija njegova djela ubrajamo



Dragutin Gorjanović Kramberger

mikroskopsku morfologiju životinjskog tijela koje sadrži 380 slika i anatomske slike sa preko 600 slika koji je doživio više izdanja, a priređen je i na engleskom i talijanskom jeziku. Godine 1874. napušta Austriju i počinje raditi u New Yorku, gdje je osnovao patološki laboratorij i bavio se liječenjem kožnih bolesti (9).

U procesu osamostaljivanja specijalističkih grana prednjačile su, krajem 19. i početkom 20. stoljeća, kirurške specijalnosti. Hrvatski kirurzi prvi u svijetu uvode preoperativnu dezinfekciju operativnog područja jednom tinkturom po čemu je u svjetsku literaturu ušao **Antun Grošić** (1849.-1926.); konstruiraju instrumente poput onog **Gjure Catti-a** (1849.-1923.) - laringologa i primarnog lječnik Gradske bolnice u Rijeci, osmišljenog u vidu prstenaste kirete za odstranjenje adenoidnih vegetacija kroz usta koja je danas općenito prihvaćena –nažalost ne pod njegovim imenom. Vješt i inventivan kirurg bio je i **Dragutin (Karl) Schwarz** (1868.-1917.) koji na želucu adhezijama stisnutom poput pješčane ure, u siječnju 1896. izvodi drugu gastroanastomozu u svijetu. Kod tog kazusa inauguirao je također svoju vlastitu metodu »nekrvave gastrolize« tj. raskidanje želučanih adhezija napuhavanjem želulice aplikacijom otopine vinske kiseline i sode bikarbune. Kod ožiljne stenoze pilorusa rabio je gastroenterostomiju, ponajviše Wolflerovu modifikaciju pričvršćujući proksimalno crijevo vertikalno na želudac.

Prvi je 1899. u medicinskoj literaturi opisao penetrirajući čir želulice u jetru, kojom prilikom je predložio kasnije opće prihvaćen naziv »ulcus penetrans« te koncept bez kiseline nema vrijeda (10). U konstruiranju originalne metode liječenja okrajina i vanjskog fiksatora posebno se istaknuo **Vatroslav Florschütz**

(1879. - 1976.) koji je postao poznat po ekstenzijskoj konstrukciji za reposiciju koštanih ulomaka pri prijelomu gornjih i donjih okrajina tzv. Florschützova okvira iz 1911. godine. Nakon što je metodu osmislio i primijenio je preuzeeli su je i ostali kirurzi, pa i oni na suprotnoj strani bojišnice, na Solunskoj fronti, tijekom I. svjetskog rata (11).

Dvadesete je stoljeće donjelo snažniji zamah znanosti i prakse tim više što je 1917. godine napokon utemeljen Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Mnogi su se zagrebački studenti istaknuli kasnije svojim znanstvenim istraživanjima i u međunarodnim okvirima. Jedan od njih je i **Vladimir Sertić** (1901.-1983.) koji je otkrio bakteriofage. Njegov rad *Untersuchungen über einen Lysinzenomen bildenden Bakteriophagen* objavljen 1929. g. ubrajamo među važne radove nastale u našoj sredini, koji se citiraju u svjetskoj literaturi kao otkriće bakteriofaga sposobnih da izazovu lizu inkapsuliranih vrsta *E. Coli* (12).

Preventivna djelatnost kao zajedništvo preventivnih kurativnih i socijalno medicinskih pristupa zaštiti zdravlja stanovništva temeljno su obilježje po kojima je Hrvatska postala poznata u svijetu. U razdoblju između dvaju svjetskih ratova završen je originalan model organizacije zdravstvene zaštite koji obuhvaća mrežu zdravstvenih stanica, domova zdravlja, Bakterioiški zavod, te Higijenski zavod sa Školom narodnog zdravlja. Taj je model u razdoblju 1945.-1990. bio prototip za razvoj primarne zdravstvene zaštite. Pioniri socijalne medicine na čelu s Andrijom Štamparom (1888.-1958.) sudjeluju u sklopu međunarodne suradnje na pitanjima unaprijeđenja i zaštite zdravlja, odigravši vodeću ulogu u osnutku i razvoju SZO, UNICEFA itd., a niz naših medicin-

skih preventivnih ustanova dobiva status suradnih ustanova SZO (13). Od 1950. do 1960. postavljeni su temelji suvremenih biomedicinskih istraživanja iz područja eksperimentalne onkologije, hematologije, imunologije, radiobiologije, eksperimentalne endokrinologije, neurofarmakologije, toksikologije, fiziologije, mikrobiologije, virusologije i vakcinologije.

Postignuća koja su odjeknula u međunarodnoj javnosti su ponajprije istraživanje embrionalnog razvoja sisavaca (**Nikola Škreb**) i teratokarcinoma embrionalnog podrijetla. Na području eksperimentalne onkologije zabilježeni su rezultati na području istraživanju imunoterapije i kemoterapije tumora, uključujući istraživanje faktora rasta i onkogena. Na području pedijatrije prvi put je u literaturi opisan sindrom juvenilne hijaline fibromatoze –mezenhimne displazije –koja je ušla u svjetsku literaturu kao sindrom Puretić (1962.g.)

Tim naših stručnjaka prvi je u svijetu 1962.g. izveo transnazalnu radiohipofizektomiju, a 1963. su među prvima u svijetu izveli radiokiruršku paranasalnu radiohipofizektomiju (**A.Šcerer, I. Padovan, Š. Spaventi, Jelena Krmpotić-Nemanić**). S tim je povezan i početak proizvodnje kliničke primjene kartkoživućih ciklotronskih radioizotopa, među prvima u Europi. Opisana je i nova dijagnostička metoda : selektivna scintigrafska limfografija testisa (1974.g.)

Sedamdesetih i osamdesetih godina u neuroznanostima se osobito ističu neuroanatomska, histološka i funkcionalna istraživanja živčanog sustava. Iz zagrebačke medicinske škole potekli su vodeći svjetski endokrinolozi , koji su pridonijeli poznavanju neuroendokri-

nologije, bolesti hipofize i štitnjače te šećerne bolesti.

U Klinici za zarazne bolesti prvi put u svijetu su opisani: prirodna infekcija središnjega živčanog sustava virusom Bhanja, zatim Epertythrozoona te infekcija Grahamellom.

Godine 1992. Svjetska zdravstvena organizacija prihvatala je zagrebački postupak imunizacije protiv bjesnoće kao što je svjetsko priznanje polučilo i cjepivo protiv morbila i niz drugih.

Od hematoloških istraživanja svjetsko su priznane polučile originalne klasifikacije limfosarkoma i limfosarkomatoze, kronične limfatičke leukemije.

Hrvatski model otkrivanja i liječenja dijabetesa opće je prihvaćen u svijetu isto kao i model jodiranja kuhiške soli i sprečavanje gušavosti.

Ovaj kratak i prostorno limitiran tekst tek je ilustracija i podsjetnik na ona vrijedna postignuća kojima se naša zemlja priključuje europskom fondu znanja i vještina sa područja medicine. Naš osvrt nije iscrpan, konačan niti sintetički koncipiran, no smatramo da i u ovom obliku može poslužiti kao polazište i orijentir onima koji su tek na pragu ulaska u medicinsku praksu. Nadamo se da će i oni jednog dana činiti vrijednu sastavnicu međunarodnih medicinskih stечevina, baš kao što to čine i današnji aktivni znanstvenici i liječnici u Hrvatskoj ili potekli iz Hrvatske, koji postižu svjetski zapužene rezultate pridonoseći bogatom kulturnom i znanstvenom mirazu koji Hrvatska unosi u Europsku uniju.

Literatura

1. Radovčić J. Gorjanović-Kramberger i krapinski pračovjak. Zagreb: HPM i Školska knjiga, 1988.
2. Bakić J., Fatović-Ferenčić S. Odabrani primjeri srednjovjekovnih statuta kao preteča javnozdravstvene uređenosti u široj splitskoj regiji, u: Fatović-Ferenčić S. (ur) 90 godina u službi zdravlja. Od Higijenskog zavoda u Splitu do Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije, 2012. str. 23-32.
3. Grmek MD. Pojam infekcije u starom i srednjem vijeku, drevne socijalne mjere protiv zaraznih bolesti i osnivanje prve karantene u Dubrovniku (1377). Rad JAZU (knjiga 384) Zagreb:JAZU 1980., str 9-55.
4. Belićza B. Federik Grisogono Bartolačić i njegove rasprave o uzrocima i vrstama groznica. U: Kesić B, Belićza B. (ur). Rasprave i građa za povijest znanosti, knjiga 6. Zagreb :JAZU 1990.
5. Zurak N. Nervous system in the fibrillar theory of Giorgio Baglivi.Med.Secoli 2000; 147-58.
6. Fatović-Ferenčić S. Luca Stulli (1772-1828) U: Loser C, Plewig G, Burgdorf W.H.C. (ur.), Pantheon of Dermatology. Berlin - Heidelberg: Springer 2013. str. 1061-1064.
7. Grdinčić V. Ilustrirana povijest hrvatskoga liječništva : liječništvo na tlu Hrvatske : dokazi. Zagreb : Hrvatsko farmaceutsko društvo i Nakladni zavod Matice hrvatske, 1997.
8. Čepulić V. Kirurška škola u Zagrebu g. 1812 i ličnost njezina osnivača Rudolfa Lamprechta.Liječ Vjesn 1942; 64: 434-9. 5.
9. Fatović-Ferenčić S. Carl Heitzmann (1836-1896) U: C. Loser, G. Plewig, W.H.C. Burgdorf (ur.), Pantheon of Dermatology. Berlin - Heidelberg: Springer, 2013. str. 463 - 467.
10. Fatović-Ferenčić S, Banfi M. No acid no ulcer: Dragutin (Carl) Schwarz (1868 - 1917), the man ahead of his time. Digestive Diseases, 2011; 29: 507-10.
11. Fatović-Ferenčić S, Pećina M. Iz Florschutzova okvira Kirurg Vatroslav Florschütz (1879-1967) rječu i slikom. Zagreb/ Osijek: HAZU, KBC, Osijek, 2011.
12. Sertić V, Bulgakov N. Classification et identification des typhi-phages, CR. Soc Biol 1935; 119 :1270-72.
13. Dugac Ž, Fatović-Ferenčić S, Kovačić L, Kovačević T. The care for health cannot be limited to one country or one town only, it must extend to the entire world: the role of Andrija Štampar in the building of the World Health Organization. Croatian Medical Journal 2008; 49: 697-708.



Fotografija
dr. Marine De Zan,
liječnice obiteljske
medicine,
koja je bila je
izložena na
međunarodnoj
profesionalnoj
izložbi „Adriatic
Artists – The Best“
u Tivtu (Crna Gora).
Autoricu smo
već predstavili
s njezinim
fotografijama
u prosinacu
broju Liječničkih
novina (br. 125, str.
80-81 i 98).

Hinko Freund

- utemeljitelj moderne hrvatske logopedije

(Vukovar, 23.11.1896. – Milwaukee/Wisconsin/SAD 19. 6.1982.)

Piše Ivica Vučak

- U hrvatskoj medicinskoj povjesnici poznate su rasprava o micanju „Sul Tartaglia-re“ koju je 1827. objavio Dubrovčanin dr. **Luka Stulić** (1772. – 1828.) u Firenzi, inauguralna disertacija „Dissertatio inauguralis medica de vitiis loquela“ koju je na 1847. u Beču obranio **Josip Maurović** rođen u Gorici u Istri 1816. godine te knjižica „Micanje“ tiskana 1895. u Zagrebu u kojoj je sadržan tekst predavanja dr. **Hinka Lehnera** (1871. – 1917.) pred članovima Zbora liječnika 28. listopada 1895. Značajno je djelo **Josipa Medveda** (1859. – 1932.), učitelja i voditelja Zavoda za odgoj gluhanijeme djece u Zagrebu otvorenoga 1891.

No, titulu utemeljitelja moderne hrvatske logopedije zasluzeno nosi dr. **Hinko Freund**. Logoped, fonijatar i neuropsihijatar jer je, radeći kao specijalist za mane govora i glasa u ambulatoriju Otorinolaringološke klinike u Zagrebu, Državnoj srednjoškolskoj poliklinici, Gradskom školskom ambulatoriju te u vlastitoj liječničkoj ordinaciji, postavio znanstvene temelje i dao smjernice za organizaciju logopedskog rada u Hrvatskoj. U prvom svesku "Bibliografije medicinske literature i graničnih područja u izdanjima Zbora liječnika" (1876. – 1937.) objavljenom u Zagrebu 1938. priredivač prof. dr. **Vladimir Čepulić** (1891. – 1964.), predsjednik Zbora, pobrojao je u odsječku "Mane govora" 19 priloga sedmorice autora, od kojih je dr. Freund napisao njih 9.

Obitelj i školovanje

Drugome od trojice sinova rođenom u Vukovaru 23. studenoga 1896. dali su Fanny rođ. Steiner i Leopold H. Freund, trgovac u Vukovaru, ime Heinrich. Otac Leopold postao je 1896. vlasnikom tiskare (u zgradи nekadašnje

Mavre Sternu, poklonio 100 Kruna za "Alliance israélite universelle" utemeljene u Parizu 1860. za dobrobit Židova na Orijentu.

Poslušao je rabinov prijedlog te pod geslom "Blago onomu, koji razumije pomoći siromahu" 22. ožujka 1899., u prigodi smrti dr. Salamona Bauma, poklonio 150 K Fondu namijenjenom za pomoći siromašnim građanima Vukovara, ne samo Židovima. Pored ostalih društvenih funkcija u gradu Vukovaru, knjižar Leopold H. Freund bio je i član utemeljitelj Društva za podupiranje siromašnih učenika i učenica kr. realne gimnazije u Vukovaru. I kasnije je iskazivao solidarnost sa sugrađanima. Na ime dobrovoljnog "Narodnog poreza" za potporu "Narodnemu Vijeću SHS" u Vukovaru je do 20.11.1918 prikupljeno ukupno 334.385 K, a Leopold H. Freund poklonilo je 1.000 K. Prema objavljenom „Iskazu darova za braću u Srbiji početkom 1919. dao je 100 K.

Sudjelovao je i u akciji podizanja Skloništa za ratnu siročad u Vukovaru koje se po otvorenju 2. ožujka 1919. skrbilo za 70 siročadi.

Kamen temeljac položila je javna pučka skupština Vukovaraca 14. 10. 1917., a Leopold Freund dao je 200 K te potpisao obvezu mjesecnog priloga po 5 K. U veljači 1920. pružio je prilogom od 150 K potporu akciji "Za uboški dom" u Vukovaru.

Nakon završene izraelitičke pučke škole Hinko Freund je i realnu gimnaziju zavr-



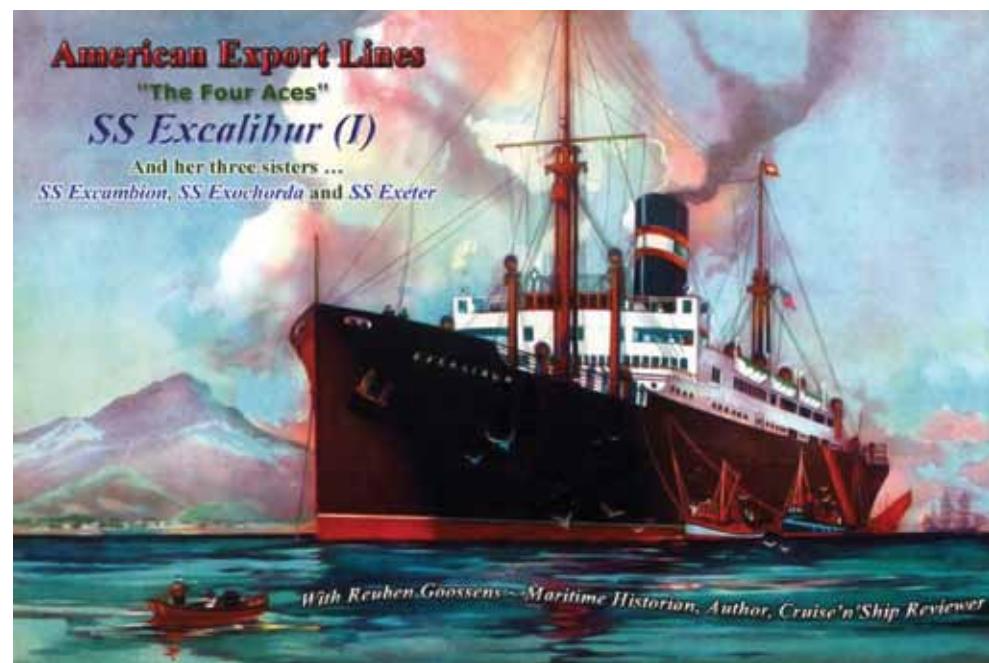
Hinko Freund (stoji lijevo) na osnivanju SFA, Bahami 1957.

šio u rodnome Vukovaru. Zbog mucanja koje ga je mučilo još od ranog djetinjstva roditelji su ga vodili k različitim liječnicima. Tri puta je još u predškolskoj dobi liječen po metodi berlinskog stručnjaka **Hermana Gutzmanna** (1865. – 1922.) i to pod nadzorom laika. I tijekom pučke škole i gimnazije tri puta je odlazio u Beč poznatom fonetičaru dr. **Hugu Sternu** (1877. – 1941.), no stanje se nije popravilo, nego se pogoršalo. Usprkos izostajanju iz škole, bio je odlikaš. Školske godine 1911/1912., u 5. razredu, upisan je kao privatist i ostao neispitan, vjerojatno zbog izostanka uzrokovanih bolesću. Sudjelovao je i u radu đačkog literarno-glazbenoga kluba "Zora" te "krasno otpjevalo Menčetićevu pjesmu "Zač skrivaš obraz svoj..." uz pratnju tamburaškog zobra.

Prije početka nastave školske godine 1914/1915. školska je zgrada morala biti ispravnjena zbog izbijanja rata. Upotrijebljena je kao konjačište za vojnike na povratku od Zemuna ili odlasku na sjeverno ratište, a zatim je služila samo kao oporavilište ranjenika te poslije i kao bolnica Crvenoga križa. Nekoliko nastavnika, ali i nekoliko učenika, pozvani su u vojsku. Freund je i ispit zrelosti položio 2. srpnja 1915. "odlikom" te se prema "Izvještaju realne gimnazije u Vukovaru" izjasnio za studij filozofije i literature. Iz njegove su generacije studij medicine završili Josip Paleček i Ladislav Čmelik.

Od zimskog semestra 1915/1916. do kraja ljetnog semestra 1916. upisan je pod imenom Heinrich Freund u Beču, no studirao je medicinu. (U Arhivu Sveučilišta u Beču upisano je da je rođen 23. studenoga 1892.). Stanovao je u Stephaniestraße 2/20 u 2. bečkom okrugu. Razlog prekidu studija mogao je biti rat ili bolest. No pri ponovnom upisu postoji podatak da je u međuvremenu bio upisan na Medicinskom fakultetu zagrebačkog sveučilišta Zagrebu, otvorenome 1918. godine. Ponovo je od zimskog semestra 1920/1921. do zimskog 1922/1923. upisan u Beču.

Tijekom svoga drugog boravka u Beču stanovao je u Neustiftgasse 32 (7. okrug) te Mariannengasse 13/5 (9. okrug). Odabir te adrese vjerojatno nije slučaj jer je od 1895. u kući Mariannengasse bilo sjedište Laringološkog centra. Tijekom studija Freund se podvrgnuo terapiji kod dr. Emila Fröschelsa (1884. – 1972.), što je omogućilo poboljšanje mucanja, ali nažalost tek kratkotrajno i prolazno. Sva tri stroga ispita položio je u Beču, prvi 31. svibnja 1920. s ocjenom „odlično“, a preostala dva s ocjenom „zadovoljavajuće“ položio je 27. lipnja 1923. i 12. lipnja 1924. Završio je studij 23. srpnja 1923. premda je i u sljedećem semestru slušao neka predavanja. Po završenom studiju obratio se, zbog mucanja, i dr. **Theodoru Hoepfneru**, ali je nakon 10 tjedana prekinuo terapiju



Brod kojim je Freund 1930. stigao u New York

je nije bilo poboljšanja. Promoviran je u Beču 27. lipnja 1924.

Zagrebačko razdoblje i osnutak logopedije

Po povratku u Zagreb Freund je mogao susresti dr. Josipa Palečeka, svoga suučenika u gimnaziji, koji je poslije promocije došao u Zagreb i specijalizirao kirurgiju.

Radi edukacije Freund se vratio u Beč i tamo proveo dio specijalizacije kod dr. Fröschelsa koji je 1924. utemeljio Međunarodno udruženje za logopediju i fonijatriju i godinama mu predsjedao, a 24. rujna 1927. postao sveučilišni profesor u Beču. Godine 1931. i 1932. Freund je na poslijediplomskom usavršavanju u Berlinu. Predavanje "Das Stottern im Lichte moderner Seelenforschung", koje je održao u Berlinu, objavio je i u časopisu "Zeitschrift für Kinderforschung" 1932. Članak "Stottern und Silbenkoordination" objavljen je u broju od 16. rujna 1933. u časopisu "Wiener medizinische Wochenschrift" (potpisani je Hinko Freund, a rad je izrađen u Ambulanti za logopediju, voditelj E. Fröschels) Klinike za bolesti uha, grla i nosa (predstojnik prof. dr. H. Neumann).

Od studenoga 1932. do 1935. Freund je predstojnik Ambulante za mane govora na ORL klinici na Šalati u Zagrebu koju je od 1929. vodio prof. dr. **Ante Šercer** (1896. – 1968.). Na osnivačkoj skupštini Udruženja održanoj u prosincu 1932. u Zagrebu Freund je održao predavanje "O važnosti logopedije u okviru zdravstvene pedagogije".

U "Liječničkom vjesniku" objavio je dr. Hinko Freund 1933. članak "O mucanju", a iste godine u "Medicinskom pregledu" objavljen članak "Terapija mucanja". Tako se u hrvatskoj medicinskoj bibliografiji pojavio drugi liječnik istog imena i prezimena. Naime, pola stoljeća prije bio je dr. Hinko Freund, kupališni liječnik u mjestu Harkány (izvor termalne vode bogate sumporom otkriveni 1823.) član Društva slavonskih liječnika utemeljenoga 1874. u Osijeku.

Njegovo predavanje "Sistematika rudnih vrela" objavljeno je u Glasniku društva slavonskih liječnika 1878. U "Imeniku svega zdravstvenog osoblja u području kr. hrv-slav-dalm vlade" objavljenom potkraj 1880. Bio je među 9 liječnika u Osijeku i dr. Hinko Freund. Kasnije je 1881. u osječkom listu "Die Drau" u dva nastavka objavio opis kupališta Topusko. Za sada ostaje nerazjašnjena povezanost njih dvojice.

U rujnu 1934. Freund je počeo raditi u Državnoj poliklinici za srednjoškolce, a iste godine otvorio u Zagrebu u Boškovićevoj ulici vlastitu liječničku ordinaciju u kojoj je radio kao specijalist za mane govora i glasa. U Društvu za psihičku higijenu održao je u prosincu 1934. predavanje "O neurotskim smetnjama govora", koje je objavio i u "Glasu nedužnih", listu u kojem će se sljedećih godina javljati vrlo često. Pisao je o razvoju logopedije i fonijatrije u Danskoj, o stanju logopedetskog pokreta u Sovjetskom Savezu, Mađarskoj, Francuskoj.

Godine 1935. namješten kao logoped u Gradskoj školskoj ambulanti. Opisao je u "Glasu nedužnih" "tijek 5. Kongresa "Njemačkog udruženja za logopediju i fonijatriju" na



Razglednica koju je 1899. tiskao Freundov otac Leopold

kojem je i sam sudjelovao. Sudjelovao je i na 6. Kongresu Međunarodnog udruženja za logopediju i fonijatriju (IALP) u Budimpešti 5. – 7. rujna 1934., a ne u Berlinu kao što je bio pretvodno dogovoren u Beču 1932., u znak protesta protiv rasnih zakona Hitlerovog režima. Na 7. Kongresu u Kopenhagenu, Danska, održao je 10. – 12. kolovoza 1936. održao predavanje "Pathopsychologisches zum Stotterproblem" i o tijeku kongresa izvjestio u "Glasu nedužnih". U želji da informira domaću javnost o novostima u logopediji Freund se osvrnuo na predavanje koje je na sastanku Fonetskog društva u Budimpešti održao prof. dr. Fröschels.

Na sastanku Neurološko-psihijatrijske sekcije Zbora lječnika u Zagrebu 9. veljače 1938. održao je predavanje "Odnos nauke o smetnjama govora i glasa prema neurologiji i psihijatriji". Sljedeće 1939. godine tekst toga predavanja objavio je u "Lječničkom vjesniku", a u nadnaslovu stajalo je „iz sveučilišne neurološko-psihijatrijske klinike u Zagrebu“ kojoj je predstojnik bio prof. dr. Radoslav Lopašić (1896. – 1979).

Zabrinut općim stanjem u državi i svijetu, Freund je 1939. zatvorio svoju lječnicu ordinaciju i u svojoj 43. godini emigrirao iz Jugoslavije. Parobrodom "Excalibur" oputovao je preko Atlantika i 1. siječnja 1940. iskrcao se na otoku Ellis u New Yorku. Među autorima koji su u godini 1940. objavili tekstove u "Lječničkom vjesniku" spominje se triput Freundovo ime.

Život i rad u Americi

Oputovao je u Ameriku slijedeći primjer prof. Fröschelsa, kojem je nakon nacističkog "priključenja" Austrije 1938. oduzeto pravo predavanja na Sveučilištu pa je 1939. emigrirao u Ameriku. Tamo je dobio mjestu u Središnjem institutu za gluhe na Sveučilištu Washington u St. Louisu. Preselio je u New York, u kojem je 1947. utemeljio New York Society of Speech and Voice Therapy. Postao je i članom uredništva časopisa "Folia Phoniatrica" pokrenutoga 1947. u Baselu u Švicarskoj. I Freundov kolega

i Fröschelov bliski suradnik te tajnik IALP-a dr. **Deso Arthur Weiss** (1901. – 1971.) emigrirao je u Ameriku. Najprije je nekoliko godina predaje na Sveučilištu u Havani na Kubi, a zatim se preselio u New York.

Freund je američko razdoblje svoga života započeo radeći od 1941. kao neuropsihijatar u bolnici Rochester State Hospital u New Yorku (do 1. srpnja 1891. djelovala je pod nazivom Monroe County Insane Asylum). U tom se razdoblju zbog stresa izazvanog boravkom u novoj sredini pogoršalo njegovo mucanje.

Nakon ispitova položenog 15.-17. svibnja 1947. u Filadelfiji, država Pensilvanijska, Freund (1600 South Av, Rochester 7, NY) se našao na popisu lječnika koji su dobili odobrenje za rad od Američkog odbora za psihijatriju i neurologiju.

U časopisu "Folia Phoniatrica" Freund je 1952. objavio članak "Studies in the interrelationship between stuttering and cluttering". Uz ime autora stajala je adresa Rochester, N. Y. Taj je časopis, a među njegovim urednicima bio je prof. dr. E. Fröschels, tada već u New Yorku. Godine 1952. postao je klinički član American Speech and Hearing Association a od 1954. Glavni je psihijatar na Mental Hygiene Clinic u Milwaukeeju u saveznoj državi Wisconsin.

Prof. **E. Fröschelsu**, koji je IALP vodio do 1953., uredništvo časopisa "Folia Phoniatrica" čestito je njegov 70. rođendan u broju 3 za godinu 1955. Uz fotografiju je objavilo i njegovu opsežnu bibliografiju, a prikupilo je i članke koje su njegovi suradnici posvetili svome učitelju. Prvi je, u istom broju, bio objavljen Freundov članak o odnosu psihoza i mucanja. To je bio tekst njegova predavanja održanog 1954. pred članovima New York Society of Speech and Voice Therapy. Budući da je ustanova u kojoj je radio pripadala Regionalnom uredu Veteranske uprave (Veterans Administration Regional Office, Milwaukee, Wisconsin), prije objavljivanja rad je bio službeno pregledan i odobreno mu je objavljivanje uz ogragu da izneseni stavovi predstavljaju mišljenje autora no ne i nužno Veteranske uprave. U sljedećem su broju objavljeni članci dr. D. A. Weissa "The psychological Relations to One's own Voice", Charlesa Van Rippera (1905. – 1994.) i "The Role of Reassurance in Stuttering" također posvećeni jubileju velikana logopedije.

O rezultatima četverogodišnjeg promatravanja (1950. – 1953.) u Državnoj bolnici, kojim je pokazao kako je nalazio mucanje u bolesnika s organskim poremećajima, Freund je 1955. predavao u New Yorku te pisao u "Journal of Nervous and Mental Diseases".

Surađivao je s Van Ripperom i **Malcolmom H. Fraserom** (1903. – 1994.) na konferenciji održanoj 1957. na Bahamima na kojoj je

utemeljena Stuttering Foundation of America. Tekst Freundova predavanja "Psychopathology and the problem of Stuttering" održanog 1961. postalo je jezgra knjige koju je pod tim naslovom i s a predgovorom Van Rippera objavio 1966. a posvetio ju je suprugi Elli.

Dvobroj 4-5 za godinu 1970. časopisa "Folia Phoniatrica" posvetilo je uredništvo 70. rođendanu dr. D. A. Weisa. U njemu je Freundov članak "Observations on Tachylalia". Zanimljivo je kako su autori drugih priloga i u toj svečarskoj prigodi isticali važnost Freundova djela. Tako je C. Van Ripper u članku "Stuttering and Cluttering – differential diagnosis", citirajući Freundove članke iz 1934., 1952., i 1966. napisao "Mnogi izvrsni umovi bavili su ovim problemom, a najveće teorijske prinose dao je Freund. On je 1934. bio prvi koji je popis značajki po kojima se ta dva poremećaja najviše razlikuju izložio na prikidan način u tablici. Drugi su se istraživači služili Freundovim obrascima u svojim procesima diferencijalne dijagnoze i dalje novim značajkama obogaćivali popis razlika dvaju poremećaja". Nadalje, **Maria Musafia**, također učenik Fröschelsa iz 1931. u članku "Various aspects of Cluttering" istaknuo da je "dr. Henry Freund insistirao na hereditarnoj neurotičnosti kod clutterera".

Nakon umirovljenja, Freund je u zadnjim godinama života obolio od Parkinsonove bolesti. Uz blaga, privremena poboljšanja, stanje se osnovne bolesti postupno pogoršavalo. I njegovo je mucanje postalo učestalije i teže. Umro je 19. lipnja 1982. u Milwaukeeju (Wisconsin, SAD). Pokopan je 22. lipnja na groblju Greenwood, a tamo će biti pokopana i njegova druga supruga **Julia Bychler Freund** (1907. – 2003.). Obavijest o njegovoj smrti objavljena je u „The Wisconsin Jewish Chronicle from Milwaukee“ u petak 2. srpnja 1982.

Freund nije zaboravljen. Njegov dugogodišnji prijatelj Van Ripper objavio je posthumno 1984. pod naslovom "Henry Freund 1896-1982" u časopisu "Journal of Fluency Disorders" Freundov autobiografski članak – predavanje u kojem je govorio o osobnim iskustvima tijekom bezuspješnih pokušaja liječenja svog mucanja kod najuglednijih europskih stručnjaka. U publikaciji „Advice to those who stutter“ (158 str., 2. izdanje 1998., predgovor Stephen B. Hood, originalni uvod Malcolm Fraser) uvršten je Freundov tekst „Self-improvement after unsuccessful treatments“.

Godine 2000. objavljena je u Engleskoj te u prosincu 2005. u Hrvatskoj izvrsna knjiga Irene Vincent "Hinko Freund – utemeljitelj hrvatske logopedije". Najbolji je izraz zahvale Freundu to što Hrvatska udruga za pomoć osobama koje mucaju nosi od 2000. ime "Hinko Freund".

••••

Taj strašni prof. Rikard Hauptfeld

Prof. dr. Željko Poljak

• Poznavao sam dr. Hauptfelda još od djetinjstva jer je tridesetih godina 20. stoljeća imao ordinaciju u Hramačićevoj ul. 13 i zatim u Maksimirskoj ul. 81, a kako je oboje bilo u mojem susjedstvu, otac ga je izabrao za obiteljskog liječnika.

Kao dijete strašno sam ga se bojao, plašili su me njegovi debeli crni brkovi, a zamrzio sam ga kad me je kao malušana jednom odvojio od obitelji; poslao me na „Zeleni breg“ (danas Klinika za zarazne bolesti) radi izolacije pod sumnjom na skarlatinu i tamo sam ostao desetak dana. No odužio mi se za vrijeme Drugog svjetskog rata kao član civilne Narodne zaštite (NZ), u kojoj je on bio na nekoj funkciji a ja kao srednjoškolac običan član. Evo, kako!

Pod konac rata u školu više nismo išli jer je našu gimnaziju zauzeo njemački Wehrmacht i - srdačno mu hvala na tome jer je jedna saveznička bomba pala upravo na moj razred u Križanićevoj ulici. Ponošno noseći značku NZ-a, svaki smo dan dežurali u vatrogasnem domu u Fijanovoj ul. 10, gdje je bilo sjedište moje jedinice NZ-a. Kad bi sirene svirale na uzbunu i svi građani nagrnuli u podzemna skloništa, mi bismo se popeli na vatrogasnii toranj i odanle u operetnom raspoloženju promatrali jata letećih tvrđava pjevajući: „Kaj nam pak moreju če smo složni...“

Hauptfeld je znao da sam politički posve neuk i pazio da u ono teško vrijeme kao pripadnik NZ-a negdje ne zabrazdim, premda je i sam stradao – 1944. bio je pola godine u zatvoru i jedva izvukao živu glavu. Zaštitio me i onda kad je policija zaplijenila moju lijepu kolekciju različitih bomba, od elektron-termitskih do trinitrotoluolnih, koje sam brižno skupljao i lašto u roditeljskoj kući. Hobistički sam iskapao neeksplodirane bombe nakon svakog bombardiranja Zagreba i gotovo postao ekspert za pirotehniku. Nakon zapljene i preslušavanja na policiji u Petrinjskoj, predmet je završio „ad acta“, otprilike s ovim obrazloženjem: „Nije diverzant, nego je priglup“, i pušten sam kući s opomenom da se time više ne bavim. Ustaška me policija ispravno ocijenila, što se potvrdilo i početkom svibnja 1945. kad su partizani ulazili

u Zagreb. Naime, NZ je u interregnumu, prilikom odlaska ustaša, a prije dolaska partizana, trebao štititi ključne objekte u gradu i stoga su nas naoružali nekim starim trofejnim puškama. U vatrogasnem domu u Fijanovoj ulici dr. Hauptfeld je nama mladićima objasnio kako se barata s puškom i završio s pitanjem:

- Ako kome nešto nije jasno, neka pita.

- A na koga trebamo pucati? – naivno ga upitam pred cijelom jedinicom.



Ponosni član Narodne zaštite
(prije toga Hauptfeldov pacijent, a poslije student)

To je prepušteno tvojoj savjesti – snalažljivo mi je odgovorio.

Naša jedinica NZ-a dobila je zadatku da iduće noći čuva Radio Zagreb koji je tada bio smješten u tvornici likera „Badel“ u Vlaškoj ul. 116. Cijela naša jedinica te je noći bila pobijena, preživjeli smo Hauptfeld i ja – ja zato jer me majka navečer nije pustila iz kuće, prestrašena pucnjavom u gradu, a Hauptfeld je vjerojatno bio u kućnom posjetu nekom bolesniku. Doma smo te noći napeto slušali radio, odjednom se čula pucnjava i čas zatim javio se novi spiker sa slavodobitnom izjavom: „Zagreb je oslobođen.“ Nisam ni slutio da oko njega leže mrtvi moji školski kolege.

Ispit je kod Hauptfelda bio vrlo težak i ponekad trajao od jutra pa skoro do mračka. Često ga je prekidao, bilo da se odmori, bilo da na svom famoznom starom automobilu Štajjeru nešto popravi. Pričalo se da više vremena provodi pod tom omiljenom olupinom (slika na str. 70) nego u predavaonici. Zavlacija se pod kola i znao se vraćati sav prljav i mastan od motornog ulja.

Na ispitu me nimalo nije študio i postavljao mi je teška pitanja. Za razliku od većine studenata, koji su ga nastojali impresionirati logorejom i često na taj način prikrivati svoje nerazumijevanje, ja sam ga iznenadio telegrafski kratkim, ali jasnim odgovorima. Hauptfeld se namrštilo, opasno nakostrušio svoje brkove i prigovorio:

- Vidim da razumiješ bit stvari, ali nije u redu da tvoji odgovori budu kraći od mojih pitanja, no kad baš hoćeš tako, eto ti...

Opširno je opisao jedan fiziološki proces i završio s pitanjem:

- Hoću samo jednu tvoju riječ: koji je kod toga ključni enzim?

Nisam bio siguran, ali sam pogodio – kokarboksilaza.

Kolege su moj ispit završio prije nego što je i započeo.

Treba naime znati da je 1947. godine na Medicinskom fakultetu u Zagrebu oko tisuću studenata strepilo kad je prijavilo ispit iz fiziologije kod profesora Rikarda Hauptfelda. Stariji liječnici sjećaju se tog izvrsnog nastavnika, većina ipak po zlu jer je nepopustljivo insistirao na znanju. Studenti su ga optuživali da u prvim godinama poslije završetka Drugog svjetskog rata, kad je u Hrvatskoj bila grozna nestaćica liječnika, sabotira nastojanja da se na brzinu stvoriti novi liječnički kadar (1945. upisalo se na MEF u Zagrebu nas oko 1300 bručaša!). Možda je i to pridonijelo da je morao otići s fakulteta i ubrzo bio zaboravljen, makar je bio brilljantan predavač.

Kao mačkovac i HSS-ovac Hauptfeld je bio antifašist i za vrijeme rata sklon komu-

nistima, ali to nije dugo trajalo. Nedavno mi je to njegov bliski rođak ovako opisao: „Presudna je bila iskrena izjava jednoga partijskog funkcijonara s kojim je 1944. pola godine, radi pomaganja partizana, sjedio u zatvoru: ‘Mi vas intelektualce sada trebamo, ali kad dođemo na vlast, to će biti drugačije.’ Komunisti su mu se još više zamjerili kad su, po njegovu mišljenju, namjerno ponudili za njega razmjenu tek kad je već bio pušten iz zatvora. I tako je postao antikomunist i njegova je karijera nakon dolaska komunista na vlast imala silaznu putanju. Godine 1945./1946. bio je predstojnik u Ministarstvu zdravstva NR Hrvatske a 1946. zastupnik u Narodnom odboru (skupštini) grada Zagreba. Godine 1952. maknut je s položaja predstojnika Zavoda za fiziologiju na MEF-u i bio oko godinu dana lječnik opće prakse u područnoj ambulanti Dubrava. U to je vrijeme ta ambulanta izdavala najmanji broj uputnica za specijalističke preglede i imala najveći broj točnih dijagnoza u Zagrebu. Imao je, zatim, sudski spor s Vladom NRH zbog rješenja o premještanju ‘po potrebi službe’ u kotar Zelina. S fakulteta je bio maknut zato što je energično tvrdio, za razliku od prof. Ljubomira Božovića, također s Fiziologije, da je ‘slučaj’ Premeru isključivo stvar partijske organizacije i da se ne može smatrati pitanjem o kojem bi trebalo raspravljati na fakultetskom vijeću. Kad se nakon više godina pojавila ozbiljna mogućnost da bude vraćen na Fakultet, posjetio ga je prof. Božović i rekao da će u tom slučaju on otići s fakulteta jer se bio angažirao u njegovom uklanjanju. Ne znam koliko vremena nakon toga Božović je napustio zemlju.“

Zanimljivo je bilo Hauptfeldovo stajalište u polemici na fakultetskom vijeću o studentu koji je krivotvorio maturalnu svjedodžbu. Usprotivio se prijedlogu da bude izbačen s fakulteta i da mu se ponište ispitni jer je maturalna svjedodžba samo dokument koji fakultet zahtijeva da uzalud ne troši sredstva i vrijeme na one koji za studij nisu adekvatno pripremljeni a student je na ispitima uspješno dokazao da je bio adekvatno pripremljen. Budući da nije krivotvorio uspjeh na ispitima, ovi mu se ne mogu poništiti. Vijeće je prihvatiло Hauptfeldov stav i student je uspješno završio studij. Nakon mnogo godina kao lječnik se suočio s Hauptfeldom i izrazio zahvalnost svojem „spasitelju“.



Vlaška ul. 116, sjedište Radio Zagreba, gdje su 1945. ubijeni maloletni pripadnici Narodne zaštite

Hauptfeld je svako svoje predavanje iz fiziologije savjesno priredio i rado smo ga slušali, a još više njegova neobavezna „Posebna poglavља iz fiziologije“ za one koji žele znati više. Još danas pamtim temu jednoga takvog predavanja s tezom koja nas je šokirala jer je bila suprotna onome u što svi vjerujemo. Teza je bila: ljudski smijeh je negativan jer je suprotan etici. Naime, nešto nam postaje smiješnim jedino i samo onda kad je netko u neprilici.

Kad smo počeli negodovati, replicirao je ovim primjerom: „Čovjek koji se posklizne na kori od banane i hvata ravnotežu mašuci rukama po zraku neodoljivo nam je smiješan; no ako koru oprezno prekorači, nezadovoljni smo pa i žalosni.“

O Hauptfeldu je kružilo mnogo anegdota, od kojih navodno nije istinita ona da je ispitujući studenticu iz ladice izvadio kuhaču da pokaže kakva je budućnost za nju primjerenija, ali – kaže Hauptfeldov rođak - istina je da je studentima na ispitu na neprimjeren način znao pokazivati njihov nedostatak opće kulture. Studenta koji je, na primjer, umjesto Robison ester rekao ‘Robinson’, pomalo je „odveo“ na Crusoea, pa na Danijela Defoa, a kad je kandidat sve to lakovjerno potvrđivao, profesor bi zaključio kako ne pozna ni dječju literaturu.

Dvije anegdote iz vremena kad je bio šef istraživačkog laboratorija Plive i riješio

probleme koji su mogli izazvati velik gubitak. Jedanput je iz Engleske vraćena veća količina zagrebačke čokolade zbog previšokog sadržaja olova i došla je na analizu u laboratorij Plive. Rješenje je bilo: štetno djelovanje olova rezultat je kumulacije, a kako se kod nas konzumira znatno manje čokolade nego u Engleskoj, nema zapreke da se ona prodaje na domaćem tržištu.

Drugi put je veća količina cink-protamin inzulina bila neispravna i neupotrebljiva zbog nekog nedostatka u jednom ingredijentu. Hauptfeld je našao načina da se kompleksni spoj rastavi u komponente i skupocjeni inzulin bio je spašen. Pliva ga je za to posebno nagradila.

Hauptfeld je ipak ostao zapamćen po tada prilično skupom hobiju – motornim vozilima. Najprije je – oko 1939. – imao motor-kotač s prikolicom Excelsior. Znao je ležati na leđima na pošljunčanoj zemlji dvorišta kad ga je popravljao. Godine 1940. imao je Steyr 55 „Buldog“ (tada je, osim njega, jedino prof. Durst bio motoriziran), oko 1956. Bianchi kabriolet s volanom na desno (!) strani, zatim Opel Olimpiju, Opel Kadett, Audi 60 i na kraju Fiat Zastavu 1300. Iako je bio poznat po sklonosti da sâm popravlja automobil i električne uređaje, a i po „nereprezentativnom“ odijevanju, vjerojatno nije istinita priča da su mu, kad je došao u kućni posjet nekom pacijentu, dali da popravi peglu, misleći da je to došao električar kojeg su također bili pozvali. On da je popravio peglu, a onda pitao: „A gdje je pacijent?“ U njegovoj liječničkoj torbi bili su ipak samo medicinski instrumenti.

Drugi mu je hobi bio lov, uglavnom na „nisku“ divljač. U dobi od 55 – 60 godina počeo se zanimati i za visoku divljač i imao nekoliko trofeja srnjaka. Ipak je više cijenio tro-

prof. Hauptfeld	Fiziologija čovjeka	5		
prof. Hauptfeld	Fiziološke vježbe	3		
prof. Hauptfeld	Posebna poglavlja iz fiziologije	2		

Hauptfeldovi kolegiji
1946. godine i njegov
potpis u autorovom
indeksu



Prof. Hauptfeld na Šalati pod svojim Štajerom

fej vodenog orla iz ranijeg vremena. Od 1950. imao je velikoga kratkodlakog njemačkog ptičara, zvao se Don. Trenirao ga tako da trči uz automobil kojim se uz Voćarsku cestu uspinjao na Šalatu.

Prof. Rikard Hauptfeld umro je u 85. godini života.

Liječnički vjesnik nije mu objavio nekrolog.

Bio je osuđen na zaborav.

Neka to bar malo ispravi ovih nekoliko redaka.

.....

Rikard Hauptfeld (Zagreb, 4. 1. 1903. – Zagreb, 3.9.1988.) krenuo je u školu s 5 godina, sa 17 je kao odlikaš 1920. maturirao na Klasičnoj gimnaziji i završio medicinu u Zagrebu 1926. Oko 1930. bio je s Rockefellerovom stipendijom u Parizu (Sorbona, Lapicque, elektrofiziologija), pa zatim na stipendiji u Leipzigu. Godine 1944. bio je od veljače do kolovoza u zatvoru pod sumnjom da pomaže partizane. Predstojnik je u Ministarstvu zdravstva NR Hrvatske 1945-1946. i zastupnik u Narodnom odboru (skupštini) grada Zagreba 1946. Od 1926. do 1945. radio je na Zavodu za fiziologiju MEF-a u Zagrebu i bio mu pročelnik 1941-1945. Predavao je fiziologiju na Medicinskom a 1934-1957. i na Farmaceutskom fakultetu u Zagrebu. Napisao je knjigu „Anatomija i fiziologija čovjeka“ (Zagreb, 1952.). Bio je dugogodišnji znanstveni suradnik „Plive“ i šef njezinog znanstveno-istraživačkog laboratorija.

Iz Hauptfeldove bibliografije
(članci u Liječničkom vjesniku do 1977.)

B. A. L. (dimerkaprol). 70:252-255 (6/7), 1948 (14 ref)
O pomlađivanju transplantacijom čovječjih žlijezda. 59(62) (2), 1937.
Fiziologija prehrane. 64:5-7(1), 1942
O punjenju srca. 70:395-397(11), 1948 (17 ref)
Tehnika reakcije na graviditet (s M. D. Grmekom). 71:199(6), 1949.

Dr. med. Vlasta Šafer – Kraljević, „Amazonka sa Save“, atletičarka i mikrobiologinja

Eduard Hemar

• **Vlasta Šafer** rođena je 2. V. 1928. u Zagrebu. Njezin otac Adam Šafer bio je rodom iz Nove Gradiške a majka Katica Šafer rođ. Jurašin bila je rodom iz Slunja. Roditelji su joj radili u Zavodu za socijalno osiguranje u Mihalovićevoj ulici u Zagrebu. Imala je četiri godine mlađu sestru Nevenku. Vlasta je osnovnu školu pohađala u Varšavskoj ulici a potom je išla u Drugu žensku realnu gimnaziju u Križanićevoj ulici. Nakon mature 1947. upisala se na Medicinski fakultet u Zagrebu i diplomirala 1956.

Sa sportom se počela baviti kao gimnazialka. Počela se natjecati odmah nakon završetka drugog sv. rata 1945. godine. Prvo natjecanje na kojem je sudjelovala bilo je za značku ZREN-a. Riječ je o multidisciplinarnom sportskom natjecanju s bodovanjem svih rezultata po uzoru na slična natjecanja u tadašnjem Sovjetskom savezu a cilj je bio omasovljene sporta među mladima. Ozbiljnije se počela baviti s atletikom kao studentica. Nastupala je za reprezentaciju zagrebačkog sveučilišta a 1947. se učlanila u Atletski klub Dinamo iz Zagreba. Sa 158 cm visine i 50 kg težine specijalizirala se za utrke na 800 m. U to vrijeme atletičarke se nisu natjecale na 400 i 1500 m tako da je osim sprinterskih disciplina na 100 i 200 m te 80 m prepone jedina trkača disciplina na duže staze bila ona na 800 m. Iz tih razloga Vlasta se natjecala kao specijalist za 800 m i u toj je disciplini postigla izvrsne rezultate. Povremeno je trčala kros i druge discipline ali više zbog klupske potrebe.

Svoje prve uspjehe ostvarila je kao članica Dinama. Na Prvenstvu Jugoslavije održanom u rujnu 1949. u Beogradu osvojila je peto mjesto a pobjednica te utrke bila je Emira Tuce iz Mostara, tada najbolja jugoslavenska trkačica na 800 m. Rezultati Vlaste Šafer nisu ostali nezapaženi i dobila je poziv iz Mladosti, tada najkvalitetnijeg ženskog atletskog kluba u državi. Prelaskom u Mladost 1950. postala je članicom jedne izuzetne generacije koja je go-



Vlasta Šafer atletičarka Mladosti 1953.

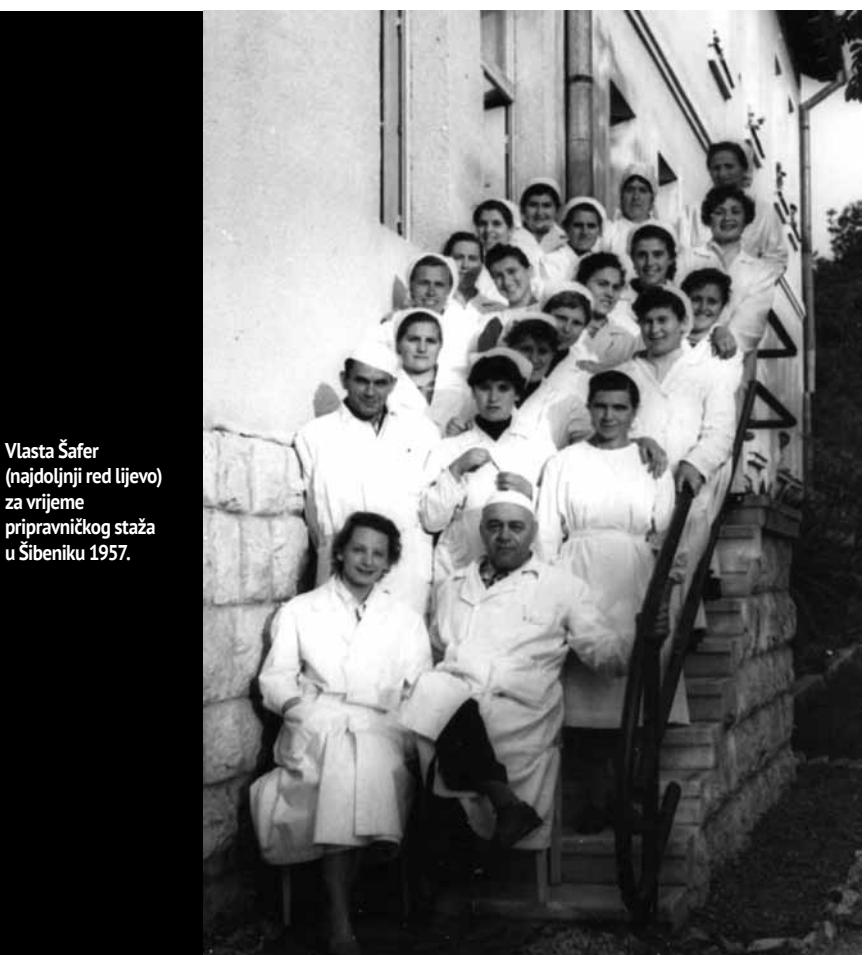
dinama vladala jugoslavenskom atletikom. Uz Mladost se učlanila i njezina sestra Nevenka Šafer također uspješna atletičarka, o kojoj će biti više riječi u nastavku teksta. Trener atletičarki Mladosti bio je **Žarko Susić** (1915-2010), doajan hrvatskog sportskog novinarstva ali i odličan atletski trener, najprije u Hrvatskom akademskom športskom klubu poznatijem kao HAŠK a nakon rata u Mladosti. Bio je poznat kao strogi i zahtjevan u radu sa svojim atletičarkama, ali su njihovi postignuti rezultati opravdali takav pristup.

Vlasta je kao članica studenske reprezentacije Zagreba sudjelovala na III. Ljetnim studenskim igrama Jugoslavije 1950. u Ljubljani i osvojila prvo mjesto na 800 m te ekipno sa Zagrebom. U dresu Mladosti postala je prvakinja Jugoslavije i višestruka prvakinja

Hrvatske na 800 m. Prvenstvo Jugoslavije je osvojila 1953. u Mariboru s rezultatom 2:22.2. Uz taj uspjeh na prvenstvima države bila je druga 1950. u Zagrebu, treća 1952. u Subotici i 1954. u Varaždinu te četvrta 1951. u Varaždinu. Posebno je bila uspješna na Prvenstvu Hrvatske gdje je bila pobjednica pet puta uzastopno od 1950. do 1954. Svoj najbolji rezultat i tadašnji rekord Hrvatske na 800 m (2:18.4) postigla je 1953. Nastupala je i u kros utrkama.

Na Prvenstvu Jugoslavije u krosu 1951. u Zagrebu osvojila je pojedinačno deveto mjesto ali i prvo mjesto u ekipnoj konkurenciji sa svojim klubom Mladost. U krosu je bila i pojedinačna prvakinja Hrvatske 1952. Odlični rezultati doveli su je u državnu reprezentaciju. Za Jugoslaviju je nastupila 5 puta od 1950. do 1954. Debitirala je 1950. u Celju na dvoboju Jugoslavija – Austrija, potom je 1951. nastupila u Zagrebu na dvoboju Jugoslavija – Italija a iste godine je u Grazu sudjelovala na troboju Austrija-Njemačka-Jugoslavija.

Nakon godine pauze ponovo je nastupila 1953. u Augsburgu na troboju Njemačka-Austrija-Jugoslavije a od reprezentacije se oprostila 1954. u Beču na dvoboju protiv Austrije. Pobijedila je za Jugoslaviju na 800 m 1951. u Zagrebu i 1953. u Augsburgu. Vjerljivo bi imala i više nastupa za reprezentaciju no u njezinu vrijeme atletičarke nisu sudjelovale na Balkanskim igrama a službenih nastupa na međunarodnim prvenstvima nije bilo mnogo. Na godišnjoj ljestvici najboljih atletičarki u Jugoslaviji zauzela je na 800 m prvo mjesto 1951. s rezultatom 2:18.8. Glavne konkurentice tih godina na 800 m imala je u **Emiri Tuce** iz Mostara i **Anici Slamnik** iz Celja.



Vlasta Šafer
(najdoljnji red lijevo)
za vrijeme
pripravičkog staža
u Šibeniku 1957.

Posebna priča njezine atletske karijere bila je vezana za ekipne uspjehe Mladosti. Između 1950. i 1955. Mladost je šest godina uzastopno osvojila naslov ekipnih prvakinja Jugoslavije. Takva dominacija jednog kluba nikada više nije zabilježena u povijesti hrvatske

atletike. Pod vodstvom trenera Susića Mladost je bila prvak 1950. u Zagrebu ispred Enotnosti i Kladivara, 1951. u Zagrebu ispred Kladivara i Odreda, 1952. u Zagrebu ispred Kladivara i Odreda, 1953. u Beogradu ispred Kladivara i Dinama, 1954. po liga sistemu ispred Odreda



Atletičarke Mladosti
- Amazonke sa Save,
stjegonoše jugoslavenske
ženske atletike pedesetih
godina. Stoe s lijeva:
Z. Babović, R. Šarić,
Lj. Morović, trener Ž. Susić,
O. Janušković, G. Vlajčić, V.
Neferović, M. Babović,
S. Culinardi-Kleinert.
Čuće: D. Bogić-Lanc,
M. Šumak, V. Šafer, A. Butia
i A. Zadravec.

i Kladivara i 1955. u Zagrebu ispred Kladivara i Crvene Zvezde. Glavni konkurenti Mladosti bili su tih godina slovenski klubovi Kladivar iz Celja i Odred iz Ljubljane. U toj iznimnoj generaciji za Mladost su nastupale, abecednim redom: **Milka Babović, Zorka Babović, Marija Bedjanec, Dagda Bogić, Alma Butia, Seka Curinaldi-Kleiner, Neda Frank, Matilda Homolya, Olga Januškovski, Đurđa Košković, Ljudmila Morović, Vjera Neferović** (kapetan ekipe), **Vlasta Nikler, Nevenka Šafer, Vlasta Šafer, Ruža Šarić, Milica Šumak, Gordana Vlajčić, Adela Zadravec i Đurđa Žvanović**. Sve su to bile odlične atletičarke, neke od njih uspješne i u drugim sportovima. Atletičarke Mladosti su zbog iznimnih uspjeha prozvane „Amazonke“ sa Save“.

Vlasta je 1955. godine završila atletsku karijeru. Ukupno je u pojedinačnoj i ekipnoj konkurenciji osvojila deset naslova prvakinja Jugoslavije i šest naslova prvakinja Hrvatske. Postigla je velike uspjehe u vrijeme kada je bavljenje sportom bilo na čisto amaterskim osnovama. Za postignute rezultate dobitnica je Zlatne plakete Atletskog saveza Jugoslavije. Njezina sestra **Nevenka Šafer** – Dokonal (Zagreb, 15. VI. 1932 – Zagreb, 10. III. 2009), diplomirala je na Ekonomskom fakultetu u Zagrebu. Članica Mladosti bila je od 1950. do 1959. Nakon udaje za atletičara Mladosti Josipa Dokonala, u drugom dijelu karijere nastupala je pod prezimenom Dokonal. Kao i njezina sestra najveće uspjehe ostvarila je na 800 m i u krosu. Na Prvenstvu Jugoslavije bila je druga u krosu 1955. u Osijeku i treća na 800 m 1958. u Beogradu. Postala je pojedinačna prvakinja Hrvatske na 800 m 1955. i 1956. te u krosu 1955. Sa svojim klubom Mladost bila je višestruka ekipna prvakinja Jugoslavije.

Nakon diplome na Medicinskom fakultetu 1956. Vlasta Šafer je pripravnički staž odradila u Općoj bolnici Šibenik, Bolnici Vinogradarska u Zagrebu i Domu zdravlja u Vogosči. Pripravnički ispit je položila 1958. u Sarajevu. Potom je radila u Domu zdravlja u Ličkom Osiku i Općoj bolnici u Gospiću do 1963. U Zagreb se vratila 1963. i zaposlila u Zavodu za zdravstveno osiguranje kao član komisije za bolovanja. Specijalistički ispit iz mikrobiologije položila je 1969. u Zavodu za javno zdravstvo. Nakon polaganja specijalističkog ispita radila je u mikrobiološkom laboratoriju bolnice u Vinogradskoj do umirovljenja 1993.

Od 1957. bila je u braku s Borisom Kraljevićem (Tuzla, 26. III. 1928 – Zagreb, 12. II. 2009), koji je diplomirao na Fakultetu strojarstva i brodogradnje u Zagrebu. Njezin suprug je radio u Tovarnici Nikola Tesla u Zagrebu, bio je predsjednik Općine Trešnjevka i poslanik u Saveznoj skupštini Jugoslavije u Beogradu. Kao sportaš bio je atletičar Mladosti te duogodišnji predsjednik Hrvatskog atletskog

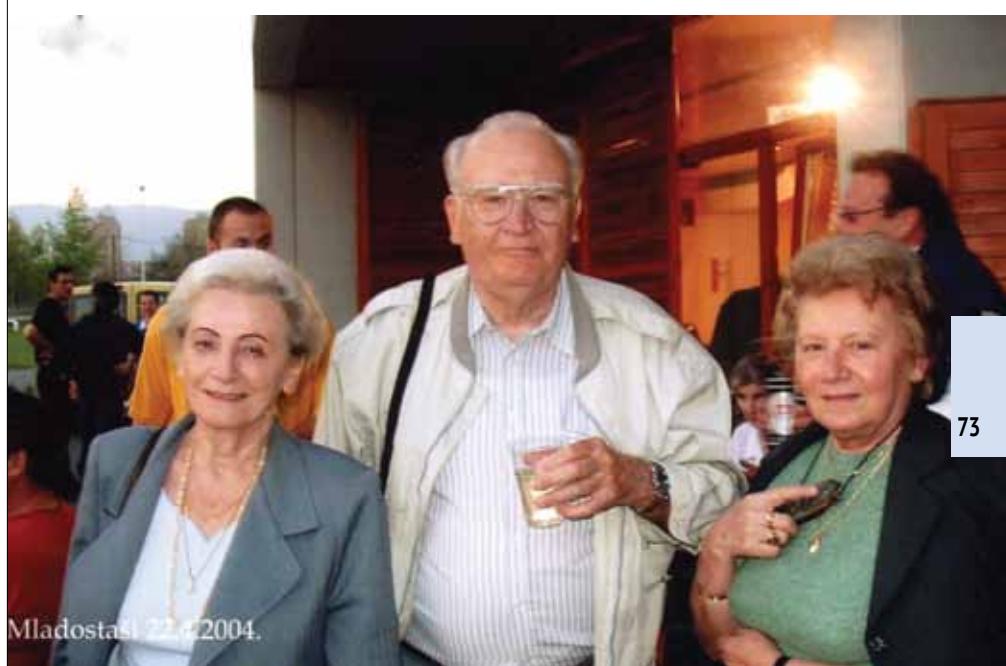
Vlasta Šafer
na promociji diplome 1956.



saveza. Imali su dvije kćerke: **Sanju Kraljević-Jelić** (1958), pravnicu i **Dariju Morgan** (1962), profesoricu španjolskog jezika. Dr. med. Vlasta Šafer-Kraljević uživa u umirovljeničkim danima i svakog mjeseca sastaje se na tradicionalnom druženju sa atletskim veterankama Mladosti.

Izv.: Arhiva dr. med. Vlaste Šafer-Kraljević iz Zagreba.
Lit.: Športska dostignzća u NR Hrvatskoj i FNR Jugoslaviji od 1945., Zagreb, 1953; Almanah jugoslovenskog sporta 1943 – 1963, Beograd, 1964; Lj. Gajić, Zlatna knjiga jugoslovenske atletike, Jagodina, 2000.; V. Margetić, Akademski atletski klub Mladost - Zagreb 1945.-1985, Zagreb, 2003.; Lj. Gajić, Kros u Jugoslaviji, Jagodina, 2012.

.....



Mladostas, 22. 4. 2004.

S lijeva Vlasta Šafer-Kraljević, Boris Kraljević i Nevenka-Šafer-Dokonal na okupljanju veteranova Mladosti 2004.

Prof. dr. Zora Zakanj:

Sve moje boje

• Upitati se o postojanju svijeta koji je izgubio svjetlo i boje, imalo bi više veze sa sentimentalnim nego sa svakodnevnim i praktičnim pogledom na život. Ali, kad čovjek shvati da svijet oko njega uistinu može izgubiti i svjetlo i boje, mora prihvatićti činjenicu da je utonuo u mrak. Dogodio mi se mrak.

U trenutku spoznaje, oduzela su mi se koljena i zaustavio dah, ali je razum želio nadvladati i podržati snagu srca koje želi dalje. Pripreme za putovanje nisu dopuštale ni najmanju sumnju, jer je zemlja vjetrenjača čekala svog „borca“. Nadvladala me potreba da negiranje vlastitih vidnih senzacija podijelim s kolegama. Klinički pregled je potvrdio moj ispravan osjećaj, i simptoma, i „presjecanja u koljenima“.

Dogodila mi se dijagnoza.

Ambulanta, dnevna bolnica. Pregledi i zahvati. Neizvjesnost. Hospitalizacija. Počela sam živjeti svoje bolničke dane.

Bolešću je zahvaćeno jedno oko. „Pa to je saaaaamo jedno oko!“, tješili su me kolege i prijatelji, a meni se istovremeno višestruko torkvirao želudac. Moj namješteni osmijeh govorio je o snazi utjehe, dok sam samu sebe mučila pitanjem: „Što ako se isti scenarij ponovi i na drugome oku?“ To postade jedan od mojih najvećih strahova. Statistika o mogućim ishodima me bacala u očaj.

Izmjenjivale su se smjene, dani i noći, oblaci, sunce i kiša. U terapijskom položaju i zatvorenih očiju, izbor onoga što mogu činiti, bio je vrlo mali. Očekujes nekoga, nešto, nekada, negdje, nekako...ali ne nalaziš odgovor. A tvoj se život ipak događa. U nizu promjena u svijetu oko mene, u mojoj malenom svijetu dogodio se „dan za danom“.

Postala sam zapanjena bogatstvom svojih drugih osjetila. Slušam, dodirujem, divim se mirisima. Na bol sam navikla, a okusi me nisu pretjerano zanimali.

Bila mi je dovoljna samo jedna noć i jedan dan da shvatim rutinu prostora u kojem sam se privremeno nastanila. Glasovi i zvukovi iz bolničkog hodnika, sa strane moje postelje, postadoše sasvim drugačiji od onih koje sam doživljavala dok sam bila „s druge strane bolničkog hodnika“. Prema ritmu koraka koje slušam, ja zapravo „vidim“ osobu koja prolazi hodnikom. Osjećam njezino raspoloženje. U meni titra bojažljiva nuda „Hoće li taj netko usporiti korake ispred moje sobe? Hoće li pokucati i ući? Zna li uopće da iza tih vrata netko diše, sluša, osjeća, a ponekad i placa? Plače zatvorenih očiju...“

Najteže su bile noći.

U jednoj od tih noći, čekam san koji nikako ne dolazi. U sitne sate, s povezom na bolesnom oku i s polovicom vidljivog svijeta oko

sebe, oprezno se uputih prošetati bolničkim hodnikom. Bolnu tišinu prekida disanje čovjeka koji prekrivenih ruku stoji u hodniku pored fotografije pješčanih dina. Mojih par koraka po hodniku pobudio je njegov interes. Upoznahu životnu priču čovjeka koji živi od mora i kamena, maslinu i loze. Iza njega je teška životna priča i ista dijagnoza na oba oka, ali s velikim veseljem očekuje sutrašnji povratak na svoj otok. Ne brine ni za bol, ni za hendihek, ni za daljinu koju će već sutra prevalisti do kuće, najprije autobusom, pa trajektom, pa opet autobusom, a dobar dio i pješice. On ne poznaje prepreke, on nema strahova, jer već ranim jutrom kreće k cilju na kojem se osjeća siguran i na kojem njegov život ima smisla. U njegovim će rukama hladan kamen zasjati toplinom, svojom će barkom zaploviti sigurnim rutama i skrivenim uvalama, slušati simfonije koje skladaju valovi i ubirati plodove okupane suncem.

Moja tuga polako nestajaše.

Ispunih se snagom kojom bih mogla, uz ove nesnosne bolove i preostali vid svoga jednog oka, odvesti ga istoga trenutka sve do krajnjeg juga domovine. Odnijeti na rukama. Nije pristao. Iako bolno, njegovo je nepokriveno oko sjajilo čežnjom za njegovim morem, kamenom, maslinama i lozom.

Priznah sama sebi da sam malena ispod zvjezda pred ovom sudbinom, ali zbog svoje boli ipak dostojna vratiti snagu srca koje želi da lje. Dogodila mi se nada.

Jutro sam dočekala usredotočena na snagu slučajnog susreta, snagu kojom sam pratila svaki novi tračak svjetlosti u mojoj oku. Čekala sam sa zebnjom svako novo svitanje, i strahovala što će biti kada otvorim oči. Ponekad sam se i po pola sata mučila s dilemom hoću li najprije otvoriti zdravo ili bolesno oko. Ipak, uвijek sam se najprije odlučivala za zdravo. Uvjěžavajući mi do tada nepoznatu takтику života „dan za danom“, prepoznavala sam i umješnost virtuosa koji svojim rukama anatomiju pretvara u funkciju. Bezuspješno sam tragala za vrijednošću s kojom bih usporedila umješnost.

Otvaramiće svoje oči sve hrabrije, počela sam se veseliti svitanjima. Odabirom svitanja, odabirem dan u kojem mi je darovana snaga svjetla, ljepota nebeskog plavetnila, zelenilo šuma i maslinika, modrina mora, šarenilo polja i cvijeća.

Ali još više, odabirom svitanja, dogodile su se moje boje. To su boje bez imena. Pojavljuju se svima nama u trenucima istinskih životnih prokušavanja, s ciljem da budu ili potvrđene ili opovrgnute: boje razumijevanja, utjehe, suosjećanja, prihvatanja, požrtvovnosti, sebedarja, prijateljstva.

To su moje boje. Ne prepoznam ih očima, nego srcem.

.....

Foto prof. dr. Zora Zakanj

Kongresi, simpoziji i predavanja

Molimo organizatore da stručne skupove prijavljuju putem on-line obrasca za prijavu skupa koji je dostupan na web stranici Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr – rubrika „Prijava stručnog skupa“). •

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informacijskoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gdje **Fulvii Akrap**, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovno vrijeme ponedjeljkom, utorkom, četvrtkom i petkom od 8,00 – 16,00 sati, a srijedom od 10,30 – 18,30 sati, ili na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr

•

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Liječničkih novina“, molimo organizatore da nam dostavite sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt telefon, fax, e-

mail i iznos kotizacije.

Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr. Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su ti-skani onako kako su ih organizatori dostavili.

•

Organizatori koji žele više prostora ili žele priložiti program kao umetak „Liječničkih novina“, pogotovo s logotipom i ilustracijama, trebaju to dogovoriti s poduzećem za marketing „Bonamark“ (Zagreb, Amruševa 10, tel./fax: 01/4922-952, tel. 01/4818-600, mail: bonamark@bonamark.hr), po postoećem cjeniku za oglašavanje u „Liječničkim novinama“.

• 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

MZ - Ministarstvo zdravljia 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/AVD) i tečaj neposrednog održavanja života (ILS – Immediate life support)

Tijekom cijele godine u Zagrebu, Rijeci, Splitu, Slavonskom Brodu, Dubrovniku, Koprivnici, Zadru, Požegi i Šibeniku

Sve detaljne informacije nalaze se na www.crorc.org

Kardiopulmonalna reanimacija (CPR)

- 5 modularnih tečajeva tijekom 2014.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 anestezioligiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, MEF Sveučilišta u Rijeci

Rijeka, Kabinet vještina, tijekom 2014. 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. Patricia 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: dmiklic@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 2014. god.

Javnozdravstveni stručni sastanci u HZJZ-u

HZJZ Zagreb
Mjesečno, tijekom 2014. 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 2014.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 2014.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 2014., 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 2014. – trajna edukacija
Doc.dr.sc. Dijana Delić-Brkljačić, dr.med., tel.: 01/3787-111
12.000,00kn

Tečaj iz osnova medicinske akupunkture

HD za akupunkturu (HLZ)
Zagreb, 10 mjeseci (+1), jedna subota i nedjelja mjesečno (18 sati)
Dr. Dalibor Veber, e-mail: info@akupunktura.hr,
mob.: 091/4748-493
www.akupunktura.hr
15.000,00kn

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

**Kardiopulmonalna reanimacija uz uporabu automatskog
vanjskog defibrilatora**

HLZ, HD za reanimatologiju
Zagreb, 01.01.-31.12.2014.
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.-31.12.2014.
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

**Osnovni i napredni tečaj endoskopije gornjeg
i donjeg dijela probavnog trakta**

KB Merkur
Zagreb, 02.12.2013.-31.12.2014., kontinuirano
Dr. Bruno Škurla, mob.: 098/238-337

**Kontinuirani tečaj 2014. – Nove smjernice u liječenju
akutnih i kroničnih rana**

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju
Zagreb, 01.01.-31.12.2014.
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

Suvremeni tretman rana i osnove zbrinjavanja stoma

Dedal komunikacije d.o.o.
on-line, 01.01.-31.12.2014.
Zoran Milas, tel.: 01/3866-905, www.e-medikus.com

**On-line tečaj za autore Cochrane sustavnih preglednih
članaka I dio**

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 27.01.-22.12.2014.
Dalibora Behmen, tel.: 021/557-920

**On-line tečaj za autore sustavnih preglednih
članaka II dio**

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 27.01.-22.12.2014.
Dalibora Behmen, tel.: 021/557-920

Tečaj kontinuirane edukacije zbrinjavanja akutnih i kroničnih rana
KB „Merkur“
Zagreb, 01.01.-31.12.2014.
Franjo Franjić, mob: 098/9829-360

Tečaj kontinuirane edukacije zbrinjavanja akutnih i kroničnih rana
KB „Sveti Duh“
Zagreb, 01.01.-31.12.2014.
Franjo Franjić, mob: 098/9829-360

Pričajmo o shizofreniji
Hrvatsko psihijatrijsko društvo
on-line, 20.02. – 31.12.2014.
Iva Tonković, tel.: 01/6610-762

Bol
Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.06.2014. – 31.10.2014.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925
www.plivamed.net

Depresija i komorbiditetne bolesti
Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.07.2014. – 30.11.2014.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925
www.plivamed.net

Alzheimerova bolest i demencije
Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.08.2014. – 15.12.2014.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925
www.plivamed.net

Peptična ulkusna bolest, GERB
Pliva Hrvatska d.o.o.
on-line, 02.06.2014. – 31.10.2014.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925
www.plivamed.net

MSD akademija – Pristup liječenju šećerne bolesti tipa 2 u ordinaciji obiteljske medicine
Dedal komunikacije d.o.o.
www.msd-akademija.com, 01.05.-01.12.2014.
Zoran Milas, tel.: 01/3866-905

Organizacija trajne izobrazbe liječnika nakon ulaska Republike Hrvatske u Europsku uniju
HLK
on-line, 13.05.-20.12.2014.
Dedal komunikacije d.o.o., Zoran Milas,
tel.: 01/3866-905
www.e-medikus.com

Uloga biljnih sterola i staniola u liječenju hiperlipidemije
Dedal komunikacije d.o.o.
on-line, 15.09.-15.12.2014.
www.e-medikus.com
Kata Križić, mob.: 099/3866-905

Akutni infekcijski proljev i nove smjernice za liječenje
Dedal komunikacije d.o.o.
on-line, 15.09.2014.-15.03.2015.
www.e-medikus.com
Kata Križić, mob.: 099/3866-905

Dijabetes, tjelesna aktivnost i hipoglikemija
Dedal komunikacije d.o.o.
on-line, 15.09.2014.-15.03.2015.
www.e-medikus.com
Kata Križić, mob.: 099/3866-905

Izazovi u liječenju šećerne bolesti tipa 2
Pliva Hrvatska d.o.o.
On-line www.plivamed.net, 03.11.2014. – 01.03.2015.
Dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., mob.: 098/499-925

Značaj liječenja osteoporoze
Dedal komunikacije d.o.o.
On-line www.e-medikus.com
Kata Križić, mob.: 099/3866-905

Kronično zatajivanje srca
C.T. – Poslovne informacije d.o.o. – Časopis Medix
Časopis Medix br. 112 – rujan, listopad, studeni 2014.
Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083, mob.: 098/289-819

Alvimedica Heart Center Lecutere Series
Alvimedica – Chrono d.o.o., Houston Methodist hospital
Split, 10.09. – 10.12.2014.
Jasmina Hodžić, tel.: 021/688-896,
e-mail: jasmina.hodzic@alvimedica.com

Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK – razvojnog poremećaja kuka
Dr. Gordana Miličić
Individualna edukacija, svaka 3 tjedna
Dr. Gordana Miličić, mob.: 091/4600-108
5000,00kn

LISTOPAD

Moderno zbrinjavanje kronične rane u ordinaciji obiteljske medicine
KOHOM
Karlovac, 22.10.2014.
Diana Kralj, mob.: 098/364-266

Mentalno zdravlje i ... – Anksiozni poremećaji u djece i adolescenata

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 22.10.2014.

Martina Bekić, tel.: 01/4696-117

Primjena aklidinijevog bromida u liječenju KOPB-a

Berlin-Chemie Menarini Hrvatska d.o.o.

Zagreb, 22.10.2014.

Adam Crnković, mob.: 099/7342-155

Astellas u urologiji

Astellas d.o.o.

Zagreb, 22.10.2014.

Matea Balić Stipanić, mob.: 091/2707-601

Bakterijski konjuktivitis; Glaukom i poremećaj suznog filma

HLZ, Podružnica Split

Split, 22.10.2014.

Marija Radman Livaja, tel.: 022/348-022

Napredni tečaj endoskopске kirurgije preponske, incizione i hijatalne hernije

Aesculap akademija d.o.o.

Zagreb, 22.-24.10.2014.

Sonja Šikić, mob.: 091/2356-748

4.000,00kn

Suvremeni pristup liječenju KOPB-a i šećerne bolesti tipa II

Novartis Hrvatska d.o.o.

Slavonski Brod, 23.10.2014.

Željka Martinović, mob.: 098/270-936

Ebola – globalna prijetnja

Hrvatski zavod za telemedicinu

Split, Supetar, Lastovo, Mljet, Metković, Rab, Mali Lošinj, Hvar, Vis, Knin,

23.10.2014.

Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082

Model donorskog programa KBC „Sestre milosrdnice“ – Prikaz multidisciplinarnе prakse u jedinici intenzivnog liječenja

HLZ, HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta

Zagreb, 23.-24.10.2014.

Julijana Obrst, tel.: 01/3787-428, mob.: 099/3787-194

2500,00kn

2. kongres Hrvatskog društva za tumore glave i vrata s međ.sud.

HD za tumore glave i vrata

Zadar, 23.-25.10.2014.

Lana Kovač Bilić, tel.: 01/2367-586

Specijalisti 1000,00kn, specijalizanti 500,00kn

16. godišnji kongres Hrvatskog reumatološkog društva HLZ-a

HLZ, Hrvatsko reumatološko društvo

Šibenik, 23.-26.10.2014.

„Atlantis“, gđa. Mirjana Horvat, tel.: 01/4811-155,

prim. Goran Ivanišević, mob.: 091/5624-163 e-mail: g_ivanisevic@hotmail.com

1.000,00kn do 01.09.2014., nakon toga 1.500,00kn; specijalizanti 600,00kn; umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

2. hrvatski simpozij o raku jajnika

Hrvatsko ginekološko onkološko društvo (HGOD)

Zagreb, 24.10.2014.

„Spektar putovanja“ d.o.o., Ana Miškulin, tel.: 01/4862-606

Prof.dr.sc. Vlastimir Kukura, tel./fax.: 01/2431-391, e-mail: vlastimir.kukura@zg.t-com.hr; www.hgod.hr

Sudionici 400,00kn; članovi HGOD-a 300,00kn; umirovljeni liječnici i specijalizanti 200,00kn

Zoonoze i otrovne životinje u humanoj patologiji

Sekcija za zoonoze HD za infektivne bolesti HLZ-a

Slavonski Brod, 24.10.2014.

Nenad Pandak, tel.: 035/230-860, e-mail: nenad.pandak@bolnicasb.hr

Više od krvi – Sve što moramo znati o dobrovoljnem darivanju krvi

Gradsko društvo Crvenog križa Rijeka

Rijeka, 24.10.2014.

Branka Maračić, tel.: 051/213-873

Parenteralna prehrana

HD za kliničku prehranu HLZ-a

Zagreb, 24.10.2014.

Nina Kosovel Maleković, tel.: 01/2333-242

Edukacija stručnih osoba koje rade sa žrtvama nasilja u obitelji, Modul I – UVOD – Nasilje u obitelji

Ženska soba – Centar za seksualna prava

Marija Bistrica, 24.-25.10.2014.

Maja Vukmanić Rajter, tel.: 01/6119-174

Osnove postupanja s pacijentom na odjelu objedinjenog hitnog bolničkog prijema

OB Karlovac

Karlovac, 24.-25.10.2014.

Dr. Jasna Topić, tel.: 047/608-100

Automatizacija i standardizacija procesa u patohistološkim laboratorijima

Klinički odjel za patologiju KBC Split

Split, 24.-25.10.2014.

Dr. Jelena Smolić, mob.: 098/8651-109

Obesity – metabolic and nutritional problem in Western and Eastern Europe

HLZ, HD za debljinu
Opatija, 24.-26.10.2014.
Vesna Borisavljević, A.T.I.-Putnička agencija,
tel.: 052/223-400

Održavanje dišnog puta i mehanička ventilacija u hitnoj medicini

Hrvatski zavod za hitnu medicinu, HLZ HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine
Krapinske Toplice, 24.-26.10.2014.
Tel.: 01/4677-362, edukacija.hms@gmail.com;
www.hdhm.com.hr/edukacija
Članovi HLZ HDHM 1.200,00, ostali 1.400,00kn

6. hrvatski kongres o urogenitalnim i spolno prenosivim infekcijama s međ.sud.

HLZ, HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije
Opatija, 24.-26.10.2014.
www.hdugi2014.com; Elite Travel d.o.o.,
tel.: 01/4817-380/370/371
1400,00/1900,00kn

4. kongres prirodne medicine

Udruga „Prirodna medicina“
Zagreb, 25.10.2014.
Darko Vujnović, mob.: 091/2330-925
150,00kn

Emergentni i re-emergentni flavivirusi – zajednički izazov i odgovornost humane i veterinarske medicine

Veterinarski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 25.10.2014.
Doc.dr.sc. Suzana Hađina, mob.: 091/2390-289,
prim.dr.sc. Tatjana Vilibić-Čavlek, mob.: 098/9641-935
400,00kn specijalisti, 200,00kn ostali

Foot and Ankle A la Carte

HLZ, Hrvatsko ortopedsko društvo
Zagreb, 25.10.2014.
Dr. Tadija Petrović, mob.: 098/9656-648
750,00kn

Merck Akademija – Pristup bolesniku s kroničnom nezaraznom bolešću u ordinaciji liječnika obiteljske medicine

Merck d.o.o.
Slavonski Brod, 25.10.2014.
Jadranka Jančić Babić, tel.: 01/4864-111,
mob.: 099/3117-082

Medicina i tehnika

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)
Zagreb, 28.10.2014.
www.amzh.hr

Liječenje depresije i anksioznih poremeaja u ambulantni liječnika obiteljske medicine

Alkaloid
Vinkovci, 28.10.2014.
Julija Todorova, tel.: 01/6311-920

Simpozij o osteoporosi

HD za kalcificirana tkiva
Zagreb, 29.10.2014.
Romana Blažek, tel.: 01/4566-812
100,00kn

Obnova znanja o primjeni mjera zaštite od ionizirajućeg zračenja

MEF Sveučilišta u Rijeci
Karlovac, 29.-30.10.2014.
Gordana Žuhar, tel.: 051/651-257
700,00kn

Liječenje depresije i anksioznih poremeaja u ambulantni liječnika obiteljske medicine

Alkaloid
Karlovac, 30.10.2014.
Julija Todorova, tel.: 01/6311-920

Ebola – globalna prijetnja

Hrvatski zavod za telemedicinu
Trilj, Vrlika, Korčula, Vela Luka, 30.10.2014.
Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082

STUDENI

AO Trauma Course – Basic Principles in Operative Fracture Management for Surgeons

HLZ, Hrvatsko traumatološko društvo
Zagreb, 05.-07.11.2014.
Tatjana Mrzljak, Filida-putnička agencija,
tel.: 01/4616-520
3420,00kn

Highlights in Stroke

HD za prevenciju moždanog udara
Zagreb, 06.-08.11.2014.
Olga Plazibat, tel.: 01/4650-314

XXVIII. Perinatalni dani „Ante Dražančić“

HLZ, HD za perinatalnu medicinu
Zagreb, 06.-08.11.2014.
Dr. Josip Juras, mob.: 098/668-305,
e-mail: josipjuras@gmail.com
1.000,00kn i 600,00kn

AO Trauma Course – Basic Principles in Operative Fracture Management for Surgeons

HLZ, Hrvatsko traumatološko društvo
Zagreb, 06.-08.11.2014.
Tatjana Mrzljak, Filida-putnička agencija,
tel.: 01/4616-520
3420,00kn

HDIR-3: From Bench to Clinic – 3rd Meeting with International Participation

HD za istraživanje raka (HDIR)

Zagreb, 06.-07.11.2014.

Petar Ozretić, tel.: 01/4571-292

370,00kn (studenti 185,00kn)

Trening izvanbolničke hitne medicinske službe za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare

HLZ, HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine

Krapinske Toplice, 06.-08.11.2014.

Tel.: 01/4677-362, edukacija.hms@gmail.com;

www.hdhm.com.hr/edukacija

Članovi HLZ HDHM 1.300,00, ostali 1.500,00kn

Bolesti gušterače – suvremeni pristup

MEF Sveučilišta u Splitu

Split, 07.11.2014.

Dr.sc. Andro Bratanić, mob.: 095/3929-865

200,00kn

Ospozobljavanje liječnika za predavače prve pomoći za kandidate za vozače

Hrvatski Crveni križ

Zagreb, 07.-08.11.2014.

Blaženka Ledinsky, mob.: 098/417-730

1250,00kn

C.E.E.A. (Committee for European Education in Anaesthesiology) tečaj edukacije iz anesteziologije s međ.sud.

HLZ, HD za anesteziologiju i intenzivno liječenje

Zagreb, 07.-08.11.2014.

Jadranka Radnić Salijevski, mob.: 091/5097-154

1500,00kn

Hitna medicina u deset koraka

MEF Sveučilišta u Zagrebu

Zaprešić, 07.-09.11.2014.

Dr.sc.Vjekoslav Radeljić, mob.: 099/3787-018,

e-mail: vjekoslav.radeljic@gmail.com

300,00kn

Simpozij – Astma u djece

Sekcija za alergologiju i kliničku imunologiju Hrvatskog pedijatrijskog društva HLZ-a

Zagreb, 08.11.2014.

Darko Richter, tel.: 01/2376-521, mob.: 091/5076-396

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko otvoreno učilište (POUC) Centar, Zagreb

Zagreb, 08.11.2014.

Prof. Mladen Kerstner, mob.: 099/4683-964

750,00kn

Profesionalne bolesti stomatologa

Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 08.11.2014.

Lada Prišlić, tel.: 01/4802-123

700,00kn

Zoonoze i otrovne životinje u humanoj patologiji

Sekcija za zoonoze HD za infektivne bolesti HLZ-a

Zadar, 08.11.2014.

Nenad Pandak, tel.: 035/230-860,

e-mail: nenad.pandak@bolnicasb.hr

Artroskopija kuka

HLZ, HD za sportsku traumatologiju i artroskopiju

Plitvice, 08.11.2014.

Zdravko Jotanović, mob.: 098/9618-540

Tečaj plastične i rekonstruktivne kirurgije adneksa oka

Hrvatsko oftalmološko društvo

Zagreb, 08.11.2014.

Renata Ivezović, mob.: 091/4009-111

300,00kn

Anksiozni poremećaj kod djece i mlađeži

Psihijatrijska bolnica za djecu i mlađež Kukuljevićeva 11

Zagreb, 10.11.2014.

Tajništvo, tel.: 01/4862-501

60,00kn

Ultrasound in primary, emergency & critical care medicine, USLS-BL1 provider

HLZ, HD za internu medicinu

Zagreb, 10.-11.11.2014.

Prof.dr. Radovan Radonić, tel.: 01/2367-483,

mob.: 091/5491-930, e-mail: rradonic@gmail.com

1.000,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb

Zagreb, 10.-14.11.2014.

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,

mob.: 098/235-718

3.500,00kn

Međunarodna regulatorna i farmakovigilancijska konferencija – Hrvatski trag u EU

Agencija za lijekove i medicinske proizvode

Šibenik, 11.-12.11.2014.

Maja Bašić, tel.: 01/4884-371

900,00kn + PDV

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

Razumijevanje gluhoslijepoće te komunikacija s gluhoslijepim osobama

Hrvatski savez gluhoslijepih osoba „Dodir“
Zagreb, 12.-13.11.2014.
Petra Deranja, mob.: 091/3821-924

Radionica: „Pozitronska emisijska tomografija na IRB-u: Vrhunski alat u istraživanju animalnih modela“

Institut Ruđer Bošković
Zagreb, 12.-14.11.2014.
Alfred Švarc, tel.: 01/4561-090

Konzervansi u hrani s posebnim osvrtom na određivanje sorbata i benzoata

ZJZ županije Istarske
Pula, 14.11.2014.
Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

Croatian Virus Workshop – CroViWo

Hrvatsko mikrobiološko društvo
Rijeka, 14.11.2014.
Igor Jurak, tel.: 051/584-580
100,00kn

1st SeENS Endoscopic Pituitary Surgery Workshop; Endoscopic Endonasal Surgery of Pituitary Lesions- Present Advantages and Limits

HD za cerebrovaskularnu neurokirurgiju
Zagreb, 14.11.2014.
Dr.sc. Vatroslav Čerina, mob.: 098/708-643
70,00/100,00EUR

Debljina i poremećaji u jedenju – lice i naličje istog problema

Klinika za pedijatriju KBC Sestre milosrdnice
Zagreb, 14.11.2014.
Prim. Lavinija La Grasta Sabolić, mob.: 099/3787-188
300,00kn

Kontrola krvnog tlaka – ključan čimbenik u prevenciji kardiovaskularnih bolesti

Medikor
Zagreb, 14.11.2014.
Valentina Krikić i Iva Kovačević Pihler, tel.: 01/3689-673
350,00kn + PDV

Belupova škola zdravlja

Belupo d.d.
Opatija, 14.11.2014.
Ivan Kragić, tel.: 01/2481-209, mob.: 098/208-146

Drugi dani humane genetike prof.dr.sc.Ljiljane Zergollern-Čupak

HLZ, HD za humanu genetiku
Zagreb, 14.-15.11.2014.
Ljubica Boban, mob.: 098/803-836,
e-mail: dani.humane.genetike@gmail.com

Škola hitne medicine

HLZ, HD za hitnu medicinu
Zagreb, 14.-15.11.2014.
Višnja Neseck Adam, tel.: 01/3712-359
500,00kn specijalizanti; 700,00kn specijalisti

2. kongres Hrvatskog društva za sigurnost pacijenta s međ.sud. i dodjelom 2. god. nagrade za unapređenje sigurnosti pacijenta

HD za sigurnost pacijenta
Zagreb, 14.-15.11.2014.
Lana Stanković, mag.oec. tel.: 01/2304-444
300,00 – 500,00kn

Ultrazvukom vođena regionalna anestezija

MEF Sveučilišta u Rijeci
Rijeka, 14.-16.11.2014.
Dr.sc. Josip Ažman, dr.med., tel.: 051/407-400
3200,00kn

Radionice za liječnike obiteljske medicine

HLZ, HD za otorinolaringologiju
Varaždin, 15.11.2014.
Prof.dr. Srećko Branica, tel.: 01/2367-578,
e-mail: sbranica@mef.hr

Mjere prevencije infekcija povezanih sa zdravstvenom zaštitom u izvanbolničkim ustanovama

HLZ, HD za kliničku mikrobiologiju
Čakovec, 15.11.2014.
Jasmina Blaha, mob.: 091/4012-622
150,00kn

Ultrazvukom vođena regionalna anestezija gornjih i donjih ekstremiteta

HLZ, HD za regionalnu anesteziju i analgeziju, MEF Osijek i OB Dubrovnik
Dubrovnik, 15.11.2014.
Prof.dr.sc. Kata Šakić, tel./fax.: 01/4648-120, mob.: 098/318-317,
e-mail: ksakichdraa@gmail.com, www.hdraa.com.hr
150,00kn specijalisti, 100,00kn specijalizanti

Training workshop Day Surgery: Making it happen

KBC Zagreb
Zagreb, 16.-17.11.2014.
Prof. Anko Antabak, mob.: 091/4922-260,
e-mail: aantabak@kbc-zagreb.hr
<http://www.iaas-med.com/index.php/introduction#register-croatia>

Individualna psihoterapija djece i mlađeži

Psihijatrijska bolnica za djecu i mlađež Kukuljevićeva 11
Zagreb, 17.11.2014.
Tajništvo, tel.: 01/4862-501
60,00kn

Radiološki prikaz patologije paranasalnih šupljina

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split
Split, 17.11.2014.
Prof.dr.sc. Ante Buča, mr.sc.dr. Ivan Šimundić,
tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592

Porodničke operacije

KB „Sveti Duh“, Klinika za ginekologiju
Zagreb, 17.-21.11.2014.
Biserka Milić, tel.: 01/3712-317
3000,00kn

Razumijevanje gluhoslijepoće te komunikacija s gluhoslijepim osobama

Hrvatski savez gluhoslijepih osoba „Dodir“
Zagreb, 20.11.2014.
Peta Deranja, mob.: 091/3821-924

2. simpozij „Koraci za budućnost bez nasilja“ – Nasilje i mladi

Nastavni zavod za javno zdravstvo županije Primorsko-goranske Opatija, 20.11.2014.
Dr. Iva Sorta-Bilajac Turina, tel.: 051/358-728, mob.: 091/4712-837

1. hrvatski kongres menopauzalne medicine s međ.sud.

HD za menopazu
Zagreb, 20.-21.11.2014.
Maja Orsag, mob.: 091/3330-734
600,00kn

7th Congress of the Croatian Neurosurgical Society

HLZ, Hrvatsko neurokirurško društvo
Zagreb, 20.-22.11.2014.
Studio Hrg d.o.o., Ljubica Grbić, tel.: 01/6110-450;
mob.: 098/210-155; e-mail: kongres@studiohrg.hr;
smmarasanov@gmail.com; www.neurosurgery2014.com

Renesansa primarne zdravstvene zaštite

Centar za izvrsnost medicinskih struka
Opatija, 20.-23.11.2014.
Davor Ranković, mob.: 091/1487-678,
e-mail: info@cims.hr
1.000,00kn

**Dugotrajna parenteralna prehrana u pedijatriji: d
anas i ovdje**

Klinika za dječje bolesti Zagreb
Zagreb, 21.11.2014.
Iva Hojsak, tel.: 01/4600-130

Trening za dispečere medicinske prijavno-dojavne jedinice

HLZ, HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine
Krapinske Toplice, 21.-22.11.2014.
Tel.: 01/4677-362, edukacija.hms@gmail.com;
www.hdhm.com.hr/edukacija
Članovi HLZ HDHM 800,00, ostali 1.000,00kn

Prevencija kardiovaskularnih bolesti

– Žensko srce
MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 21.-22.11.2014.
Doc.dr.sc. Davorka Vrdoljak, tel.: 021/568-696

Dislipidemije – još uvijek neriješen problem

HLZ, Hrvatsko endokrinološko društvo
Rovinj, 21.-23.11.2014.
Vesna Borisavljević, A.T.I.-Putnička agencija, tel.: 052/223-400
500,00kn

Influenca – nepredvidivi virusi i bolest

HLZ, HD za infektivne bolesti – Sekcija za respiratorne infekcije
Zagreb, 22.11.2014.
Jasminka Blaha, mob.: 091/4012-622
200,00kn

Obuka za obnavljanje znanja iz zrakoplovne medicine

Hrvatska agencija za civilno zrakoplovstvo
Zagreb, 22.11.2014.
Matilda Franjković-Rendulić, tel.: 01/2369-317

Urični artritis – uzroci, znaci i dijetetske preporuke

Udruga Medikus
Zagreb, 24.11.2014.
Dr. Vesna Vučićević, mob.: 091/5044-766

Ultazvuk u ginekologiji i porodništvu

KB „Sveti Duh“, Klinika za ginekologiju
Zagreb, 24.11.-19.12.2014.
Biserka Milić, tel.: 01/3712-317
10.000,00kn

75 god. Klinike za kirurgiju lica, čeljusti i usta, XI kongres HDMFK i V kongres HDOK s međ.sud.

KB Dubrava
Zagreb, 27.-29.11.2014.
Marija Juras-Maček, tel.: 01/2903-431
700,00kn bez PDV, 500,00kn bez PDV

Third International Symposium on hypertension ISHO2014

HD za hipertenziju, Mađarsko društvo za hipertenziju, MEF Sveučilišta u Osijeku, MEF Sveučilišta u Zagrebu, MEF Sveučilišta u Pečuhu, HD fiziologa Osijek, 27.-30.11.2014.
Ines.drenjancevic@mefos.hr, tel.: 031/512-800, 031/399-610,
fax.: 031/512-866, jkos@gmail.com, mlaganovic@gmail.com,
web: <http://www.hypertensionshop3.org>

Simpozij povodom svjetskog dana AIDS-a

Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, HD za biosigurnost i biozaštitu
Zagreb, 28.11.2014.
njakopovic@bfm.hr

Trening trijaže u odjelu hitne medicine

HLZ, HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine
Krapinske Toplice, 28.-29.11.2014.
Tel.: 01/4677-362, edukacija.hms@gmail.com;
www.hdgm.com.hr/edukacija
Članovi HLZ HDHM 800,00, ostali 1.000,00kn

PROSINAC**15. simpozij Hrvatskog društva za ginekološku endokrinologiju**

HLZ i Odjela ginekologije OB Zabok – Kontroverze u minimalnoj invazivnoj ginekološkoj kirurgiji uz obilježavanje 40-te obljetnice Odjela ginekologije i porodništva OB Zabok
OB Zabok
Zabok, 01.12.2014.
Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007,
e-mail: mkopjar9@gmail.com, prim.dr.sc. Rajko Fureš,
mob.: 098/251-966
700,00kn specijalisti, 500,00kn specijalizanti, umirovljenici besplatno

15. hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije s međ.sud. „Kurt Semm“

OB Zabok
Zabok, 01.-05.12.2014.
Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007,
e-mail: mkopjar9@gmail.com;
Dr. Igor Marićić, mob.: 098/9061-583,
7.600,00kn

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju Zagreb
Zagreb, 01.-05.12.2014.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713; dr. Vera Rakić-Erštek,
mob.: 098/235-718
3.500,00kn

Opstetrička pelveoperineologija jučer, danas, sutra

HLZ Podružnica Šibenik
Šibenik, 05.12.2014.
Danira Rupić, mob.: 091/3344-864
300,00kn ginekolozi, 100,00kn primalje

Ultrazvučna dijagnostika sustava za kretanje u djece i adolescenata

HD za dječju ortopediju HLZ-a
Zagreb, 05.-06.12.2014.
Fax.: 01/2379-913, tel.: 01/2368-911,
e-mail: ortopedija@kbc-zagreb.hr; ortopedija@yahoo.com
2000,00kn

Trening trijaže u odjelu hitne medicine

HLZ, HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine
Vinkovci, 06.-07.12.2014.
Milena Car, tel.: 01/4677-362,
e-mail: edukacija.hms@gmail.com; hdhm.com.hr/edukacija
Članovi HLZ HDHM 800,00kn, ostali 1000,00kn

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

Žalovanje

HD za psihanalitičku psihoterapiju Zagreb, 12.-13.12.2014.
Vivian Michel Kranjec, tel.: 01/2388-394
600,00kn specijalisti, 300,00kn ostali

Akupunktura u liječenju боли

HLZ, HD za liječenje боли Osijek, 12.-14.12.2014.
Andrea Mršo, tel.: 031/511-531,
e-mail: mrsoandrea385@gmail.com; www.hdlb.org
2.500,00kn

Neurointervencijski postupci – prva iskustva u Kliničkom zavodu za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split

HLZ, HD radiologa, Sekcija za radiologiju Split Split, 15.12.2014.
Prof.dr.sc. Ante Buča, mr.sc.dr. Ivan Šimundić,
tel.: 021/556-243, fax.: 021/556-592

2015. OŽUJAK**Autoimune neuromuskularne bolesti**

Klinika za neurologiju KBC Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu, HLZ, HKL Zagreb, 27.03.2015.
Milica Jug, vft, tel.: 01/2376-408,
e-mail: ervina.bilic@mef.hr; predbiljezbe.emg.nrl@kbc-zagreb.hr
600,00kn specijalisti, 300,00kn specijalizanti, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

TRAVANJ**22. kongres liječnika obiteljske medicine**

HUOM
Varaždin, 09.-11.04.2015.
Horizont, putnička agencija d.o.o., tel.: 042/395-111
1500,00- 1900,00kn

SVIBANJ**3. hrvatski epidemiološki kongres s međ.sud.
– Od prve karantene do moderne epidemiologije**

Conventus Credo d.o.o.
Šibenik, 07.-09.05.2015.
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580,
e-mail: info@conventuscredo.hr
Rana kotizacija: 1500,00kn (do 15.03.2015.)
Kasnja kotizacija: 1700,00kn (od 16.03.2015.)