

# Lijecničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEĆNIČKE KOMORE



TEMA BROJA

**Transplantacijska  
medicina**

**Hrvatska  
na vrhu svijeta**

## 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 Lovasić  
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@hlk.hr](mailto:hlk@hlk.hr) ili izravno uredniku.  
Članci ne podliježu recenziji i uredništvo  
se ne mora slagati s mišljenjem autora.  
Članci se mogu pretiskati samo uz naznaku izvora.  
Mali oglasnici je za članove Komore besplatan.

Temeljem odluke Ministarstva zdravstva i socijalne skrb 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 obavje-  
šćivanja o liječnicima, homeopatskim i medicinskim proizvo-  
dima (NN br. 62/05).

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

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@hlk.hr](mailto:andreja.santek@hlk.hr)

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

LIJEĆNIČKA KOMORA NA INTERNETU  
[www.hlk.hr](http://www.hlk.hr) • e-mail: [hlk@hlk.hr](mailto:hlk@hlk.hr)

## RIJEČ PREDSJEDNIKA .... 4

Napadi na liječnika

## IZ KOMORE .... 5

10. sjednica Vijeća Komore

31. sjednica Izvršnog odbora

Sjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti

## NASILJE NAD LIJEĆNICIMA .... 11

Komora reagirala na napade

Brutalan napad na HMP u Sisku

Dr. Andelko Kovač napadnut bombom

KOHOM, MUP i Hrvatski zavod za hitnu medicinu o napadu

## IZ HRVATSKOG LIJEĆNIČKOG ZBORA .... 18

39. Susret liječnika iz Mainza i Zagreba

## IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA .... 20

HUBOL o bolničkom sustavu • Ljekarnici i bezreceptni lijekovi • Alergijska astma

Suradnja MEF-a i DZ-a Zagreb Centar • Dan ljekarni • Suradnja liječnika i ljekarnika

ORL sekcija i bord UEMS-a • O onkologiji u HAZU-u • Reumatlon • Aspirin

## TRANSPLANTACIJSKA MEDICINA .... 28

Razgovor s dr. Miremom Bušić i dr. Stipislavom Jadrijevićem

## ZAGREBAČKI MODEL UTVRĐIVANJA ETIOPATOGENEZE .... 34

O etiopatogenetskim algoritmima i čvorovima

Poremećaji hidracije i elektrolita u tijelu – V. dio

## IZ AKADEMIJE MEDICINSKIH ZNANOSTI HRVATSKE .... 41

Osnivanje podružnica u Rijeci i Splitu

## NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE .... 43

### NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA .... 57

Neuropsihijatri u Puli • O moždanom udaru u Dubrovniku • Kongres hematologa u Rovinju  
O unosu soli u Vukovaru • O starenju zdjelice i inkontinenciji u Zagrebu

### COCHRANE ZANIMLJIVOSTI .... 60

Epiduralna analgezija tijekom porođaja

### FARMAKOVIGILANCIA .... 63

Poruke iz HALMED-a i PRAC-a

### PISMA ČITATELJA .... 64

Palijativna skrb i JIL-ovi • Kopotentnost u plastičkoj kirurgiji

## IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE .... 67

Ratni dnevnik jednoga kirurga • Ivan Žirovčić i hrvatska psihijatrija

## USPOMENE I SJЕĆANJA .... 77

Prof. Boranić: Miris baruta

## ZANIMLJIVA LIČNOST .... 82

Pismo iz džungle Borke Cafuk

## HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI .... 83

Prim. Radoslav Škarica

## LIJEĆNICI LIKOVNI UMJETNICI .... 86

Fotografije doc. Marka Jukića

## UREDNIKOV KUTAK .... 88

## NOVE KNJIGE NAŠIH LIJEĆNIKA .... 90

## KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA .... 91

Fotografiju na naslovnici snimila Andreja Šantek

Dio transplantacijskog tima iz bolnice Merkur

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

# Napadi na liječnike

• Lijepo je čuti kako s izlaskom HZ-ZO-a iz državne riznice možemo očekivati bolju zdravstvenu zaštitu, iako će se za zdravstvo izdvajati oko miliјardu kuna manje. Ministar zdravlja je u to siguran. Komora se uvijek zalagala da se novac namijenjen zdravstvu koristi isključivo u tu svrhu.

Međutim, uz ova prava iz zdravstvenog osiguranja i s ovako malim sredstvima (manje od 500 eura po osiguraniku) teško ćemo moći pružiti našim pacijentima jednako kvalitetnu zdravstvenu zaštitu kao u bogatijim državama EU, gdje se u absolutnom iznosu izdvaja četiri do pet puta više novaca. To može izazvati nezadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga koji žele ostvariti svoja prava i traže najbolje i u što kraćem roku. Pritisak na liječnike u svim dijelovima zdravstvenog sustava i sada je vrlo velik. Pacijenti traže ono što im je zakonom zajamčeno.

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti, osim zdravstvenih usluga, traže se i svakojake potvrde. Važećim Zakonom o sigurnosti u prometu svaki liječnik obvezan je prijaviti sve promjene zdravstvenog stanja pacijenta s vozačkom dozvolom, koje bi utjecale na sigurnost upravljanja motornim vozilom. Ako to ne učini, a takav pacijent izazove prometnu nezgodu, liječnik se smatra odgovornim. Čini se logičnim, ali bi tada svaki pacijent svom doktoru trebao, osim zdravstvene iskaznice, predočiti i vozačku dozvolu.

Ova zakonska odredba zapravo je apsurdna i dodatno optereće liječnike u njihovom radu. Događalo se i da u slučaju takve prijave pacijent misli da ga je njegov liječnik oštetio. To, uz možebitne tužbe, može biti i povod neposrednog agresivnog ponašanja pacijenta.

Svjedoci smo sve češćih i sve težih fizičkih napada na liječnike. Dr. **Andelko Kovač** nedavno je bio izložen napadu bivšeg pacijenta ručnom bombom u ordinaciji, a samo njegovom hrabrošću i brzom reakcijom izbjegнута je tragedija.



Više o tom događaju, kao i o napadu na osoblje hitne pomoći u Sisačko-moslavačkoj županiji, možete pročitati u ovom izdanju LN-a.

Kao predsjednik Komore svih liječnika najoštrije osuđujem ovakva ponašanja prema liječnicima i tražim od nadležnih službi i institucija da počinitelje čim prije i što oštrije kazne.

Nezadovoljstvo pacijenata moguće je i onda kada se provodi jeftinija terapija generičkim lijekovima, jer se u javnosti najčešće smatra da su ti lijekovi manje vrijedni s obzirom na to da su jeftiniji. Hrvatsko društvo za kliničku farmakologiju HLZ-a održalo je stručni sastanak pod naslovom „Generički lijekovi – zašto su ponovno aktualna tema?“ Bila mi je čast na tom skupu održati predavanje o autonomiji liječnika u propisivanju terapije.

Zastupao sam stav da liječnik mora propisati lijekove svojim pacijentima koristeći samo svoje znanje i iskustvo. Poznato je da su sredstva za lijekove limitirana i da se moraju racionalno koristiti. Stoga HZZO kao osiguravatelj ima pravo odrediti da se u okviru osnovnog zdravstvenog osiguranja propisuju jeftiniji lijekovi istog djelotvornog sastava, ali mora dozvoliti nadoplatu za skuplji lijek. Ali prije svega, naravno, sve to treba i zakonski regulirati.

Završena je javna rasprava o izmjenom „Nacionalnom planu hrvatskih bolnica

2014. do 2016.“ Rasprava je bila „on-line“, a Komora nije dobila nikakav službeni zahtjev za davanje primjedbi, te smo i ovaj put kao profesionalna organizacija bili u istom položaju kao svaki građanin Hrvatske. Naše primjedbe još su ranije objavljene na našoj web stranici, a odnose se na onaj prethodni, prezentirani nam Plan. Žao nam je što unatoč više puta ponovljenom zahtjevu, nikada nismo dobili na uvid nalaze vanjskih konzultanata jer tada bismo zasigurno imali bolji uvid u temelje donošenja odluka pri izradi Plana. U novom planu uvažene su neke naše primjedbe, a provedba će značajno ovisiti o postignutom konsenzusu ne samo stručnom, nego i političkom, posebice među županijama.

Ovih dana HZZO je objavio listu bolnica koje su prema njegovim kriterijima zadovoljile svoje ugovorene obveze ispunjavajući i pet kriterija što ih je HZZO odabrao za praćenje uspješnosti rada bolnica. Saznali smo da je Opća županijska bolnica u Požegi na prvom mjestu prema promatranim kriterijima. Čestitamo svim bolnicama koje su se uspjele prilagoditi ugovornim obvezama i pokazati svoju uspješnost u njihovoj realizaciji. Međutim, upozoravamo da se na ovaj način može nepotrebno uznemiriti pacijente i narušiti ugled nekih kliničkih bolnica koje su nesumnjivo, prema medicinskim kriterijima uspješnosti i prema svim edukacijama koje se u njima provode, na samom vrhu zdravstvenog sustava u Hrvatskoj, a prema nekim pokazateljima i u svijetu.

Podsjećamo da je akreditacija ustanova u zdravstvu definirana Zakonom o kvaliteti te da ima svoj vrlo precizan i složen postuoak, a da uvođenje pokazatelja (indikatora) kvalitete u sustav zdravstva predstavlja dugotrajan proces. Stoga u svijetu postoje priznati standardi koji se moraju postaviti prije bilo kakve procjene. Postupak akreditacije i pripreme za nju moraju biti neovisni, kako od državne zdravstvene vlasti, tako i od osiguravatelja koji uslužu plaćaju. Na zamolbu Samostalnog sindikata energetike, kemije i nemetalnog Hrvatske - podružnica Imunološki zavod, a imajući u vidu ugled, dugogodišnje iskustvo i potencijale Zavoda u proizvodnji virusnih i bakterijskih cjepiva, krvnih pripravaka i antitoksina, Komora je izrazila pisano podršku opstanku Zavoda, jer smatramo kao liječnici i kao korisnici proizvoda Zavoda, da njegov opstanak predstavlja strateški interes zdravstva i našeg društva u cijelini.

Približavaju se predsjednički izbori u Hrvatskoj. Iako službeno kampanja nije još počela, mediji su puni izjava predsjedničkih kandidata. Već sada se uočava žestoka borba za pridobivanje što većeg broja glasova birača. Pri tome je došlo do neprihvatljivih izjava aktualnog predsjednika i jednoga kandidata koji je naš kolega. Zbog toga smo se obratili javnosti priopćenjem, koje je odmah objavljeno. Nadam

se da ste ga vidjeli, kao i ispriku predsjednika **Josipovića**. O svemu više na stranicama ovog broja našega glasila.

Postupak relicenciranja za gotovo polovicu našeg članstva je u tijeku i odvija se prema planu. Vjerujem da će se kao i do sada uspješno završiti i uz pomoć naših kolega koji posjećuju ovih dana sve veće zdravstvene ustanove i prikupljaju dokumentaciju od kolega, članova Komore.

Uz ovaj veliki posao pripremamo izvanrednu skupštinu na kojoj, između ostalog, želimo usvojiti izmjene pravilnika o izboru tijela Komore. Izmjene će poboljšati i olakšati izborni postupak za koji pravni stručnjaci kažu da je jedan od najdemokratičnijih.

Pravilnik o užim specijalizacijama ponovno je na snazi i važi šest mjeseci od dana objave u Narodnim novinama, točnije do svibnja 2015. Naputak o postupanju možete naći na našoj web stranici. Podsećam da smo se u interesu svojih članova zalagali za ovaj akt, kako bismo omogućili našim kolegama stjecanje uže specijalizacije, a najviše onima koji zbog naglog ukidanja starog Pravilnika u prosincu 2013. nisu uspjeli na vrijeme pribaviti potrebna mišljenja stručnih društava i dovršiti započete postupke.

Iz medija doznajemo da je u završnoj fazi pripreme novi Pravilnik o uvjetima za dobivanje odobrenja za rad kod drugog poslodavca. Iako smo tražili da se taj pravilnik doneše, do sada iz Ministarstva zdravlja nismo dobili zahtjev za davanje mišljenja na taj pravilnik. Naš stav je jasan. Svaki liječnik u svojoj matičnoj ustanovi mora obavljati svoj posao sukladno ugovoru o radu. Onome kto može i želi, treba se dopustiti da radi i kod drugog poslodavca.

Nakon ulaska u EU svaki doktor s našom licencom može povremeno i privremeno raditi u jednoj od država članica i bez odobrenja ravnatelja ili ministra zdravlja, pa zašto to isto ne može raditi u Hrvatskoj? Jedini uvjet je da u svojoj matičnoj ustanovi odradi svoj posao, što je i inače dužan činiti.

Približava se kraj ove godine u kojoj je bilo puno događaja u svijetu i kod nas koji su sigurno utjecali na našu profesiju. Nadam se da ćemo i dalje (u bilo kojim okolnostima!) časno i stručno obavljati svoj posao.

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

.....

## 10. sjednica Vijeća Komore

# Usvojen novi Pravilnik o trajnoj medicinskoj izobrazbi

Tekst i slike Andreja Šantek



Radna atmosfera na sjednici Vijeća

- Vijeće je na svojoj 10. sjednici održanoj 14. studenoga prihvatio novi Pravilnik o trajnoj medicinskoj izobrazbi, čime Hrvatska ulazi u krug zemalja s modernim Pravilnikom koji prati trendove u edukaciji, i to ponajprije na korist svojim članovima. Predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** Pravilnik će predstaviti na godišnjem zasjedanju posebnog odbora Europske udruge liječnika specijalista (UEMS) krajem studenoga u Bruxellesu, kada se očekuje i svečano potpisivanje sporazuma o suradnji između naše Komore i UEMS-a, koji u ovoj oblasti djeluje posredstvom svog tijela, Europskog akreditacijskog vijeća za trajnu medicinsku izobrazbu (EACCME). Ovim sporazumom Komora će postati nacionalno akreditacijsko tijelo koje aktivno sudjeluje u akreditaciji stručnih skupova pred UEMS-om.

UEMS je u siječnju 2000. uspostavio EACCME radi poticanja primjene visokih standarda u razvoju, provedbi i usklađenju trajne medicinske izobrazbe (TMI) i trajnog stručnog usavršavanja (TSU). UEMS/EACCME je uspostavio međunarodni sustav za akreditaciju TMI događanja uživo i akreditaciju materijala za e-učenje te uveo zajedničku jedinicu za bodova-

nje aktivnog sudjelovanja u trajnoj medicinskoj izobrazbi, europski TMI bod. UEMS/EACCME služi kao središnja poveznica između nacionalnih akreditacijskih tijela, specijalističkih odsjeka i odbora UEMS-a, europskih odbora za akreditaciju specijalističkih programa te organizatora međunarodnih aktivnosti na trajnoj medicinskoj izobrazbi i trajnom medicinskom usavršavanju. Akreditacija koju dodjeli UEMS/EACCME automatski će se priznavati u svim zemljama u Europi i onih izvan nje čija su nacionalna akreditacijska tijela potpisala sporazum s UEMS/EACCME-om.

Zamjenik predsjednice Povjerenstva za TMI i član Vijeća, prim. dr. **Ninoslav Leko**, predstavio je novi Pravilnik kojim se nastojalo osuvremeniti pojedine odredbe dosad važećeg Pravilnika, precizirati postojeće odredbe definicije pojedinih stručnih skupova, uskladiti odredbe Pravilnika s preporukama europskih tijela nadležnih za TMI, poput UEMS-ovih smjernica, ali i nomotehnički ga doraditi. S obzirom na to da su predložene promjene brojne, ali i suštinske, rekao je prim. Leko, Povjerenstvo je predložilo donošenje novog Pravilnika koji će zamijeniti trenutno važeći. Najistaknuti-



Zamjenik predsjednika Vijeća dr. Ivan Horvatek,  
predsjednik Vijeća mr. sc. Marijan Česarik i predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo

je promjene u prijedlogu novog Pravilnika odnose se na uvođenje novih kategorija stručnih skupova (domaći kongres s međunarodnim sudjelovanjem, usko specifična izobrazba iz pojedinog područja medicine, e-learning, mogućnost bodovanja mentorstva doktorandu, prikaz slučaja iz prakse objavljen u Liječničkim novinama), zatim preciziranje satnice trajanja domaćih i međunarodnih tečajeva, preciziranje uvjeta za obnavljanje licence, načina prijave stručnih skupova i postupovnih odredbi o donošenju odluke o kategorizaciji i bodovanju prijavljenih skupova, zatim brisanje poglavlja o potvrđnicama i uvođenje poglavlja o elektronskom pripisu bodova. Bodovne tablice su radi bolje preglednosti navedene u posebnom dijelu (Prilogu) koji čini sastavni dio Pravilnika. Novi Pravilnik stupa na snagu 22. studenoga 2014. a bit će objavljen na web stranici Komore na hrvatskom i engleskom jeziku. Isto tako, slijedi i objava na „žutim stranicama“ Liječničkih novina.

## Pravilnik o izboru tijela HLK-a na dodatnu raspravu

Članovi Vijeća raspravljali su i o prijedlogu Pravilnika o izboru tijela HLK-a koji je izradila radna grupa Vijeća pod vodstvom doc. dr. Vladimira Mozetiča. Članovi Vijeća zaključili su da je riječ o izuzetno važnom Pravilniku te su zatražili dodatno vrijeme kako bi o prijedlogu radne grupe još jednom raspravili s članovima svojih županijskih povjerenstava. Vijeće je odlučilo da se županijskim povjerenstvima odobri dodatan rok tj. do 21. studenoga ove godine do kada radnoj grupi moraju dostaviti svoje prijedloge. Radna grupa će nakon toga, uvažavajući prijedloge i sugestije, izraditi koначan prijedlog Pravilnika, o kojem će Vijeće



Zamjenik predsjednice  
Povjerenstva za medicinsku  
izobrazbu doktora  
prim. dr. Ninoslav Leko

raspravljati na sjednici u prosincu. Ka Vijeće usvoji prijedlog Pravilnika, prosljedit će ga delegatima Skupštine koji će o njemu raspravljati na izvanrednoj sjednici Skupštine u siječnju. Na sjednici Vijeća sudjelovao je i dr. Krešimir Luetic, tajnik Hrvatske udruge bolničkih liječnika (HUBOL) i delegat u Skupštini, koji je iznio prijedloge ove udruge na izborni sustav Komore. To se, prije svega, odnosi na uvođenje novog modela, tzv. elektroničkog glasovanja, te prijedlog da predsjednika Komore neposredno biraju svi članovi Komore. Radna grupa je predložila da se elektronsko glasovanje razmotri kao mogućnost za budućnost, ali da se za sada i dalje nastavi primjenjivati dosadašnji način, uz neka poboljšanja. Novost koja bi trebala modernizirati pizborni postupak i omogućiti veću kvalitetu i sigurnost jest prijedlog da glasački listići budu numerirani i dodatno zaštićeni suhim žigom kako bi se spriječile moguće zloporabe te da se prebrojavanje glasova obavi u sjedištu Komore, u organizaciji Središnjeg izbornog povjerenstva. Raspravljalo

se i o prijedlogu da se utvrde funkcije koje u Komori mogu obavljati umirovljeni liječnici. S druge se pak strane moglo čuti da je ovakva odredba protuustavna i diskriminirajuća te da svi članovi Komore imaju pravo birati i biti birani. Raspravljalo se i o prijedlogu Radne grupe da se neke od dužnosti u tijelima Komore (član Skupštine, Vijeća, Izvršnog odbora, predsjednik i dopredsjednik) smatraju nespojivima s obavljanjem državnih i javnih funkcija, kao i u slučaju kad Časni sud Komore proglaši kandidata nedostojnim zbog pravomoćne presude za kazneno djelo. Neki članovi Vijeća imali su primjedbe i na prijedlog da članovi županijskih povjerenstava između sebe biraju predsjednika i dopredsjednika te ponudili su suprotan prijedlog: da predsjednik županijskog povjerenstva, povjerenstva HZZO-a i MORH-a bude onaj tko je dobio najviše glasova.

## Ostale odluke

Vijeće je usvojilo i izmjene i dopune Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Komore. Između ostalog, nadopunjeno je članak 30. koji govori u kojim slučajevima predsjednik Komore donosi rješenje o odbijanju zahtjeva za pristup informacijama. Novi članak glasi: „Predsjednik Komore donosi rješenje kojim odbija zahtjev za pristup informacijama, u sljedećim slučajevima:

- ako se radi o informacijama koje se tiču postupaka što ih vode nadležna tijela u predistražnim i istražnim radnjama za vrijeme trajanja tih postupaka,
- ako je tražena informacija proglašena poslovnom ili profesionalnom tajnom, sukladno zakonu, a nakon provedenog testa razmjernosti i javnog interesa utvrđeno je da se pristup informaciji treba ograničiti,
- ako je tražena informacija proglašena poreznom tajnom, sukladno zakonu, a nakon provedenog testa razmjernosti i javnog

interesa utvrđeno je da se pristup informaciji treba ograničiti,

- ako utvrdi da nema osnove za dopunu ili ispravak dane informacije,

• ako se traži informacija koja se ne smatra informacijom u smislu odredbi Zakona o pravu na pristup informacijama.

Vijeće je prihvatiло i izmjene i dopune Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licence). Među ostalim, nadopunjeno je članak 40. koji govori o rokovima u kojima se podnosi zahtjev za obnavljanje licence. Liječnik kojemu je izdana redovna licenca dužan je zahtjev za obnavljanje redovne licence podnijeti predsjedniku najkasnije tri mjeseca prije isteka roka na koji mu je licenca izdana. Novi stavak ovog članka govori da liječnik koji ne podnese zahtjev u predviđenom roku može ga podnijeti najdulje u roku od šest godina, računavši od datuma isteka važeće licence. Nakon tog roka licencu će moći obnoviti samo uz prethodnu provjeru sposobljenosti.

Dosadašnji stavak koji propisuje da je liječnik kojemu je izdana privremena licenca dužan zahtjev za obnavljanje privremene licence podnijeti predsjedniku najkasnije na dan prestanka važenja licence također se nadopunjuje i to na način da se zahtjev može podnijeti najdulje u roku od jedne godine računavši od datuma isteka važeće licence. Po proteku toga roka, licencu može obnoviti samo uz prethodnu provjeru sposobljenosti. Najdulji rok u kojem se može podnijeti zahtjev propisan je i za liječnike umirovljenike. Naime, do sada su za-



Predsjednica  
Povjerenstva  
Karlovačke županije  
dr. Mira Mlinac-Lucijanić  
i predsjednik  
Povjerenstva MORH-a  
dr. Darko Dogan

htjev bili dužni podnijeti najkasnije tri mjeseca prije isteka roka na koji je licenca izdana. Novi stavak glasi da ako „liječnik umirovljenik kojemu je izdana privremena licenca ne podnese zahtjev u propisanom roku, može ga podnijeti najdulje u roku od onog razdoblja na koje mu je privremena licenca izdana, računavši od datuma isteka važeće licence. Nakon tog roka licencu može obnoviti samo uz prethodnu provjeru sposobljenosti.“

Vijeće je usvojilo i Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o provođenju izobrazbe kandidata za stalne sudske vještak. Kandidatima, za koje iz opravdanih razloga (npr. premalog broja prijavljenih kandidata u duljem vremenskom periodu) ne postoji mogućnost organiziranja teorijskog dijela nastave, omogućeno je alternativno rješenje tj. da pristupe

pismenom i usmenom ispitu bez prethodno odslušanih predavanja. Nakon toga slijedi imenovanje mentora i rad pod njegovim nadzorom u trajanju od tri do šest mjeseci, objasnila je tajnica Komore **Nikolina Budić**, dipl. iur.

Ministarstvo zdravlja obavijestilo je Komoru o stavu Ministarstva financija da liječnici koji obnavljaju licencu ne moraju plaćati upravnu pristožbu. Kako je Komora izašla u susret liječnicima koji su redovito plaćali članarini i za njih plaćala upravnu pristožbu u iznosu od 70 kuna, do sada je u tu svrhu potrošeno oko 60.000 kuna. Rizničar prim. dr. **Vjekoslav Mahović** rekao je kako nije sigurno da će Komora uspjeti povratiti taj novac. No, unatoč tome, Komora će pokrenuti postupak za povrat novca.

.....

## 31. sjednica Izvršnog odbora

# Liječnicima u PZZ omogućiti rad izvan radnog vremena

Tekst i slike Andreja Šantek

- Izvršni odbor održao je svoju redovitu 31. sjednicu 24. listopada ove godine, a predsjednik prim. dr. **Hrvoje Minigo** izvjestio ga je aktivnostima Komore između dviju sjednica.

Također ih je izvijestio o neugodnim događajima u kojima su se našli liječnici dok su obavljali svoj posao (više o tome u nastavku) kao i o neprimjerenim izjavama predsjednika

RH **Ive Josipovića** i njegovog protukandidata prof. dr. **Milana Kujundžića** (opšrinje također u nastavku).

Predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu dr. **Senad Muslić** predstavio je zaključke Povjerenstva koji su usvojeni na sjednici 27. rujna. S obzirom na to da je u okviru Novog modela ugovaranja omogućeno organiziranje liječnika koncesionara kroz skupnu praksu i unutar toga dodatan novac za zapošljavanje dodatne medicinske sestre, rekao je dr. Muslić, a koncesionarima u djelatnosti dentalne medicine mogućnost zapošljavanja dodatnog doktora dentalne medicine,

Povjerenstvo je predložilo da se isto omogući i u skupnoj praksi u djelatnosti opće/obiteljske medicine, tj. u drugim djelatnostima primarne zaštite. Vezano uz organizaciju zamjena u ordinacijama koncesionara zbog, primjerice, iznenadnog bolovanja, Povjerenstvo potrebnim smatra izmjeniti ugovorne akte na taj način da je, u slučaju hitnih neplaniranih izostanaka s posla dom zdravlja obvezan orga-



Predsjednik Radne grupe za izmjenu Pravilnika o izborima tijela doc. dr. Vladimir Mozetić, tajnica Komore Nikolina Budić, dipl. iur. I članica Izvršnog odbora prim. dr. Katarina Sekelj Kauzlaric

nizirati zamjenu. Povjerenstvo također traži da se onima koji nisu potpisali Novi model ugovaranja uvede novi DTP vezan uz pregled turista kao i onima koji su ga potpisali te da im se plati sav obavljen posao tijekom turističke sezone. Povjerenstvo će od HZZO-a zatražiti podatke o broju potpisnika/nepotpisnika novog modela te koliko je potpisnika ostvarilo pun iznos prihoda. Povjerenstvo smatra da i nadalje treba inzistirati na izmjeni uvjeta ugovaranja tako da Upravno vijeće HZZO-a ne može samostalno odlučivati o promjeni vrijednosti koeficijenata za dijagnostičko-terapijske postupke.



Delegat Skupštine dr. Galibedin Galijašević sudjelovao je u radu Radne grupe za izmjenu pravilnika

U vezi s izmjenama Zakona o zdravstvenoj zaštiti koje su županije osloboidle obveze plaćanja zakupnina domovima zdravlja, kao i s neujednačenom praksom pojedinih domova zdravlja glede namjere naplate različitih visina naknada za zakupninu, Povjerenstvo je zaključilo da nije prihvatljivo da koncesionari uz postojeći koncesijsku naknadu od 1250 kuna plaćaju domovima zdravlja zakupninu u iznosu od 1250 kuna plus PDV te predlažilo da se koncesijska naknada smanji na 1 ili 10 kuna, a da PDV na zakupninu bude uključen u bruto iznos zakupnine od 1250 kuna. Dodatna je mogućnost da se sukladno odluci HZZO-a poveća 'hladni pogon' za iznos troškova zakupa prostora. Povjerenstvo uvažava obvezu plaćanja

troškova zakupa, rekao je dr. Muslić, međutim inzistira da se to na jedinstven način riješi na razini Ministarstva i županija, s obzirom na to da će kolege u nekim županijama imati dodatan trošak u odnosu na ostale županije.

Dr. Muslić rekao je i da Povjerenstvo ne podržava sudjelovanje obiteljskih liječnika u ambulantama za akutna stanja u sklopu bolničkih Objedinjenih hitnih prijema budući da nisu uvedene na prijedlog struke i temeljem stručno opravdanih razloga. Liječnici smatraju da je potrebno smanjiti priljev pacijenata, a ne otvarati nove vikend ambulante, ali i da bi pacijenti trebali sudjelovati u troškovima neopravdanih dolazaka i korištenja usluga Objedinjenog hitnog bolničkog prijema. S obzirom na to da u nekim područjima liječnici opće/obiteljske medicine sudjeluju u dežurstvima u ustanovama za hitnu medicinu i da su za isti posao plaćeni manje od zaposlenika tih istih ustanova, Povjerenstvo traži izjednačavanje cijena rada među kolegama. Također će od HZZO-a tražiti i da se liječnicima u PZZ-u omogući rad izvan radnog vremena i pružanje dodatnih usluga poput UVZ pregleda koje bi pacijenti sami plaćali, uz pisanu suglasnost. Također, Povjerenstvo ponovo predlaže uvođenje vremenskih normativa u PZZ kao i donošenje odluke o najvećem mogućem broju određenih DTP-a tijekom radnog vremena, a izvan radnog

vremena, uz pisanu suglasnost pacijenata, mogućnost naplate prema cjeniku Komore.

Predsjednik Radne grupe Vijeća za izmjene i dopune Pravilnika o izboru tijela Komore doc. dr. sc. **Vladimir Mozetić** predstavio je pristigle prijedloge županijskih povjerenstava. Podsjetio je kako se 14. studenoga održava sjednica Vijeća Komore do kada trebaju biti gotovi konačni prijedlozi kako bi sve bilo spremno za izvanrednu Skupštinu Komore koja će se održati do kraja siječnja. Doc. Mozetić kaže da su postojeći problemi definirani na tri razine, a odnose se na temeljna prava, postupak izbora i organizacijsko-tehničke pojedinosti. Prilikom izrade novih prijedloga, nastavlja doc. Mozetić, držali su se nekoliko osnovnih načela, a među njima je poštivanje hijerarhije pravnih propisa, da izmjene moraju biti sukladne Zakonu o liječništvu te da se unaprijede tehnička pravila radi unapređenja provedbe postupka izbora. Izmjene Pravilnika o izboru tijela Komore reflektirat će se na Statut, čije izmjene su moguće na Skupštini, a stupit će na snagu kada ministar zdravlja na njih da svoju suglasnost. Prijedlozi izmjena odnose se na različite teme, kao što su način glasovanja, problem reprezentativnosti svih grupacija u Skupštini, zastupljenost prema broju članova po županijama, ukidanje pojedinih povjerenstava, način kandidiranja sukladno radnom statusu te usuglašavanje s pravnim aktima.

Izvršni odbor donio je odluku o potpisivanju Sporazuma o suradnji s UEMS/EACC-ME-om te o partnerskom sudjelovanju u projektu HZZO-informacijski sustav za liječnike (HZZO ISL+). Na sjednici se raspravljalo i o nacrtima prijedloga Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licence), Pravilnika o trajnoj medicinskoj izobrazbi te Pravilnika o izobrazbi kandidata za stalne sudske vještak.

••••



Savjetnik predsjednika za odnose s HZZO-om prim. dr. Josip Jelić, predsjednik Povjerenstva za PZZ dr. Senad Muslić i predsjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika prof. dr. Tatjana Jeren

# Predsjednik Komore reagirao na neprimjerene izjave predsjednika Josipovića

• Predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** reagirao je 21. listopada priopćenjem na izjave predsjednika RH **Ive Josipovića** i predsjedničkog kandidata prof. dr. **Milana Kujundžića** o plavim kovertama i psihijatrijskim pregledima. Prim. Minigo naveo je kako je neugodno iznenaden retorikom predsjednika Josipovića i prof. Kujundžića u međusobnim političkim obračunima, a posebice činjenicom da predsjednik Josipović jednu važnu i poštenu profesiju kao što je liječnička proglašava korumpiranom. Liječnici časno i odgovorno obavljaju svoj posao, naveo je prim. Minigo, te je pozvao predsjednika Josipovića da ako ima saznanja o koruptivnim radnjama neka ih prijavi nadležnim institucijama. U suprotnom molimo predsjednika da se suzdrži od ovakvih paušalnih ocjena na račun liječnika te da im se ispriča zbog ovakvih svojih izjava. Prim. Minigo

također je pozvao prof. Kujundžića da nadalje u svojim istupima brani čast i ugled svoje profesije te da je ne koristi za obračune sa svojim protukandidatima.

Već idući dan prim. Minigu stiglo je pismo predsjednika Josipovića koje prenosimo u cijelosti.

**Poštovani dr. Minigo,**

*hvala Vam na dopisu u kojem iznosite svoje reagiranje na polemiku s prof. Kujundžićem.*

*Slažem se s Vama da ni o jednoj profesiji ne treba iznositi paušalne (negativne) ocjene. Žao mi je ako je tko shvatio da svojom reakcijom želim omalovažiti ili uvrijediti liječničku struku. Ali, moja se šala, koja je uslijedila kao odgovor na neprofesionalni i neetični prijedlog protukandidata (želio me*

*pregledati kao psihičkog bolesnika pred kamarama), vrlo jasno odnosila isključivo na njega i ni u jednom trenutku nije mišljena kao karakterizacija cijele profesije.*

*Zapravo, teza o „kuverti“ nije ni karakterizacija mog protukandidata (o njemu malo znam kao liječniku). Riječ je o šali kojoj je jasna namjera do apsurda dovesti njegov neetični poziv na pregled. To je potpuno razvidno iz konteksta cijele izjave.*

*Zato, molim Vas da ovo pismo učinite dostupnim svojim članovima, posebno onima koji nisu vidjeli cijeli kontekst izjave, te da im prenesete kako iznimno uvažavam liječničku profesiju. Uostalom, moja dosadašnja suradnja s Komorom i drugim institucijama vezanim za zdravstvo to jasno pokazuje.*

*Vama osobno, Komori i svim liječnicima želim uspješan rad i svako dobro, i na profesionalnom, i na osobnom planu.*

**Ivo Josipović,  
predsjednik Republike Hrvatske**

.....

## Sjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti

# Predstavljen Centar za planiranje zanimanja u biomedicini i zdravstvu MEF-a u Zagrebu

• Povjerenstvo za ostale liječničke djelatnosti održalo je još jednu tematsku sjednicu. Ovaj put posvećenu grupaciji mladih liječnika na stazu i specijalizaciji.

Na sjednici održanoj 7. studenoga predstavljen je Centar za planiranje zanimanja u biomedicini i zdravstvu zagrebačkog Medicinskog fakulteta.

Kako je naglasio v. d. predstojnika Centra dr. **Danko Relić**, inače bivši član Povjerenstva, Centar je osnovan sa željom za aktivnim utjecanjem MEF-a na buduće zapošljavanje studenata, ali i drugih liječnika u Hrvatskoj, kako bi im se olakšalo pronalaženje radnog

mjesta i pomoglo u najprimjerijem izboru specijalizacije.

S obzirom da je MEF najveće učilište doktora medicine u Hrvatskoj sa ukupno preko 2300 studenata, plan je da Centar ima uvid i pregled u plan raspisivanja pripravničkih, specijalizantskih i mjesta za znanstvene novake, te na taj način djeluje kao jedinstveno savjetovalište za studente i liječnike. Kako je pojasnio dr. Relić, cilj je i omogućiti svim doktorima na MEF-u, ali i u Hrvatskoj, pronađenje adekvatnog mesta sukladno mogućnostima, sposobnostima, afinitetima, talentima te objektivnim kriterijima prema kojima bi se mogli dalje

Član Povjerenstva dr. Ante Županović i predsjednica Povjerenstva prim. dr. Katarina Sekelj Kauzarić





V.d. predstojnika Centra dr. Danko Relić, dopredsjednik Društva mladih lječnika HLZ-a dr. Jakov Ivković, novi član Povjerenstva dr. Maksimilijan Mrak i dr. Ivan Vukoja

profesionalno usavršavati i razvijati. Jedan od važnijih ciljeva jest skrbiti i o tome da 10 posto najboljih studenata MEF-a budu u mogućnosti daljnji stručni i/ili znanstveni razvoj te zapošljavanje ostvariti u zavodima, klinikama, nastavnim bazama, centrima i institutima MEF-a. zajedno sa Ministarstvom zdravlja, Komorom te HLZ-om Centra planira skrbiti o povećanju transparentnosti i pravičnosti raspisivanja natječaja za zaposlenje te dugoročno pratiti kretanje karijera zainteresiranih lječnika (tijekom njihovog čitavog radnog vijeka) u Hrvatskoj i izvan nje. Na sjednici je sudjelovao i osnivač tj. prvi predstojnik Centra prof. dr. sc. **Daniel Derežić** (razgovor s njim moći ćete pročitati u prosinacučkom broju Liječničkih novina).

Kako je u Ministarstvu zdravlja u tijeku rasprava o izmjenama i dopunama Pravil-

nika o mjerilima za prijem specijalizanata, svoje je prijedloge MIZ-u uputilo i Društvo mladih lječnika pri HLZ-u. Svoje prijedloge predstavili su i na sjednici Povjerenstva kome su naznačili i predstavnici ovog Društva. Detaljni usporedni pregled sada važećeg Pravilnika i preloženih promjena prikazao je dr. **Jakov Ivković**, dopredsjednik Društva. Povjerenstvo je zaključilo da će se od MIZ-a tražiti da u raspravi na ovu temu bude uključena i Komora koja je aktivno sudjelovala u izradi prve verzije Pravilnika koji značajno određuje primitak mladih lječnika na specijalizaciju. Obzirom da je dr. Reliću istekao mandat (završio je pripravnički staž i položio stručni ispit), Povjerenstvo je dobilo novog člana iz kvote pripravnika- stažista koje sada predstavlja dr. **Maksimilijan Mrak**.

AŠ



Foto: Doc. dr. Marko Jukić

## Ne treba plaćati upravnu pristojbu za relicenciranje

- Članovi Komore koji su u obvezi podnijeti zahtjev za obnovu licence nisu obvezni platiti upravnu pristojbu u iznosu od 70 kuna. Svi oni koji su, sukladno ranijem naputku Ministarstva zdravlja, u proteklom razdoblju uz podneseni zahtjev uplatili upravnu pristojbu, moći će zatražiti povrat uplaćenog iznosa. O postupku povrata uplaćenog novca, Komora će vas izvijestiti naknadno.

Ova izmjena stupila je na snagu nakon što je Komora ponovno tražila tumačenje Ministarstva zdravlja o obvezi naplate upravne pristojbe u postupku izdavanja i obnavljanja licence. Shodno tome, Ministarstvo zdravlja je 5. studenoga ove godine, a sukladno tumačenju Ministarstva finacija, izmijenilo svoje tumačenje prema kojem postoji obveza naplate upravne pristojbe budući da je riječ o upravnom postupku koji je oslobođen plaćanja upravnih pristojbi temeljem članka 7. stavka 2. točke 14. Zakona o upravnim pristojbama („Narodne novine“ br. 8/96, 77/96, 95/97, 131/97, 68/98, 66/99, 145/99, 30/00 – odluka USRH, 116/00, 163/03, 17/04, 110/04, 141/04, 150/05, 153/05, 129/06, 117/07, 25/08, 60/08, 20/10, 69/10, 126/11, 112/12, 19/13, 80/13, 40/14, 69/14, 87/14 i 94/14) jer je isti u izravnoj vezi sa zasnivanjem radnog odnosa i ostvarivanjem prava iz radnog odnosa. Spomenuto tumačenje Ministarstva finacija, koje je dostavljeno i Ministarstvu zdravlja, u izravnoj je suprotnosti s ranijim tumačenjem Ministarstva zdravlja kojeg je Komora zaprimila 21. svibnja 2014. godine i prema kojem je Komora bila obvezna naplaćivati upravnu pristojbu podnositeljima zahtjeva u postupku izdavanja, zamjene i obnavljanja licence.

Slijedom novog tumačenja, podnositelji zahtjeva koji podnose zahtjev za izdavanje, zamjenu ili obnovu licence više nisu obvezni uz zahtjev prilagati državne biljege kao dokaz plaćanja upravne pristojbe.

.....

## Izgubljene, otuđene i uništene iskaznice

- Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da su dr. **Alma Zvizdić-Jelavić** i dr. **Andrej Kogler** prijavili gubitak liječničke iskaznice HLK-a.

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

.....

## Komora reagirala povodom napada na liječnike

# Očekujemo veću sigurnost i zaštitu na radnom mjestu

• Hrvatska liječnička komora najoštije osuđuje prošlotjedni napad na liječnika dr. **Andelka Kovača** koji je zahvaljujući prsebnosti uspio spriječiti veću tragediju u svojoj ordinaciji. Ovo nije prvi napad na liječnike, a posljednjih smo godina bili svjedoci raznih neugodnih i opasnih postupaka, kako u ordinacijama opće i obiteljske medicine, tako i u bolnicama.

Nadamo se da će nove izmjene Kaznenog zakona, koje uskoro stupaju na snagu, na primjeru način zaštiti liječnike i pružiti im veći osjećaj sigurnosti.

Zakonskim izmjenama liječnici i ostali zdravstveni radnici tretirat će se kao odgovor-

ne osobe s javnim ovlastima, a predloženim izmjenama proširuje se odredba o pokretanju kaznenog postupka po službenoj dužnosti za kaznena djela prisile i prijetnje i na postupke kada je djelo počinjeno prema odgovornoj osobi u obavljanju javne ovlasti, odnosno prema zdravstvenim radnicima. Naime, zbog povećanog nasilja, prisile i prijetnje prema zdravstvenim radnicima pojавila se potreba osiguranja više razine zaštite liječnika i ostalih zdravstvenih radnika. Drugim riječima, policija i Državno odvjetništvo bit će dužni pokrenuti postupak u slučaju napada na liječnike i ostale zdravstvene radnike.

Komora će učiniti sve u okviru svojih ovlasti da zaštiti svoju profesiju i svoje članove, poštujući pri tom liječničke i etičke norme, ali i svoje pacijente. Komora pozdravlja sve izmjene zakonskih propisa koje će njenim članovima omogućiti veću sigurnost na radnom mjestu i pri pružanju zdravstvene skrbi svojim pacijentima, te stoga poziva nadležne državne institucije da svaki oblik nasilja, prisile i prijetnje prema liječnicima energično i brzo procesuiraju kako bi se time poslala poruka da i država želi liječnicima osigurati sigurne i kvalitetne uvjete rada kako bi se bez straha mogli posvetiti radu sa svojim pacijentima.

Našim pacijentima želimo poručiti da niti liječnici nisu zadovoljni trenutnim stanjem u zdravstvu, posebice zato jer ne mogu svoje znanje i kompetencije maksimalno iskoristiti u korist pacijenata. No, nasilje nikada nije rješenje te molimo pacijente za razumijevanje da naš rad kako bismo zajedno prebrodili ova teška vremena.

AŠ

\*\*\*\*\*

## Brutalan napad na djelatnike hitne medicinske pomoći u Sisku

# Tražimo veću zaštitu prije nego se doista dogodi tragedija

• Djelatnici Zavoda za hitnu medicinu Sisačko-moslavačke župnije više su puta bili žrtve incidentnih i neugodnih situacija na terenu prilikom obavljanja svog posla. Jedan od takvih brutalnih napada dogodio se i 29. rujna ove godine, nakon čega su se pismom oglasili ravnatelj te ustanove dr. **Mesud Peci** i predsjednik Stručnog vijeća dr. **Tomislav Cikovjević**. Pismo koje su potpisali i liječnici, zaposlenici Zavoda, objavljumo u cijelosti.

Tim sastavljen od liječnika, medicinske sestre i vozača upućen je 29. rujna na

intervenciju u naselje Palanjek gdje je u kući provodio reanimaciju pacijentice koja je zatečena bez znakova života. Unatoč pruženim mjerama naprednog održavanja života, nije se mogla uspostaviti spontana cirkulacija te je intervencija završila smrtnim ishodom. Nakon toga su članove tima verbalno, a zatim i fizički napali članovi obitelji preminule pacijentice te bili izloženi, između ostalog, i prijetnjama nožem. Samo je prsebnost nekih prisutnih članova obitelji spriječila da izvlačenje noža ne završi samo na prijetnji. Tijekom intervencije je

više puta upućen telefonski poziv kojim je tražena zaštita za tim hitne medicinske pomoći, koji je napadnut, te su policijski službenici stigli na mjesto događaja 30-ak minuta nakon prvog poziva. Do tada su pozivi upućeni centru 112, koji je uputio napadnutu sestru na spajanje s policijom iako ih je sestra upozorila da to neće biti moguće jer je upravo bila izložena napadu, dispečerima Zavoda za hitnu medicinu SMŽ-a i na koncu izravno policiji na borj 192. U međuvremenu je članove tima prisilno zadržala obitelj preminule pacijentice te su dobili više udaraca rukama, nogama i predmetima.

Ovaj događaj predstavlja kap koja je prelila času strpljenja djelatnika HMP-a koji su svakodnevno izloženi raznim verbalnim ispadima pacijenata i njihove rodbine, a eskalirali su u brutalan fizički napad. Želimo naglasiti da napad na djelatnike HMP-a tijekom pružanja pomoći životno ugroženim pacijentima predstavlja najgrublje i najbrutalnije kršenje kako zakonskih tako i ljudskih normi. Svesni smo psihičkog stanja u kojem mogu biti članovi obitelji teško bolesnih ili preminulih pacijenata, ali za ovakvo ponašanje ne možemo i nećemo imati razumijevanja.

Posao hitne medicinske pomoći dovoljno je stresan i fizički i psihički, te emocionalno zahtjevan i bez ovakvih incidenata. Podsjecamo da je priroda posla takva da vi-



Izvor: Jutarnji list

### Djelatnici Hitne pomoći vrlo često rade u nemogućim i nesigurnim uvjetima

soko školovani, akademski obrazovani i visoko stručni djelatnici svakodnevno obavljaju odgovoran posao u teškim terenskim uvjetima koji, primjerice, nisu vrednovani kao beneficirani radni staž poput nekih drugih službi sličnog karaktera. Prilike u kojima se svakodnevno zatećemo same po sebi su opasne i bez potencijalne opasnosti od osoba kojima pružamo pomoći, a svaka naša pogreška u dolasku na teren i postupanju na terenu može završiti kobno. Preko leđa djelatnika HMP-a prelama se i kriza u sustavu zdravstva zbog koje brojni korisnici zdravstvenih usluga našu službu pokušavaju iskoristiti kao svojevrsnu prečicu do usluga za koje inače postoje duge liste čekanja, a ne spadaju u hitna medicinska stanja.

Smatramo da je najnoviji nesretni događaj samo simptom stanja u sustavu koji nije održivo. Jasno nam je da rješavanje nekih problema iziskuje puno vremena i reorganizaciju velikog sustava koji se ne može promijeniti preko noći, ali vjerujemo da imamo pravo tražiti nekoliko, lako provedivih mjera.

1. Najoštriju osudu ovog i svakog budućeg napada na zdravstvene djelatnike tijekom pružanja hitne medicinske pomoći.

2. Tretiranje svakog poziva tima hitne medicinske pomoći kojim se traži zaštita policije zbog ugrožene sigurnosti članova tima kao poziva od najvećeg stupnja hitnosti, koji zahtijeva žurnu reakciju bez dugotrajnog i nepotrebног prespajanja pozivatelja s jedne hitne službe na drugu.

3. Policijsku pratnju tijekom odlaska na intervenciju u naselja u kojima su verbalni i fizički napadi na djelatnike HMP-a učestali i

• Pismo je upućeno ministarstvima zdravlja, pravosuđa i unutarnjih poslova, Liječničkoj komori, Komori medicinskih sestara, Hrvatskom zavodu za hitnu medicinu, Gradu Sisku i Županiji sisacko-moslavačkoj. Djelatnici se nadaju da će institucije najozbiljnije shvatiti njihovu reakciju i na nju odgovoriti primjerenim postupcima. U suprotnom, navode, bojimo se kako je samo pitanje vremena kada će sličan incident negdje u Hrvatskoj završiti još težim, možda i fatalnim stradavanjem djelatnika HMP-a prilikom obavljanja njihove plemenite zadaće.

„Mora li se djelatnicima HMP-a dogoditi tragedija poput one na zagrebačkom Općinskom građanskom sudu 1999. godine (kada su tijekom brakorazvodne parnice ubijene tri žene, op. a.) prije nego se uvedu novi sigurnosni standardi primjereni poslu kojeg obavljamo?“, navodi se u pismu.

mogu se ponovno očekivati. Bez takve pratnje moguća je opasnost po članove tima, što predstavlja prepreku za pružanje hitne medicinske pomoći.

4. Dosljednu primjenu najavljenih izmjena Kaznenog zakona u pitanju zaštite zaposlenih u javnim službama od svih oblika nasilja odmah po stupanju izmjena zakona na snagu. Dugoročno tražimo dodatan angažman svih rellevantnih institucija kako bi se prepo-

znala specifičnost posla koji obavljaju djelatnici HMP-a te primjero vrednovala i zakonski zaštitila, budući da se intervencije na terenu u nekontroliranim uvjetima, u kojima radimo zajedno s drugim hitnim službama, dramatično razlikuju od uvjeta rada većine zaposlenih u javnim službama kao i službenih osoba kako su trenutačno definirane zakonom.

AŠ

.....

### „Liječničke novine“ o nasilju nad liječnicima

Poljak, Ž.: Nasilje u odnosu između bolesnika i liječnika (broj 71, str. 54)

Anonimna anketa o nasilju nad liječnicima (broj 74, str. 55)

Rezultati ankete (broj 77, str. 75)



## Dr. Anđelka Kovača, obiteljskog liječnika iz Prgometa, pacijent je napao bombom u ordinaciji

# Ja samo želim raditi svoj posao korektno, moralno i pošteno

Tekst i slike Andreja Šantek



Svaki dan dr. Kovač iz Kaštela odlazi u Prgomet

• Dr. **Anđelko Kovač** dočekao me ujutro prije 8 sati ispred svoje ordinacije u Kaštel Štafiliću odakle smo njegovim kombijem krenuli prema Prgometu. Nismo ni krenuli, a već je uslijedio poziv. I dok je s radija odzvanjao glas Miše Kovača, dr. Anđelko Kovač je organizirao pogrebnika i sve potrebno za prijevoz pokojnice iz Prgometa, svoje pacijentice koja je preminula tijekom noći. Dok se vozimo iz Kaštela prema Prgometu, dr. Kovač mi priča kako je do prije dva tjedna s njim svakodnevno bila i medicinska sestra, ali je trenutno na bolovanju: „Žena je još u šoku nakon što je svjedočila napadu pacijenta u ordinaciji. Još mi uvijek nije jasno kako smo preživjeli“, kaže dr. Kovač pri-

sjećajući se kobne srijede, 15. listopada, kada je njegov bivši pacijent u ordinaciji aktivirao ručnu bombu.

„Pacijent je u pripitom stanju ušao u ordinaciju, s desnom rukom u džepu, i pitao me: ‘A što ćemo sad?’ Kada sam mu video tu ruku u džepu, pomislio sam da ima pištolj, no kada ju je počeo izvlačiti, video sam da je ruka šire raširena i pomislio da je riječ o bombi. Skočio sam na njega i udario ga po ruci. Tada mu je taj predmet ispašao iz ruke i otkotrljao se na drugi kraj prostorije. Držeći ga s obje ruke za jaknu, povukao sam ga prema izlaznim vratima ordinacije. No, eksplozija nam je ipak ozlijedila noge, moju lijevu, a njegove obje“, priča dr.

Kovač, koji mi je poslije toga dana pokazao u ordinaciji svježe zakrpane rupe od gelera. Obojica su dočekala policiju i hitnu pomoć koju je pozvao dr. Kovač, a nakon toga su prevezeni u KBC Split gdje im je pružena liječnička pomoć. No, zabrinjavajući su, dodaje dr. Kovač, komentiari ispod članaka o ovom napadu koji su objavljeni na internetu.

„Čak 30 posto ljudi je napisalo ‘Bra-vo, pajdo, dobro si napravio, treba ih sve pobit’. Znate što to govori? Problem je što neće svatko imati snage niti mogućnost da pacijentu izbjije bombu kao što sam to ja napravio. Da je na mom mjestu bila kolegica ili neki manje spretan kolega, pitanje je kako bi to završilo“, kaže dr. Kovač. No, dodaje, kako se nažalost malo može napraviti kada je u pitanju sigurnosti liječnika u ordinacijama.

„Trebalo bi odmah reagirati kada se pojavi bilo kakva prijetnja, zvati policiju ili socijalnu službu. Evo, ja sam stradao u srijedu, a već nekoliko dana nakon toga je kolegica u jednoj od susjednih ordinacija došla u konflikt s pacijentom. I kaže on njoj: ‘Nemoj da ti se dogodi kao i Kovač’“. Pitao sam ju je li reagirala, a ona mi kaže: ‘Kako ću kad će me sutra napasti?’“, priča dr. Kovač. Što će biti s pacijentom koji ga je ozlijedio, pitam ga, a on odgovara da će ga Državno odvjetništvo teretiti za pokušaj ubojsztva njega i sestre.

„Ne osjećam strah i to mi supruga zamjera. Brzo reagiram, a prvo mi je na pameti bilo da ostanem što manji invalid, da me metak ne pogodi i rani, a kada je u pitanju bomba da što prije pobjegnem. Ovo mi je prvi slučaj blizu smrti u miru, na mome radnom mjestu“, kaže dr. Kovač, dodajući kako je i tijekom rata bio u teškim prilikama, ali to je potpuno druga priča. Među njegovim pacijentima ima i boraca koji imaju PTSP, dodaje, ali nikada mu niti jedan od njih nije u ambulanti napravio problem.

„Ja sam uvijek bio tu za njih, i u ratu kad im je trebalo pomoći, a i u miru sam bio uz njih. I imaju respekt prema meni. Ja samo želim raditi svoj posao korektno, moralno i pošteno“, kaže dr. Kovač.

U ordinaciji Prgomet radi od 1993. godine u timu s medicinskom sestrom. Ordinacija na ovom prostoru datira još od 1964. godine, a prije tog vremena su bolesnici odlazili u ordinacije u Splitu, Kaštelima i Trogiru. Dr. Kovač kaže kako su se liječnici na ovom području kratko zadržavali, godinu, dvije, i nakon toga odlazili u ordinacije u Kaštelima i Splitu ili u KBC.

„Radno vrijeme u seoskim ordinacijama je od 7 do 13 sati, a u popodnevnim satima sam svojim pacijentima dostupan u ordinaciji u Kaštel Štafiliću, za slučaj da bolesnici zatrebaju kakvu pomoć, kako ne bi lutali po tuđim ordinacijama. Ovakav oblik rada i organizacija traju



Ispred ordinacije  
u Prgometu  
pacijenti čekaju  
od ranog jutra

od 1993. godine, i svi pacijenti znaju kada i gdje me mogu naći kad im zatreba pomoći. Svi imaju broj mog mobitela i značajan dio posla rješavamo telefonskim konzultacijama. S druge strane, znatan je udio starijih i teže pokretnih pacijenata pa velik dio posla obavljam i kroz kućne posjetе", kaže dr. Kovač, u što sam se i sama uvjerala tijekom toga jutra koje sam s njim provedala na terenu. Dr. Kovač objašnjava kako kroz ovo područje prolaze vlak i brza cesta, a tu je i izlaz s autoceste pa ga često pozivaju u pomoći kada su u pitanju prometne nesreće vezane uz pojačan cestovni i željeznički promet. A osim što sam liječnik, kaže, također sam i mrtvotvornik.

S radom počinje u 7 ujutro. Na već dogovorenom mjestu u Planome u Trogiru, čeka ga medicinska sestra s kojom kombijem putuje na radno mjesto. Na putu do Prgometa, koji traje 20 do 30 minuta, dogovoraju posao za taj dan. Često već u to doba netko zove na

mobilni i u hodu procjenjuju treba li navratiti u koju jutarnju kućnu posjetu ili se ona odgadja za kraj radnog vremena. Sestra ga obično izvještava o potrošnji lijekova za svaku ordinaciju i koji lijekovi nedostaju. Svaka ordinacija ima neke svoje specifičnosti, kaže dr. Kovač, u jednoj bolesnik prima Recormon 4000 iJ, u drugoj tri bolesnika primaju Moditen depo. U svim ordinacijama, dodaje, neophodni su antireumatici, vitamini, antialergici, lijekovi iz antišok kompleta.

Kod dolaska u ordinaciju pacijenti već čekaju, a tako je bilo i taj dan kada sam s njim došla u Prgomet. S obzirom na specifičnosti područja, velike udaljenosti, loše prometne veze i znatan udio starijeg stanovništva, za sada nemaju mogućnost za naručivanje pacijenta, objašnjava i dodaje kako dnevno u ordinaciji primi oko 30 pacijenata.



Među pacijentima dr. Kovača ima i onih koji se približavaju 100-oj kao što je obitelj Drnasić



Dr. Kovač obavlja i  
posao mrtvotvornika

Na svaki telefonski poziv javlja se odmah, kaže, a ako ne može telefonski rješiti problem, odlazi u kućnu posjetu bez obzira koje je doba dana ili noći.

„Često dođem brže i od hitne pomoći. I sve sam svoje pacijente naučio da hitna stanja jave najprije meni pa ja odlučujem treba li doći hitna pomoći iz Kaštela. U tom slučaju hitna brže dolazi znajući da sam ja već obavio dio posla na terenu“, objašnjava dr. Kovač. Počriva pet ordinacija u Zagori (Prgomet, Trolovke, Radošići, Bogdanovići i Sitno Perkovići) i jednu u Kaštelima u kojoj je svaki dan dva sata tijekom popodneva. Brine se o 980 pacijenata i vrlo često radi cijeli dan. Zna koga mora obići jer poznaje sve svoje pacijente, daje injekcije psihotičnim pacijentima, previja rane, obavlja kućne posjeti. Nakon toga odlazi kući na ručak, a popodne ide u ordinaciju u Kaštel Štafilić.

„Uglavnom obavljam tehnički posao jer se u Prgometu često ne mogu spojiti na internet pa ne mogu poslati izvještaj u CEZIH. Vikendom, budući da smo se dogovorili da ne dežuramo u domu zdravlja, svi moji pacijenti dobivaju terapiju u kući, što znači da sam i vikendom na terenu“, kaže dr. Kovač.

Pa kakav je to život, pitam ga, a on kroz smijeh kaže da bi to bolje bilo pitati njegovu suprugu Justinu koja je taj dan provela s nama. Boji se za njega, priznaje mi, nije htio ostati kod kuće da predahne već je drugo jutro bio na svom radnom mjestu u Prgometu. Tvrđoglav je, kaže mi gospođa Justina, a kako je sestra na bolovanju, ja mu radim društvo. A kad idete na godišnji odmor? - pitam.

„Što je to godišnji odmor? Niti nakon ovog slučaja ranjavanja nisam mogao ostati na bolovanju jer moji pacijenti nemaju kome doći. Prije četiri godine sam bio na bolovanju nakon prometne nesreće i jedva sam uspio naći kologičku za zamjenu. Nitko ne želi ovamo doći raditi jer nema hitne niti bolnice, sve je daleko“, pojašnjava mi.

Dr. Kovač rođen je prije 58 godina u Livnu, ali je odrastao u Kaštel Štafiliću. Osnovnu i srednju medicinsku školu je završio u Splitu, a Medicinski fakultet u Rijeci. Nakon fakulteta vratio se u Split na pripravnički staz koji je odradio u KBC-u Split, na Firulama, i u Domu zdravlja „Dr. Petar Vitezica“. U ordinacijama u Kaštelima radio je na zamjenama, a u ljетnom razdoblju u turističkoj ordinaciji u hotelu Resnik. Na samom početku Domovinskog rata priključio se sanitetu Hrvatske vojske i obišao sva ratišta srednje Dalmacije. Od 1991. do 1993. Vodio je ordinaciju u Muču gdje je doživio egzodus izgnanika iz Drniša. Početkom 1993. otvorilo se stalno radno mjesto u DZ-u Kaštela, ordinacija Prgomet, koje je prihvatio kao civilni liječnik. Kako se rat nastavio, uslijedio je i velik egzodus prognanika iz BiH te je u turističkom naselju Resniku osnovao ordinaciju za prognanike u kojoj je radio u popodnevnim satima, nakon redovnog rada sa svojim pacijentima. Godine 1994. ponovno je mobiliziran u HV te je prisustvovao oslobođenju Drniša i Knina. Nakon Oluje se vratio na svoje radno mjesto u Prgomet gdje i danas radi. Silno je ponosan na svoju ambulantu u Prgometu, između ostalog, jer ju opremao vlastitim novcem, a i iz toga se može iščitati njegova posvećenost pacijentima. Kada je stigao u Prgomet, ordinacija je bila prazna, a kako je dom zdravlja odbio financirati ili sufinancirati troškove, to je učinio sam te je zbog derutnosti zgrade samo u zidarske radove uložio oko 20.000 kuna. A da su dom zdravlja ili lokalna uprava imale sluha, taj je novac, kaže, mogao uložiti u kupovinu opreme.

„U ovih pet ordinacija populacija je uglavnom gerontološka, imam jedan do dva



**U ordinaciju u Prgometu dr. Kovač je uložio 20.000 kuna vlastitog novca**

poroda godišnje, a s druge strane oko 25 smrти. Stanovništvo se maksimalno osipa i za pet godina neću imati kome više doći. Ali u tih pet godina treba ljudima omogućiti da žive u miru i da ljudski umru. Uglavnom se bavim staračkim bolestima, a u zadnje dvije godine osjetno je porastao broj zločudnih bolesti, i to debelog crijeva. Bojao sam se da je to posljedica rata, pa zatim trovanja, ali ustvari ne znam što je uzrok. Kada ih imate jedan, dva ili pet posto onda je to statistika, ali kad imate 70 posto oboljelih onda to više nije statistika. A pri tom bolest pogađa sve mlađe ljudе, 51., 54., 56. godište“, kaže dr. Kovač. Na primjedbu kako se u Hrvatskoj nekoliko godina provodi kampanja ranog otkrivanja raka debelog crijeva, dr. Kovač kaže da oni to ovdje nisu osjetili. U organizaciji s laboratorijem Kaštel Sućurac, kaže, otkrivanje bolesti provodi sam. Daleko od očiju, daleko od srca, komentiram, a on odgovara da je isto stanje i kada se govori o dijabetesu ili bolestima srca. „Ovo je izolirano područje, djeca su im daleko i ljudi su prepušteni sami sebi. I često mi se dogodi da mi pacijenti kažu: ‘Doktore, napravite što treba jer ja u bolnicu ne idem’. Ne daju se od kuće. To znači da sam vrlo često i doktor i psihijatar i psiholog i fratar“, šali se dr. Kovač. Na pitanje prepoznaje li HZZO taj njegov trud, odgovara ‘kako da ne’, i to posebice u zadnje vrijeme. Ali ne na način da me nagrade, kaže, nego ga kazne pa tako svaki mjesec plati 1500

do 2000 kuna kazne. I sam kaže da nema odgovor na to pitanje. Nekada mu je HZZO plaćao glavarinu u iznosu od 32.000 kuna i plus su mu dodatno plaćali ono što bi odradio izvan glavarine poput odlazaka u kućne posjete ili prepoznavanje karcinoma. A danas mu plaćaju 26.000 kuna plus 6000 kuna za kućne posjete. Dakle, dobiva isto, kaže, ali za mnogo više posla.

„I to je taj novi model, nažalost. I to govori da moj angažman i posao nije prepoznat“, kaže dr. Kovač.

Ovih se dana, kaže, uglavnom bavi reumom i nahladama, što je uobičajeno za ovo doba godine.

„Ima i pacijenata koji me neće nazvati. Kad ih pitam zašto me nisu nazvali da im napišem recpet nego su došli u ordinaciju, odgovaraju: ‘A, bogati, moram te vidjeti’! I to je normalno ako znate koliko su neka mjesta u Zagori izolirana a ponekad postoji problem i u međusobnoj komunikaciji mještana. U jednom zaseoku ih imam četvero, i nitko s nikim ne priča. Imam i takvih koji su potpuno sami, i to u dobi od 88 do 97 godina, čija su djeca otišla u Kanadu ili Australiju pa nemaju nikoga. Imam i pacijente koji žive sami, a imaju djecu u Splitu i Trogir, a koji ih zbog svojih obveza ne stignu obilaziti pa sam im ja jedina veza s vanjskim svijetom. Ja im donosim lijekove, uputnice, razgovaram s njima“, priča dr. Kovač, dodajući kako je svjedočio različitim događajima. Kaže, jednom je prilikom kćer dovela majku u ambulantu. Nakon pregleda kaže mama: ‘Kćeri, ajde vanka’. I kćer izade, a meni mama kaže: ‘Moj doktore, imam hiljadu maraka na Gluminoj benci, hoće li me đava odnit ako ja to dignem?’ Ona to sebi štedi za ukop, takvi su oni, ne žele nikome biti na teret“, priča dr. Kovač.

Zbog posla se učlanio i u lovačko društvo, kaže, i to ne zbog lova i mesa nego da može rješavati probleme na terenu. Pojašnjava kako je ovo nekada bio stočarski kraj, a onda je profesor Herak s Veterinarskog fakulteta uveo na to područje vuka pa stepskog vuka, a s njima je došla i bjesnoća koja je jedno vrijeme harala ovim krajem.



**Podsjetnik na nemili događaj kada je pacijent aktivirao ručnu bombu u ordinaciji u Kaštel Štafiliću**



Obilazak pacijenata svakodnevni je posao

„Tako da sam zbrinjavao i ugriz vuka na terenu, a to gradski doktori nikada neće doživjeti. Imao sam i slučaj familije koja mi je tek nakon dva dana priznala da ih je pas ugrizao kad su mu išli dati vode, a to je hidrofobija zbog bjesnoće. Imao sam i mađarsko dijete u Resniku koje je ugrizao pas iz hotela. I nisu htjeli cijepiti dijete pa sam morao zvati policiju i hitnu. Psa smo eutanazirali i obdukcijom je utvrđeno da je bio bijesan. Pa su mi roditelji nakon toga poslali Zahvalnicu da sam im spasio dijete. Imao sam i tele koje je bilo zaraženo, ali nisam uspio dokazati na koji se način zarazilo, vjero-

jatno ga je ugrizao bijesan štakor. I kad god viđim da je na terenu puno mrtvih lisica, odmah razmišljam o bjesnoći. Imao sam i slučaj lovaca koji su ulovili divlju svinju i bavili se s njom bez zaštitnih rukavica. Smijali su mi se kada sam ih tražio da mi daju glavu. A ja sam lijepo odnio mozak na analizu i ustanovilo se da je svinja bila bijesna pa su se svi morali cijepiti. Sve su to male, banalne igrice koje mogu loše završiti“, prisjeća se dr. Kovač.

Na pitanje do kada misli ovako radić, dr. Kovač odgovara:

„Vjerojatno dok ne umrem za stolom. Ljudi su se vezali za mene. I sami kažu: ‘Da ti se nešto dogodi, što bismo mi?’ Nebi mene moji pacijenti voljeli niti plakali za mnom da nemaju uslugu kakvu imaju kada stvari nisu institucionalno riješene i jer nikoga nije briga. Dobar dio pacijenata iz Doca imaju drugog doktora, ali ta kolegica živi u Splitu pa oni mene zovu s pitanjem: ‘Ajme, što mi je radit?’ I da mi se nešto dogodi, nema me tko zamjeniti. I upravo sam zbog tih ljudi dan nakon napada došao u Prgomet da vide da sam živ i zdrav i da sam tu za njih, kaže dr. Kovač. Evo, vidite, pokazuju mi na sportsku dvoranu koju je izgradila lokalna samouprava i koja danas nema nikakvu svrhu. To je besmisleno, trebalo je napraviti starački dom u kojem bi ti starci imali gdje leć,

štogod pojesti, okupat se i da imaju gdje poštećeno umrijeti. A i meni bi bilo jednostavnije doći ih obići u taj dom nego ići od kuće do kuće“, kaže dr. Kovač.

Neminovno se vraćamo na priču o plaći za njegov rad i odnosu s HZZO-om.

„Kad isplatim sebi plaću od 6000 kuna i toliko dam mojoj sestri koja je zaradila i više od toga, dok platim sve režije, koncesije i zakup ne trebam niti reći da od svoje plaće plaćam i benzin. Ja na to još i ne gledam, ali doći će netko tko će gledati i bojam se da nitko neće pristati raditi pod tim uvjetima, a i mlađi se boje terena. U istim su prilikama i moje kolege, terenski doktori iz Lećevice, Dolca, Perkovića, Blizna iznad Trogira ili Drvenika, s kojima se vidim na kongresima. I oni razmišljaju kao i ja“, kaže dr. Kovač.

Objašnjava kako se nekada plaćalo dvije kune po prijeđenom kilometru, a dnevno napravi između 120 i 160 kilometara, ovisno o tome je li morao do Splita.

„Nekad je benzin stajao pet kuna, danas 11, a ja i dalje dobivam dvije kune po kilometru. No, meni teren odgovara i moji su pacijenti zadovoljni, a to je jedino bitno. A to što HZZO to ne prepoznaće, ne mogu promjeniti“, zaključuje dr. Kovač.

•••••



**Komentar  
dr. Ines Balint,  
predsjednice  
KoHOM-a:**

## Vlast nam mora omogućiti psihičke i fizičke uvjete za obavljanje naše profesije

• Nasilje prema liječnicima postalo je naša svakodnevica. Iako službenih podataka nema, anketa Hrvatske liječničke komore provedena 2010. godine pokazala je kako u Hrvatskoj gotovo da nema liječnika koji nije pretrpio neki oblik nasilja, najčešće verbalni. Istraživanje provedeno u Velikoj Britaniji utvrdilo je da je 54 posto liječnika obiteljske medicine bilo verbalno zlostavljanja, a šest posto su bili žrtve fizičkog nasilja. Australijsko istraživanje pokaza-

lo je da je 73 posto njihovih liječnika doživjelo nasilje, od čega 20 posto fizičko. U Danskoj je 42 posto obiteljskih doktora bilo izloženo verbalnim prijetnjama, a 1,4 posto je fizički napadnuto.

Razlozi povećanog nasilja prema liječnicima su višestruki: povećano nasilje u zajednici povećava nasilje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, građani imaju slobodan i neograničen pristup ordinacijama obiteljske medicine kao i u svim ordinacijama primarne zdravstvene zaštite gotovo 365 dana u godini i mogu koristiti svoja prava dolaskom liječniku neograničeno, problemi očekivanih prava u odnosu na moguća prava iz zdravstvenog ili socijalnog osiguranja dovode do agresije prema obiteljskim liječnicima, kao i dulje vrijeme čekanja u ordinacijama obiteljske medicine. Ne treba zanemariti niti javno demoniziranje liječnika za političke svrhe ili u raznim tiskovinama.

Također ne treba zanemariti čimbenike vezane uz same pacijente: pacijentova anksioznost, visoka razina stresa, prekomjerno konzumiranje alkohola i opojnih droga, zahtjevi pacijenata za propisivanje terapije mimo smjernica i protokola, naročito vezano za terapiju liječenja ovisnosti. Članovi obitelji ponekad pokazuju veću agresivnost od pacijenata inzistirajući na obavljanju raznih pretraga o

kojima su čitali na internetu ili čuli od susjeda, ignorirajući pri tom naše znanje. Svaki liječnik zna kako je teško umiriti pacijenta nasilnika, vodeći računa o njegovoj frustriranosti, ali i o načelima naše humane profesije. Nakon takvog incidenta od nas se očekuje da sa mirom, smiješkom, ljubazno, profesionalno i odgovorno dočekamo sljedećeg pacijenta.

Posljednji nemili događaji u kojima su stradali liječnici, ali i pacijent počinitelj, a umalo i ostalo zdravstveno osoblje i brojni drugi pacijenti, tjeraju nas da ponovno zatražimo od vlasti da učine sve što mogu kako bi nama liječnicima i ostalom zdravstvenom osoblju omogućili obavljanje naše profesije u stanju psihičkog i fizičkog mira, a ne stalne napetosti u kojoj, na žalost, svakodnevno radimo.

Ne postoje mehanizmi zaštite liječnika na radnome mjestu u Hrvatskoj, za razliku od susjedne Slovenije, u kojoj liječniku u slučaju bilo koje vrste nasilja stoje na raspolaganju tri mogućnosti. Jedna je anonimna prijava na besplatan telefon policije, kada policija bilježi događaj i angažira područnu kriminalističku ispostavu. Druga je mogućnost nazvati interventni broj policije, koja odmah šalje svoju patrolu na mjesto događaja. I ta prijava može biti anonimna. Treća je mogućnost anonimna prijava liječničkoj komori.

Britansko liječničko društvo je uvelo 24-satnu telefonsku liniju za pomoć liječnicima u nevolji. Liječničko društvo u Norveškoj godišnje ulazi više od milijun dolara za poboljšanje liječničkog zdravlja.

Mi liječnici prvog dodira i dalje ćemo sa svojim timovima raditi naš posao najbolje što znamo i možemo. Građani naše domovine moraju znati i shvatiti da liječnici u Hrvatskoj odgovorno, savjesno i profesionalno obnašaju liječnički poziv žrtvijući pri tom svoje zdravlje, svoj život i život obitelji. Liječnici imaju granicu izdržljivosti, strpljenja i razumijevanja pa očekujemo da konačno i o nama zaštitnički progovore nadležne institucije te da se konačno uvedu mehanizmi zaštite svih liječnika na njihovim radnim mjestima s ciljem sprječavanja nasilja nad nama koji smo tu samo da pomažemo onima kojima treba pomoći.

.....

## MUP u suradnji sa Zavodom provodi obuku korištenja TETRA sustava

- U MUP-u navode da je u slučaju koji se dogodio 29. rujna na području Policijske uprave sisacko-moslavačke odmah nakon zaprimanja poziva djeletnika Zavoda za HMP na mjesto događaja upućena najbliža policijska ophodnja koja je bila udaljena 15-ak kilometara. Na mjesto događaja stigla je za otprilike 25 minuta, koliko im je bilo i potrebno s obzirom na udaljenost. U MUP-u kažu da je 20. listopada održan sastanak s ravnateljem Zavoda dr. Mesudom Pecom, a raspravljalo se, među ostalim, i o ovom konkretnom događaju. U MUP-u

navode da je ravnatelj Peco istaknuo kako u konkretnom događaju nemaju primjedbi na postupanje policije.

MUP u suradnji sa Zavodom provodi projekt obuke djeletnika HMP-a za korištenje sustava TETRA, tj. za rad na TETRA radio uređajima i obuci u primjeni postupaka o dojavljivanju s mjesta masovne prometne nesreće. „Specijalisti nadležni za funkcioniranje TETRA sustava i stručnjaci za radio uređaje kroz prezentacije i praktične primjere obučavaju djeletnike Zavoda kako bi se upoznali s radom sustava i radio uređaja, njihovim načinom funkcioniranja, primjenom protokola i koordinacijom između žurnih službi u slučaju masovne prometne nesreće“, navodi se u odgovoru MUP-a. AŠ

.....

## Napadaču na liječnika određen istražni zatvor

- Vezano uz događaj na području Policijske uprave splitsko-dalmatinske, tj. u Kaštel Štafiliću, koji se dogodio 15. listopada, iz MUP-a kažu da su odmah nakon zaprimanja dojave da je u liječničkoj ordinaciji aktivirana eksplozivna naprava kojom je ozlijedeno nekoliko osoba, upućeni policijski službenici koji su osigurali mjesto događaja. Ozlijedenima je pružena liječnička pomoć, dodaju, a na mjestu događaja obavljen je očevit. U ovom događaju ozlijedene su dvije osobe, 58-godišnji liječnik koji je nakon pružene liječničke pomoći istog dana pušten kući, i 54-godišnjak koji je zadržan na bolničkom liječenju. Nakon obavljenog kriminalističkog istraživanja, navode u MUP-u, 54-godišnjak je po otpuštanju iz bolnice uz kaznenu prijavu predan pritvorskom nadzorniku, a nakon toga i u nadležno Državno odvjetništvo te mu je određen istražni zatvor. AŠ

.....

### Članak 315. Kaznenog zakona

(1) Tko silom ili prijetnjom uporabe sile izvan slučajeva iz članka 312. i članka 314. ovoga Zakona napadne vojnu osobu, policijskog službenika, zdravstvenog radnika kad obavlja službenu dužnost, ovlaštenu službenu osobu Vojne policije, službenu osobu kojoj je povjereno čuvanje osoba kojima je na temelju zakona oduzeta sloboda, kad obavljaju službenu dužnost, počinitelj će se kazniti kaznom zatvora od šest mjeseci do pet godina.

(2) Kaznom iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se tko silom ili prijetnjom uporabe sile pruža otpor službenoj osobi u obavljanju njezine službene radnje ili u provođenju zakonite odluke ili mjere državnog tijela.

(3) Tko kazneno djelo iz stavka 1. i 2. ovoga članka počini prema osobi koja ovlašteno pomaže službenoj osobi u obavljanju službene radnje, kaznit će se kao da je djelo počinio prema službenoj osobi.

(4) Ako je kaznenim djelom iz stavka 1., 2. i 3. ovoga članka doveden u opasnost život ili tijelo službene osobe ili osobe koja joj pomaže u obavljanju službene radnje ili joj je nanesena tjelesna ozljeda ili je uporabljeno oružje ili opasno oruđe, kaznit će se kaznom zatvora od jedne do osam godina.

(5) Počinitelj kaznenog djela iz stavka 1., 2. i 3. ovoga članka koji je bio izazvan protuzakonitim, bezobzirnim ili osobito grubim postupanjem službene osobe ili osobe koja joj ovlašteno pomaže, može se oslobođiti kazne.

**Ravnateljica  
Hrvatskog zavoda  
za hitnu medicinu  
prim. dr.  
Maja Grba Bujević**



## Hrvatski zavod za hitnu medicinu

## Prevencija napada naš je absolutni prioritet

• Hrvatski zavod za hitnu medicinu (HZHM) je po primitku dopisa o napadu na članove hitne medicinske službe zatražio hitan sastanak u Ministarstvu zdravlja s predstvincima Ministarstva unutarnjih poslova i Zavoda za hitnu medicinu Sisačko-moslavačke županije kako bi se što hitnije dogovorio način rješavanja ovog problema.

„Prijetnje i ugrožavanje sigurnosti djeletnika hitne medicinske službe prilikom pružanja zdravstvene zaštite smatramo u potpunosti nedopustivim, a s obzirom da se ne radi o prvom ovakvom slučaju, prevencija budućih napada i ostvarivanje preduvjeta za sigurnost naših djeletnika na terenu apsolutan je prioritet Zavoda“, navodi se u odgovoru HZHM-a. Sastanak je planiran za 13. studenoga, a stav HZHM-a je da bi se podizanje razine zaštite postiglo uvrštvanjem radnika hitne medicinske službe u popis osoba koje su u svome radu zaštićene odredbama članka 315. Kaznenog zakona čime, bi se napad na zdravstvenog radnika smatrao napadom na službenu osobu. AŠ

.....

Zadar 2014.

# 39. Susret liječnika iz Mainza i Zagreba

Prim. dr. Vjekoslav Mahovlić,  
predsjednik Podružnice Zagreb HLZ-a



Liječnici iz Mainza domaćinima su uručili ček s iznosom prikupljenog novca koji je uplaćen na račun Crvenog križa Hrvatske za pomoć poplavljениma u Slavoniji

- Lipanj, mjesec svetog drveta starih Slavena, ove godine toplij i sunčaniji no obično, ponovno je mjesec susreta liječnika građova Mainza i Zagreba. Kroz dugih 39 godina ovih godišnjih susreta to je prestalo biti samo druženje medicinara dvaju grada i postalo je obostrano radosno sretanje prijatelja. Naizmjenični, u Njemačkoj i Hrvatskoj, četverodnevni susret svake godine tridesetak članova Liječničke udruge grada Mainza i isto toliko članova Zagrebačke podružnice Hrvatskog liječničkog zabora sastoji se od dva dijela – stručnog i društvenog. Stručni se dio sastoji od niza predavanja uvaženih stručnjaka i uvijek ga priprema gostujuća skupina, a društveni dio posvećen je upoznavanju geografskih, povjesnih i kulturnih znamenitosti kraja u kojem te godine boravimo. Kroz poštovanja vrijedan slijed godina kolege iz Njemačke, a i dio nas, upoznali su praktički cijelu Hrvatsku i s nemalim pono-

som bilježimo uvijek iznova njihovo istinsko oduševljenje Lijepom našom. Redovito nakon svakog boravka u Hrvatskoj slijedi komentar: „...vi pojma nemate kako imate lijepu zemlju!“

Možda imaju pravo. S druge strane, kada smo na njihovu zamolbu 2010. godine boravili u Osijeku s upoznavanjem istočne Slavonije, Baranje i Srijema, dojmljivo je bilo gledati njihova dirnuta lica nakon posjeta bolnici u Vukovaru i razgovora s dr. Vesnom Bosanac, te posjeta Memorijalnom groblju u Vukovaru i Ovčari. Bili smo iznenadeni koliko su kolege malo znali o tim događanjima, a zadovoljni što će istinu prenijeti u svoje sredine. Tom su prilikom, posve sigurno, drugačiji dojam stekli i o ovim prostorima nakon upoznavanja s povijesku i relikvima Vučedolske kulture.

Za ovu 2014. godinu poželjeli su upoznati Zadar i okolicu, sredinu bogate povijesti, tisućljetne kulture i iznimne prirodne lje-

pote. Iz Zagreba smo unajmljenim autobusom krenuli u petak 6. lipnja oko podne i u zračnoj luci Zadar dočekali kolege iz Mainza; doletjeli su avionom iz Frankfurta, potom se odvezli do hotela „Kolovare“ i tamo se smjestili. Tijekom poslijepodneva smo uz službenog vodiča razgledali znamenitosti Zadra; kolege su oduševile Morske orgulje i Pozdrav suncu, ono prvo kao jedinstvena instalacija u svijetu (tek je poslije isti autor djelo ponovio u Japanu), a sigurno je bio dojmljiv i završetak višesatnog obilaska izložbe „Zlato i srebro Zadra“. Sljedećeg dana, u subotu 7. lipnja, organiziran je u prostorima Opće bolnice Zadar stručni dio susreta – niz predavanja koja su pripremili kolege iz Mainza, kao i izlaganja kolega iz Zadra.

Na početku je skup u ime OB-a Zadar pozdravio doc. dr. Robert Karlo, a potom su predavanja održali: dr. Wolfgang Klee, predsjednik Aerztevereines Mainz pod naslovom „Hautveränderungen im Alter. Was ist Hautkrebs?“, prof. dr. Reinhard Urban „Internationale Interaktionen zwischen der Universitäts-Medizin Mainz und Med. Fakultät der Universität Zagreb“, dr. Michael Todt: „Noise Pollution – Aircraft Noise linked to increased Health Risk“ i dr. Jürgen Hoffart „Erfahrung mit der Sprachprüfung für ausländische Aerzte in Deutschland“.

Posebno je bilo značajno kazivanje prof. Urbana, budući da je zadatak ovoga-dijšnjeg skupa bilo i unošenje nove kvalitete u našu suradnju - povezivanje Medicinskog fakulteta i Univerziteta u Mainzu s Medicinskim fakultetom i Sveučilištem u Zagrebu, prvenstveno zbog koristi mlađim kolegama u organiziranim akcijama predavanja, studijskih boravaka, stručnih usavršavanja i drugih vidovala stručnog napredovanja. Učinili smo prve korake u planiranoj suradnji tih istorodnih visokoškolskih ustanova s ciljem pomoći kolegama i svakako mislimo nastaviti djelovanje do ispunjenja cilja.

S obzirom na tendenciju odlazaka kolega na rad u druge zemlje, značajan je bio prikaz dr. Hoffarta o zahtjevima u Njemačkoj glede poznavanja jezika za moguće zaposlenje, načina provedbe i rezultata provjere. Ishodi osciliraju prema pojedinim govornim područjima, a dosta su nepovoljni za liječnike iz zemalja istočne Europe.

Potom je slijedio izvanredan prikaz medicinskog rada i svakodnevnic dr. Zlatka Kožara, voditelja Ispostave Policičnik Zavoda za hitnu medicinu Zadarske županije „Organizacija hitne medicinske službe u Zadarskoj županiji“.

Posebno je bio dojmljiv završetak ovoga stručnog sastanka kada je prikazan dokumentarni film (autor prim. dr. Petar Lozo), koji prati Domovinski rat u Zadru i okolicu

tijekom 1991. a 1992. godine i rađen je u suradnji s Ministarstvom zdravlja i ŠNZ-om „Andrija Štampar“. Na kraju je prim. mr. sc. **Želimir Maštrović** kolegama podijelio separat rada liječnika Stožera saniteta Sjeverne Dalmacije Zadar „War in Croatia, Medical care in Zadar“, objavljen u „Croatian Medical Journalu“ 1992. godine.

Izvanredan susret, vrijedna saznanja i zaslužena sjećanja. Snažan dojam na nazočne. Poslijepodne toga dana bilo je slobodno, uz malo rekreacije na plaži hotela. Tijekom večere u lokalnu „Kornat“, uz dalmatinsku klapu, izmjena pozdravnih riječi i simboličkih poklona za sjećanje i želje da se ovi susreti nastave. „Dobrodošli u Mainz 2015. godine!“

Tijekom večere kolege su nam uručile simboličan ček, među sobom su prikupili sredstva koja su uplaćena na račun Crvenog križa Hrvatske za pomoć poplavljениma u Slavoniji. Spontana gesta humanih ljudi koji su zavoljeli našu zemlju.

Nedjelja 8. lipnja predviđena je za posjet biseru našeg Jadrana, Nacionalnom parku Kornati i posebno Parku prirode Telašćica. Otoci razasuti u plavetnilu mora pod plavim nebom, uz oskudno zelenilo trave i pokojeg dr-

veta. Mir i spokojstvo. Sjetih se pjesnika „Umrijet će noćas od ljepote“, ali mi pade na pamet i jedna simpatična priča. Bog je plemenima dijelio zemlju. Redom su prilazili predstavnici, neki se i gurali, samo je Hrvat nijemo stajao u jednom kutu. Završio Bog posao i spremao se otići kad ugleda Hrvata. Što ti radiš tamo u kutu, upita Bog. Čekam da i nama nešto daš, odgovori Hrvat. Pa što da ti dam kada sam sve podijelio? Naravno, sada mi nema druge nego da tebi dam ono što sam bio za sebe ostavio. Kolege ponovno oduševljeni, a mi ponosni (kao da smo mi nešto doprinijeli toj ljepoti, a ne znamo pravo niti čuvati to što imamo).

Došao je i posljednji dan druženja, ponedjeljak 9. lipnja. Okupljamo se na doručku, neki su se već spremili, drugi tek trče to obaviti. Teku razgovori, lica uglavnom ozbiljna – treba apsolvirati i pohraniti sve te doživljaje, a pritišće sjeta rastanka. Tek u autobusu svi se najednom raspričali, kao da su se sada sjetili svega što su još zaboravili kazati ili time nastojje prevariti vrijeme i odgoditi rastanak. Stigli smo u zračnu luku Zadar, kolege obavljaju formalnosti za predstojeći let, potom bezbrojna grljenja, oprštanja, zahvaljivanja i obećanje –

„Doviđenja dogodine u Mainzu na jubilarnom 40. susretu“. Smještamo se ponovno u autobus i krećemo za Zagreb. Nekako smo tiši. Umor ili sjeta?

Gotovo za ovaj puta, no bogatiji smo za jedan susret s prijateljima, bogatiji za vlastite uspomene, bogatiji za jedan komadić domovine što ostao je u nama.

Posebno se zahvaljujemo kolegama iz Zadra na pomoći i sudjelovanju, s vjerovanjem da ćemo ostvariti još takvih zajedničkih akcija. Bili su to prim. dr. sc. Petar Lozo, predsjednik Podružnice HLZ-a Zadar, prim. mr. sc. Želimir Maštrović, dr. Ivan Stipanov, dr. Miljenko Ljoka, - predsjednik Županijskog povjerenstva HLK-a, i prof. dr. Boris Dželalija.

••••



Foto: Doc. dr. Marko Jukić



## Okrugli stol HUBOL-a o perspektivama bolničkog sustava

• V. d. ravnateljica Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) **Tatjana Prenda Trupec**, mag. ing. el., tvrdi da se još ne zna s kolikim će novcem raspolažati zdravstvo nakon što 1. siječnja HZZO izđe iz državne razine.



Savjetnik ministra zdravlja  
prof. dr. Ratko Matijević

„HZZO će najvjerojatnije imati račun otvoren u Hrvatskoj narodnoj banci, no novac namijenjen zdravstvu neće se više moći preusmjeravati za druge potrebe bez pristanka Zavoda“, rekla je Prenda Trupec na okruglom stolu o perspektivama hrvatskog bolničkog sustava koji je organizirala Hrvatska udruga bolničkih lječnika (HUBOL). Predsjednik HUBOL-a mr. sc. **Trpimir Goluža** pružio je potporu izlasku HZZO-a iz razine, ali i upozorio kako nije važno izaći pod bilo koju cijenu, već na kolika će se sredstva moći računati. Tema stručnog skupa bila je zdravstvena reforma i nacrt novoga Nacionalnog plana razvoja bolница, koji će se uskoro naći u saborskem postupku. Prof. dr. **Ratko Matijević**, posebni savjetnik ministra zdravlja za plan i analizu, rekao je da se u novom planu insistira na kvaliteti i dostupnosti zdravstvene usluge te na racionalizaciji sustava, no bolnice se neće zatvarati niti će im se nametati funkcionalna integracija. Rezultati reforme trebali bi biti vidljivi već tijekom iduće godine.

„Nitko neće izgubiti posao i nijedna bolnica se ne zatvara, ali se može dogoditi da će jedna bolnica pružati akutne usluge, a druga

dugotrajno liječenje. Bolnički krevet neće više značiti ništa ako u njemu nije izvršena usluga. Cilj nam je povećati dostupnost zdravstvene zaštite, stopu liječenja u dnevnoj bolnici i mobilnost osoblja“, rekao je dr. Matijević. Dr. Goluža je podržao najavljenu reformu, ali i upozorio da lječnici na terenu nisu dovoljno informirani ni motivirani.

“Reforma se ne može provoditi iz kabineta, infrastruktura nije pripremljena, a podrška zdravstvenih djelatnika još je upitna. No, drago nam je da su zapuhali neki novi vjetrovi i da je nova zdravstvena administracija ostvarila dvosmernu komunikaciju s ljudima iz prakse”, rekao je dr. Goluža.

Tijekom rasprave postavljeno je pitanje šireg nacionalnog konsenzusa oko provedbe zdravstvene reforme, a dr. Matijević je rekao da zasad tog konsenzusa nema, no kako javna rasprava još traje pa je i ta mogućnost još otvorena.

Hina

## Ljekarnici protiv liberalizacije tržista bezreceptnih lijekova

• Hrvatsko farmaceutsko društvo (HFD) izdalo je povodom najava izmjena pravilnika o lijekovima kojima bi se omogućila prodaja bezreceptnih lijekova (BL) i u trgovackim centrima priopćenje u kojem izražava protivljenje proširenju tržista BL-a te njihovu izdavanju bez stručnog nadzora ljekarnika, tj. magistra farmacije.

Premda je riječ o trendu koji je posljednjih desetak godina zahvatio SAD i neke europske zemlje, činjenica je da neke visoko razvijene države EU-a poput, primjerice, Francuske, nisu prihvatile takvu liberalizaciju ne dopuštajući prodaju BL-a izvan ljekarni zbog zaštite sigurnosti pacijenata/korisnika.

Neke europske države koje su svojedobno zagovarale i dopustile liberalizaciju bezreceptnog tržista lijekova sada razmatraju ili su već pokrenule inicijativu ponovnog ograničavanja dostupnosti BL-a nakon niza zabilježenih ozbiljnih nuspojava zbog nekontrolirane i nekritičke primjene, često uzrokovane nedovoljnim znanjem pacijenata.

Primjerice, Švedska, koja je 2009. liberalizirala tržište BL-a i dopustila prodaju određenih lijekova poput paracetamola i izvan ljekarni, postala je svjesna javnozdravstvene prijetnje takvog dereguliranja uslijed sve većeg broja intoksikacija paracetamolom i ozbiljnih zaprimljenih nuspojava. Švedska Agencija

za lijekove poslala je snažnu poruku prema javnosti da je takvim postupcima stavljanja određenih BL-a izvan nadzora ljekarnika nažalost dovedeno u opasnost ljudsko zdravlje i da nije dostatno samo educirati ljudе o takvим rizicima, nego je najučinkovitija mjera zaštite zdravlja pučanstva jednostavno vratiti lijekove poput paracetamola ponovno samo u ljekarne! Nadalje, broj BL-a koji se u nekim zemljama EU-a prodaje izvan ljekarni sužen je i nije identičan asortimanu ljekarne. U svakom je pogledu nužno da svako prodajno mjesto BL-a ima zaposlenog ljekarnika (magistra farmacije) koji može osigurati provođenje odgovornog samoliječenja i nadzor nad sigurnom primjenom BL-a, posebice u rizičnih skupina pacijenata (osobe starije životne dobi koje rabe više lijekova, dječaci, trudnice, imunokompromitirane osobe i dr.). Osim toga ljekarnik je važna karika u nacionalnom farmakovigilancijskom sustavu.

Tijekom posljednjih godina HFD je provođenjem i podržavanjem javnozdravstvenih inicijativa i projekata nastojalo educirati javnost o odgovornom i racionalnom samoliječenju, koje može biti vrlo opasno ako izostane komunikacija s ljekarnicom ili lječnikom, no Hrvatska je još uvijek zemlja s niskom percepcijom pojma samoliječenja i odgovornog samoliječenja (jasno definiranog od SZO-a) i nedostatno osvještenom populacijom o mogućim rizicima nekritičkog samoliječenja. HFD i dalje će osnaživati ulogu ljekarnika u samoliječenju i nipošto ne podržava banaliziranje primjene BL-a, unatoč njihovom visokom sigurnosnom profilu. Svaki oblik samoposluživanja BL-om u Hrvatskoj nije dopušten, a zemlje koje su to svojedobno uvele sada se bore s posljedicama prekomjerne i nekontrolirane potrošnje BL-a.

Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) naglasila je u svom izještu o prijavljivanju nuspojava u 2013. godini da je svake godine sve veći udio ljekarnika u prijavljivanju nuspojava. Ovakvo povećanje u Europi je zabilježeno još samo u skandinavskim zemljama, što ukazuje na važnost ovog vidi zdravstvenog djelovanja ljekarnika u Hrvatskoj, tim više što prijave pokrivaju i područje bezreceptnih lijekova, što značajno pridonosi praćenju sigurnosnog profila BL-a. Hrvatska je među najuspješnijim zemljama svijeta u području farmakovigilancije te treba ustrajati da se tako kvalitetan sustav održi i razvija, a da pacijentu lijekovi budu dostupni na najsigurniji način, uz nadzor magistara farmacije.

Izvor: [www.farmaceut.org](http://www.farmaceut.org)

- 
- 
-

# U očekivanju biološke terapije za tešku alergijsku astmu

- U organizaciji Hrvatskog torakalnog društva i Udruge Jedra u Zagrebu je održan prvi skup za pacijente koji boluju od teške alergijske astme. Cilj skupa bio je upoznati pacijente i članove njihovih obitelji s bolesti,

kako se s njom suočiti i naučiti živjeti s ograničenjima koje ona nosi te koje su dostupne metode liječenja. Poseban naglasak stavljen je na iznimno učinkovitu biološku anti IgE terapiju, koja značajno doprinosi ublažavanju simptoma i olakšavanju tegoba s kojima se bolesnici svakodnevno susreću. Ova terapija, nažalost, za sada nije dostupna hrvatskim pacijentima, ali se pulmolozi nadaju da će nadležni uskoro prepoznati njenu važnost i korist za bolesnike.

„Teška alergijska astma bolest je o kojoj šira javnost jako malo zna i o kojoj se jako malo govorи, a pogаđа pet do deset posto

astmatičara koji značajno pate te imaju učestale svakodnevne tegobe. Njima, nažalost, ne pomaže uobičajena terapija za astmu, koja kod većine bolesnika dobro djeluje. Zbog toga imaju velika ograničenja u svakodnevnom životu te im obavljanje uobičajenih poslova, poput odlaska u trgovinu ili dnevne higijene, stvara poteškoće”, rekla je prof. dr. sc. **Sanja Popović**

**Grle** s Klinike za plućne bolesti Jordanovac.

AŠ

# Potpisan ugovor o suradnji zagrebačkog MEF-a i DZ-a Zagreb – Centar

- Dekan zagrebačkog Medicinskog fakulteta akademik **Davor Miličić** i ravnateljica Doma zdravlja Zagreb - Centar dr. sc. **Antonija Balenović** potpisali su krajem listopada ugovor o suradnji između tih dviju institucija. Naime, DZ Zagreb - Centar tradicionalno je radilište MEF-a za kolegij Obiteljske medicine, tj. svi djelatnici Katedre za obiteljsku medicinu zapo-slenici su i MEF-a i DZ-a Zagreb - Centar u ku-

mulatorivnom radnom odnosu te čine nastavnu bazu za predmet Obiteljska medicina.

Ugovorom su uređeni međusobni odnosi u vezi s provođenjem nastave na sveučilišnim preddiplomskim, diplomskim i poslijediplomskim studijima iz obiteljske medicine, ali i nastavom iz drugih specijalnosti koje djeleju u sklopu DZ-a Centar. Također su uređeni i odnosi vezani uz tečajeve trajne medicinske

izobrazbe, obavljanje znanstveno-istraživačkog i stručnog rada, specijalističko usavršavanje znanstvenih novaka i osnivanje zajedničkih centara sa specifičnim ciljevima. MEF i DZ Centar planiraju surađivati i na programima znanstvenih istraživanja u području biomedicine i zdravstva, što će zasigurno doprinijeti da se suvremene metode u provođenju zdravstvene zaštite ranije i kvalitetnije uvedu u svakodnevnu praksu i u primarnu zdravstvenu zaštitu.

„Ovo je prvi ugovor takve vrste što ga neki medicinski fakultet u Hrvatskoj sklapa sa zdravstvenom ustanovom na razini PZZ-a a ugovoren sa sveučilišnom kliničkom bolnicom. Ugovorom će se značajno popularizirati često zanemarene djelatnosti koje predstavljaju temelj zdravstvene zaštite, kao što su obiteljska medicina, ginekologija i pedijatrija u PZZ-u. Nadamo se da će to potaknuti da veći broj kvalitetnijih kadrova, koji su dugoročno zainteresirani za stručni, ali i za znanstveno-nastavni angažman, svoju karijeru ostvari izvan okvira sveučilišnih kliničkih bolnica, a time doprinosi razvoju struke unutar zdravstvenih ustanova u nadležnosti lokalne uprave“, kaže dr. Balenović. Hrvatska se trenutno, pa tako i Grad Zagreb, suočavaju s ozbiljnim nedostatkom liječnika, a trenutna upisna kvota na medicinske fakultete ne osigurava njihov dostatan broj. Naime, Hrvatska još uvijek nije dosegnula europski prosjek od 320 liječnika na 100.000 stanovnika i on trenutno iznosi 281 na 100.000. Stoga je neophodno sustavno obrazovanje većeg broja liječnika, a preduvjet je osiguravanje dodatnih kapaciteta za kvalitetnu edukaciju.

„Kako preporuke iz literature govore u prilog osiguravanju obrazovanja studenata medicine u kontekstu najčešćih kliničkih entiteta, sigurni smo da su ordinacije obiteljske medicine izvrsno mjesto za obrazovanje mlađih liječnika,koje će im osigurati pripremu za samostalan profesionalni rad i za daljnji izbor i provedbu specijalističke izobrazbe. S obzirom na to da je za kvalitetno izvođenje nastave potrebno birati osobe iz redova najboljih stude-



Ravnateljica Doma zdravlja Zagreb Centar  
dr. Antonija Balenović i dekan MEF-a akademik Davor Miličić

nata i znanstvenih novaka, koje bi se trebale stručno ospozobljavati za nastavni i stručni rad, to će biti olakšano ovim ugovorom s MEF-om", kaže dr. Balenović.

Dodaje da će takva suradnja doprinjeti ne samo kvalitetnijoj razini zdravstvene zaštite, nego i promociji važnosti DZ-a Centar, te potencijalno i drugih zdravstvenih ustanova koje su u nadležnosti lokalne uprave, odnosno

Grada Zagreba, a sudjeluju u izobrazbi zdravstvenog osoblja.

Promocijom ove suradnje, smatra dr. Balenović, pokazat će se i da se mladi budući liječnici ne educiraju i ne odgajaju samo u državnim sveučilišnim i kliničkim bolnicama, nego upravo da svoje početke učenja i stručne karijere temelje u gradskim zdravstvenim ustanovama, gdje za vrijeme studentskih dana

stječu znanje i iskustvo koje kasnije provode u praksi. „Time će se dodatno podsjetiti i na važnost primarne medicine i važnost lokalnih ustanova kao što su domovi zdravlja. Ovo može biti poticaj i za druge specifične gradske ustanove da ostvare sličnu suradnju“, zaključuje dr. Balenović.

AŠ

## Obilježen Dan ljekarni

- U organizaciji Hrvatskog farmaceutskog društva (HFD) i Hrvatske ljekarničke komore obilježen je 29. listopada tradicionalni 8. Hrvatski dan ljekarni. Tema je ovogodišnjeg Dana bila 'Trudnice, o samoliječenju u trudnoći posavjetujte se s ljekarnikom', kojom se javnosti željelo približiti činjenicu da ljekarnik savjetima može pomoći u sprječavanju posljedica neodgovornog i neinformiranog samoliječenja trudnica. Naglašeno je kako su u samoliječenju i većoj dostupnosti bezreceptnih lijekova, izvan nadzora ljekarnika, moguće brojne poteškoće, pogreške i rizici, poput nerazumijevanja namjene i djelovanja lijeka, pogrešnog doziranja, nepravilne primjene, nerazumijevanja kontraindikacija, interakcija i nuspojava koje mogu

biti opasne po zdravlje trudnice i djeteta. HFD je ovoj temi posvetilo i cijeli javnozdravstveno-edukativni projekt SUTRA (Samoliječenje u trudnoći i tijekom dojenja).

Stoga su na konferenciji za novinare predstavnici vodećih institucija farmaceutske struke naglasili važnost zdravstvene skrbi pre-

ma trudnicama kao osjetljivoj skupini pacijenta i odgovornog, informiranog samoliječenja, uz blisku suradnju trudne pacijentice s ljekarnicom i liječnikom prilikom uporabe bilo kakvog bezreceptnog proizvoda.

AS



Dr. Maja Jakševac Mikša, izvršna direktorka HFD-a, mr. sc. Darko Takač, predsjednik HFD-a, mag. pharm. Silvana Jager, dopredsjednica HLJK-a, mag.pharm. Martina Šepetavc, predsjednica Sekcije za javno ljekarništvo HFD-a, dr. Darko Krnić, voditelj Nacionalnog centra i farmakoepidemiologije HALMED-a, voditeljica Marijana Batinić i glumica Doris Pinčić

## Na 21. Danima Belupa održan okrugli stol 'Ljekarna u središtu zdravlja'

# Suradnja liječnika i ljekarnika nezaobilazna je i ne smije se prekinuti

• Što birati, komu pokloniti svoje povjerenje, kome darovati pravo na brigu o vlastitu zdravlju? Samo je jedan točan odgovor - stručnjaku, liječniku i farmaceutu. Upravo to je bila tema ovogodišnje panel diskusije, središnjeg događaja na 21. tradicionalnim Danima Belupa koji su sredinom listopada u Poreču okupili farmaceute, predsjednike komora i stručnih društava te predstavnike veledrogerija.

Na panel diskusiji raspravljalo se o ulozi ljekarne u sustavu javnog zdravstva kao mjestu izvrsnosti na kojem se prelамaju brojne i česte reforme, sanacije i zdravstvena politika. Jedan od prijepora na relaciji liječnik - ljekarnik bila je najava iz HZZO-a o mogućem pružaju usluga cijepljenja u ljekarnama. Predsjednik Hrvatske ljekarničke komore (HLJK) mag. pharm. Mate Portolan rekao je kako je izjava o cijepljenju izvučena iz konteksta i bila odgovor

tadašnjeg ravnatelja HZZO-a, tj. 'spin na spin' kada su ga ljekarnici upozorili na probleme ljekarničkih marži.

„Drugim riječima, nije bilo nikakvih razgovora s HZZO-om o tome da bi ljekarne preuzele cijepljenje ili bilo koji drugi posao liječnika. Jedino smo prilikom predstavljanja novih usluga koje bi ljekarne mogle pružati spomenuli i primjer nekih europskih zemalja u kojima ljekarne pružaju i te usluge. Kao što smo čuli, i naše kolege iz susjednih zemalja razmišljaju u tom smjeru, ali to je prije svega i pitanje zakonske regulative i dodatne edukacije“, rekao je mr. Portolan. Dodao je kako HLJK već dugi niz godina pokušava razgovarati s HZZO-om i Ministarstvom zdravstva o pravilnom vrednovanju ljekarničkog rada koji je, kao i kad su u pitanju i ostali zdravstveni radnici u Hrvatskoj, podcijenjen. Portolan je naglasio da ljekarne žele doći na takvu razinu da mogu samostalno poslovati od svoje osnovne djelatnosti i osnovnog rada.

„Model ljekarničke usluge koji je usvojen 70-ih godina tada je funkcionirao. Međutim, danas postoji potreba za redefiniranjem osnovne ljekarničke usluge i da se u nju ugradi

sve ono što se danas u ljekarnama radi i usluga koje se pružaju. Ne radi se o tome da preuzimamo poslove liječnika i PZZ-a nego da pružamo nove usluge", kazao je mr. Portolan. Dodao je i kako su ljekarnici danas nezadovoljni sa svojim statusom te da bi zbog svojih znanja mogli dati mnogo veći doprinos svemu onome čemu je danas usmjereno zdravstvo, a to su racionализacija, veća učinkovitost i veća kvaliteta. Mr. Portolan je rekao da će ljekarnici ustrajati u tome bez obzira na to hoće li zdravstvene vlasti prihvati tu njihovu ideju jer smatraju da su to europski i svjetski trendovi razvoja ljekarničke prakse i uloge koja se ne može zaustaviti.

**• Razvoj novih ljekarničkih usluga predviđa četiri razine usluga.**

„Prva, osnovna, vezana je uz opskrbu lijekovima, druga je ona koju će provoditi dodatno educirani ljekarnici, ali neće zahtijevati dodatan prostor niti dodatnu opremu. Usluge treće i četvrte razine moći će pružati samo akreditirane ljekarne i ljekarnici koji će proći edukacije i dobiti certifikate. Ideja je da se sve usluge ne pružaju u svim ljekarnama nego samo u onima kojima će Ljekarnička komora u suradnji s HZZO-om pod točno određenim uvjetima izdati akreditaciju ili dopusnicu. To bi se dodatno plaćalo i na taj način bi se i ljekarne potaknulo da pružaju nove usluge i da se ljekarnici dodatno educiraju“, objasnio je mr. Portolan.

Govoreći o odgovornosti svih u sustavu, mr. Portolan je rekao da valja razmišljati i o propisima koji omogućuju otvaranje internet ljekarni i prodaju lijekova u trgovackim lancima.

„Ovdje moramo voditi računa i odgovornosti prema pacijentima jer to može ugroziti njihovo zdravlje. S druge strane, može ugroziti i prihode ljekarnama, što bi moglo dovesti u pitanje i kvalitetu i dostupnost ljekarničke usluge“, rekao je mr. Portolan.

Predsjednik Hrvatske liječničke komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** rekao je da je to bilo iznenadenje jer se spremaju promjene koje se tiču liječničke struke, a da pri tom s liječnicima nitko o tome nije razgovarao. Iznenadenje je bilo tim već zbog dobrih odnosa koji su vladali između dviju komora kao i zbog dobre suradnje između liječnika u PZZ-u i ljekarnika.

„Kada se govorilo o cijepljenju u ljekarnama, u tom bi se slučaju moglo, u nekoj mjeri, govoriti i o nepoštivanju zakona. Naime, znamo da Zakon o liječništvu precizira liječničku djelatnost kao i da Zakon o ljekarništvu



Predsjednik HLK-a prim. dr. Hrvoje Minigo, prodekanica za nastavu na Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu Bach Ryecki, predsjednica KOHOM-a dr. Ines Balint, magistra farmacije Marija Škrublja i predsjednik Hrvatske ljekarničke komore mag. pharm. Mate Portolan

precizira ulogu ljekarnika, tj. opskrbu i izradu lijekova i ljekarničku skrb koja se mora provoditi u suradnji s drugim zdravstvenim radnicima“, rekao je prim. Minigo, dodajući kako su nesuglasice između dviju komora riješene. Osvrnuo se i na mogućnost da ljekarnik ima uvid u medicinski karton, govoreći da je to moguće samo uz pristanak pacijenta.

„Radi se o povjerljivim podacima, ali i o odgovornosti. Nemamo ništa protiv toga niti da se u ljekarnama cijepi, ali ljekarnik mora biti educiran, a mora se znati i tko će preuzeti odgovornost. Drugim riječima, nemamo ništa protiv toga da se neke uloge prenesu i na druge zdravstvene radnike, ali to mora biti konzensus svih i zakonski uređen“, rekao je prim. Minigo.

Predsjednica Koordinacije hrvatske obiteljske medicine dr. **Ines Balint** kazala je da je imala sreću jer od početka svog radnog vječka dobro surađuje s ljekarnicima, od kojih je na početku karijere i dosta toga naučila.

„Mislim da je suradnja nezaobilazna i da je to karika u lancu za koju ne smijemo dozvoliti da pukne. Koliko god mi svog pacijenta savjetovali, on to zaboravi na putu od liječničke ordinacije do ljekarne. I zato smatram da je upravo tu uloga ljekarnika nezaobilazna, kao i kada je u pitanju savjetovanje. Naime, liječnika je u sustavu premalo, populacija je sve starija i traži sve više savjeta, a kad je usluga besplatna onda je potražnja beskonačna“, rekla je dr. Balint. Dodala je da je uloga ljekarnika posebno važna kada je u pitanju samolječenje, i to



Direktor tržišta RH mag. pharm. Ivo Mušura, član Uprave Belupa Stanislav Biondić, dekanica FBF-a prof. dr. sc. Karmela Barišić, predsjednik HLK-a prim. dr. Hrvoje Minigo, predsjednik NO Belupa i predsjednik Uprave Podravke Zvonimir Mršić, predsjednik Uprave Belupa Hrvoje Kolarčić i predsjednik Hrvatskog farmaceutskog društva mag. pharm. Darko Takač

posebno kod pacijenta s više dijagnoza koji uzimaju više lijekova. Smatra i da bi ljekarnici trebali imati uvid u dio medicinskog kartona koji se odnosi na lijekove što ih pacijent uzima.

„Mislim da ljekarnici imaju dovoljno znanja i kompetencija da mogu pratiti uzimanje terapije, ali treba prilagoditi zakonsku regulativu i osigurati prostor jer se to ne može raditi za pultom u ljekarni“, rekla je dr. Balint. Također je upozorila da s ovakvim promjenama ne treba žuriti već da se tako ozbiljna reforma mora ponovo planirati te je nužno osigurati i zajedničku edukaciju i liječnika i liekarnika.

Na panelu je bilo razgovora i o edukaciji farmaceuta, a prodekanica za nastavu na Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu **Lidija Bach-Rojecki** rekla je da su naši farmaceuti, nakon završenog petogodišnjeg studija, itekako sposobni, te da imaju znanje, kompetencije i vještine da preuzmu svoju ulogu u sustavu.

„Pacijenti nas prepoznuju kao stručnjake kojima se mogu obratiti za pomoć i savjete“, kazala je Bach-Royecki. Dodala je kako je fakultetski program usklađen s Bolonjskim procesom, da studenti mogu birati između raznih izbornih kolegija, od kojih su neki u vrlo specijalizirani te da je uveden i rad u manjim grupama kroz koje studenti na radionicama uče kako rješavati konkretnе primjere s kojima će se susretati u praksi. Program je usklađen s europskim direktivama pa od akademske godine 2011/2012. Fakultet uključuje četiri godine teorijske i praktične nastave, dok se u desetom semestru studenti šest mjeseci stručno ospozobljavaju (pripravnštvo).

Ljekarnica u Deltis Pharm Marija Šrkibulja naglasila je da je edukacija farma- ceuta danas važnija nego ikada radi stjecanja novih kompetencija kako bi osigurali kontinu- iranu i kvalitetnu ljekarničku skrb. Edukacija se održava kroz predavanja i seminare s radi- onicama u okviru Hrvatskog farmaceutskog društva, HLJK-a, Farmaceutsko-biohemiskog fakulteta i uz pomoć proizvođača lijekova.

„Osnovno je načelo djelovanja svih zdravstvenih radnika dobrobit pacijenata i to svi poštujemo i tako radimo. Nismo zadovoljni suradnjom sa zdravstvenom vlasti, kao niti s time da se komore kao predstavnici struke često ne uvažavaju. Nekada to nije bilo tako i dobivali smo dobre i kvalitetne propise, ali se i to promjenilo“, rekao je mr. M. Portolan.

\* Tekst je prenesen iz Glasila Belupo



# Sastanak ORL sekcije i boarda UEMS-a u Dubrovniku

- Od 2. do 4. listopada održan je u Dubrovniku Godišnji sastanak ORL sekcije i boarda UEMS-a (Unije europskih liječnika specijalista). To je prvi put da je ta Sekcija imala sastanak u Hrvatskoj, a domaćin je bilo Hrvatsko društvo za ORL i kirurgiju glave i vrata. Glavni organizator bio je prof. dr. Tomislav Budoin, potpredsjednik hrvatskog ORL društva i delegat u UEMS-u, zajedno s dr. **Lanom Kovač Bilić**. Sastanak je bio pod predsjedanjem prof. dr. **Ulrika Pedersena**, koji je delegat Danske. Na sastanku je sudjelovalo 43 delegata iz 26 zemalja. Glavni zadatak ovogodišnjeg sastanka bilo je izglasavanje finalnih programa subspecijalizacije iz ORL i kirurgije glave i vrata. Već je prije odlučeno da uz program edukacije iz opće otorinolaringologije i kirurgije glave i vrata postoje i programi iz 7 subspecijalizacija: Kirurgija glave i vrata, Otologija/Neurootologija, Rinologija/Alergologija, Fonijatrija, Pediatrijska ORL, Plastičnorekonstruktivna estetska kirurgija i Audiologija/Vestibulologija. Na tim programima radile su radne skupine posljednje tri godine i sada su usvojene konačne verzije. Prema konačnim programima, subspecijalizacije moraju trajati najmanje godinu dana, trebale bi se provoditi u ustanovama koje su akreditirali UEMS i europska subspecijalistička društva, broj kirurških postupaka neće biti definiran kao u programu opće ORL, moguć je transfer kompetencija iz prethodnog obrazovanja, poželjno je da prije početka subspecijalizacije postoji specijalističko iskustvo iz opće ORL te da tijekom subspecijalizacije subspecijalist pohađa barem dva tečaja akreditirana od UEMS-a.

Posebna je čast što je u skupu sudjelovala prof. **Nada Čikeš**, predsjednica Nacionalnog povjerenstva za edukaciju liječnika

specijalista u Hrvatskoj i predsjednica UEMS-ove Sekcije i boarda za reumatologiju. Vrhunskim predavanjem prof. Čikeš je dala uvid u edukaciju specijalista u Hrvatskoj, što je pobudilo veliku raspravu i pokazalo da je Hrvatska u uvođenju UEMS-ovih odredaba s ciljem poboljšanja kvalitete edukacije liječnika u samom europskom vrhu.

Gost skupa bio je i dr. Michael Kuo iz Birminghama, tajnik Europskog društva za pedijatrijsku ORL (ESPO), koji je s delegatima imao plodnosnu raspravu o subspecijalizaciji iz pedijatrijske ORL, na čelu čije radne skupine je prof. Baudoin.

Prof. **Klaus Albegger** (Austrija) izvjestio je o rezultatima ovogodišnjih europskih ispita iz ORL, koji je sve popularniji među europskim otorinolaringologozima, ali i među kolegama iz Bliskog istoka. Naveo je najnovije statističke podatke o broju specijalista iz ORL i kirurgije glave i vrata u Evropi, i u svjetlu toga raspravljalo se o najnovijim velikim promjenama broja u određenim zemljama zbog velike migracije ORL specijalista. To postaje i problem Hrvatske, čiji su ORL specijalisti počeli emigrirati u druge zemlje EU-a.

Predsjednik Sekcije, prof. Pedersen, izvjestio je o radu europske referentne mreže za liječenje rijetkih bolesti, prema čijoj bi aktivnosti EU pokrivala 50% troškova liječenja, a zemlja bolesnika ostalih 50% u nekom od akreditiranih centara za liječenje takvih bolesti. Izvješteno je i o radu UEMS-ove mreže za akreditaciju centara za kliničke vještine u Europi (NASCE) i imenovani su predstavnici ORL sekcije u to tijelo. Na kraju su predstavljeni gradovi u kojima će biti održani skupovi ORL sekcije UEMS-a. To su Amsterdam 2015. i Prag 2016. godine.

Uspješan radni program pratio je i uspješan društveni program, a sam Dubrovnik, hotel održavanja i lijepo vrijeme pomogli su da ovaj sastanak, prema svjedočenju mnogih, bude ocijenjen kao najbolji do sada.

*Tomislav Baudoin*



**Delegati ORL sekcije i boarda UEMS-a ispred Velike Onofrijeve česme**



## Onkološki kolokvij u HAZU-u

• Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti organizirala je 15. listopada svoj prvi onkološki kolokvij na kojem se razgovarao o nekim od osnovnih pitanja hrvatske onkologije, kao i o novim iskoracima u dijagnostici i liječenju tumora. Kako je u svom govoru istaknuo predsjednik HAZU-a akademik **Zvonko Kusić**, onkologija je dugo vremena bila zapostavljena medicinska disciplina, da bi u zadnjih desetak godina postala najpropulzivnijom disciplinom, zahvaljujući povezanosti s bazičnom znanosti i suradnji s drugim granama medicine, zbog čega je rak u velikom mjeru postao kronična bolest. Ak. Kusić je najavio da bi onkološki kolokviji HAZU-a, koji će se održavati svakih šest mjeseci, trebali obraditi sve teme vezane uz onkologiju.

O najnovijim iskoracima u onkologiji predavanje je održao prof. dr. sc. **Fedor Šantek** s Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu koji je kao primjer kvalitete hrvatske onkologije spomenuo slučaj pacijentice koja je potpuno izlijecena od melanoma oka s metastazama na jetri. Iznio je i podatke prema kojima je najviše oboljelih od malignih bolesti u Hrvatskoj u Međimurskoj, Zagrebačkoj i Sisačko-moslavačkoj županiji, a najmanje u Šibensko-kninskoj i Ličko-senjskoj županiji.

Voditelj Onkološkog kolokvija prof. dr. sc. **Nikola Đaković**, upravitelj Zavoda za imunologiju i genetiku tumora HAZU-a, iznio je upozoravajuće podatke o broju umrlih od novotvorina, koje su u Hrvatskoj drugi uzrok smrtnosti, odmah nakon bolesti cirkulacijskog sustava. „Od 50.386 umrlih u Hrvatskoj u 2013., od novotvorina je umrlo 14.012 osoba ili njih više od 27 posto, od toga 6000 žena i 8012 muškaraca. Broj umrlih od svih bolesti pada, osim od novotvorina“, kazao je Đaković.

Na kolokviju je predstavljen novi broj Akademijinog časopisa Rad u sklopu kojeg je objavljen Zbornik radova 1. Hrvatskog simpozija o personaliziranoj onkologiji. U njemu je personalizirana onkologija predstavljena kao važan iskorak u dijagnostici i terapiji raka, budući da se njojome bolesnicima omogućava terapija prilagođena tumoru koji imaju. Najnoviji broj Rada Razreda za medicinske znanosti HAZU-a objavljen je na engleskom, na kojem izlazi od 2007. Rad je inače najstariji Akademijin znanstveni časopis; izlazi od 1867. Godine.

Marijan Lipovac

## Aspirin® – neispričana priča

• I dok je dvadeseto stoljeće polako odlazio u povijest, a devedeste su godine tog istog nesretnog, ali i najnaprednijeg od svih sto-

jeća ljudske povijesti svjedočile pojavi interneta, raspadu država jugoistočne Europe i kloniranju ovaca, u Njemačkoj je uzgojena nova vrsta ruže! Posebna vrsta ruže, za posebnu priliku. U čast stogodišnjice sinteze acetil-salicilne kiseline u Njemačkoj novu su vrstu ruže nazvali Aspirin®.

Ova ruža simbolizira jedan uspješni lijek, lijek čija je povijest nedjeljiva od povijesti stoljeća koje će vidjeti najveća svjetska krvoprolaća ali i najveći tehnološki i humanistički napredak u povijesti čovječanstva.

Podrijetlo imena vrlo je zanimljivo. Neki tvrde da je, prema legendi, Aspirin dobio ime po svetom Aspirinusu, napolitanskom biskupu koji je bio zaštitnik glavobolje. Vjerojatnije je ipak da se radi o izvedenici. Prvo slovo «a» potječe od riječi acetiliranje, tj. kemijskog postupka u kojem se salicilna kiselina pretvara u acetilsalicilnu. Osnova „spir“ dolazi od spirne kiseline, spoja koji je identičan salicilnoj kiselini, a dobiva se iz biljke brijestolisne končare koju poznajemo i pod imenom oslad. Zadnji slog „in“ je završetak koji se često koristio za farmaceutske proizvode.

Koliko je Aspirin® utkan u svakodnevni život ljudi Europe, Azije i obju Amerika govori i činjenica da se danas u kućanstvima diljem svijeta mogu pronaći kutije Aspirina stare i preko pedeset godina, koje su, štoviše, još i upotrebljive... Uzimala ga je Marilyn Monroe, pili su ga Beatlesi, bio je na Mjesecu, Guinnessov je rekorder što je bilo do kraja pročitajte na Bayer edukacijskom kutku, [www.bayer.hr](http://www.bayer.hr). (L.HR.10.2014.0328)

Dr.sc. **Nikola Bulj**, internist-kardiolog  
KBC "Sestre milosrdnice", Zagreb

## Reumatlon - aktivno protiv reumatskih bolesti

• U sklopu 16. Godišnjeg kongresa Hrvatskog reumatološkog društva koji je održan od 23. do 26. listopadu u Šibeniku, po prvi put je organiziran Reumatlon, utrka u kojoj su sudjelovale osobe oboljele od reumatskih bolesti, liječnici, medicinske sestre i fizioterapeuti. Osnovni cilj ove akcije, čiji se nastavak planira i sljedećih godina, jest podizanje svijesti u stručnoj i široj javnosti o fizičkoj aktivnosti kao temelju primarne, sekundarne i tercijske prevencije i liječenja upalnih i degenerativnih reumatskih bolesti.

Odaziv na utrku je bio izvrstan, u njoj je sudjelovalo više od dvije trećine od približno 350 registriranih sudionika Kongresa. Pacijenti organizirani u nekoliko ograna Hrvatske lige protiv reumatizma i više udruga bolesnika, medicinske sestre i fizioterapeuti, a s njima i liječnici, otrčali su spasonosne krugove nade i vjere u svoje zdravlje, ali i zajedništvo i timski rad, bez kojih je reumatologija kao struka danas nezamisliva. Ugodaj koji je pratio projekt već od samog začetka, od kreiranja ideje, pa sve

do starta i dodjele simboličnih nagrada najbržim natjecateljima, bila je nevjerojatna, nabijena pozitivnom energijom i entuzijazmom. Veselje i dobro raspoloženje, uz prelijepo vrijeme i okruženje na dan utrke, bili su nam najbolji poticaj da s još većim žarom nastavimo dalje i pripremimo se za sljedeću godinu. Dobra organizacija događaja, koji su popratili svi lokalna nekoliko puta i nacionalni mediji, osigurala je da se željene poruke o važnosti redovite fizičke aktivnosti prenesu širom Lijepe naše, koja je, nažalost, ovog časa na europskom začelju po fizičkoj aktivnosti građana, usprkos uspjesima u vrhunskom sportu. U organizaciji su sudjelovali dr. sc. **Miroslav Mayer**, internist reumatolog (KBC Zagreb), dr. **Pavao Vlahek**, fizijatar (Varaždinske Toplice), dr. **Darija Granec**, fizijatar (Krapinske Toplice), dr. **Ljiljana Smiljanic Tomičević**, speci-

jalizant interne medicine (KBC Zagreb), dr. **Goran Šukara**, specijalizant interne medicine (KBC Zagreb) i **Vladimira Šimić**, dipl. oec. (slobodni novinar, PR Reumatlona).

Reumatlon želimo pretvoriti u niz događanja koja će se svake godine održavati uz konferencije Hrvatskog reumatološkog društva, ali i na ulicama gradova. Stoga ovim putem pozivamo i sve vas, čitatelje Liječničkih novina, da nas redovito pratite na web stranici [www.reumatlon.eu](http://www.reumatlon.eu) te da nam se pridružite sugestijama, komentarima i aktivnim sudjelovanjem u virtualnoj zajednici na Facebooku (<https://www.facebook.com/reumatlon>).

Dr. sc. **Miroslav Mayer**, predsjednik organizacijskog odbora Reumatlona, **Vladimira Šimić**, dipl. oec., PR Reumatlona

Na Reumatlonu su sudjelovale osobe oboljele od reumatskih bolesti, liječnici, medicinske sestre i fizioterapeuti



Foto Sanja Vrčić

## Dr. Mirela Bušić, nacionalna koordinatorica za transplantacijski program

# Dobar i održiv sustav doveo je Hrvatsku na vrh svijeta u transplantacijskoj medicini

Tekst i slike Andreja Šantek i privatna arhiva

Dr. Mirela Bušić



- Međunarodno transplantacijsko društvo „The Transplantation Society“ svake četiri godine dodjeljuje priznanja zaslužnim pojedincima koji su svojim radom pridonjeli razvoju transplantacijske medicine ili ostvarili značajna postignuća u nekom od područja vezanih za tu granu medicine. Ove je godine među laureatima bila i dr. **Mirela Bušić**, nacionalna koordinatorica za transplantacijski program u Hrvatskoj, s čijim je dolaskom u Ministarstvo zdravstva 2001. godine započela jedna od najsjajnijih priča u novoj hrvatskoj medicinskoj povijesti. Naime, danas je Hrvat-

ska zemlja s najvećim brojem darivatelja organa na milijun stanovnika i najvećim brojem transplantacija na milijun stanovnika, čime je transplantacijska medicina postala „brend hrvatskog zdravstva“ i globalno prepoznat model.

Prva transplantacija izvedena je u Hrvatskoj davne 1971. godine kada je prof. dr. **Vinko Frančišković** sa suradnicima u KBC-u Rijeka napravio prvu transplantaciju bubrega sa živog donora. Godine 1988. prof. dr. **Josip Sokolić** i suradnici izveli su u KBC-u Zagreb prvu transplantaciju srca, a već 1990. je u istoj

bolnici doc. dr. **Vuk Borčić** sa suradnicima napravio i prvu transplantaciju jetre. U KBC-u Zagreb napravljena je i prva transplantacija jetre kod djeteta, a izveo ju je tim prof. dr. **Stipe Batinice** 2002. Prvu transplantaciju pluća izveli prof. dr. **Zoran Slobodnjak** i suradnici u Klinici za plućne bolesti Jordanovac, a iste su godine prof. dr. **Josip Pasini** i dr. **Stipe Jadrijević** izveli i simultanu transplantaciju gušterice i bubrega u KB-u Merkuru. Nekoliko godina prije, 1993. Godine, takvu su operaciju prvi put u Hrvatskoj napravili dr. **Miomir Zelić** i suradnici u KBC-u Rijeka. Godine 2005. u Merkuru je napravljena i prva simultana transplantacija bubrega i jetre.

Zahvaljujući tim izuzetnim stručnjacima i njihovim suradnicima uvođenje suvremenih kirurških transplantacijskih tehnika završilo je krajem 90-ih, no mali broj darivanih organa bio je razlog malom broju dostupnih transplantacija.

Tek je uspostavom organizacijskog modela 2001. godine s nacionalnim koordinatorom pri Ministarstvu i mrežom bolničkih koordinatora koji su odigrali ključnu ulogu u razvoju donorskog programa u našim bolnicama, počeo rasti broj darivatelja organa, koji je kulminirao u 2010. Godini, pozicionirajući Hrvatsku u sam vrh svijeta.

Nagrada koju je dr. Bušić primila priznanje je za dosadašnji rad i trud koji je, zajedno sa svojim kolegama koordinatorima i medicinskim sestrma u bolnicama, uložila posljednjih 14 godina. Dodijeljena joj je za izuzetno unapređenje transplantacijske medicine u zemljama u razvoju, kao koordinatorici države koja je napravila najveći pomak.

„Činjenica je da je Hrvatska zaista posljednjeg desetljeća napravila streloviti iskorak kao niti jedna druga zemlja u svijetu, a riječ je o broju darivatelja i broju presađenih organa na milijun stanovnika, a to su indikatori uspješnosti koji se prate i uspoređuju na globalnoj razini. Hrvatska je 2010. prvi puta prešla tu „čarobnu“ i do tada nedostiguću brojku od 30 darivatelja na milijun stanovnika, koju već godinama bilježi jedino Španjolska. No, još me više veseli da smo broj darivatelja iznad 30 na milijun stanovnika uspjeli održati već četiri godine zaredom, što pokazuje da to nije tek slučajan, prolazan trend koji se dogodio nekim „čudom“, nego potvrda da smo smo uspjeli napraviti dobar i održiv sustav“, kaže dr. Bušić. Za svoju ‘vezu’ s transplantacijom kaže da je bila normalan slijed jer je prije dolaska u Ministarstvo, gdje danas vodi Zavod za biomedicinu i transplantaciju, radila na odjelu hemodializne u Domu zdravlja Metković, gdje se svakodnevno susretala s potencijalnim kandidatima za presađivanje. Njeno preseljenje u Zagreb 2000. godine poklopilo s odlukom Ministarstva da uspostavi funkciju nacionalnog transplantacijskog koordinatora.“

„Uspješno napravljena transplantacija održava entuzijazam na visokoj razini i to je ta sinergija o kojoj sam govorila. Jer kada naš bolnički koordinator nakon dva dana i dvije noći provedene uz darivatelja organa zna da su ti organi transplantirani onima kojima su napotrebni, dobiva satisfakciju za svoj rad“, kaže dr. Bušić. Dodaje kako je puno izuzetnih liječnika i timova s kojima surađuju, a tim s Merkura je jedan od onih koji svojom neiscrpnom energijom, radnim elanom i profesionalnošću predstavljaju uzor mladim generacijama.

„To nije posao koji možete raditi napola, to je posao koji zahtijeva angažman bez zadrške. Ekipa s Merkura je, zahvaljujući velikom broju učinjenih transplantacija, stekla rutinu za izvođenje najzahtjevnijih kirurških zahvata. Njihov ‘performance’ i kiruršku virtuoznost danas teško da možete usporediti bilo s čime“, kaže dr. Bušić, dodajući da imamo i jednak sjajne koordinatore, zahvaljujući kojima se dragocjeni darivani organi održavaju vitalnim za presađivanje.

skog koordinatora koja je naputkom Ministarstva iz 1998. zacrtana u organizacijskoj shemi.

Tada su voditelji jedinica intenzivnog liječenja u većim bolnicama imenovani bolničkim koordinatorima, a ja nacionalnim koordinatorom. Osnove koordinacijskog posla, koncept smrti mozga te etička načela darivanja organa, usvajala sam u hodu, uz sverdnu pomoć mojih prvih mentora. To su bili prof. Josip Pasini, prof. Vesna Veger, dr. Ljiljana Lovrić, prim. Igor Povrzanović, prim. Josip Jelić, dr. Zdenko Mitra i drugi cijenjeni kolege.

Njihov entuzijazam i ljubav za taj posao odmah su me zarazili, a adrenalin koji sam osjetila tijekom prve koordinacije i neprospavane noći neizostavan je dio čara tog posla. Uz to su kreativnost, dinamičnost, međunarodna suradnja, nepredvidljivost, snalaženje u nepoznatim uvjetima te krajnji osjećaj zadovoštva i zahvalnosti kada organ stigne do primatelja, ono što te potpuno ispunjava. No, bilo je potrebno dosta energije za promjenu ustaljenih obrazaca te za iznalaženje brzih i odgovarajućih rješenja. Uspostavljanje 24-satnog modela rada sedam dana u tjednu unutar državne institucije Ministarstva s fiksnim radnim vremenom od 7 do 16 sati, bio je samo jedan u nizu izazova. Najveći je bio što nismo mogli započeti nove ljudi i staviti ih u sustav dežurstava pa smo preko medicinskog fakulteta potražili studente zadnje godine medicine koji žele sudjelovati u koordinaciji. To se pokazalo kao jedan od naboljih poteza jer smo dobili vrhunsku ekipu mlađih studenata, budućih liječnika“, kaže dr. Bušić. Nakon edukacije i probnog uhoodavanja, uspostavljen je hrvatski model, koji i danas uspješno funkcioniра. Naime, upravo je centralna organizacija za podršku i praćenje provedbe transplantacijskog programa jedan od postulata svih uspješnih modela. U većini zemalja riječ je o državnim transplantacionim agencijama ili zavodima, pojašnjava dr. Bušić.

Usporedo s formiranjem centralnog koordinacijskog ureda pri Ministarstvu zapo-

čela je i priprema novog legislativnog okvira kako bi se otvorila mogućnost međunarodne suradnje. Upravo zbog zakonskih nedostataka, dodaje, postojala su ograničenja u međunarodnoj suradnji i razmjeni organa, no ipak je 2004. godine pokrenuta uspješna suradnja s Italijom i razmjena organa za visoko urgente primatelje jetre. Poštujući europske direktive, Zavod danas osim organa pokriva i područja tkiva, stanica, krvi i umjetne oplodnje. Sve su to bliska područja biomedicine koja imaju zajedničke etičke principe i visoke zahtjeve u pogledu standarda kvalitetete i sigurnosti.

„Kod pregovora o pristupanju EU moralni smo dokazati da smo usklađeni s njihovim zahtjevima te da će svi propisani standardi biti uvedeni u zdravstveni sustav. U trenutku kada smo počeli pregovore, Hrvatska je po broju darivatelja organa, uz Španjolsku, već bila vodeća zemlja u svijetu. Od 2007. godine, kada smo postali članica Eurotransplanta, napravili smo golem iskorak te postali zemlja s najvećim brojem donora“, kaže dr. Bušić.

Naš model podrazumijeva, kaže, da u svakoj bolnici postoji koordinator, tj. liječnik ili tim koji je posvećen donorskemu programu, a usporedno se provodila i njihova edukacija u Hrvatskoj i Barceloni. Godine 2006. Uveden je i novi finansijski model te se prvi put izdvojilo

plaćanje transplantacijskih usluga i donorskog programa na posebne pozicije pri HZZO-u, tj. izvan limita bolnica. Stoga dio zasluga, dodaje dr. Bušić, svakako pripada i ministrima koji su prepoznali potrebu izdvajanja transplantijskog programa izvan modela finansiranja zdravstvenih usluga.

„Budžet pri MIZ-u, koji se svake godine pomalo povećavao, omogućio nam je da provodimo niz promotivnih i edukativnih programa, nabavimo opremu za donorske bolnice, organiziramo kampanje i održavamo kontinuiranu suradnju s udruženjima. I na koncu, 2007. Godine, pristupanje Eurotransplantu bila je „točka na i“, čime smo zapravo završili proces reforme, tj. implementaciju našeg sustava“, kaže dr. Bušić. Smatra kako bez vrhunskih liječnika i sestara koji su posvećeni donorskemu programu, ovaj program ne bi bio moguć.

„Obilazili smo jednu po jednu bolnicu i tražili liječnike koji su motivirani za taj posao, a onda bi oni bili ti pokretači energije i promjene okruženja u kojem rade. Transplantacijski timovi su mogli rasti, razvijati dodatne kirurške tehnike, donorske bolnice su prepoznale svoju važnost, intenzivisti, struka koja je sama po sebi samozatajna, kroz taj je dodatni angažman sebe pronašla u tom programu. S druge strane, pacijenti su bili zadovoljni, a vrijeme čekanja je bilo kraće“, kaže dr. Bušić.

Prema zakonu, svaka se bolnica unutar javnog zdravstva, koja ima jedinicu intenzivnog liječenja gdje se nalaze potencijalni darivatelji, smatra donorskom bolnicom i mora sudjelovati u programu. Drugim rječima, u svakoj bolnici postoji koordinator koji je zadužen da prepozna, detektira i održava potencijalnog kandidata do trenutka eksplantacije. S druge strane, transplantacijski centri nalaze se u pet bolnica; to su KB Dubrava za srce, KB Merkur za abdominalne organe, KBC Zagreb za srce, jetru i bubrege te KBC Rijeka i KBC Osijek za bubrege. Centre su licencirale posebne inspekcije za biomedicinu pri Ministarstvu, što znači da zadovoljavaju strogo propisane kriterije.



Dr. Mirela Bušić  
u privatnoj  
audijenciji kod Pape



**Bez povjerenja  
naših građana,  
transplantacijska  
medicina ne bi  
bila moguća,  
kaže dr. Bušić**

Na pitanje kako u praksi izgleda postupak, dr. Bušić odgovara da svaka bolnica Ministarstvu prijavljuje potencijalnog kandidata zajedno sa svim podacima o provedenim potrebnim testiranjima. Podaci o donoru se upisuju u sustav koji se elektronskim putem šalju u Eurotransplant, gdje se u kompjutorskom programu uskladjuju s podacima pacijenta. Nakon toga se dobiva 'ranking' lista sa šifriranim odbirom primatelja.

"Iz Leidena nakon toga slijedi telefonski poziv direktno transplantacijskom centru i kaže se: 'Imate ponudu organa za primatelja broj 12685'. Centar mora u roku od 30 minuta, ako su u pitanju jetra ili srce, a 60 minuta ako je u pitanju bubreg, odgovoriti prihvaćaju li taj organ za tog pacijenta. U tom trenutku morate provjeriti je li vaš primatelj i dalje bez kontraindikacija za transplantaciju, kontaktirati ga, provjeriti odgovaraju li donor i primatelj doista jedno drugom i reći: 'Prihvaćamo'. Vi ste zapravo odgovorni da taj organ pravovremeno stigne do njemu odgovarajućeg primatelja. I onda kreće. Početak eksplantacije se dogovara s koordinatorom u bolnici i uskladjuje s dolaskom eksplantacijskih timova," objašnjava dr. Bušić. Dodaje kako Eurotransplant ustvari najviše pomaže u slučaju hitnih zahtjeva za jetrom ili srcem. Oko 16 posto organa ide u razmjenu, a oko 84 posto ostaje u Hrvatskoj za potrebe naših pacijenta. No, ovih 16 posto zapravo se dobivaju natrag jer je princip suradnje u Eurotransplantu baziran na reciprocitetu, tj. ravnoteži datih i primljenih organa.

U ovom trenutku na listi je 30-ak pacijenata koji čekaju na transplantaciju srca, oko 70 koji čekaju jetru i 140 pacijenata koji čekaju bubreg. Dr. Bušić kaže kako pokušavaju ubrzati postupke obrade i stavljanja na listu čekanja jer se primijetilo da obrada kandidata predugo traje.

"U ovom trenutku nastojimo potaknuti ponovni 'screening' svih mogućih kandidata za transplantaciju bubrega te ubrzati postup-

ke obrade u svrhu stavljanja na listu čekanja. Naime, na listi imamo svega sedam posto pacijenata na dijalizi, a istaknuta drugih zemalja i podaci govore da bi ih trebalo biti od 10 do 30 posto", kaže dr. Bušić.

Posao ide dalje, dodaje dr. Bušić, i svoje područje djelovanje širi se i na tkiva i stanice.

"Uz organe, još je veća potreba za tkivnim presadcima jer se primjenjuju u liječenju i rekonstruktivnim zahvatima kojima se vraća funkcionalnost i kvaliteta života. Upravo radimo na uspostavljanju jedinstvene banke tkiva, te je pred nama niz izazova i novih projekata i područja biomedicine na kojima treba raditi.

Naravno da to zahtjeva stalni razvoj specifičnih vještina i znanja. Nažalost, u Zavodu u ovom trenutku nemamo dovoljno ljudi te nam je velik izazov održati dosadašnju razinu aktivnosti i standarde rada koje taj program zahtjeva. Pred nama je niz planova i EU projekata, kao što su razvoj transplantacijskih registara i sustava za biovigilanciju (neželjenje reakcije), a koji zahtjevaju intenzivan angažman. Istovremeno, naše znanje i 'know-how' trebalo bi prenosi mladim generacijama", zaključuje dr. Bušić.

.....



**Dr. Mirela Bušić  
ljetos je primila nagradu  
za svoj nesobičan rad**

- Dr. Bušić nedavno je bila s međunarodnom grupom stručnjaka u privatnoj audijenciji kod Pape, s kojim su razgovarali o prevenciji komercijalizacije organa i sve raširenijeg tzv. transplantacijskog turizma. Povod je, među ostalim, bila i najava da se u Americi prodaja organa proglaši legalnom.

"Papa je ponovno naglasio da je bilo kakva komercijalizacija i ostvarivanje dobiti u području darivanja i presađivanja organa nemoralna, neetična i nedopustiva", kazala je dr. Bušić i dodala kako im je Papa dopustio da tu njegovu izjavu koriste u kontekstu kada to treba. U audijenciji kod Pape bilo je petero ljudi, među kojima, uz dr. Bušić, i dr. Beatriz Dominguez Gil iz Španjolske, kao predstavnice zemalja koje upravo predstavljaju primjer kako prevenirati transplantacijski turizam.

"Kada u vlastitoj zemlji imate transplantacijski program kojem ljudi vjeruju i u kojem daruju organe, a taj isti zdravstveni sustav ih uspješno transplantira, vi ste zapravo najbolji model kako se prevenira transplantacijski turizam. Švicarska je primjer bogate zemlje koja ima razvijene transplantacijske tehnike i medicinu, ali nema razvijenu 'kuluru' darivanja te gotovo da nema organa za presađivanje. Bez čina darivanja sav novac ovoga svijeta ne može nam pomoći da dobijemo organ, kaže dr. Bušić. Sвесност o važnosti darivanja organa i osjećaj zajedništva koji naši građani imaju, kaže, nešto je što trebamo izuzetno cijeniti te pažljivo njegovati kod mlađih generacija."

"Imamo i pacijente i građane koji doista vjeruju u naš transplantacijski program, a to povjerenje je veliko dostignuće jer smo ga uspjeli sačuvati unatoč svim promjenama koje se događaju u zdravstvenom sustavu", kaže dr. Bušić.

## Dr. sc. Stipislav Jadrijević, transplatačijski kirurg u KB-u Merkur

# Klinika koja je pacijentima ponekad zadnja šansa

Tekst i slike Andreja Šantek

„Nisam nikakva zvijezda, ja sam samo liječnik koji radi svoj posao“, rekao mi je dr. sc. **Stipislav Jadrijević**, kirurg u KB-u Merkur, na konstataciju kako su mediji doslovce ‘poludjeli’ za njim nakon što je objavljeno da je napravio tešku operaciju na jetri kojom je mladoj Osječanki spasio život. Dr. Jadrijević, kojeg sam upoznala prije više od deset godina, i danas je jednako skroman i jednostavan kao i onda kada je zajedno s ekipom svojih kolega pokretao transplantacijski program u KB-u Merkur u Zagrebu. Imala sam sreću, pa možda i privilegiju, da tada zajedno s njima krenem helikopterom put Rijeke gdje su obavili eksplantaciju organa na mladom talijanskom motoristu koji je život izgubio na grobničkoj pisti. Iz Zagreba su krenuli onako kako su se zatekli u bolnici, u radnim odjelima i poderanim klompama, još i danas se sjećam kako su se zafrkvali na vlastiti račun.

Naime, spašavali su živote i izvan okvira onoga što im je spadalo u djelokrug posla, a bolnica im nije mogla osigurati čak ni pristojnu obuću.

No, danas je stanje potpuno drukčije. Brojke napravljenih transplantacija su impresivne, napravili su više od 900 transplantacija jetre, više od 130 transplantacija gušterače, velik broj različitih velikih abdominalnih operacija i resekcija jetre. U bolnici su danas četiri transplantacijska tima; vode ih prim. dr. **Branišlav Kocman**, dr. Stipe Jadrijević, dr. **Danko Mikulić** i dr. **Mirko Poljak** koji samostalno izvode transplantacije jetre i ostale komplikirane zahvate.

Povod za razgovor s dr. Jadrijevićem bila je nedavna tzv. „ex vivo“ resekcija jetre zbog velikog tumora u jetrima mlade pacijentice. U literaturi je zabilježeno svega 16 takvih slučajeva, no ovaj je još specifičniji i zbog činjenice da je ovu operaciju od početka do kraja napravio samo jedan liječnik, za razliku od ostalih u kojima su radili timovi različitih liječnika.



Dr. sc. Stipislav Jadrijević

„Tumor je zahvatio lijevu i srednju jetrenu venu u potpunosti, dok je desna jetrena vena bila djelomično infiltrirana tumorom. Nakon što sam proučio medicinsku dokumentaciju koju je pacijentica donijela, napravili smo joj dodatno i MR jetre koji nam je potvrdio djelomičnu infiltraciju desne jetrene vene tumorom sa stražnje strane. U razgovoru prije operacije pacijentici sam najavio mogućnost da će za vrijeme operacije morati izvaditi jetru i na stolu odvojiti tumor od zdravog dijela jetre. Nakon što sam se eksploracijom uvjerio da je tumor samo u jetri te da se nije proširio na susjedne organe, napravio sam operaciju“, kaže dr. Jadrijević. Pacijentici je izvadio jetru, na drugom

kirurškom stolu je iz pothlađene jetre uklonio tumor te zdravi dio organa presadio u pacijentu. Budući da je tumor zahvatio glavne tri krvne žile koje vode krv iz jetre prema srcu i kako je stanje bilo praktički inoperabilno, procjenjeno je da bi mogao izvaditi jetru i sačuvati jednu od te tri žile. Krv iz crijeva pacijentice preusmjerio je u donju šuplju venu kako bi mogla otjecati prema srcu. Tijekom zahvata izvadio je i slezenu kako bi smanjio dotok krv u jetru. Sama operacija trajala je oko sedam sati. Anesteziologinja dr. **Nataša Visković Filipčić** kaže kako je sretna jer je imala prilike sudjelovati u ovoj operaciji koju je dr. Jadrijević maestralno napravio. Nešto neobično, nešto novo u čemu sam sudjelovala, kaže, i dodaje da se često dođa da ne znaju što ih čeka jer situacija ovisi i o intraoperativnom nalazu.

„Naša dijagnostika jest značajno napredovala, ali ništa ne može zamijeniti ljudsko oko i opip tako da je dr. Jadrijević sat vremena nakon što je zahvat već bio u tijeku, i nakon što je procjenio situaciju, došao i rekao da će izvaditi jetru“, kaže dr. Visković Filipčić. U njihovoj se bolnici, kaže, radi velika abdominalna kirurgija koja je sama po sebi izuzetno zahtjevna, a transplantacijska medicina je samo nastavak. Ovaj je zahvat, kaže, zapravo objedinio te dvije stvari i iskustvo što im je pomoglo da operacija prođe na najbolji mogući način.

„Pacijentica je bila svjesna svoje bolesti. I prije dolaska na našu Kliniku već je imala nekoliko mišljenja kako se ustvari tumor u jetrima ne može operirati. Zbog toga je u jednu ruku bila sretna kad sam joj spomenuo mogućnost operacije“, kaže dr. Jadrijević dodajući kako je sedmosatna operacija protekla u redu, a pacijentica je osmi dan otpuštena iz bolnice. Danas je dobro, kaže, i redovito je viđa na kontrolama.

Na pitanje je li imao tremu, dr. Jadrijević odgovara kako kirurzi u ovoj bolnici imaju dosta iskustva u transplantacijskoj kirurgiji, znaju se postaviti ako vide problem i razmišljaju kirurški.

„U ovom slučaju to znači ukloniti tumor ili bolest iz organizma, a da pri tom što manje našteti pacijentu. Tako je bilo i u ovom slučaju. Znao sam što me čeka, to sam do sada napravio bezbroj puta. Ako 800 puta radite presađivanje jetre koja je, primjerice, cirozna, i koju sam 800 puta izvadio iz organizma i bacio je u kantu te transplantirao novu, sve je manje više poznato. U ovom se slučaju radilo o tome da sam relativno zdravu jetru, dakle ne cirotičnu već samo zahvaćenu tumorom, morao izvaditi, očistiti je i vratiti nazad zdravi dio. Po meni nema razlike između transplantacije jetre i ove operacije“, objašnjava dr. Jadrijević. Na pitanje je li lakše raditi kada se zna da je jetra organ koji se regenerira, dr. Jadrijević kaže kako

se prije govorilo o regeneraciji, ali da je ustvari jetra organ koji raste tj. hipertrofira. Slična je priča i s bubrežima; ako se jedan odstrani, drugi naraste, hipertrofira i preuzeće funkciju odstranjenog bubrega.

„Što se tiče ove operacije, riječ je o vrlo rijetkom zahvatu. odnosno rijetko se dogodi, ako ste dobar hepatalni kirurg, da morate vaditi jetru iz organizma da bi izvadili tumor. Naime, gotovo 99 posto tumora koji su operabilni mogu se izvaditi u tijelu pacijenta, bez vađenja organa. Dakle, to su rijetki slučajevi u kojima kirurg nema drugu mogućnost“, objašnjava dr. Jadrijević. „Svaka naša operacija – dodaje - ima glavu i rep, uvijek znamo kako ćemo je završiti, a rezultat je u konačnici odstranjenje bolesti iz pacijenta.“

„Rijetke su operacije kada pacijenta otvorimo i zatvorimo i kada ništa ne možemo napraviti. Svaka operacija ima svoju pripremu, pacijent se dijagnostički obradi i razmišljamo što dalje“, objašnjava dr. Jadrijević.

Na pitanje je li odnos prema transplantacijskoj medicini jednak kao prije deset godina, dr. Jadrijević odgovara potvrđno i kaže da se na početku radilo volonterski.

„Kada smo krenuli, a ja sam od prvog dana bio dio transplantacijske ekipe, radilo se volonterski, bilo je sporadičnih slučajeva transplantacije. U to su doba u timu bili dr. Kocman i dr. **Leonardo Patrlj**, kao stariji kolege, i dr. **Ivan Vladić** i ja kao mlađi. Sjećam se da je na početku bilo i čudnih slijuceva, recimo, imali smo jetru, ali nismo imali leda pa smo obila-

**Dr. Jadrijević je tijekom operacije jetru izvadio iz organizma, očistio je od tumora i vratio natrag**



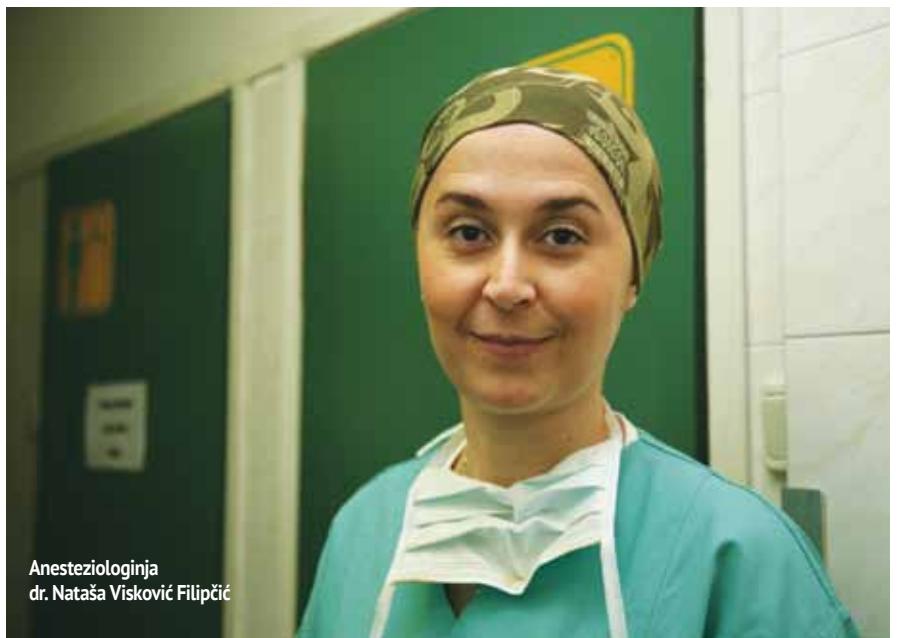
zili zagrebačke kafiće i skupljali led. Kada je imenovan nacionalni koordinator s dolaskom dr. **Mirele Bušić** na čelo odjela u Ministarstvu, posložen je eksplantacijski program i tada je krenula i transplantacija. Liječnici su u to doba nastavili volonterski i entuzijastički raditi jer im je to bio medicinski i kirurški izazov, a sestre i srednji kadar su ih pratili. Nakon što se program u MIZ-u posložio, liječnicima se taj posao počeo dodatno plaćati pa iako su sume bile

smješno male, više nikome nije bilo teško doći tijekom noći raditi transplantacije.

Daleko je od istine da plaća kirurga mora biti ista kao i kirurga u Berlinu ili u New Yorku. S druge strane, kirurzi u Zagrebu su prvi u svijetu po broju transplantiranih jetara na milijun stanovnika i rezultati su puno bolji nego rezultati kolega u New Yorku i Berlinu. No, živimo u skladu s mogućnostima pa želim reći i to da je puno bolje živjeti s plaćom od 3000

Dio transplantacijskog tima iz bolnice Merkur:  
anestesiologinja  
dr. Nataša  
Visković Filipčić,  
sestre instrumentarke  
Andrea Novšak  
i Dubravka Skeja,  
anestezioloski tehničari  
Miroslav Jakovac  
i Hrvoje Kuhar,  
kirurg dr. sc.  
Stipislav Jadrijević i  
bolničar Božo Cirimotić





Anesteziloginja  
dr. Nataša Višković Filipčić

era u Hrvatskoj nego s 5000 ili 6000 eura u Njemačkoj.“ Činjenica je da ih je administracija prepoznala i nagradila pa timovi koji rade transplantacije dobivaju dodatan prihod, ovisno o učinku, iako i dalje nije u pitanju velik novac.

U KB-u Merkur su trenutno četiri tima, tj. četvero liječnika koji mogu samostalno raditi transplantaciju jetre, te nekoliko eksplantacijskih timova. No, svi su liječnici u timovima osposobljeni i za transplantaciju i eksplantaciju.

**Osim kirurga i anestezio loga, u ovoj priči valja spomenuti i doprinos onih koji sudjeluju u procesu prije same transplantacije, a to su internisti, gastroenterolozi i liječnici ostalih specijalnosti.**

Na pitanje kako izgleda njihov svakodnevni život u bolnici, dr. Jadrijević kaže da liječnici na njegovom odjelu dežuraju četiri ili pet puta mjesечно. S obzirom na to da rade oko 100 do 120 transplantacija godišnje, is pada da svaki treći dan imaju transplantaciju jetre. No, često se radi i o multiorganskim transplantacijama, tako da se rade i jetra i bubrezi i gušterica, a ponekad se transplantira i tanko crijevo. KB Merkur poznat je i po rekonstrukcijama velikih krvnih žila u abdomenu. Primjerice, kod tumora glave gušterice, kada tumor zahvati glavnu venu koja ide u jetru, i kada se takvi pacijenti praktički smatraju neoperabilnim, liječnici u Merkuru rutinski rade resekciju jetre zajedno s resekcijom zahvaćenih krvnih žila, a žile u abdomenu rekonstruiraju sa žilama iz zdjelice ili vrata.

U ovom trenutku, kaže, nedostaje im prostora, no i to će se uskoro promjeniti jer bi za nekoliko mjeseci trebali preseliti u novi transplantacijski centar koji je nedavno završen i u kojem će uvjeti za rad biti još bolji.

„Što se tiče donorskog programa, nema nikakvih problema, organi dolaze iz cijele Hrvatske jer su donorske bolnice zahvaljujući Ministarstvu dobro posložene. Dio tog stroja su i liječnici koji detektiraju moždanu smrt i rade eksplantacije, a bez njih se ne može. I ako bilo koji od tih kotačića stane, stroj će stati“, objašnjava dr. Jadrijević. Dodaje kako je transplantacijska medicina u Hrvatskoj posljednjih desetak godina doživjela procvat. U početku se zasnivala na entuzijazmu nekolicine ljudi, a danas u zemlji imamo odlično organiziranu eksplantacijsku mrežu pa je s porastom eksplantacija porastao i broj transplantacija. Trenutno smo, kaže, vodeća zemlja u svijetu po broju eksplantiranih organa, transplantiranih jetara i bubrega na milijun stanovnika.

Na konstataciju kako su pacijentima zadnja šansa, kao što je bilo u ovom slučaju, dr. Jadrijević kaže kako su oni već dugi niz godina takav centar u kojem se liječe jako ozbiljne bolesti.

.....



# Integrativni odnos kliničkoga makrosvijeta i nanosvijeta molekula i sila u etiopatogenetskim algoritmima i čvorovima



*Akademik Daniel Rukavina,  
voditelj Zavoda za kliničku i transplantacijsku  
imunologiju i molekularnu medicinu  
Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti u Rijeci*

• „Liječničke novine“ su pokrenule i održavaju rubriku o novoj metodologiji i pristupu u patofiziologiji. Hvalevrijedan potez već je istaknut u osvrtaima akademika Miličića<sup>1</sup> i dekana Včeva<sup>2</sup>, a ovdje ću se osvrnuti na spoznajnu važnost i snagu integrativnoga sagedavanja procesa.

Buran razvoj znanosti i eksponencijalno povećanje broja novih spoznaja kojem svjedočimo, u nekom su se obliku i negativno odrazili na medicinsku edukaciju. Nastava se pomalo „pogubila“ i atomizirala te zanemarila integrativan pristup, sve u želji da studentu predstavi što više najnovijih saznanja, a pri tome zanemarujući cjelovitost ljudskog organizma i njegovih funkcija. Stoga integrativan pristup razumijevanju složenih bioloških funkcija, njihovih interakcija i poremećaja, postaje conditio sine qua non za dobru medicinsku edukaciju. Svi hrvatski fiziolozi učili su vrijednost takvog pristupa kroz pola stoljeća nastave iz fiziologije, kojoj je osnovu činio Guytonov udžbenik „Medicinska fiziologija“.

Istkustvo koje sam ranih sedamdesetih godina stekao u SAD-u, gdje sam boravio kao postdoktorand Fulbrightovog programa, presudno je utjecalo na to da po preuzimanju dužnosti predstojnika Zavoda za fiziologiju i

imunologiju u Rijeci već 1978. godine Zavod preuzeće i nastavu iz patofiziologije te da od 1979. godine u cijelosti integriramo nastavu fiziologije i patofiziologije i podijelimo je u tri cjeline (Opća fiziologija i patofiziologija; Fiziologija i patofiziologija živčanog sustava i osjetnih organa i Fiziologija i patofiziologija probave i endokrinog sustava). Nastavne jedinice u ovim cjelinama počinjale su s fiziologijom, nastavljale se s raspravom patofizioloških mehanizama, a završavale kliničkom korelacijom. Bio je to jedinstven program u nas, koji se izvadio tijekom druge i treće godine studija, i bio na tragu najsvremenijih koncepata kakve sam video u svijetu.

Zahvaljujući takvom pristupu na Zavod smo privukli i desetak mlađih nastavnika kliničara, koji su se na Zavodu uključili i u istraživački rad. No, silno nam je nedostajao udžbenik koji bi odgovarao tako promišljenom konceptu. Tek udžbenik „Klinička patofiziologija – etiopatogenetski čvorovi“ pruža neograničene mogućnosti oplemenjivanja svakog suvremenog koncepta integrirane nastave Fiziologije, Opće patofiziologije i Kliničke patofiziologije.

Koncept i realizirana struktura proučavanja etiopatogeneze kroz čvorista patofi-

zioloških putova značajna je inovacija u biomeđicini. To je jedinstven i nov pristup u području bazične i kliničke medicine u kojem se znanje potrebno za razumijevanje normalnih i poremećenih životnih funkcija usvaja integrirano, na temelju brojnih prikaza bolesnika, kliničkog tijeka bolesti, laboratorijske dijagnostike, moguće terapije i njene učinkovitosti. Pri tome se uvodi koncept etiopatogenetskih čvorova kao osnovna potka patofizioloških tokova. Sustavno se obrađuju patofiziološki mehanizmi opisanih kliničkih stanja, a potom se metodološki testira usvojeno znanje i razumijevanje patogeneze bolesti.

Kroz poglavla knjige sustavno se približavaju bazične i kliničke discipline, fuzioniraju se njihovi koncepti i vizije, čime se postiže harmonična cjelina. To je sustavno provedeno i u svakom se primjeru ponavlja istovjetni obrazac. Primjerice, u ovome broju algoritamski i kroz etiopatogenetske čvorove obrađeni su poremećaji distribucije izvanstanične tekućine s razvojem edema u nefrotičkome sindromu, nekardigenom edemu pluća i eksudativnoj gastroenteropatiji. Zajednički nazivnik tih etiološki raznorodnih stanja jest nakupljanje izoosmolalne međustanične tekućine kao čvoristični događaj u tijelu s posljedičnim zahvaćenih disfunkcijama organa.

Patogenetski čvorovi su definirani kao kritična stjecišta procesnih putova u koje se slijevaju određeni etiopatogenetski procesi a oni potom pokreću sekundarne etiopatogenetske putove i procese. Čvorovi se formiraju na odstupanju elektrolita, molekularnih prijenosnika te poremećaja funkcija organa i funkcijalnih sustava. Svaka vježba unutar čvorova se sastoji od ekspozicije i aktivne razrade problema. U ekspoziciji je problem strukturiran u kratku povijest bolesti, s anamnestičkim i laboratorijskim podatcima te kratkim opisom postupaka (uključivo terapijske) i tijeka bolesti. Često su navedene brojne vrijednosti statičkih i dinamičkih testova, kojima je redovito pridodan i pripadni normalni raspon.

U ekspoziciju su uključena i dodatna tumačenja s podatcima koji opisuju aspekte bolesti, a koji ne proizlaze izravno iz povijesti bolesti (primjerice, epidemiološke zanimljivosti, informacija o relevantnim genima, objašnjenje nestandardnih postupaka itd.). Time se upotpunjuje matrično promišljanje problema. U dijelu aktivne obrade od čitača se traži izgradnja etiopatogenetskoga algoritma iz zadanih elemenata. Ti elementi su jedinični deskriptori stanja opisanoga u ekspoziciji. U sljedećem se koraku od čitača zahtjeva sistematizacija etiopatogenetskih pojava izborom stanovitog broja obilježja iz zadane skupine svojstava. U svakom su prilogu u rubrici navedena rješenja, što knjizi daje svojstvo samo-

<sup>1</sup> D. Miličić. Etiopatogenetski čvorovi – izravni doprinos razumijevanju patobioloških procesa. Liječ Novine 2014; 130: 74-5.

<sup>2</sup> A. Včev. Primjena etiopatogenetskih čvorova u kliničkoj praksi. Liječ Novine 2014; 131: 52-3.

rješavača problema. Moglo bi se reći da se didaktički i spoznajno ovim pristupom osigurava temeljito analiziranje etiopatogeneze i trajnije zadržavanje znanja.

Ovom metodološkom inovacijom se omogućuje sagledavanje vertikalne, horizontalne i longitudinalne dimenzije etiopatogeneze i daje oslonac za translacijsku medicinu i medicinu temeljenu na dokazima (engl. evidence based medicine). I bazični znanstvenici i liječnici rutineri su u stalnom nastojanju usavršavanja, provjere svojih znanja te boljeg i cijelovitog korištenja sadašnjih mogućnosti i fragmentarnih informacija i znanja. U tom nastojanju pristup koji promiču „Liječničke novine“ u ovoj rubrici nudi radne matrice i njihova rješenja. Za očekivati je da će ova knjiga, kao zbirka riješenih kliničkih problema, poslužiti i kao izvrstan priručnik u dnevnoj kliničkoj praksi.

S točke motrišta znanstvenika bazičara, eksperimentalca i dugogodišnjeg pročelnika Zavoda za fiziologiju i imunologiju želim istaknuti važnost "vertikalne" integracije bazičnih i kliničkih grana medicine. Unatoč tome što se u tumačenjima patobioloških pojava koriste različiti metodološki pristupi, liječnici, studenti medicine i znanstvenici u biomedicinskim znanostima teže integralnosti pristupa. Oni nastoje sagledati stanje cjelovito, a znanstvena metodologija ih potihi odvodi u redukcionizam, u procese pojednostavljivanja stvari. Kovačev pristup algoritamskom razradbom i etiopatogenetskim čvorovima pruža nov „prozor u

svijet“ integralnoga promišljanja i proučavanja procesa bolesti.

Znanstvenicima taj pristup približava makro-svijet kliničke prosudbe i odlučivanja. Znanstvena molekularna, genetička i biofizička akribija istim je pristupom dovedena u nedvosmislen i izravan funkcionalni međuodnos s kliničkim makrosvjetom. Može se reći da je molekularni nanosvijet doveden u klinički fokus, a isto tako da su klinička očitovanja svedena i povezana u jedinstven odnos sa „skrivenim“ procesima vidljivim kroz znanstvenu metodologiju. Snaga ovoga pristupa dodatno se očituje u otvorenosti novim otkrićima. Naime, nove relevantne spoznaje se vrlo lako pridodaju i ugrađuju u postojeće putove i čvorista, kao prirodna komponenta sustava. Stoga, gledajući spoznajno, didaktički i u smislu dogradnje znanja (engl. knowledge upgrading) čini se da je ovo pravo rješenje i ispravan put prema zahtjevima translacijske medicine. I bazični biomedicinski znanstvenici i kliničari u traženjima novih putova za poboljšanje zbrinjavanja, prevencije i liječenja mogu se osloniti na etiopatogenetske algoritme i čvorove procesa, kao na pouzdanu osnovu djelovanja. Nedvojbeno je da su neka od znanstvenih otkrića, znanja i točkastih informacija potencijalno klinički relevantna i uporabiva. Promatrana izolirano, takve informacije kadšto djeluju udaljeno, apstraktno i nepovezano sa stvarnim životnim tokovima. Njihovo promatravanje u sklopu etiopatogenetskih algoritama i čvorista daje im kontekst i stvarnu uključenost.

Ne samo za opća biomedicinska istraživanja, već i za primjenjena istraživanja (farmaceutika, biomedicinska tehnologija itd.) promatranje patofizioloških tokova kroz algoritme i čvorista mogu biti od posebne važnosti.

Budući da su etiopatogenetski algoritmi i čvorovi putovi i mesta dosljedne vertikalne, horizontalne i longitudinalne integracije prirodnih tokova, vjerujem da će čitatelji „Liječničkih novina“ prepoznati snagu cjelovite etiopatogenetske interpretacije i njenu važnost u kliničkome radu. Isto tako posebna zahvalnost ide uredniku prof. Poljaku koji je prepoznao važnost kliničke patofiziologije i omogućio široku javnu promociju ovoga potpuno novog pristupa nastavi. Temeljem vlastitoga dugogodišnjeg iskustva i posvećenosti inovacijama i unapređenju nastave, što sam već i naglasio, prepoznali smo snagu ove metodologije i sustava, a desetak riječkih nastavnika fiziologije i patofiziologije su u ovom udžbeniku dali i svoj izravan doprinos. Ovaj pristup čemo afirmirati i u okviru znanstvenih simpozija i tribina koje organizira riječki Zavod za medicinu HAZU-a u suradnji sa Sveučilištem u Rijeci i KBC-om Rijeka jer držimo da je to doprinos „oplemenjivanju“ integrativnog pristupa i u kliničkoj praksi. Tako će etiopatogenetski čvor Tromboticitopenija biti jedno od uvodnih predavanja na simpoziju o trombocitima, koji će se održati u proljeće 2015. godine.

.....



Foto: Doc. dr. Marko Lukšić

# Poremećaji hidracije i elektrolita u tijelu – V. dio.

Prof. dr. Zdenko Kovač, patofiziolog i internist  
Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu  
i Kliničkog bolničkog centra Zagreb, Rebro

- U ovome nastavku donosimo primjere izoosmolalnih poremećaja raspodjele tekućina u tjelesnim prostorima. Algoritamska razradba problema nefrotičkog sindroma s razvojem onkodinamskoga edema te dva etiopatogenetska čvora s razvojem angiomuralnoga edema pluća u transfuzijskoj reakciji i onkodinamskoga u hipoproteinemiji zbog gubitka bjelančevina u probavnom traktu. Rješenja vježbi a, b i c u algoritamskoj razradbi, te rješenja zadataka II. i III. u čvorovima napisana su na str. 66 ovoga broja, u svrhu samoprovjere.

## Algoritamska razradba problema<sup>1</sup>

### Patogeneza nefrotičkoga sindroma

Za razradbu problema prostudiraj stranice 185–6, 201–3, 266–8, 803–4, 937–9 te 959–61, u S Gamulin, M Marušić, Z Kovač. **Patofiziologija. Knjiga prva. 7. izdanje.** Medicinska naklada Zagreb 2011.

Zemljoradnik, u dobi od 29 godina, četrnaest dana osjeća adinamiju i brzo zamaranje pri naporima. Izgubio je appetit i žali se na glavobolje. Prije tjedan dana primijetio je otekline vjeđa a prije četiri dana pojavile su se otekline potkoljenica i šaka. Cijelo je vrijeme afebrilan. Pri prijmu je afebrilan, anikteričan, blijed, podbuhan s periokularnim edemima, komunikativan, ali usporen i bezvoljan. Pregledom su utvrđeni edemi potkoljenica i anasarka. Akcija srca ritmična, tahikardna, šumova na srcu se ne čuje. Ultrazvučnom je pretragom

utvrđen normalan oblik i veličina bubrega, bez promjena u izgledu mokraćnih putova. U tablici 1 navedeni su relevantni laboratorijski podaci i arterijski tlakovi krvi. Bolesniku je odmah uvedena diuretička, antihipertenzivna i glukokortikoidna terapija. Uz visokoproteinsku hranu i ograničenje unosa soli (<40 mmola dnevno) bolesnikovo se stanje za dva tjedna klinički značajno popravilo, osjeća se zdravim i dinamičan je. Edemi su se povukli.

Drugi dan obradbe pod kontrolom ultrazvuka uzet je biopsički uzorak tkiva lijevoga bubrega. Histološki je utvrđena gotovo normalna arhitektura tkiva, s minimalnom mezangijalnom proliferacijom, te minimalnim mezangijalnim IgM depozitima. Elektronskim je mikroskopom u uzorku utvrđena fuzija cito-plazmatskih nastavaka podocita. Glomerularne membrane su morfološki izgledale nepromijenjene.

Tablica 1. Laboratorijski pokazatelji kliničkoga tijeka bolesti

Pokazatelj	Dan kliničke obrade bolesnika				Normalne vrijednosti
	1	4	10	14	
Eritrociti <sup>a</sup>	6,0	5,8	5,4	5,4	$4,3\text{--}5,7 \times 10^{12}/\text{L}$
Hematokrit <sup>a</sup>	0,53	0,50	0,45	0,42	0,36–0,46
Natrij <sup>b</sup>	135	137		140	135–140 mmol/L
Kalij <sup>b</sup>	4,1	4,3		4,2	3,8–5,5 mmol/L
Karbamid <sup>b</sup>	8,2	6,5	6,3	6,0	3,1–7,1 mmol/L
Ukupni proteini plazme	48		58	65	60–80 g/L
albumini	18		28	36	35–55 g/L
globulini	28		30	29	20–35 g/L
Kolesterol <sup>b</sup>	12,3		8,1	6,2	3,5–6,7 mmol/L
Trigliceridi <sup>b</sup>	3,2		2,0	1,6	0,8–2,0 mmol/L
Fibrinogen <sup>b</sup>	4,3		2,5	2,2	1,8–3,5 g/L
Arterijski tlakovi					
sistolički	170	165	130	120	110–145 mmHg
dijastolički	110	90	85	80	60–95 mmHg
Urin					
volumen	3,0	3,1	2,8	1,9	0,5–1,5 L/24 sata
natrij	8	170	280	300	70–200 mmol/L
osmolalnost	1.100	600	350	300	70–1.200 mOsm/L
proteinii	6,3	5,1	2,2	0,6	<0,15 g/24 sata
bakterije	0	0			sterilan

<sup>a</sup> vrijednosti u krvi

<sup>b</sup> vrijednosti u plazmi

## VJEŽBA A:

### Činjenična raščlamba

(Jedan je ili više točnih odgovora)

#### 1. Za patogenezu stanja u bolesnika točne su sve sljedeće tvrdnje:

- Iako je histološki oštećenje glomerularne membrane minimalno, nastale su značajne promjene u naboju bazalne membrane gubitkom anionskih glikoproteina, zbog čega je glomerularna membrana postala vrlo propusnom za proteine plazme.
- Izluciwanje natrija urinom je smanjeno (v. tablicu 1) budući da se zbog hipovolemijske razvija sekundarni aldosteronizam koji potiče reapsorpciju soli, a time djeluje kompenzaciji u odnosu prema promjenama volumena krvi.
- Porast hematokrita nastao je zbog gubitka unutaržilnog volumena (hipovolemijska) posljedično sniženju onkotičkoga tlaka plazme.
- Hipoproteinemija i proteinurija (v. tablicu 1) posljedice su tubularnih poremećaja reapsorpcije i degradacije filtriranih proteina.
- Sniženje onkotičkoga tlaka plazme osnovni je uzrok razvoja edema, zbog čega se takav tip edema svrstava u hemodinamičke edeme.

#### 2. Povećana propusnost glomerularne membrane ima za posljedice sve sljedeće pojave osim:

- Povećan je katabolizam proteina u proksimalnim tubulima bubrega kao posljedica povećanog filtracijskog opterećenja bubrega proteinima.

<sup>1</sup> Iz knjige Z Kovač i sur. **Patofiziologija – Zadaci za problemske seminarne. Knjiga druga. Treće izdanje.** Medicinska naklada Zagreb 2011., str. 559–62, uz suglasnost izdavača.

- b) Proteini se otpaljuju u urin, što se dijagnosticira kao proteinurija koja ima sličan elektroforetički profil poput proteina plazme (neselektivna proteinurija).
- c) Hipoalbuminemija nastaje zbog povećane filtracije albumina i preplavljanja temeljnog praga za reapsorpciju albumina u proksimalnim tubulima.
- d) Filtracija elektrolita (natrij, kalij, kalcij) i glukoze u bubrežima povećana je zbog povećanja glomerularne filtracije.
- e) Sniženje koncentracije antitrombina III u plazmi uzrokuje smanjenje inhibicije trombina i sklonosti razvoju tromboza.

### 3. U nefrotičkom sindromu pojačana je sinteza proteina u hepatocitima, što se očituje svim sljedećim pojavama:

- a) Hiperkoagulabilnost krvi sa sklonošću tromboembolijama nastaje dijelom zbog povećanja sinteze prokoagulacijskih čimbenika i dijelom zbog smanjenja antikoagulacijske aktivnosti plazme.
- b) Poliklonska hipergamaglobulinemija nastaje u sklopu aktiviranja proteina akutne faze potrenutoga citokinima.
- c) Hiperfibrinogenemija sudjeluje u razvoju sindroma hiperkoagulabilnosti krvi, a povećanje hematokrita pridonosi stvaranju tromba.
- d) Hiperlipoproteinemija s hiperkolesterolemijom i hipertrigliceridemijom.
- e) Unatoč povećanoj sintezi bjelančevina plazme, uključujući i albumina, što je ponajviše potaknuto sniženjem onkotičkoga tlaka plazme, prekomjerna (masivna) proteinurija uzrokuje hipoproteinemiju.

### 4. U razvoju nefrotičkoga sindroma sudjeluju svi sljedeći mehanizmi osim:

- a) Smanjenje onkotičkoga tlaka intersticija poglavito je posljedica hipoalbuminemije, a uzrokuje edeme potkoljenica, te u težim slučajevima anasariku.
- b) U kapilarama je povećana neto filtracija i smanjena neto reapsorpcija tekućine.
- c) U jetri je smanjena biotransformacija steroida zbog pojačane sinteze koagulacijskih čimbenika i drugih proteina, što pridonosi razvoju sekundarnog aldosteronizma.
- d) Sekundarni je aldosteronizam uglavnom neučinkovita kompenzacija budući da se zadržana tekućina raspodjeljuje uglavnom u »treći prostor» i time pojačava edeme.
- e) Posredno se u nefrotičkom sindromu pojačavaju procesi aterogeneze i sekundarne osteomalacije te se razvija sklonost infekcijama zbog smanjenja opsonizacije mikroorganizama.

### 5. Za patogenezu edema točne su sve sljedeće tvrdnje osim:

- a) U onkodinamičkim edemima se zbog smanjenja onkotičkoga tlaka plazme u kapilarama povećava neto filtracija tekućine budući da se povećava resultantni vektor tlakova prema van, prema drugom Starlingovu zakonu.
- b) Osnovni je mehanizam zadržavanja tekućine u intersticijskom prostoru u hemodinamičkom edemu porast kapilarnoga hidrostatičkog tlaka, zbog čega se povećava neto filtracija tekućine iz kapilara.
- c) Na venskom kraju kapilare smanjuje se reapsorpcija tekućine u limfodinamičkim edemima, zbog sniženja resultantnog vektora tlakova prema unutra, kao posljedica povećanja hidrostatičkog tlaka međustanične tekućine.
- d) U patogenezi generaliziranih edema (kardijalni, nefrotički, edemi pri cirozi jetre) sudjeluje bubrežno zadržavanje soli i vode uzrokovan sekundarnim aldosteronizmom, koji je potaknut smanjenim bubrežnim protokom krvi.
- e) Angiomuralni edemi nastaju zbog poremećaja struktturnih odnosa stjenke kapilara.

### VJEŽBA B:

#### Algoritamska razradba patogeneze

Sljedeće pojmove složi u uzročno-posljedični nizu:

1. Proteinurija 3–20 g/L/1,73 m<sup>2</sup>/dan
2. Povećana filtracija proteina plazme u bubregu
3. Pojačana sinteza proteina plazme u hepatocitima
4. Povećana reapsorpcija proteina u proksimalnim tubulima
5. Sniženje onkotičkoga tlaka plazme
6. Hipoproteinemija
7. Hiperkoagulabilnost krvi
8. Povećanje hematokrita
9. Povećana neto filtracija tekućine u kapilarama
10. Povećana propusnost glomerularne membrane
11. Hipoalbuminemija
12. Smanjena neto reapsorpcija tekućine u kapilarama
13. Produljen difuzijski put za tvari i kisik u tkivu
14. Hiperlipoproteinemija tipa IIa, III i V
15. Povećana sinteza kolesterol-a, triglicerida i lipoproteina u hepatocitima
16. Hipovolemija
17. Povećan tubularni katabolizam proteina

18. Povećano zadržavanje soli i vode u izotoničkim koncentracijama
19. Nakupljanje tekućine u intersticiju
20. Tahikardija
21. Aktivacija reninsko-angiotenzinsko-aldosteronskog sustava
22. Hiperfibrinogenemija
23. Sklonost razvoju tromba
24. Gubitak antitrombina III
25. Ljuštenje sijalinskih skupina s molekula glomerularne membrane

### 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. Oštećenje glomerularne membrane s minimalnim morfološkim promjenama kao u bolesnika u zadatku može uzrokovati obilnu proteinuriju

jer

propusnost membrane za proteine, osim mehaničkih, uključuje i elektrostaticke odnose filtriranih čestica i pora glomerularne membrane (usporedi tvrdnju 1a).

a b c d e

##### 2. Sklonost tromboembolizmu u nefrotičkom sindromu nastaje kao posljedica hiperkoagulabilnosti krvi i porasta hematokrita

jer

hipoalbuminemija uzrokuje smanjenu aktivnost antikoagulacijskog sustava što povećava sklonost stvaranju tromba.

a b c d e

##### 3. Hipovolemija pokreće reninsko-angiotenzinski sustav što dovodi do sekundarnog aldosteronizma i povećanoga zadržavanja natrija, klora i vode

jer

zadržana tekućina pridonosi smanjenju onkotičkoga tlaka plazme i najvećim dijelom odlazi u intersticijski prostor te time pojačava stvaranje edema.

a b c d e

#### Dopunska pitanja

##### 4. Koja je terapija, od pet primjenjenih u bolesnika, izravno odgovorna za smanjenje proteinurije.

##### 5. Za koliko bi se dana izmokrio sveukupni normalni sadržaj albumina pri dnevnom gubitku

proteina u vrijednosti prvoga dana obradbe bolesnika, te pod pretpostavkom da se gube samo albumini. (Za izračun uzmi da se albumini fiziološki nalaze samo u plazmi).

## Etiopatogenetski čvor – EDEM.

U slici 1. prikazana je uvodna rožta-dijagram s okvirnim prirodnim poveznicama stanja, a tekstualno slijedi jedan primjer prikaza i razrade stanja kod bolesnika s edemom.

### Vježba 17.12.

**EDEM – angiomuralnim mehanizmom u sklopu akutnoga plućnog poslijetransfuzijskog oštećenja (nekardiogeni plućni edem) s hipoksemijom, cijanozom i vrućicom<sup>2</sup>**

Vježba je izrađena prema podacima u Famularo G, i sur. *Transfusion-related acute lung injury. Can J Med Assoc 2007;177:149-50.*

**I. Povijest bolesti.** 67-godišnjak sa šećernom bolešću, kroničnim cistitism i hematurijom, razvio je tešku sideropeničnu anemiju, s hi-

pohemoglobinjem od 54 g/L (normalan raspon 120–175). Liječen je dvama dozama opranih eritrocita. Prije transfuzije bio je blijed, a inače je imao normalne vitalne znakove.

Neposredno nakon transfuzije bolesnik se dobro osjećao s nepromijenjenim vitalnim znakovima. 45 minuta nakon primljene druge doze krvi naglo je zadobio zaduhu, tachipneju (34 udisaja/minuti, normalan raspon 12–20), cijanozu, vrućicu, profuzno se znojio, a saturacija kisikom je < 75% (normalan raspon 95–100). Bio je normotenzivan. Auskultatorno se nad plućima čulo oslabljeno disanje, s bilateralnim difuznim hropcima. Jugularne su vene normalne i nema znakova hiperhidracije. Elektrokardiogram, troponinemija i bubrežne funkcije bili su normalni. Radiološka snimka pluća je pokazala plućna zasjenjenja posvuda, s normalnom obrisima srca, što upućuje na nekardiogeni plućni edem.

Tomografska snimka je pokazala difuzni edem i upalnu konsolidaciju obaju plućnih krila. Uspostavljena je mehanička ventilacija, ordinirani su steroidi i nitroglicerin. Nije bilo tekućine u dušniku u vrijeme intubacije. Bolesnik se postupno oporavio tijekom sljedećih šest dana.

Drugog dana je nakon transfuzije aktivnost alaninske transaminaze porasla na 1.123 jedinica/L (normalan raspon 10–50) a aspartatne transaminaze na 875 jedinica/L (normalan raspon 5–30), a normalizirale su se četvrtog dana. Cijelo je vrijeme imao normobilirubinemiju, a radiološke i tomografske snimke pluća šestog su dana pokazale normalan nalaz.

**NAPOMENA:** Akutno oštećenje pluća pri transfuzijskoj reakciji (TRALI, prema engl. Transfusion- Related Acute Lung Injury) pojavljuje se u oko 1/5.000 transfuzija AB-podudarne krvi, s mortalitetom do 5%. Pojavljuje se 0,5–2 sata nakon transfuzije, a može i prihvati 6 sati. Načelno, TRALI-reakcije se mogu pokrenuti mehanizmima anafilaksije, ranije imunosne senzibilizacije (protu-HLA, protu-neutrofilna protutijela), hemolize, volumnim preopterećenjem, lipidnim upalotvornim tvarima koje se stvaraju u krvi pri produljenom skladištenju te kontaminacijom transfundirane krvi bakterijama. Plazma donora pri transfuzijama kompletne krvi, trombociti i prijenos plazme mogu također pokretati

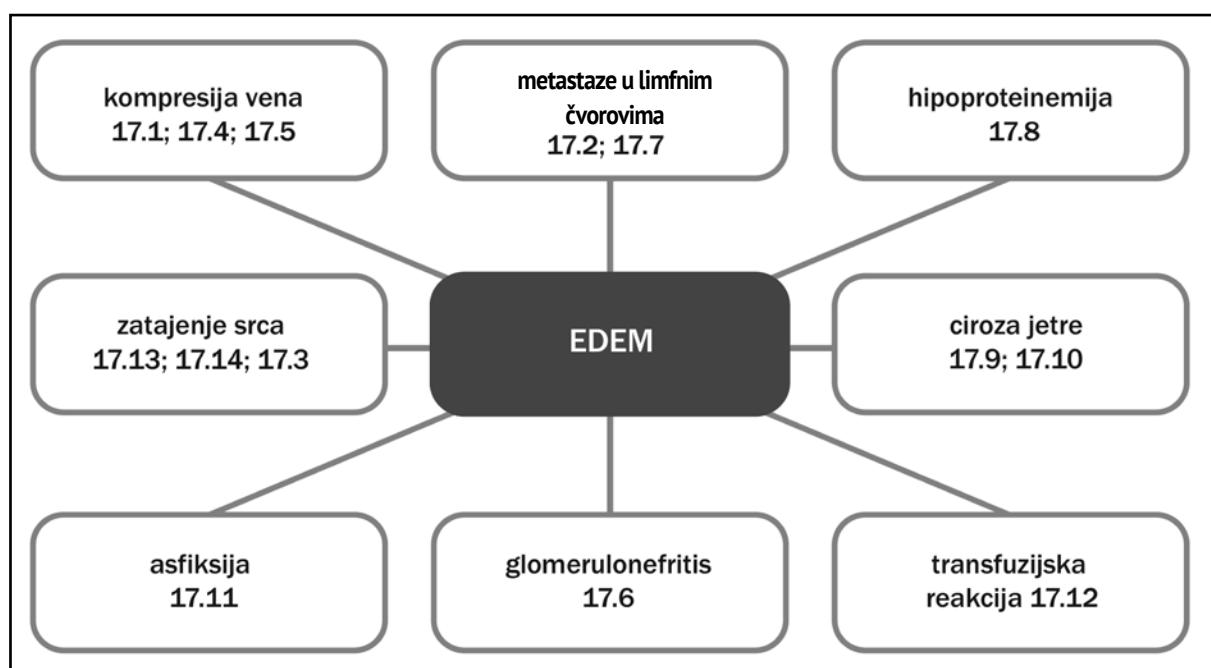
TRALI-reakcije. U bolesnika nije razjašnjen etiopatogenetski mehanizam plućnoga nekardiogenog edema. Serologija na protuleukocitne i protu-HLA antigene u bolesnikovoj i donorskim plazmama nije napravljena.

S druge strane, primjenjeni eritrociti su potjecali iz krvi donirane 7 dana prije, dakle bez produljenoga skladištenja, a bolesnik ranije nije primao transfuzije, što upućuje na malu vjerojatnost senzibilizacije, odnosno problem upalotvornih tvari u transfundiranoj krvi.

Angiomuralni edem se redovito pojavljuje u sijelu upalne reakcije gdje zbog oštećenja i povećane propusnosti kapilara nastaje prekomerna ektravazacija tekućine.

Hipoksemija, i posredno zaduhu, kao posljedice plućnoga edema nastaju zbog usporene difuzije kisika na edemski zadebljanoj respiracijskoj membrani (stanje hipoksemije plućne nedostatnosti). Cijanoza (plavičasta

<sup>2</sup> Iz knjige Z Kovač i sur. *Klinička patofiziologija – Etiopatogenetski čvorovi. Knjiga treća. Prvi dio.* Medicinska naklada Zagreb 2013., str. 347-8 uz suglasnost izdavača.



Slika 1. Edebi prema mehanizmu nastanka se dijele na hemodinamske, onkodinamske, limfodinamske i angiomuralne, a etiopatogenetski su izravno ili posredno povezani s heterogenom skupinom bolesti ili stanja.

boja kože) zbog povećanja deoksigeniranoga hemoglobina na više od 50 g/L u mješovitoj krvi, u bolesnikace? (67-godišnjak?) je centralnoga tipa, dakle zbog poremećaja funkcije pluća.

### II. Etiopatogeneza bolesti (iz zadanih elemenata složi etiopatogenetski algoritam procesa)

1. Reakcija domaćina protiv elemenata transfundirane krvi (protu-HLA, protuneutrofilna protutijela itd.)
2. Angiomuralni edem u plućima
3. Vrućica
4. Tahipneja, cijanoza i hipoksemija
5. Akutno pokretanje lokalne upale i sustavnoga upalnog odgovora
6. Poremećaji difuzije plinova između alveola i kapilara
7. Hematurija i sideropenična anemija
8. Transfuzija ABO-podudarne krvi

### III. Razvrstavanje etiopatogenetske naravi i tijeka bolesti/sindroma/stanja

Prema podatcima u vježbi navedi a) 4 obilježja etiologije procesa; b) 13 obilježja patogeneze, tijeka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti; c) 7 obilježja proširenosti i kronobioloških obilježja, te d) 8 obilježja kliničke obradbe (dijagnoza, liječenje); prema ponuđenim klasifikacijskim obilježjima na stranicama 55-8, Liječničke novine 131, od srpnja 2014. Pri izboru obilježja uzeti sve mogućnosti koje dopuštaju opis i razradba opisanoga očitovanja procesa (ispisi obilježja i pripadne klasifikacijske brojeve).

## Etiopatogenetski čvor – HIPROTEINEMIJA.

U slici 2. prikazana je uvodna rozeta-dijagram s okvirnim prirodnim poveznicama stanja, a tekstualno slijedi jedan primjer prikaza i razrade stanja kod bolesnika s hipoproteinemijom.

### Vježba 44.5.

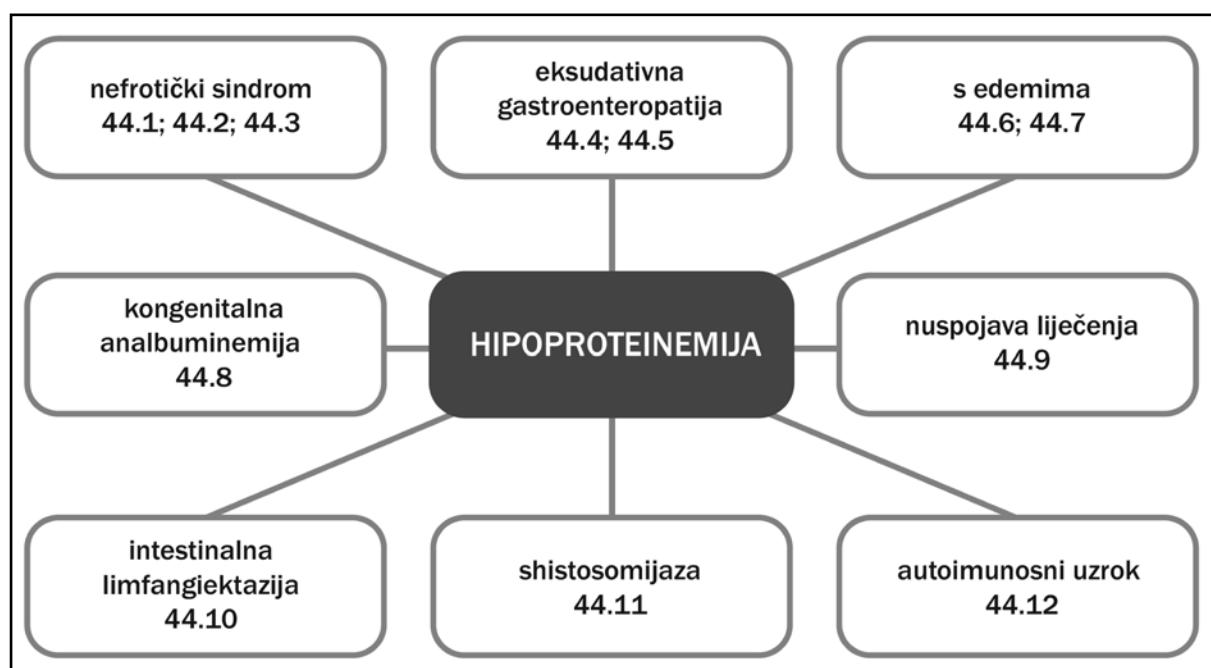
#### HIPROTEINEMIJA – u sklopu enteropatije s gubitkom bjelančevina zbog eozinofilnoga gastroenteritisa<sup>3</sup>

Vježba je izrađena prema podatcima u Siewert E, i sur. *Eosinophilic gastroenteritis with severe protein-losing enteropathy: successful treatment with budesonide*. Dig Liver Dis 2006;38:55-9.

**I. Povijest bolesti.** Prethodno zdrava 40-godišnjakinja primljena je zbog teških, vodenastih proljeva koji traju već više od dva tjedna, uz gubitak tjelesne mase od 2 kg. Tijekom prethodne hospitalizacije u bolesnice se razvila teška hipoproteinemija s hipoalbuminemijom, te masivnim edemima nogu i ruku, što se nadoknadom albumina nije uspjelo ispraviti. Pojavile su se i epizode rekurentne vrućice, no hemokulture i mikrobiološke pretrage stolice

<sup>3</sup> Iz knjige Z Kovač i sur. *Klinička patofiziologija – Etiopatogenetski čvorovi. Knjiga treća. Drugi dio*. Medicinska naklada Zagreb 2013., str. 987-9 uz suglasnost izdavača i autora vježbe doc dr Ivana Gornika.

nisu otkrile patogenih mikroorganizama, a empirijsko antibiotičko liječenje nije dovelo do poboljšanja. Fizikalni pregled pri priјму otkriva afebrilnu (36,6 °C, normalan raspon 36,1–37,2), blago anksioznu ženu, normalnog auskultatornog nalaza nad srcem i plućima, s izrazitim perifernim edemima koji su otežavali samostalno kretanje. Pregled abdomena uputio je na pojačanu crijevnu peristaltiku. Laboratorijskim pretragama utvrđena je hipoproteinemija (27 g/L, normalan raspon 66–83) s hipoalbuminemijom (15 g/L, normalan raspon 35–52) i hipogamaglobulinemijom IgE (4,5 kU/L, normalan raspon 7,4–100). Nadalje, u bolesnice je utvrđena hiperosmolalnost plazme od 311 mOsm/L (normalan raspon 280–295), blaga eozinofilija (10 %, normalan raspon 0,1–5), snižena koncentracija željeza (9 mmol/L, normalan raspon 11–31), transferina (1,1 g/L, normalan raspon 2,0–3,6), vitamina B12 (126 pmol/L, normalan raspon 130–700) i 1,25-vitamina D3 (15 ng/L, normalan raspon 16–57), uz umjereni povisene plazmatske aktivnosti aminotransferaza (AST 25 U/L, normalni raspon 5–15; ALT 23 U/L, normalan raspon 5–19). Serološkim pretragama nisu utvrđena auto-protutijela, niti serološki biljezi virusnih infekcija, a stolica je bila negativna na parazite. Utvrđena je prekomjerna odteredba a1-antitripsina od 124.000 mL/dan (normalne vrijednosti < 35 mL/dan). Ultrazvuk abdomena otkriva zadebljanu stjenku tankoga crijeva s velikom kolicinom intraluminalne tekućine. Endoskopski se utvrdi edematozna i fragmentirana sluznica ileuma i proksimalnog duodenuma. Sluznica želudca i jednjaka bila je nepromijenjena. Hi-



Slika 2. U hipoproteinemijama edemi nastaju onkodinamskim mehanizmom, a etiopatogenetski su izravno ili posredno povezani s heterogenom skupinom bolesti ili stanja.

stološkim pregledom bioptata utvrđene su upalne promjene tankoga crijeva s obilnom eozinofilnom i limfocitnom infiltracijom, te potpunom destrukcijom crijevnih resica. Nalaz enteritisa potvrđen je radiološkim pretragama, kojima je utvrđeno i nakupljanje slobodne tekućine u Douglasovu prostoru. Temeljem kliničke slike i laboratorijskih nalaza postavljena je dijagnoza eozinofilnog gastroenteritisa i teške enteropatije s gubitkom bjelančevina. Bolesnica je liječena potpunom parenteralnom prehranom s nadoknadom elektrolita, uz peroralnu glukokortikoidnu terapiju budenozidom 9 mg na dan. Unutar 10 dana nastupilo je znatno kliničko poboljšanje uz prestanak proljeva, ispravljanje hipoalbuminemije i povlačenje edema. Kontrolnim pregledima 4, odnosno 9 mjeseci poslije, endoskopski i histološki utvrđena je regresija upalnog procesa. Bolesnica je bila dobra kliničkog statusa, bez simptoma, a doza budenozida postupno je snižena do 3 mg, te je nakon godinu dana glukokortikoidna terapija ukinuta. U prve dvije godine nije bilo recidiva bolesti.

**NAPOMENA:** Eozinofilni gastroenteritis je upalna bolest gastrointestinalnog trakta, karakterizirana obilnim eozinofilnim infiltratom, a očituje se abdominalnim bolovima, proljevom sa statorejom, povraćanjem i mučninom. Zbog upalnog razaranja crijevne sluznice dolazi do eksudacije tekućine bogate bjelančevinama u lumen crijeva (povećano izlučivanje

a1-antitripsina stolicom), te razvoja posljedične hipoproteinemije.

Odteredba a1-antitripsina predstavlja volumen plazme (izražen u mL) iz kojega se tijekom jednog dana u potpunosti ukloni a1-antitripsina zbog izlučivanja stolicom. Jednak je kvocijentu količine izlučenog a1-antitripsina u dnevnoj stolici i plazmatske koncentracije a1-antitripsina. Nastanku hipoproteinemije pridonosi i malapsorpcija u sklopu enteritisa te ote-an protok limfe kroz upaljenu i infiltriranu crijevnu sluznicu. Posljedice oate enja sluznice tankog crijeva su i otežana apsorpcija vitamina B12 (nužnog za obnovu crijevnog epitela) i steatoreja uz gubitak vitamina topljivih u mastima. Hipoalbuminemija u sklopu hipoproteinemije uzrok je sniženom onkotičkom tlaku plazme (unatoč plazmatskoj hiper-smolalnosti poradi dehidracije zbog proljeva), što dovodi do izlaska tekućine u međustanične i tjelesne prostore (periferni edemi i ascites). Oštećenje crijevne sluznice s posljedičnom upalom i eksudacijom nastupa zbog degranulacije nakupljenih eozinofila. Eozinofilne granule sadržavaju velike količine kationskih proteina i eozinofilne peroksidaze, koji djeluju izravno citotoksično. Osim toga, granule obiluju citokinima i kemokinima, koji nakon oslobođanja na lokalnoj i sustavnoj razini pobuđuju i podržavaju proupalna zbivanja. Budenozid je vrlo potentan sintetički glukokortikoid (9 mg odgovara otprilike 30–45 mg prednizolona), prikidan za peroralno liječenje upalnih bole-

sti crijeva i lokalnu primjenu, zbog odgođene apsorpcije i vrlo brze razgradnje do inaktivnih metabolita, što umanjuje širok spektar sustavnih nuspojava kortikosteroidnog liječenja.

### II. Etiopatogeneza bolesti (iz zadanih elemenata složi etiopatogenetski algoritam procesa)

1. Hipoproteinemija s hipoalbuminemijom
2. Proljevi
3. Gubitak bjelančevina stolicom
4. Eozinofilna infiltracija crijevne stjenke, enteritis, lokalni edem i razaranje sluznice uz gubitak crijevnih resica
5. Kortikosteroidna terapija
6. Periferni edemi i ascites
7. Malapsorpcija
8. Sniženje onkotičkog tlaka plazme

### III. Razvrstavanje etiopatogenetske naravi i tijeka bolesti/sindroma/stanja

Prema podatcima u vježbi navedi a) 12 obilježja etiologije procesa; b) 15 obilježja patogeneze, tijeka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti; c) 15 obilježja proširenosti i kro-nobioloških obilježja, te d) 16 obilježja kliničke obradbe (dijagnoza, liječenje); prema ponuđenim klasifikacijskim obilježjima na stranicama 55-8, Liječničke novine 131, od srpnja 2014. Pri izboru obilježja uzeti sve mogućnosti koje dopuštaju opis i razradba opisanoga očitovanja procesa (ispisi obilježja i pripadne klasifikacijske brojeve).

.....



Foto: Doc. dr. Marko Jukić

# Što Akademiji medicinskih znanosti Hrvatske znači osnivanje podružnica?



**Prof. dr. sc. Jasna Lipozenčić,  
predsjednica Akademije medicinskih znanosti Hrvatske**

- Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (Academia scientiarum medicarum croatica; AMZH) nevladina je udruga i vrhunskog udruga medicinskih znanosti u Hrvatskoj te promicatelj nacionalnog doprinosa svjetskoj medicinskoj znanosti već 53 godine. AMZH je istaknuti član International Academy Medical Panel (IAMP) i Federation of European Academies of Medicine (FEAM).

Akademiju danas čini 397 članova koji su svojim radom doprinijeli tiskanju 150 stručnih knjiga ali su i u svojim matičnim ustanovama bili aktivni. Bili su aktivni u godišnjaku AMZH "Ljetopis", projektu "Rezistencija bakterija na antibiotike u RH" te u glasilima AMZH-a "Acta Medica Croatica" i "Socijalna psihijatrija".

Sedam članova AMZH-a djeluje i u Razredu za medicinske znanosti HAZU-a i Razredu za prirodne znanosti HAZU-a, u Hrvatskom liječničkom zboru i u Hrvatskoj liječničkoj komori. AMZH ima velik potencijal za znanstveni rad u budućnosti, koji međutim do sada nije bio odgovarajuće priznat i financiran niti od Ministarstava niti od Vlade.

AMZH organizira svake godine simpozije, znanstvene sastanke, kongrese, tribine, tečajeve, radionice, škole, seminare, konferencije i drugo, a također je i pokrovitelj znanstvenih skupova. AMZH u Savjetu i Koordinaciji četiriju akademija intenzivno sudjeluje u postupku reguliranja njihova posebnog statusa radi obavljanja savjetodavnih funkcija, poticanja prijave znanstvenih projekata, zajedničkih stava u sudjelovanju programiranja projekata a time i mogućnosti financiranja.

U AMZH-u djeluju 8 kolegija i 12 njihovih odbora, pretežito u središnjici u Zagrebu. Da bi se omogućio znanstveni rad članova na području cijele Hrvatske, sadašnje predsjedniš-

tvo AMZH-a ima u planu za mandatno razdoblje do 2016. osnivanje podružnica.

Sa zadovoljstvom možemo istaknuti da smo do danas osnovali dvije podružnice, Rijeku i Split, a u pripremi je osnivanje podružnice Osijek.

Podružnica Rijeka (18 članova) osnovana je na MEF-u u Rijeci 4. lipnja 2014. kao prva podružnica AMZH-a.

Jednoglasno su tada izglasani čelnici podružnice Rijeka: ak. **Daniel Rukavina**, predsjednik; prof. dr. sc. **Davor Štimac**, dopredsjednik; prof. dr. sc. **Franjo Gruber**, tajnik. Na Osnivačkoj skupštini koju je vodila predsjednica AMZH-a, održao je prof. F. Gruber predavanje "Venerične (STDs) bolesti u starom i srednjem vijeku". Akademik Rukavina smatra da je

osnivanje podružnica revolucionaran iskorak u obogaćivanju aktivnosti AMZH-a u svim dijelovima Hrvatske. Izrazio je uvjerenje da će riječka podružnica u svemu tome dati značajan doprinos.

U prostorijama HLZ-a Split je 23. listopada svečano održana osnivačka i konstituirajuća skupština podružnice Split (24 člana). Predsjednica AMZH-a je vodila i ovu skupštinu. Nastup zbora Splitski liječnici pjevači uveličao je ovu skupštinu. Jednoglasno je izabrano čelninstvo podružnice Split: prof. dr. sc. **Ivan Urić**, predsjednik; prof. dr. sc. **Ivo Banović**, dopredsjednik; prof. dr. sc. **Miro Morović**, tajnik. Dojen spitske i hrvatske medicine prof. dr. **Z. Rumboldt** održao je predavanje "Povijesne natuknice", dajući poveznice o aktivnostima splitskih liječnika i osnutka KBC-a Split, MEF-a u Splitu i podružnice HLZ-a Split te sada podružnice AMZH-a Split.

Dodatak kratki povjesni pregled o splitskom liječništvu iznio je prof. **Gašović**, jedan od najstarijih liječnika u Splitu. Živa rasprava i domjenak u cijelokupnoj organizaciji pod vodstvom predsjednice podružnice HLZ-a Split prof. dr. sc. **Duške Kaliterna-Martinović** bio je za svaku pohvalu i zahvalu!

Na kraju valja istaknuti da je dragocjeno osnivanje podružnica AMZH-a danas u doba recesije kada naši članovi izvan Zagreba teško mogu sudjelovati u znanstvenom radu Središnjice. Podružnice AMZH-a ipak omogućuju znanstvene aktivnosti u sveučilišnim centrima koji obogačuju našu Akademiju u cijelini.

•••••



Foto: Doc. dr. Marko Jukić



## novosti iz medicinske literature

- Cjepivo za ebolu - hitni svjetski prioritet
- Ebola virusna bolest - svjetska zdravstvena prijetnja
- Nesteroidni antireumatici i rizik za fibrilaciju atrija: meta-analiza
- Statini i rizik za kolelitijazu: meta-analiza
- Povezanost celijakije i šećerne bolesti tip 1: meta-analiza
- Uspješnost kolonoskopije nakon histerektomije
- Parodontna bolest majke i rizik za preeklampsiju
- Dijagnostička pouzdanost rutinskog antenatalnog određivanja fetalnog RhD statusa tijekom trudnoće
- Doprinos 3D power Doppler ultrazvuka kao trećeg koraka u diferencijalnoj dijagnostici adneksalnih tumora
- Magnetska rezonancija mogla bi biti isplativa za dijagnozu apendicitisa u trudnoći
- Nepotpuno preoperativno praćenje starijih i siromašnih u SAD-u rezultira višom stopom rupturirane aneurizme abdominalne aorte
- Biljarni stent kod karcinoma žučnih putova povećava volumen jetre
- Postoji li veza između transgeničnih miševa, vježbanja i depresije?
- Potreba pacijenata s uznapredovalim zatajenjem srca/bolesti srca za palijativnom skrbi
- FOLFOXIRI i bevacizumab kao inicijalna terapija u liječenju metastatskog kolorektalnog karcinoma
- Uvođenje pazopaniba u terapiju održavanja za karcinom jajnika
- Prisutnost PIK3CA mutacije i primarni HER2 pozitivan karcinom dojke
- Terapija HER2 negativnog uznapredovalog karcinoma dojke - ASCO praktične smjernice
- Učinak metilprednizolona na stanje kod uznapredovalog karcinoma na opioidnoj terapiji
- Rezultati kombiniranog probira kod žena s Lynch sindromom
- Endometroidni karcinom jajnika i endometrija imaju drugačiji mikrosatelitni status
- Mirabegron u liječenju prekomjerno aktivnog mokraćnog mijehura
- Radovi hrvatskih lječnika objavljeni u inozemstvu

## •

# Cjepivo za ebolu - hitni svjetski prioritet

• S epidemijskom pojавом Ebole u zapadnoj Africi i sve većim brojem oboljelih i umrlih, SZO je organizirao hitni sastanak 29. i 30. rujna ove godine kako bi se sve snage usmjerile na proizvodnju sigurnog i učinkovitog cjepiva za Ebola virus. 70 znanstvenika, javnozdravstvenih djelatnika, predstavnika farmaceutske industrije i regulatornih tijela sudjelovalo je na sastanku u Ženevi o dva potencijalna kandidata za cjepivo. Jedna od vakcina je tzv. cAd3-EBOV (cAd3) proizvedeno od GlaxoSmithKline (GSK) i the U.S. National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), dok je druga pod šifrom rVSVAG-EBOV-GP (rVSV) proizvođača NewLink Genetics i Public Health Agency of Canada. Preostala potencijalna cjepiva se nalaze u ranim fazama pretkliničkih istraživanja. Oba navedena cjepiva su pokazala 100%-tnu učinkovitost na animalnim modelima nehumanih primata, međutim, u učinkovitosti na ljudima još nema jasnih spoznaja.

Cjepivo cAd3 je u fazi 1 istraživanja, a uskoro kreće i cjepivo rVSV. Potreban titar protutijela za zaštitu kod ljudi još nije poznat. Zbog malog broja ispitanika rezultati ove faze istraživanja pružit će podatke o zajedničkim nuspojavama. cAd3 vakcina se testira u bivalentnom (soj u Zairu i Sudanu) i monovalentnom obliku (soj u Zairu, glavni uzročnik za epidemiju u zapadnoj Africi). Monovalentni tip cjepiva je testiran u nerandomiziranim istraživanjima na n=60 zdravih odraslih dragovoljaca koji su dobili cjepivo u 3 različite doze (1x10<sup>10</sup>, 2.5x10<sup>10</sup>, 5x10<sup>10</sup>). Bivalentno cjepivo je testirano u nerandomiziranoj studiji na 20 odraslih volontera koji su dobili cjepivo u 2 različite doze (2x10<sup>10</sup>PU and 2x10<sup>11</sup>PU). Obje studije su pokazale sigurnost, učinkovitost, imunogeničnost, uključujući odgovor antitijela mjerjen metodom ELISA i drugim tehnikama.

Istraživači navode kako će preliminarni podaci biti dostupni u studenom ove godine. Budu li rezultati faze 1 kliničkih ispitivanja zadovoljavajući, drugu fazu 2a trebalo bi voditi u Africi, ali izvan zahvaćene zone s Ebola virusom, dok bi fazu 2b trebalo paralelno voditi u području stanovništva izloženog Ebola virusu. Regulatorna tijela i etički komiteti u Africi, zajedno s FDA i Europskom medicinskom agencijom, smatraju kako treba sve snage udružiti da se ubrzaju sinteza, testiranje, licenciranje i dostupnost cjepiva. Čak ako rezultati faze 1 istraživanja budu zadovoljavajući,

cjepivo neće biti dostupno prije 2015. godine u optimalnom slučaju. Autori ovog članka, dr. Rupa Kanapathipillai sa suradnicima, smatraju kako proizvodnja učinkovitog cjepiva ne jamči 100%-tnu efikasnost, stoga koordinirane internacionalne snage trebaju raditi na ovom svjetskom zdravstvenom prioritetu.

(N Engl J Med. 2014 Oct 7. [Epub ahead of print])

*Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.*

## •

# Ebola virusna bolest - svjetska zdravstvena prijetnja

• Glavni je svjetski javnozdravstveni problem posljednjih mjeseci Ebola virusna bolest. Svi mediji, zdravstveni djelatnici i brojne internacionalne organizacije obavještavaju o rastućem broju oboljelih i umrlih od ove virusne bolesti.

Kolega Kevin B. Laupland iz Kanade (Department of Medicine, Royal Inland Hospital, Kamloops, British Columbia; Departments of Medicine, Critical Care Medicine, Pathology and Laboratory Medicine and Community Health Sciences, University of Calgary, Calgary, Alberta) publicirao je pregledni članak o ebolnoj virusnoj bolesti kako bi nas podsjetio na povijesne i kliničke činjenice o ovoj važnoj bolesti.

Ebola virusna bolest spada u virusne hemoragijske groznice koja se prvi put pojavila 1976. na afričkom kontinentu, u dva istovremena žarišta, u Sudanu i Demokratskoj Republici Kongo. Prvi fatalni slučaj od Ebola virusa zabilježen u Kongu 1976. bio je jatrogena infekcija (kontaminirana igla) tijekom parenteralne primjene klorokina u svrhu liječenja malarije 44-godišnjeg muškarca. U Sudanu su oboljele 284 osobe, a umrlih je bilo 151, dok je u Kongu umrlo 280 ljudi od 318 oboljelih. U razdoblju od 1976. do 2013. g. ukupno je zabilježeno 2500 oboljelih u Kongu, Sudanu, Gabonu i Ugandi. Od siječnja 2014. zabilježena je nova epidemija u nekoliko zapadnih afričkih zemalja. U Gvineji je zabilježeno 197 oboljelih te 122 letalna ishoda u vrijeme pisanja ovog članka, dok broj oboljelih i smrtnih slučajeva u Liberiji, Siera Leoneu i Maliju iz dana u dan raste. Ebola virus spada u obitelj Filoviridae, koljeno Marburgvirus. Smatra se da su prirodni rezervoar virusa šišmiši, majmuni (gorile, čimpanze), ali mogu biti i druge životinje. Čovjek se zarazi kontaktom s tjelesnim tekućinama i izlučevinama (krv, znoj, slina, mokraća, izmet) inficiranih ljudi, životinja ili konzumiranjem

nedovoljno termički obrađenog mesa. Smatra se da je Ebola virus uzrok smanjenja populacije gorila i čimpanza u zadnjih nekoliko desetljeća. Vrijeme inkubacije je od 2 do 21 dan, a manifestira se naglom pojmom vrućice, intenzivne slabosti, boli u mišićima, glavobolje i grlobolje, koji su praćeni povraćanjem, proljevom, osipom, oštećenjem bubrežne i jetrene funkcije, a u određenom broju slučajeva unutarnjim i vanjskim krvarenjem. Dijagnoza se može postaviti na temelju ELISA testa, testa detekcije antigena, testa neutralizacije seruma, RT-PCR testa, elektronske mikroskopije ili izložbe virusa u kulturi stanica. Uzimanje uzorka od pacijenta je pod ekstremnim rizikom nastanka zaraže, stoga se testiranje provodi pod uvjetima maksimalne biološke zaštite.

Stopa mortaliteta od ove bolesti je bila 71%-tina u 70-im godina 20. stoljeća, 77%-tina u 90-im godinama 20. stoljeća, 61%-tina početkom 21. stoljeća, te 57%-tina od 2010-2013. godine. Za trenutačnu epidemiju odgovoran je Zairo soj Ebola virusa. Liječenje zaraženih osoba je suportivno. Izbijanje ove velike zadnje epidemije naglašava važnost prevencije od infekcije te kontroliranja i usmjeravanja zdravstvenih snaga u epidemijska područja. Međutim, porastom globalizacije i sve gušćeg internacionalnog prometa ova bolest postaje svjetski problem, o čemu svakodnevno svjedočimo. Možemo se samo nadati da će u borbi pomoći bogate industrijalizirane zemlje svijeta.

(Can J Infect Dis Med Microbiol. 2014;25(3):128-129)

*Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.*

## •

# Nesteroidni antireumatici i rizik za fibrilaciju atrija: meta-analiza

• Fibrilacija atrija je najčešća aritmija u kliničkoj praksi. Fibrilacija atrija može se javiti u svakoj životnoj dobi, međutim, češća je u starijoj populaciji i u svakoj dobi je nešto češća u muškaraca. Rizik pojave fibrilacije atrija raste s dobi pa je tako u dobi iznad 80 godina prisutna u 10% populacije. Postoje brojni faktori koji utječu na pojavu fibrilacije atrija. Osim već spomenute dobi i spola, najčešći su faktori rizika za razvoj fibrilacije atrija povišeni krvni tlak i koronarna bolest srca.

Kolega Liu G sa suradnicima iz Kine (Fuwai Hospital, National Center for Cardiovascular Diseases, Chinese Academy of Medical

Sciences and Peking Union Medical College, Beijing, People's Republic of China) imao je za cilj istražiti povezanost abuzusa nesteroidnih protuupalnih lijekova (skr. NSAR) i rizika za pojavnost fibrilacije atrija. Pretražili su relevantne baze podataka MEDLINE i EMBASE kako bi prikupili podatke za meta-analizu. Ukupno je 5 studija zadovoljilo inkluzijske kriterije, a rezultati istraživanja su pokazali kako korištenje nesteroidnih antireumatika za 12% povećava rizik za ovu aritmiju, što je posebno izraženo kod novih korisnika protuupalnih lijekova. Povećani rizik se možda može objasniti pojavnosću kroničnog srčanog zatajenja i bubrežnih bolesti. Također korištenje selektivnih protuupalnih lijekova povećava incidenciju fibrilacije atrija. Autori istraživanja zaključuju kako bi fibrilaciju atrija trebalo uvrstiti na popis potencijalnih nuspojava nesteroidnih protuupalnih lijekova te ih računati kao čimbenike rizika za pojavnost ove aritmije. Kod preskripcije NSAR-a svakako treba u obzir uzeti sve spoznaje kako bi ukupan učinak bio blagotvoran za zdravlje pacijenata. (Am J Cardiol. 2014 Aug 27; pii: S0002-9149(14)01709-3.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med

## • Statini i rizik za kolelitijazu: meta-analiza

- U posljednje vrijeme sve je veći broj znanstvenih dokaza koji proizlaze iz animalnih i humanih istraživanja o smanjenom stvaranju kolesterolskih kamenaca u žučnom mjeheru kod pacijenata na terapiji statinima.

Iako se navodi smanjen rizik za kolelitijazu, konzistentnih rezultata nema, stoga je kolega **Kan HP** sa suradnicima iz Kine (Department of Hepatobiliary Surgery, Nanfang Hospital, Southern Medical University, Guangzhou) publicirao pregledni članak i meta-analizu. Pretraživanjem baza Medline, Embase, The Cochrane Library u razdoblju od 1980. do 2014. godine ukupno je uključeno n=622 868 ispitanika iz 6 studija. Rezultati istraživanja su pokazali da abuzus statina smanjuje rizik za kolelitijazu u komparaciji s osobama koje se ne liječe statinom. Mala doza statina ne smanjuje rizik za žučne kamence, međutim srednja i visoka doza značajno smanjuju kolelitijazu. Daljnja multicentrična i bolje kontrolirana klinička istraživanja trebala bi potvrditi ove rezultate. (Hepatol Res. 2014 Oct 9. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## • Povezanost celijakije i šećerne bolesti tip 1: meta-analiza

- U posljednjem desetljeću raste broj studija koje ispituju prevalenciju celijakije kod osoba koje boluju od šećerne bolesti tipa 1. Rezultati nisu konzistentni i stoga je kolega **Elfström P** sa suradnicima iz Švedske (Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden) publicirao meta-analizu s ciljem utvrđivanja prevalencije celijakije među bolesnicima s dijabetesom tipa 1. U analizu su uključena istraživanja od 2000-2014. godine, s ukupno n=26 605 ispitanika koji boluju od šećerne bolesti tipa 1. Rezultati su pokazali prevalenciju celijakije od 6% (histološka verifikacija). Prevalencija je bila niža kod odraslih osoba sa šećernom bolesti (2.7%) te u miješanoj populaciji djece i odraslih (4.7%), nego li kod djece s dijabetesom (6.2%; P < 0.001).

Autori zaključuju kako više od jednog pacijenta od njih 20 sa šećernom bolesti tipa 1 ima biopsijom potvrđenu celijaku. Prevalencija je dovoljno visoka da svakog kliničara motivira za probir na glutensku enteropatiju kod bolesnika sa šećernom bolesti tipa 1. (Aliment Pharmacol Ther. 2014;40(10):1123-32.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## • Uspješnost kolonoskopije nakon histerektomije

- Primarni je cilj svake kolonoskopije kompletna evaluacija čitavog debelog crijeva kako bi se detektirale sve potencijalne patološke promjene. Brojni čimbenici utječu na uspješnost donje endoskopije, kao prethodna priprema crijeva, suradljivost pacijenta, kvaliteta rada samog endoskopičara, međutim postope je i drugi razlozi koji mogu otežati uspješnost ove dijagnostičko-terapijske metode. Značajan broj osoba ženskog spola kod kojih se obavlja kolonoskopija u svrhu probira za kolorektalni karcinom prethodno je bio podvrgnut histerektomiji. Postojanje histerektomije u anamnezi pacijentica smatra se otežavajućom okolnosti za donju endoskopiju, međutim, jasnog konzenzusa na ovu temu još nema. Kolega **Clancy C**. sa suradnicima iz Irske (Department of Co-

lorectal Surgery, University Hospital Limerick, Limerick, Inflammation and Immunity, Graduate Entry Medical School, University of Limerick, Limerick, Ireland) publicirao je pregledni članak i meta-analizu gledajući utjecaj histerektomije na uspješnost izvođenja kolonoskopije. Pretraživanjem relevantnih baza podataka PubMed, Embase, Cochrane, uključeno je 6 studija s ukupno n=5947 ispitanica. Prosječna stopa histerektomije je bila  $26.3\% \pm 14.5\%$ . Rezultati istraživanja su pokazali statistički značajnu redukciju stope uspješnosti kolonoskopije kod skupine ispitanica koji su prethodno histerektomirane u komparaciji s kontrolnom skupinom bez operacije u zdjelici u anamnezi (87.1% vs 95.5%; OR, 0.28; 95% CI, 0.16-0.49; p < 0.001). Ograničenja su ove meta-analize nedovoljno definirano iskustvo i vještina samog endoskopičara. Međutim, autorи članka zaključuju kako pozitivna osobna anamneza za histerektomiju smanjuje kvalitetu evaluacije debelog crijeva, iako su rezultati uključenih studija u ovu meta-analizu heterogeni. (Dis Colon Rectum. 2014;57(11):1317-23.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## • Parodontna bolest majke i rizik za preeklampsiju

- Parodontitis je infekcija uzrokovanja bakterijama koje se nalaze u Zubnom plaku. Kada se plak organizira na površini zuba u bližini gingive, nastaje upalni i imunološki odgovor organizma, a konačan je rezultat uništenje kompleksnog potpornog tkiva u području upale sa stvaranjem parodontnih džepova i gubitkom alveolarne kosti. Parodontitis je vrlo česta bolest; javlja se u otprilike 35% osoba starijih od 30 godina, a može se javiti i u djece, te je vodeći uzrok gubitka zuba u osoba starijih od 40 godina. Nedavna istraživanja ukazuju na povezanost parodontitisa i sistemskih bolesti. Parodontitis može povećati rizik za nastanak kardiovaskularnih i cerebrovaskularnih bolesti, dijabetesa, respiratornih bolesti i prijevremenog porođaja djece niske porođajne težine.

Kolega **Huang X**. iz Kine publicirao je meta-analizu na temu povezanosti parodontne bolesti majke i preeklampsije, pretraživanjem baza podataka PubMed i Embase do razdoblja svibanj 2013. godine. Parodontni status pacijentica je utvrđen tijekom trudnoće (od 14. do 32. tjedna) te unutar 5 dana od poroda. Inkluzijske kriterije je zadovoljilo 11 studija s n=1118 ispitanica s preeklampsijom i

n=2798 ispitanica bez preeklampsije. Rezultati analize su pokazali kako ispitanice s parodontnom bolesti dijagnosticiranim prije 32. tjedna gestacije imaju 3.69 puta veći rizik za razvoj preeklampsije od kontrolne skupine bez parodontitisa. Parodontna bolest dijagnosticirana 48 sati prije poroda bila je povezana s 2.68 puta većim rizikom za preeklampsiju. Ispitanice s parodontnom bolesti nakon poroda imale su 2.22 veći rizik od preeklapsije. Autori istraživanja zaključuju kako je parodontna bolest majke nezavisan prediktor za preeklampsiju.

(J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci. 2014;34(5):729-35)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## • Dijagnostička pouzdanost rutinskog antenatalnog određivanja fetalnog RhD statusa tijekom trudnoće

- Implementacija rutinske antenatalne profilakse s anti-RhD imunoglobulinom kod svih RhD negativnih trudnica u trećem tromjesečju danas je standard u mnogim zapadnim državama. Međutim, u bjelačkoj populaciji oko 38% trudnica podvrgnutih ovoj praksi nosi RhD negativni fetus i primit će nepotrebno anti-RhD imunoglobulin.

Kako bi procijenili pouzdanost fetalne RhD genotipizacije korištenjem slobodne fetalne DNA iz maternalne plazme u različitim gestacijskim dobima, **Lyn S Chitty** i suradnici iz UCL Institute of Child Health, Great Ormond Street Hospital for Children NHS Foundation Trust and University College London Hospitals NHS Foundation Trust, London, UK, dizajnirali su četverogodišnju (2009-2012.) prospektivnu multicentričnu kohortnu studiju u koju su uključili RhD negativne trudnice koje su započele antenatalnu skrb prije 24. tjedna trudnoće. Svim uključenim trudnicama uzeta su 4 ml krvi za fetalnu RhD genotipizaciju pri prvom antenatalnom pregledu, te kad je to bilo moguće kod rutinskih kontrola radi: probira za Downov sindrom između 11. i 21. tjedna, detaljnog pregleda morfologije ploda između 18. i 21. tjedna ili rutinskog određivanja RhD antitijela u trećem tromjesečju.

Primarni ishod istraživanja bila je pouzdanost fetalne RhD genotipizacije u usporedbi s RhD statusom novorođenčeta dobi-

venim rutinskom serološkom analizom krvi iz pupkovine. Do maksimalno 4 analize fetalnog RhD genotipa bile su učinjene kod 2288 trudnica, pri čemu je prikupljeno ukupno 4913 fetalnih rezultata. Osjetljivost za detekciju RhD pozitivnih fetusa bila je redom 96.85% (94.95% do 98.05%), 99.83% (99.06% do 99.97%), 99.67% (98.17% do 99.94%), 99.82% (98.96% do 99.97%) i 100% (99.59% do 100%) kod <11, 11-13, 14-17, 18-23, te >23 tjedana trudnoće. Prije 11. tjedna trudnoće 16/865 (1.85%) testiranih fetusa bili su lažno RhD negativni.

Autori zaključuju kako je masovna fetalna RhD genotipizacija visoko pouzdana od 11. tjedna trudnoće. Testiranje u ranijoj gestacijskoj dobi može rezultirati malim, ali značajnim brojem fetusa pogrešno klasificiranih kao RhD negativne, s posljedičnim izostankom ciljane antenatalne i postpartalne primjene anti-RhD imunoglobulina i posljedičnim rizikom za hemolitičku bolest novorođenčeta u sljedećim trudnoćama.

(BMJ 2014 Sep 4;349:g5243. doi: 10.1136/bmj.g5243)  
Matija Prka, dr. med.

## • Doprinos 3D power Doppler ultrazvuka kao trećeg koraka u diferencijalnoj dijagnostici adneksalnih tumora

- Kako bi istražili temu iz naslova, Jesús Utrilla-Layna i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynecology, Clinica Universidad de Navarra, School of Medicine, Pamplona, Spain, proveli su petogodišnju prospективnu studiju (1/2009-12/2013) u koju su uključili sve pacijentice s dijagnozom perzistentne adneksalne tvorbe predviđene za kirurško liječenje. Sve pacijentice bile su pregledane transvaginalnim/transrektalnim ultrazvukom prema unaprijed definiranom protokolu u tri koraka. Transabdominalni ultrazvuk također je bio korišten u pojedinim slučajevima. Prvi korak odnosio se na morfološku procjenu pomoću 2D crno-bijelog (2D-B mode) ultrazvuka. Adneksalne ležije s benignim morfološkim obilježjima imale su nizak rizik malignosti, dok su one sa solidnim dijelovima, ascitesom i/ili znacima karcinomatoze imale visok rizik malignosti. Kod ovih dviju kategorija malignosti nisu korišteni preostali koraci protokola. Tumori sa solidnim dijelovima, ali bez ascitesa

i/ili znakovima karcinomatoze, imali su intermedijarni rizik malignosti. Vaskularizacija (color zbroj) navedenih ležija bila je procijenjena 2D power Dopplerom (2D-PD) ultrazvukom (drugi korak). Ležije s color zbrojem 1 ili 2 u slučajevima solidnih tumora smatrane su benignim i nisu bile procijenjene sljedećim korakom protokola. Tumori s color zbrojem 2, 3 ili 4 unutar solidnih dijelova, ili pak color zbrojem 3 ili 4 u slučaju solidnih tumora, smatrani su malignim i bili su podvrnuti procjeni 3D power Doppler (3D-PD) ultrazvukom. Indeks vaskularizacije (VI) računao se pomoću sfere volumena 1 cm<sup>3</sup> iz najprokrvljenije zone tumora. U slučajevima VI ≥ 24.015% tumor se smatrao malignim.

Tijekom istraživanog razdoblja bilo je procijenjeno 367 adneksalnih tumora (86 malignih i 281 benignih) kod 367 pacijentica (srednja životna dob: 45.8 godina, raspon: 11-81 godina). Osjetljivost i specifičnost istraživanog protokola bila je redom sljedeća: prvi korak (2D-B mode) - 97.7% i 78.6%; drugi korak (2D-B mode + 2D-PD) - 94.2% i 97.9% ( $p<0.001$  za specifičnost u usporedbi s prvim korakom); treći korak (2D-B mode + 2D-PD + 3D-PD) - 90.7% i 98.9% (bez statistički značajne razlike u odnosu na drugi korak).

Autori iz istraživačkog tima ultrazvučnog eksperta Juana Luisa Alcázara zaključuju kako 2D-PD u kombinaciji s 2D-B mode ultrazvukom statistički značajno povisuje specifičnost, pri čemu osjetljivost ostaje visoka. S druge strane, dodatak 3D-PD ultrazvuka kao trećeg koraka u istraživanom protokolu ne poboljšava dijagnostičku pouzdanost.

(Ultrasound Obstet Gynecol 2014 Oct 1. doi: 10.1002/uog.14674. [Epub ahead of print])

Matija Prka, dr. med.

## • Magnetska rezonancija mogla bi biti isplativa za dijagnozu apendicitisa u trudnoći

- Magnetska rezonancija (MR) točno dijagnosticira upalu crvuljka kod trudnica te je isplativa, kažu **Fonseca** i sur. (Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut, USA). MR nije utjecala na kliničke ishode. No, troškovi snimanja umanjeni su za povećan broj pacijenata koji bi odmah mogli biti otpušteni kući iz hitne službe. MR treba biti dijagnostička metoda izbora ne samo zato što je točna, nego i zato što također smanjuje potrebu za hospitalizacijom i može smanjiti stopu negativnih ek-

sploracija, objašnjavaju autori. Dr. F. Thurston Drake kirurški je specijalizant na Sveučilištu Washington u Seattleu, SAD. On je proučavao dijagnostiku i liječenje upale crvuljka, ali nije bio uključen u ovo istraživanje. On je rekao da ovaj rad predstavlja važan i dobrodošao dodatak literaturi o temi koju je teško proučavati; slaže se sa zaključcima autora i smatra da su dobro obrazloženi s obzirom na interpretaciju podataka. Iako se upala crvuljka dogodi u samo 0,07% do 0,13% svih trudnoća, to je najčešći ne-opstetrički uzrok hitne operacije kod trudnica. Dijagnozu upale crvuljka komplikira prisutnost gravidne (povećane) maternice uz prisutnost mučnine, povraćanja i bolova u trbuhi i kod trudnoće normalnog tijeka. Ultrazvuk je često dvosmislen kod trudnica, a iako je kompjuterizirana tomografija (CT) točna, uporaba te metode nije preporučena, jer izaziva sve veću zabrinutost o izloženosti ionizirajućem zračenju. Kod ove nove studije objavljene u *JAMA Surgery*, istraživači su pregledali zapise od 96 trudnica koje su imale bolove u trbuhi i koje je pregledao konzilijarni kirurg u promatranom razdoblju od 11 godina. Bolesnice s traumom (10) i kolecistitom (7) su isključene. Od 79 preostalih pacijenata, kod 34 je upala crvuljka potvrđena patohistološkom analizom, a kod 45 nije. Početni dijagnostički test bio je ultrazvuk abdomena kod svih 79 bolesnika; 14 bolesnika s UZV nalazom upale slijepog crijevabilo je operirano, od tih je samo jedan crvuljak bio uredan na patohistološkoj analizi. Preostalih 65 bolesnica s ne-dijagnostičkim ultrazvukom podvrgnuto je CT-u i MR-u ili su tretirani na temelju serijskih kliničkih ispitivanja. Četiri bolesnika su podvrgnuta CT-u; kod dva se pokazala upala crvuljka, a kod dva nije. Ti bolesnici su isključeni iz daljnog tijeka istraživanja jer je premali broj tih bolesnika da bi se mogli izvući neki bitni zaključci i pacijenti podvrgni CT-u vjerojatno su drugačiji na neki, zasad, nemjerljiv način. Trideset i jedna bolesnica podvrgnuta je MR-u abdomena, od tih je 12 podvrgnuto apendektomiji, 11 na temelju pozitivnog MR-a i jedna na temelju dvosmislenog MR-a. Upala crvuljka slijepog crijeva potvrđena je na patohistološkoj analizi kod svih, osim u slučaju dvosmislenog nalaza, kod kojeg je crvuljak bio uredan. Preostalih 19 bolesnica s negativnim MR-om otpuštene su kući iz hitne službe. Zaključak autora je da je MR abdomena kod sumnje na akutni apendicitis u trudnoći vrlo precizna dijagnostička metoda koja gotovo eliminira eksploraciju negativnog apendiksa, a s druge strane sigurna je metoda s kojom se bolesnice mogu otpustiti kući iz hitne službe. (*JAMA Surg.* 2014;149:687-93.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

kongestivno zatajenje srca, plućne bolesti i zatajenje bubrega, a kod njih je manje vjerojatno da će se liječiti u bolnici koja je izvršila mnogo rekonstrukcija AAA (55% prema 59%, p=0,03). Žene u obje skupine imale su slične stope rupture, ali kod muškaraca je bila veća vjerojatnost da će imati rupturu prije rekonstrukcije (omjer izgleda 2,41). Nakon prilagodbe pacijenata i bolničkih čimbenika, siromašni su još uvijek imali veći rizik rupture (OR 1,5). Stariji i siromašni češće su imali nepotpuno praćenje AAA prije rekonstrukcije (18,7% prema 13,2%, p<0,001). Nakon prilagodbe za dob, spol, rasu, komorbiditete, socioekonomski status, godine, popravak i nastavni status bolnice, veća vjerojatnost za nepotpuno praćenje bilo je 40% kod starijih i siromašnjih bolesnika (p=0,004). Bolnice s najnižim udjelom liječenja bolesnika s dvojnom karakteristikom nisu imale nikakve razlike u prilagođenim stopama rizika rupture (0,5% prema 0,2%, p=0,37), ali bolnice s najvećim udjelom dvojne karakteristike imale su više prilagođene stope rizika rupture (6,5% prema 2,8%, p=0,03). Apsolutna razlika rizika između bolesnika s dvojnom karakteristikom i Medicare bolesnika povećala se u bolnicama s većim udjelom bolesnika s dvojnom karakteristikom, što sugerira da diskriminacija može doprinijeti različitim ishodima, navode autori. Oni procjenjuju da je 36% promatranog disparitet rupture kod starijih i siromašnjih zbog čimbenika samih pacijenata, 27% zbog propusta u praćenju, 9% zbog bolničkih čimbenika i manje od 1% zbog socio-ekonomskih čimbenika. Autori priznaju da podaci mogu imati uključenu pogrešku kodiranja i da pacijenti mogu imati pogrešan status podobnosti, uz nedostatak važnih kliničkih varijabli. Studija također može biti manje 'snage' za otkrivanje razlika kod žena. S obzirom da su Medicare osiguranici/pacijenti zastupljeni sa 70% svih rekonstrukcija aorte, rezultati se možda neće moći generalizirati na druge populacije, naglašavaju autori. (Ann Vasc Surg. 2014;28:1378-83.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

## •

### Nepotpuno preoperativno praćenje starijih i siromašnih u SAD-u rezultira višom stopom rupturirane aneurizme abdominalne aorte

- Nepotpuno preoperativno praćenje glavni je razlog veće stope rupture aneurizme abdominalne aorte (AAA) kod starijih pacijenata koji su ujedno i siromašni, pokazuje novo istraživanje. Ovo je prva studija koja pokazuje da je jedan od razloga povećane stope rupture AAA što kod siromašnih postoji propust u preventivnoj skrbi, tvrdi Mell i sur. (Stanford University School of Medicine, California, USA). Autori su željeli saznati utječe li status obveznika plaćanja na stopu rupture. Na kraju su otkrili da utječe i da se prilično velik postotak te skupine može objasniti razlikom u praćenju. Napor da se smanje razlike trebaju uključiti dosljedan pristup zdravstvenoj skrbi, savjetuju autori u radu objavljenom u *Annals of Vascular Surgery*. Ono što se treba dogoditi je da siromašni i stariji pacijenti dobiju bolju skrb, a predmet istraživanja je u tijeku, objašnjavaju autori. Postoji mnogo čimbenika, uključujući čimbenike samih pacijenata, društvene čimbenike i čimbenike koji se odnose na pristup zdravstvenoj skrbi. Pobiljanje sredstava za bolnice koje skrbe za starije i siromašne će pomoći, ali to je samo jedan aspekt koji će omogućiti pacijentima da dobiju bolju skrb, nastavljaju autori. Autori su istraživanjem analizirali pacijente Medicare osiguranja koji su bili podvrgni rekonstrukciji AAA s preoperativnom obradom sličnim metodama. Pacijenti uključeni u studiju imali su barem 67 godina s najmanje dvije godine unutar Medicare osiguranja, s najmanje šest mjeseci između njihovog prvog snimanja i kirurške rekonstrukcije. Ukupno 9063 Medicare pacijenata prošlo je snimanje i rekonstrukciju. Od tog broja, 689 bolesnika (7,6%) također su bili podobni za Medicaid. Žene su predstavljale 24,9% svih pacijenata u studiji i 46,3% bolesnika s dvojnom karakteristikom (stari i siromašni). Skupine su slične dobi, u svojim kasnim 70-ih godinama, u prosjeku. No, samo 6,7% bilo je bijele rase u usporedbi s 24,5% bolesnika drugih rasa (p<0,001). Kod starih i siromašnih bilo je više vjerojatno da će imati

## •

### Bilijarni stent kod karcinoma žučnih putova povećava volumen jetre

- Endoskopsko postavljanje stenta kod karcinoma žučnih puteva povećava volumen jetre bez obzira na mjesto stenta, pokazuju rezultati novog istraživanja iz Južne

Koreje. Kod hilarnih, i karcinoma distalnog kolodikusa, metalni stentovi znatno povećavaju obujam jetre u roku od četiri do osam tjedana, navode Lee i sur. (Chonbuk National University Medical School and Hospital, Jeonju, South Korea; Biomedical Research Institute, Chonbuk National University Hospital, Jeonju, South Korea) u časopisu Gastrointestinal Endoscopy. Ova studija započinje novo područje u pogledu volumena jetre, objašnjava dr. V. Raman Muthusamy (David Geffen School of Medicine, UCLA, Los Angeles, USA). Svrha endoskopskog postavljanja stenta u žučne vodove kod karcinoma žučnih vodova je ublažavanje (odgađanje) biljarnih opstrukcija i izbjegavanje upale. Ova studija pokazuje da treća potencijalna uloga stenta može biti u smanjenju atrofije jetre ili čak u promicanju regeneracije jetre. Muthusamy nije bio uključen u studiju. Ova otkrića, doduše iz vrlo odabranе skupine pacijenata, svakako su intrigantna, tvrdi Carlos Corvera (University of California, San Francisco, California, USA), koji također nije bio uključen u studiju. Autori studije pretpostavljaju da se taj učinak na regeneraciju jetre može objasniti tako što učinkovita odvodnja žuči dovodi do oporavka i proliferacije hepatocita nakon dekomprezije. Autori tvrde da procjenu volumena jetre treba uzeti u obzir kao koristan alat za procjenu učinkovitosti stenta. Upitan je li on suglasan, Corvera kaže da se slaže s autorima da je softver za analizu volumena jetre postao puno lakši za korištenje, ali još uvijek zahtjeva posvećenost tima i resurse te da to neće biti lako generalizirati u praksi cijelokupne medicinske zajednice. Također smatra da nije realno za očekivati, pogotovo u ovom trenutnom ekonomskom okruženju, rutinsko korištenje mjera za određivanje volumena jetre kao metodu procjene učinkovitosti biljarnog stenta u ovoj skupini bolesnika. Kako bi proučili učinak biljarnog stenta na volumen jetre, autori studije pregledali su podatke 60 bolesnika kojima su postavljeni samo-proširivi (self-expanding) metalni stentovi, uključujući 31 s hilarnim kolangiokarcinomom (13 s bilateralnim stentom i 18 s jednostranim stentom) i 29 s distalnim kolangiokarcinomom. Ukupno, prosječna dob od 73,1 godine, bila je slična u sve tri skupine. Tijekom prosječno 11,7 tjedana, obujam jetre povećan je za 17,4% ( $p <0,001$ ), s brzom stopom rasta između 4. i 8. tjedna. Hilarno postavljeni stentovi skloni su povećati volumen jetre više od distalnih stentova (22,5% prema 11,9%,  $p=0,091$ ). Kod hilarnih kolangiokarcinoma, jednostrani i obostrani stentovi pokazali su slično povećanje jetrenog volumena (20,1% i 25,8%,  $p=0,512$ ). Muthusamy je komentirao da je ovo važno istraživanje i do neke mjere su ga rezultati iznenadili stupnjem regeneracije jetre unutar promatranog razdoblja. Međutim

mogu li se promjene volumena jetre koristiti kao pokazatelj učinkovitosti stenta, to ostaje za daljnja istraživanja. Ovi rezultati svakako su za razmišljanje, ali, ova je studija bila retrospektivna i potrebna su daljnja istraživanja kako bi se vidjelo mogu li se ti rezultati reproducirati. Ova studija analizirala je volumen jetre općenito, a slična je situacija i sa stentom. Buduća istraživanja trebaju biti prospektivna i trebaju analizirati pojedine segmente, koji segmenti su drenirani, a koji nisu, kao i pojedinačne volumene po pojedinom režnju. Corvera je također upozorio na ograničenja ove vrste studija. Budući da je ovo istraživanje retrospektivno i nema kontrolnu skupinu, promjene u volumenu jetre možda je, u stvari, pokrenuo sam proces bolesti i prije postavljanja biljarnog stenta. Dakle, promatrane promjene mogu možda biti samo posljedica, a ne uzrok.

(Gastrointest Endosc. 2014;80:447-55.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

## •

### Postoji li veza između transgeničnih miševa, vježbanja i depresije?

- Godinama psihijatri potiču svoje depresivne pacijente na vježbanje, no ironično je da priroda bolesti koja uključuje gubitak motivacije i rutine svakodnevног života čini vježbanje kao terapijsku metodu gotovo nemogućom kada su u pitanju ovi pacijenti. Iako su dosadašnje studije pokazale kako vježbanje ima blagotvoran učinak na simptome depresije, sam mehanizam kojim se to postiže, do danas se nije uspjelo objasniti. Najnovija studija objavljena u prestižnom časopisu *Cell*, prva do sada daje moguće objašnjenje ovog fenomena. Ideja je zaživjela tek kada su dva vrhunska laboratorija iz Karolinska bolnice u Stockholm-u udružila svoje snage: neuroznanstvena grupa vođena Mariom Lindskog i grupa koja proučava fiziologiju vježbanja pod vodstvom Jorgea Ruasa. Ruasova grupa razvila je model transgeničnog „miša maratonca“ koji je imao snažnu muskulaturu dobro utrenirane jedinke, iako bez ijednoga trenutka utrošenoga na vježbanje. Oni imaju proaktivniju muskulaturu, žive dulje, otporni su na šećernu bolest i ako ih hranite visokokaloričnom prehranom, neće dobiti toliko na težini kao miševi divljeg tipa. Ovi transgenični miševi koriste se godinama u istraživanju utjecanja vježbanja na metaboličke bolesti, debljinu i šećernu bolest. Pa zašto ih ne bi koristili i za istraživanje depresije?

Istovremeno je grupa pod vodstvom

Marije Lindskog, koja je naporno radila na proučavanju kroničnog učinka blagog stresa na depresiju, razvila protokol izazivanja takvog stresa i posljedične depresije u životinja. Isti protokol primijenili su na divlji tip miševa i na miševe „maratonce“. Primjetili su da transgenični maratonski miševi nisu pokazivali znakovе depresije, za razliku od miševa divljeg tipa. Oba su mišja soja, međutim, izgubila na tjelesnoj težini. Kako bi otkrili što se dogodilo na molekularnoj razini, napravili su Western blot analizu sinaptičkih proteina te našli smanjenu ekspresiju proteina u hipokampusu, kao i podjedinice glutamatnog receptora u miševa divljeg tipa. Zanimljivo je da niti jednu od promjena u divljem tipu miša nisu našli u „mišu maratoncu“. Dakle, ovaj transgenični miš posjedovao je neki protektivni mehanizam koji ga je štitio od razvoja depresije izazvane stresom.

Kako bi otkrili što se dogodilo na gen-skoj razini, napravili su analizu DNA mikročipom te su dobili detaljniji uvid u promjenu ekspresije pojedinih gena. Uočili su da su se specifične promjene dogodile u metaboličkom putu razgradnje triptofana u kinurenin. Smatra se da ta konverzija triptofana u kinurenin predstavlja ključan korak u razvoju depresije izazvane stresom. Pomoću metode real-time PCR otkrili su povećanu razinu ekspresije gena za kinurenin aminotransferazu u transgeničnih maraton miševa. Taj enzim prevodi kinurenin u kinurensku kiselinu. Dok kinurenin prolazi kroz krvno-moždanu barijeru i izaziva simptome depresije, kinurenska kiselina nema tu sposobnost. I zaista, dok su divlji tipovi miševa u krvi imali povišenu koncentraciju kinurenina, maratoni su u krvi imali povišenu kinurensku kiselinu. Također, divlji tipovi miševa su u mozgu imali povećanu količinu kinurenina za razliku od transgeničnih maratonaca koji to nisu imali. Kada su znanstvenici divljem tipu miševa injicirali kinurenin direktno u krv, oni bi razvijali simptome depresije, dok su maratoni i dalje bili rezistentni na depresiju. Prema mišljenju prof. Ruasa, glavna razlika je što kinurenska kiselina ne može proći krvno-moždanu barijeru za razliku od kinurenina.

Kako bi potvrdili svoju teoriju, znanstvenici su izveli pokus u kojem su miševe divljeg tipa puštali da 8 tjedana trče. Nakon ovakvog treninga porasla je razina enzima kinurenin aminotransferaze kao i kinurenske kiseline. Konačno su isti eksperiment ponovili na grupi volontera koji su prošli trotjedni program treninga te su im izmjerili razinu kinurenin aminotransferaze prije i nakon vježbanja. Nakon trotjednog treninga i ljudi su imali povišenu koncentraciju ovog enzima. Ruas smatra kako je velika stvar bila dokazati da promjene u krvi utječu na promjene u našem mozgu.

Budući da u Švedskoj liječnici paci-

gentima prepisuju vježbanje kao terapiju, Ruas planira pratiti neke od tih pacijenata kako bi analizirao iste one biokemijske promjene koje je detektirao u miševima. Na mišićnu masu otpada otprilike 35-45% svakog ljudskog organizma pa bi snažan aerobni trening sigurno mogao utjecati na stanje cjelokupnog organizma.

Znanstvenici šaljivo zaključuju: tko zna, možda ćemo jednoga dana pacijentima prepisivati lijekove kojima ćemo ciljati na njihove mišiće umjesto na mozak te na taj način prevenirati razvoj bolesti, u ovom slučaju depresije izazvane stresom. (Cell. 2014;159(1):33-45)

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

## • Potreba pacijenata s uznapredovalim zatajenjem srca/ bolesti srca za palijativnom skrbi

- Iako mnogi bolesnici sa uznapredovalom bolesti srca nose težak teret svoje bolesti i nerijetko im je narušena kvaliteta života, nažalost u vrlo malom postotku koriste usluge palijativne medicine /palijativne skrbi.

Američka studija imala je za cilj utvrditi koliko je važno da bolesnici kojima je dijagnosticirano srčano zatajenje redovito primaju palijativnu skrb. Ispitivanje je provedeno među odraslim bolesnicima koji su hospitalizirani u američkoj sveučilišnoj bolnici, s primarnom dijagnozom srčanog zatajenja, u razdoblju između siječnja 2005. i lipnja 2010. Riječ je o boznici koja surađuje sa sustavom palijativne skrbi kroz Centre za palijativnu skrb s interdisciplinarnim timom te su preko baze podataka dobivene povratne informacije o pacijentima koji su nakon izlaska iz bolnici primili palijativnu skrb i gdje je palijativni tim skrbio o pacijentima s postavljenom dijagnozom srčane bolesti/ zatajenja srca, ili pak provodio konzultacije s takvim pacijentima. Uzimajući u obzir dob, spol i ozbiljnost stanja pacijenta zaključeno je da su pacijenti s dijagnozom zatajenja srca koji su bili u sustavu palijativne skrbi po izlasku iz bolnice u puno manjem broju ponovo dolazili i vraćali se u bolnicu (pacijenti nisu u međuvremenu preminuli, tako da smrt nije razlog nevraćanju u bolnicu). Iz studije je razvidno da kvalitetna palijativna skrb utječe na kvalitetu života osoba sa zatajenjem srca u smislu skrbi, savjeta, konzultacija i osjećaja nenapuštanja

i dostupnosti. Ono što zabrinjava je da se tek 6 % pacijenata s dijagnozom zatajenja srca po izlasku iz bolnice upućuje u centar za palijativnu skrb.

Ova je studija još jednom ukazala na važnost provedbe palijativne skrbi kod hospitaliziranih pacijenata sa zatajenjem srca. Naime, nerijetko se palijativna medicina i njena palijativna skrb povezuju isključivo s pacijentima u završnoj fazi svoje bolesti i neposredno pred smrt. No nije nužno tako, što je i ova studija potvrdila. Naime, izlaskom pacijenata iz bolnice u kojoj je pružena aktivna (kurativna) medicina, pacijentu s teškom/težom dijagnozom (najčešće rak) potrebna je daljnja skrb koju timovi palijativne skrbi stručno provode. Također, u ovoj je studiji prikazana i mogućnost tzv „palijativne uputnice“ u kojoj se pacijent ili njegova obitelj, odnosno skrbnik, preko računala može direktno posavjetovati s interdisciplinarnim timom palijativne skrbi, primarno liječnikom, o svojim simptomima i neugodnim osjećajima kao posljedice zatajenja srca, prvenstveno osjećaja боли te na takav način smanjiti strah i uznenirenost kako sebi tako i onima koji skrbe za pacijenta.

(J Pall Med. 2014;17(10): October 10.)

*Dr. sc. Morana Brkličić, dr.med.*

## • FOLFOXIRI i bevacizumab kao inicijalna terapija u liječenju metastatskog kolorektalnog karcinoma

- Fluoropirimidini i irinotekan (FOL-FIRI), odnosno fluoropirimidini i oksaliplatina (FOLFOX) u kombinaciji s bevacizumabom, monoklonalnim protutijelom usmjerenim protiv vaskularnog endoteljnog čimbenika rasta (VEGF), standardni su terapijski protokoli u prvoj liniji liječenja metastatskog kolorektalnog karcinoma. Prije uvođenja bevacizumaba kemoterapija bazirana na fluorouracilu, leukovorinu, oksaliplatinu i irinotekanu (FOLFOXIRI) pokazala je nadmoćnu učinkovitost nad FOLFIRI protokolom (fluorouracil+ leukovorin+irinotekan).

Provedene studije faze 2 dale su rezultate koji ukazuju na obećavajuću aktivnost i prihvatljivu stopu neželjenih učinaka za shemu liječenja u kojoj se FOLFOXIRI protokolu pridruži bevacizumab. Loupakis i sur. Su u svojoj studiji potom istražili FOLFOXIRI + bevacizu-

mab u odnosu na uvriježeni protokol FOLFIRI + bevacizumab. Ukupno 508 bolesnika s ranije neliječenim metastatskim kolorektalnim karcinomom podijelili su randomizacijom na skupinu koja će biti liječena po shemama FOLFIRI + bevacizumab (kontrolna skupina) te na skupinu koja će primati FOLFOXIRI + bevacizumab (eksperimentalna skupina). Aplicirano je do najviše 12 ciklusa navedene terapije, što je potom praćeno fluorouracilom i bevacizumabom u terapiji održavanja (standardna procedura), sve do pojave progresije bolesti. Primarni cilj studije bio je preživljivanje bez progresije bolesti (PFS - progression free survival). Rezultati su pokazali medijan PFS-a od 12,1 mjesec u eksperimentalnoj skupini, u odnosu na 9,7 mjeseci u kontrolnoj skupini. Ciljna stopa odgovora bila je 65% u eksperimentalnoj skupini, a 53% u kontrolnoj skupini. Sveukupno preživljivanje bilo je duže, ali ne statistički značajno duže u eksperimentalnoj skupini (31 mjesec) u odnosu na kontrolnu skupinu (25,8 mjeseci). Pojavnost stupnja 3 ili 4 neurotoksičnosti, stomatitisa, dijareje i neutropenije bila je značajno veća u eksperimentalnoj skupini. U zaključku, FOLFOXIRI i bevacizumab, u usporedbi sa shemom FOLFIRI + bevacizumab, poboljšali su ishod u bolesnika s metastatskim kolorektalnim karcinomom, ali i povećali učestalost nuspojava višeg stupnja.

(N Engl J Med. 2014;371:1609-18.)

*Ana Tečić Vuger, dr. med.*

## • Uvođenje pazapaniba u terapiju održavanja za karcinom jajnika

- Pazapanib je peroralni multikinezni inhibitor receptora vaskularnog endoteljnog čimbenika rasta (VEGFR)-1/-2/-3, čimbenika rasta porijeklom iz trombocita (PDGFR)-α/-β i c-KIT. Provedene pretkliničke i kliničke studije podupiru VEGFR i PDGFR kao ciljeve liječenja u uznapredovalom karcinomu jajnika. Studija **Andreaea du Boisa** i sur. istražila je ulogu pazapaniba u terapiji održavanja kod bolesnica s karcinomom ovarija, u kojih bolest nije progredirala tijekom liječenja prvom linijom kemoterapije. Ukupno 940 bolesnica s histološki potvrđenom dijagnozom karcinoma jajnika, jajovoda ili peritoneja, FIGO stadija II-IV, bez znakova progresije nakon primarnog liječenja koje se sastojalo od operacije i barem 5 ciklusa kemoterapijskog protokola baziranog na spojevima platine i taksanima, randomizirano je u 1:1 omjeru na skupinu koja je primala

pazopanib u dozi od 800mg 1 x dnevno i na kontrolnu skupinu koja je primala placebo, do ukupno 24 mjeseca. Primarni cilj studije bio je preživljivanje bez progresije bolesti (PFS), ocijenjeno prema RECIST kriterijima od istraživača. Pokazalo se da je pazopanib u terapiji održavanja produljio PFS u usporedbi s placebom, i to uz medijan 17,9 mjeseci u odnosu na 12,3 mjeseca u kontrolnoj skupini. Privremena analiza sveukupnog preživljivanja zasnovana na događajima (smrt/ne) u 35,6% populacije nije pokazala značajnu razliku. U skupini na pazopanibu značajno su učestalije bile nuspojave visokog gradusa, 3 ili 4, i to hipertenzija, neutropenija, hepatotoksičnost, proljev, malaksalost i umor, trombocitopenija i palmoplantarna eritrodizezija, te se u toj skupini puno češće prekida dalja primjena terapije radi nuspojava (33,3% u odnosu na 5,6% u kontrolnoj skupini). Dakle, pazopanibom u terapiji održavanja postignut je uspjeh u produljenju PFS-a, i to s medijanom produljenja od 5,6 mjeseci, u bolesnica s uznapredovalim karcinomom jajnika u kojih bolest nije progredirala nakon prve linije kemoterapijskog liječenja. Do trenutka analize tog podatka sveukupno preživljivanje nije značajnije poraslo. Preporučene su i dodatne analize kako bi se izdvojila skupina onih bolesnica u kojih navedena učinkovitost liječenja nadilazi i zabilježenu toksičnost.

(JCO. 2014;32(30):3374-82)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

## • Prisutnost PIK3CA mutacije i primarni HER2 pozitivan karcinom dojke

- Aberacije fosfatidil-inozitol-3 kinaznog puta (PI3K/AKT) uobičajene su u karcinomu dojke, a najčešće su mutacije PIK3CA. Studija **Sibylle Loibl** i sur. istražila je povezanost između PIK3CA genotipa i stope patološkog kompletognog odgovora u HER2 pozitivnim karcinomima dojke koji su u nastavku na neoadjuvantnu kemoterapiju liječeni bilo dvostrukom ili jednostrukom HER2 blokadom. Mutacije PIK3CA analizirane su na 504 tumorska uzorka sudionica u neoadjuvantnoj GeparQuattro, GeparQuinto i GeparSixto studiji. Sve HER2 pozitivne bolesnice primale su ili trastuzumab, ili lapatinib, ili kombinaciju, plus antraciklin-taksansku kemoterapiju. PIK3CA mutacije analizirane su na uzorcima tkiva iz core biopsija, sa sadržajem tumorskih stanica  $\geq 20\%$ , fiksiranim

u formalinu i zatim obućenim u parafin, i to klasičnim Sangerovim sekpcioniranjem eg-zona 9 i 20. Sveukupno 21,4% bolesnica imalo je mutaciju PIK3CA. Detekcija PIK3CA mutacije bila je značajno povezana s nižom stopom patološkog kompletognog odgovora, 19,4% u bolesnica s mutacijom u odnosu na 32,8% u onih bez mutacije-wild type (divlji tip). U tumorima s pozitivnim hormonskim receptorima stopa patološkog kompletognog odgovora u onih s mutacijom bila je 11,3% u odnosu na 27,5% u onih bez mutacije (PIK3CA wild type). U 213 bolesnica s tumorom negativnih hormonskih receptora stopa patološkog kompletognog odgovora bila je 30,4% u onih s ispitivanom mutacijom, u odnosu na 40,1% u onih bez mutacije. U multivariantnoj analizi hormonalni status i PIK3CA davali su međusobno neovisne prediktivne informacije. U bolesnica s mutacijom PIK3CA stope patološkog kompletognog odgovora bile su 16% na terapiji lapatinibom, 24,3% na trastuzumabu te 17,4% na kombiniranoj terapiji, a u skupini bez mutacije 18,2%, 33% i 37,1% na navedenim terapijama. Preživljivanje bez bolesti i sveukupno preživljivanje nisu bili statistički značajno različiti među bolesnicama s mutacijom i bez mutacije. Dakle, HER2 pozitivni karcinomi dojke s PIK3CA mutacijom manje vjerojatno će postići patološki kompletan odgovor nakon liječenja neoadjuvantnom antraciklin-taksansku kemoterapijom i potom anti-HER2 terapijom, čak i kada se primjeni dualna HER2 blokada.

(JCO. 2014;32(29):3212-20)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

## • Terapija HER2 negativnog uznapredovalog karcinoma dojke - ASCO praktične smjernice

- Kako bi se ustanovila optimalna kemoterapija i ciljana terapija za bolesnice s HER2 negativnim (ili nepoznatog HER2 statusa) uznapredovalim karcinomom dojke pristupilo se sustavnom pregledu znanstvenih dokaza, što je uključivalo sustavne preglede i meta analize od 1993. pa sve do onih u tijeku. Ciljevi poduzetog istraživanja bili su sveukupno preživljivanje, preživljivanje bez progresije bolesti, odgovor, kvaliteta života i neželjeni učinci. Preporuke za formirane smjernice zasnovane

su na pronađenim dokazima i potvrđene konzensusom panela stručnjaka. U razmatranje je uzeto 79 studija, od toga 20 sustavnih pregleda i/ili meta analiza, 30 istraživanja prve linije liječenja i 29 studija na temu druge i ostalih linija liječenja. Iz tih studija načinjena je znanstvena osnova preporuka za smjernice. Izdvojene su sljedeće preporuke: endokrina terapija preporuča se pred kemoterapijom kao tretman prve linije liječenja za bolesnice s estrogen receptor pozitivnim (ER+) metastatskim karcinomom dojke, osim ako nije hitno potrebno postići poboljšanje kemoterapijom (životno ugrožavajuće stanje). Monokemoterapiji daje se prednost nad polikemoterapijom. Duže trajanje terapije poboljšava ishod, no potrebno je trajanje liječenja izbalansirati s toksičnošću. Ne postoji optimalna monokemoterapija prve ili (bilo koje od) sljedećih linija liječenja, a odabir protokola liječenja ovisi o nizu čimbenika, uključujući i prethodni tretman, toksičnost, performans status, komorbiditet te želje bolesnica. Uloga bevacizumaba ostaje kontroverzna, a ostale ciljane terapije nisu do sada pokazale utjecaj na poboljšanje učinka kemoterapije na ishod u liječenju HER2 negativnih karcinoma dojke. (JCO. 2014;32(29):3307-3329)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

## • Učinak metilprednizolona na stanje kod uznapredovalog karcinoma na opioidnoj terapiji

- Kortikosteroidi se često rabe u liječenju boli, unatoč postojanju malo dokaza u prilog učinkovitosti. Randomizirana, placebom kontrolirana, dvostruko slijepa studija norveških autora usporedila je analgetsku učinkovitost kortikosteroidne terapije s placebom. U studiju su involvirani odrasli bolesnici s uznapredovalim karcinomom koji su primali opioide, s prosječnim intenzitetom boli  $\geq 4$  (prema brojčanoj mjernoj ljestvici NRS, 0-10) u posljednja 24 sata. Randomizacijom su raspoređeni na skupinu kojoj će se aplicirati 16 mg metilprednizolona dva puta dnevno te na skupinu na placebu, u trajanju od ukupno 7 dana. Primarni cilj studije bio je prosječan intenzitet boli mjerjen na dan 7, prema NRS, od 0 do 10, a sekundarni potrošnja analgetika (peroralni ekvivalenti morfina), malaksalost

i gubitak apetita (prema upitniku o kvaliteti života Europske organizacije za istraživanje i liječenje raka, bodovna ljestvica 0 do 100), te zadovoljstvo bolesnika (NRS, 0-10). Ukupno 592 bolesnika podvrgnuta su probiru; njih 50 je randomizirano, a 47 ih je analizirano. Bazična doza opioida bila je 269,9mg u skupini na metilprednizolonu, a 160,4mg u skupini na placebo. Evaluacijom 7. dan nije se uočilo razlike u intenzitetu боли između dvije analizirane skupine, (3,6 u skupini na metilprednizolonu u odnosu na 3,68 u skupini na placebo), niti u prosječnoj potrošnji analgetika (1,19 u odnosu na 1,20). Međutim, utvrdilo se statistički značajno smanjenje stupnja malaksalosti u skupini na metilprednizolonu. Nije se našlo razlike u nuspojavama među skupinama. Dakle, metilprednizolon u dozi od 32mg dnevno nije osigurao dodatnu analgeziju bolesnicima s karcinomom na opioidnoj terapiji, ali je ublažio umor i gubitak apetita te povećao zadovoljstvo bolesnika. Dugoročan klinički benefit nakon evidentnog kratkoročnog učinka potrebno je još istražiti. (ICO. 2014;32(29):3221-8.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

## •

## Rezultati kombiniranog probira kod žena s Lynch sindromom

- Lynch sindrom predstavlja nasljedni, nepolipoidni kolorektalni karcinom, a osobe koje od njega obolijevaju imaju povećan rizik od karcinoma endometrija, dojke, ovarija, želuca, tankog crijeva, pankreasa, prostate, jetre i žučnjaka. Može se dijagnosticirati u relativno mlađoj životnoj dobi te u više pripadnika iste obitelji. Također je u iste osobe povećan rizik razvoja više karcinoma tijekom života.

Recentno je u uglednom časopisu *Gynecological Oncology* obavljen rad o kombiniranom skriningu žena sa sindromom Lynch. Naime, kolege su kod tih žena u istom aktu radili histeroskopsku biopsiju endometrija i kolonoskopiju u istom aktu, pod sedacijom. Ta se metoda pokazala ponovljiva i relativno bezbolna. Posebno je prihvatljivo što se obje dijagnostičke metode izvode u istom aktu. Cilj ove studije bio je evaluirati dugotrajan klinički ishod i suradljivost pacijenata tijekom probira.

Kolege su retrospektivno analizirali podatke 55-ero bolesnika s dijagnostičkim Lynch sindromom koje su podvrgni tzv. kombiniranom probiru svake 1-2 godine između 2002. i 2013. godine. Kolonoskopiju je izvodio gastroenterolog, a biopsiju endo-

metrija ginekolog, i sve su bolesnice sedirane. Ukupno je učinjeno 555 kombiniranih probira te je dijagnosticirana 1 hiperplazija simpleks endometrija, 3 hiperplazije kompleks i 1 adenokarcinom endometrija (FIGO Stadija IA). U 29 pacijentica odstranjeno je 71 polip kolona, od kojih je 29 bilo tubularnih adenoma. U njihovom materijalu detektiran je pomoću biopsije endometrija karcinom endometrija u 0,9% (1/111) slučajeva, a premaligna hiperplazija u 3,6% slučajeva (4/111).

Kolege zaključuju kako kombinirani probir pod sedacijom predstavlja ponovljivu i manje bolnu metodu i bolju dijagnostiku od probira baziranog samo na biopsiji endometrija. Ovi rezultati odgovaraju detekciji patologije endometrija nakon jednogodišnjih programa probira. Autori sugeriraju kako je u asymptomaticih žena sa sindromom Lynch dosta provoditi biopsiju endometrija svake 1-2 godine, a ne jednom godišnje kako se sugeriralo, te da je biopsija endometrija svake 1-2 godine efikasnija u ranoj detekciji karcinoma endometrija. (Gynecol Oncol. 2014.)

Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.

## •

## Endometroidni karcinom jajnika i endometrija imaju drugačiji mikrosatelitni status

- Huang i suradnici objavili su u rujnu, u časopisu *Histopathology*, rad o mikrosatelitnom statusu endometroidnih karcinoma jajnika i endometrija. Istraživali su 26 endometroidnih karcinoma jajnika, 42 endometroidna adenokarcinoma endometrija i 19 istovremenih endometroidnih karcinoma jajnika i endometrija. Studija je bazirana na istraživanju ekspresije tzv. mismatch reparatornih proteina, PTEN i ARID1A, kao i mutacije PTEN, KRAS, CTNNB1 i PIK3CA. Visoke razine mikrosatelitske instabilnosti uočene su u 1/26 endometroidnih karcinoma jajnika, u 12/42 endometroidnih adenokarcinoma endometrija i u 4/19 istovremenih endometroidnih adenokarcinoma. U samo 4/19 istodobnih endometroidnih adenokarcinoma uočene su identične molekulare alteracije u obje komponente, endometrijskoj i ovarijalnoj. Gubitak ekspresije ARID1A ili PTEN te visoka mikrosatelitska instabilnost češće su u endometroidnim adenokarcinoma endometrija. U toj se skupini karcinoma visoka mikrosatelitska instabilnost povezuje

sa statističkim gubitkom ARID1A ekspresije ( $p<0,001$ ). U skupini endometroidnih adenokarcinoma endometrija koji zahvaćaju samo endometrij i imaju visoku mikrosatelitsku instabilnost ( $n=16$ ), slučajevi s deficijencijom MSH6 pokazivali su visoku učestalost CTNNB1 ili PIK3CA mutacija, ali manju učestalost KRAS mutacija nego slučajevi s manjom PMS2. Autori istraživanja zaključuju kako različita frekvencija molekularnih genetskih alteracija između endometroidnog karcinoma jajnika i endometrija implicira različite procese tumorogeneze i tumorske progresije. (Histopathology. 2014.)

Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.



## Mirabegron u liječenju prekomjerno aktivnog mokraćnog mjeđura

- U iznimno uglednom časopisu *Expert Opinion on Pharmacotherapy* objavljen je rad talijanske skupine znanstvenika na temu usporedbe mirabegrona i antimuskarnika u liječenju simptoma prekomjerno aktivnog mokraćnog mjeđura. Takav mjeđur predstavlja velik zdravstveni problem, koji se pogoršava sa starenjem, pa se procjenjuje kako u dobi starijoj od 75 godina oko 75% ukupne populacije pati od urgencije, urgentne inkontinencije, učestalog mokrenja i nočnje. Ove neugodne simptome godinama tretiramo antimuskarnicima. Recentno se na tržištu pojavio – mirabegron, selektivni agonist  $\beta_3$ -adrenergičkih receptora. Program kliničkog razvoja lijeka uključivao je 41 studiju tijekom 10 godina, na ukupno 10 552 ispitanika. Ukupno 29 studija kliničke faze I ispitivanja lijeka i 12 studija faza II i III provedene su globalno, dakle u Europi, SAD-u, Kanadi, Japanu, Australiji i Novom Zelandu i Južnoj Africi. Klinička faza II ispitivanja lijeka koncipirana je tako da su ispitanici (262) dali informirani pristanak radi evaluacije učinka mirabegrona i uključeni u studiju procjenjivanja doziranja lijeka (927 ispitanika). Primarni cilj obje studije bio je promijeniti, odnosno smanjiti broj epizoda mikturicije u 24 sata. Sekundarni cilj uključio je promjene u: srednjem volumenu urina po episodi mikturicije, srednjem broju inkontinentnih epizoda, zatim poboljšanje urgentne urinarne inkontinencije i smanjenje epizoda urgencije u 24 sata. Smanjenje težine urgencije i nočnje kao i poboljšanje kvalitete života, također su bili sekundarni ciljevi studije. Parametri kojima se testirala sigurnost ispitanika bili su: nuspojava lijeka, laboratorijski nalazi, EKG parametri i

rezidualni volumen. Klinička faza III je u nekim detaljima drugačije koncipirana, ali kao i faza II, dokazuje efikasnost i sigurnost lijeka. Khullar i koautori publicirali su rezultate randomizirane europsko-australske faze III istraživanja o efikasnosti i sigurnosti lijeka. Ispitanice su randomizirane da uzimaju placebo, mirabegron 50 mg, mirabegron 100 mg ili tolterodin 4 mg peroralno, jednom dnevno tijekom 12 tjedana.

Efikasnost lijeka određena je pomoću srednjeg broja epizoda inkontinencije i učestalosti mikturicije u 24 sata. Oboje se određuju uvidom u trodnevni dnevnik mokrenja, koji je svaki ispitanik ispunjavao na početku i na kraju ispitivanja.

Primjena mirabegrona 50 i 100 mg pokazala je statistički značajnu redukciju broja inkontinentnih epizoda i učestalost mikturicije u usporedbi s placebom.

Jednomjesečna terapija mirabegronom 50 i 100 mg rezultirala je smanjenjem srednjeg volumena mikturicije i redukcijom inkontinentnih epizoda u komparaciji s placebom.

Najčešća je nuspojava lijeka u kliničkoj fazi III hipertenzija u sve četiri tretirane skupine, s najvećom incidencijom nuspojava u skupini tretiranoj tolterodinom (8.1%). Suha usta kao nuspojava bila su očekivano najčešća u skupini tretiranoj tolterodinom (10.1%).

U zaključku autori apostrofiraju kako mirabegron stimuliranjem  $\beta_3$ -adrenergičkih receptora povećava kapacitet mokraćnog mjehura, smanjuje učestalost kontrakcija detruzora, povećava volumen mikturicije i uvećava vremenski razmak između akata mokrenja, zbog čega se vrlo dobro tolerira. Mirabegron je efikasan i siguran lijek za liječenje bolesnika sa simptomima prekomjerno aktivnog mokraćnog mjehura.

*Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.*

.....

## Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

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

**Kutlesa M, Novokmet A, Josipovic Mraovic R, Filar B, Mardesic P, Barsic B. Extracorporeal membrane oxygenation treatment for H1N1-induced acute respiratory distress syndrome (ARDS): results of the Croatian Referral Center for Respiratory ECMO. Int J Artif Organs. 2014;37:748-52.**

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

**Dzaja D, Hladnik A, Bicanic I, Bakovic M, Petanjek Z. Neocortical calretinin neurons in primates: increase in proportion and microcircuitry structure. Front Neuroanat. 2014;8:103.**

*Laboratory for Neuromorphometry, Department of Neuroscience, Croatian Institute for Brain Research, School of Medicine, University of Zagreb Zagreb, Croatia; Department of Anatomy and Clinical Anatomy, School of Medicine, University of Zagreb Zagreb, Croatia; Institute of Forensic Medicine and Criminalistics, School of Medicine, University of Zagreb Zagreb, Croatia.*

**Katunarić M, Jurisic D, Petkovic M, Grahovac M, Grahovac B, Zamolo G. EGFR and cyclin D1 in nodular melanoma: correlation with pathohistological parameters and overall survival. Melanoma Res. 2014;24:584-91.**

*Department of Pathology, Faculty of Medicine, University of Rijeka. Department of Surgery, Clinical Hospital Centre Rijeka. Department of Oncology and Radiotherapy, Clinical Hospital Centre Rijeka, Rijeka, Croatia.*

**Mikolasevic I, Racki S, Zaputovic L, Lukenda V, Sladoje-Martinovic B, Orlic L. Nonalcoholic Fatty Liver Disease (NAFLD) And Cardiovascular Risk In Renal Transplant Recipients. Kidney Blood Press Res. 2014;39:308-314.**

*Department of Nephrology, Dialysis and Transplantation University Hospital Rijeka, Rijeka, Croatia.*

**Momčilović B<sup>1</sup>, Prejac J<sup>2</sup>, Višnjević V<sup>1</sup>, Skalnaya MG, Mimica N<sup>3</sup>, Drmić S<sup>4</sup>, Skalny AV. Hair iodine for human iodine status assessment. Thyroid. 2014;24(6):1018-26.**

<sup>1</sup>Institute for Research and Development of Sustainable Ecosystems, Zagreb, Croatia, <sup>2</sup>Department of Oncology, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia, <sup>3</sup>University Psychiatric Hospital Vrapče, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia, <sup>4</sup>Neuropsychiatric Hospital "Dr. Ivan Barbot," Popovača, Croatia.

# 54. Međunarodni neuropsihijatrijski kongres u Puli

• Od 18. do 21. lipnja održan je 54. Međunarodni neuropsihijatrijski kongres u Puli (54th International Neuropsychiatric Congress - INPC). Prisustvovalo je 350 sudionika iz Hrvatske, Albanije, Austrije, Bosne i Hercegovine, Crne Gore, Češke, Grčke, Irana, Italije, Irske, Mađarske, Makedonije, Njemačke, Poljske, Rumunjske, Rusije, Sjedinjenih Američkih Država, Južne Koreje, Slovenije, Srbije, Ukrajine, Velike Britanije.

Glavna tema bila je „Lifestyle and prevention of brain impairment“ a održani su i brojni prateći simpoziji.

Posebno se ističu: 3. Evropska ljetna škola psihopatologije, 7. Međunarodni simpozij o epilepsijama, 2. Neuro-interdisciplinarna škola, 3. Simpozij o interface providersima u neuromrehabilitaciji, psihijatrijski simpoziji o novom Zakonu zaštiti osoba s duševnim smetnjama, o Forenzičkoj psihijatriji, ADHD-u, naprednom liječenju Parkinsonove bolesti, aktivnostima Udruge narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ u prevenciji moždanog udara, o zajedničkom pristupu dijagnostici, liječenju i praćenju Anderson-Fabry-eve bolesti u jugoistočne Europskoj regiji, o cerebralnoj aneurizmi, o palijativnoj

skrbi, o atrijskoj fibrilaciji i sekundarnoj preventiji moždanog udara te o različitim pristupima liječenju neuroloških i psihijatrijskih bolesti.

Održano je 71 predavanje u sklopu 14 simpozija, koja su održali predavači iz cijelog svijeta, njih 76. U sklopu poster sekcije prezentiran je 61 poster, 39 iz područja neurologije i 22 iz psihijatrije. Kongres se održava u kontinuitetu već 54 godine, što ga čini kongresom s vjerojatno najdužom neprekinutom tradicijom u svijetu na području neurologije, psihijatrije i neuropsihijatrije.

Na kongresu se se multidisciplinarnim pristupom obrađuju brojne zanimljive teme iz područja psihijatrije i neurologije, ali i drugih povezanih područja medicine, njegujući pritom temeljne ideje davno osnovane "Pulske škole znanosti i humanizma", 1961. godine, iz koje se i razvio ovaj kongres.

.....

## 5. Ljetna škola o moždanom udaru u Dubrovniku

• U Dubrovniku je i ove godine pod pokroviteljstvom Razreda za medicinske znanosti HAZU-a u trajanju od 9. do 13. lipnja održana tradicionalna 25. Ljetna škola moždanog udara s međunarodnim sudjelovanjem.

Organizatori su bili Interuniverzitetski Centar u Dubrovniku, Hrvatsko društvo za prevenciju moždanog udara, Zagrebački institut za kulturu zdravlja, MEF u Zagrebu i Central and Eastern European Stroke Society te Applied Research Group on Delivery of Neurological Services (RGODNS) of World Federation of Neurology (WFN), a direktori akademkinja **Vida Demarin** (Hrvatska), prof. **Roman Haberl** iz München (Njemačka), prof. **Kurt Niederkorn** iz Graca (Austrija), prof. **Tatjana Rundek** iz Miami (SAD) i prof. **Zlatko Trkanjec** iz Zagreba (Hrvatska).

Oni su ponovno dokazali da Hrvatska s razlogom pripada europskim centrima znanja. Tečaj je okupio vrhunske stručnjake iz Hrvatske i svijeta koji su s polaznicima cijeli tjedan dijelili svoja iskustva iz kliničkog i znanstvenog života.

Cilj ovog tečaja još jednom je bio podržati suradnju i promovirati razmjenu znanja i iskustva među šezdesetak sudionika iz cijelog svijeta, od Albanije, Bosne i Hercegovine, Srbije, Makedonije, Slovenije do dalekog Kazahstana, Zambije i Japana.

Također, sudionici su imali jedinstvenu priliku razmjeniti nacionalne podatke o moždanom udaru te diskutirati o konkretnim problemima koji su specifični za pojedine zemalje te zajedno rješavati probleme vezane za moždani udar, bili oni medicinske, ekonomiske ili neke druge prirode.



Bogat znanstveni program trajao je tjedan dana, a treći je dan bilo predstavljanje Zagrebačkog instituta za kulturu zdravlja i njegovih aktivnosti u Europskoj godini mozga, u sklopu čega su predstavljene i tri knjige.

Knjige **Ivana Šarić** „Brainy drawings“ i „Svijet bez sjena“ te knjiga **Flore Turner Vučetić** „The sweet taste of dalmatian love affair“. Ukupno su održana 32 predavanja te 30 prezentacija zanimljivih slučajeva od strane samih polaznika. Program je završio podjelom diploma u petak, 13. lipnja.

.....

## 6. Hrvatski kongres hematologa i transfuziologa



Predsjednik HLK-a i specijalist hematologije prim. dr. Hrvoje Minigo u društvu s hematologinjama

• Najznačajniji ovogodišnji skup iz hematologije i transfuzijske medicine u Hrvatskoj, 6. Hrvatski kongres hematologa i transfuziologa, održan je od 20. do 23. ožujka u Rovinju. Istovremeno je održan i 5. Stručni sastanak medicinskih sestara i tehničara.

Hrvatsko društvo za hematologiju i transfuzijsku medicinu HLZ-a ima brojne zadaće. Jedna od njih je edukacija članova. Društvo održava nacionalni kongres svake četiri, a u zadnje vrijeme svake dvije godine. Na ovogodišnjem smo rezimirali rezultate rada u obliku predavanja ili postera. Pozvani su i vrsni

stručnjaci iz inozemstva koji su pobudili veliko zanimanje sudionika, ali ipak glavno težište su vlastita iskustva. Na svečanom otvorenju bili su predsjednik Hrvatske liječničke komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** i izaslanik predsjednika Republike prof. dr. **Izet Aganović**.

Kako se je radilo zapravo o dva konгресa, liječničkom i setrinskom, te o tri teme, hematološkoj, transfuziološkoj i temi sestara i tehničara, stručni program je precizno planiran. Svi pozvani predavači iz inozemstva rado su se odazvali našem pozivu. Kongres je prigodnim predavanjem otvorila autorica ovih redaka te

najavile predavače u okviru predsjedničkog i specijalnog simpozija kojima je predsjedala.

U predsjedničkom simpoziju je prof. dr. **Damir Nemet** iznio rezultate liječenja multiplog mijeloma pod naslovom „le li mijelom izlječiva bolest?“

Radova u obliku postera bilo je 134, a 16 postera prikazale su medicinske sestre i tehničari. Najbolji autori su nagrađeni stručnim knjigama.

Odaziv kongres bio je iznad očekivanja, prisustvovalo je 376 sudionika. Sudjelovali su i gosti iz SAD-a, Francuske, Nizozemske, Njemačke, Makedonije, Kosova, Bosne i Hercegovine, Slovenije i Srbije.

Paralelo je održan i 5. Samostalni stručni skup medicinskih sestara i tehničara. Program je bio raznovrstan a radovi prikazani na oba skupa tiskani su kao suplement „Liječničkog vjesnika“. Društveni događaj bila je zajednička večera u hotelu gdje se odvijao kongres i zajednički ručak na seoskom imanju na povratku za Zagreb.

*Prof. dr. Ana Planinc-Peraica,  
predsjednica HD-a za  
hematologiju i transfuzijsku medicinu  
HLZ-a i predsjednica  
Organizacionog odbora kongre*

.....

## Regionalna konferencija o smanjenju unosa soli u Vukovaru

• ‘Smanjenje unosa soli prehranom sa sadašnjih 11,6 gr na 9,3 gr dnevno po stanovniku Hrvatske do 2019. godine cilj je nedavno usvojenog nacrta Strateškog plana o smanjenju unosa soli u RH 2015-2019.g, čime se Hrvatska pridružuje nastojanjima SZO-a’, rekao je na tiskovnoj konferenciji ministar zdravlja prim. **Siniša Varga**.

SZO je prepoznao smanjenje unosa soli kao važan faktor pri snižavanju visokog krvnog tlaka, što značajno smanjuje rizik od srčanih i moždanih udara.

Ovom temom bavila se Regionalna konferencija o smanjenju unosa soli koja je održana u Vukovaru 9. listopada, u sklopu 3. Hrvatskog kongresa preventivne medicine i unapređenja zdravlja s međunarodnim sudjelovanjem, u organizaciji Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Hrvatskog društva za javno zdravstvo HLZ-a.

Dr. sc. **Sanja Mušić Milanović** je ispred organizatora pozdravila sudionike konferencije te ukratko podsjetila na etape razvoja. Prije 11 godina u svijetu je lansiran WASH (World

Action on Salt and Health program), Globalna svjetska akcija za borbu protiv prekomernog unosa kuhinjske soli, čiji je pokretač prof. McGregor, sudionik današnje konferencije. Hrvatska je već godinu dana poslije počela prikupljati vlastite podatke o unosu soli i štetnosti prekomernog unosa soli u hrani. Pod vodstvom dr. **Joaoa Brede** donesen je strateški dokument SZO-a Akcijski plan za hranu i prehranu 2014-2020. (FNAP), usvojen na ministarskoj konferenciji u Kopenhagenu, na kojem su godinama intenzivno radile članice EU regije SZO-a, među ostalima i Hrvatska.

Dr. Breda zahvalio je Hrvatskoj što je u kratkom roku, nakon nepuna tri tjedna od donošenja FNAP-a, usvojila svoju strategiju i krenula u primjenu. Posebno je zahvalio Hrvatskoj na organizaciji Regionalne konferencije o smanjenju unosa soli, čime je dala poticaj ze-

mljama regije da krenu istim putem.

Prof. **Graham MacGregor**, vodeći svjetski stručnjak za pitanje soli u prehrani, predstavio je Globalnu svjetsku akciju za borbu protiv prekomjernog unosa kuhinjske soli (WASH), čiji je inicijator, te izrazio je zadovoljstvo što se Hrvatska tako brzo uključila u globalni program smanjenja unosa soli.

Ministar zdravlja prim. Siniša Varga predstavio je tijekom konferencije nedavno usvojeni Strateški plan o smanjenju unosa soli u Hrvatskoj za razdoblje 2015-2019. g. Planira se postupno smanjenje unosa soli, sukladno sa zacrtanim ciljem SZO-a da se do 2025. godine smanji unos soli za 30%, dok je krajnji cilj postići maksimalan unos soli od 5 g dnevno po stanovniku.

Plan predviđa niz aktivnosti usmjerenih prema prehrambenoj industriji, od obveznog označavanja udjela soli u prehrambenim proizvodima, poticanja prehrambenih tvrtki da smanje količinu soli koju dodaju u proizvode, smanjenja količine soli u gotovoj hrani, u restauranima, školskim kuhinjama itd.

Aktivnosti usmjerene prema građanima predviđaju edukaciju jer snižavanje visokog tlaka značajno smanjuje rizik od srčanih i moždanih udara, koji su među vodećim uzročima smrti u Hrvatskoj. Podaci za 2013. pokazuju da se u Hrvatskoj 21% (92 milijuna eura) ukupnih troškova za lijekove troši na lijekove protiv povišenog krvnog tlaka.

Procijenjeni efekti smanjenja unosa soli za 3 g dnevno bili bi 3100-6200 manje slučajeva novih kardiovaskularnih bolesti godišnje, 2300-4700 manje smrtnih ishoda godišnje, a u finansijskom smislu, moguće uštede zdravstva na području liječenja hipertenzije kretale bi se od 6,14 -21,49 milijuna eura.

*Josip Jagić,*

*glasnogovornik Ministarstva zdravlja*

.....

## “Anatomske i funkcijske promjene u maloj zdjelici tijekom starenja i novosti u liječenju inkontinencije”

- Na Klinici za ginekologiju i porodništvo KB-a „Sv. Duh“ održan je 28. kolovoza jednodnevni simpozij sa stranim pozvanim predavačem, prof. **Diaa Rizkom**. Prof. Rizk, rođeni Egipćanin, ostvario je respektabilnu stručnu i znanstvenu karijeru ne samo u Kanadi, već je prepoznat u svijetu kao jedan od najugledniji stručnjaka iz područja uroginekologije, o čemu govore faktografski podaci.

Glavni je urednik ili je član uredničkog odbora 24 časopisa iz područja ginekologije i porodništva, među kojima su tritemeljna časopisa iz područja uroginekologije: International Urogynecology Journal, Pelvic Floor Dysfunction i Neurology and Urodynamics.

Na stalnim je dužnostima u ključnim stručnim društima naše struke kao što su: IUGA (International Urogynecological Association), ICS (International Continence Society), FIGO (International Federation of Obstetrics and Gynecology), PAUGA (Pan-Asian Urogynecological Association). Stalni je suradnik SZO-a, a jedan je od inicijatora Mediteranskog društva za inkotinenciju i dno male zdjelice (MIPS). U prvom predavanju ukazao je na tipične pogreš-

ke kod prijavljivanja i koncipiranja znanstvenih radova i projekata, kao i najčešće razloge za njihovo odbijanje te dao korisne savjete.

U predavanju “Aging of the Female Pelvic Floor“ upozorio je na potpuno nov pojam - tzv. Geripauzu, razdoblje u postmenopauzi kada započeta terapija HNL-om neće dati rezultat uslijed već kronične hipoestrogenemije.

Pojam je to koji su prvi puta predstavili Turner i Kerber (Eu-estrogenemia, WHI, timing and the “geropause”. Int Urogynecol J 2008;19:1461-3). Rizk je upozorio kako se često HNL ili ENL ordiniraju radi usporavanja promjena u maloj zdjelici. Nažalost, pokazao je rezultate brojnih pretkliničkih istraživanja koja dokazuju kako promjene dna male zdjelice u smislu starenja napreduju neovisno o početku menopauze, a primarno ovise o kondiciji pacijentice. Liječenje HNL treba započeti što ranije, a ne kada pacijentica uđe u fazu tzv. geripauze.

Dr. **Marton** održala je predavanje o ulozi ultrazvuka u dijagnostici inkontinencije i o novostima u liječenju prekomjerno aktivnog mokraćnog mjehura. Osim liječenja antimuskarnicima, spomenula je i dobre rezultate liječenja mirabegronom. Predavanja su polučila zanimljivu raspravu.

Prof. Rizk je iskoristio pozornost auditorija da kolege pozove na skup koji će se održati sljedeće godine u Šibeniku od 9. do 12. travnja, u suradnji Hrvatskog društva ginekologa i opstetričara, Hrvatskog uroginekološkog društva, Hrvatskog društva za ginekološku endoskopiju i MIPS-a (Mediterranean Incotinence and Pelvic Floor Society) na kojem će se okupiti ugledni domaći i inozemni uroginekolozi, kako bi se teoretski i praktično usavršavali u lijepom okruženju i još boljem druženju.

*Dr. sc. Ingrid Marton, dr. med.*

.....

## Kako izvještavati sa stručnog skupa

- Neki su prilozi u rubrici „Novosti sa stručnih skupova“ skraćeni jer nisu bili u skladu s uputom Uredničkog odbora o tome kako valja izvještavati sa stručnog skupa, a i radi racionalnijeg korištenja raspoloživog prostora. Stoga tu Uputu ovdje ponavljamo.

### Uputa uredničkog odbora

- Temeljna je misao vodilja «Ono što zanima čitatelja». Posebno upozoravamo da u glasilu koje nosi naslov NOVINE nije mjesto za **prepričavanje programa**, tj. tko je i o čemu govorio nego što se moglo NOVOGA saznati. Stoga molimo izvjestitelje da se odluče za jednu od sljedećih rubrika: **“Novosti sa stručnih skupova” ili “Vijesti”**.

Za prvu rubriku neka bude kriterij, kao što i naslov kaže, što se moglo dozнати korisnoga i **novoga**, a druga mogućnost je da se važniji skupovi registriraju u rubrici “Vijesti” sa svega 10-15 redaka, bez trošenja prostora na kurtoazne podatke, npr. tko je bio pokrovitelj i tko je skup pozdravio.

Na priloženim ilustracijama valja označiti i imena osoba koje su na njima. Čitatelje ne zanimaju stereotipne fotografije dvorana s publikom koja upire pogled u neku nevidljivu točku. Molimo suradnike da se nastoje prilagoditi ovim preporukama.

- Cochrane knjižnica objavljuje sustavne pregledne članke koji se bave procjenom djelotvornosti intervencija u medicini.
- Na mrežnoj stranici [www.thecochranelibrary.org](http://www.thecochranelibrary.org) mogu se pretraživati sažetci ovih članka. Pristup punim tekstovima Cochrane članaka u Hrvatskoj osigurava Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa korisnicima iz biomedicinskog konzorcija na mrežnoj stranici Centra za online baze podataka: [www.online-baze.hr](http://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  
Medičinski fakultet u Splitu  
[livia@mefst.hr](mailto:livia@mefst.hr)

## Epiduralnu analgeziju tijekom porođaja treba dati onda kada žena to zatraži

### Sažetak

• Epiduralna analgezija (EA) uključuje davanje injekcije s lijekom za ublažavanje bolova neposredno uz kralježničku moždinu. To je učinkovit oblik ublažavanja boli tijekom porođaja, što je vrlo važno jer se intenzitet boli povećava kako porođaj napreduje. EA je invazivan postupak koji ima svoje nuspojave, a rjeđe komplikacije. Opisane nuspojave uključuju slabost mišića, mučninu, drhtanje, svrbež i glavobolju. Pokazalo se da EA s niskom koncentracijom bupivakaina ne povećava učestalost carskih rezova, ali može povećati učestalost vaginalnog porođaja koji se dovršava pomoću instrumenata i trajanje drugog stadija porođaja.

Ovaj Cochrane sustavni pregled sažeо je najbolje dostupne dokaze (objavljene do 12. veljače 2014.) o učinkovitosti i sigurnosti ranog davanja EA naspram kasnom davanju za spontani i potaknuti (inducirani) porođaj. Me-

taanaliza napravljena u okviru ovog istraživanja uključila je 9 randomiziranih kontroliranih pokusa u koje je bilo uključeno ukupno 15 752 žena koje su porađale prvo dijete i pritom nije nađena značajna razlika u riziku od carskog reza ili instrumentalnog porođaja između ranog i kasnog davanja EA za ublažavanje boli tijekom porođaja.

Iako su učinci ranog ili kasnog početka davanja EA na trajanje drugog stadija porođaja bili slični, autori istraživanja nisu mogli isključiti mogućnost da raniji početak ovog postupka vodi do kraćeg trajanja porođaja. Rezultati pojedinih studija poprilično su se razlikovali u pitanju trajanja prvog stadija porođaja.

Što se tiče djeteta, Apgar ocjena i kiselost (pH) pupkovine nisu se razlikovali ovisno o vremenu početka EA. Stoga autori zaključuju da bi možda bilo dobro EA započeti ranije, kad je žena zatraži.

Važno je napomenuti da su se studije razlikovale po definiciji što je to rani i kasni početak EA. Rani početak obično se definira kao proširenje grlića maternice koje je manje od 4-5 cm, a kasni početak kad je grlić maternice proširen više od toga.

Doza, koncentracija i metoda primjene EA razlikovale su se među studijama. Skupine ispitanica koje su bile razvrstane tako da primaju EA kasnije razlikovale su se po tome koju su vrstu terapije protiv bolova primile prije početka EA.

### Uvod

Bol tijekom porođaja nesumnjivo je najintenzivnija bol koju žena može iskusiti tijekom cijelog života. Mnogi čimbenici utječu na to kako pojedine žene doživljavaju i odgovaraju na bol, čiji se intenzitet povećava kako porođaj napreduje. Učinkovitost EA za ublažavanje boli tijekom porođaja dobro je dokumentirana.

Cochrane sustavni pregled u kojem je uspoređena EA s drugim oblicima ublažavanja boli pokazao je da žene koje prime EA osjećaju manje боли nego one koje dobiju druge vrste analgezije. Međutim, EA je isto tako povezana s duljim drugim stadijem porođaja, češćom potrebom za induciranim porođajem, većom incidencijom hipotenzije, problemima s mokrenjem, vrućicom i nepokretnošću tijekom određenog vremena nakon porođaja.

Korištenje neuroaksijalne i/ili EA razlikuje se u pojedinim zemljama i regijama. Prema rezultatima Chana i suradnika iz 2006. neuroaksijalna analgezija koristi se kod otprilike jedne trećine žena u Australiji, dok su Alran i suradnici 2002. pokazali da je učestalost EA u nekim mjestima u Europi bila 0% (Perugia), a drugdje čak 98% (Barcelona).

### Opis stanja

Hoće li koristiti analgeziju tijekom porođaja i, ako hoće, kakvu vrstu analgezije, na ženi je izbor ovisno o tome kakav joj se medicinski postupak više sviđa. One koje žele EA mogu je zatražiti kad osjeti potrebu za ublažavanjem boli, što će često biti vrlo rano tijekom porođaja. Međutim, podatci iz observacijskih studija pokazuju da rani početak EA može biti povezan s većim rizikom od carskog reza. Thorp je 1991. u retrospektivnoj studiji opisao da je povezanost između EA i rizika od carskog reza zbog distocije utvrđena kod žena koje prvi put rađaju, kod kojih je cervicalna dilatacija spora (manja od 1 cm/h), tijekom rane faze porođaja ako im se EA daje prije nego dosegnu 5 cm cervicalne dilatacije. U tom istraživanju povećanje rizika od cervicalnog reza nije se moglo objasniti drugim mogućim varijablama.

U drugoj retrospektivnoj studiji Lieberman je 1996. opisao da je učestalost carskog reza kod žena koje primaju EA bila 17%, dok je taj postotak iznosio 4% kod onih koje je nisu primile. Najveće povećanje rizika od carskog reza utvrdio je kad je EA primijenjena ranije tijekom porođaja. Retrospektivne studije kao što su ove dvije vrlo često daju pristrane rezultate zbog niza mogućih čimbenika koji su mogli utjecati na te podatke. Osim toga, te studije se temelje na starijim režimima doziranja za EA, kad su korištene visoke doze. Noviji režimi koji koriste niže doze mogu imati bolje ishode.

### Opis postupka

Epiduralna analgezija uključuje umeđanje tankog katetera kroz iglu uvučenu u epiduralni prostor. Kateter se koristi za primjenu lokalnih anestetika i/ili opioida u epiduralni prostor kao povremena ili kontinuirana terapija tijekom porođaja. Lijek djeluje na korijene živaca koji izlaze iz kralježnične moždine, pri čemu dolazi do segmentalne analgezije. Osim toga, epiduralni kateter se može koristiti i za primjenu viših doza lijekova ako je potrebno, ili za instrumentalni porođaj ili carski rez. Kateter se također može ostaviti na mjestu i nakon porođaja te upotrijebiti za ublažavanje boli nakon porođaja.

Kombinirana spinalno-epiduralna metoda uključuje davanje lokalnog anestetika u intratekalni prostor pomoću spinalne igle koja prolazi kroz epiduralnu iglu. Nakon toga slijedi postavljanje epiduralnog katetera koji dopušta naknadno ubrizgavanje anestetika u epiduralni prostor. Ta se metoda često primjenjuje, ali čini se da nema velike razlike između nje i klasične epiduralne analgezije, usprkos bržem nastupu

analgezije pri korištenju spinalno-epiduralne metode te manjoj učestalosti svrbeža nego kod EA. Stručna skupina Američkog udruženja porodničara i ginekologa je 2002. godine preporučila da bi, kad je moguće, trebalo odgoditi primjenu EA kod prvorotki sve dok se grlič maternice ne dilatira 4-5 cm, a da se do tada mogu koristiti drugi oblici analgezije. Mjere ishoda koje se mogu mjeriti kod djeteta, vezano za čimbenike povezane s porođajem, odnosno pokazatelji loših neonatalnih ishoda, su kontinuirano loše Apgar ocjene, primjerice manje od 7 nakon 6 minuta te fetalna acidozna koja se iskazuje kao niska kiselost arterijske i/ili venske krvi iz pupkovine (pH manji od 7,20).

## Kako djeluje epiduralna analgezija

Retrospektivne i ne-randomizirane kohortne studije nisu prikladno ustrojene da bi mogle dati prikladne odgovore o tome kad treba dati EA tijekom porođaja, zbog načina na koji se ispitanice uključuju u studiju i mogućih zbnjujućih varijabli. Do danas je nekoljicima randomiziranih kontroliranih istraživanja analizirala porodničarske i fetalne ishode, i randomizirane kontrolirane studije objavljene nakon 1994. godine ne pokazuju kauzalnu vezanost između vremena početka EA i rizika od carskog reza.

Primjerice, jedna studija 449 prvorotki koje su rađale na termin, u ranoj fazi porođaja, kad su bile otvorene manje od 3 cm, nasumično je podijelila ispitanice u skupinu koja je odmah primila EA nakon što su to prvi put zatražile, ili u skupinu koja je primila EA s odgodom nakon što je cerviks bio otvoren najmanje 4 cm. Rizik od carskog reza nije se značajno razlikovao između tih dviju skupina (13% naspram 11%). Srednje trajanje od randomizacije do potpune dilatacije bilo je značajno kraće u skupini koja je rano primila EA, u usporedbi s kasnom epiduralnom primjenom (5,9 h naspram 6,6 h). Kad su žene upitane o tome kad bi radile primile EA kad bi sljedeći put rađale, većina je žena izjavila da bi je radile primile ranije; 78% žena koje su bile u „kasnoj“ epiduralnoj skupini izjavile su da bi EA radile primile ranije, dok bi 7% žena u „ranoj“ epiduralnoj skupini sljedeći put radile dobile EA kasnije.

U drugom istraživanju su žene nasumično raspoređene u primanje intratekalnog fentanila ili sustavnog hidromorfona u vrijeme kad su prvi put zatražile analgeziju; EA je započeta u intratekalnoj skupini nakon drugog zahtjeva za ublažavanjem boli, dok je u skupini koja je primala hidromorfon analgezija započeta kad su bile otvorene 4 cm ili više, ili kad su treći put zatražile da im se ublaži bol.

Neuroaksijalna analgezija u ranom porođaju nije povećala rizik od carskog reza, učinkovitije je ublažila bol i bila je povezana s kraćim trajanjem porođaja nego sustavna primjena analgezije. EA koja traje dulje od 5 sati kod žena koje rađaju povezana je s povиšenom tjelesnom temperaturom majke, što može utjecati na to kad bi trebalo početi EA, a može utjecati i na dulje davanje epiduralne infuzije.

Stoga se u literaturi mogu naći različiti rezultati o učinku ranog započinjanja EA. Prije se u literaturi opisivala bojazan da bi ranja EA mogla povećati rizik od carskog reza, ali su ti strahovi možda pretjerani zbog ograničenja retrospektivnih studija. Također valja naglasiti da novije metode primjene EA, koje podrazumijevaju niže doze analgetika, mogu utjecati na napredovanje porođaja više nego starije metode s višim dozama.

## Zašto je važan ovaj sustavni pregled?

Retrospektivni podatci ukazivali su na mogućnost da raniji početak EA, pri korištenju starijih metoda s višom dozom analgetika, mogu povećati učestalost carskog reza. Sustavni pregled koji je **Marucci** objavio 2007. uključio je pet randomiziranih kontroliranih studija, jednu prospektivnu kohortnu studiju i tri retrospektivne kohortne studije. Međutim, korištenje kohortnih studija može dovesti do pristranosti u rezultatima. Taj sustavni pregled nije uvrstio dvije studije koje su naknadno objavljene.

Ovaj Cochrane sustavni pregled procjenjuje komparativne učinke ranog i kasnog početka EA korištenjem isključivo randomiziranih kontroliranih studija. Rezultati ovog sustavnog pregleda mogu olakšati donošenje odluka vezano za vrijeme kad će se započeti EA, i može poboljšati zadovoljstvo žena i porođajno iskušto.

## Zaključak za praksu

Sustavni pregled je pronašao dokaze visoke kvalitete o tome da ranije i kasnije počinjanje EA imaju sličan učinak na rizik od carskog reza i instrumentalnog porođaja, trajanje drugog stadija porođaja, Apgar ocjenu manju od 7 u prvoj i petoj minuti te kiselost arterijske krvi pupkovine. Također su nađeni dokazi umjerene kvalitete da ranije i kasnije počinjanje EA ima sličan učinak na kiselost venske krvi pupkovine. Rezultati ovog sustavnog pregleda podupiru zaključke Američkog udruženja porodničara i ginekologa iz 2006. godine, koji glase: „U odsutnosti medicinskih

kontraindikacija, zahtjev majke dovoljna je indikacija za ublažavanje boli tijekom porođaja.“

## Zaključak za istraživanja

O utjecaju neuroaksijalne analgezije na trajanje prvog stadija porođaja i dalje postoje otvorena pitanja, osobito kad se radi o kombiniranoj spinano-epiduralnoj metodi koja koristi intratekalnu primjenu opioida. Intratekalna primjena fentanila može smanjiti majčinu koncentraciju cirkulirajućeg adrenalina, što može dovesti do povećane tokolize i brzeg porođaja, dok sustavno davanje opioida može smanjiti aktivnost maternice tijekom aktivnog porođaja.

Stoga su potrebne dobro osmišljene randomizirane kontrolirane studije koje će uključiti dovoljan broj ispitanica i istražiti učinak neuroaksijalne naspram sustavne primjene opioida na aktivnost maternice tijekom porođaja. Trebaju se procijeniti i klinički relevantne nuspojave, a o rezultatima pokusa potrebno je pisati na način na koji propisuju moderne smjernice o pisanju znanstvenih radova.

Cochrane sustavni pregled  
Sng BL, Leong WL, Zeng Y, Siddiqui FJ, Assam PN, Lim Y, Chan ESY, Sia AT. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014;10:CD007238.

.....

# Preporuke iz HALMED-a i PRAC-a



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

- 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 listopadu 2014. usvojilo je preporuke vezane uz sigurnost primjene valproata, testosterona i ponatiniba.

## PRAC preporučio stroža ograničenja primjene valproata u žena i djevojaka

PRAC je preporučio stroža ograničenja primjene valproata u žena i djevojaka zbog rizika od urođenih anomalija i problema u razvoju djece koja su valproatu bila izložena u maternici tijekom trudnoće majke.

PRAC preporučuje da se valproat ne primjenjuje u liječenju epilepsije ili bipolarnog poremećaja u djevojaka ili žena koje bi mogle ostati trudne te u žena koje već jesu trudne, osim u slučaju kada su drugi lijekovi neučinkoviti ili ih bolesnica ne podnosi.

Žene kojima je valproat jedina terapijska opcija nakon što se pokušalo liječenje drugim lijekovima, trebaju koristiti učinkovitu kontracepciju, a liječenje treba započeti i nadzirati liječnik s iskustvom u liječenju ovih stanja.

Bolesnice kojima je propisan valproat ne smiju prestati uzimati lijek bez prethodnog savjetovanja s liječnikom. U zemljama u kojima je valproat odobren za sprečavanje migrene, trudnice ne smiju uzimati valproat za sprečavanje migrene, a prije početka liječenja valproatom potrebno je isključiti trudnoću i

koristiti učinkovitu kontracepciju. U Republici Hrvatskoj nije odobrena indikacija sprečavanja migrene.

PRAC je također preporučio da liječnici propisivači valproata svojim pacijentima pruže cjelovitu informaciju kako bi se osiguralo da one razumiju rizike i kako bi se mogla donijeti najbolja odluka o liječenju. Ove preporuke uslijedile su nakon ocjene dostupnih podataka o učincima izloženosti valproatu tijekom trudnoće. Tijekom ocjene, PRAC je konzultirao predstavnike bolesnika i obitelji pogođenih ovim problemima, kao i skupine stručnjaka i specijalista. Iako valproat ostaje terapijska opcija u bolesnica u kojih su se drugi lijekovi pokazali neučinkovitim ili ih nisu podnose, PRAC je zaključio da žene i zdravstveni radnici trebaju biti bolje informirani o rizicima izloženosti valproatu u maternici i potrebi za učinkovitom kontracepcijom.

Nedavna istraživanja pokazala su rizik od problema u razvoju u 30 do 40% djece predškolske dobi koja su bila izložena valproatu u maternici, uključujući odgodeni početak hoda i govora, teškoće u pamćenju, govoru i jeziku te niže intelektualne sposobnosti. Dodatno, podaci pokazuju da su djeca koja su bila izložena valproatu u maternici pod 11%-nim rizikom od urođenih anomalija (kao što su defekti neuralne cijevi i rascjep nepca), dok u djece iz opće populacije taj rizik iznosi 2-3%. Dostupni podaci također ukazuju na to da su djeca koja su bila izložena valproatu u maternici pod povećanim rizikom od poremećaja iz autističnog spektra (otprilike tri puta veći rizik nego u općoj populaciji) i autizma u djetinjstvu (pet puta veći rizik nego u općoj populaciji).

Dodatno, ograničeni podaci ukazuju na to da su djeca koja su bila izložena valproatu u maternici sklonija razvoju simptoma poremećaja hiperaktivnosti i deficit-a pažnje (ADHD). PRAC je preporučio da se svim bolesnicama ko-

jima je propisan valproat, kao i njihovim liječnicima, distribuiraju edukacijski materijali kako bi ih se informiralo o ovim rizicima. Liječnici će trebati redovito procjenjivati liječenje djevojaka i žena, uključujući i u pubertetu i kada žena planira trudnoću. PRAC naglašava da žene ne smiju prestati uzimati valproat bez prethodnog savjetovanja sa svojim liječnikom.

Preporuke PRAC-a bit će proslijeđene Koordinacijskoj grupi za postupak međusobnog priznavanja i decentralizirani postupak za humane lijekove (CMDh) radi donošenja konačnog mišljenja koje će biti primjenjivo za sve zemlje članice Europske unije, nakon čega će informacije o lijeku biti nadopunjene ovim najnovijim informacijama i preporukama.

## Lijekovi koji sadrže testosterone i rizik od srčanih bolesti u muškaraca koji boluju od hipogonadizma

PRAC je završio ocjenu lijekova koji sadrže testosteron te je ocijenio da nema konzistentnih dokaza koji bi upućivali na to da ovi lijekovi povećavaju rizik od srčanih tegoba u muškaraca koji boluju od hipogonadizma. PRAC je stoga ocijenio da koristi primjene testosterona i dalje nadmašuju njegove rizike, ali je preporučio da se lijekovi koji sadrže testosteron primjenjuju samo u odobrenim indikacijama, onda kada je manjak testosterona dokazan znakovima i simptomima, kao i laboratorijskim nalazima.

## Rizik od tromboze povezan s primjenom ponatiniba (Iclusig)

PRAC je završio ocjenu lijeka ponatinib, koji se koristi u liječenju leukemije, te je preporučio uvođenje dodatnih mjera kako bi se umanjio rizik od tromboze krvnih žila povezane s primjenom ovog lijeka. PRAC je ocijenio da koristi primjene ponatiniba i dalje nadmašuju njegove rizike, a da je nova upozorenja potrebno uvrstiti u sažetak opisa svojstava lijeka i u uputu o lijeku kako bi se informiralo zdravstvene radnike i paciente.

Više o novim informacijama o sigurnosti primjene navedenih lijekova možete pročitati na internetskim stranicama EMA-e ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)).

.....

# Što je s odjelima za palijativnu skrb i JIL-ovima?

## Osvrt na Nacionalni plan razvoja bolnica

Doc. dr. sc. Marko Jukić,  
Klinika za anesteziologiju KBC-a Split

- U Liječničkim novinama broj 133 od 15. listopada 2014. tiskan je prilog o Nacionalnom planu razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj od 2014. do 2016. godine, koji me potakao da napišem ovaj osvrt.

Nakon što sam ga pročitao, bez detaljnije analize, mislim da treba ukazati na neke nelogičnosti u njemu. Temeljem dosadašnjeg dugogodišnjeg iskustva ne očekujem da će ovaj osvrt ispraviti „krivu Drinu“ ali neka se zna. Mišljenja sam da je Nacionalni plan površan bez konkretnih prijedloga o razvoju pa i nije moguće konkretno komentirati plan. Čudno je da se plana pravi za razdoblje od 2014. do 2016. kada je 2014-ta godina na samom kraju! Želim ukazati na dvije činjenice o kojima treba voditi računa: a) jedinice intenzivne medicine koje vode anestezioazi i b) potrebu formiranja odjela palijativne skrb u pojedinim bolnicama. Piše, citiram: „Nacionalni plan ključni je operativni dokument za budući razvoj navedenih bolnica“?! ali iz prijedloga plana to nije razvidno.

Prema priloženim tablicama iz Nacionalnoga plana vidljivo je da nema postelja intenzivnog liječenja (medicine). Jedinice intenzivne medicine koju vode anestezioazi djelom Hrvatske i koji su pri klinikama i odjelima Anesteziolijke, reanimatologije i intenzivne medicine su pridodate drugim djelatnostima što je neprihvatljivo. Neshvatljivo je da se falsificira postojeće stanje, da u R. Hrvatskoj ima približno 400 postelja u jedinicama intenzivne medicine koje vode anestezioazi a da to nije prikazano nadalje postavlja se pitanje kako se može planirati razvoj kada ne znamo kakvo je postojeće stanje po pitanju intenzivne medicine.

Citram: „Nacionalni plan neće jasno definirati broj postelja unutar zdravstvenog sustava. To nije ni njegova uloga jer bi isto pred-

stavljalo korak nazad u reformi mjera fiskalne konsolidacije ali i u reformi zdravstvenog sustava općenito.“ Zašto bi to bio korak nazad?

Za neke oblike liječenja moramo definirati minimum postelja, optimalne potrebe zdravstvenoga kadra i opreme ako želimo osigurati kvalitetnu zdravstvenu skrb na teritoriju Republike Hrvatske.

Pitanja na koja treba dati odgovor:

- Trebaju li nam jedinice intenzivne medicine?
- Koliko nam postelja treba na razini RH za intenzivno liječenje?
- Koliko nam subspecialista intenzivne medicine treba?
- Koliko nam treba (pored liječnika) zdravstvenih radnika za intenzivno liječenje?
- Koja nam medicinska oprema treba i koliko za jedinice intenzivne medicine?
- Koliki su sadašnji troškovi liječenja, da li su neracionalni i kako to promjeniti?

Ciljevi Nacionalnog plana su:

1. unaprijeđenje kvalitete i učinkovitosti pružanja bolničkih usluga,
2. povećanje djelotvornosti i smanjenja troškova poslovanja bolnica.

Budući da se zalažemo za kvalitetnu zdravstvenu skrb trebaju nam jedinice intenzivne medicine pri klinikama i odjelima za: anesteziolijke, reanimatologiju i intenzivnu medicinu, trebaju nam jedinici intenzivne medicine pri internoj medicini, pedijatriji, kirurgiji (posebno pri kardiokirurgiji i neurokirurgiji), neurologiji, pulmologiji i zaraznim bolestima. U manjim bolnicama jedinice mogu biti središnjeg tipa ali u većim bolnicama danas moraju biti prema djelatnostima. Iz stateškog plana bi trebalo biti razvidno koliko postelja imamo za intenzivno liječenje i koliko planiramo u budućnosti i temeljem toga planirati prostor, opremu i kadrove.

Citram: „Pri tome jedinice intenzivnog liječenja pružaju visokospecializiranu

zdravstvenu zaštitu za pacijente neposredno ugroženog zdravlja i života i nezamjenjiv su modalitet liječenja u bolnicama. Produljeno liječenje namijenjeno je pacijentima liječenim u akutnim stacionarnim kapacitetima čije zdravstveno stanje ne dopušta otpuštanje iz bolnice u okvirima preporučenoga prosječnog trajanja boravka u bolnici za pojedinu djelatnost, ali čije se bolničko liječenje može nastaviti smanjenim intenzitetom. Dugotrajno liječenje namijenjeno je bolesnicima kojima je potrebna kontinuirana i dugotrajna zdravstvena zaštita nižeg intenziteta, koja obično traje i dulje od trideset dana.“ Točno ali nažalost ništa konkretno.

Povećanje djelotvornosti i smanjenja troškova poslovanja bolnica moguće je postići otvaranjem odjela palijativne skrb u bolnicama tako da se skrati liječenje u jedinicama intenzivnoga liječenja kada to liječenje nije učinkovito i opravданo. U KBCu Split nema niti jedna postelja za palijativnu skrb pa bolesnici koji više nisu za liječenje u jedinci intenzivne medicine moraju ostati jer se ne mogu izmjestiti.

Treba naglasiti da nema specijalista palijativne skrb ni lječnika koji bi se bavili palijativnom medicinom što je nedostatak kojeg treba otkloniti. Edukacija liječnika po pitanju palijativne skrb je loša. Nadalje bolnički liječnici malo znaju o postupcima beskorisnog liječenja pa bi po tom pitanju trebala dodatna edukacija liječnika.

Mislim da prijedlog Nacionalnog plan razvoja treba biti konkretan, što ovaj nije, da mora obuhvatiti sve vidove bolničke djelatnosti, njihovu razinu i način financiranja. Ako za svaku stavku budemo imali odvojene planove nikada ih ne ćemo uspješno objediti. Potpunom analizom rada jednog kliničkog bolničkog centra i jedne opće (županijske) bolnice moguće je doći do odgovora o učinkovitosti ustanove, procijeni troškova liječenja. Često poteškoće pri pisanju planova nastaju zbog nedostatka iskustva i nepoznavanja stvarnih prilika u hrvatskom zdravstvu....

.....

(marko.jukic@st.t-com.hr)

# Pitanje kompetentnosti u plastičnoj kirurgiji

Prim. dr. sc. Zlatko Vlajčić, dr. med., specijalist opći i subspecijalist plastični kirurg, KB „Dubrava“

- Plastična kirurgija je specijalizacija koja se sastoji od estetske kirurgije i rekonstrukcijske kirurgije. Pojednostavljen, dok rekonstrukcijska kirurgija vraća funkciju pojedinom organu ili organskom sustavu, estetska kirurgija mijenja, „modelira“ oblik tijela u smislu povećanja samopouzdanja pacijenta. Upravo estetska plastična kirurgija je oblast koja je zbog svoje lukrativnosti najviše izložena pogrešnoj uporabi i nekompetentnosti.

Da li u plastičnoj kirurgiji u Hrvatskoj danas vlada princip da „svi mogu raditi sve“ i da li je titula liječnika „carte blanche“ za sve procedure uopće? Očito da. Svjedoci smo brojnih slučajeva operacija povećavanja dojki od strane čeljusnih kirurga i specijalista za uho grlo nos, rekonstrukcije dojki od strane torakalnih kirurga i ginekologa a dermatolozi, stomatolozi pa čak i kozmetičari ne samo injiciraju botox već i „fillere“ za lice te sve agresivnije procedure na licu.

U reakcijama često možemo čuti kako se radi o „sujeti i zavisti“ licenciranih plastičnih kirurga u odnosu na one „nelicencirane“ na jednom profitabilnom tržištu privatne prakse. Može li ovakva praksa imati i ozbiljne negativne reperkusije na zdravlje pacijenata i pomutnju kod pacijenata tipa „tko radi što?“ Može.

*De jure*, doista u hrvatskom zakonodavstvu, s pozicije kompetentnosti, ne postoji mogućnost da se zabrani nekom liječniku da radi bilo koju proceduru, poglavito ukoliko to radi u „diskreciji“ svoje privatne klinike. Ukoliko nekom liječniku nije „zakonski zabranjeno“ da radi neku proceduru, a usput se radi o profitabilnoj proceduri iz oblasti plastične kirurgije, naravno da će je i raditi. Ako nije zabranjeno, znači dozvoljeno je. Nije to samo naš problem. U Njemačkoj primjera radi, 20.000 registriranih ginekologa rade čak i rekonstrukcijske zahvate dojki, s trivijalnim opravdanjem da 1.000 licenciranih plastičnih kirurga u Njemačkoj „ne može stići“ obaviti potrebiti broj zahvata. Tek

sada, nakon brojnih negativnih iskustava i kada je pitanje kompetentnosti postalo goruci problem, u skandinavskim zemljama, koje po mnogo čemu prednjače u EU, se ide s pozitivnim zakonodavstvom u smislu strogog zakonskog definiranja koji specijalisti mogu raditi koje procedure.

Što, *de facto*, znači pitanje kompetentnosti odnosno licenciranosti.

Po analogiji stvari pitanje licenciranosti u Hrvatskoj liječničkoj komori se može usporediti s pitanjem „vozačkih dozvola“ u prometu. Ima li potrebe prolaziti obuku za pojedine „kategorije“ tipa B, C, D i slično ili je dovoljno položiti vozački ispit, dobiti vozačku dozvolu, a sve ostalo je pitanje prakse. Prometni znaci su isti, ceste su iste, vozili motocikl, osobni automobil, kombi, kamion ili autobus. I što s osobnim sposobnostima pojedinog vozača i praksom. Činjenica je da su neki mladi vozači i bez vozačke dozvole „spretniji“ od nekih iskusnih i starijih vozača s vozačkim dozvolama. Istina je nažalost i da neki mlađi vozači bez vozačkih dozvola imaju više „prakse u vožnji“ od nekih vozača ili vozačica koje imaju vozačku dozvolu ali se ne usuđuju češće voziti i na duže relacije. Treba li zbog toga ukinuti obuku za vozače pojedinih kategorija i polaganje vozačkog ispita? Naravno da ne treba. Na taj način bi se promoviralo „samoučenje vožnje“ i stjecanje prakse bez nadzora a ne kroz legalne vozačke škole. Da li bi takvi vozači „samoučeći se“ ospozobljivali i kako pružiti hitnu medicinsku pomoć u slučaju prometne nezgode i kako postupiti? Da li bi takvi vozači bili opasnost za sve ostale sudionike u prometu? Sva spretnost i učenje bez nadzora čak i legislativno „pada u vodu“ kada se desi nezgoda. Prvo pitanje na Sudu nije da li ste Vi bili spretni i koliko ste prakse imali u vožnji već „da li ste imali valjanu vozačku dozvolu“. Od toga sve počinje. Potrošili smo decenije organizirajući sustav legalnih licenciranih auto škola uz edukaciju pod strogim nadzorom i po-

laganje ispita u smislu ospozobljavanja za pojedine kategorije vozača. Sigurno da taj sustav nije savršen ali to znači da ga treba nadopuniti a ne ukinuti.

Ista je stvar i s edukacijom specijalista pojedine grane medicine, u ovom slučaju plastične kirurgije.

Većina „nelicenciranih“ plastičnih kirurga će reći da su prošli „razne tečajevе po svijetu“ o ovoj ili onoj proceduri te da imaju dovoljno „iskustva“ za takve procedure. Gdje su ga stekli? Da li su se učili i stjecali iskustva na svojim pacijentima bez nadzora u svojim privatnim poliklinikama? Da li su na tim tečajevima naučeni da prepoznaju komplikacije i da ih rješe? Poznato je da na tečajevima i simpozijima koji su nerijetko sponzorirani od strane farmaceutske industrije i proizvođača medicinskih proizvoda svaki govor o pozitivnim aspektima i rezultatima. Rijetko kad i gdje o komplikacijama i rješavanju istih. I zašto onda neke od najrazvijenijih „estetskih“ privatnih poliklinika uopće ne daju svojim pacijentima otpusna pisma? Naravno. Na kraju otpusnog pisma mora stati točno ime licence kakvo je u rješenju Hrvatske liječničke komore. Drugačije napisano je kazneno djelo „lažnog predstavljanja“.

Zamislimo hipotetsku situaciju. Specijalist čeljusne kirurgije ili specijalist uho, grlo nos radi liposukciju trbuha koju je naučio na „tečajevima“ obzirom se radi o „minimalno invazivnoj“ proceduri. Napravi penetraciju sondom u trbušnu šupljinu. Da li je on obučen da prepozna tu komplikaciju? Naravno da nije. Da li je obučen da rješi tu komplikaciju? Naravno da nije. Da stvar bude gora, on je najčešće sam u privatnoj praksi i nema mogućnost pozvati „kolegu s drugog odjela“ kliničke bolnice da mu pomogne.

Ili zamislimo istog specijalista koji radi povećavanje dojki implantima koje je naučio na „tečajevima i simpozijima po svijetu“. Sukladno incidenciji, jedna od osam žena će u svom životu dobiti karcinom dojke, s implantima ili bez njih. Dakle neovisno od implantata. Ali da li će on znati u svoj zahvat povećanja dojki „ukalkulirati“ buduće možebitne situacije otežane dijagnostike dojke, evaluacije, limfoscintografije i lociranja „sentinel“ limfnog čvora i druge aspekte onkoplastične kirurgije dojki. Neće. Nije niti educiran za to.

Pitanje kompetentnosti podrazumejava nekoliko aspekata koji se mogu decidirano navesti.

Prvo je pitanje legalne edukacije za pojedine procedure. To nisu „tečajevi po svijetu“ već specijalizacija i uža specijalizacija sukladno rješenju Ministarstva zdravlja. Već kratkim uvidom u Pravilnik o specijalističkom usavršavanju RH može se vidjeti kako su tamo decidirano navedeni zahvati koje specijalizant

mora proći tijekom specijalizacije ili uže specijalizacije iz pojedine oblasti. U konkretnom napijed navedenom slučaju specijalisti za čeljusnu kirurgiju ili uho grlo nos nemaju u edukaciji kirurgiju dojke niti liposukciju trbuha.

Druge pitanje kompetentnosti je pitanje komplikacije.

Kompetentan specijalist ili uži specijalist mora bit obučen prepozнатi komplikaciju i samostalno je riješiti, poglavito u uvjetima privatne prakse. Činjenica je da se komplikacije svakome mogu dogoditi, imao on licencu ili ne, kao i prometna nezgoda. Ali komplikacija koja se mogla desiti licenciranom plastičnom kirurgu, u slučaju nelicenciranosti je, slijedom napijed navedenog, liječnička pogreška. Ne sa namjerom, već iz razloga što nije bio educiran što i kako napraviti.

Slijedeće je pitanje „regionalnosti“.

Pitanje „regionalnosti“ primjera radi „usta su blizu nazolabijalnim brazdama pa zašto onda stomatolozi ne bi mogli raditi „filere“ na licu. Činjenica je da su blizu, ali da karikiramo, blizu je onda i mozak, pa zašto isključiti po istoj logici i operacije na mozgu?“

Slijedeće pitanje kompetentnosti je licenciranost. Edukacija, primjera radi, specijaliste i užeg specijaliste plastične kirurgije traje 6,5 godina. Nakon toga slijedi polaganje ispita i dobivanje licence komore na kojoj decidirano stoji za koju oblast je kompetentan i legalno se

može koristiti i reklamirati samo tim nazivom. Specijalist „estetske kirurgije“ i „estetski kirurg“ je nepostojeća licenca i nepostojeća titula. Služi samo za „zamagljivanje“ kompetentnosti pred pacijentima na profitabilnom tržištu privatne prakse i protivno je Pravilniku o oglašavanju HLK-a. Čemu licence i specijalizacije ako „svi možemo raditi sve?“

Na žalost, često se na Sudu, u odštetnim zahtjevima zbog komplikacija, čuju se izjave tužitelja tipa „nisam znala da nije kompetentan specijalist za pojedini zahvat“. Sudska praksa nas uči drugačije. Oštećenik je suodgovoran ako sjedne u automobil s vozačem koji je vidno bio pod utjecajem alkohola i to ima snažne reperkusije na odštetni zahtjev. Legislativa nalaže „ignorantia uris nocens“. Neznanje ne opravdava. I ako niste znali da je nešto nedovoljeno suodgovorni ste za to jer ste „moralni znati“. Slično i s pitanjem komponente u plastičnoj kirurgiji. Pacijent se mora informirati o planiranom zahvatu i specijalisti koji će proceduru obaviti te potpisati informirati pristanak da je u cijelosti informiran i suglasan s mogućim komplikacijama i neželjenim ishodima. Licencu pojedinog specijaliste i užeg specijaliste je lako provjeriti na stranicama HLK-a i tu je za pomoći i pravna služba komore.

I na kraju, mada ne manje bitno, pitanje osiguranja od profesionalne odgovornosti je isto nešto o čemu mora i pacijent razmišljati.

Ne može niti jedno osiguravajuće društvo, privatno ili državno, domaće ili strane, osigurati pojedinog specijalistu u smislu osiguranja od profesionalne odgovornosti za oblast za koju nije licenciran. To bi bilo kao osigurati vozilo koje nije prošlo tehnički pregled za uporabu u prometu.

S velikom vjerojatnoćom se može reći da „dobra volja“ za profesionalnost i stručnost neće promijeniti ustaljenu praksu, poglavito na profitabilnom tržištu privatne prakse u oblasti plastične kirurgije. Samo pravna služba HLK i Ministarstva zdravlja u suradnji sa stručnim društvom HLZ-a mogu decidirano definirati koje specijalizacije i licence su potrebne za pojedine zahvate. Ne mora sve dobro ići sa „sjeverozapada“ i po logici „što južnije to tužnije“. Možemo i moramo nekada pokušati i prednjačiti u EU. Drugačije će se i dalje širiti kaotično i nesređeno stanje u ovoj oblasti s nesagledivim posljedicama na stručnost, profesionalnost i ugled naše struke ali najviše na zdravlje pacijenata koji su u ovom slučaju najveći gubitnici. Za početak bilo bi dobro da pacijenti prije operacije prvo provjere da li je njihov operater licencirani plastični kirurg. Između ostalog, zato i postoje oficijelne stranice HDPREK-a i ESPRAS-a, odnosno HLK-a.

••••

RJEŠENJA sa str. 36-40.

#### **ALGORITAMSKA RAZRADBA PROBLEMA sa str. 36 - 37**

**Vježba A:** 1 a,b,c; 2 a,b,c,e; 3 a,c,d,e; 4 b,d,e; 5 a,b,d,e

**Vježba B:** 2-->1,4,17,24; 3-->14; 36,25; 41; 5-->9,12; 6-->3,5,15,22; 7-->23; 9-->19; 10-->2,6,11; 11-->6; 12-->16,19; 15-->14; 16-->20,21; 17-->1; 18-->19; 18-->16; 19-->13; 20 21; 21-->18; 22-->7; 24-->7; 25-->10.

**Vježba C:** 1a, 2c, 3b.

4. Liječenje glukokortikoidima uzrokuje smanjenje ljuštenja sijalinskih skupina na glomerularnoj membrani. Učinak je posredan preko smanjenja izražaja upalotvornih molekula.

5. Ukupni albumini (48 g/L --> 3L plazme= 144 g) / 6,3 g/dan =22,8 dana. Dakle približno 23 dana bi bilo teorijsko vrijeme izmokrenja svih albumina.

#### **ETIOPATOGENETSKI ČVOROVI**

**Vježba 17.12.** - Nekardiogeni plućni edem sa stranice 38.

#### **II. Etiopatogeneza bolesti**

1-->2,3,5; 2-->6; 4-->6; 5-->2,3; 6-->4; 7-->8; 8-->1

#### **III. Razvrstavanje etiopatogenetske naravi i tijeka bolesti/sindroma/stanja**

a) Etiološka obilježja stanja kod bolesnika: 1.11; 3.8; 4.2; 4.3.

b) Obilježja patogeneze, toka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti: 5.1; 5.3; 5.4; 5.23; 5.24; 5.33; 5.54; 5.79; 5.82; 6.2; 6.6; 7.4; 7.10.

c) Obilježja proširenosti procesa i kronobiologije bolesnika: 8.1; 8.4; 8.10; 10.1; 10.2; 10.3; 11.10.

d) Obilježja kliničkoga dijagnosticiranja i liječenje stanja: 12.1; 12.2; 12.3; 12.4; 12.15; 12.19; 12.20; 12.24.

**Vježba 44.5.** – Hipoproteinemija sa stranice 39.

#### **II. Etiopatogeneza bolesti**

1-->8; 2-->3; 3-->1; 4-->2,3,7; 5-->4; 7-->1; 8-->6

#### **III. Razvrstavanje etiopatogenetske naravi i tijeka bolesti/sindroma/stanja**

a) Etiološka obilježja stanja kod bolesnika: 1.1; 1.3 ; 2.4 ; 2.6 ; 2.7; 2.8; 3.2; 4.1; 4.6; 4.12; 4.13; 4.15.

b) Obilježja patogeneze, toka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti: 5.1; 5.14; 5.33; 5.36; 5.44; 5.45; 5.64; 5.68; 5.78; 6.2; 6.6 ; 6.9; 6.10; 7.4; 7.5.

c) Obilježja proširenosti procesa i kronobiologije bolesnika: 8.8; 8.14; 8.20; 8.21; 8.22; 8.27; 8.30; 8.31; 8.32; 10.1; 10.3; 10.6; 10.8; 10.15; 11.8.

d) Obilježja kliničkoga dijagnosticiranja i liječenje stanja: 12.1; 12.2; 12.3; 12.4; 12.6; 12.8; 12.11; 12.15; 12.16; 12.17; 12.19; 12.20; 12.25; 12.29; 12.35; 12.48.

# Ratni dnevnik jednoga kirurga

• U studenom ove godine izšla je knjiga "Kirurg na fronti – Ratni dnevnik Vatroslava Florschütza 1914.-1918." u izdanju Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Osijeku i Hrvatskog lječničkog zborna - podružnice Osijek. Knjigu su uredili prof. dr. sc. **Stella Fatović-Ferenčić**, upraviteljica Odsjeka za povijest medicinskih znanosti Zavoda za povijest i filozofiju znanosti HAZU u Zagrebu i prof. emer. **Antun Tucak**, dopisni član HAZU-a i voditelj Zavoda za znanstveni i umjetnički rad u Osijeku.

Dnevnik zasigurno predstavlja raritet s obzirom na činjenicu da su ovakvi zapisi zabilježeni rukom naših lječnika, na području Hrvatske slabo sačuvani. Njegova je vrijednost tim veća što se razdoblje koje on pokriva proteže tijekom čitavog Velikog rata opisujući Florschützovo sudjelovanje na srpskoj, ruskoj i talijanskoj fronti. Uz opsežniji predgovor i prijepis dnevnika knjiga sadrži i pogovor koji je napisala prof. emer. Ivica Boban, redateljica i unuka Vatroslava Florschütza, kod koje je dnevnik pohranjen. Knjiga je predstavljena javnosti 25. studenog u Zagrebu i 26. studenog u Osijeku.

O Vatroslavu Florschützu pisali smo u Lječničkim novinama nekoliko puta, posebice u prigodi objavljivanja knjige Fatović-Ferenčić S, Pećina M.: Iz Florschützova okvira. Kirurg Vatroslav Florschütz (1879.-1967) riječju i slikom koja je izšla 2011. Florschütz je bio kirurg koji je ostavio prepoznatljiv trag u našim najvećim bolnicama: u Huttler-Kohlhoffer-Monspergerovo bojnici u Osijeku, Bolnici milosrdnih sestara i Zakladnoj bojnici na Sv. Duhu u Zagrebu. Posebno razdoblje Florschützova života svakako je sudjelovanje na ratištima, i to za vrijeme Drugoga balkanskog rata i posebice tijekom Prvoga svjetskog rata. Za čitatelje LN donosimo zanimljiv izvadak iz knjige.

Željko Poljak

## Kongres vojnih lječnika u Lavovu i moj povratak u Zagreb

U veljači 1917. bio sam na Kongresu vojnih lječnika u Lavovu, glavnom gradu Galicije. Bilo je tu sakupljeno mnogo kirurga s fronte i iz pozadine, a među njima i mnogi profesori (**Eiselsberg, Fraenkel, Haberer, Zuckerkandl, Kader, Paltauf** itd.). Držao sam predavanje o operativnom liječenju perforiranih ozljeda želuca i crijeva i imao 50% uspjeha, što je izazvalo veliko odobravanje. Nakon predavanja prof. Kadera iz Krakova o liječenju inficiranih strijelnih ozljeda natkoljenice morao sam, na naročit poziv prof. Eiselsberga iz Beča, držati predavanje o svojoj metodi liječenja teško inficiranih strijelnih prijeloma natkoljenice i to pomoću improvizacija tik iza fronte. Slika pokazuje taj način, te kako je sve improvizirano od letava na krevetima od dasaka, a sve su načinili sanitetski momci divizijske sanitetske kolone. Prof. Fraenkel i Haberer su nakon mog predavanja potvrdili, da su i oni mojom meto-

dom imali dobre uspjehе, a prof. Zuckerkandl iz Beča, koji je u to vrijeme vodio kao šef veliko kirurško odjeljenje u bojnici u Lavovu, pozvao me na svoj kirurški odjel i pokazao mi veliku dvoranu punu ranjenika s prijelomom natkoljenice, a svi liječeni mojom metodom. Budući da sam ja tu svoju metodu publicirao i prikazao u Bugarsko-srpskom ratu 1913. kad sam kao lječnik hrvatske misije vodio 29. rezervnu bojnici u Beogradu, to su tu metodu prenijeli srpski kirurzi na solunski front i tamo su se tom

metodom služili francuski i engleski kirurzi. Tako je ta metoda ušla u uporabu i kod francuske i engleske vojske pod imenom „balkanska metoda“.

Nakon mojeg predavanja uzeo je riječ prof. Eiselsberg te predložio da se osnuju posebne bolnice za liječenje prijeloma okrajnina, te da se vodstvo tih bolnica povjeri kirurzima, koji imaju spremu i volju za to liječenje, a prvu takvu bolnicu za ekstremitete na sjevernoj fronti neka se povjeri meni. Prijedlog je primljen, ali do osnivanja takve bolnice na sjevernoj fronti nije došlo, a ja sam nakon Kongresa (27. veljače 1917.) obolio na upali crvuljka (appendicitis) i bio operiran u Grabovki u mojoj, od drvenih balvana sagrađenoj bolnici.

Operirao me je asistent prof. Eiselsberga, dr. **Petar Walzel**, u to vrijeme pukovnički lječnik i kirurg u rezervnoj bolnici u Dolini. Došao je kolima iz Doline, a nakon operacije opet se vratio u Dolinu. Kod operacije narkotizirao me je mladi lječnik Čeh, dr. **Ričanek** iz Praga. Bila je to prva narkoza u njegovoj praktici. Imao je silan strah te kapao eter oprezno i štedljivo, a ja nikako da zaspim. Napokon mi je dosadio taj kolegijalni oprez te mu rečem: „Ta nalij taj eter na masku, kao što nalijevaš rum u čaj!“ To je koristilo, jer mi se počelo činiti kao da padam u duboki ponor i tako izgubim svijest.

Kad sam se probudio i otvorio oči, video sam nad sobom nebeski svod s mnogo zvijezda i osjetio, da me nose četiri vojnika na nosiljci. Pomislio sam, još mamuran od narkoze, da sam valjda kod operacije umro i da me sada nose na vojničko groblje. Uto me, dosta nespretno, spuste sa svojih ramena i unesu u moju seljačku sobicu i stave na moju tvrdu slamnjaču. Sad sam došao odmah do razboritog prosuđivanja svojega stanja.

Tri nedjelje nakon operacije stanje mi se toliko popravilo, da su me otpremili putem bolnice, u posadnu bojnici u Zagreb. Polagano sam se oporavljao, jer sam nakon operacije dobio upalu bubrega i tako je vrijeme prošlo do kolovoza 1917., a ratu još uvijek nema kraja. Bio sam proglašen nesposobnim za službu na



Zbrinjavanje ranjenika na ruskoj fronti 1916. g.

fronti i zato sam dodijeljen na službu doknadnom bataljonu 26. domobranske pukovnije u Karlovcu.

U Karlovcu sam bio liječnik za vojnike koji su se oporavljali u otrcanim barakama punim nečistoće, a vojnici ušljivi u zamazanom rublju, latrine tako pune da se okolicom širio smrad. Jednoga dana dođe iz Zagreba divizioner Salis Sevis sa šefom zdravstva dr. Kesslerom. Na upit, kakve su prilike u oporavilištu, kažem da je to svinjarija, kakve nisam nigdje video na frontu! Divizioner, koji me poznavao s fronte, nasmješi se, a šef saniteta se namrgodi, jer je oporavilište pripadalo njegovom nadzoru.

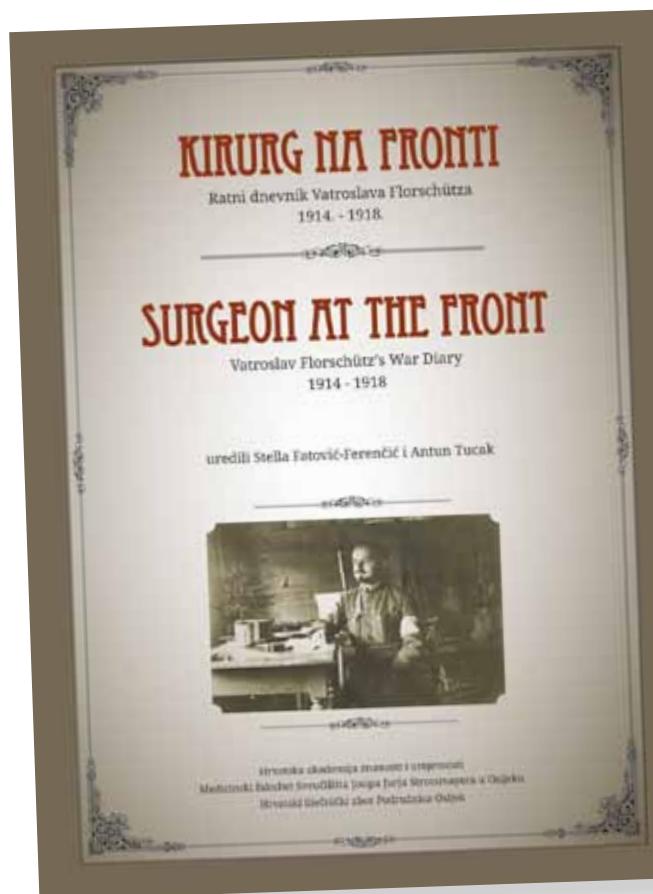
Postlijepodne u kavani pozove me divizioner svojem stolu i reče mi: „Dragi doktore, niste se kod inspekcije diplomatski izrazili pred šefom saniteta, on će Vas prvom prilikom premjestiti na neugodnije mjesto.“ Naskoro se to i dogodilo. U rujnu određen sam u komisiju za asentaciju te sam morao proputovati kolima Liku, od Senja na Perušić, Gospić, Udbinu, Donji Lapac, Gračac, Otočac te preko Velike Kapele u Ogulin. Onda je to već bilo dosta opasno, jer je ta okolica bila puna „zelenog kadra“. Tako su nazivali vojnike koji su odbegli u šumu, jer se nisu više htjeli vratiti na frontu. Ti su odbegli vojnici bili oboruzani puškama, pak su na putevima čekali kola, napadali kočijaše i putnike te

Vatroslav Florschutz 1914. g.



otimali hranu, odijelo, obuću ukratko sve što im je trebalo. Ali i civilno pučanstvo u mjestima nije u rujnu 1917. više bilo sklono vojnim vlastima, osobito komisiji za asentaciju. Svagdje

su bile uvedene karte za živežne namirnice, a u gostionici kao časnik jedva sam mogao dobiti nešto jela za skupe novce. Gostioničarka na Udbini, meni i dodijeljenom mi poručniku, uop-





Između bitaka opuštanje s lokalnim stanovništvom 1916.

će nije htjela dati ručak i večeru, izgovarajući se, da za nas ne prima karte za živežne namirnice. Moja gazdarica, koja je bila supruga mera, i kod koje sam tri dana stanovao, dala mi je tek onda opskrbu kad sam joj rekao da nisam aktivni vojni lječnik, već inače lječnik civilne

bolnice. Takva je onda, u onim krajevima, već bila mržnja na vojne oblasti.

U listopadu 1917. bio sam postavljen za šefa kirurškog odjela domobranske bolnice u Kustošiji u Zagrebu, ali već 23. siječnja 1918. mi stiže zapovijed, da pođem kao bata-

ljonski lječnik pučkoustaškom bataljonu br. IV od 28. osječke domobranske pukovnije u Niš u Srbiji. ....

.....



# Ivan Žirovčić i prva desetljeća hrvatske psihijatrije

Ivica Vučak

## Uvod

- Zbog ukupnog vremena provedenog na mjestu ravnatelja prve psihijatrijske ustanove u Hrvatskoj, Zavoda za umobolne u Stenjevcu pokraj Zagreba, brojnih predavanja u Zboru liječnika te niza članaka u "Liječničkom vjesniku" (LV) smatramo **Ivana Žirovčića** (1855. - 1938.) utemeljiteljem psihijatrije u Hrvatskoj premda nije prvi Hrvat koji se bavio tom medicinskom strukom.

Prema sporazumu o preuzimanju Zakladne bolnice u središtu Zagreba, red Milosrdne braće se obvezao primati u bolnicu i umobolne. "Ona jurisdikcija koja ga je poslala u bolnicu morat će platiti za nj, ako je miran 100 forinti, a ako je bijesan, 150 forinti godišnje". U dvorištu zgrade, dovršene potporom zagrebačkog biskupa **Maksimilijana Vrhovca** (1752. - 1827.) i svečano otvorene 23. kolovoza 1804., podignut je izdvojeni "zloglasni odjel broj 13" za umobolne. U iskazu za 1832. stoji da je te godine među besplatno liječenima siromasima bilo i 10 bolesnika koji su bolovali od ludosti i melankolije. Duševni bolesnici iz Istre kao i oni iz Gorice i Gradiške (dijelova „austrijskog“ Primorja) upućivani su u, uvijek prepunjeni, zavod za umobolne u Trstu, a ponekad u bečke, peštanske ili čak praške ludnice. Najstarija dokumentacija o primitku psihijatrijskih bolesnika na odjel bolnice u Rijeci, proistekle iz srednjevječnog hospitala Sv. Duha, a u novu zgradu smještene 1835. godine, potječe iz 1857. godine.

Nakon odobrene gradnje nove bolnice u Šibeniku mjesto primarnog liječnika u budućoj «ludnici» dobio je dr. **Aurel Zlatarević** (1850. - 1939.) sekundarni liječnik u općoj bolnici u Grazu. Osigurana mu je potpora Zemaljskog odbora u Zadru za specijalizacije psihijatrije u Grazu 1882. - 1883. tijekom koje je posjetio institucije u Njemačkoj, Engleskoj, Nizozemskoj i Italiji. Šibenskom je «ludnicom»



Ivan Žirovčić

rukovodio od lipnja 1883. do studenoga 1893. godine, tj. do preuzimanja uprave Zavoda za umobolne u mjestu Pergine u Tirolu u kojem je radio do 1914. godine. Po povratku u Dalmaciju i poslije u Zagreb nije se bavio psihijatrijom (!?). Nakon njegova odlaska postao je glavnim liječnikom "ludnice" u Šibeniku dr. **Božo Peričić** (1965. - 1947.), dotadašnji pomoćni liječnik, koji se za to mjesto natjecao nevoljko i "s mukom u srcu". Upućen je najprije na dvomjesečno putovanje po Austriji i Njemačkoj.

O svemu što je bio i naučio razgledajući moderne zavode za umobolne opširno je izvjestio Zemaljski odbor u Zadru i pisao u zadarskom "Narodnom listu". Po povratku je Peričićev zadatak bio ludnica te medicinski odjel (interni) u šibenskoj bolnici. Preseljenjem u Zadar 1897. godine prestao se Peričić izravno baviti psihijatrijom, no očuvao je senzibilitet za psihijatrijske bolesnike. Svome prijevodu knjige "Uputa u kliničko pregledanje bolesnika" **Adolpha Strümpella** (1853.

- 1925.) dodaо je obrazac za pregledanje umnoga stanja po Krafft-Ebingu. U knjizi "Njega bolesnika i prva pomoć u nezgodama" Peričić je unio poglavje "Njega umobolnih".

Pa ipak, neuropsihijatrija kao zasebna medicinska struka u Hrvatskoj povezana je s osnutkom Kr. zemaljskog zavoda za umobolne u Stenjevcu kraj Zagreba prije 135 godina. Iz Bolnice milosrdne braće u Zagrebu premještena su 15. i 16. studenoga 1879. ukupno 133 umobolnika u novootvoreni «hram čovječnosti» podignut za kraljevanja Franje Josipa I i banovanja Ivana Mažuranića, po zaključku Hrvatskoga sabora 1878-1879. godine, kako piše na spomen-ploči na ulazu. I prije otvorenja zavoda, dok se u Zboru liječnika tek raspravljalo o potrebi gradnje zavoda za umobolne, bilo je među hrvatskim liječnicima zainteresiranih za rad u psihijatriji i organizaciju službe. Kotarski liječnik u Križevcima dr. **Josip Derenčin** (1847. - 1904.) napisao je članak o ustrojstvu budućeg zavoda za umobolne i objavio ga u zagrebačkom «Obzoru» iskazujući izravno svoje zanimanje (LN 4/31:53-5, srpanj 2004.). No, vodstvo novootvorenog zavoda povjereno je Čehu dr. **Janu Rohačeku** (1843. - 1898.), dotad zatvorskome liječniku u Lepoglavi "Od 1877. do 1879. kućni liječnik u kr. Zemaljskoj kaznioni u Lepoglavi, gdje je bivše nepovoljno zdravstveno stanje kaznenika znao podići do vrlo povoljnih okolnosti, te si je stekao podpuno priznanja predpostavljene oblasti". Prije dolaska u Hrvatsku bio od 1. kolovoza 1875. do 31. prosinca 1877. sekundarni liječnik u zavodu za psihijatriju u Kosmanisu u Češkoj te u zemaljskoj ludnici u Dobranu u Češkoj. Rohaček je svoju je novu funkciju obnašao od 1. listopada 1879., a njegovim suradnikom imenovan je početkom 1880. dr. **Ljudevit Brodsky** (1851. - 1911.) koji je u Stenjevcu ostao, u statusu pomoćnog liječnika, svega pet mjeseci ne ostavivši traga u psihijatriji. Na upražnjeno mjesto došao je dr. **Dragutin Forenbacher** (1850. - 1895.) koga se smatra prvim Hrvatom psihijatrom i, pored ostaloga, rodonačelnikom forenzične psihijatrije u Hrvatskoj (LN 9/77:66-70, ožujak 2009.). U Stenjevcu je radio od 1. rujna 1880. do 30. travnja 1881. i ponovno od prosinca 1883. do kolovoza 1895. U razdoblju u kojem je Forenbacher bio izvan Zavoda, od 1. svibnja 1881. do konca studenoga 1883., kućnim liječnikom u Stenjevcu bio je imenovan dr. **Viliim Sedlon**, dotada gradski fizik u Taboru. Teška bolest i prerana smrt prekinuli su, nažalost, Forenbacherovu karijeru, no njegovo je mjesto među pionirima hrvatske psihijatrije neizbrisivo.

Namjesto dr. Rohačeka, umirovljenog «na svoju molbu», došao je 1. travnja 1894. dr. Žirovčić, kronološki, četvrti Hrvat koji se bavio psihijatrijom, jer je u struku ušao nakon Forenbachera, Zlatarevića i Peričića.

## Ivan Žirovčić - školovanje

Rođen je 29. ožujka 1855. u Križanču u Hrvatskom zagorju, u obitelji **Kristine rođ. pl. Jellačić** (r. 1834.) i Gjure Žirovčića (r. 1820.), općinskoga bilježnika u općini Začretje. Bio je prvi od devetnaestero djece stare plemenitaške obitelji. Djeca iz Križanča išla su u pučku školu u Bedekovčinu.

Dobivši stipendiju zaklade Skrlec-Smolčićeve, završio je prva dva razreda gimnazije u Varaždinu te školske godine 1867/1868. prešao u Zagreb.

Upisan u III razred državne velike muške "klasične" (gornjogradske) gimnazije tri-nastogodišnji Ivan Žirovčić je stanovao u kralj. plemićkom konviktu. S njime u razredu, a i u konviktu, bio je **Dušan Preradović** (13 godina), rođen u Beču, sin generala (i pjesnika) **Petra Preradovića** (1818. - 1872). Bio je s njima, ali samo do Božića 1867. i Zlatko (Aurel) Zlatarović (12 godina). Žirovčić je sve razrede gimnazije završio prvim redom s odlikom.

U jesen 1873. upisao je studij medicine u Beču. Primao je, odlukom Zemaljske vlade u Zagrebu, stipendij u iznosu 200 forinti godišnje tijekom svih deset semestara. Učio je iz udžbenika na njemačkom jeziku.

Krajem studenoga 1873. u Varaždinu je tiskan prvi dio knjige »Opisno razudbarstvo čovječjega tiela« županijskoga fizika u Varaždinu dr. **Ante Schwartza** (1832. - 1880.), prvi medicinski udžbenik na hrvatskom jeziku.

Na čast doktora sveukupne medicine na bečkom sveučilištu Žirovčić je promoviran u Beču 3. svibnja 1880.

## Početak

Po povratku u domovinu započeo je raditi na mjestu kupališnog lječnika u Lipiku. Nakon svega nekoliko mjeseci, sredinom studenoga 1880., imenovan je podžupanjskim lječnikom podžupanije jastrebarske sa sjedištem u Pisarovini. Zatim je premješten u Severin na Kupi u istom svojstvu, a potkraj veljače 1884. imenovan okružnim lječnikom za ogulinsko-slunjsko okružje sa sjedištem u Ogulinu. U rujnu 1885. obznanjen je u LV-u njegov pristup Zboru lječnika. Nije nazočio mjesecnoj skupštini Zbora u Zagrebu 30. prosinca 1889. na kojoj je pročitana njegova rasprava o flegmoni na vratu, ali je 12. siječnja 1890. doputovao na glavnu godišnju skupštinu Zbora i sudjelovao u raspravi o mirovinskoj zakladi za lječnike. Tekst toga predavanja objavljen je u LV-u sredinom 1893. pod naslovom «Angina Ludwigi /Phlegmona colli».

## U Zavodu u Stenjevcu prvi put

Šef zdravstvene službe kod zemaljske vlade u Zagrebu dr. **Viktor Struppi** (1844. - 1899.) pozvao je 1893. Žirovčića, koji je do tada već imao 14 godina iskustva na mjestima općinskog, podžupanjskog i okružnog lječnika, radi preuzimanja ravnateljstva zemaljskog Zavoda za umobolne u Stenjevcu. "Ja sam bio zapanjen, jer šef mene nije ni poznavao, a niti ja njega. Taj časni poziv ja sam odmah otklonio, jer za takovu službu nisam čutio dovoljno spreme. No on me je prizvao k sebi, svakojako

me je nagovarao, apelirao na moj patriotizam i obećao mi svaku pomoć u svojem položaju. Morao sam se pokoriti".

Prije nego li će prihvati imenovanje upravnikom Zavoda u Stenjevcu upućen je radi školovanja u inozemstvu. "Pol godine boravio sam u štajerskom zavodu Feldhof kraj Graza, gdje sam uživao generozno gostoprимstvo, imao sam obilat živi materijal za izučavanje, obilnu literaturu i svaku pomoć za proučavanje zavodske administracije – a polazio sam i predavanja na sveučilištu u Grazu – i tako sam postao psichiatar" – pisao je Žirovčić o svojim počecima u psihiatriji. Njegov ulazak u psihiatriju podudario se s navršavanjem stoljeća od revolucionarne promjene koju je u odnos prema duševnim bolesnicima uveo **Philippe Pinel** (1745. - 1826.) formulirajući prirodoznanstveno obrazloženje liječenja umobolnosti te ishodivši 1793. godine u pariškoj bolnici Bicêtre njihovo oslobođanje iz lanaca.

Žirovčićev prethodnik dr. Rohaček ispraćen je lijepim člankom s portretom u zagrebačkom »Domu i svjetu« »Od 20. listopada 1878. pa do danas je kano ravnatelj kr. Zemaljskog zavoda za umobolne u Stenjevcu. U ovom svojstvu ocenila je kr. zemaljska vlada njegov neumoran rad, izričući mu kod više sgoda priznanje. Njegov rad i trud oko postignuća duševnoga stanja umobolesnika ocenjuju svake godine ustmjene i pismene zahvalnice i priznance bivših umobolesnika i njihovih rođaka i skrbnika«.

Dolazeći u Stenjevac Žirovčić nije zatekao svoga prethodnika. »Kad sam moju službu u Stenjevačkom zavodu preuzeo našao sam kućnog lječnika dr. Forenbachera, koji se je-



Sudionici proslave 25. obljetnice HLZ-a u Zagrebu 1899

dini bavio psychiatrijom, na smrt bolesnog. Na pomoć mi je dan jedan mladi lječnik dr. Bachman, koji je ležao bolestan od boginja. I tako sam ja preuzeo zavod i vodio uz pomoć jedinoga staroga, vrlo čestitoga, nadbolničara Arkuša, kojega sam našao gdje na prvoj viziti prema tadanjem običaju za mnom nosi tasu sa flašom rakije, koja se je ordinirala "dobrim bolesnicima" uz uvjet, da su u pologu imali novaca. Tu ordinaciju sam dakako s mjesta obustavio uz neke druge o kojima nije ovdje mjesto da govorim". Dr. **Vjekoslav Bachman** (1864. –1937.) je na mjestu pomoćnog lječnika u privremennom svojstvu u Zavodu u Stenjevcu zamjenio 1. kolovoza 1893. dr. Forenbachera, a ostao je do imenovanja kotarskim lječnikom u Pregradu u proljeće 1896.

Među prvih osam zdravstvenih savjetnika imenovanih, prema zakonu od 24. siječnja 1894. godine, u Kraljevini Hrvatskoj i Slavoniji bio je i dr. Žirovčić. Preseljenjem u Zagreb Žirovčić je intenzivirao djelovanje u Zboru lječnika. Raspravu «O nazivlju i razdjelbi duševnih bolesti» koju je čitao na mjesecnoj skupštini 26. studenoga 1894. objavio je u pet nastavaka u LV-u 1895. godine, a iste godine tiskana je kao zasebna knjižica. «Između kriminalnih slučajeva u kojih sam zajedno sa dr. Bachmanom imao podatki mišljenje o duševnom stanju sudbenih istraženika» odabrao je, za predavanje 25. studenoga 1895., **Jovu Ljuboeviću** kojega su zbog



optužbe da je zadavio svoju ženu promatrali u Zavodu u Stenjevcu sveukupno 154 dana (11.5. do 1.8.1893. te ponovno od 24.8.1894. do 24.1.1895.).

Pored ravnatelja, kućnog lječnika, upravitelja i čuvara tijekom 1895. u Zavodu se za bolesnike brinulo 23 bolničara i 20 bolničarki (od toga 15 sestara milosrdnica), a njima su

u radu pomagale sluge (7 muškaraca i 5 žena). Od 329 postelja bilo ih je 150 određeno za ne-moćnike. Zavod se u vrijeme dolaska dr. Žirovčića na njegovo čelo nalazio u zakupu, te su mu stručne i materijalne prilike bile nepovoljne. Želio je dr. Žirovčić popraviti takvo stanje, htio je da se ustanova ponovo osamostali, žustro je intervenirao kod zemaljske vlade, gdje nije nailazio na razumijevanje te je bio smijenjen s položaja ravnatelja, a nakon protesta i prijevremeno umirovljen.

## Smjena

Prema novici objavljenoj u LV-u, dr. Žirovčić, ravnatelj Zemaljskog zavoda za umobolne u Stenjevcu, umirovljen je «na vlastitu molbu». On je svoje umirovljenje opisao nešto drugačije "Vreme je prolazilo i ja sam mogao vrlo malo da učinim za poboljšanje tadašnjih prilika, jer mi je i onaj, koji me je na to mjesto ljepim obećanjima privukao, okrenuo leđa. Ne nađoh razumijevanja, a ni volje za to. Zavod se je smatrao nekim balastom, a tako se je i postupalo s njim. Ja sam bio primoran, nakon dvije godine, da se zahvalim na toj službi, a vrla me je na to umirovila s 30. travnja 1896. Kod tadašnjeg bana Hedervarya lično sam se požalio na takav postupak, a on mi je rekao, da nije moglo drugačije biti, jer da po mnjenju zdravstvenog šefu nisam odgovarao za ravnatelja zavoda".

Na njegovo mjesto došao je 1. travnja 1896. Čeh dr. **Jan Šimsa** (1865.- 1945.) koji je nakon promocije u Pragu 1891. radio u Patološko-anatomskom institutu prof. **Jiržija Hlave** (1855. – 1940.), a zatim prešao u Zavod za umobolne u Dobrušnu u kojem je bio ravn-

- «*Naše javno zdravstvo uređeno je prema najnaprednijim uzorom, ali ima dvije slabe strane: jedno, odviše je birokratično, te provadja nuždne zdravstvene mjeru većinom na papiru; drugo, radi ograničenosti našega budgeta ne ima sredstava za uspješnu provedbu zdravstvene službe. Kotarski liečnici su tu, ali oni obavljaju zdravstvenu službu kod pisacéga stola, putovanje po kotaru vrlo im je stegnuto, jer ne ima za to novaca – vojska je postavljena, i puške ima, ali ne ima baruta»*
- «*A što je sa toli žuđenim našim medicinskim fakultetom? Pitat će se. Ja tvrdim – makar me na križ razpeli – da bi njegovo otvorenje za sada bilo prenagljeno, jer suvišno. Zadovoljilo bi se domoljubnoj taštini, ali stvorio bi se kulturni luksus, pošto vidjesmo, kako kod nas stoji. Što prudi, da se svakoj hiljadi pučanstva naprvi liečnik, koji ne ima uvjeta za obstanak? Tko će ga platiti? A jesmo li postigli toli nuždnu modernu veliku zemaljsku bolnicu? Mogu li privatne bolnice biti podlogom kliničke nauke? Evo nam naše ludnice, jedine veće zemaljske bolnice – zbog prištednje dana je u zakup, a ta žalostna perioda zavoda, da ne govorim o mnogih drugih neprilikah, urodila je čudnim posliedkom, da se je u kratkom razdoblju t r i p u t izmienilo ravnateljstvo i liečničko osoblje zavoda; jedan je zavodski liečnik dotjeran do ludila i umro u ludilu, a dva ravnatelja su redomice umirovljena. Jedan šaljivđija rekao je, da bi se kod nas moglo ustrojiti društvo emeritiranih ludničkih liečnika. Pa da ne ima u nas liečnika na pretek! – Spočitnulo se je već nam liečnikom, da mi najmanje nastojimo oko ostvarenja medicinskoga fakulteta. I u nas ima gorljiva domoljublja, ali mi smo vični čuvstvo podrediti razumu. Strpljen, spašen - - et respice finem! I mi smo pripravni reći sgodnu rieč na sgodnom mjestu – ali tko nas pita?*

*«O prilikah liečničkoga stališa» predavao na mjesecnoj skupštini 18. siječnja 1898.*

telj. Već 27. travnja 1896. bio je obznanjen pri stup dr. Šimse Zboru liječnika, a nedugo zatim imenovao ga je ban izvanrednim članom Zemaljskog zdravstvenog vijeća. Za sekundarnog liječnika u Zavod u Stenjevcu došao je 1896. dr. Jaroslav Daneš, također Čeh promoviran u Pragu 21. lipnja 1895. Ostao je Stenjevcu dvije godine, do imenovanja liječnikom zemaljske kaznionice u Mitrovici u travnju 1898.

Umirovljeni dr. Žirovčić je postao liječnik Okružne blagajne za osiguranje radnika u Zagrebu. U kolovozu 1897. preuzeo kotar II i nadalje stanjući na adresi Ilica 41a/l. Nastavio je sudjelovati u aktivnostima Zbora. Redoviti je sudionik rasprava na skupština Zbora bilo da se radi o modernom operativnom liječenju hipertrofije prostate (27. travnja 1896.), o aktinomikozi (29. svibnja 1896.), o trajanju Schleichove anestezije infiltracijom (26. lipnja 1896.).

Objavio je zanimljive članke «Moralna iskvarenost i duševna bolest» te «O nekojih temeljnih pojavih duševnog bolovanja». Na godišnjoj skupštini Zbora 25. siječnja 1897. izabran je u urednički odbor LV-a i za pregledača računa Zbora i tu je dužnost obnašao do 1908. godine. Izabran je 1. travnja 1897. za člana Odbora za sabiranje hrvatske medicinske terminologije. Nastavio je s prilozima pod naslovom «Crtica iz kriminalne psychologie». Značajan je i njegov članak «O postupku s duševno bolesnimi». I predavanje «O odnošaju medicine prema znanostima» održano 25. listopada 1897. objavljeno je poslije u LV-u. Bio je jedan od tri izvjestitelja za vrhovna mnenja te izvjestitelj za troškovike sudbeno-liječničkih vještaka na sjednicama Zemaljskog zdravstvenog vijeća od 22. studenoga do 16. prosinca 1897.

Predavanje «Luđačka umorstva nazvana la folie rouge» održao je Žirovčić 28. ožujka 1898. a objavljeno je u srpnju 1898. «Istina je dakle da naše ludnice ne zadovoljavaju podpuno svrsi da budu i lečilišta izliječivih i utočištem neizliječivih i zatvorom družtveno pogibeljnih bolesnika. Ali nisu tome krivi liečnici nego manjkavo uređenje ludnica i nedostatnost sredstava za bolje uređenje». U studenom i prosincu 1898. objavljen je, u dva dijela, Žirovčićev tekst «Može li se paralitična duševna bolest izliječiti».

«Prosvjeta» koju je uređivao dr. Vojimir Deželić (1864. – 1941.) «smatra svojom dužnošću upozoriti svoje čitatelje na žalostan pojav u hrvatskom narodu» - pisalo je 15. siječnja 1899. - «Zadnjih godina razširio se silnom brzinom alkoholizam u našem narodu. Statičko izvješće stenjevačke ludnice konstatiše da je u Hrvatskoj alkoholizam tako često uzrok bolesnom umu da od 100 bolesnika njih najmanje 35 boluje od alkoholizma. Pri tom se konstatiše da taj uzrok svake godine raste i

da je tim opasniji što prelazi na potomstvo, na kojem se onda opaža oslabljeno živčevlje, sklonost razvitku raznih duševnih bolesti, osobito smetenosti, padavice, prirođene slaboumnosti i neurastenije. Kaže se nadalje da su djeca pijanica sklona na umobol i vrlo razdražljiva karaktera. Pojavi alkoholizma očitovali su se u razkalašenosti puka, u tučnjavama i u ubojstvima».

Tijekom 1899. Žirovčić je pored tekstova «Čovjek i životinja» te «Duša» u LV-u objavio zanimljiv članak «Furor pharmacopoeticus». «Svatko od nas liječnika koji imaju tešku zadaču da ljudima pomažu u bolesti, priznat će, da ga moderna vijavica bezkrajnog proizvođenja novih ljekarija obuzima velikim strahom i nesigurnošću, da mu drma čvrstim znanstvenim podnožjem, da ga kao diže u zrak, gdje kolebajući ne nalazi stalna uporišta...»

Molim slušajte: Salicyl, Salicum, Salol, Salipyrin, Salol-Antipirin, Salophen, Saliphenin, Saligenin, Salinaphtol, Salithymol, Salacetol, Salosantal, Salumin, Saligallol, Salacetol, Salactolol, Salontol, Salhypnon, alicylanil, Salifebrin, Saliformin, Salubrin, Salubrol, Salufer».... Taj embarras de richesse zablistuje mu čutila, vrti njegovim mozgom, sbuniće nje-govo mišljenje i on, na koncu ne zna na čem je» iznio je dr. Žirovčić jednu od dvojbi liječnika njegova doba, aktualnu i poslije stotinu i petnaest godina (LN 9/83./78-81, listopad 2009).

Na liječničkom skupu 21. listopada 1899. u auli Sveučilišta u Zagrebu, kojim je svečano obilježena 25. obljetnica Zbora liječnika Žirovčić je održao predavanje «Lječbeni čimbenici u svjetlu našega vremena» (ljekarie i diaitetika, odporna svojstva oboljelog organizma, osobnost liječnika, osobnost bolesnika i njegove prilike).

Na skupnoj fotografiji sudionika nalazio se Žirovčić (br. 12) pored dr. Jana Šimse (br. 11) i dr. Vjekoslava Bachmana (br. 10). Žirovčić, u lipnju 1899. ponovno imenovan redovitim članom Zemaljskog zdravstvenog vijeća, prikazao je higijenske prilike te higijenske ustanove u Hrvatskoj i Slavoniji. Knjižica na njemačkom jeziku objavljena je o trošku Zemaljskog zdravstvenog vijeća 1900. u Zagrebu. Za razdoblju članovima Zbora Zdravstveni je odsjek zemaljske vlade poslao više otisaka te knjižice, u kojoj se «žali što nam je sveučilište još uvijek nekompletno». To je obznanjeno 24. rujna 1900. na mjesecnoj skupštini Zbora na kojoj je dr. Adolf Müller (1866. - 1957.), u «Izvješću o djelovanju Hrvata kod 13. međunarodnog liječničkog kongresa u Parizu 2.- 9. kolovoza 1900.» rekao: «Predzadnji dan prije zaključenja kongresa stigle su na moju adresu u Pariz knjige odpremljene iz Zagreba. Ja sam se pobrinuo kod centralnog odbora da se podjele članovima kongresa».

Žirovčićevu knjigu pohvalio je urednik LV-a: «ta je knjižica pisana poznatim načinom pisca, lako se čita te joj ne imadem ništa prigovoriti van staviti jedno pitanje. Mislim da bi bilo uputno da se je na francuski prevela». I drugi sudionik kongresa u Parizu dr. Fran S. Gundrum – Oriovčanin (1856. – 1919) pohvalio je Žirovčićev uložen napor i kvalitetu napisanog u knjižici no prigovorio je «jer je tiskana na njemačkom, a ne niti na hrvatskom niti na francuskom, pa ih je malo tko uzeo».

## U Zavodu u Stenjevcu drugi put

U promijenjenim političkim prilikama u Hrvatskoj dr. Žirovčić je 31. svibnja 1900. reaktiviran te, nakon odlaska dr. Šimse 31. prosinca 1900. s položaja ravnatelja, ponovno postavljen upraviteljem Zavoda u Stenjevcu. Preuzeo je vodstvo Zavoda 1. siječnja 1901. Jedna od prvih zadaća novog upravitelja bila je svladavanje epidemije dizenterije u Zavodu. Takvih je epidemija bilo nekoliko i prije, ali je ova s početkom u travnju 1901. bila najveća. Oboljelo je oko 700 bolesnika (od ukupnog broja 968), a umrlo njih 230 (23%). I sam ravnatelj zavoda odležao je, zbog teške dizenterije, tri tjedna. U obitelji dr. Vinskog, kućnog liječnika u Stenjevcu, umro je četirigodišnji jedinac od gastroenteritide, a supruga je preboljela "laglji abdominalni tif".

Dr. Žirovčić je ulagao velike napore u stručno uzdizanje ustanove. Proširivao je dogradnjama i pregradnjama Bolnicu, a rješavao je i problem kanalizacije. Zbog prepunjenošću Zavoda u Stenjevcu otvoren je 1901. kod Opće državne bolnice u Pakracu jedan odjel kao ne-moćnica. Prikazao je 1902. članak iz literature "o neprobitačnosti, suvišnosti pa čak i štetnosti zatvaranja umobolnih u samice". Umjesto toga bolje bi bilo "držati trajno nemirne i uzrujane bolesnike u postelji i produljenim kupkama koje mogu trajati po potrebi 2-12 sati na dan i to kroz više mjeseci". Drugi prikaz odnos se na raspravu "o tumačenju duševnih zbivanja biokemijskim procesima temeljenim na mehaničnim zakonima u svemiru" prethodno predavanu na zemaljskoj konferenciji psihijatara u Budimpešti.

Na mjesecnoj skupštini Zbora liječnika 30. siječnja 1903. Žirovčić je izabran u pododbor (od 11 članova) kojem je zadača bila formulirati prijedlog mjera za zaustavljanje širenja sušice, a 24. travnja 1903. u pododbor (7 članova) za izradbu predstavke vlasti o izboru i pozivanju sudbeno-liječničkih vještaka. Na sastanku 8. svibnja 1903. izabran je za pročelnika pododbora pa je 29. prosinca 1904. predstavio materijale prikupljene za predstavku "O pozivanju sudbenih vještaka".

U LV-u je Žirović prikazao knjigu "Govor umobolnih prema stenografskim bilješkama" te niz članaka o različitim psihijatrijskim temama. Na banketu priređenom 29. svibnja 1903. u počast 25. obljetnice početka rada primarnog lječnika internog odjela Bolnice za milosrdne sestre u Zagrebu dr. **Ivana Kosirnika** (1847. – 1924.) govorio je o kvalitetama slavljenika, a 30. kolovoza 1905. nazočio je otvoreniu hidro- i elektroterapijskog lječilišta dr. **Mije Juratovića** (1871. – 1919.) u Samoboru. U Stenjevcu je 29. ožujka 1906. umrla **Slava Raškaj** (1877. – 1906.), gluhonijema slikarica, pokopana na bolničkom groblju.

Tijekom 1908. u Zavodu za umobolne u Stenjevcu stalno namještena bijahu tri lječnika, ravnatelj, primarni i sekundarni lječnik dok su inače pomagali kandidati medicine. Među onima koji su još kao studenti radili u Vrapču bio je i dr. **Srećko Šilović** (1885. – 1965.). «Broj lječnika bi se imao povisiti, u tom pogledu ne valja štediti; sad je odviše malen, te bih se čudio, kad bi svaki mogao svoju dužnost naj-savjesnije obaviti» upozorio je prikazivač Žirovićeva Zdravstvenog izvješća za 1908. godinu. "Od 284 slučajeva tjelesnih bolesti (153 m+161 ž) uopće bilo 50 (27m+23ž) koji su bolovali od tuberculosis pulmonum, 11(5m+6ž) od tuberculosis ossium et glandularum lymphaticum i napokon 1 (ž) od tuberculosis cutis te bi spram toga imali 62 tbc bolesnika što čini 4.75 dijelova svih umobolnih. Svaki je mrtvac u Zavodu razuđen te je od 15 različitih uzroka smrti naj-glavniji bio tuberculosis pulmonum. Velik broj, gotovo 1/3 svih, umrli su od sušice.

Bilo bi vrlo zanimljivo znati da li su svi već suščavi došli u zavod ili su se razboljeli u zavodu. Ovoj se činjenici mora posvetiti naj-veća paska i sve odnose u tančinama istraživati, jer je broj napadno velik, a stvar to ozbiljnija što je osim ovih bilo još suščavih umobolnih koncem godine 1908. koji su preostali za 1909. godinu.»

Također je primijećeno: «Oko 100 muških i ženskih pacijenata rade na poljskom i vrtnom gospodarstvu; ženskinje u praoni, kuhinji itd., a "rad je za zavodske opskrbljenike najveća blagodat, to je najbolje lječidbeno sredstvo za one kojima se dade pomoći". Dopoluštam da nerad pogoduje okužbi tijela sušicom, jer tijelo neprestanim počivanjem gubi otpornu snagu, ali zato ipak ne bi smjeli postati plijenom tuberkuloze; tuberkulozne bi trebalo strogo dijeliti, da ne proširuju okužbu. Tuberkuloza ne nastaje zbog nerada, nego je kužna bolest.»

Rješenjem odjela za unutarnje poslove Zemaljske vlade postavljen je dr. **Artur Lang** (1873. – 1940.) kotarskim lječnikom i primarnim lječnikom u Stenjevcu od 3. siječnja 1909. do 15. srpnja 1911. Prije dolaska proveo

je 9 mjeseci na klinici za duševne i živčane bolesti te kliničkom ambulatoriju za živčane bolesti prof. dr. **Julija pl. Wagnera od Jauregga** (1857. – 1940.) dvorskog savjetnika u Beču.

Već u prvom broju LV-a za 1909. objavljen je njegov članak pod naslovom "Paralysis progressiva juvenilis" temeljen na materijalu viđenom tijekom edukacije u Beču i popraćenom s 55 literarnih navoda. «Slučaj htjede da se za svog boravka u bečkoj klinici namjerih na dva slučaja juvenilne progresivne paralize; jedan dođe u kliničku ambulancu, a drugog primismo na kliniku».

Dr. Žirović je ponovno imenovan redovnim članom Zemaljskog zdravstvenog vijeća za razdoblje 1. srpnja 1909. do 1. srpnja 1914. Na svečanosti i među potpisnicima «Spomenice» predane u Bolnici sestara milosrdnica u Zagrebu 2. travnja 1910. Dr. **Teodoru Wickerhauseru** (1858. – 1946.), u počast dvadesetpete obljetnice njegova prvog nastupa 1. travnja 1885. godine, bio je i dr. Žirović.

Kućni lječnik u Stenjevcu dr. Vinski zarazio se od jedne bolesnice vrbancem (erizipelom). Razvila se sepsa kojoj je nakon dva mjeseca i podlegao u Zavodu 9. svibnja 1910. u 44. godini života. U Stenjevec je kolovozu 1910. ponovno došao dr. **Rudolf Herceg** (1877. – 1949.), zet dr. Žirovića, u međuvremenu u Zlataru unaprijeđen za kotarskog lječnika. Ivana Žirović, kći dr. Žirovića i Terezije rođ. Laboš, udala se 6. veljače 1906. za dr. **Hercega**, tada općinskog lječnika u Mariji Bistrici. Rođenjem Petrinjac dr. Herceg je promoviran 1903. u Grazu, započeo kao pomoći lječnik u Bolnici milosrdne braće u Zagrebu te premješten za pomoćnog lječnika u Zavod u Stenjevcu 1904., gdje će ostati do svoga imenovanja općinskim lječnikom u Mariji Bistrici 1905. godine.

Tridesetu obljetnicu postanka »ovog čovjekoljubivog zavoda« dr. Žirović je obilježio tekstom »Osrt na trideset godina obstanka kr. zemaljskog zavoda za umobolne u Stenjevcu«, koji je priredio u kolovozu 1910., a koji će biti objavljen tek nakon dvadesetak godina.

Hrvatska društvena scena obilježena je početkom 1912. tzv. »kravom skupštinom« zagrebačkih sveučilištaraca 31. siječnja u znak protesta protiv bezakonja u državi. Na prosvjede đaka i studenata protiv kraljevog komesara Cuvaja, ne samo u Zagrebu nego i u Osijeku, Zadru, Rijeci, Splitu, Dubrovniku te Beču, Grazu, Innsbrucku i Pragu, vlast je odgovorila represijom prema oporbi i njezinim glasilima.

Sukobi su kulminirali 8. lipnja 1912. neuspjelim atentatom na kraljevog komesara Cuvaja, pri čemu je smrtno stradao zastupnik u Saboru **Dragutin Hrvaj**. Ne samo atentator **Luka Jukić** (1887. – 1929.), dvadesetpetgodišnji student prava i pjesnik te članovi njegove

skupine nego i velik broj ljudi, pretežno nezadovoljne mladeži, koji su s njima bili povezani ili samo kontaktirali, bili su brzo uhićeni.

Samo u banovinskoj Hrvatskoj uhićeno je ukupno 160 đaka, među kojima 85 srednjoškolaca. Najmlađi uhićenik, gimnazijalac **Gjuro Cvijić** (1896. – 1937.), imao je svega 14 godina. U pritvoru su maltretirani, zatim pušteni, neki ponovno uhićivani, a neki kažnjeni udaljenjem iz škola te zabranom polaganja ispita zrelosti.

Tijek suđenja Jukiću i suočeniciima za atentat započetoga već 30. srpnja 1912. iscrpno je bio praćen i na stranicama novina. Očitoj žurbi vlasti branitelji optuženih odgovorili su traženjem, bezuspješnim, odgode glavne rasprave. Zahtjevu tužitelja za kaznu smrti vješanjem za prvooptuženog Jukića branitelji su se suprostavili pozivanjem na njegovu neubrojivost u vrijeme atentata. Zahtjevali su podvrgavanje Jukića i 18-godišnjeg Franje Neihardta psihijatrijskom motrenju.

Sud je odbacio mogućnost provođenja psihijatrijske opservacije u bolnici, što bi za više tjedana odgodilo i produljilo sudski proces. No zbog zanimanja cijelokupne javnosti u Hrvatskoj, ali i u inozemstvu, nije bilo moguće potpuno ignorirati zahtjeve obrane. Sud je predložio psihijatrijsko opažanje u tijeku suđenja. Sudskim vještacima dr. Žiroviću i dr. **Langu** iz Zavoda za umobolne u Stenjevcu povjerenje je davanje mišljenja temeljem uvida u spise, razgovora s optuženikom u pritvoru te promatrjanjem njegova ponašanja tijekom procesa. Procijenili su ih ubrojivim i odgovornim za učinjeno.

Suđenje je završeno 14. kolovoza 1912. Jukić je osuđen na smrt vješanjem dok su ostali su dobili vremenske zatvorske kazne. Osuđenici su dočekani ovacijama publike u dvorani, a pridružilo im se i općinstvo izvan zgrade. U sudnici se u znak protesta pjevala »Liepa naša domovino». Mnijenja psihijatara izazvala su senzaciju među zagrebačkim lječnicima, koja se pretvorila u aferu (LN 3/19/44-7, svibanj 2003.).

Prema zaključku jednoglasno prihvaćenom 27. rujna 1913. na sjednici Zbora lječnika »postupak vještaka nije bio prama propisima medicinske znanosti, ponizuje ugled hrvatskih lječnika te s toga zbor osuđuje njihov i svaki sličan postupak.« Razlučen rezolucijom, ban je ukinuo godišnju dotaciju Zboru, ali nije uspio slomiti vrhovništvo Zbora niti ga pokolebiti. Sva je javnost sa simpatijama pozdravila Zbor koji je „u ovim pogibeljnim časovima ustao odlučno u obranu stariške časti i medicinske znanosti“. Dr. Perić je u Zadru, pozivajući se na svoje psihijatrijsko iskustvo, objavio novinski članak pobrojivši propuste vještaka, kako ih je on vidi. Zastupnik **Melko Čingrija** (1873. –

• «*Mnogi ljudi, i to ne samo iz slojeva neukog puka, imadu još čudnih presudra o biću i uređenju zavoda za umobolne, a takve priповijesti o ubijanju ljudi u zavodu, kad se razglase širom svijeta u ozbiljnim listovima mogu samo podjavljati plahovitu nepovjerljivost širokih slojeva općinstva spram zavoda. Domačanjem takvih vijesti grijesi se protiv kulturne zadaće novinstva, grijesi se i protiv javnog morala, kad su te vijesti neistinite. Iz naših novina prelaze takve glasine u strani svijet, tamo se ne pita, da li je to istina, već se ističe, da se takve nepodobštine događaju baš u Hrvatskoj i tako naše novinstvo samo doprinaša na smetišta, s kojih se kalja jadna naša domovina.*

*Mi liječnici ovoga zavoda, koji s našim pomoćnim osobljem vršimo tešku dužnost, vični smo ljudskoj nezahvalnosti, nepriznavanju, nepravednim osvadam, ali dužni smo zahtijevati, da se od nepravednih napadaja poštedi ovaj humanitarni zavod, podignut i uzdržavan trudom našega naroda, koji stoji kao jedan od znamenitijih spomenika našeg kulturnog napretka.*

*... nije dostoјno opskrbljениke ovoga zavoda javno nazivati imenom «luđaci», kako to neke novine čine, jer se oni kod nas zovu bolesnici, što i jesu, a opskrbilište ovo nosi naslov zavod za umobolne».*

Žirovčićeva reakcija na članak objavljen  
11. prosinca u zagrebačkim »Novostima«,  
kasnije objavljena i u LV-u 1909.

1949.) je u sjednici austrijske delegacije u Beču 11. listopada 1912. podnio dvije interpelacije, proti dokinuću ustava u Hrvatskoj i drugu o liječničkom vještstvu o optuženome Jukiću.

Dr. Žirovčić se kolegama i javnosti bezuspješno opravdavao svojim nastojanjem da atentatori u hrvatskoj javnosti ostanu heroji. Godine 1913. u kojoj se navršilo 40 godina od Žirovčićeve mature njegov gimnazijalni suučenik **Milan Rojc** (1855. – 1946.) u svojim je uspomenama zapisao kako su maturanti iz 1873., u cilju protestnog izoliranja Žirovčića, odustali od organiziranja proslave jubileja.

Izabran je za redovitog člana Zemaljskog zdravstvenog vijeća i za razdoblje 1. srpnja 1914. do 30. lipnja 1919. Zbor liječnika je početkom 1914. u Zagrebu organizirao "Prikazivanja iz praktične medicine" za općinske liječnike iz pokrajine. Među sudionicima tečaja koji su od 1. do 15. veljače 1914. posjetili Higijenski i Bakteriološki zavod, Zemaljsko rodilište, sve odjele obiju zemaljskih bolnica u Zagrebu te Zemaljski zavod za umobolne bio je i općinski liječnik u Irigu dr. **Lazar Novković** (1875. – 1921.) koji je bio pomoćni liječnik u Stenjevcu od 1. svibnja 1901. do srpnja 1902. Tri su puta putovali samoborskom željeznicom iz Zagreba, na stanici ih je dočekao dr. Herceg, a predavao im je (sveukupno šest sati predavanja) i pacijente prikazao dr. Žirovčić.

U Zavodu u kojem su tada bila samo trojica liječnika ("zaista malo za tolik zavod") vladala je, i pored prenapučenosti (prosječno 500 – 600 bolesnika), uzorna čistoća i red. Pri prvoj posjeti prikazao im je Žirovčić 20 bolesnika s paralysis progressiva, skupinu paranoidnih

te skupinu dementnih hebefreničara. Drugi put sudjelovali su u viziti na muškom odjelu. Treći put, prigodom vizite na ženskom odjelu, činilo se dr. Novkoviću da je "ženski odjel za nemirne – kulminacija nesklada u duševnom životu ljudi". Dojmova iz Stenjevca opširno je Novković opisao u LV-u, a samo tri mjeseca poslije, u lipnju 1914., premešten je iz Iriga u Zemaljski zavod u Stenjevcu.

Žirovčić je sudjelovao na sjednici Zemaljskog zdravstvenog vijeća 22. travnja 1915. u raspravi o prehrani u bolnicama za trajanja rata. U predstavci na zemaljsku vladu u Zagrebu, prihvaćenoj po stilizaciji dr. Žirovčića, Kr. zemaljsko zdravstveno vijeće na redovitom zasjedanju 2. do 8. studenoga 1916. "uslobađa se u interesu javnog zdravstva upozoriti visoku vladu na prijeku potrebu da se na našem zagrebačkom sveučilištu otvorí manjkajući još medicinski fakultet".

Tijekom bolničke vizite 1917. jedan je bolesnik napao Žirovčića i udario ga šakom u glavu, među oči. Slomio mu je nosnu kost i izazvao traumatski glaukom, uslijed kojega je gotovo oslijepio. U obnašanju poslova ravnatelja Zavoda, u tom ga je razdoblju, zamjenjivao Novković.

U LV-u od studenog 1918. Žirovčić je opisao ženu primljenu 30. srpnja 1918. u Stenjevec radi promatranja i ocjene njezinu psihičkog stanja nakon što je 13. srpnja 1917. pokušala utopiti vlastitu djecu. Opservirana je puna dva mjeseca te 1. listopada 1918. otpremljena po vrapčanskim oružnicima. Žirovčić je bio u skupini liječnika kojima je kr. povjerenik za zdravstvo početkom 1919. izrazio zahvalnost i

priznanje za savjesno i požrtvovno djelovanje za vrijeme rata.

## Krunski umirovljenik

U novonastaloj državi nastale su promjene u Zavodu za umobolne u Stenjevcu. Ukazom **prestolonasljednika Aleksandra** od 30. kolovoza 1919. Žirovčić je umirovljen. Istodobno je ravnateljem Zavoda za umobolne u Stenjevcu postavljen sanitetski kapetan dr. Lazar Stanojević (1883. – 1951.). Od 25. studenoga 1880. do 30. travnja 1896. te od 31. svibnja 1900. do 31. listopada 1919. Žirovčić je imao 34 godine, 9 mjeseci i 8 dana službe. Stupanjem u trajni mir istupio iz Zbora liječnika. Nakon umirovljenja preselio je u Petrinju gdje su, od 1916. godine, živjeli njegova kćer i zet dr. **Herceg**. Brisani je iz imenika Liječničke komore s datumom 27. prosinca 1924.

U povodu Žirovčićeva sedamdesetog rođendana 1925. godine dr. **Radoslav Z. Lopašić** (1896. – 1979.), asistent na psihijatrijskoj klinici u Beogradu (od siječnja 1922. do kraja svibnja 1924. aspirant pa sekundarni liječnik i specijalizant psihijatrije u Zavodu za umobolne u Stenjevcu), objavio prigodan tekst u LV-u. U njemu je donio dijelove uspomena koje je Žirovčić, na Lopašićevu molbu, diktirao svojoj unučici. "Zvanici moj rad smiren je svjesno ispunjenom dužnosti i sačuvanog idealu, a ovjeren trnovom krunom mirovine odmjerene sa 616 kruna mjesечно, a koja se već šestu godinu isplaćuje sa 154 dinara od čega si mogu nabaviti baš samo svakidašnji kruh za sebe i svoju suprugu".

Svoj napis o nestoru hrvatske psihijatrije Lopašić je završio riječima: "Stariji bolesnici, činovnici i liječnici stenjevačkog zavoda pričali su i meni i svima nama koji dodjosmo poslije Vas tamo na rad o Vama. Bile su to samo dobre riječi. A svaki kutić u zavodu, mnoge historije bolesti i odlična forenzička mišljenja davali su svjedodžbu Vašeg požrtvovnog i zdušnog rada...". Lopašićevu karakteriziranje događaja iz 1912. godine "nesporazumom" izazvao je promptnu reakciju Zbora liječnika, što je pokazalo kako će Žirovčića njegovo posrnuće pratiti do kraja života. Slabo mu je pomogao navod o tome da ga je atentator Jukić, kojem je kazna kasnije ipak zamjenjena doživotnim zatvorom u kojem je preživio prvi svjetski rat, po oslobođenju iz Srijemske Mitrovice, posjetio u Zagrebu i nije mu zamjerao držanje tijekom suđenja i niti psihijatrijsku ocjenu.

Kada je 24. ožujka 1930. dr. Herceg iz Petrinje premješten u Vrapče, vratio se i Žirovčić u dobro poznato okružje. Bivši dugodišnji ravnatelj, "zaslužan i u harnoj uspomeni zadržan, premda slijep", došao je na Glavnu

godišnju skupštinu jugoslavenskih psihijata održanu 1. rujna 1933. u Državnoj bolnici za duševne bolesti u Stenjevcu. Nakon što je Lopašić iznio Žirovčićeve zasluge za razvitak psihijatrije u zemlji i dugogodišnji njegov požrtvovni rad u bolnici, prihvaćen je njegov prijedlog o izboru dr. Žirovčića za časnim članom Društva. U "Spomenici Zavoda u Stenjevcu" tiskanoj 1934. u prigodi 55. obljetnice Zavoda koju su uredili dr. Božidar Niketić (1899. - 1963.) i dr. Stanislav Župić (1897. - 1973.) objavljene su i Žirovčićeve uspomene.

Žirovčić je umro 5. prosinca 1938. u stanu svoga zeta u Jurjevskoj ulici i pokopan, prema izričitoj svojoj želji, uz središnji križ na Bolničkom groblju na Oranicama. Pokraj njega počivaju njegova supruga Francisca koju je nadživio za tri godine te kćer Ivana Herceg. Od uglednog liječnika, prvog i jedinog začasnog člana Udrženja jugoslavenskih psihijatara, oprostio se iscrpnim govorom prof. Lopašić, predstojnik Neurološko-psihijatričke klinike. U ime Državne bolnice za živčane i duševne bolesti u Vrapču govorio je šef odjela dr. Desider Julijus (1895. – 1953.), a u ime suradnika koji su s pokojnim Žirovčićem radili oprostno je slovo izrekao Župić. Umjesto vijenca na odar



Žirovčićeva grobnica na Oranicama

pokojnog ravnatelja Zavoda poklonili su liječnici, namještenici i bolničko pomoćno osoblje Zavoda u Vrapču 700 dinara Društvu za socijalnu pomoć duševnim i živčanim bolesnicima u Vrapču.

Žirovčićevu smrt komemorirao je dr. Lopašić na sastanku Hrvatskog neuro-psihijatrijskog društva 18. siječnja 1939. Posvjedočio je iskrenu oduševljenost psihijatrim Žirovčićevu za koga je ona bila "među medicinskim disciplinama, poput astronomije među znanostima, poput orgulja među instrumentima".

Iza Žirovčića ostalo je 39 članaka u LV-u, niz izvješća o godišnjem poslovanju Zavoda te prikaza članaka iz literature. Stručnim i znanstvenim radovima postavio je temelje hrvatske psihijatrijske terminologije, a razdoblju dijagnostičkih kategorija u psihijatriji uskladio je s tada aktualnim i opće prihvaćenim nosološkim sustavom profesora kliničke psihijatrije na sveučilištu u Münchenu Emila Kraepelinu (1856. – 1926.).

Uspomena na njegov predan rad, visok stupanj stručnosti, privrženost bolnici i poštenje, ostavila je duboki trag na liječnike koji su u bolnicu dolazili nakon Žirovčićeva umirovljenja.

Vodio je Zavod u Stenjevcu 1894. – 1896. i ponovno 1901. – 1919., no ne samo duljinom rada nego, još važnije, svojim doprinosom u različitim područjima struke, Žirovčić je opravdano zauzeo najznačajnije mjesto u prvim desetljećima hrvatske psihijatrije.

.....



# Miris baruta<sup>1</sup>

Prof. dr. Milivoj Boranić

• Mučna atmosfera u gradu i na poslu, odbojnost prema bježanju u skloništa, bespomoćno praćenje ratnih zbivanja, gruvanje topova nadomak Zagreba, a ponajviše želja da pridonesem obrani domovine stvarnim angažmanom u ratu (a ne "istraživanjem za potrebe obrane" i traženjem potpore u inozemstvu za hrvatsku stvar putem korespondencije s uglednim znanstvenicima u inozemstvu, kao što su činili drugi ugledni kolege) doveli su do odluke da se prijavim u Hrvatsku vojsku kao dragovoljac. Razmišljao sam otprike ovako: ovdje u Zagrebu nisam od velike koristi, a vojsci mogu više pridonijeti kao liječnik na terenu. Nisam osjećao strah, naprotiv, želio sam biti na bojnom polju. Ne isključujem mogućnost da je u toj želji bilo i avanturizma. Osnovni je motiv ipak bio patriotizam, ali ne nacionalističko hrvatstvo koje je tih dana bilo u modi nego hrvatstvo po uzoru na Kovačića, Krležu, Matoša, Cesara i njihove istomišljenike....

Namjera da se prijavim u vojsku bivala je sve jačom, osobito kad je kolovozu 1991. počela bitka za Vukovar i kad se počelo govoriti o potrebi pomoći njegovim braniteljima. Bilo je pojedinaca koji su pokušavali provući se kroz blokadu oko Vukovara i pridružiti se braniteljima. To su učinila i dvojica Vukovarača, majstora zlatnih ruku iz institutske radionice s kojima sam inače u mirnodopskim danima "haklao" mali nogomet na institutskom igralištu. Bez velikih riječi i najave otišli su sredinom rujna put Vukovara. Nažalost, nikad se nisu vratili – zameo im se trag u slavonskim poljima ili negdje u logorima. Nisam bio tako ne-promišljeno hrabar niti emocionalno motiviran kao ta dvojica Vukovarača da bih kao pojedinač odlutao ravno u ratni vrtlog. Ali sam se prijavio u redovne postrojbe Hrvatske vojske koje su se tog ljeta počele formirati.

Raspitam se komu i gdje se trebam javiti, i kažu mi da se sa svojom vojnom knjižicom javim u vojni odsjek općine kojoj pripa-

dam. Nađem među dokumentima svoju već skoro zaboravljenu vojnu knjižicu u kojoj stoji da sam 1960/1961. završio Školu za aktivne i rezervne sanitetske oficire (ŠARSO) pri Vojnomedicinskoj akademiji (VMA) u Beogradu a zatim šest mjeseci bio garnizonski liječnik u Tuzli te da imam čin sanitetskog časnika. S tim se dokumentom javim vojnom odsjeku u Remetincu, nadležnom za Novi Zagreb.

- Želim se javiti u Hrvatsku vojsku.

- U redu, što ste po zanimanju. Koji vam je VES (vojna specijalnost).

- Liječnik sam, sanitetski časnik.

- Izvrsno, upravo trebamo liječnike.

- Bit ćete raspoređeni u 102. Zagrebačku brigadu kojoj pripadate po mjestu stanovanja. Bit ćete načelnik saniteta druge satnije prve bojne. Očekujte daljnje obavijesti.

Tijekom slijedeća dva-tri tjedna povremeno su nas okupljali u dvorani remetinečkoga kina i držali informativna predavanja o vojnopolitičkoj situaciji i mogućim zadacima Hrvatske vojske. A časnički se kadar bojne (zapovjednici satnija, stožera, izviđačke i prateće postrojbe i dakako saniteta) neformalno sastajao i družio u lokalnim kafićima. Tako sam bolje upoznao svoje buduće "ratne drugove" – bili su to srednjoškolski profesori, inženjeri, trgovci, rukovodioци u poduzećima i dr. Zapovjednik bojne je **Boris Čar**<sup>2</sup>. Dva-tri puta odvezosmo se službenim kolima do Kupe kako bismo provirujući iza ruševina bivšeg pogona Jamničke kiselice, skrivajući se od snajpera, promatrati što na suprotnoj obali radi neprijatelj.

Krajem studenoga konačno stigne službeni poziv da se javim u Remetinec radi preuzimanja opreme. U remetinečkoj kinodvorani formiraju se redovi časnika i vojnika u tišini prožetoj napetošću i uzbudnjem. Na improviziranim stolovima i u kutijama ispod njih bile su složene uniforme, prsluci, cipele, opasači, naprtnjače, šljemovi... koje smo od intendantata preuzimali uz potpis. Dobijem i svoje osobno oružje, pištolj. Sad sam dakle hrvatski vojnik.

Rečeno nam je da se kod kuće presvučemo, uzmemu najpotrebnije stvari i uvečer vratimo u Remetinec. Supruga se prenerazi

kad ugleda vojnu opremu koju sam donio u torbi.

- Što će ti to?

- Pa vidiš. Idem u rat.

- Ti si poludio. Kakav rat?

- Rat. Ne želim sjediti u zapećku kao baba i čekati da mi bomba padne na glavu. Radije idem među vojниke koji se bore, mogu pomoći kao liječnik.

- A ja?

- Ti ćeš lijepo čekati da se vratim.

Liječnici ne idu u juriše i ne pogibaju. Smiri se.

Uzalud uvjerenje i umirivanje. Strepnja se riječima nije dala otjerati.

Povečeram, složim osobne stvari, obučem uniformu. Kratak oproštaj i odlazak u mračnu zagrebačku noć.

Vojnički je život počeo u punom smislu tvrd - tu sam noć prespavao na tvrdom podu remetinečke kino dvorane, na pozornici s drugim časnicima ("obična" vojska bila je u gledalištu) – bez udobnosti civilne postelje, jastuka i pokrivača.

•

Sutradan nas vojnim autobusima otpremi u Kerestinec, u dvorac u kojem su početkom drugog svjetskog rata bili zatočeni komunisti i drugi protivnici ustaškog režima (ali se njihov pokušaj bijega izjalovio te su bili pohvatani po okolnim poljima i šumarcima). Dvorac je kasnije služio za smještaj jedinica JNA za protuzračnu raketnu obranu. Ondje sam dijelio smještaj s drugim časnicima svog ranga – dakako i nadalje na podu, ali sad već u vlastitoj vreći za spavanje koju sam u međuvremenu uspio pribaviti. Jedne večeri, kad smo već pozasiali, probudi nas jedan od časnika u poprilično "veselom" stanju premećući ručnu bombu "kašikaru" iz ruke u ruku i bacajući je u zrak.

- Hajde ratnici, budite se! Treba vam malo večernje rekreacije! Dodrite na partiju rukomet! Ne budite tatkice, samo hrabro!

- Jesi li lud, ubit ćeš sebe i nas s tom bombom, smiri se!

- Nema frke, gle kako mi dobro ide!

- Vidimo, vidimo, ali pusti nas da spavamo, a i ti se smiri.

- Baš ste mi vi neki pederi, sram vas bilo. Ni pićem ne nudite.

- Hajde sjedni, popij nešto, ima domaće brlje.

- Daj brlj, a ja odoh u stožer, neka vam zapovijede buđenje!

Na svu sreću ondje ga smiriše, inače nije mnogo nedostajalo da nas ujutro struž sa zidova.

Sljedećih smo dana popunjavalici i ustrojavali jedinice, preuzimali opremu, obavljali tekuće poslove... Sanitetski vod dobije

1 Odlomak iz autobiografije koja je dostupna na internetskoj adresi <http://webograd.tportal.hr/mboranic/>

2 Poginuo na Kupi 13. prosinca 1991.

transportni kombi preuzet od neke građevinske tvrtke a putem veza s glavnim sanitetskim stožerom uspijemo iz kontingenta inozemne pomoći pribaviti i sanitetska kola s opremom, doduše za civilnu namjenu, ali smo se i njima mogli podići pred drugim sanitetskim postrojbama naše bojne.

Jedna od zadaća bila je i pregledavati unovačene rezerviste te odvajati one koji nisu sposobni za aktivnu vojnu službu. Nezahvalan posao kad se pretpostavlja da će brigada uskoro na front. Tako je u ambulanti bilo stvarnih bolesnika ali i simulanata, preporuka, intervencija "sa strane", pa i pokušaja podmićivanja.

Trebalo je i popuniti zalihi lijekova i sanitetskog materijala. Dobijem nalog da to preuzmem u središnjem skladištu na Ksaveru. Ono se nalazio u sklopu novoizgrađenih zgrada dio kojih je pripadalo naftnoj tvrtki INA (danas je ondje Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi). Posred hladne betonske hale veličine nekoliko teniskih terena i uza zidove bili su poredani žičani boksovi sa svim mogućim lijekovima dobivenim putem donacije iz inozemstva – neki uredno složeni i razvrstani u izvornim pakiranjima, a neki načetili ili zastareli, nabacani zbrda-zdola u obliku medicinskog otpada (očigledno prikupljeni u dobrotvornim akcijama u kojima su se dobromanjerni građani rješavali svojih kućnih apoteka). (Poslije je sanitetska služba uložila povelik napor da se iz tako prikupljenih lijekova izdvoje upotrebljivi, a neupotrebljivi propisno uklone, dakako uz odgovarajući trošak. Toliko o naličju humanitarnih akcija za pomoći ugroženoj Hrvatskoj.)

Među uredno pakiranim i složenim lijekovima bilo je i opijatnih sredstava za ublažavanje bola u ranjenika i operiranih osoba. Među narkomanima ti bi lijekovi dakako imali dobru prođu, a moglo ih se uzeti po volji, praktički bez kontrole. Moji su bolničari, dakako za šalu, predlagali da kolica u koja smo stavljali potrebne lijekove napunimo opijatima, s obrazloženjem da moramo biti spremni pružiti pomoći i civilnom pučanstvu u slučaju velikih ratnih razaranja....

Poslije desetak dana provedenih u Kerestincu cijela brigada položi svečanu prizagu na vojnem poligonu u Samoboru, a uskoro zatim stigne naredba za odlazak na front. A čim se počelo šuškati da ćemo uskoro na front, uvelike se povećao prijeljev u ambulantu. U zadnji čas prije polaska nudilo se i po sto do dvjesto maraka za poštedu (pristojna svota za ono vrijeme).

•

Kolona autobusa i kamiona s vojskom i opremom kreće ujutro iz Kerestinca lokalnom cestom do autoceste, autocestom do

Zagreba, pa Savskom cestom do Jadranskoga mosta te Velikogoričkom cestom kroz Veliku Goricu prema Sisku. Usput su majke, sestre, supruge i devojke mahanjem i zabrinutim pogledima ispraćale svoje najmilije na front... bez euforije, tek s po kojom suzom. Mene supruga zaskoči dok je kolona stajala i s dopuštenjem pretpostavljenoga odvuc će me u obližnju banku kako bih potpisao punomoć za raspolaganje plaćom na tekućem računu – ako nedajbože zaglavim na fronti...

Postojala je opasnost da neprijatelj otvoriti paljbu na kolonu kad stignemo nadomak bojišnice ali to se začudo nije dogodilo. Ili pokret tako velike vojne formacije doista nije privukao pozornost, ili se smatrao neopasnim manevrom, ili su nas puštali što bliže k sebi kako bi odgođeno granatiranje bilo što djelotvorne? U svakom slučaju, za vrijeme dok smo prolazili kroz Veliku Goricu pala je na periferiji tek po koja granata, a zatim je u Leke-niku kolona stala na otvorenoj cesti čekajući da padne mrak. Pod okriljem noći prođemo kroz Sisak da bismo se konačno rasporedili po selima duž Save. Našu bojnu zapadne raspored u selu Prelašćici, a sanitetski vod dobije zgradu bivše škole. Tu se po mraku smjestimo i organiziramo. Druge dvije bojne smjestiće se u selima Gušće i Kratečko.

Sljedećih nekoliko dana prođu u iščekivanju odlaska na "pravi" front jer je bilo jasno da je sadašnja pozicija zapravo pripremni položaj. Šuškalo se da će nas poslati preko Kupe prema Glini, ali pouzdanih informacija na mojoj zapovjednoj razini nije bilo. Sljedećih nekoliko dana prođe u rutinskim poslovima ambulantnih pregleda, uvježbavanja bolničara, popune materijala i obilaska okolnog terena. Duž Save bilo je usidreno nekoliko šlepova koji su se činili prikladnima za prihvatanje i smještaj ranjenika, pa je protuobavještajna služba proširila tu (dez)informaciju ne bi li neprijatelj povjerovao da brigada namjerava zadržati položaj duž Save ili, možda, napasti iz tog pravca. Moj dotadašnji zamjenik bude iznenada povučen a dodijele mi novoga, pametnog i prijaznog mladog liječnika, dr. **Zdravka Petanjka**, koji je inače bio asistent na Zavodu za anatomiju Medicinskog fakulteta. Do kraja zajedničkog rada dobro smo se slagali.

Kad smo već i sami počeli vjerovati u "patku" koju je širila protuobavještajna služba, stigne konačno zapovijed za pokret, dakako usred noći. Uvečer su zapovjednici satnija pozvani u stožer gdje dobiše svoje rasporede i zadatke, a ja oko ponoći dobijem zapovijed da se sanitetski vod svrsta na začelju satnije. Pod okriljem noći brigada napusti Prelašćicu, Gušće i Kratečko i cestom duž Kupe rasporedi se između sela Farkašića i Pokupskoga. Noć je bila izuzetno hladna, vjerojatno oko petnaest

stupnjeva ispod ništice tako da sam se doslovce smrzavao u kabini našeg sanitetskog vozila. Za prijelaz preko Kupe i prodor na neprijateljski teritorij bila je izabran riječni zavoj kod sela Šišinovca. Naša obala Kupe bila je strma, s vikendicama i seoskim kućama na padini te duž ceste koja je išla po hrptu. Na drugoj (neprijateljskoj) strani bilo je ravno polje široko oko kilometar, na kraju kojega se zemljiste blago uzdižalo. Ondje se naziralo selo Stankovac, a u daljinu gusta šuma. Ondje je neprijatelj.

Kad stigosmo na odredište već se s druge obale čulo puškaranje. Kako smo poslije doznali, to su se izviđačke i diverzantske jedinice sastavljene od iskusnih ratnika i pridane našoj brigadi prešle preko Kupe i uništile isturenu neprijateljsku posadu smještenu u usamljenu štaglju nasred polja. Tako je stvoren mostobran koji omogućuje prebacivanje naših postrojbi na drugu obalu.

Za to je vrijeme naša kolona stajala na cesti čekajući zapovijed za daljnji pokret, ali zapovijed nikako da stigne. Čekanje se odužilo znatno preko zadanoga roka za forsiranje Kupe ali niotkud informacija što se čeka. Potaknut znatiželjom otputim se s jednim bolničarom pokrajnjom cestom kroz šumu u smjeru Kupe nadajući se da ćemo izbiti na cistinu s koje bi se vidjelo što se zbiva na drugoj obali. Šuma miruje, kroz krošnje se probijaju prve sunčane zrake, s druge obale čuje se puškaranje i gruvanje mina, a nas dvojica stupamo cestom kao da smo na šetnji a ne u neposrednoj blizini fronta... Stignemo do cistine na kojoj ukopana stoji povelika haubica a oko nje sjede i puše topnici. Gledaju nas nepovjerljivo, kao da smo špijuni (što smo doista i mogli biti).

- Dobar dan, mi smo iz saniteta. Izviđamo teren radi eventualnog smještaja sanitetske stanice.

- A, tako. Iz koje ste brigade?

- Iz .... (promrmljam nešto nerazumljivo – nikad dovoljno opreza). Upravo smo stigli. A vi se odmarate? Štedite streljivo?

- Sad je stanka. Rokali smo noćas i jutros, do nedavno.

- Pa zar naslijepo? Odavle se ne vidi na drugu stranu?

- Eh, imamo mi svoje koordinate! No sjedite, popušite s nama.

- Hvala, moramo se vratiti. Dobra vam zabava, momci!

Užurbano se vratimo do kolone ali ona još miruje. Čekanje.

Konačno pokret, ali ne za dugo. Za smještaj saniteta odredilo nam poveću seosku kuću s gospodarskim zgradama nedaleko od ceste. Šoferi uvezu kombi i sanitetsko vozilo u dvorište a moj pomoćnik dr. Zdravko Petanjek i bolničari počnu iznositi opremu i uređivati prostorije za prihvat ranjenika. Čujemo vijest

da pontoni prevoze našu prvu satniju na drugu stranu. Počelo je dakle forsiranje Kupe, ali s desetim zakašnjenjem – umjesto u zoru, tek oko deset sati prijepodne.

S dvojicom bolničara pođem niz brdo duž kolnoga puta koji kroz jarugu vodi prema obali. Ususret se punim gasom penje sanitetsko vozilo prve satnije. Vozač blijeđ i uplašen.

- Što je, čemu žurba?
- Vozimo ranjenika.
- Gdje je ranjen? Kako? Treba li pomoci?

- U stopalo, prije ukrcavanja u ponton za prijevoz na drugu obalu. Slučajno mu je opalila vlastita puška. Naš ga je lječnik zbrinuo, sad ga vozimo u našu sanitetsku postaju.

Odjednom se prisjetim predavanja iz ratne kirurgije sa studija i ŠARSO-a, kao da se taj čas otvorio pretinac s nekoč pohraničnim pa zaboravljenim znanjem. "Ponekad vojnici u strahu od smrti ili teških ozljeda pribjegavaju samoranjanju – opale puškom u vlastito stopalo... Prislone li oružje na hrbat stopala tako da zrno prođe između kostiju tarzusa, ozljeda neće biti odveć teška ali će osigurati sanitetsko zbrinjavanje i evakuaciju umjesto izlaganja pogibelji na bojišnicu..." Odakle bi momak znao za taj vojnički "štos"? Usmenom predajom od ratnika iz drugog svjetskog rata? Ne vjerujem. Možda se ipak radi o nepažnji zbog uzbudjenja uoči okršaja?

Propustimo sanitetsko vozilo svojih kolega i nastavimo spuštaći se niz jarugu. Nandomak obale zaklonimo se iza neke napuštenе zgrade i promatramo ukrcavanje naših vojnika i vozila u pontone koji ih prevoze na drugu obalu. Neprijatelj se pritajio, tu i tamo proleti minobacački projektil iznad naših glava i eksplodira visoko gore blizu ceste. Zar neprijatelj ne vidi da je u tijeku desant? Zašto ne gađa po obali i pontonima? Vjerovatno smo u mrtvom kutu. Ili je to njihova taktika da nas puste na svoju stranu, bliže k sebi, pa onda ožeži?

Izvirujem iz kuće i duž ograda primičem se bliže obali.

- Doktore, čuvajte se – opominje me moj bolničar. Opasno je.

- Znam, znam. Ali morali bismo se prebaciti na drugu stranu. Ne možemo pustiti naše pred neprijatelja bez sanitetske zaštite.

- To će teško ići, doktore. Vidite, ovi vojni pontoni nemaju ravno dno nego žlebove za kotače a po sredini je povušeni greben. Primjereno su za vojna vozila s velikim kotačima i visokim gazom. Naše civilno sanitetsko vozilo neće se ukrcati.

- A kombi?
- Niti on.
- Onda moramo na drugu stranu bez vozila, samo s priručnim materijalom a dalje

pješice.

- Ne zamjerite, doktore, ali ja ne bih. Ondje se može poginuti.  
- Dakako, ali .... ne možemo ostati ovde dok su naši momci na onoj strani.  
- Ne mogu, ne želim izgubiti glavu. Nedavno sam se oženio i imam malo dijete. Moram se vratiti živ i zdrav svojoj obitelji.

- A što ste po zanimanju?  
- Stjuard u kolima za spavanje. Stalno u pokretu, rijetko kada kod kuće.  
- Onda supruga doista želi da bude uz nju. Hajde, vratite se u našu bazu i pošaljite drugu dvojicu koji će sa mnom na drugu stranu. Neka uzmu sanitetski materijal koji mogu ponijeti, uključivši i nosila. Požurite, dok nas još ne gađaju minama.

Uskoro se vrate dvojica hrabrijih, s materijalom i nosilima. Ukracamo se u prvi slobodan ponton i prebacimo na drugu stranu Kupe. Ondje u šikari duž obale zasjeli vojnici – i čekaju.

- Što je, što se čeka? – pitam zapovjedniku, u civilu direktora jedne velike tvrtke.

- Nismo još dobili zapovijed za daljnje nastupanje.

- Zašto? Zar specijalci nisu već jutros oslobodili put?

- Ne zna se je li polje minirano.

- Pa kako su onda specijalci došli do onog štaglja s isturenom neprijateljskom posadom i dalje, do sela?

Kroz uski koridor koji od nas vodi prema štaglju. Kao što vidite ovo je polje bilo kukuruzište, a budući da su kukuruzi posjećeni možemo pretpostaviti da nije bilo zasijano minama. Ipak treba provjeriti. Čekamo da se to učini. Osim toga izviđači moraju provjeriti nije li se neprijatelj vratio i prikrio onđe u šikari na rubu polja. Strpite se, doktore.

Ipak pođem do zapovjednika izviđačkog voda s kojim sam se za vrijeme priprema spratateljio, kako bih doznao ima li on više informacija. Bio je to okretan, bistar i hrabar čovjek četrdesetih godina, u civilu automehaničar i dobar sportaš. Bio je napet uoči odlaska u

nepoznato, ali odlučan. Nije mi rekao ništa više od onoga što sam već znao.

Konačno se u ranim poslijepodnevnim satima izviđači vrati i potvrde da neprijatelja nema u obližnjoj šumi niti u selu Stankovcu. Ondje je već raspoređeno nekoliko naših tenkova koji su prebačeni preko Kupe uzvodno od nas.

Padne zapovijed za pokret i vojska u koloni po jedan krene preko kukuruzišta, povred štaglja u kojоj je bila isturenata neprijateljska posada i dalje oko jedan kilometar sve do gornjeg kraja polja gdje je počinjala šikara i rijetka šumica. Ondje se teren uzdizao i tako činio prirodan zaklon od izravne topovske paljbe s onu stranu padine. Nastavljamo dalje po rubu polja, paralelno s Kupom, zaklonjeni spomenutom padinom. Sad nas je neprijatelj počeo gađati minobacačima, ali neprecizno tako da su mine letjele iznad naših glava i rasprskavale se u kukuruzištu daleko od naše kolone.

U sumrak koji se tog hladnog prosinčnog dana počeo hvatati već oko četiri sata popodne, stignemo u napušteno selo Stankovac. Produžimo cestom koja se dalje penjala kroz šumu i otprikljike kilometar nakon sela činila oštar zavoj. Ondje padne zapovijed da se zaustavimo.

- Što je? Zašto smo stali?

- Izviđači javljaju da su u šumi, dalje uz cestu, ukopani neprijateljski tenkovi. Cestom se ne može dalje.

- I?

- Moralo bi se popreko kroz šumu. Ali to sada nije moguće, hvata se mrak.

Nakon kraćeg čekanja i neizvjesnosti siže naredba da se povučemo i vratimo u Stankovac. Ondje čemo prenoći, a sutra ideoemo dalje.

Vraćamo se u selo u potpunoj pomrčini. Mjeseca nema, baterije se ne smiju upotrebljavati. U gužvi izgubim kontakt sa svojom jedinicom i bolničarima pa budući da se vojska već rasporedila po kućama a vani ostale samo straže, nije bilo druge nego da se u mraku uvučem u prvu kuću na koju nađoh. Ondje prespa-



vam među neznancima.

Čim se razdano započne minobacačka i topovska paljba. Prostruji glas da neprijateljski tenkovi nadiru cestom kojom smo sinoć pošli pa se vratili, te da su neprijateljski diverzanti zaskočili i pobili jednu od naših ten-skovskih posada. Uspijem naći svoju jedinicu i bolničare te organiziramo sanitetski punkt u jednoj od seoskih kuća.

Neprijateljska minobacačka paljba postaje sve točnija, mine počinju padati po selu. U sanitetski punkt dolazi zadihani teklič po hitnu pomoć za ranjenika. S jednim bolničarom polazim za tekličem držeći se jaraka i ograda. Na sreću mine lete iznad nas, nismo izravno ugroženi. Za nekoliko minuta stižemo do ranjenika ali je on nažalost već mrtav. Khotina od mine pogodila ga je u natkoljenicu i prerezala bedrenu arteriju tako da je iskravrio unatoč povesci koju mu staviše kao prvu pomoć. Bio je zapovjednik voda i netom prije ranjavanja raspoređivao je svoje vojnike po zaklonima, zaboravivši pritom i na vlastitu sigurnost. Odredim da pokojnika stave u zaklon, registriram osobne podatke i vrijeme smrti te se vratim istim putem do svojih.

Minobacačka paljba prestaje ali se iz pravca kojim smo sinoć pošli pa se vratili čuje puškaranje. Prostruji glas da neprijatelj nadire prema selu. Doista, vojnici koji su branili taj pravac počinju se povlačiti i puškaranje je sve bliže. Zavlada strah i panika, i vojnici koji su još ostali u selu počnu se najprije jedan po jedan a zatim u sve većem broju povlačiti preko polja natrag do Kupe. Moji bolničari i ja ostadosmo među posljednjima.

U tim časovima mozak radi grozničavo ali još racionalno. Što da radim? Ne valja ostati u selu kad više nema obrane, ne valja bježati preko polja prema Kupi kao zec pred lovcima – kako god okreneš, glava je u torbi. Odluku olakšaju moji bolničari.

- Doktore, idemo odavle. Vidite da svi drugi odoše.

- Kamo?

- Prema Kupi, doktore. Ondje je sigurnije. Valjda će pontonima doći po nas i prebaciti nas na našu stranu rijeke.

Poslušam, te se duž jarka i živice što su od sela išli ravno preko polja do Kupe pružem do obale. Sad smo otprilike dva kilometra nizvodno od mjesta na kojem smo jučer prešli rijeku. Obala je strma, obrasla šibljem, i pruža kakav-takav zaklon od puščane vatre. Ali tuku minobacači, mine padaju po polju, u rijeku i na drugu obalu. U takvim uvjetima nema šanse da pontoni dođu do nas kako bi nas prebacili na drugu stranu. Neki se vojnici provlače duž obale prema mjestu jučerašnjeg prelaska, ali to ide sporo jer je obala strma i skliska. Drugi se odlučuju, onako odjeveni, zaplivati ledenom Kupom koja je na tom mjestu široka 20 – 30 metara, pa što bude. Na drugoj obali, dok pužu uzbrdo, laka su meta za odstrijel. Neprijatelj već otvara vatru po plivačima i sve je bliže selu koje smo napustili.

Što sad? Premda sam dobar plivač i premda sam zimi nekoliko puta preplivavao Savu, ne ide mi se u ledenu Kupu pa da me neprijatelj gada kao divlju patku. A pridružiti se ostalima koji se duž strme obale vuku užvodno riskantno je jer to ide tako sporo da će neprijatelj za čas izbiti na obalu i posmiciti nas iz neposredne blizine. Moji se bolničari ipak odlučuju za tu mogućnost i zovu me da pođem za njima. Ali odlučujem nešto drugo. Vratit ću se u selo! Ta ja sam lječnik! Ostat ću uz vojnika koji je jutros poginuo i kad neprijatelj uđe u selo predat ću se i tražiti da sa mnom postupaju u skladu s ratnim propisima! (Nisam ni pomislio da bi me neki pijani bradonja mogao ustrijeliti čim me ugleda.)

Rečeno – učinjeno. Istim putem kojim sam došao do Kupe otpužem natrag u selo

i sjednem u zaklon pored poginuloga kojeg ostaviše na mjestu što sam ga jutros odredio. Čekam posve miran jer sam odluku donio. Paljba i dalje traje, sada tuku po Kupi i obalama. Dobro je da nisam ostao ondjef!

Nakon desetak minuta tutanj iz pravca kojim nastupa neprijatelj. Tenkovi! Doista dotutnji tenk, ali naš! A na njemu – zapovjednik bojne, zapovjednik prve satnije i još jedan časnici.

- Što je, doktore? Što čekate ovdje? Zašto se niste povukli s ostalima? Mi smo zadnja posada koja je branila selo. Neprijatelj nadire za nama, povlačimo se. Penjite se na tenk, brzo!

- U redu, ali što ćemo s ovim pokojnikom?

- Dajte i njega gore, brzo!

Popnem se, povučemo i pokojnika, i tenk zatutnji kroz selo prema jučerašnjem mjestu prelaska preko Kupe. Preko nas leti mine, iza nas puškaranje, ali nasreću ništa po nama. Ususret dolazi drugi tenk, zaustavlja se. Tenkisti se nešto dogovaraju, ne čuje se o čemu. Ja sam na strani tenka s kojim dolazi neprijateljska paljba i strepim hoće li nešto doletjeti, a ako doleti, prvi sam na udaru... Ta minuta-dvije koliko je trajao dogovor tenkista činili su mi se kao vječnost!

Konačno tenk zapraši do mjesta evakuacije. Ondje pontoni preuzimaju vojsku i prevoze na drugu stranu a neki patroliraju duž obale i skupljaju one koji se pješice provlače šikarom pored vode. Skinemo pokojnika s tenka, položimo na nosila i predamo posadi jednog pontona da ga prevezu na drugu obalu. Prebacim se i ja na drugu obalu i požurim uzbrdo do svog saniteta da vidim što se zbiva. Moj zamjenik dr. Petanjek informira me da su neko vrijeme bili pod žestokom paljbom višecjevnih raketnih bacača (VBR) ali na sreću bez bližih pogodaka te da su zbrinuli nekoliko lakših ranjenika i promrzlih vojnika koji su preplivali Kupu. Svi su evakuirani prema Velikoj Gorici.

Odlučim s dvojicom bolničara vratiti se na obalu za slučaj da bude još ranjenih ili promrzlih. Krijemo se iza one napuštene zgrade i pratimo prebacivanje zadnjih vojnika na našu stranu. Minobacačka je paljba trenutno prestala, ali odjednom – tres! u neposrednoj blizini! Mina je eksplodirala uz samu obalu, takođe točno na mjestu na kojem pristaju pontoni. Odmah zatim uzbudjenje i strka. Pored nas projure nosila s ranjenikom.

- Stanite, vratite se! Što je? – vičemo za njima ali nas ne čuju, grabe uzbrdo. Pošljem jednog od bolničara za njima. Ne vraća se.

- Što se dogodilo? – pitam skupinu na obali.

- Ranjen je zapovjednik satnije, naš Boris Car. Mina mu raznijela nogu. Iskrvario je



## Bilješka o autoru

Autor je znanstveni savjetnik i redoviti profesor Medicinskih fakulteta u Zagrebu, Osijeku i Mostaru (u mirovini). Rođen 1936. u Zagrebu, djetinjstvo i osnovna škola u Bosanskom Brodu, gimnazija u Zagrebu, Beogradu i ponovo u Zagrebu.

Medicinski fakultet u Zagrebu (1954-60), specijalizacija pedijatrije u KBC Zagreb (1977-81). Znanstvenoistraživački rad u Institutu Ruđer Bošković (1961-2001), stručni rad u Klinici za dječje bolesti Klaićeva (1981-91).

Predstojnik Klinike za dječje bolesti i Katedre za pedijatriju Medicinskog fakulteta u Osijeku (2000-3) te Mostaru (2003-2012).

Začasni član Hrvatskoga Lječničkog zbora. Dobitnik brojnih nagrada i priznanja, uključivši Orden rada sa zlatnim vijencem (1987), Red Danice hrvatske s likom Ruđera Boškovića (1998), Republičku nagradu za životno djelo (2005) i dr. Nositelj Spomenice Domovinskog rata.

takoreći na licu mjesta.

- Je li mu stavljena poveska, zavoj?

- Da, učinili su nešto, i odmah pojurili u sanitet.

- Zašto me niste zvali?

- Nismo znali da ste ovdje.

- Kako niste, pa javio sam se čim sam stigao ovamo!

Nažalost, bio sam se javio samom Caru koji je stajao tik uz obalu i nadgledao evakuaciju. Neko sam vrijeme stajao uz njega, a zatim sam se odmaknuo kojih dvadesetak metara, u zaklon. Na svoju sreću.

Evakuacija vojnika preko Kupe završava u ranim poslijepodnevним satima. Na drugoj obali ostaju tenkovi i teže oružje, a na kukuruzištu odbačeno osobno oružje i ranci. Poraz.

Vraćam se u svoje sanitetsko mjesto, čekamo daljnje naredbe. Nema ih. Vojska potihno napušta položaje i odlazi. Moramo da kličemo i mi.

Svojim dvama vozilima uključujemo se u kolonu i cestom kojom smo jučer stigli vozimo natrag, prema Brestu na cesti za Veliku Goricu. Prestižemo vojnike koji idu pješice, baš kao razbijena vojska. Uzimamo k sebi koliko možemo. Usput stiže nalog neka šoferi odvezu vozila u velikogoričku vojarnu a mi smijemo kućama na odmor, čekati daljnje zapovijedi.

Stignem doma predvečer, sav promrzao, i legnem u vruću kupelj. Nisam mogao vjerovati da sam još prije nekoliko sati gledao smrti u oči i razmišljao o tome hoću li zaplivati preko ledene Kupe kao laka meta neprijateljskim strijelcima ili čekati u šiblju da me ustrijele iz blizine. Iz perspektive tople kupelji sve je to izgledalo nestvarno poput sna. A pravi strah osjetio sam tek te noći kad sam polubudan, u košmaru, ponovo proživljavao događaje protekloga dana, stenjao i bulaznio.

Nakon dva dana pozovu me u velikogoričku mrtvačnicu radi identifikacije poginulih. Pokojnik kojem na neki način mogu zahvaliti što sam izvukao živu glavu pogrešno je identificiran jer pri sebi nije imao nikakvih dokumenata. U džepu je nađen samo jedan papiric na kojem je pisalo ime jednog od pripadnika njegova voda, koji je ustvari bio živ i zdrav! Radilo se naime o tome da sam pokojniku, kao zapovjedniku voda, napisao ime vojnika kojem sam odobrio bolovanje.

Zamjenik zapovjednika bataljuna (koji je preuzeo zapovjedništvo nakon pogibije B. Cara) sazove časnike bataljuna na sastanak na kojem se raspravljalo o razlozima neuspjeha. Pronosile su se glasine da je neuspjehu ofanzive možda kumovala i "peta kolona"! Naša je ocjena bila da je naš bataljun obavio postavljeni zadatak, ali je cijela akcija zatajila jer drugi dijelovi brigade nisu na vrijeme prešli

preko Kupe. Također je ocijenjeno da ljudstvo nije bilo dovoljno uvježbano jer je vrijeme za pripremu mobiliziranih rezervista bilo prekratko.

Naknadno je svaki časnik trebao za protuobavještajnu službu dati pisani izjavu u kojoj se analiziralo razloge neuspjeha. Imao sam i razgovor "u četiri oka" s načelnikom bataljunskega stožera. Ponovio sam gledište da ljudstvo nije bilo dovoljno spremno za postavljeni zadatak. Ne isključujem mogućnost da je razlog za taj obavjesni razgovor možda bila sumnja u moju lojalnost?

•

Nakon nekoliko dana kućnoga odmora stigne naredba da se brigada ponovo okupi, ovaj puta u vojarni na Černomeru koju je jugovojska upravo napustila. Ondje moj sanitet dobije na raspolaganje napuštenu ambulantu u kojoj je ostao samo najnužniji namještaj i jednu pomoćnu prostiriju za smještaj osoblja. U svakom slučaju znatno bolje nego u Kerestincu ili Prelošćici! Ondje sam imao pune ruke posla sa svakovrsnim zdravstvenim problemima pripadnika svoje postrojbe – od banalnih prehlada, lumbaga i pogoršanja postojećih kroničnih bolesti do akutnih stanja tjeskobe (anksioznosti) koja su očigledno bila posljedica straha pretrpljenog na Kupi. Zapravo sam se tada suočio s tzv. posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP) o kojem se poslije uvelike pisalo u stručnoj literaturi a u ono je doba još bio nedovoljno poznat.

Tijekom nekoliko tjedana provedenih na Černomeru brigada se intenzivno uvježbavala i ospozobljavala. U podsusedskom kamenolomu i na streljani uvježbavalo se rukovanje oružjem i pješačilo na Sljeme radi stjecanja fizičke kondicije. Brigadi su pridodani strani plaćenici koji su ljudstvo obučavali vojnim vještinama – maskiranju, prikrivanju, prikradanju, nastupanju, odstupanju, borilačkim vještinama i sl. Sjećam se da je među njima bio

i jedan potomak naših iseljenika koji je završio vojnu obuku u američkom Westpointu.

U vojarni na Černomeru dočekali smo Božić i Novu godinu 1992. Na Badnjak je moj zamjenik dr. Petanjek od kuće dobio povećeg šarana pečenog u pećnici a jedan od bolničara s kulinarским sklonostima pripremio je izvrsnu paštetu od sardina! Doživjeli smo i međunarodno priznanje Hrvatske 15. siječnja 1992. Tog su nas dana svečano postrojili u dvorištu Vojarne, svirana je himna i održan prigodan govor.

Poslije Černomerca prekomandiralo nas najprije u Božjakovinu (selo istočno od Zagreba, nedaleko od Dugog Sela), gdje proveđosmo nekoliko dana pod šatorima, a zatim u Čazmu, gradići udaljen šezdesetak kilometara od Zagreba. Za smještaj saniteta određen je čazmanski Dom zdravlja tako da sam na raspolaganju imao lijepu i dobro opremljenu ambulantu. Osim rada u ambulanti zadatak mi je bio obilaziti postrojbe smještene u Čazmi i oko nje, primjerice i u nekom mlinu koji je trenutno bio izvan funkcije. Na tim je obilascima trebalo kontrolirati higijensko-epidemiološke uvjete radi prevencije zaraznih bolesti. U sjećanju su mi se kao nekim čudom obnovila znanja iz epidemiologije stečena prije tridesetak godina na studiju i u ŠARSO-u i zatim pohranjena negdje u zakuticima pamćenja... Očigledno se pamćenje mobilizira u posebnim uvjetima, onda kad je potrebno. Do tada miruje u kondenziranu obliku ("zipovano", kako bi se reklo suvremenim kompjutorskim žargonom).

U Čazmi dočekam i proljeće 1992. Budući da me život u pozadini baš i nije ispunjavao "ratničkim ponosom" zamolim za otpust iz vojske, što mi bi odobreno krajem travnja 1992. Propustio sam, nažalost, odlazak svoje postrojbe na dubrovačko ratište u ljeti 1992. Ondje je sanitetom druge satnije zapovijedao moj zamjenik i nasljednik, dr. Zdravko Petanjek.

.....

Autor  
Milivoj Boranić  
sa suprugom  
i kćerkom



# Borka Cafuk

## Pismo iz džungle bivše novinarke „Liječničkih novina“

• Kako se bliži kraju moja godina dana neplaćenog dopusta sve mi je jasnije da se u Hrvatsku liječničku komoru nažalost neću moći vratiti. Ne zato što ne bih željela, već stoga što moj zadatak u Peru s plemenom Matses još uvijek nije dovršen. Šteta bi bilo posao ostaviti napola dovršen jer onda čitava ova godina ne bi imala smisla, kako za Matsese tako ni za mene. Ovdje sam potrebnija nego u Komori, a koliko sam uspjela pratiti i informirati, moja nasljednica Andreja Šantek savršeno obavlja moj posao. Štoviše, u Liječničke novine i rad u Komori unijela je svežežinu i novu potrebnu pokretačku energiju. Stoga smatram da je najbolje za sve da svoje radno mjesto prepustim njoj. Sasvim sam sigurna da ste i vi uvidjeli isto. Žao mi je sto se ne mogu vratiti u Komoru.

Život u džungli nije lak i svaki je dan novi izazov - od samoga rada s Matsesima, koji žive i razmišljaju na potpuno drugačiji i nama stran način, do preživljavanja u ovim uvjetima. Džungla je magično i očaravajuće mjesto, ali je isto toliko i opasna. Ovdje vas život prisili da ga živite u trenutku, u kojem ne postoji prošlost ni budućnost. Nikada ne možete biti sigurni što će se zbiti sutra. Sutra možete postati žrtvom malarije ili ugriza zmije otrovnice. Život vas prisili da izađete iz svoje sigurne zone - jer joj ovdje nema mjesta. S jedne strane, to je teret i ponekad mislite da ćete izludjeti, a s druge strane je potpuno oslobađajuće. Između vas i života nema više prepreka - stvari, stavova, programa, okruženja na koje smo navikli. Postojite samo vi i život. Prisiljeni ste ga živjeti bez isprika i bez žalbi, plešući sa suprotnostima.

Šteta bi bilo da znanje i tradicije koje posjeduju Matsesi budu zauvijek izgubljeni. Trenutačno, u Peru, Brazilu i Kolumbiji preostalo je manje od 2500 Matsesa, od kojih pak manje od polovice živi na tradicionalan način. Preostali se Matsesi pod utjecajem Zapada, koji je sve intenzivniji u Amazoniji, srame svog porijekla, odbacuju tradicije, a postoji i struja među političarima koja nastoji iskorijeniti preostala pleme. Zašto? Zato što smetaju "razvoju" Perua - jer "okupiraju" područja bogata sirovinama kojih se nastoje dočepati strane kompanije. Scenarij vam je sigurno poznat.

Gledajući sveukupno znanje Matsesa, već je dio koji se tiče tradicionalnog načina liječenja poput enciklopedije. Svo to znanje nije nigdje zapisano i umire skupa s preostalim curanderoima (osobe koje su obučene da liječe). Njih je

me "spakirali" za Hrvatsku skupa s "lijekovima" koje su spremili za njeno liječenje. Pregled i histologija su ponovljeni nakon 38 dana od prve dijagnoze i rezultat nas je sve obradovao - od karcinoma nije bilo trag!

Do tog trenutka još uvijek sam bila pri tome da se 1. rujna vraćam na posao u Komoru. No taj je trenutak bio presudan i shvatila sam da vrijedi svake neugodnosti, svake kapi znoja, svakog ugriza komarca, svakog žulja - očuvati znanje Matsesa i omogućiti im da žive na tradicionalan način. U svijetu u kojem je sve više bolesti, straha i očaja - bitno je imati i očuvati što više tradicionalnih znanja i postignuća. Izbrisemo li to - što će nam preostati? Moderan / civiliziran svijet riješen svake različitosti, mogućnosti i čuda.

Oprostite što sam se raspisala. Želite li sam vam približiti što me je navelo na ovu odluku, a ne bih vam željela dosađivati. No, kako vrlo rijetko dolazim u Iquitos gdje imam pristup Internetu, morala sam sve strpati u jedan e-mail. Želite li, rado ću vam ispričati više o tome na čemu radim i kako izgleda projekt "Abiteri Matses" kada se vratim nakratko u Hrvatsku, negde u studenom ove godine.

Hvala vam na svemu i hvala vam na prilici koju ste mi pružili. Raditi 12 godina u Komori uz najbolje šefove na svijetu - prim. Miniga, prim. Čepulića, prof. Poljaka i Nikolinu Budić - bilo mi je zadovoljstvo.

Želim Vama i Komori uspješan daljnji rast i razvoj na korist svim liječnicima, čitavom zdravstvenom sustavu i pacijentima.

S ljubavlju iz džungle,  
**Borka Cafuk**

P. S. U privitku šaljem dvije fotografije. Jedna je s mojim prijateljem Achuom - bijelim majmunom, a druga je s najmlađim preostalim Matses curanderoom Angulom, i žabom - žabom čiji otrov koriste u liječenju.



preostalo možda sve zajedno desetak, najmlađi ima 41 a najstariji 98 godina. Na svoje sam oči svjedočila kako malariju liječe u 48 sati koristeći otrov žabe; karcinom za mjesec dana koristeći se otrovima zmija; ugriz jedne od najotrovnijih zmija u Amazoniji - jergona - u svega par sati... Žao mi je što vam se nisam stigla javiti kada sam nakratko bila u Hrvatskoj u ožujku, a po radi hitne situacije u obitelji. Naime, sestri od moje majke dijagnosticiran je karcinom u podomaklom stadiju i preporučena joj operacija i zračenje. Kako je ona izrazila želju da dok čeka na operaciju proba i tradicionalnu medicinu koju koriste Matsesi, a zahvaljujući donaciji predstavnika amazonских plemena, Matsesi su



Borka i Achu

# Prim. Radoslav Škarica, radiolog i hokejaš na travi

Eduard Hemar

• **Radoslav Škarica** rođen je 14. 10. 1925. u Šibeniku. Potječe iz ugledne šibenske obitelji koja se u tri generacije bavila vinogradarstvom i vinarstvom. Njegovi roditelji Slavomir i Zorka, rođ. Kalik, također su bili rodom iz Šibenika. Prezime Škarica potjeće s otoka Zlarina a prvi Škarica se doselio u Šibenik poslije 1600. godine. Tradiciju bavljenja vinogradarstvom i vinarstvom započeo je njegov djed **Domenik - Dume Škarica** otvaranjem obiteljske vinarije 1870. u Šibeniku a nastavili su njegov otac i stric Dragoslav nakon smrti djeda 1911. Dali su obiteljskoj vinariji naziv Vinara braće Škarica, pok. Dume. Braća su nakon I. svjetskog rata proširili posao u novoj državi Kraljevine SHS/Jugoslaviji ali i u inozemstvu. Imali su vinarske podružnice u Zagrebu, Vukovaru, Ljubljani, Mariboru, Beogradu i Vašnavi. Njihova vina su dobila brojne nagrade i priznanja na prestižnim vinarskim izložbama i sajmovima u zemlji i inozemstvu. U Zagrebu su braća Škarica imala tri trgovine na elitnim lokacijama u središtu grada – dvije u Ilici i jednu u Varšavskoj ulici.

Radoslav Škarica se s obitelji dosepio u Zagreb sa šest godina (1932.) jer je njegov otac vodio podružnicu za distribuciju vina i otvorio restoran Dverce. Završio je I. realnu gimnaziju 1945. i diplomirao na Medicinskom fakultetu u Zagrebu 1954. Sa sportom se počeo baviti sa 14 godina u gimnaziji. Trenirao je hokej na travi i nogomet na mjestu vrataru. Kao subjunior učlanio se 1939. u Hrvatski športski klub Concordija u kojem je igrao hokej na travi a 1940. postao je član Hrvatskog akademskog športskog kluba (HAŠK) u kojem je igrao nogomet. U nogometu je ostao kratko (do 1942.) ali je zato hokeju na travi posvetio najbolje godine života i postigao iznimne rezultate kao sportaš, trener i sportski djelatnik.

Hokej na travi u Zagrebu ima dugu tradiciju. Počeci modernog hokeja na travi vezani su uz **Franju Bučaru** (1866-1946), kojeg s pravom nazivaju ocem hrvatskog sporta. Za-

**Ekipa Concordije**  
koja je nastupila protiv  
reprezentacije Zagreba  
15. XII. 1940. S lijeva:  
Miletić, Škarica, nepoznat,  
Füller, Tkalčić, Šplajt,  
Buco (nadimak), Büchler,  
Šubat, Wintersteiger i  
Thompson



hvaljujući njegovom radu, Zagreb postaje centar i rasadnik mnogih sportova pa tako i hokeja na travi. Nakon povratka s tečaja u Pragu Bučar 1. listopada 1894. uvrštava hokej na travi u program tečaja za učitelje gimnastike za srednje škole, koji je trajao do 1. travnja 1896. Sam razvoj hokejskog sporta teko je dosta sporo, tako da je prva javna utakmica odigrana 1908. u Samoboru između samoborskog Šišmiša i zagrebačke Concordije.

Potom je 1911. u Zagrebu odigrana i prva utakmica u kojoj su sudjelovale žene. U Zagrebu su prije I. svjetskog rata hokej na travi igrale sekcije HAŠK-a (osnovanog 1903.) i HŠK-a Concordia (osnovanog 1906.). Godine 1914. počela je s radom i sekcija pri HLŠK-u Marathon (osnovanom 1913.). No dolazak rata je smanjio aktivnosti i nastaje stagnacija. Nakon rata, opet zahvaljujući Bučaru, dolazi do obnove hokejskih sekcija tako da je 1924. odigrana utakmica između Marathona i HAŠK-a. Novi uzlet hokeja na travi u Zagrebu počinje početkom 1930-ih kada svoju sekciju obnavlja HŠK Concordia. Tada se počinju održavati Prven-

stva Zagreba, na kojima sudjeluju Marathon i Concordia i s više ekipa. Iako je klub Marathon zaslužniji za obnovu i razvoj hokeja na travi u Zagrebu i Hrvatskoj, Concordia je imala u predratnom razdoblju bolje rezultate. Nakon osnivanja Jugoslavenskog hokej saveza 1936. u Zagrebu hokej na travi postaje službeni sport i na državnoj razini te se počinje igrati i Prvenstvo Jugoslavije. Uspostavom Banovine Hrvatske 1939. dotadašnje Prvenstvo Jugoslavije novim preustrojem hrvatskog sporta preraslo je u Prvenstvo Hrvatske, a uz Concordiju i Marathon počeo je nastupati i HAŠK. Od 1932. do 1940. Concordia je bila prvak Zagreba (1932. i 1934.-1935.), prvak Jugoslavije (1936-1938.) i prvak Hrvatske (1939-1940). Marathon je uspio osvojiti samo prvenstvo Zagreba 1933.

U mnogim publikacijama se pogrešno navodi da je Concordia bila prvak Jugoslavije od 1934. do 1940.; to nije bilo moguće najprije zato jer je Jugoslavenski savez osnovan tek 1936. a potom zbog preustroja sporta u Banovini Hrvatskoj.

Radoslav Škarica postao je 1939. član sekcije hokeja na travi HŠK-a Concordia, tada najboljeg hokejskog kluba u Hrvatskoj. Pošto je u klubu bila velika konkurenca, počeo je igrati u drugoj ekipi. Ubrzo se nametnuo dobrim igrama kao vratar i već je 1940. sa samo 15 godina nastupio s ekipom Concordije na susretu protiv reprezentacije Zagreba na kojem su pobijedili s 3:2. No ubrzo je došlo do rata u Jugoslaviji i raspada zajedničke države. Po uspostavi NDH nastao je u travnju 1941. velik paradoks s obzirom na hokej na travi. U novoj državi je u gotovo svim sportovima došlo do napretka a hokej na travi je stagnirao. Koji su uzroci teško je danas utvrditi. Održano je samo jedno prvenstvo Hrvatske 1941., na kojem je opet bila najbolja Concordia. Dok je naprimjer nogometna reprezentacija Hrvatske u ratnom razdoblju imala 15 međunarodnih nastupa u

hokeju na travi hokejaška je zabilježila samo jedan nastup, 25. travnja 1942. u Rimu protiv Italije, i izgubila s 0:2. Sljedećeg je dana reprezentacija Zagreba pobijedila Rim s 1:0 a strijelac jedinog pogotka bio je Fedor Radoslav, jedan od najvećih imena u povijesti hrvatskog hokeja na travi. U Italiju je oputovao i Radoslav Škarica koji je tada imao 16 i pol godina. Nije nastupio ali je kao pričuvni vratar sudjelovao u tom jedinom međunarodnom nastupu za vrijeme rata.

Stvaranjem druge Jugoslavije 1945. transformirani su gotovi svi zagrebački sportski klubovi iz predratnog i ratnog razdoblja. Među njima su bili Concordia i HAŠK. Po novom ustroju sporta osnovana su fiskulturna društva i tako su pri fiskulturnim društvima Dinamo i Zagreb osnovane sekcije hokeja na travi. Radoslav Škarica, kao i većina predratnih hokejaša Concordije, pristupio je FD-u Zagreb za koji je nastupao do 1948. Nezadovoljni s postojećim stanjem, predratni hokejaši Concordije pristupili su u jesen 1948. Sportskom društvu Jedinstvo iz Zagreba i osnovali su sekciju hokeja na travi. No već 7. travnja 1949. registrirali su Hokej klub Jedinstvo. Inicijatori za osnivanje novog kluba bili su Fedor Radoslav, Ivan Miletić, Franjo Lapajne, Abdon Fülepp i Radoslav Škarica, sve istaknuti predratni hokejaši na travi. Ubrzo 1950. dolazi do pokretanja prvenstva Jugoslavije u hokeju na travi i počinje zlatno razdoblje za Jedinstvo i Radoslava Škaricu koji je za taj klub nastupao do završetka studija



Hokejaši na travi Jedinstva iz Zagreba. S lijeva Franjo Lapajne, Radoslav Škarica i Željko Gavranović

1953. Škarica je kao vratar Jedinstva sudjelovao na prva četiri državna prvenstva od 1950. do 1953. i na sva četiri sa svojim klubom osvojio naslov prvaka Jugoslavije. Na prvom prvenstvu 1950. pobijedili su ispred Željezničara iz Karlovca, potom 1951. ispred ekipе Čukarički iz Beograda, pa 1952. ispred Marathona iz Zagreba koji je uspio obnoviti klub pod svojim starim imenom i, konačno, 1953. ponovo ispred Čuka-

ričkog iz Beograda. Osim navedenih klubova na tim prvim prvenstvima sudjelovali su i klubovi Električna centrala iz Subotice, Gradis iz Ljubljane, Rade Končar iz Zagreba i Ilirija iz Ljubljane. U toj prvoj zlatnoj generaciji Jedinstva nastupali su osim Škarice: **Željko Gavranović, Franjo Lapajne, Juranić, Boris Jendut, Vladimir Rukavina, Abdon Fülepp, Fedor Radoslav, Mladen Mahen, Vladimir Jurčec, Ivan Miletić, Horvatinović, Leo Šooš, Mladen Rišlavý, Boris Feldman, Zdravko Černe, Vladimir Jurčec, Dragutin Peter, Ivica Černe, Crvenković i Finek.** Jedinstvo je i poslije, nakon prestanka igranja Škarice, nastavilo s uspjesima. Krajem 1952. u Zagrebu je osnovan Sportski hokej klub Concordia koji je na neki način nastavio predratnu tradiciju hokejaša HŠK-a Concordia. No od osnivača Jedinstva samo je Fedor Radoslav prešao u SHK Concordia. Treba svakako napomenuti da je Škarica sudjelovao i na prvoj utakmici reprezentacije Jugoslavije u travnju 1951. u Beču protiv Austrije. Iako je tu utakmicu Jugoslavija izgubila 0:1 upravo je Škarica bio jedan od najboljih pojedinaca i zaslужan da poraz nije bio veći.

Nakon što je završio igračku karijeru i odslužio vojni rok, za vrijeme specijalizacije od 1955. do 1960. bio je u Jedinstvu trener juniora i potom seniora te osvojio još pet naslova prvaka Jugoslavije. Bio je i savezni kapetan reprezentacije Jugoslavije od 1958. do 1960. U međuvremenu je zbog posla napustio Zagreb a nakon povratka 1965. ponovo je preuzeo tre-



Reprezentacija Jugoslavije u hokeju na travi 1951. Stoe s lijeva:

V. Jurčec, Z. Šubat, M. Pfaff, nepoznat, A. Fülepp, M. Mahen i A. David. Čuće s lijeva: Purić, M. Rišlavý, R. Škarica, Ž. Gavranović, L. Šooš i Felt



Radoslav Škarica (lijevo) u akciji;  
do njega Alfred David na utakmici Austrija - Jugoslavija u Beču 1951.

niranje prve ekipe Jedinstva do 1969. Stekao je zvanje saveznog suca u hokeju na travi. Kao sportski djelatnik bio je predsjednik Zagrebačkog saveza hokeja na travi i predsjednik Zbora sudaca Saveza za hokej na travi Jugoslavije. U hokeju na travi proveo je punih 30 godina a potom je zbog profesionalnih obveza morao napustiti sport svoje mladosti. Zanimljivo je da su zagrebački hokejaši na travi pokrenuli 1952. veteransko natjecanje pod imenom Cup veterana.

Održavano je do 1961. a brončana statua koja je kao prelazni poklon dodijeljivana pobjedniku napravljena je po predložku fotografije Radoslava Škarice, vratara Jedinstva. Na taj je način, osim što je bio vrhunski igrač, trener i sportski djelatnik u hokeju na travi, dobio i dodatno priznanje od svojih suigrača.

Škarica je podjednako uspješan bio i u svojoj profesiji liječnika. Nakon završetka MEF-a u bio je u bolnici u Vinogradskoj od 1955. do 1959. na specijalizaciji iz radiologije kod prof. Silvija Kadrnke. Potom odlazi u svoj rodni grad Šibenik i od 1959. do 1965. je voditelj Odsjeka za radiologiju Medicinskog centra Šibenik.

Nakon povratka u Zagreb, od 1965. do 1970. voditelj je Rendgen kabineta Doma zdravlja Maksimir. Primarius je postao 1974. Od 1970. do odlaska u mirovinu 1991. radio je u KBC-u Zagreb na Rebru, gdje je do 1982. radio kao radiolog Zavoda za radiologiju a potom je do mirovine bio zamjenik predstojnika tog Zavoda.

Koautor je knjige "Radiološki atlas reumatskih bolesti" s Kristinom Potočki 1989. Dao je doprinos u Domovinskom ratu kao član Glavnog sanitetskog stožera Republike

Hrvatske. Dvadeset je godina bio predsjednik Društva Crveni križ Grada Zagreba (od 1993. do 2013.), potom je izabran za doživotnog počasnog predsjednika. Bio je tajnik Hrvatskog društva radiologa. Za začasnog člana Hrvatskog liječničkog zborna izabran je 24. veljače 1996. Odlukom predsjednika RH Franje Tuđmana dodijeljenja mu je Spomenica domovinske zahvalnosti 27. svibnja 1997.

Bio je u braku od 1955. s **Ljubicom Plach** (1931-2007), višom medicinskom tehničarkom. Imali su kćerku Mirjanu, ud. Božičković (1959.), profesoricu geografije i povijesti.

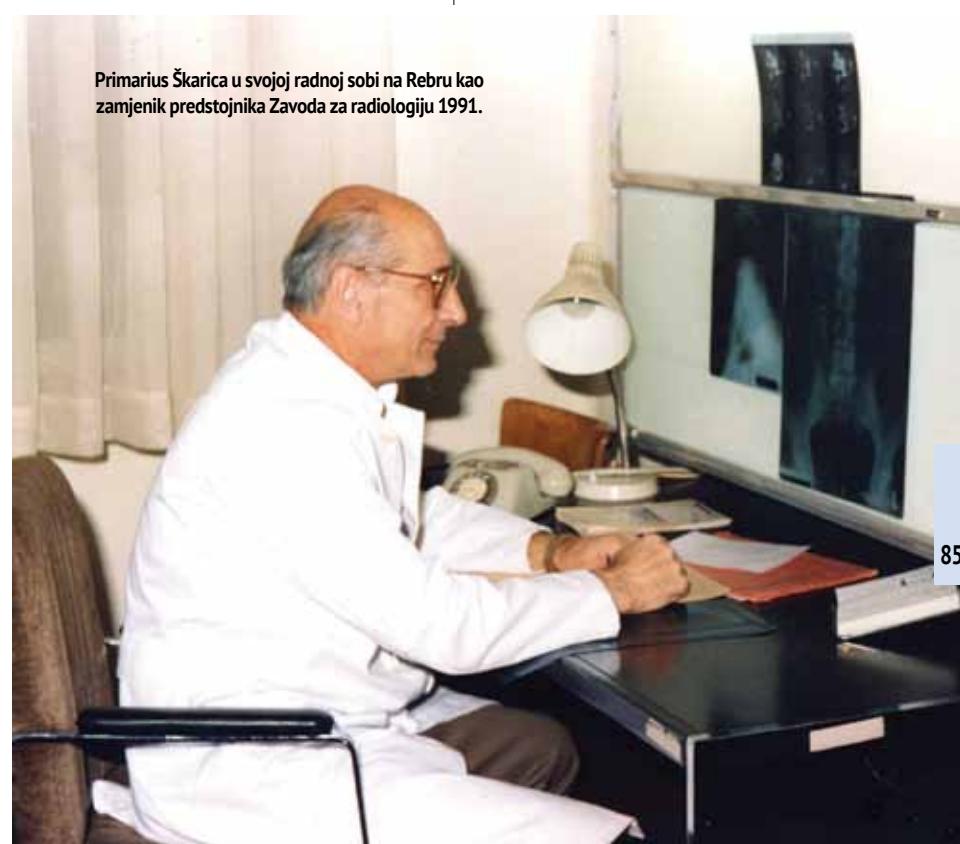
Škarica je izuzetno vitalan u svojoj 90-oj godini života. Iz njegove generacije hokejaša na travi živi su još dvojica njegovih suisgrača i kolega po liječničkom zvanju.

To su dr. **Boris Blau** (1922.) i dr. **Zvonko Šubat** (1924.). Njih trojica su posljednji živi svjedoči bogate povijesti hrvatskog hokeja na travi u posljednjih 75 godina.

.....

Izv.: Arhiva prim. dr. Radoslava Škarice iz Zagreba, arhiva autora.

Lit.: Tko je tko u hrvatskoj medicini Who is who in croatian medicine, Zagreb, 1994; A. Galunić, 50 godina Hokej kluba Jedinstvo, Zagreb, 1998.



Primarius Škarica u svojoj radnoj sobi na Rebru kao zamjenik predstojnika Zavoda za radiologiju 1991.

# Doc.

# Marko Jukić kao fotograf

„Skitam i slikam. Događaj traje samo nekoliko trenutaka, nekoliko minuta i sretan sam kada ga mogu zabilježiti svojim fotoaparatom. Nema popravljanja, dorađivanja, falsificiranja, dodvoravanja gledatelju i kritičaru, već je fotografija izvorno svjedočanstvo trenutka kada je snimana. Volim svoju zemlju i fotografijom nastojim svjedočiti o njenim prirodnim ljepotama, događajima i ljudima.“

Marko Jukić

Doc. prim. dr. **MARKO JUKIĆ** rođen je u Sinju 1950. a živi i radi u Splitu kao specijalist anestezijologije i intenzivne medicine te subspecijalist intenzivne medicine. MEF-u završio 1974. te specijalizirao anestezijologiju i reanimatologiju, magistrirao 1989., doktorat znanosti 1991., sve u Zagrebu. Sudski je vještak za područje anestezijologije od 2005., primarius od 2009., naslovni docent od 2011.

Dragovoljac je Domovinskog rata i član mobilnih kirurško-anestezioških ekipa (1991-1994.), koordinator saniteta MUP-a (1994 -2000), osnivač i voditelj Ambulante za liječenje boli u KBC-u Split od 2004. Predavao je prvu pomoći i patologiju u Zdravstvenom obrazovnom centru u Splitu, vodio kolegij pastoralne medicine na Višoj teološkoj školi Vrhbosanske nadbiskupije Sarajevo, Teološkom fakultetu u Splitu i Institutu za teologiju u Splitu.

Organizator je i voditelj kolegija hitna medicina na Veleučilištu u Splitu, predavač anestezijologije i intenzivne medicine, medicinske humanistike na stručnim studijima, predavač na poslijediplomskim tečajevima prve kategorije o liječenju boli itd. Autor je digitalne knjiga Dokazivanje nevinosti ([www.digitalne-knjige.com](http://www.digitalne-knjige.com)), Liječničke pogreške – osnovana sumnja (Sudsko-medicinski slučaj), Zagreb, 2014. i Anestezijologija u Hrvatskoj, Zagreb, 1999. Prvi je urednik i autor više poglavlja u knjigama Klinička anestezijologija, Zagreb, 2005. (dva izdanja; Strossmayerova nagrada); Intenzivna medicina, Zagreb, 2008. (Strossmayerova nagrada); Bol - uzroci i liječenje, Zagreb, 2011.

Aktivni je dugogodišnji sudionik domaćih i međunarodnih kongresa i stručnih sastanaka. Dobitnik je više odlikovanja, među njima i „Ladislava Rakovca“. Supruga Milka, dipl. ing. farmacije i spec. farmakoinformatike, djeca Ana, dipl. ing. farmacije, i Paola, dipl. ing. grafičke.





# Tri različita portreta

## Pismo iz džungle



*Uz članak na 82. stranici*

• Diplomirana novinarka **Borka Čafuk** bila je dvanaest godina zaposlena u „Liječničkim novinama“ i uređivala nekoliko rubrika.

Nastupila je kao početnica i tijekom godina došao je do izražaja njezin novinarski talent, a njenom uspjehu sigurno je pomoglo i to što joj je majka liječnica. Imala je neke po-

sebne afinitete, primjerice bila je vegetarijanka i sklona alternativnoj medicini, ali je to uvijek zadržala u svojoj intimi i nije iskoristila „Liječničke novine“ da nameće svoja uvjerenja.

Bila je sklona humanitarnom radu i jedan je svoj godišnji odmor iskoristila za kontakt sa stanovnicima amazonske džungle.

Premda lišena tekovina civilizacije, okružena komarcima i otrovnim zmijama, toliko se s njima (stanovnicima) saživjela da je iduće godine odlučila tamo sprovesti godinu dana radi proučavanja njihova načina života i narodne medicine. Zatražila je od Komore godinu dana neplaćenog dopusta, a nakon toga se odlučila za prestanak radnog odnosa da bi ostala u džungli. Sada je tamo direktorica Yana Puma (=crni jaguar) Healing and Educational Centra. Netko će se možda nad njom sažaliti jer je izgubila udobnost suvremene civilizacije, no ona je sretna i zar to nije glavno?

Nekoliko smo je puta zamolili da u „Liječničkim novinama“ iznese svoja tamošnja iskustva ili da nam pošalje putopisni članak i konačno je pristala izaći iz anonimnosti – uputila nam je pismo, adresirano na predsjednika Komore, i usto nekoliko slika. Pa neka njezino pismo na 82. stranici posluži kao oprostaj od novinarke koja je obilježila dvanaest godišta „Liječničkih novina“.

## Etika secundum prof. dr. Božo Bota

cima. Zar ste zaboravili na što Vas doživotno obvezuje titula „dr. sc.“ koja Vam je priznata? Nepokolebivo težiti za istinom!

Vjerovali ili ne, prof. Bota je kao predavač sudjelovao na ovogodišnjem 14. Prolećnom simpoziju Povjerenstva za etiku Hrvatskog liječničkog zborna.

Predlažem mu da na idućemu, 15. Simpoziju održi predavanje o temi „Cilj opravdava sredstvo“.



Prof. Bota bio je predavač na simpoziju o liječničkoj etici

• Nitko pametan ne može tražiti od prof. dr. **Bože Bote** iz Zavoda za kliničku patofiziologiju u Splitu da ljubi Komoru, ali je nedopustivo da je u slijepoj mržnji obasipa neistinama.

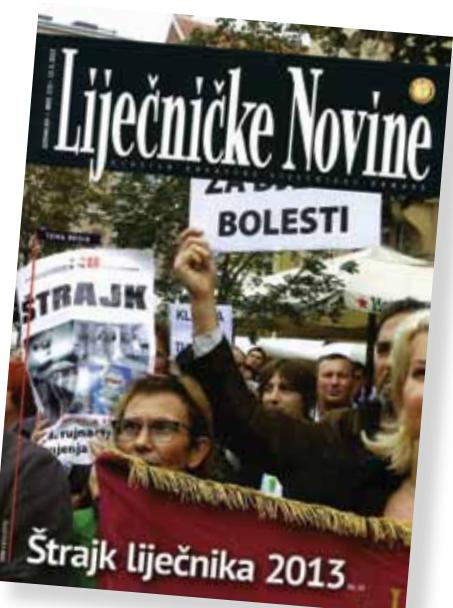
Citrat ću samo dvije njegove rečenice objavljene u splitskoj „Slobodnoj Dalmaciji“, koje su povrijedile mene osobno kao urednika. Jedna je: „Od Liječničke komore nemamo ništa“ a druga je: „Komora nijednom riječu nije dala podršku liječnicima tijekom štrajka.“

Prva me je rečenica ozlovoljila zato što znači da su i „Liječničke novine“ ništa, makar ih Komora šalje poštom svakom članu Komore pa i profesoru Boti. On ih ne mora cijeniti, ali ne može smatrati da su „ništa“, pa makar da ih upotrijebi samo kao toaletni papir.

Svojom neistinom ozlovoljila me i druga rečenica. Da ne trošim riječi, prilažem naslovnu stranicu „Liječničkih novina“ sa slikom koju sam osobno snimio na Cvjetnom trgu

u Zagrebu. Pritom sam se loše proveo – pokinsnu sam i skoro dobio kišobranom po glavi od neke čudne žene (PTSP?) koja je kišobranom „počastila“ svakoga tko se pokušao uspeti na binu.

E, moj Bota, služeći se u svojoj temperamentnoj borbi za liječnički probitak neistinama, činite medvjedu uslugu i sebi i liječni-



# Još o prof. Hauptfeldu

• Moj članak o prof. **Rikardu Hauptfeldu** (1903-1988) u prošlom broju LN-a, rubrika „Uspomene i sjećanja“ potaknuo je njegovog mlađeg sina dr. **Miroslava Hauptfelda** da nam je, posredovanjem prof. **Mirze Žička** s fiziologije na MEF-u u Zagrebu, nabavio Hauptfeldov portret koji nedostaje članku iz prošlog broja i hvala mu za to! Osim toga je opisao nekoliko zgoda iz profesorovog života:

„Kad su se ustaše povlačile kroz Zagreb, on je na vrh zgrade Dekanata dao postaviti strojnicu da se zaustave eventualni naoružani posjetioc, koji bi mogli praviti štetu.

Kući je toga dana došao naoružan Mauserom, možda sa sastanka Narodne zaštite u Fijanovoj. Putem se dobro čuvao da ne bude primijećen pa je prolazio dvorištima kuća u Petrovoj ulici i prebacivao se preko plota. I u kuću je ušao kroz dvorište.

Da je taj oprez bio i te kako opravdan pokazuje činjenica da su ustaše pred kućom ubili dva čovjeka; pretražili su ih i kod jednog našli pištolj, a kod drugog futrolu tog pištolja.



Prof. Rikard Hauptfeld

Sudjelovao je u aktivnostima Automoto saveza kao što su bile ocjenske vožnje. Na priloženoj slici je sa starijim sinom prigo-

dom jedne takve vožnje. Bio je stalni liječnik zagrebačkog odjela Auto-moto saveza i "dežurao" na moto trkama (u ono vrijeme dirt-track) u Zagrebu, a i na auto-trkama na Preluci kod Rijeke. Auto-moto društvo "Poštar" odalo mu je 1972. priznanje "za naročito zalaganje i postignute uspjehe na unapređenju auto-moto sportske djelatnosti".

Godine 1926. ili 1927. zaposlio je u Zavodu za fiziologiju, na nagovor njegove buduće supruge, nekvalificiranog radnika Fištera i njegovu ženu. Jedan od poslova koje je radnik obavljao bilo je lovљenje žaba za potrebe studentskih vježbi.

Taj je bračni par stanova u području zgrade Dekanata i imao tri sina. Jedan je od njih – Slavko - postao profesor fiziologije.

U članku prof. Poljaka "Taj strašni prof. Rikard Hauptfeld" (broj 133, str. 70) tiskana je fotografija čovjeka koji leži pod "haubom" a pod njom piše: Prof. Hauptfeld na Šalati pod svojim Štajerom. On je imao je Steyr 55 'Bull-dog', a automobil na fotografiji to nije, dakle, niti osoba pod haubom nije prof. Hauptfeld".

Umrovljeni transfuziolog iz Zagreba prim. **Slobodan Pfeifer** (1925 -) također je dodata nekoliko zgodica koje su mu se usjekle u pamćenje, a odnose se na profesorov nekonvencionalan način ispita iz fiziologije.



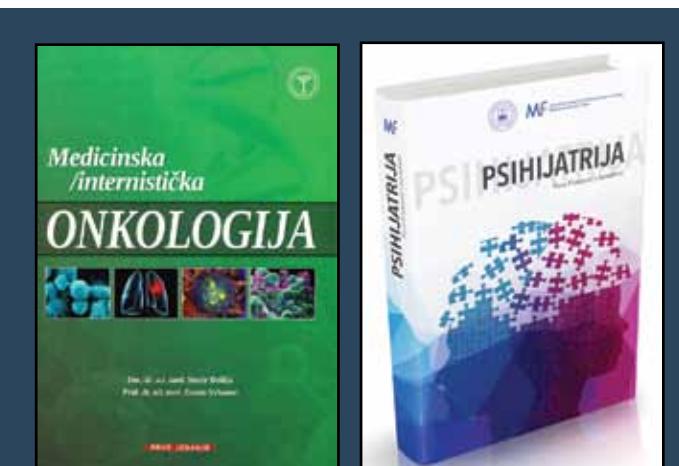
Hrambašićeva ul. 13 u kojoj je prof. Hauptfeld imao ordinaciju tridesetih godina 20. st.

Bio je alergičan na kandidate koji su došli na ispit bez znanja i „na sreću“, misleći da će se nekako prući u tadašnjoj gužvi (1300 brucosa 1945. godine!). Zhao je u svoj legendarni auto Štajer utrpati sumnjive kandidate i s njima otici na Sljeme. Usput je izbacio iz auta kandidata koji nije znao odgovoriti na jednostavno početno pitanje i taj je morao pješice (!) natrag u Zagreb. Ali je i priznao pogrešku kad bi nekoga pogrešno procijenio, pogotovo ako mu se taj usudio parirati. Tako je jednoj kolegici, nezadovoljan njezinim odgovorom, rekao: „Okrenite se oko svoje glupe osi i odlazite!“. Ona je ljutito napravila krug oko profesora (!) i kad je krenula prema vratima on je, začuđen, pozove natrag. Na kraju je ispit sretno završio.



Prof. Hauptfeld s mlađim sinom i s „pravim“ autom

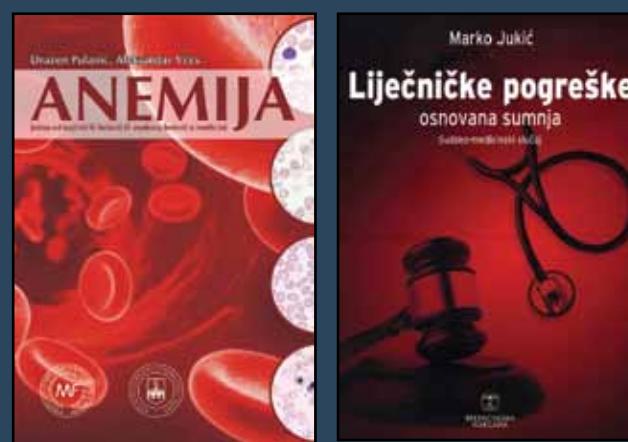
**Urednici:** doc. dr. sc. Semir Bešlija i prof. dr. sc. Damir Vrbanec, izdavač Medicinski fakultet Univerziteta u Sarajevu.  
Knjigu je pisalo 27 autora iz Hrvatske, BiH i Slovenije. Knjiga je namijenjena specijalizantima interne medicine i internističke onkologije, te srodnih struka, kao i ljećnicima opće medicine i drugim stručnjacima koje zanima onkologija.



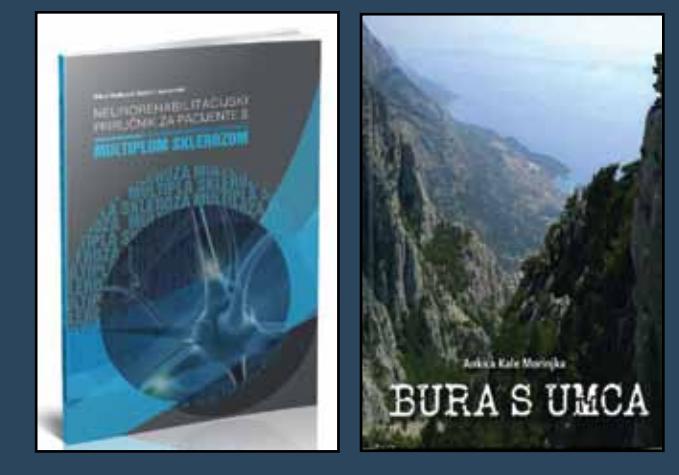
**Autor i urednik:**  
prof. dr. sc. Jure Mirat,  
izdavač Medicinski fakultet  
Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera  
u Osijeku i Poliklinika Kardiotet.  
Sadržaj ove knjige je uvod  
u sistematizirano očitanje  
EKG-a, obogaćen brojnim  
slikama i tablicama.  
Djelo predstavlja temeljna znanja  
iz elektrokardiografije prvenstveno  
namjenjeno studentima medicine  
ali i ljećnicima opće prakse te  
drugim specijalnostima koji nemaju  
svakodnevni doticaj s EKG-om.



**Autori i urednici:**  
doc. dr. sc. Dražen Pulanić  
i prof. dr. sc. Aleksandar Včev,  
izdavač Medicinski fakultet  
Sveučilišta Josipa  
Jurja Strossmayera u Osijeku.  
Knjiga je namijenjena studentima  
medicine i srodnih studija, a korisne  
informacije o anemijama – izuzetno  
čestim problemom s kojim se  
svakodnevno susreću ljećnici raznih  
specjalizacija – naći će  
i specijalizanti interne medicine  
i drugih specijalističkih usmjerenja,  
kao i ljećnici opće medicine.



**Autori:** prof. dr. sc.  
Silva Butković-Soldo i suradnici,  
nakladnik Studio HS  
internet d.o.o. Osijek.  
Prijrucknik je namijenjen oboljelima  
od multiple skleroze i njihovim  
obiteljima.  
Sadržajno i terminologijom  
prilagođen je pacijentima  
i njihovim obiteljima, kako bi  
lakše pratili tekst te mogli dobiti  
i spoznaju o saznanjima iz  
područja multiple skleroze.



**Urednik:** prof. dr. sc. Pavlo Filaković  
i suradnici, nakladnik Medicinski  
fakultet Sveučilišta Josipa Jurja  
Strossmayera u Osijeku.  
Knjiga je namijenjena studentima  
medicine, specijalizantima i  
specjalistima psihijatrije te ostalim  
stručnjacima koji imaju doticaj s  
psihijatrijskim bolesnicima. Po svom  
opsegu značajno obogaćuje hrvatsku  
literaturu iz područja psihijatrije.

**Spomen-knjiga**  
o 140-godišnjici postojanja Zbora,  
u biti drugo, skraćeno i ažurirano  
izdanje spomen-knjige „Hrvatski  
liječnički zbor. Predsjednici od 1874.  
do 2004.“ (Zagreb, 2004.)  
koja je tiskana o 130-godišnjici Zbora.  
Glavni dio su biografije svih  
dosadašnjih predsjednika  
i širi pregled zbivanja  
posljednjih deset godina.  
Tvrdi uvez, 152 stranice

Sudsko-medicinska trakovica  
koju je pretrpio nevino  
optuženi ljećnik, docent, specijalist iz  
anesteziologije docent.  
Izdavač Medicinska knjiga,  
Zagreb, 2014,  
179 str., 84 kn.

Treći roman zadarske  
umirovljene ljećnice, tiskan u  
vlastitoj nakladi, Zadar, 2014. godine,  
300 stranica (adresa autorice:  
morinjka1947@gmail.com)

# 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](http://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](mailto:fulvia.akrap@hlk.hr)

•

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Liječničkih novina“, molimo organizatore da nam dostave 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](mailto:fulvia.akrap@hlk.hr). Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani 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](mailto:bonamark@bonamark.hr)), po postojećem cjeniku za oglašavanje u „Liječničkim novinama“.

## • EDUKACIJA TIJEKOM CIJELE GODINE •

Tjedno ažurirani raspored trajne medicinske izobrazbe nalazi se na web stranici: [www.hlk.hr](http://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 bolница

**KBC** - Klinski bolnički centar

**MEF, gen. MEF-a** - Medicinski fakultet

**MZ** - Ministarstvo zdravlja 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](http://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 anesteziologiju, 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](mailto:djavor@medri.hr)

Hrvatsko psihiatrijsko društvo – Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja – uloga liječnika PZZ - 140 radionica Dr. Patricija Delimar, tel.: 01/2481-234

### Edukacija iz neurofiziološke tehnike – Evocirani potencijali

KBC Zagreb, Rebro – Klinika za neurologiju

Kontinuirana individualna edukacija

Papo Željka, tel.: 01/2388-352

200kn po danu edukacije

### Primjena harmoničnog rezača u kirurgiji

KBC Split, Klinika za kirurgiju Križine

Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481

1.200,00kn

### Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel

Zagreb, tijekom cijele godine

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-718, e-mail: [dmiklic@hotmail.com](mailto: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](mailto: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: [center-za-epilepsiju@net.hr](mailto:center-za-epilepsiju@net.hr)

### **Gerontološke tribine za lječnike 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](http://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 mjesечно  
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-Brklačić, 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 mjesечно (18 sati)  
Dr. Dalibor Veber, e-mail: info@akupunktura.hr,  
mob.: 091/4748-493  
[www.akupunktura.hr](http://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](http://www.endokrinologija.com.hr)  
250,00kn

### **Kardiopulmonalna reanimacija uz uporabu automatskog vanjskog defibrilatora**

HLZ, HD za reanimatologiju  
Zageb, 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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.plivamed.net)

## **MSD akademija – Pristup liječenju šećerne bolesti tipa 2 u ordinaciji obiteljske medicine**

Dedal komunikacije d.o.o.  
[www.msd-akademija.com](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](mailto: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

## **8. hrvatski internistički kongres – elektronska verzija**

HLK, „Dedal komunikacije“ d.o.o.  
on-line, 15.10.2014. – 15.01.2015.  
Kata Križić, mob.: 099/3866-905

## **Klinički pristup liječenju боли (online) Pliva Hrvatska d.o.o.**

on-line, 15.12.2014. – 15.05.2015.  
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925  
[www.plivamed.net](http://www.plivamed.net)

## **Reumatske bolesti – smjernice dijagnostike i liječenja**

C.T. Poslovne informacije – Časopis MEDIX  
Časopis MEDIX br. 112, listopad, studeni, prosinac 2014.  
Dragan Bralić, tel.: 01/4612-083, mob.: 098/289-819,  
[www.medix.com.hr](http://www.medix.com.hr)

## **STUDENI**

### **Influenca – nepredvidivi virusi i bolest**

HLZ, HD za infektivne bolesti – Sekcija za respiratorne infekcije  
Zagreb, 22.11.2014.  
Jasminka Blaha, mob.: 091/4012-622, fax.: 01/2826-191,  
e-mail: [jblaha@bfm.hr](mailto:jblaha@bfm.hr)  
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

**Edukativne regionalne radionice – Jedna patronažna sestra = jedna grupa**

Hrvatska udruga grupa za potporu dojenja  
Split, 22.11.2014.  
Mirjana Jakčin, mob.: 091/3876-559

**Urični artritis – uzroci, znaci i dijetetske preporuke**

Udruga Medikus  
Zagreb, 24.11.2014.  
Dr. Vesna Vučićević, mob.: 091/5044-766

**Hormonsko liječenje raka dojke**

Stada d.o.o.  
Zagreb, 24.11.2014.  
Jasna Pešec, tel.: 01/3764-111

**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

**Quality and Safety Culture**

Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi  
Zagreb, 24.-25.11.2014.  
Ana Zvonar, tel.: 01/6407-777

**Primjena transkranijskog doplera u procjeni cerebralnog cirkulatornog aresta**

KBC „Sestre milosrdnice“, Klinika za neurologiju  
Zagreb, 24.-29.11.2014.  
Gđa. Bernarda Nikić, tel.: 01/3768-282  
1500,00kn

**Denosumab: Nova era u liječenju osteoporoze**

AMGEN  
Zagreb, 25.11.2014.  
Vanja Gagić Jović, tel.: 01/5625-720

**2. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije za liječnike obiteljske medicine**

OB Pula  
Pula, 25.11.2014.  
Dr. Daniela Fabris-Vitković, tel.: 052/376-252, 376-148

**Kako predvidjeti nuspojave lijekova – uloga farmakogenomike**

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)  
Zagreb, 25.11.2014.  
www.amzh.hr, tel.: 01/4828-662

**Važnost multidisciplinarnе suradnje u liječenju bolesnika sa osteoporotičnim prijelomima**

Eli Lilly – Predstavništvo u RH  
Požega, 25.11.2014.  
Marija Vidović, mob.: 098/220-868

**Perspektiva suradnje u liječenju osteoporotičnih prijeloma**

Eli Lilly – Predstavništvo u RH  
Zagreb, 25.11.2014.  
Lina Petrović, mob.: 099/2646-587

**Hormonsko liječenje raka prostate**

Stada d.o.o.  
Zagreb, 26.11.2014.  
Jasna Pešec, tel.: 01/3764-111

**Dijabetičar tipa 2 u ordinaciji liječnika obiteljske medicine**

Servier Pharma d.o.o.  
Bjelovar, 26.11.2014.  
Dunja Brešovac, MPharm, mob.: 099/2648-431

**Izvanbolničko i bolničko zbrinjavanje teško ozlijedjene osobe u hitnoj medicinskoj službi: Timski pristup**

Zavod za hitnu medicinu Sisačko-moslavačke županije  
Sisak, 27.11.2014.  
Franko Haller, mob.: 091/1560-656

**Hormonsko liječenje raka dojke**

Stada d.o.o.  
Zagreb, 27.11.2014.  
Jasna Pešec, tel.: 01/3764-111

**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 Juršić-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

**Radna sposobnost i novi izazovi**

HD za medicinsko vještačenje u mirovinskom osiguranju  
Zagreb, 28.11.2014.  
Prim.dr.sc. Melita Uremović, tel.: 01/4595-360  
250,00kn

**2. znanstveni sastanak – Tumori prostate**

Zaklada onkologija, Žuti mačak d.o.o.  
Zagreb, 28.11.2014.  
Sandra Šutić, mob.: 099/2572-470,  
e-mail: sandra@zutimacak.hr  
240,00kn +PDV

**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.hdhm.com.hr/edukacija](http://www.hdhm.com.hr/edukacija)  
Članovi HLZ HDHM 800,00, ostali 1.000,00kn

**Godišnji sastanak alergologa i kliničkih imunologa s tečajevima kožnog testiranja i plućne funkcije**

HLZ, HD za alergologiju i kliničku imunologiju Zagreb, 28.-29.11.2014.  
Lana Stanković, mag.oec., tel.: 01/2305-444, mob.: 091/9578-311  
500,00kn

**Third International Symposium on Hypertension:  
Translational Medicine in Hypertension – Young  
Investigator Conference**

Spektar putovanja d.o.o.  
Osijek, 28.-29.11.2014.  
Ana Hadić, tel.: 01/4862-605  
1125,00kn

**43. tematski simpozij HD za dječju neurologiju s međ.sud.  
„Syndroma Dravet“**

HLZ, HD za dječju neurologiju Zagreb, 29.11.2014.  
Dr. Ivan Lehman, mob.: 098/467-250  
200,00kn specijalisti

**Prevencija i kontrola infekcija u primarnoj zdravstvenoj  
zaštiti**

PLIVA Hrvatska d.o.o.  
Osijek, 29.11.2014.  
Ivana Palac, mob.: 098/9821-889

**Tečaj obnove znanja i vještina liječnika vanbolničke hitne  
medicine**

Zavod za hitnu medicinu PGŽ  
Rijeka, 29.-30.11.2014.  
Biserka Grbčić-Mikuličić, tel.: 051/671-693

**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  
porodištva 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 Maričić, 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

**Kontrola glikemije**

Takeda Pharmaceuticals Croatia d.o.o.  
Sisak, 02.12.2014.  
Dunja Dretar, mob.: 099/8156-756

**Kontrola glikemije i hipertenzije**

Takeda Pharmaceuticals Croatia d.o.o.  
Vukovar, 02.12.2014.  
Jasna Topolovec, mob.: 098/9806-756

**Liječenje stabilne koronarne bolesti prema Europskim  
smjernicama (2013)**

Hrvatsko kardiološko društvo  
Varaždin, 02.12.2014.  
Dr. Jelena Todić, tel.: 01/6311-837; mob.: 098/200-733

**Kontrola glikemije i hipertenzije**

Takeda Pharmaceuticals Croatia d.o.o.  
Osijek, 03.12.2014.  
Jasna Topolovec, mob.: 098/9806-756

**Hormonsko liječenje raka dojke**

Stada d.o.o.  
Zagreb, 03.12.2014.  
Jasna Pešec, tel.: 01/3764-111

**Kontrola glikemije i hipertenzije**

Takeda Pharmaceuticals Croatia d.o.o.  
Đakovo, 04.12.2014.  
Jasna Topolovec, mob.: 098/9806-756

**Kontrola glikemije**

Takeda Pharmaceuticals Croatia d.o.o.  
Kutina, 04.12.2014.  
Dunja Dretar, mob.: 099/8156-756

**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

**Biopsihosocijalni koncept depresije: sistemski pristup**

Salutogeneza – Centar za osobni razvoj  
Našice, 05.-06.12.2014.  
Dr. Božidar Popović, mob.: 092/1602-920  
550,00kn

**Ultrazvukom vođena regionalna anestezija**

MEF Sveučilišta u Rijeci  
Rijeka, 05.-07.12.2014.  
Dr.sc. Josip Ažman, dr.med., tel.: 051/407-400  
3200,00kn

**Gdje smo u neurologiji 2014? – Medicina temeljena na dokazima**

KBC „Sestre milosrdnice“, Kl. za neurologiju  
Zagreb, 06.12.2014.

Prof.dr.sc. Vanja Bašić Kes, tel.: 01/3787-740

**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

**VLADIMIR HUDOLIN ispred svog vremena – Tretman ovisnosti kao model razvoja psihijatrije u zajednici**

HD za alkoholizam i druge ovisnosti HLZ-a  
Zagreb, 09.12.2014.  
Vjekoslav Peitl, tel.: 01/3787-125

**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

**Europska radionica o traumatskom stresu**

HD za traumatski stres  
Zagreb, 11.12.2014.  
Helena Bakić, tel.: 01/6002-385, e-mail: hbakic@ffzg.hr  
200,00kn; 400,00kn; 600,00kn

**Kontrola glikemije i hipertenzije**

Takeda Pharmaceuticals Croatia d.o.o.  
Slavonski Brod, 11.12.2014.  
Jasna Topolovec, mob.: 098/9806-756

**Žalovanje**

HD za psihoanalitičku psihoterapiju  
Zagreb, 12.-13.12.2014.  
Vivian Michel Kranjec, tel.: 01/2388-394  
600,00kn specijalisti, 300,00kn ostali

**19. simpozij Hrvatskog društva za regionalnu anesteziju i analgeziju – HLZ „RA u racionalizaciji liječenja perioperacijske boli“**

HLZ, HD za regionalnu anesteziju i analgeziju  
Zagreb, 12.-13.12.2014.  
Prof.dr.sc. Kata Šakić, tel.: 01/4648-120

**Simpozij palijativne skrbi i medicine**

Udruga narodnog zdravlja Andrija Štampar  
Požega, 12.-13.12.2014.  
Ivan Vukoja, mob.: 098/1604-423

**Akupunktura u liječenju boli**

HLZ, HD za liječenje boli  
Osijek, 12.-14.12.2014.  
Andrea Mršo, tel.: 031/511-531,  
e-mail: mrsandrea385@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

**2. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije za liječnike obiteljske medicine**

OB Pula  
Pula, 16.12.2014.  
Dr. Daniela Fabris-Vitković, tel.: 052/376-252, 376-148

**1. multidisciplinarni simpozij o problematici lokomotornog sustava**

Udruga Mediteraneo Biograd na moru  
Biograd n/m, 17.12.2014.  
Dr. Marko Milić, mob.: 097/7129-799  
100,00kn

**1. interdisciplinarni simpozij „Medicina – Pravo – Ekonomija“**

Udruga Mediteraneo Biograd na moru  
Biograd n/m, 18.12.2014.  
Dr. Marko Milić, mob.: 097/7129-799  
100,00kn

**8. skup hrvatskih mladih liječnika – hrvatska medicinska budućnost**

Udruga Mediteraneo Biograd na moru  
Biograd n/m, 19.-20.12.2014.  
Dr. Marko Milić, mob.: 097/7129-799  
300,00kn

**Ljekovite namirnice za jačanje memorijske funkcije mozga**

Udruga Medikus  
Zagreb, 22.12.2014.  
Dr. Vesna Vučičević, mob.: 091/5044-766

**2015. SIJEČANJ**

**Traumatska ozljeda mozga**

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije  
Pula, 22.01.2015.  
Manuela Pokrajac Hajdarević, mob.: 099/2554-042

**3. hrvatski simpozij o prevenciji i liječenju početnog raka vrata maternice s međ.sud.**

Klinika za ginekologiju i porodništvo KBC „Sestre milosrdnice“, HD za kolposkopiju i bolesti vrata maternice HLZ-a, Contres projekti d.o.o.  
Zagreb, 24.01.2015.

Josipa Čale, tel.: 01/4821-193  
Rana kotizacija do 01.11.2014. – 600,00kn; Kasna kotizacija od 01.11.2014. – 800,00kn

**2. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije za liječnike obiteljske medicine**

OB Pula  
Pula, 27.01.2015.  
Dr. Daniela Fabris-Vitković, tel.: 052/376-252, 376-148

**VELJAČA**

**Pharmacovigilance Workshop: Risk Management; Electronic reporting; XEVMPD updates**

Agencija za lijekove i medicinske proizvode RH  
Zagreb, 10.-11.02.2015.  
Armano Rajh, tel.: 01/4884-331  
Od 2425,50kn do 5390,00kn

**Prevencija kardiovaskularnih bolesti – Žensko srce**

MEF Sveučilišta u Splitu  
Split, 20.-22.02.2015.  
Doc.dr.sc. Katarina Novak, e-mail: katarinanovak33@yahoo.com

**2. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije za liječnike obiteljske medicine**

OB Pula  
Pula, 24.02.2015.  
Dr. Daniela Fabris-Vitković, tel.: 052/376-252, 376-148

**OŽUJAK**

**Autoimune neuromuskularne bolesti**

Klinika za neurologiju KBC Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu, HLZ,  
HLK  
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 specijalizanti, 300,00kn specijalizanti, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

**TRAVANJ**

**Suvremene spoznaje o epidemiologiji, kliničkoj slici, dijagnostici i terapiji TORCH i drugih infekcija u trudnica i novorođenčadi**  
HLZ, HD za medicinsku mikrobiologiju i parazitologiju  
Zagreb, 09.-10.04.2015.

Dr.sc. Mario Sviben, dr.med., tel.: 01/4863-269  
600,00kn specijalisti, 400,00kn specijalizanti

**22. kongres liječnika obiteljske medicine**

HUOM  
Varaždin, 09.-11.04.2015.  
Horizont, putnička agencija d.o.o., tel.: 042/395-111  
Rana kotizacija do 13.12.2014. 1500,00; nakon toga 1900,00kn

**X susret intervencijskih radiologa Hrvatske s međ.sud.**

HLZ, HD radiologa, Sekcija za interventnu radiologiju  
Trakošćan, 16.-19.04.2015.  
Barbara Radošević Babić, mob.: 098/1660-474  
200-250 EUR

**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.)  
Kasna kotizacija: 1700,00kn (od 16.03.2015.)

.....

**Mali oglasnik**

Prodajem za 7000 eura **opremu za fizikalnu terapiju**  
koja se sastoji od:

Medio laser Combi- Iskra Medical; Medio sono - Iskra Medical;  
Magnetopulsar - Iskra Medical; BTL 5000; pripadajući stolovi (4); Proform E motion (fitness kombi sprava); Vibro platforma. Cijena bez fitness kombi sprave i vibro platforme 5000 eura.

**Tel. 098 327300**

**Uhodanu elitnu privatnu oftalmološku praksu u centru Splita iznajmljujemo ili prodajemo.**

**Kontakt telefon: 00385 21 349 222**

