

Liječničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE



Srećan Božić i Nova 2015.

LIJEĆNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske liječničke komore
ADRESA UREDNIŠTVA
10000 Zagreb, Tuškanova 37, Hrvatska
GLAVNI I ODGOVORNİ 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-Kauzarić
Doc. dr. Hrvoje Šobat

UREĐNIČKI 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
Ljiljana Puljarić • Katarina Sekelj Kauzarić
Andreja Šantek • Ivica Vučak

UPUTE SURADNICIMA

Rukopisi se šalju na adresu:

"Liječničke novine HLK", 10000 Zagreb, Tuškanova 37,
e-mail: hlk@hlk.hr ili izravno uredniku.
Članci ne podliježu recenziji i uredništvo
se ne mora slagati s mišljenjem autora.
Članci se mogu pretiskati samo uz naznaku izvora.
Mali oglasnici je za članove Komore besplatan.

Temeljem odluke Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi od
12. prosinca 2005. (Klasa: 612-10/05-01/8. Ur. broj: 534-
04-04/10-05/01), za sve oglase liječnika objavljene u ovom
broju "Liječničkih novina", cijelokupni odobreni sažetak
svostava liječnika te cijelokupna odobrena uputa sukladni su
člancima 16. i 22. Pravilnika o načinu oglašavanja i obavje-
šćivanja o liječnikovima, 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 preplata: 400,00 kn. Pojedinačni broj 50,00 kn.

Preplatnička služba HLK-a
Tel 01/ 45 00 830, Fax 01/ 46 55 465

Redakcija

Novinarka Andreja Šantek
01/ 45 00 848, e-mail: andreja.santek@hlk.hr

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

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

kazalo

LIJEĆNIČKE NOVINE 135 • 15. PROSINCA 2014.

RIJEČ PREDSJEDNIKA KOMORE 5

RIJEČ PREDSJEDNIKA ZBORA 6

Pristajemo li na eutanaziju umjetnosti

IZ KOMORE 8

11. sjednica Vijeća Komore • 32. sjednica Izvršnog odbora
Sporazum Komore s UEMS-om • Pregled aktivnosti

IZ PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE 16

Kongres „Renesansa primarne zdravstvene zaštite“

IZ UDRUGE POSLODAVACA U ZDRAVSTVU 21

Savjetovanje o stanju u zdravstvu

IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA 25

Kongres o uro i spolnim infekcijama • Transplantacija pluća • Alzheimer i gerijatrija
Priznanje akademiku Pećini • Simpozij o raku jajnika • Kirurgija adneksa oka
Klinika za pedijatriju u KBC-u „Sestre milosrdnice“ • Dječja endokrinologija u KBC-u Zagreb
Škola hitne medicine na „Sv. Duhu“ • Liga protiv raka
Smjernice za prehranu starih ljudi • HUBOL tuži bolnice • Riječki klub umirovljenih liječnika

REAGIRANJA 32

NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA 34

Treći hrvatski kongres preventivne medicine i unapređenja zdravlja

NEUKRURGIJA 36

U Vinogradskoj praćenje operacija uživo

EPIDEMIOLOGIJA 40

HIV i AIDS u Hrvatskoj danas

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE 43

ZAGREBAČKI MODEL UTVRĐIVANJA ETIOPATOGENEZE 55

Poremećaji hidracije i elektrolita, VI. dio

FARMAKOVIGILANCIA 59

PRAC-ove preporuke • Krivotvoreni lijekovi i sigurnosne oznake

COCHRANE ZANIMLJIVOSTI 61

Bevacizumab i ranibizumab

LIJEĆNIČKA ETIKA 63

Pobačaj, priziv savjesti i pravo na izbor

FILANTROPIJA I ZAKLADE 65

Zaklade u Hrvatskoj • Intervju s prof. Ljiljanom Zergollern

IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE 69

Muzeju u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče

PISMO UREDNIŠTVU 74

Sjetimo se dr. Martina Vidovića

ZANIMLJIVA LIČNOST 76

Dr. Klada Dajčeva i Zbor

KRATKA LIJEĆNIČKA PRIČA 77

Habek: Bijela kuga

LIJEĆNICI LIKOVNI UMJETNICI 79

Fotografije dr. Jasne Novak

HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI 82

Dr. Sokolica Bartulović - Melocchi

PATOBIOGRAFIJE 85

Od čega su bolovali i umirali hrvatski skladatelji

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA 87

Slika na naslovnicu: prof. dr. sc. Vili Beroš, dr. sc. Ivan Škoro, mr. sc. Marina Zmajević Schönwald,
prof. dr. sc. Krešimir Rotim, dr. sc. Tomislav Sajko, dr. Vatroslav Čerina, prof. dr. sc. Boris Božić
i dr. Dario Josip Živković (Klinika za neurokirurgiju KBC Sestre milosrdnice) **Snimila Andreja Šantek**

PRILOG: Pravilnik o trajnoj medicinskoj izobrazbi

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

Komora potpisala sporazum s Europskim akreditacijskim tijelom

• Kao i prije godinu dana ovaj uvodnik nažalost počinjem rečenicom koju više nitko od nas ne želi čuti, a to je: „Na kraju smo još jedne recesiske godine!“ Usprkos optimizmu koji se u nama budi dolaskom blagdana, moramo priznati - nije nam bilo ništa bolje u 2014. godini. Ipak, ne gubimo nadu da će konačno doći bolja vremena. Vrijeme je radovanja, davanja i izražavanja najljepših želja. Neka nam blagdane ne pokvari briga i strah od bliške budućnosti.

U godini na izmaku bilo je puno događaja važnih za našu profesiju. Dogodile su se promjene u Vladi RH. Od lipnja imamo novog ministra zdravlja prim. Sinišu Vargu koji je uspio izdvijiti HZZO iz Proračuna RH. Usvojen je i novi način financiranja zdravstvenih ustanova, što će najviše utjecati na bolnički sustav zdravstvene zaštite. Uvodi se plaćanje prema učinjenim uslugama, a ukidaju se limiti. Iako se to čini logičnim, zdravstveni radnici nerijetko izražavaju strah ne samo od sniženja osobnih dohodata, nego i od nedostatka materijalnih sredstava za pružanje zdravstvenih usluga. Nadajmo se da tako neće biti, ali ponovno naglašavam da se uz ovako malo izdvajanja za zdravstvenu zaštitu teško može pružiti našim pacijentima sve ono što im se na temelju zakonskih propisa jamči. Zbog toga prijeti opasnost da će se nezadovoljstvo usmjeriti prema zdravstvenim radnicima, posebice lijećnicima, koji su nositelji zdravstvene zaštite.

Promatrajući prošlost Hrvatske od osamostaljenja do danas, zaključio sam da nismo dovoljno dobro znali sačuvati ono što smo imali. Prodali smo strateške industrije kao što su Tvornica lijekova „Pliva“ i Industrija naftе „INA“. Posljednjih nekoliko mjeseci svjedoci smo propadanju Imunološkog zavoda. Ovdje se ne radi samo o zaposlenicima koji mjesecima ne primaju placu, nego i o činjenici da prijeti propast onoga što se stvaralo više od stoljeća. Imamo kompetentne stručnjake, znanje, iskustvo i krv koja je skupljena od dragovoljnih darivatelja. To su vrijednosti koje moramo čuvati. Možemo analizirati zbog čega je došlo do ovakvog stanja u Imunološkom zavodu i okrivljavati odgovorne, ali činjenica je da se



hitno trebaju poduzeti mјere koje će omogućiti nastavak proizvodnje i unaprijediti tehnologiju za vrhunske proizvode iz donirane ljudske krvi i osigurati njihovu samodostatnost, pa i izvoz na sada otvoreno tržište Europe. Zato je Komora djelatnicima Zavoda dala punu podršku.

Slično je i s našim zdravstvenim radnicima. Upozoravamo već dugih šest godina da nam prijeti opasnost od nedostatka doktora u Hrvatskoj. Ništa se nije učinilo. Uskladili smo kurikulume medicinskih fakulteta, kako bismo bili priznati u EU. Harmonizirali smo i specijalizacije, pa se mnoge temeljem Direktive priznaju u većini država EU, čiji je Hrvatska punopravna članica od 1. srpnja 2013. Kako se položaj lijećnika kod nas nije popravio, nego je sve lošiji, suočavamo se s njihovim odlaskom iz domovine. Gotovo 900 naših članova zatražilo je i dobilo dokumente od Hrvatske liječničke komore potrebne za rad u EU. Ponavljamo, čujavimo ono što imamo! Osim strateške industrije to se odnosi u ovom slučaju na obrazovane zdravstvene radnike, posebice na doktore medicine, najčešće uvažene specijaliste i stručnjake u svome poslu. Dobro znamo da je migracija (mobilnost) zdravstvenih radnika ubičajena pojava i u pravilu nije loša, ako se ne radi o jednosmjernoj migraciji ili odlasku „trbuhom za kruhom“. Naša Komora ima puno ostvarljivih prijedloga za zadržavanje lijećnika u domovini, ali nema izvršne ovlasti. Zato pozivamo ministra i sve koji imaju utjecaja da nas poslušaju.

O problemima u zdravstvu i odlasku lijećnika te o postizanju većeg utjecaja struke pri donošenju propisa u zdravstvu razgovara-

li smo s predsjednikom saborskog Odbora za zdravstvo doc. dr. sc. Željkom Jovanovićem, članovima odbora i saborskim zastupnicima, koje smo već tradicionalno ugostili 11. prosinca u našim prostorijama. Veseli nas što se planira održavanje tematske sjednice ovoga saborskog odbora, na kojoj ćemo imati priliku govoriti o problemima lijećnika.

Od puno događaja u proteklih mjesec dana treba posebno istaknuti da sam 29. studenoga u Bruxellesu potpisao Sporazum između Akreditacijske agencije za trajnu medicinsku izobrazbu UEMS-a (EACCME) i Hrvatske liječničke komore.

Naš gotovo novi Pravilnik o trajnoj medicinskoj izobrazbi preveden na engleski jezik dobro je prihvaćen i uklapljen u Sporazum, što je veliko priznanje za Hrvatsku i time možemo biti ponosni. Jednako kao i na činjenicu da smo jedina zemlja koja se u samo godinu dana od punopravnog primitka u članstvo UEMS-a uspjela pripremiti za sklapanje sporazuma s posebnim tijelom te asocijacije koje se brine za edukaciju lijećnika. Izvještaj pročitajte u rubrici "Iz Komore".

Sljedeće godine obilježit ćemo 20 godina obnovljenog rada naše Komore. Tim povodom organiziramo 8. simpozij Komore s međunarodnim sudjelovanjem pod nazivom „Liječnička samouprava u Europi“. Godina 2015. značajna je za nas jer će se provesti izbori za tijela Komore. Vijeće je na svojoj sjednici 12. prosinca prihvatiло prijedloge izmjena Pravilnika o izborima u tijela Komore i šalje ga Skupštini na usvajanje.

Iako je tajnik Udruge bolničkih lijećnika (HUBOL) kao delegat u Skupštini Komore sudjelovao aktivno u radu Radne grupe Vijeća kojoj je na vrlo demokratičan način predsjedao doc. dr. sc. **Vladimir Mozetić**, predstavnik Primorsko-goranske županije, te stavove te udruge iznosio i na samoj sjednici Vijeća, nakon opsežne rasprave Vijeće, koje čine predstavnici svih naših županijskih povjerenstava, nije prihvatiло prijedlog o elektroničkom glasovanju jer za to nisu ispunjeni preduvjeti.

Naime, članovi Izvršnog odbora i Vijeća komore smatraju da, osim tehničkih uvjeta i troška, najprije treba dobro istražiti koliko je glasovanje sa svoje e-adrese odista tajno. Jednako tako mora se razmisliiti kako bi u tim uvjetima glasovali svi oni članovi Komore koji ne žele ili ne mogu glasovati elektroničkim putem. Nije zasigurno slučajno što niti jedna naša udružba, niti jedna strukovna organizacija, a posebice ne komore u inozemstvu ne glasuju na ovaj način unatoč svom stupnju razvijenosti. Članovi Vijeća komore upoznati su s Peticijom koju udružba HUBOL pokreće u bolničkim ustanovama s namjerom da je uputi prof. dr. sc. **Vladi Jukiću**, kao predsjedniku Skupštine

Komore. Iznimno je zanimljivo to što se od svih aktivnosti i javnih ovlasti što ih Komora kao organizacija sa zakonom utvrđenim javnim ovlastima mora provoditi, kolege iz najmlađe liječničke udruge koncentriraju samo na izbore u Komori, a ne na probleme liječnika, posebno u našim bolnicama. U Peticiji koja se u osnovi bavi samo izborima, navode se diskriminirajući stavovi prema starijim članovima Komore koji su, uz posjedovanje licence i svojim članstvom u Komori, sasvim punopravni i u svemu ravno-pravni članovi naše profesionalne organizacije. Žalosti činjenica da se u Peticiji vrijeđaju legitimno izabran predsjednik Komore, njegovi savjetnici i članovi Izvršnog odbora koji su izabrani na našoj Skupštini, također kroz redovit izborni postupak za koji su nam stručnjaci za izbore rekli da je iznimno demokratičan, jer dopisnim putem svaki član slobodno u svom domu odlučuje kome će dati svoj glas. Diskriminacija članova Komore samo temeljem godina ili statusa da su u mirovini, nije prihvatljiva. Posebice ako se pogledaju rezultati dosadašnjih izbora u Komori, koji su starije i iskusnije kolege baš doveli na čelo pojedinih županijskih povjerenstava, osobito u Gradu Zagrebu, gdje ugledne kolege djeluju u našim institucijama, na klinikama i fakultetima. Žao mi je što se naša najmlađa udruga ne bavi više neposrednim problemima u sustavu, jer tada bismo mogli zajedno nastupati, kao u slučaju zalaganja za reprezentativnost liječnika u pregovorima, o čemu smo pisali i u Liječničkim novinama.

Molim članove Komore da prouče dobro ono što potpisuju, jer ovakve aktivnosti ne pomažu poboljšanju našeg položaja. Diskriminacija na bilo kojoj osnovi, bavljenje samo funkcijama i podjela korpusa liječnika, neće nam pomoći. Izabrat ćemo kao i u proteklih dvadesetak godina, ali i u samim početcima rada Komore, još 1903., one među nama koji su se dokazali i stekli ugled kao stručnjaci, aktivnošću u stručnim društvinama, podružnicama Hrvatskog liječničkog zbora, Komori, Hrvatskom liječničkom sindikatu i liječničkim udrugama.

Osim simpozija, proslave 20-godišnjice obnovljenog rada Komore i izbora, sljedeća godina izuzetno je važna zbog najave izmjena i donošenja novih zakona, među kojima su Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o liječništvu, koji smo poslali u postupak još prije ulaska u EU.

Poštovane kolegice i poštovani kolege, Vama i Vašim obiteljima želim sretan Božić i Novu godinu uz puno uspjeha u stručnom radu i privatnom životu.

Vaš predsjednik,
Prim. dr. Hrvoje Minigo



Pristajemo li na eutanaziju umjetnosti?

• Čitam danas, ne bez zabrinutosti, interview uglednoga svjetskog fizičara Stephena Hawkinga koji upozorava na sukob ljudske vrste i računala. Iako zvuči gotovo imaginarno, ovo promišljanje je za našu struku od nemjerljiva značenja. Nekad ugledan poziv visoko educiranih ljudi, poziv temeljen na znanju i vještini, ali i umjetnosti komunikacije, dijagnostike i terapijskih postupaka, pokušava se u glavama, ali i nasiljem medicinskih laika prenijeti u svijet numeričkih iskaza i normiranja.

Zar ćemo zaista dozvoliti eutanaziju umjetnosti našeg poslanja i pristati na pokrenutu traku u koju nas guraju pobornici u svijetu već umirućeg neoliberalizma? Sjetimo se Charlesa Spencera Chaplina u „Modernim vremenima“ i grotesknog prikaza modernizacije i dehumanizacije. Tehnologija nam silno pomaže, svaki napredak u dijagnostičkim alatkama kao i u terapiji dočekujemo s oduševljenjem jer služi pojedinačnom i općem boljštu. Nismo nerazumno ni paranoični, nećemo zaustavljati istinski napredak i svakako razumijemo potrebu i za boljim praćenjem rada i finansijskih učinaka, osobito u situacijama neimaštine kao što je naša. Ali pretjerano normiranje i pojigravanje s radom pojedinaca, timova i čitavog sustava ugroza je naših krajnjih korisnika, naših bolesnika. A ugroza zdravlja pojedinca, ugroza je i zdravlja naroda, i o tome svakako moramo razmišljati.

Istovremeno pojedine interesne skupine unutar naše struke počinju govoriti o naslijednim pravima, Norveškim i Danskim modelima primarne zdravstvene zaštite i sličnim samo naoko vrlo privlačnim temama. Na znanje onima koji možda nisu stigli do statistike, Norveška u 2014. godini ima bruto nacionalni dohodak ili famozni GDP u iznosu od 100.579 US dolara per capita. Druga je na listi, tik iza Luksemburga, a čak su i bogate zemlje zaljeva iza nje. Ali Norveški GDP nije takav zbog norveškog sustava zdravstva već zbog naftne iz Sjevernog mora, tek toliko da ne bi bilo zablude. Naša prelijepa domovina nalazi se s 13.401 US dolarom na 56. mjestu te liste. Pametnom dosta!

Svakako se trebamo zalagati za što bolji status svih naših kolega, ali ne buđenjem lažnih nada i sijanjem razdora već zajedničkim promišljanjem i djelovanjem.



Prije nekoliko dana održan je sastanak Glavnog odbora HLZ-a sa zavidnom razinom sudjelovanja kolega i kolega iz čitave nam Domovine. Promišljali smo različite teme oko kojih se u zadnje vrijeme vode brojni razgovori, pa čak i javna sučeljavanja. Iako je na trenutke bilo disonantnih tonova, u konačnici nismo pristali na razdvajanja, još jednom je naglašena suradnja s Hrvatskom liječničkom komorom, Hrvatskim liječničkim sindikatom, sveučilištima i medicinskim fakultetima. Suradnja s kolegama stomatolozima, doktorma dentalne medicine i njihov doprinos radu HLZ-a već je konstanta i dobar primjer za sve ostale. Vjerujemo u nastavak komunikacije i suradnje s HUBOL-om i KoHOM-om, kao i svim ostalim udrugama koje okupljaju predstavnike struke.

Ipak, liječnici kao da postaju jedan drugome vuk, a naša nekad ugledna profesija kao da postaje predmetom poruge bez dobrih namjera. Kao da se s namjerom provociraju sukobi donošenjem nespretnih i ne baš dobro promišljenih odluka. Na žalost, u tako složenoj situaciji stvara se predispozicija za podjele, za potenciranje napetosti među kolegama, rađaju se neke iracionalne osobne ambicije i zahtjevi. Podjelama se dovodimo u situaciju da o našoj sudbini odlučuju drugi, a ne mi sami. Siguran sam da nećemo dozvoliti da nas aktualno okruženje zaustavi u našem časnom poslanju.

Nažalost materijalna primanja liječnika uistinu postaju sve niža, odlasci iz Domo-

vine sve učestaliji, a zahtjevi koji se postavljaju pred kolege koji rade u sustavu sve su veći i veći. I ove godine kao da se radi o preslici svih neuspjeha na polju ekonomije, a odluke administracije često zbunjuju i unatoč neupitnoj želji za smanjenjem kao da povećavaju stupanj entropije. Gledajući fizikalne zakone i to je moguć put u potpunu stabilnost sustava, ali nadamo se da se to neće dogoditi tek na razini absolutne nule.

S osobitim smo zadovoljstvom pozdravili presudu iz Strasbourga kojom su na Europskom sudu za ljudska prava potvrđena neka staleška prava i zahtjevi Hrvatskog liječničkog sindikata. Budi nadu, iako se spor vodio od 2005. godine. Izgleda da ipak vrijedi uzrečica kako za pravu istinu nikad nije kasno.

Hrvatski liječnički zbor stožerno je mjesto svekolikog hrvatskog liječništva. HLZ ima pravo i obavezu štititi ugled svih svojih članova, liječnika i liječnika dentalne medicine. Ne postiže se to glasnim tonovima, medijskom hajkom ili sukobima među kolegama. Ugled struke gradi se i štiti trajno, iz dana u dan, godinama, desetljećima pa i stoljećima. Takvo djelovanje ostavlja trag, ali daje i snagu argumenta.

Upućujemo apel za razgovor svim kolegama, kao i za izbjegavanje svih neetičkih postupaka, govora netolerancije te kršenja Hipokratove prisege. Nemojmo podleći zovu medija i dnevne politike za jednokratnu uporabu. Hipokrat je možda arhaizam, ali snaga koja izvire iz povijesti treba biti naša vodilja u bremenitim vremenima obilježenih lutanjima.

Na tom tragu su i novi uradci Hrvatskog liječničkog zbora, knjige „Smjernice publicirane u časopisu Liječnički vjesnik 2004.-2014.“ i „The Croatian Medical Association, 1874-2014.“ izdanje povjesnice HLZ-a na engleskom jeziku.

U vrijeme Došača s nadom očekujemo svekoliko veselje i dolazak boljih vremena. Nadali smo se tome i prošle godine, upravo čitam prošlogodišnje uvodnike, i teško se oteti dojmu da smo ostali pomalo iznevjereni. Ni-smo iznevjereni u svojoj nadi, već u djelovanju svih onih od kojih smo očekivali više vještina i znanja na dobrobit svekolikog liječništva i, još važnije, na dobrobit zdravila naroda.

Uporna kiša i hladnoća oko nas, ali iskonska toplina u nama, naučeno od malena i nikad ne zaboravljeno. To je vrijeme Adventa, vrijeme očekivanja i nade.

I ova je godina prošla prebrzo za mnoge od nas, kao da smo jučer krasili božićno drveće, kao da smo se jučer veselili ulasku u novu i bolju godinu.

A od svega toga ostala je, nadam se, sreća osobnih uspjeha i događanja, sreća obiteljskih druženja i stručnih zadovoljstava.

141. godina Hrvatskog liječničkog zbora i tradicionalni humanitarni
Liječnički bal
28.02.2015. • HOTEL ESPLANADE • ZAGREB

Informacije i kontakt:
O-Tours d.o.o., Gajeva 6/1, Zagreb
Kontakt osoba: Tatjana Kopčić
e-mail: tatjana.kopcic@otours.hr
mobilni: +385 98 9905 716

Informacije o cijeni i
predaji ulaznica potražite
na stranici www.hlz.hr ili
www.otours.hr

Liječnički bal održat će se 28. veljače u hotelu Esplanade

Osobno sam ponosan na svaku novu generaciju liječnika i liječnika dentalne medicine koji godinu za godinom ulaze u naš stalež. Iskrene čestitke svim mladim kolegicama i kolegama te poziv da nam se pridruže u očuvanju tradicije i rada Hrvatskog liječničkog zbora kao i svekolikog liječništva.

Naša nada živi i vjerujemo da aktivnim djelovanjem i dijalogom možemo dosegnuti i ono što nam se u ovom trenu čini nesumnjivo daleko.

Prigoda je na kraju godine zahvaliti svim kolegicama i kolegama na svemu uloženom u očuvanje ugleda struke te osobito besprijekornu skrb o bolesnim ljudima.

Uzlazimo u 141. godinu življenja Hrvatskoga liječničkog zbora. Ozbiljne su to godine, koje daju snagu našem djelovanju i našim porukama.

Uvjeren sam da ćemo svojim dostojanstvenim držanjem pokazati da smo iznad nametnutih podjela, a djelovanjem skrbiti ne samo o članovima HLZ-a već i o svekolikom korpusu liječništva, ali i cijelom sustavu zdravstvene skrbe.

Siguran sam kako će sva stručna društava, kao i podružnice Hrvatskog liječničkog zbora, uložiti sva svoja znanja i elan u ostvarenje ovih ciljeva.

Mudrosti nikad dosta. Hvala vam što ste s velikim marom i dragovoljnim aktivnosti-

ma održali u Zboru i u organizaciji HLZ-a brojne sastanke, simpozije, radionice i kongrese, ugostili brojne ugledne strane kolege. Neka Europa, kojoj s pravom pripadamo stoljećima, nastavi biti naš put, a suradnja s kolegama bude još intenzivnija.

Liječnički vjesnik, zahvaljujući u prvom redu neuništivoj energiji uredništva i glavnog urednika, nastavlja kontinuitet svoga izlaženja uza sve veći broj vrijednih priloga te nacionalnih postupnika za dijagnostiku i liječenje brojnih bolesti. Povijest „Liječničkog vjesnika“ dostupna je u značajnom segmentu u digitalnom obliku na zborškim stranicama. Još jednom ističem kao velik doseg suradnju Liječničkih novina s Liječničkim novinama HLK-a, koja je urodila plodom, a zajednički nastup prema našim kolegama omogućio širi prikaz aktivnosti HLZ-a.

Drage kolegice i kolege, dame i gospodo, svima vama i vašim obiteljima želim svekolik životni sklad i obilje sreće te prije svega dobro zdravlje.

Sretan vam Božić i uspješna nova 2015. godina!

Predsjednik
Hrvatskoga liječničkog zbora
prof. dr. sc. Željko Krznarić, FEBGH

.....

Izložba slika dr. Budimčića u HLZ-u

U klubskim prostorijama Hrvatskog liječničkog doma u Zagrebu priređena je 1. samostalna izložba slika prim. dr.

Dragomira Budimčića,
dermatovenerologa u mirovini,
slikara amatera, koje su nastale
u protekle dvije godine.



11. sjednica Vijeća HLK

Izmjene Pravilnika o izboru tijela Komore uputit će se Skupštini

Tekst i slike Andreja Šantek

- Članovi Vijeća raspravili su i prihvatili izmjene i dopune Pravilnika o izboru tijela koji je izradila radna grupa koju je vodio doc. dr. sc. **Vladimir Mozetić**.

Usvojeni prijedlog uputit će se na usvajanje članovima Skupštine koji će o njemu raspravljati na izvanrednoj sjednici Skupštine 24. siječnja iduće godine.

Prihvaćen je prijedlog prema kojem mandat predsjednika Skupštine, predsjednika Vijeća i članova Vijeća, predsjednika i dopredsjednika, članova Izvršnog odbora, rizničara, članova Časnog suda i Visokog časnog suda, te predsjednika, dopredsjednika i članova županijskih povjerenstava prestaje danom imenovanja istih na neku od dužnosti tijela javne i državne vlasti sukladno članku 3. Zakona o sprječavanju sukoba interesa.

Članovi Vijeća nisu prihvatali prijedlog da se za predstojeće izbore uvede elektronsko glasanje tj. podržali su stav radne grupe kako elektronsko glasanje nije moguće kvalitetno provesti do ovih izbora. Članovi Vijeća raspravljali su o činjenici da elektronsko glasanje nije anonimno, kao i o tome da se takav način glasanja ne provodi niti u jednoj Komori u Europi.

Vijeće predlaže da se glasanje i daje obavlja putem glasačkih listića koje na temelju liste kandidata izborne jedinice sastavlja i raspodjeljuje Središnje izborni povjerenstvo (SIP).

Predlaže da se na listić ubuduće doda i identifikacijski broj listića te suhi žig Komore kako bi se izbjegle eventualne zloporabe. Svi lističi prikupljali bi se u sjedištu Komore gdje bi SIP imao mogućnost pozvati i predsjednike županijskih izbornih povjerenstava da sudjeluju u radu tj. prebrojavanju glasova. Lističi koji eventualno neće biti moguće očitati na optičkom čitaču prebrojavali bi se i pribrajali ručno.



Dopredsjednik
Vijeća dr. sc. Ivan Horvatek

Kašnjenje u izdavanju licenca

Članovi Vijeća obaviješteni su da svi doktori koji su u postupku relicenciranja neće, zbog tehničkih razloga, moći dobiti novu licencu

do trenutka isteka stare licence.

Kako je objasnila tajnica Komore **Nikolina Budić**, dipl. iur., prema naputku Ministarstva zdravljia Komora je dužna u obavljanju javnih ovlasti primjenjivati Uredbu o natpisnoj ploči i zaglavljaju akta tijela državne uprave, lokalne, područne i mjesne samouprave i mjesne samouprave, te pravnih osoba koje imaju javne ovlasti.

To znači da je Komora dužna prateći rješenja izdavati na obrascu točno definiranog zaglavja pa je u tijeku izrada novih obrazaca. Zamjenik predsjednika Vijeća dr. sc. **Ivan Horvatek**, koji je vodio sjednicu, dodao je da ukoliko liječnicima kojima do izdavanja nove licence treba dokument kojim će dokazati da ispunjavaju uvjete za obnovu, mogu od stručnih službi Komore zatražiti potvrdu koja će im vrijediti do izdavanja nove licence.

Nacionalni plan reforme bolnica

Predsjednik Povjerenstva za šibensko-kninsku županiju mr. dr. **Ivo Blaće** rekao je kako liječnike muče najave o novom načinu financiranja bolnica te kako ne znaju hoće li bolnice dobivati dovoljno novaca i hoće li to dovesti u pitanje isplatu plaća. Tražio je da se tijela Komore uključe u ovu priču kako bi se izbjegao ovakav scenarij.

Može li liječnik ispisati pacijenta iz skrbi

Predsjednik Povjerenstva za Virovitičko-podravsku županiju dr. **Željka Perić Sekulić** zanimalo je pod kojim uvjetima doktor može, zbog narušenih odnosa, ispisati pacijenta iz svoje skrbi.

U konkretnom slučaju, objasnila je, radilo se o verbalnom zlostavljanju i prijetnjama



Predsjednik Povjerenstva Sisačko-moslavačke županije dr. Davor Jelaska
i predsjednik Povjerenstva za Šibensko-kninsku županiju mr. Ivo Blaće

ma koje su rezultirale i prijavom pacijenta policiji od strane liječnika.

Način odabira izabranoj doktora primarne zaštite pa tako i mogućnost odbijanja izbora osigurane osobe reguliran je Pravilnikom o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor doktora medicine i doktora dentalne medicine primarne zdravstvene zaštite HZZO-a (NN 41/07, 4/10, 12/10, 41/12, 50/13, 91/13, 80/13) koji u čl. 9. propisuje da izabrani doktor ima pravo odbiti izbor osigurane osobe samo u slučaju ako broj opredijeljenih osiguranih oso-

ba koje ima u skrbi prelazi maksimalni mogući broj utvrđen aktima HZZO-a, te ako između izabranoj doktora i osigurane osobe postoji poremećaj međusobnih odnosa.

U novom Pravilniku koji stupa na snagu 20. prosinca 2014. godine, propisan je i dodatni razlog tj. ako je osiguranoj osobi izrečena mjera zabrane približavanja izabranom doktoru, liječnik može zatražiti da se osigurana osoba više ne vodi kao njegova opredijeljena osigurana osoba. U tom slučaju, prema zahtjevu izabranog doktora, HZZO će biti obvezan po

službenoj dužnosti osiguranoj osobi privremeno odrediti liječnika kod kojeg će osiguranik ostvarivati zdravstvenu zaštitu i odrediti rok od 15 dana da osobno odabere novog liječnika.

Ako osigurana osoba ne izabere novog liječnika u roku od 15 dana od primjete obavijesti smatrati će se da je suglasna s izborom privremeno određenog doktora primarne zdravstvene zaštite.

.....

32. sjednica Izvršnog odbora

Pokretanje postupka za ispitivanje ustavnosti Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora

Tekst i slike Andreja Šantek

- U zagrebačkom hotelu The Westin 8. svibnja će se održati tradicionalni simpozij HLK. Ovogodišnja tema je „Liječnička samouprava u Europi – 20. obljetnica obnovljenog rada Hrvatske liječničke komore“, a očekuje se dolazak predsjednika europskih komora i liječničkih organizacija.

Idućeg dana, 9. svibnja održat će se i svečanost povodom obilježavanja 20. godišnjice rada HLK kada se očekuje i predstavljanje monografije te dodjela priznanja. Odluke su to donesene na 32. sjednici Izvršnog odbora održanoj 12. prosinca.

Iz rada povjerenstava

Predsjednica Povjerenstva za etiku i deontologiju prof. dr. **Mirjana Sabljarić Matovinović** izvjestila je članove IO-a da će se uskoro početi uzrađivati novi Kodeks medicinske etike i deontologije u suradnji s Hrvatskim liječničkim zborom.

Predsjednik Povjerenstva za PZZ dr. **Senad Musić** rekao je da mu se javljaju ko-

lege koji nakon radnog vremena dežuraju u 'priručnoj' ambulanti u Savskoj ulici i pružaju zdravstvene usluge hrvatskim braniteljima koji prosvjeduju ispred Ministarstva branitelja. Dr. Musić kazao je da kolege u kontejneru, koji je ovom prilikom pretvoren u ordinaciju, rade u neprimjerenim uvjetima te ne mogu pružiti niti kvalitetnu zdravstvenu zaštitu onima kojima je potrebna. Predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** kazao je kako je već o tome razgovarao s pročelnicom zagrebačkog Gradskog ureda za zdravstvo prof. dr. Mirnom Šitum te kako je za sljedeći tjedan zakazan sastanak svih relevantnih institucija kako bi se razriješio ovaj problem.

Zamjenik predsjednice Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika dr. **Ninoslav Leko** rekao je da je Povjerenstvo u ovoj godini obradilo više od 2500 predmeta. Također je donesen i novi Pravilnik o TMI, u koju su uneseni novi oblici edukacije za liječnike, a koji



Predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju doc. dr. sc. prim. Hrvoje Šobat

je uskladen s europskim pravilnikom o TMI. Povjerenstvo za bolničku djelatnost, u suradnji sa Savjetom HLZ-a, uskoro će organizirati tematsku sjednicu na kojoj će se raspravljati o novom Nacionalnom planu razvoja bolnica, rekla je predsjednica Povjerenstva prof. dr. **Ljiljana Perić**. Dodala je kako se liječnici u bolnicama susreću s informacijama o smanjenju broja kreveta, o gašenju i spajanju odjela te kako je o tome potrebno razgovarati i vidjeti kako se argumentirano mogu protiv toga boriti. Nisu dovoljno upoznati niti s novim modelom financiranja bolnica za koji im stižu najave iz Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i Ministarstva zdravlja. S njom se složio i doc. dr. sc. **Vladimir Mozetić**, predsjednik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost, dodajući kako administracija nije riješila pitanje financiranja, ali niti informiranja, te da bez te dvije stvari neće biti moguće provesti dobre ideje u praksi, pa tako niti Nacionalni plan. U njemu su dobre strane, dodao je, 'spuštanje' rješavanja zdravstvenih problema na primarnu razinu, uvođenje dnevnih bolnica kao i uvođenje registra zdravstvenih ustanova. Doc. Mozetić rekao je da sudjeluje u izradi nacrtu novog Zakona o pružanju zdravstvenih usluga u turizmu odnosno da su uključeni u fokus grupu te očekuju dobar rezultat. Dodao je kako se u nacrtu Zakona nalazi i odredba o provođenju zdravstvenog turizma u ustanovama bez obzira jesu li u vlasništvu države ili su privatne. Doc. Mozetić rekao je da je zdravstveni turizam bitna grana gospodarstva koja se može uklopiti u javni zdravstveni sustav.

Predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju doc. dr. sc. prim. **Hrvoje Šobat** informirao je članove IO-a o novostima koje se trenutno događaju na europskom planu – potpisivanje trgovinskog sporazuma između SAD-a i Europe o slobodnoj trgovini ljudi i roba. Ono što je posebno bitno liječnicima jest i informa-



Predsjednica Povjerenstva za Koprivničko-križevačku županiju dr. Gordana Arambašić i predsjednica Povjerenstva za Bjelovarsko-bilogorsku županiju dr. Gordana Knežević Miličić

cija, dodao je, da je Europsko udruženje obiteljskih liječnika (UEMO) podržalo task-shiftinig.

Ostale odluke

Komora će po opunomoćeniku, odvjetniku Tomislavu Konforti, podnijeti Ustavnom судu prijedlog za pokretanje postupka za ocjenu suglasnosti Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 100/11, 133/11, 54/12 i 49/13, čl. 11. i čl. 12.). Riječ je o postupku kojim se želi ukazati da je neustavno i nezakonito plaću kao 'trošak specijalizacije' uvrštavati u obvezni sadržaj 'ugovora o međusobnim pravima i obvezama' gdje plaća postaje predmetom povrata u okviru naknade štete što proizlazi iz članka 11. Pravilnika. U tom slučaju, doktor kao radnik ostaje bez plaće što znači da mu je uskraćeno (ili barem uvjetovano) ustavno pravo na zaradu. Čl. 8. Pravilnika propisuje da se specijalizacija može odobriti samo doktoru koji je u radnom odnosu na neodređeno vrijeme. To znači da pravo na

plaću doktoru proizlazi iz sklopljenog ugovora o radu i predstavlja naknadu za obavljeni rad pa je utvrđenje iz čl. 12. Pravilnika, da troškove specijalizacije obuhvaćaju i bruto plaću doktora, protivno čl. 56. Ustava i čl. 7. st. 1. Zakona o radu. Drugim riječima, pokušat će se otkloniti mogućnost da ravnatelji zdravstvenih ustanova u trenutku završetka specijalizacije, a ukoliko doktor želi promijeniti poslodavca, zahtjeva od njega da mu uz nastale troškove tj. štetu vrati i plaću koju je zaradio i odradio za vrijeme trajanja specijalizacije.

Izvršni odbor razriješio je s mjesta predsjednika Časnog suda Komore Stanka Hautza, dipl. iur.. Za novog predsjednika imenovan je dosadašnji zamjenik **Ivana Veselić**, dipl.iur.. Odlukom IO, izvan snage je stavljena odluka o utvrđivanju visine naknade za izdane izvatke i potvrde iz javnih knjiga i evidencija HLK-a iz 2005. godine. IO je raspravljao i o prijedlogu radne grupe koja je radila na izmjena i dopunama Pravilnika o izboru tijela HLK.

.....

Sljedeći broj Liječničkih novina
izlazi 15. veljače 2015. godine
U siječnju Liječničke novine ne izlaze.

Sretan Božić i Novu godinu
svim liječnicima u Hrvatskoj!

Uredništvo

Izgubljene, otuđene i uništene iskaznice

- Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da su dr. **Maja Malenica Ravlić** i dr. **Dobrila Tomic** prijavile gubitak liječničke iskaznice HLK-a, dr. **Lidija Stanišić** otuđenje, a dr. **Sanja Kuzmanić** Komadina oštećenje liječničke iskaznice. U roku od 30 dana od objave gubitka, otuđenja ili uništenja liječničke iskaznice u službenom glasilu Liječničkim novinama, Komora, odnosno izdavatelj iskaznice, liječnicima će izdati novu iskaznicu.

.....

Hrvatska liječnička komora potpisala Sporazum o suradnji s UEMS-om

Tekst i slike Andreja Šantek



Glavni tajnik UEMS-a dr. Edwin Borman, predsjednik HLK-a prim. dr. Hrvoje Minigo i predsjednik UEMS-a dr. Romuald Krajewski

• Predsjednik Hrvatske liječničke komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** i predsjednik Europskog udruženja liječnika specijalista (UEMS) dr. **Romuald Krajewski** potpisali su 29. studenoga u sjedištu UEMS-a u Bruxellesu Sporazum o suradnji kojim je Komora postala nacionalno akreditacijsko tijelo koje aktivno sudjeluje u akreditaciji stručnih skupova pred UEMS-om.

Sporazumom je definirana suradnja na području akreditacije međunarodnih događanja trajne medicinske izobrazbe (TMI), ujamnog priznavanja TMI bodova, poboljšanje kvalitete postupka akreditacije TMI događanja te povezanih aktivnosti.

UEMS na području TMI-ja djeluje preko svog tijela, Europskog akreditacijskog vijeća za trajnu medicinsku izobrazbu (EACCME), koje potiče primjenu visokih standarda u razvoju, provedbi i usklađenju trajne medicinske izobrazbe i trajnog stručnog usavršavanja.

Akreditacija koju dodjeli UEMS/EACCME automatski će se priznavati u svim zemljama

ma u Europi i onih izvan nje čija su nacionalna akreditacijska tijela potpisala sporazum s UEMEACCME-om (kao i SAD).

„Izobrazba liječnika trajni je postupak koji ne prestaje završetkom studija ili specijalizacije već se nastavlja kroz program trajne izobrazbe i to prema svjetskim standardima. Trajnom medicinskom izobrazbom liječnik

treba stalno usavršavati, proširivati i osuvremjenjivati svoja znanja i vještine te ih koristiti u dijagnostičkim, terapijskim i rehabilitacijskim postupcima prema pacijentima koji će zbog toga osjetiti poboljšanje kvalitete rada svojih liječnika.

Kako je stručno usavršavanje liječnicima zakonska obveza, Komora im pomaže i olakšava pristup novim znanjima. U tom smjeru je i sporazum s UEMS-om kojim se osigurava veća kvaliteta stručnih skupova koji su bodovani od strane Komore“, rekao je prim. Minigo. Podsjetio je da liječnici u postupku obnavljanja licence za rad moraju priložiti i dokaze o stručnom usavršavanju odnosno prikupiti 120 bodova tijekom šest godina.

O UEMS-u

UEMS je osnovan 1958. godine i zastupa interese liječnika specijalista na međunarodnoj razini. Riječ je o nedržavnoj dobrovoljnoj organizaciji koja obuhvaća nacionalne liječničke organizacije koje predstavljaju medicinske specijaliste u Europskoj uniji i pridruženim zemljama. UEMS trenutno okuplja 34 zemlje i 39 specijalističkih sekcija te osigurava zastupstvo za oko 1,4 milijuna medicinskih specijalista koji rade u Europi.

Ispred Hrvatske član UEMS-a je od 1996. godine Hrvatski liječnički zbor sa svojim društvima od kojih više od 30 ima svoje delegate u sekcijama i odborima UEMS-a. Ulaskom Hrvatske u EU, HLZ je postao punopravni član UEMS-a, a Komora je kao nadležno tijelo za TMI stekla uvjete za sklapanje sporazuma i time postala nadležno akreditacijsko tijelo.

Na sastanku u Bruxellesu sudjelovali su uz prim. Miniga i voditeljica nacionalne delegacije pri UEMS-u prim. dr. **Katarina Sekelj - Kauzlaric**, zamjenik predsjednice Povjerenstva za TMI dr. **Ninoslav Leko** i tajnica Komore **Nikolina Budić**, dipl. iur..



Zamjenik predsjednice Povjerenstva za TMI dr. Ninoslav Leko, tajnik Komore Nikolina Budić, dipl. iur., glavni tajnik UEMS-a dr. Edwin Borman, predsjednik Komore prim. Hrvoje Minigo i voditeljica nacionalne delegacije pri UEMS-u prim. Katarina sekelj Kauzlaric

PREGLED AKTIVNOSTI HLK OD 23. LISTOPADA DO 12. PROSINCA 2014. (OD 31. DO 32. SJEDNICE IO HLK)

23. listopad

- prim.dr. H. Minigo na poziv Hrvatskog zavoda za transfuzijsku medicinu u Zagrebu nazočio svečanosti i primanju povodom Dana darivatelja krvi

24. listopada

- prof.dr. Lj. Perić aktivno sudjelovala na konferenciji HUBOL-a „Izazovi i perspektive Nacionalnog plana hrvatskih bolnica 2014.-2016.“

29. listopada

- prim.dr. H. Minigo na poziv Hrvatskog društva za kliničku farmakologiju i terapiju HLZ-a sudjelovao na okruglom stolu „Generički lijekovi-zašto su ponovo aktualna tema?“
- prim.dr. K. Sekelj-Kauzarić nazočila sastanku Povjerenstva za promicanje kvalitete Medicinskog fakulteta u Zagrebu

4. studenoga

- na zahtjev HLK, prim.dr. H. Minigo, prim.dr. E. Ćepulić i prim.dr. K. Sekelj - Kauzarić sudjelovali su na radnom sastanku s pomoćnicom ministra zdravlja dr. D. Cimera i suradnicima na kojem se raspravljalo o naplati upravne pristojbe od strane HLK, o izmjenama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, donošenju novog Zakona o liječništvu, te sudjelovanju HLK u izradi akata koje donosi Ministarstvo zdravlja, a tiču se bitnih pitanja iz sustava zdravstva

5. studenoga

- u Komori održan sastanak radne grupe Vijeća za izmjene i dopune Pravilnika o izboru tijela HLK
- na inicijativu HLK u Komori održan sastanak s dr. M. Trošeljem, voditeljem Registra resursa u zdravstvu HZJZ-a
- prim.dr. E. Ćepulić u Zagrebu nazočio konferenciji „Govorimo o raku pluća: novosti u pristupu i metodi liječenja“

6. studenoga

- prim.dr. K. Sekelj-Kauzarić, na poziv Hrvatske lige protiv reumatizma, sudjelovala u na okruglom stolu „Dostupnost stacionarne medicinske rehabilitacije u Hrvatskoj“

7. studenoga

- prim.dr. K. Sekelj-Kauzarić i N. Budić, dipl.iur. u Hrvatskoj ljekarničkoj komori nazočile zajedničkom sastanku komora u zdravstvu

10. studenoga

- u Komori održan sastanak s predstvincima Hrvatskog društva umirovljenih liječnika HLZ-a u vezi finansijske pomoći za izdavanje knjige stručnih članaka
- u Komori održan sastanak s predstvincima Zavoda za sudsку medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu, prof. dr. M. Kubatović i prof. dr. D. Žečevićem radi razmatranja prijedloga o unapređenju izobrazbe kandidata za stalne sudske vještak

12. studenoga

- prim. dr. H. Minigo u Zagrebu nazočio predstavljanju projekta HZZO-a ISL+ (Informacijski sustav za liječnike)

14. studenoga

- u Komori održana sjednica Vijeća HLK
- obavljen izvanredni stručni nadzor nad radom Specijalne bolnice za ortopediju i opću kirurgiju „dr. Nemeć“ u Matuljima
- prof. dr. sc. V. Jukić predstavljao HLK na obilježavanju 135. obljetnice postojanja i rada bolnice „Vrapče“
- prim. dr. K. Sekelj-Kauzarić u Zagrebu nazočila konferencijskoj komisiji Hrvatskog društva za sigurnost pacijenta

19. studenoga

- prim. dr. K. Sekelj - Kauzarić u Ministarstvu zdravlja nazočila sastanku s predstvincima Hrvatskog društva mladih liječnika HLZ-a
- prim. dr. K. Sekelj - Kauzarić i N. Budić, dipl. iur. u Hrvatskoj ljekarničkoj komori nazočile zajedničkom sastanku komora u zdravstvu

20. studenoga

- na poziv Ministarstva zdravlja prim. dr. H. Minigo i prim. dr. K. Sekelj - Kauzarić u Ministarstvu zdravlja nazočili sjednici Nacionalnog povjerenstva za specijalističko usavršavanje doktora medicine
- dr. M. Malnar, dr. S. Mušlić, N. Budić, dipl. iur. i A. Šantek, dipl. nov. u Opatiji sudjelovali na međunarodnom kongresu primarne zdravstvene zaštite Renesansa
- M. Lacković, dipl. iur., kao predstavnica HLK i Povjerenstva za međunarodnu suradnju u Zagrebu sudjelovala na radionici Vijeća Europe „Good classification practices in promoting medication safety and accessibility in Europe“
- prim. dr. D. Borčić u Zagrebu nazočio svečanom otvaranju Zagreb International Medical Summit-a (ZIMS 14)
- prim. dr. V. Mahovlić u Zagrebu nazočio znanstvenom skupu „Zdravstvo i socijalna zbivanja u Prvom svjetskom ratu“

21. studenoga 2014.

- prim. dr. H. Minigo u Zagrebu nazočio svečanom otvaranju kongresa Hrvatskog neurokirurškog društva HLZ-a
- prim. dr. H. Minigo kao član Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora nazočio sjednici Odbora (prijedlog Državnog proračuna za 2015., prijedlog Zakona o izvršavanju Državnog proračuna za 2015., izmjene Zakona o doprinosima)

24. i 25. studenoga

- prim. dr. K. Sekelj - Kauzarić u Zagrebu sudjelovala na konferenciji „Quality and safety culture“ u organizaciji Agencije za kvalitetu i akreditaciju ustanova u zdravstvu

27. studenoga

- prim. dr. H. Minigo u Ministarstvu zdravlja nazočio sjednici Povjerenstva za priznavanje naziva primaririjus
- prim. dr. H. Minigo u Zagrebu nazočio svečanom obilježavanju 75. obljetnice rada Klinike za kirurgiju lica, čeljusti i usta Medicinskog i Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Kliničke bolnice Dubrava

- prof. dr. M. Sabljar-Matovinović na Hrvatskom katoličkom sveučilištu sudjelovala u raspravi okruglog stola „Priziv savjesti“

- obavljen izvanredni stručni nadzor nad radom Klinike za oftalmologiju i Klinike za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata KBC-a Rijeka

28. studenoga

- dr. sc. V. Sitar - Srebočan u Zagrebu nazočila otvaranju simpozija Hrvatskog društva za medicinsko vještovanje u mirovinskom osiguranju HLZ-a

29. studenoga

- prim. dr. H. Minigo, prim. dr. K. Sekelj - Kauzarić, prim. dr. N. Leko, N. Budić, dipl.iur. i A. Šantek, dipl. nov., u Bruxellesu nazočili potpisivanju Sporazuma između UEMS-a (EACCME) i Hrvatske liječničke komore
- doc. prim. dr. H. Šobat u Budimpešti nazočio zasjedanju Skupštine Mađarske liječničke komore povodom obilježavanja 25. obljetnice

1. prosinca

- prim. dr. H. Minigo u Zagrebu nazočio svečanosti povodom otvorenja novih laboratorija u Plivinom istraživačkom institutu

2. prosinca

- na inicijativu nacionalne koordinatorice za unutarnje tržište EU gđe I. Graf, u Komori održan zajednički sastanak predstavnika Ministarstva rada i mirovinskog sustava, Ministarstva zdravlja, Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta, Ministarstva vanjskih i europskih poslova, Ministarstva graditeljstva i prostornog uređenja, Ministarstva poljoprivrede te predstavnika komora svih reguliranih profesija (zdravstvo, veterina, arhitektura i graditeljstvo) u vezi izmjena i dopuna Zakona o reguliranim profesijskim i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija

3. prosinca

- u Komori održan sastanak radne grupe Vijeća za izmjene i dopune Pravilnika o izboru tijela Hrvatske liječničke komore
- prof. dr. M. Sabljar-Matovinović u Zagrebu nazočila predstavljanju knjige „O zdravstvu iz ekonomskih perspektiva“

4. i 5. prosinca

- prim. dr. H. Minigo, dr. D. Juraga, prim. dr. D. Mrazovac, N. Budić, dipl.iur. i A. Šantek, dipl. nov., u Opatiji nazočili savjetovanju Udruge poslodavaca u zdravstvu
- obavljen izvanredni stručni nadzor nad radom Odjela za neurologiju i Odjela za psihijatriju OB-e Šibenik

8. prosinca

- od 8. do 12. prosinca 2014. u Komori održan 16. tečaj izobrazbe kandidata za stalne sudske vještak

9. prosinca

- prof. dr. V. Jukić u Zagrebu nazočio znanstvenom skupu „Vladimir Hudolin ispred svog vremena“
- doc. dr. V. Mozetić u Rijeci nazočio svečanoj sjednici Fakultetskog vijeća Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

10. prosinca

- prim. dr. H. Minigo i prim.dr. V. Mahovlić na poziv Akademije medicinskih znanosti Hrvatske nazočili svečanosti „Dies academicus“

11. prosinca

- u Komori održan tradicionalni zajednički sastanak lječnika - saborskih zastupnika i predstavnika Izvršnog odbora Komore. Raspravljalo se o aktualnim problemima te je zaključeno da će se organizirati tematska sjednica u suradnji s Komorom
- doc. dr. V. Mozešić u Rijeci nazočio svečanom obilježavanju 50. godišnjice neprekinutog izlaženja glasila Medicina fluminensis

Nastavljena je intenzivna suradnja s MZ-om te je Komora na području čitave Hrvatske delegirala predstavnike u stručna povjerenstva za utvrđivanje uvjeta za obavljanje zdravstvene djelatnosti glede prostora, radnika i medicinsko tehničke opreme zdravstvenih ustanova i trgovачkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti.

U navedenom periodu kontinuirano su se odvijali svi redoviti poslovi stručnih službi koji su zbog skroga isteka roka za podnošenje zahtjeva za relicitenciranje značajno povećanog opsega kako u središnjem uredu u Zagrebu tako i u županijskim povjerenstvima, organizacije provođenja ispita, li-

cenciranja lječnika iz inozemstva, pripremu sjednice Izvršnog odbora HLK, stalnih povjerenstava IO HLK, te aktivnosti usmjerene na davanje odgovora na učestala pitanja članstva koja su se u navedenom periodu značajno povećala u opsegu vezano

uz novu zadaću HLK, a koja se odnosi na izdavanje potvrda hrvatskim državljanima za odlazak na rad u inozemstvo kao i na nove poslove priznavanja inozemnih stručnih kvalifikacija.

.....



Tradicionalni susret sa saborskim zastupnicima

Trajna izobrazba u organizaciji Hrvatske lječničke komore i časopisa MEDIX

Rezultati testiranja za broj 111 (lipanj 2014.)

• Sukladno najavi, objavljujemo popis svih imena lječnika koji su točno odgovorili na veći broj (iznad 60%) pitanja na temu »Najčešće kronične neurološke bolesti« objavljenih u časopisu MEDIX broj 111 lipanj 2014. godine. Svi kandidati time su ostvarili 7 bodova, sukladno Pravilniku HLK. Napominjemo da posebne potvrđnice neće biti dostavljene, nego će se kao potvrda koristiti popis objavljen u Lječničkim novinama za prosinc 2014. Čestitamo svim sudionicima koji su pravodobno odgovorili na postavljena pitanja. Preporučamo čitateljima i ostale testove znanja koje će MEDIX redovito objavljivati.

Popis lječnika koji su točno odgovorili na više od 60% pitanja u testu MEDIX-a

- Allakaj Vilson
- Ambrušić Đuro
- Andrijašević -Trivić Izabela
- Antonić Željka
- Baboselac Ankica
- Baćić Anita
- Bajek Marin
- Balog Sandra
- Banjac Dijana
- Barać Sonja
- Barać Katija
- Bardač- Zelić Sunčica
- Bareta Radosna-Dome
- Barišić Anita
- Barišić Mirjana
- Bartolić Nina
- Batagelj Matulja Vesna
- Bator Ivana
- Bekavac Mara
- Belak Barišin Anita
- Belević Dinka
- Belić Anica
- Benčić Krinoslav
- Berger- Richter Snježana
- Bešlić Gabrijela
- Bilić Tomislav
- Biškup Jadranka

- Biškup Marija
- Bitar Zouheir
- Blaić Dinka
- Blažević Ivanka
- Blažić Helena
- Boban Silvana
- Bošnjak Branimir
- Božić- Grigić Davorka
- Božić Kvaternik Gordana
- Brala Trtolja Melita
- Briski Livia
- Briski Tibor
- Brnjac Lorena
- Brodarić Olivera
- Brus Škrljac Martina
- Bučević Kristijan
- Budimir Mario
- Bulević Lončarić Nerina
- Buljan Miroslav
- Bunjevac Branko
- Butorac- Šegulja Milojka
- Cecić- Sule Deana
- Cezner- Baćić Jasmina
- Chamae Snježana
- Cikač Silvija
- Copić Marija
- Cvečić Ana
- Cvitanović Barišić Vladimira

- Čaklović Marija
- Čelebić Ilijia
- Čićmak Smirnjak Ljiljana
- Črneli Marija
- Čučak Dubravka
- Čulina Željka
- Čupić Vladislav
- Damjanić Branka
- Dašić Nada
- Daus- Šebedak Danijela
- Dijan Irena
- Dobrić- Šimundža Milena
- Dolovski Zdravko
- Došen Ljiljana
- Dragoja Vesna
- Drašinac- Kurtagić Spomenka
- Dropuljić Nediljka
- Dujmov Stjepan
- Dumančić Nada
- Duraković Zijad
- Džankić Sanja
- Đulabić Luka
- Đuras Velimir
- Emedi Vladimir

- Ermacora Ratko
- Ezgeta Slavica
- Filipović Jelena
- Fischbach Šimunić Nataša
- Florini Diana
- Forster Lidija
- Gabud Gjurčević Senka
- Gložinić Milka
- Golubić Darko
- Golubovac - Rutar Milica
- Grbčić - Mikulić Biserka
- Grbin Mario
- Gregov Miodrag
- Grga Mirjana
- Grgić Marjana
- Grgić Tina
- Grgić Željka
- Grubešić Zdravko
- Grubišić Barbara
- Guščić Mislav
- Haluga Vladimir
- Hanžek Ivona
- Hofmann Jager Ozana
- Holzmann Miletic Ljerka
- Horvat Vera
- HRastinski Marija

Hrkač Snježana
 •
 Iličić Amila
 Imbriovčan Dubravka
 Išerić Natalija
 Ivančić Ravlić Iva
 Ivanišević Zlatko
 Ivić Josipa
 •
 Jagetić Jelena
 Jakić Marijana
 Jaklin Željka
 Jančić Jelena
 Janković Iva
 Jašić Branko
 Jazbec Vjekoslav
 Jerbić Boris
 Jerbić -Cecelja Martina
 Jolić Ani
 Jović Milena
 Jozić Radovan
 Jozinović Jelena
 Jungić Aleksandra
 Juras Danijela
 Jurca Ivana
 Juričić Mauricio
 Juričić Banai Sanja
 Jurišić Irena
 Jurišić Ivo
 Jurišić Vesna
 Jurković Krolo Vesna
 Jurlina Margareta
 •
 Kajganić Ana
 Kajić Marina
 Kajić Violeta
 Kalabrić Babić Silvana
 Kalšan Brkić Sanja
 Kalšan- Saik Vesna
 Karlica Hana
 Karlo Gergorić Barbara
 Kelava- Kukučka Kata
 Kešin Nenad
 Kirchbaum Oskar
 Ključević Kristijan
 Kobaš Antonio
 Kocijan Sandra
 Komar Lukač Ivona
 Komljenović Koprek Adela
 Kontić Maša
 Koprek Ivan
 Korči - Lovaković Željka
 Koričić Sanja
 Kosanović Radivoj
 Kosović Oliver
 Kotlić Sertić Ivona
 Kovač Vladna
 Kovač Zorko
 Kovačić Stipan
 Kozić Đurović Lela
 Kraljevski Davorka
 Kretonić Ksenija
 Krizman Vuhić Barbara
 Križaj Grden Aida
 Križan Daniel
 Križanić Sandra
 Krtalić Glorija
 Krznarić Nikolašević Silva
 Kukec Ivana

Kukovec Tamara
 Kukurin Dajana
 Kunštek- Kučanda Tatjana
 Kupinić Rožić Vlatka
 Kustura Lea
 Kutleša Dario
 Kuzmanić Komadina Sanja
 •
 Labura Darko
 Lacić Draganja Maja
 Lajter Marenić Marija
 Lakić Teodosija
 Lasić Živić Anita
 Laušin Veronika
 Librenjak Dina
 Lizatović Jelena
 Lokin Branka
 Lončar Dalibor
 Lovrinić Đino
 Lucijanić Ivica
 •
 Ljubas Mijo
 •
 Majsan Petra
 Maltar Miljenko
 Mamić Anka
 Marčec Robert
 Mardetko Darko
 Mareš Bratko Vera
 Marić Veljko
 Marić Violeta
 Marković Nada
 Martić Ankica
 Martinez Ivan
 Martinović Ivo
 Marunčić Simona
 Masovčić Jakov
 Matić Brnobić Mija
 Matić Jelić Mihaela
 Matić Marijana
 Matić Mirko
 Medić Boris
 Mercđep Mladen
 Mesiček Monika
 Mićić Josipa
 Mihaldinec Zlatko
 Miholek- Brkić Sanda
 Mijić Melita
 Mijić Nenad
 Milinković Željka
 Milosavljević Gačić Vesna
 Milovac Silvana
 Mintas Leo
 Miše Stjepan
 Mišigoj- Duraković Marjeta
 Mlačić- Bojić Nikica
 Mlačić- Pirija Marta
 Mladinić Tadin Sandra
 Moharić- Pranjić Marina
 Mrđen Vedrana
 Mrgan Tomićić Biserka
 Munitić Vjera
 Muršić Davorka
 Muršić Miroslav
 Mužić Tamara
 •
 Nakić Tišljar Višnja
 Nenadić Zdravko
 Nikles Gordana

Nikolić Renata
 Nikolić Ružica
 Nikšić Dubravka
 Novinščak Martina
 Novoselnik Dragan
 •
 Nježić Radmila
 •
 Obrovac Gudelj Jasmina
 Očić Leljak Melita
 Oršanić Nina
 Osman Dijana
 •
 Palaversa Musa Irena
 Palihnić Mila
 Paro-Matijašec Ivanka
 Paver Ivana
 Pavčić Tea
 Peček Vedrana
 Perić Marija
 Permozer Hajdarović Snježana
 Perušić Prpić Singlida
 Picukarić Zdenka
 Pivčić- Gombović Ana
 Pižeta Ivan
 Pogorelić Mladen
 Polić Kljajić Iva
 Popić Vlasta
 Prga Bajić Tajana
 Protrka Ino
 Prusac Jadranka
 Prvulović Mirković Tatjana
 Puljiz Marijana
 Puvačić Solomun Jadranka
 •
 Radaković Petar
 Radeljak Protrka Maša
 Radičević Ana
 Radić Mihael
 Radovniković Goran
 Rađenović Sanja
 Rastovac Martina
 Rašić Veronika
 Rojnić Matejčić Roberta
 Rosandić- Piasevoli Rosanda
 Rošić Damir
 Roža Macan Natali
 Ručević Mira
 Rudelić Zadrović Maja
 Rudež Josip
 •
 Sabo Anica
 Sanković Božena
 Santica Mia
 Scagnetti Ksenia
 Schwenner Radovniković
 Jelena Sekovanić Josip
 Seničić Šlogar Danijela
 Skender Josip
 Slavić Domagoj
 Soldo Mario
 Sorić Maša
 Sovilj Katrica
 Stakor Mirjana
 Stanečić Kristina
 Stanić Jurašin Karmen
 Stanić Rikard
 Starčević Alma
 Strugalo Jadranka

•
 Šalić Herjavec Dubravka
 Šamarija Vladimir
 Šepić Liljana
 Šestan Katarina
 Šikanić Sonja
 Šinko Vladimir
 Šitum Vedrana
 Šmider-Knezović Jasmina
 Šoštaric Želalić Vera
 Španić Mindoljević Marija
 Špišić- Treursić Davorka
 Štanfel Ivanka
 Štanfel Željko
 Šumberac Šaravanja Suzana
 Šunjara Dragutin
 Šuperina Branka
 Šupraha Biserka
 Šuškov Sunčica
 •
 Tasovac Dušica
 Telak Jana
 Tomljenović Ivančec Pavica
 Topolnjak Natalija
 Topolovec-Galic Biserka
 Treska Pintarić Jasenka
 Treščec Tomislav
 Turjak Josip
 Turković Veljka
 •
 Uglešić Lovorka
 Uglešić Lovro
 Uhoda Branko
 Unfirer Sanel
 Urumović Sonja
 Utrobičić Ante
 •
 Verbanac Ira
 Vidošević Ljiljana
 Vidović Šehović Heda
 Viduka Kata
 Vincetić Danijela
 Vitasović Grandić Mirjana
 Vladisavljević Maja
 Vujnović Anka
 Vukelić Sonnenschein Jasmina
 Vukić Veljko
 Vukman Marija
 Vukojević Ana
 Vuković Debogović Morena
 Vuletić Bruno
 •
 Winterhalter Zvonar Branka
 •
 Zavidić Tina
 Zečević Marija
 Zekić Božana
 Zibar Biljana
 Zlački Račić Sanja
 Zubak Marić Branka
 •
 Žambok Ivanka
 Žarković Branimir
 Žarković Maja
 Žic Alemka
 Žic Ozren
 Žigić Zorana
 Žutić Dušanka
 Žvorc Jovanka
 Žvorc Marijan

Kongres „Renesansa primarne zdravstvene zaštite“

Liječnici žele pravni okvir za miran posao, financijsku stabilnost i uvažavanje administracije

Piše Andreja Šantek, slike Bruno Ranković

- Prvi međunarodni kongres „Renesansa primarne zdravstvene zaštite“, u organizaciji udruge CIMS, okupio je od 20. do 22. studenoga u Opatiji više od 400 sudionika, liječnika, stomatologa, farmaceuta, predstavnika industrije i zdravstvene administracije.

Tijekom tri dana liječnicima su na raspolaganju bili i ministar zdravlja prim. **Siniša Varga** i v.d. ravnateljice HZZO-a **Tatjana Prenda Trupec**, koji su držali plenarna predavanja, ali i sudjelovali u raspravama na okruglim stolovima te odgovarali na pitanja sudionika. Na kongresu se raspravljalo o odnosu primarne zdravstvene zaštite s Ministarstvom i HZZO-m, s posebnim osvrtom na primjenu novog

modela financiranja koji je na snazi od travnja 2013. godine kako u obiteljskoj i dentalnoj medicini, tako i u pedijatriji, ginekologiji i ljekarništvu. Novi model značio je uvođenje novih dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP) s posebnim naglaskom na preventivu, kao i pojačanu kontrolu učinkovitosti i kvalitete rada doktora i njihovih postupaka kroz koji se ostvaruje osnovni model prihodovanja. Primarcima su omogućeni i dodatni modeli prihodovanja, kao što su preventivni paneli, udruživanje u skupne prakse i program 5 zvjezdica. Na kongresu su predstavljene i novosti u ugovaranju za 2015. godinu, a predsjednica Koordinacije hrvatske obiteljske medicine, dr. **Ines Balint**,

spec. obiteljske medicine, rekla je kako liječnici u 2015. očekuju od zdravstvene administracije da im osigura pravni okvir za siguran, miran, kvalitetan rad neopterećen administriranjem i brojnim nepotrebnim poslovima. Dodala je i kako je finansijska sigurnost preduvjet za dugoročnije ulaganje i planiranje, kao i uvažavanje ugovornih partnera i poštivanje ugovornih obveza svih dionika sustava.

„Tražimo uvažavanje i aktivnu ulogu stručnih društava obiteljske medicine kod uvođenja svih novina u sustavu, za koje nakon temeljite razrade treba postići konsenzus svih na koje se one odnose“, rekla je dr. Balint. Dodala je i da liječnici u PZZ-u traže da se sve eventualne izmjene ugovora reguliraju obvezom potpisivanja dodataka ugovoru kao preduvjet bilo kakve promjene.

Neprihvatljivim smatraju zadržavanje dijelova ugovora i općih uvjeta ugovaranja prema kojima se unaprijed obvezuje ugovorna strana na prihvatanje svih budućih promjena. Dr. Balint je iznijela i liječničke zahtjeve koji obuhvaćaju povećanje hladnog pogona, zapošljavanje medicinske sestre/administratora na tri tima i jednog doktora na šest timova, te fizioterapeuta. Predlažu i pripajanje patronažne službe grupnim praksama te točnije utvrđenu grupnu praksu, za što su HZZO-u dostavili i svoj prijedlog.

Jedna od tema o kojoj se raspravljalo bilo je i nasleđivanje ordinacije, na što je iz HZZO-a odgovoreno da nasleđivanje neće biti moguće. No, pacijenti neće biti vraćani u domove zdravlja već će za ispraznjeno mjesto biti raspisan natječaj na kojem će biti izabran najbolji kandidat.



Iz predavanja održanih na "Renesansi"

••••

Fizikalna terapija u svakodnevnoj praksi obiteljskog doktora

Prim. dr. Vjekoslava Amerl Šakić

- Dozvoljena stopa bolovanja je više od 10 godina najteže pitanje u ambulantama obiteljske medicine. Više od 50 posto dana provedenih na bolovanju odnosi se na pacijente s bolovima sustava za kretanje, a najveći dio vremena otpada na čekanje za pregled kod fizijatra i za fizikalnu terapiju. Zbog toga sam prije 11 godina nabavila kombinirani aparat za fizikalnu terapiju te započela s privatnom edukacijom i radom na pacijentima.

Prednosti pružanja fizikalne terapije u ambulantama obiteljske medicine su da nakon postavljanja dijagnoze slijedi terapija, što osigurava brži oporavak pacijenta čime se smanjuje broj dana na bolovanju, prevenira razvoj kronične boli, smanjuju troškovi za analgetike, NSAID-e, a uz to je povećano zadovoljstvo i pacijenta i liječnika. Od jeseni 2009. održano je desetak radionica na temu 'Liječenje боли metodom fizikalne terapije', koju je do danas odslušalo oko 300 kolega. U 220 od 1800 ambulanti obiteljske medicine koje su u koncesiji liječnik koristi se fizikalna terapija. Od toga je 150 aparata nabavljeno prije 2013. godine, kada postupci fizikalne ulaze u DTP. Glavne poteškoće s kojima se susrećemo su nedostat-



V.d. ravnateljice HZZO-a Tatjana Prenda Trupec i ministar zdravlja prim. Siniša Varga

tak vremena da odradimo pacijente kojima je takva usluga potrebna, nepriznavanje vremena provedenog na fizikalnoj terapiji kod LOM-a od strane LP-a, uvrštavanje i medicinske gimnastike u DTP kako bi se kompletirala rehabilitacija. To se može riješiti zapošljavanjem fizioterapeuta kod liječnika koji u svojim ambulantama pružaju fizikalnu terapiju na način da se plati višak DTP-a kako bi ordinacija zaradila za plaću i doprinose fizioterapeuta, pri čemu bi svaka ambulanta postupcima opravdala iznos dodijeljen za financiranje još jednog zdravstvenog radnika u timu. Trebalo bi se omogućiti da uslugu plačaju i pacijenti koji nisu osiguranici

dotičnog izabranog liječnika. Također bi zainteresiranim liječnicima trebalo ponuditi finansijsku pomoć kod nabave aparata, kao i edukaciju timova.

••••

Liječnik obiteljske medicine u OHBP-u

*Mr. sc. Suad Crnica,
sanacijski ravnatelj OB-a Karlovac*

- Opća bolnica Karlovac pokrenula je u suradnji s HZZO-om i Ministarstvom zdravlja pilot projekt rada liječnika obiteljske medicine (LOM) i pedijatara u ambulanti za akutna stanja (AZAS) pri objedinjenom hitnom bolničkom prijemu (OHBP). Razlog za pokretanje projekta je sve veći broj pacijenta koji se javljaju u OHBP u dane vikenda i blagdana. Osnovna je ideja rasteretiti rad OHBP-a i pacijentima kojima je potrebna medicinska skrb, a nisu hitna stanja, učiniti je jednostavnijom i dostupnijom te uštediti znatan novac.

Pružanje zdravstvenih usluga izvan radnog vremena LOM-a u dane vikenda i blagdana dosad je rješavan na različite načine, a osim pružanja usluga za hitna, ali i akutna stanja, nerijetko su se obavljali i kontrolni pregledi i dijagnostički postupci. Nakon ustrojavanja OHBP-a općih bolnica i klinika u njima se obavlja većina tih usluga, zbog čega nastaju velike organizacijske poteškoće a to zbog sve većeg broja pacijentam neopravdano dugih čekanja na pregled i znatnog utjecaja na kvalitetu pru-



Dr. Goran Lazić i ravnatelj Doma zdravlja Zagreb Zapad dr. Miro Hanževački

žene usluge stvarnim hitnim stanjima životno ugroženih pacijenata.

Druge su važna neprilika "prediagnosticirani" pacijenti koji i nakon pružene usluge moraju odlaziti u HMP po recept, a zatim u ljekarnu. Takav način rada izaziva znatan porast troškova za rad laboratorija i radiološke pretrage u bolnicama i klinikama, kao i dodatno zapošljavanje ili preraspodjelu bolničkog osoblja u tu organizacijsku jedinicu.

Statističkom obradom uspostavljenih dijagnoza u OHBP OB-a Karlovac utvrđeno je da 70 posto pregledanih pacijenata spada u IV i V trijažnu kategoriju, dakle stanja koja su akutna, ali nisu hitna. Uvođenjem u rad AZAS-a svi ti pacijenti trijažirani su kod trijažne sestre i upućeni LOM-u ili pedijatru. Nakon kliničkog pregleda i eventualne laboratorijske ili radiološke obrade dobili su upute, određenu terapiju i/ili eRecept i tako na jednom mjestu u kratkom vremenu dobili kompletну zdravstvenu uslugu.



Dr. Goran Lazić

Zadovoljstvo pacijenata ovakvim načinom rada iskazano u anketi je veliko, uštede su zнатне, a rad osoblja u OHBP-u usmjeren je na hitne pacijente.

•••••

Unapređenje horizontalnog upućivanja unutar skupne prakse

Dr. Gordana Došen, obiteljska liječnica

- Horizontalno upućivanje unutar skupne prakse donosi veliku korist pacijentima i osiguravatelju, a dionicima skupne prakse otvara prostor za stručno usavršavanje i bolji rad. Skupna praksa obiteljska Karlovac je polivalentna i obuhvaća 24 ordinacije (15 or-

dinacija obiteljske medicine, šest ginekoloških i tri pedijatrijske ordinacije) a skrbi za oko 30.000 osiguranika. Opremljenost ordinacija i educiranost liječnika za pojedine dijagnostičke postupke omogućuje nam horizontalno upućivanje unutar skupne prakse za UVZ dijagnostiku, EKG, spirometriju, KMAT, fizikalnu terapiju, krioterapiju i specijalističke konzultacije s ginekolozima i pedijatrima. Dosadašnji rad je pokazao da se dijagnostička obrada i specijalističke konzultacije svode na jedan do dva dana, a smanjeno je i upućivanje u SKZ. Primjetno je i zadovoljstvo pacijenata ovim načinom rada.

Da bi horizontalno upućivanje u skupnoj praksi zaživjelo u zdravstvenom sustavu potrebni su neki osnovni preduvjeti: stvoriti ekonomsku opravdanost i sigurnost ulaganja u opremu, stručnu edukaciju i prostor - rješavanje pitanja vlasništva ordinacija i mogućnost prodaje ordinacije (oprema, prostor, minuli rad), stvoriti uvjete za bolje funkcioniranje horizontalnog upućivanja u većem opsegu - povećanje kvote izvanlimitnih DTP-ova i mogućnost upošljavanja dodatnog liječnika.

Novi štamparizam – PZZ u 21. stoljeću

Galibedin Galijašević, obiteljski liječnik

- Polazeći od ostavštine prof. Andrije Štampara, razumijevajući potrebe naše populacije te organizacijski i tehnološki trenutak medicinske struke, predlaže se reorganizirati PZZ na temelju dvaju novih entiteta – zdravstvenog centra i grupne prakse. Zdravstveni centar primarno osigurava zajedničku funkcio-

nalnost (ne toliko administrativnu koliko zdravstvenu i medicinsku), a djelatnosti se organiziraju po modelu grupnih praksi.

Potrebno je sadržajno redefinirati PZZ u smislu proširenja medicinskih djelatnosti i kompetencija, slijedom promjena i dostupnosti moderne medicinske tehnologije (dijagnostičke i terapijske), a kako bi se znatno povećao potencijal zdravstvenog zbrinjavanja na razini primarne zaštite te povećala efikasnost zdravstvenog sustava. Reorganizacijom po modelu „novog štamparizma“, dakle uvođenjem grupnih praksi i zdravstvenih centara te premještanjem nekih dijagnostičkih i terapijskih postupaka bliže pacijentu (primjerice razne tehnike ultrazvučne dijagnostike, mnoge radiološke i elektrofiziološke dijagnostičke tehnike, fizikalna terapija, neki oblici psihoterapije itd.), u okvire PZZ-a, moguće je znatno povećati dostupnost i kvalitetu zdravstvenog zbrinjavanja, uz puno manje troškove (dokazano je da jednakom kvalitetno zbrinjavanje na razini PZZ-a stoji deset puta manje od zbrinjavanja na razini SKZ-a).

•••••

eOrdinacija

Dr. Goran Lazić, obiteljski liječnik

- Pod pojmom eOrdinacije podrazumejava se neverbalna komunikacija u odnosu pacijent-liječnik, razmjena nalaza i ostalih administrativnih podataka važnih u svakodnevnom radu ordinacija PZZ-a. eOrdinacija u pravilu može zadovoljiti neke potrebe pacijenta i bez osobnog susreta s liječnikom, što



opravdava činjenica kako se liječnik PZZ-ae i pacijent poznaju dovoljno dugo te ako uz to bivaju članovi istog društvenog kruga ili zajednice, onda imaju dosta toga zajedničkog što nije potrebno iznositi, jer se samo po sebi podrazumijeva. Premda ovaj način komunikacije zaobilazi verbalnu i ostale oblike komunikacije prilikom osobnog susreta pacijent-liječnik, znatno olakšava prvenstveno administrativne potrebe u odnosu pacijent - liječnik koji čine i više od 40 posto svakodnevnog rada ordinacija PZZ-a. S razvojem eZdravstva na sustavnoj razini, nameće se niz mogućnosti komunikacije pacijent -liječnik i bez osobnog susreta u ordinaciji. To je u prvom redu mogućnost slanja eRecepata za kroničnu terapiju, a s novim mogućnostima poput eUputnice, eNaručivanja, eNalaza i eOtpusnog pisma otvara se niz novih sovakvih načinom komunikacije. ePortal pacijenta, koji je u pripremi, uz eKarton pacijenta čije se uvođenje uskoro očekuje a koji će omogućiti komunikaciju između PZZ-a i SKZ-a, predstavlja najpovoljnije rješenje, praktički bez nedostataka, koristeći sve podatke koji su i inače pohranjeni u CEZIH-u uz sve elemente komunikacije, što omogućuje brzinu i sigurnost u radu uz odličnu enkripciju cirkulirajućih osobnih podataka, a praktički se odvija u sjeni rada u pacijentovom kartonu bez dvostrukog administriranja.

•••••

Diskriminacija u vrednovanju rada liječnika PZZ/SKZZ

Dr. Josipa Rodić, obiteljska liječnica

- Liječnici koncesionari predstavljaju 70 posto od ukupnog broja pružatelja usluga u PZZ-u, a njihov nedefinirani status osnovna je kočnica našeg dalnjeg razvoja (širenje djelatnosti, osnivanje zdravstvenih ustanova, dodatna zapošljavanja, povećanje obima skrbi naših osiguranika) uz najniže troškove zdravstvenog sustava. Iako predstavljamo većinu pružatelja zdravstvenih usluga u PZZ-u, u zakonskim aktima nigdje nema predstavnika liječnika koncesionara (u starom ZZZ-u imali smo predstavnika u upravnim vijećima domova zdravlja, u novom ZOZZ-u naš je predstavnik izbačen), nema nas niti u savjetima za zdravlje osnovanim pri lokalnoj samoupravi. Naš status liječnika poduzetnika nije definiran, zbog čega nemamo pravo na poticaje pri zapošljavanju, na bespovratna sredstva koja dodjeljuje bilo Ministarstvo obrta i malog poduzetništva niti ona koja dodjeljuje lokalna samouprava, nemamo pravo na decentralizirana sredstva koja svake godine lokalna samouprava dodjeljuje



Voditeljica Odjela za ugovanje u HZZO-u Jasna Dvorščak, savjetnik ravnateljice HZZO-a stomatolog Željko Rotim, prorektorica za nastavu Sveučilišta u Zagrebu prof. dr. Ivana Čuković Bagić i savjetnik ravnateljice HZZO-a stomatolog Goran Žurić na okruglom stolu o dentalnoj zdravstvenoj zaštiti

zdravstvenim ustanovama u njihovom vlasništvu, naš ugovor s HZZO-om ne dozvoljava nam rad izvan radnog vremena i naplatu obavljenih usluga (kažnjavanje zbog naplate liječničkih potvrda), MZ ne dozvoljava prijenos koncesije s ordinacije na zdravstvenu ustanovu (iako je to novim Zakonom o koncesijama riješeno). Nezaposlenost u Hrvatskoj nije slučajnost, ona je posljedica gušenja privatne inicijative koje smo i mi svjedoci: smatram da je uvođenje koncesija u zdravstvenom sustavu bespredmetno (mi ne stječemo dobit na bolesti naših osiguranika), što je osnovni princip sustava koncesija. Svaka naša ordinacija ima neki potencijal za zapošljavanje dodatnih kadrova (administrator koji će primati telefonske pozive, njih 100-tinjak dnevno, dodatna sestra koja će obavljati kućnu njegu, dodatni liječnik u skupnoj praksi koji će u slučaju bolesti/smrti preuzeti skrb o osiguranicima).

•••••

DTP u svakodnevnoj praksi obiteljskog doktora

Prof. dr. Hrvoje Tiljak, obiteljski liječnik

- Promjena načina ugovanja PZZ-a u djelatnosti obiteljske medicine (OB) donijela je obilje novosti u radu tima obiteljske medicine. Svim članovima tima OB-a ponuđene se nove funkcionalnosti, čime je otvorena mogućnost proširenja djelokruga rada. Paleta dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP-a) proširila se i sadržajno unaprijedila. U tim okolnostima nastala je potreba točnijeg bilježenja podatka o učinjenom radu. Podaci koji opisuju rad timova OB-a u 2013/14. godini predstavljaju izazov za tumačenje djelokruga rada OB-a i daljnje unaprijeđenje sustava ugovanja u PZZ-u. Analizom izvještaja temeljenog na izvršenju

pojedinih DTP-a moguće je usporediti djelokrug rada pojedinih ordinacija. Time se otvara mogućnost za procjenu djelokruga rada specifičnih skupina ugavaratelja po regijama, po stručnoj sposobljenosti, po specifičnostima populacije i drugim karakteristikama. Podjela DTP-a po razinama osigurava uvid u financijsko ostvarenje pojedinih ugovernih timova. Definiranje cijene svakog DTP-a omogućuje HZZO-u pregled troška vezanog za pojedine usluge. Longitudinalnom usporedbom izvještaja o radu jedne ordinacija uočene su velike razlike u opisu rada iste ordinacije u 2013/14. godini u usporedbi s prethodnom godinom. Rezultati presječne analize prema pojedinim ordinacijama pokazuju velike razlike između ugovernih timova. Znatne su razlike nastale između timova OB-a u koncesiji u usporedbi s timovima u domovima zdravlja. Osobito su zanimljivi rezultati koji se odnose na usporebine timova po vrstama i razinama DTP-a. Ukupni rezultati upozoravaju i na neka problematična mjesta vezana za finansijsko opterećenje ugovernih timova i HZZO-a. Temeljem iskustva u prvoj godini bilježenja podataka korištenjem nove DTP nomenklature zapaženi su elementi koje je potrebno u budućnosti promijeniti. Usporedba podataka koji se odnose na DTP-izvršenje u 2013/14. moguće je usporediti s izvještajima o radu iz prethodnih godina samo s velikim oprezom. Razlike u djelokrugu rada između pojedinih ordinacija ukazuju na potrebu ujednačavanja uvjeta rada ordinacije i ujednačavanja edukacije ugovernih liječnika OB-a. Pojedine razlike je potrebno oprezno interpretirati radi uočavanja "poželjnih razlika" vezanih za specifične potrebe populacije u skrbi.

- Finansijski efekti pojedinih DTP-a su upozoravajući i treba ih dodatno analizirati. Postoji potreba daljnog usavršavanja sustava opisa rada temeljenog na DTP-ima i sustava izvještavanja o radu ugovernih timova OB-a.

••••

Obiteljska medicina u ruralnim područjima

*Dr. Tanja Pekez Pavliško,
obiteljska liječnica*

- Trenutno u Hrvatskoj nema odgovarajuće definicije ruralnog područja. Iz toga proizilazi da se do sada nije niti moglo razmisljati o pravilnom razvoju ruralne medicine.

Poteškoće u organizaciji ruralne medicine su s ljudskim resursima, opremom, provođenjem preventivnih programa, nejednakom dostupnošću zdravstvene zaštite te samim tim i s neadekvatnom zdravstvenom skrb.

Stoga je prije svega potrebno doći do definicije ruralnog područja, čime bi se potaknula bolja organiziranost ne samo PZZ-a nego i sekundarne te hitne medicinske pomoći. S ljudskim resursima postoji niz poteškoća, od edukacije za rad u ruralnim područjima i sustavne skrbi o zadržavanju kadra u ruralnim područjima do neadekvatne kompetencije neligečničkog zdravstvenog osoblja.

Oprema zdravstvenih ustanova u ruralnim krajevima trebala bi se više razlikovati od one u gradskim područjima. Jedan od primjera je nemogućnost korištenja point of care pretraga, čime se umnogome pogoršava dostupnost zdravstvene zaštite ruralnog stanovništva. Vrlo nedostatna je skrb ruralnog stanovništva s područja medicine rada. Trenutni postulati palijativne skrbi u Hrvatskoj niti malo ne olakšavaju skrb o palijativnom pacijentu u ruralnim krajevima.

Zbog sve većeg udjela starog stanovništva i stanovništva s kroničnim nezaraznim bolestima potrebna je drugačija organizacija preventivnih programa i zdravstvene njegе u kući. Odlazak pacijenata u županijsku bolnicu pokad je vrlo otežan jer nema adekvatnog javnog prijevoza.

Unatoč dobro organiziranog Hrvatskog zavoda za telemedicinu, njihove usluge se

Pomoćnica ravnatelja
za medicinske poslove
dr. Veronika Laušin



još uvijek ne koriste u dovoljnoj mjeri u kontinentalnom dijelu Hrvatske, ali niti na otocima.

Hitno je potrebno oformiti multidisciplinarni tim sastavljen od dokazanih stručnjaka-praktičara koji bi utvrdio nacionalnu strategiju razvoja ruralnog zdravlja u Hrvatskoj, a prema modernim principima struke.

••••

Inspekcija Ministarstva zdravlja u ordinacijama PZZ-a

Vesna Sokol, Ministarstvo zdravlja

- Radi poboljšanja pružanja zdravstvenih usluga, osiguranja optimalnog očuvanja i unapređenja zdravlja, općeg i jednakog prava na dobru i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu, zakonodavac je predvidio različite vrste nadzora nad radom zdravstvenih radnika, uključivo i zdravstveno-inspekcijski nadzor.

Nadzire se primjena i izvršavanje zakona te stručni rad svih organizacijskih oblika obavljanja zdravstvene djelatnosti. Na postupanje inspektora subsidijarno se primjenjuju odredbe Zakona o općem upravnom postupku. Inspektor koji obavlja nadzor ima pravo pregledati sve poslovne prostore, uređaje, opremu, kao i pravo uvida u svu poslovnu i medicinsku dokumentaciju. O obavljenom nadzoru inspektor sastavlja zapisnik s jasno naznačenim činjenicama, a na koje nadzirani zdravstveni radnik ima pravo dati svoje primjedbe.

Inspektori su ovlašteni da poduzimaju mjere i donose rješenja kojima se nastoji spriječiti moguća daljnja povreda propisa i tako sankcioniraju daljnje protupravno postupanje. U vezi sa stanjem utvrđenog u zdravstveno-inspekcijskom nadzoru, inspektor ima prava i ovlasti koje su propisane odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Mjere koje poduzima nakon obavljenog nadzora, a koje su utemeljene na pravnim propisima, imaju za cilj osigurati zaštitu prava i interesa onih pružatelja zdravstvenih usluga koji zakonito i savjesno obavljaju zdravstvenu djelatnost, ali isto tako i svih

korisnika zdravstvenih usluga koji imaju pravo na zdravstvenu zaštitu.

••••

Racionalno propisivanje ortopedskih pomagala, medicinskih proizvoda i lijekova

Dr. Veronika Laušin, HZZO

- HZZO (u dajnjem tekstu Zavod) utvrđuje cijene lijekova i cijene medicinskih proizvoda i uvrštava lijekove i ortopedska pomagala u skladu s pravilnicima koje donosi ministar zdravlja i sukladno općim aktima Zavoda. Dosljednom primjenom propisa Zavod pronalazi rješenja za opskrbu cjenovno povoljnijim kako ortopedskim pomagalima tako i lijekovima.

Provođenjem godišnjeg izračuna cijena lijekova i javnog nadmetanja za utvrđivanje cijena lijekova postignuto je znatno smanjenje troškova za lijekove. Stvoreni su uvjeti za uvrštavanje novih lijekova na liste lijekova kao i za proširenje popisa *Posebno skupih lijekova*. Važno je istaknuti da su lijekovi s popisa *Posebno skupih lijekova* dostupni svim osiguranim osobama i da ih Zavod plaća u cijelosti. Poduzetim mjerama su i troškovi za ortopedska pomagala stavljeni u okvire raspoloživih sredstava. Uz mjere koje je poduzeo Zavod, aktivan doprinos daju i naši ugovorni partneri, koji zasigurno imaju velike stručne potencijale za dalju racionalizaciju troškova svih segmenta zdravstvene zaštite. U pripremi su novi programi koji će neupitno biti dodatno korisni. Zavod će proaktivnim djelovanjem omogućiti jednostavnija rješenja i prepoznavanje modela koji ne dovode u pitanje ostvarivanje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, ali će donijeti cjenovno povoljnije troškove za Zavod.

Stalna analiza i praćenje rezultata poduzetih mjeru kao i usporedba sa zemljama EU-a i okruženja, omogućit će prema potrebi korekcije tijekom provedbe.

•



Dr. Tanja Pekez Pavliško

••••

Savjetovanje o ekonomsko-financijskom stanju u zdravstvu

Novi model financiranja bolnica, ravnatelji dobivaju menadžerske ugovore

Tekst i slike Andreja Šantek



Vodeći ljudi UPUZ-a Mile Klepo, dipl. iur., Boris Lukovnjak, mag. oec., mr. Dražen Jurković i prof. dr. sc. Mladen Bušić

- Ciljevi izlaska Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje iz Državne riznice su osigurati dugoročnu održivost financiranja zdravstvenog sustava bez stvaranja dugova i bez sanacija, fiskalna transparentnost i disciplina, povećana učinkovitost sustava, smanjenje listi čekanja te jasno prikazivanje namjenskih izdataka za zdravstvo pred europskim i svjetskim nadzornim tijelima. Rečeno je to, među ostalim, na savjetovanju Udruge poslodavaca u zdravstvu na kojem su 4. i 5. prosinca u Opatiji sudjelovali predstavnici zdravstvene administracije, ravnatelji zdravstvenih ustanova, predstavnici sindikata, industrije i ostalih dionika u sustavu zdravstva.

Govoreći o izlasku HZZO-a iz Državne riznice, ministar zdravlja prim. **Siniša Varga** rekao je da će se na ovaj način postići kontinuitet u ugovaranju sa zdravstvenim ustanovama, koje će time dobiti bolju pregovaračku poziciju prema svojim dobavljačima. No, bude li zdravstvo unatoč obećanjima u idućoj godini ipak stvaralo nove dugove, ministar Varga kazao je da će se HZZO tada vratiti u Državnu riznicu. Najavio je izmjene zakonskih propisa, a među njima i Zakona o zdravstvenoj zaštiti u koji se planira ugraditi i obveza građana da se brinu o vlastitim zdravlju. Ministar Varga rekao je i kako su u tijeku pregovori o kolektivnom ugovoru za zdravstvo, a intencija je Ministarstva da

se u ugovor ugradi odredba o nagrađivanju i kažnjavanju dobrih i loših radnika. Najavio je i razdvajanje medicinske i finansijske uloge ravnatelja u bolnicama, kao i da će ravnatelji ubuduće potpisivati menadžerski ugovor. Njihova će plaća direktno ovisiti o tome koliko su uspješni u vođenju bolnice i u ostvarivanju finansijskih rezultata, a loše upravljanje za sobom će povlačiti i smjene. Kako bi im se omogućilo da mogu upravljati sa zdravstvenom ustanovom, Ministarstvo i HZZO pripremaju i još neke izmjene. U slučaju 'probijanja' prihoda, kažu u HZZO-u, bolnicama prijeti funkcionalno spajanje, promjena menagmenta na svim razinama pa i predstečajne nagodbe i stečaj.

Ministar Varga rekao je i da je protiv avansnog plaćanja bolnica te kako se želi stvoriti okvir u kojem bi bolnica koja dobro radi to i finansijski osjetila pa je zbog toga predviđen i nov način financiranja prema učinku koji stupa na snagu 1. travnja iduće godine. Prva tri mjeseca iduće godine bolnice će financirati putem aneksa postojećem ugovoru, a u tom će razdoblju biti raspisan i natječaj za novog ugovarača.

Govoreći o proračunu HZZO-a za 2015. godinu, v.d. ravnateljice HZZO-a **Tatjana Prendić Trupec** najavila je povećanje stavke za bolnički sustav za 1,2 milijarde kuna (ukupno 8,117 milijardi kuna), za 221 milijun kuna će se povećati stavka za izvanbolničku specijalističko-konziliarnu zdravstvenu zaštitu i za 275 milijuna kuna stavka za posebno skupe lijekove.

„Novo ugovaranje znači da više nema dosadašnjih 'povijesnih' limita, a iznos proračuna ovisit će o izvršenju u 2013. i 2014. godini, o ponudama koje će bolnice dostaviti, o rashodima u 2014. godini, te o kvaliteti kadrova i duljini listi čekanja“, najavila je T. Prendić Trupec. Ravnateljima je poručila da se boljom



Savjetnik ministra zdravlja prof. dr. Ratko Matijević

organizacijom posla i javnom nabavom može racionalizirati i poboljšati poslovanje u bolnicama. U novim ugovorima kopljia se posebno lome oko čl. 5 koji govori o tome da se neizvršene usluge u 2014. prebacuju u obvezu izvršavanja u 2015. godini, a isti će princip vrijediti i za prebacivanje neizvršenog rada iz 2015. u 2016. godinu. Novi model plaćanja, objasnila je T. Prendić Trupec, podrazumijeva da će bolnice dobivati avansni dio koji se sastoji od fiksнog (25 posto proračuna) i promjenjivog dijela (od 1. siječnja do 1. ožujka iznosiće 70 posto proračuna i smanjivati se svaka dva mjeseca za 10 posto te će na kraju godine iznosić 20 posto proračuna). Drugi dio prihoda ovisiće o izvršenju, te će od 1. siječnja do 1. ožujka iznosić pet

**Potprijeđnik
UPUZ-a i predsjednik
Skupštine Komore
prof. Vlado Jukić,
predsjednik Komore
prim. Hrvoje Minigo
i vanjski savjetnik
UPUZ-a Ivan Lukovnjak**



koji će krajem godine iznosić oko 2,1 milijardu kuna podmiriti u naredne tri godine iz tekućeg poslovanja.

Zamjenik ravnateljice HZZO-a **Davor Katavić**, dipl. oec., rekao je da je HZZO pristao na neke kompromise vezane uz izlazak iz Riznice. To se odnosi na grupe rashoda, kao što su različite naknade, koje i dalje ostaju unutar proračuna HZZO-a, ali i na nepotpunu primjenu Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju u dijelu ostvarivanja prihoda od Državnog proračuna. HZZO je pristao, dodao je Katavić, i da račun HZZO-a bude u HNB-u, a ne u nekoj poslovnoj banci, kao i da se ostavi otvorena mogućnost međusobne posudbe između HZZO-a i Državnog proračuna. Katavić je dodao i da je deset bolnica u vlasništvu države ostalo unutar Državnog proračuna.

Naime, radi formalnog usklađenja sa zahtjevima Državne revizije i boljeg statističkog praćenja i kontrole, dio finansijskih planova deset bolnica bit će uključene kao ras-

hodovne stavke unutar proračuna Ministarstva zdravlja, na način da isplaniraju i kasnije prate izvršenje rashoda do procijenjene visine prihoda temeljem ugovornih obveza s HZZO-om, a koji će se smatrati prihodima po posebnim propisima, tj. priznavat će se do visine stvarno naplaćenih prihoda pojedine ustanove.



Ravnateljica DZ-a Zadarske županije Renata Bek i neurokirurg prof. dr. sc. Krešimir Rotim

posto proračuna i rasti svaka dva mjeseca za deset posto do kraja godine, kada će iznosić 55 posto proračuna bolnice.

Rekla je kako stvaranje novih dugova u bolnicama nije opcija te da su se HZZO i Ministarstvo na to obvezali Europskoj komisiji i Ministarstvu financija, kao i da će se dugovi



V. d. ravnateljice HZZO-a Tatjana prendić Trupec i zamjenik ravnateljice HZZO-a Davor Katavić

Sanacijski upravitelj KBC-a Zagreb doc. dr. Zlatko Giljević

Pojasnio je to vanjski stručni savjetnik Udruge **Ivan Lukovnjak**, dipl. oec., i dodao:

„Te će zdravstvene ustanove biti uključene u Državnu riznicu kroz Ministarstvo zdravlja, a ne direktno.

Drugim riječima, i dalje će svoje obveze plaćati putem vlastitih računa u poslovnim bankama, a na koje će im HZZO uplaćivati prihode temeljem ugovornih obveza“, pojasnio je Lukovnjak.



Ministar zdravlja prim. Siniša Varga i predsjednik UPUZ-a prof. dr. sc. Mladen Bušić

Ekonomski savjetnik u Udrži **Boris Lukovnjak**, mag. oec., rekao je da se poslovanje zdravstvenih ustanova u ovoj godini odvijalo u svjetlu smanjenja limita i nemogućnosti fakturiranja limita, što za posljedicu ima i značajne obveze ustanova prema HZZO-u za 'neizvršen' rad.



Vlasnik tvrtke Medilab Marko Džepina, pomoćnik ravnatelja OB Zabok Tihomir Vančina, direktor Olympusa Dražen Arbanas, predsjednik Sanacijskog vijeća OB Zabok Tomislav Jadan i ravnatelj OB Zabok Ivan Švajger

Pali su i prihodi od dopunskega zdravstvenega osiguranja te su povečani tekući gubici, no istodobno su smanjeni i rashodi za zaposlene. Opće bolnice su uz to bilježile brži pad rashoda od prihoda ali su sve poslovale s gubitkom. Poslovanje u 2015. godini, dodata je Lukovnjak, obilježit će povećanje izdvajanja za bolnički sektor, novi način ugovaranja i nove cijene zdravstvenih usluga.

Savjetnik ministra prof. dr. Ratko Matijević predstavio je novi Nacionalni plan razvoja bolnica te njegov sastavni dio, registar zdravstvenih ustanova. Naglasio je i da prva verzija Nacionalnog plana nije uključivala plan ljudskih resursa, ali da je njegova izrada u tijeku

pod vodstvom bivše ministrike zdravstva prof. dr. Ane Stavljenić Rukavine.

„Moramo prilagoditi plan specijalizacija i školovati one ljudi koji nam trebaju, a ne ono što bi ljudi htjeli. I taj plan će biti dio registra“, kazao je dr. Matijević dodajući kako će registar objediniti i podatke o mreži i zdravstvenim uslugama, a omogućiti će ubrzavanje procesa i bolje upravljanje.

Najavio je da Ministarstvo očekuje da im bolnice, mjesec dana nakon što Nacionalni plan bude usvojen u Saboru, dostave svoje projekte primjene Nacionalnog plana unutar njihovih ustanova te da se potpuna implementacija očekuje do 31. prosinca 2015. godine.

.....



Predsjednik Komore prim. dr. Hrvoje Minigo

Sustav plaća u zdravstvu

Ravnatelj udruge **Mile Klepo**, dipl. iur., smatra da Kolektivni ugovor za zdravstvenu djelatnost treba uspostaviti kao temeljni instrument i osnovu za određivanje plaća, a pravnici o plaćama ustanova trebaju imati veću autonomiju u reguliranju sustava plaća i drugih materijalnih prava zaposlenika. Klepo je istaknuo i da u kolektivnim pregovorima trebaju sudjelovati sindikati u djelatnosti zdravstva i poslodavci, tj. zdravstvene ustanove i njihove udruge poslodavaca.

Postojeći sustav plaća u zdravstvu nije sukladan zdravstvenoj politici Vlade usmjerenoj na racionalizaciju zdravstvene djelatnosti u cilju podizanja razine učinkovitosti u pružanju zdravstvenih usluga te motivacije i zalaganja zdravstvenih radnika na ostvarivanju toga cilja i adekvatnog nagrađivanja za rezultate u radu.

Postojeći Kolektivni ugovor potpisani 2. prosinca 2013. godine, rekao je, također nije u funkciji programskih odrednica Vlade i treba ga preispitati i koncepcijski usmjeriti, uz neophodnu novelaciju Zakona o plaćama u javnim službama i Zakona o radu.

Položaj i status menadžmenta u zdravstvu (top menadžmenta, koji uključuje ravnatelja, zamjenika, pomoćnika i nižeg menadžmenta, predstojnika klinika, zavoda, odjela), smatra Klepo, treba hitno preispitati i rješavati sukladno njihovoj odgovornosti u provođenju zacrtane zdravstvene politike i predloženih mjer. U tom pravcu treba hitno izmijeniti i dopuniti odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti u segmentu upravljanja i vođenja poslova zdravstvene ustanove i na toj osnovi položaj svih razina menadžmenta urediti tzv. menadžerskim ugovorima.

Cijeli sustav plaća u zdravstvu, rekao je Klepo, mora biti temeljen i sinhroniziran s instrumentima financiranja pojedinih djelatnosti zdravstva i s kalkulativnim elementima cijene rada.

.....

6. Hrvatski kongres o urogenitalnim i spolno prenosivim infekcijama

• Od 24. do 26. listopada u Opatiji je održan 6. Hrvatski kongres o urogenitalnim i spolno prenosivim infekcijama pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja RH, FESCI (The Federation of the European Societies for Chemotherapy and for Infection) i ISC (International Society for Chemotherapy), a u organizaciji Hrvatskog lječničkog zbora i 12 njegovih stručnih društava, Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Stomatološkog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i šest referentnih centara Ministarstva zdravlja RH.

Kao što je bio širok krug organizatora, tako isto je bio širok krug eminentnih predavača i slušatelja iz Hrvatske, Bosne i Hercegovine, Slovenije i Njemačke, među kojima je bilo infektologa, venerodermatologa, epidemiologa, urologa, ginekologa, mikrobiologa, rentgenologa te lječnika primarne zaštite i dentalne medicine. Bio je to još jedan korak na putu dugom 36 godina tijekom kojih je, kroz kongrese, simpozije, predavanja, sredstva javnog priopćavanja i na druge načine, teoretski i praktički, multidisciplinarni i multikulturalni rad na proučavanju urogenitalnih i spolno prenosivih infekcija dao nedvojbene pozitivne rezultate u preventivnom i kurativnom smislu. Ovo su djelovanje prepoznali i Hrvatski lječnički zbora i Hrvatska lječnička komora, potvrđeno u pozdravnom govoru izaslanika. Sam čin otvorenja uljepšao je nastup klape „Neverin“.

Unatoč sunčanom, iako vjetrovitom vremenu u Opatiji, i mnoštvu raspoloživih usluga lijepog hotela „Ambasador“, kongresna je dvorana bila uvijek dobro popunjena jer su bile predstavljene najnovije spoznaje o gotovo svim poznatim spolno prenosivim bolestima, od dobro poznatih povratnika kakvi su kapavac i sifilis, preko klamidijskih i mikoplazmatskih infekcija, HIV i HPV infekcija, pa virusnih hepatitisa i sve do sad toliko spominjane Ebola vrućice kao moguće spolno prenosive bolesti.

Tijekom rada Kongresa posebno se raspravljalo o suvremenoj dijagnostici urogenitalnih infekcija, o zastupljenosti multiplo- i ekstenzivno-rezistentnih uropatogena, kao i o novim hrvatskim nacionalnim smjernicama za liječenje prostatitisa te o izmjeni i dopuni postojećih nacionalnih smjernica liječenja infekcija mokraćnog sustava. Istaknuta je potreba za intenzivno promicanje edukacije cijelog stanovništva o sprječavanju spolno prenosivih

bolesti. Posebno je naglašena potreba uvođenja cijepljenja protiv HPV-a u kalendar općeg obveznog cijepljenja, s čim treba upoznati i ministra zdravljа.

37 usmenih prezentacija uz vrlo kvalitetne postere dalo je ovom kongresu poseban znanstveni i stručni značaj. Po prvi puta sudjelovali su kolege lječnici dentalne medicine s izvanrednim prikazima oralnih aspekata spolnoprenosivih infekcija. Kao što su istaknuli svi sudionici, veliku zahvalu treba odati organizacijskom odboru, s predsjednikom prof. dr. sc. **Višnjom Škerk**, što uspijeva svake godine u postojecim okolnostima omogućiti održavanje ovog Kongresa već šestu godinu, a koji je prije toga još deset godina održavan u obliku simpozija. Više o Kongresu na www.hdugi2014.com.

Velimir Milošević

Transplantacija pluća u Hrvatskoj

• U organizaciji Razreda za medicinske znanosti Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti i Hrvatskog torakalnog društva, u petak 14. studenog održan je Knjižnici HAZU-a znanstveni skup o transplantaciji pluća. Otvorio ga je predsjednik HAZU-a akademik **Zvonko Kusić** koji je istaknuo da je hrvatska medicina napravila značajan iskorak u pulmologiji i postigla vrhunske svjetske rezultate. Hrvatska je u zdravstvu i medicini napravila više iskoraka nego u drugim područjima i to je također dio hrvatskog identiteta, kazao je akademik Kusić, podsjetivši da je upravo očuvanje identiteta kroz promicanje hrvatske znanosti i umjetnosti glavni cilj Hrvatske akademije.

Hrvatske uspjehe u transplantaciji pluća istaknuo je i tajnik Razreda za medicinske znanosti akademik **Marko Pećina** koji je podsjetio na razvoj transplantacijske medicine. Transplantacija pluća prvi put je u svijetu

obavljena 1963., a u Hrvatskoj 2003., u Klinici za plućne bolesti Jordanovac, koja je referalni centar za transplantaciju pluća u Hrvatskoj.

Klinika je prije četiri godine potpisala ugovor o suradnji sa S veučilišnom bolnicom u Beču, gdje tim koji vodi prof. dr. sc. **Walter Klepetko** obavlja kirurški dio transplantacije, dok je tim koji vodi prof. dr. sc. **Miroslav Samardžija**, predstojnik Klinike, zadužen za preoperativnu pripremu i obradu bolesnika, uvrštenje na listu te kasnije praćenje bolesnika nakon samog zahvata.

U ovom trenu program transplantacije pluća obuhvaća 120 bolesnika. Kod njih 30 učinjena je transplantacija pluća, kod dva bolesnika transplantacija srca i pluća, a osam bolesnika je u ovom trenutku na aktivnoj transplantacijskoj listi. Rezultati programa transplantacije pluća su na svjetskoj razini učinkovitosti i zagrebački centar postiže iste rezultate kao i centar u Beču. Težimo biti u vrhu svjetske učinkovitosti i po broju pacijenata i po njihovom preživljavanju, rekao je prof. dr. sc. Samardžija. Tijekom skupa prikazane su četiri osnovne indikacije za transplantaciju pluća: kronična opstruktivna plućna bolest, idiopsatska plućna fibroza, cistična fibroza i plućna arterijska hipertenzija, a predstavljene su i novosti na području kirurškog i pulmološkog dijela samog postupka transplantacije pluća.

Marijan Lipovac

Rano otkrivanje Alzheimerove bolesti u gerijatrijskih bolesnika

• Na izuzetno posjećenoj 194. Gerontološkoj tribini 30. rujna u Nastavnom zavodu za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ (prisustvovalo oko 250 sudionika) akademkinja **Vida Demarin** je prezentirala sveobuhvatni pristup gerijatrijskom bolesniku s Alzheimerovom



Predsjednik HAZU-a akademik Zvonko Kusić otvara znanstveni skup o transplantaciji pluća

bolesti (AB). Prikazana je i usporedba 10 ranih znakova bolesti s normalnim promjenama u starosti, što značajno pomaže zdravstvenim stručnjacima u individualnom gerontološkom pristupu. Prof. dr. **Ninoslav Mimica** naglasio je svrhu, glavne ciljeve i načela Hrvatske strategije za borbu protiv Alzheimerove bolesti usmjerene na tri prioriteta: ranu dijagnozu, doступnost liječenja antidementivima i uspostavu koordiniranog sustava potpore bolesnicima, njihovim obiteljima i njegovateljima. Istaknuta je uloga tima specijaliste opće obiteljske medicine u ranom prepoznavanju bolesti u starijih osoba na razini primarne zdravstvene zaštite.

Prim. dr. sc. **Spomenka-Tomek-Rok-sandić** prezentirala je zadaću gerontološkojavnozdravstvene djelatnosti NZIZ „Dr. Andrija Štampar“ u vođenju Podregistra praćenja Alzheimerove bolesti u ranjoj, srednjoj i dubokoj starosti putem Evidencijskih lista PZP-a i gerontološkojavnozdravstvenih analiza.

Važno je istaknuti projekt uvođenja gerontološkojavnozdravstvenih pokazatelja u CEZIH putem GeroS-a (podstavak CEZIH-a za praćenje i evaluaciju gerontoloških i gerijatrijskih zdravstvenih potreba), što će uključivati i validiranu registraciju bolesnika.

Alzheimerova bolest nerijetko se vodi pod općenitom dijagnozom demencije ili ostaje neprepoznata uslijed pogrešnog interpretiranja simptoma kao normalnog procesa starenja. To upućuje na potrebu trajne doedukacije i zbog toga je formirana Koordinacijska skupina za izradbu Postupnika rane detekcije Alzheimerove bolesti. Nužna je izrada i provedba geroprofilaktičnih mjera prevencije za očuvanje funkcionalne sposobnosti (u odnosu na psihički status i fizički status) u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi za starije osobe, poglavito u odnosu na oboljele od Alzheimerove bolesti te edukacijskog Vodiča za rano otkrivanje Alzheimerove bolesti.

Dr. sc. Nada Tomasović Mrčela, voditeljica Odsjeka za geroprofilaksu i promociju aktivnog zdravog starenja Centra za zdravstvenu gerontologiju



Akademik Marko Pećina na Svjetskom kongresu ortopeda i traumatologa

zasluge u radu Društva te kao članu koji uživa iznimno stručni i znanstveni ugled u svijetu.

U 85 godina postojanja Udrženja to je tek 18. izbor i najveće priznanje. Na prijedlog predsjedništva Društva njegov Međunarodni savjet (International Council) sastavljen od 111 nacionalnih delegata, bira Uglednog člana, a njihov prijedlog potvrđuje Generalna skupština Društva.

Akademik Pećina izabran je na kongresu Društva u Hyderabudu, Indija, 2013. godine, a svečanost dodjele diplome održana je u Rio de Janeiru. Akademik Pećina član je Društva 36 godina, od toga je 22 godine bio nacionalni delegat, a 26 godina član je Uredničkog odbora časopisa Društva koji izlazi pod nazivom International Orthopaedics. Posljednjih 6 godina Pećina je glavni urednik tog časopisa i tijekom njegova je mandata časopis podigao impact factor od 0.9 na 2.3 i uvrstio se među 5 najboljih općih ortopedskih časopisa u svijetu. Na sastanku Međunarodnog savjeta u Rio de Janeiru, na kojem je sudjelovao i nacionalni delegat Hrvatske prof. dr. Miroslav Hašpl, nakon uredničkog izvješća akademika Pećine svi su nacionalni delegati ustali i govornika ispratili dugotrajnim pljeskom. Uz to je akademik Pećina sa suradnicima na Kongresu prikazao i tri znanstvena postera te održao uvodno pozvano predavanje na Simpoziju „How to Write and Publish a Paper“.

Čestikama akademiku se pridružio i hrvatski ambasador u Brazilu, njegova ekselencija Drago Štambuk, a čestikama se pridružuje i uredništvo Lječničkih novina.

vrlo dobro posjećen sa 150 sudionika. Prof. dr. **Vlastimir Kukura**, predsjednik Simpozija i predsjednik Hrvatskog ginekološkog onkološkog društva, otvorio je skup na kojem su aktivno sudjelovali brojni eminentni stručnjaci iz svih većih hrvatskih centara. U uvodu se prof. dr. **Deni Karelović** dotaknuo još uvijek nerazjašnjenih terorija etiopatogeneze ovarijskog karbonoma, uvijek intrigantan.

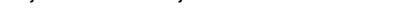
Prof. dr. **Damir Babić** pokušao nas je naučiti nešto o „pravim ovarijskim karcinima“, a prof. dr. **Ante Čorović** održao je vrlo zapaženo predavanje o važnosti citoredukcije, pravilnog staginga i limfadenektomije. Na njega se nadovezao dr. sc. **Ozren Mamula** i prikazao rezultate rječke skupine u sekundarnoj kirurgiji raka jajnika i opravdano relativizirao noviju FIGO klasifikaciju raka jajnika.

Prof. dr. **Miroslav Kopjar** podsjetio je na mjesto endoskopije u ginekološkoj onkologiji, počevši s laparoskopskom procjenom adneksalnih tumora, apostrofirajući i manjkavosti endoskopije na koje operater uvijek mora računati. Doc. dr. **Zlatko Topolovec** pozabavio se temom primarnog peritonealnog karcinoma podsjetivši auditorij kako „stagirati“, a kako liječiti ovu tešku bolest. Originalni podsjetnik na hormonski aktivne tumore jajnika možemo zahvaliti dr. **Dražanu Butorcu**, a studiozan prikaz multidisciplinarnog liječenja raka jajnika prim. dr. **Mariju Puljizu**. Detaljan prikaz spektra liječenja avastatinom (bevacizumab) prikazala je prim. mr. sc. **Višnja Matković**, koji je primjerima iz prakse obogatio prof. Kukura. Od noviteta svakako treba izdvojiti izlaganje dr. **Vukovića** koji nas je izvijestio o preliminarnim rezultatima salivarnog CA-125, a hoće li ta metoda imati samo akademsku važnost ili će zaživjeti u svakodnevnoj kliničkoj praksi, prosudit će test vremena, o čemu ćemo već možda više čuti na sljedećem simpoziju.

Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.



Svjetsko ortopedsko priznanje akademiku Marku Pećini



- Svjetsko udruženja ortopeda i traumatologa ove je godine na 26. Svjetskom kongresu ortopeda i traumatologa održanom u Rio de Janeiru (Brazil, 19. - 22. studenoga) uručilo prestižno priznanje „Distinguished Member“ akademiku **Marku Pećini** za izvanredne

2. Hrvatski simpozij o raku jajnika

- Nakon četverogodišnje stanke, 24. listopada je u hotelu International u Zagrebu održan 2. Hrvatski simpozij o raku jajnika. Pošvećen ginekolozima, ginekološkim onkolozima, onkolozima, patolozima i citolozima, bio je

Tečaj plastične i rekonstruktivne kirurgije adneksa oka u Zagrebu

• Početkom studenog održan je uspješan tečaj plastične i rekonstruktivne kirurgije adneksa oka u organizaciji Klinike za očne bolesti KBC-a "Sestre milosrdnice" u Zagrebu.

Tematika je uključivala širok spektar oftalmologije usmjeren na okuloplastičnu kirurgiju. Sudionicima su dobrodošlicu zaželjeli voditeljica tečaja prof. Renata Ivezović te predstojnik Klinike i predsjednik Hrvatskog oftalmološkog društva prof. Zoran Vatavuk.

Plastični kirurg doc. Damir Košutić s Christie klinike iz Manchestera govorio je o svojim iskustvima u rekonstrukcijama periorbitalne regije. Ugledni gosti iz Njemačke, profesori Karl-Heinz Emmerich i Holger Busse, govorili su redom o blefaroplastici i CO₂ laseru, te o poremećajima suznih kanala. Posebno je koristan bio dodatan angažman profesora Bussa koji je polaznicima podrobno izložio svoja iskustva i tehnike operacije suznih kanala.

Na teoretskom dijelu tečaja prikazani su i rezultati zahvata na suznim putevima uz pomoć diodnog lasera, poznatog kao laserska endokanalikularna dakriocistorinostomija, koja se u novije vrijeme izvodi na Klinici, kao i druge zanimljive teme poput korekcije entropija i ek-tropija te suznih kanaliča kod djece. Za ograničen broj prijavljenih nakon predavanja uslijedio je i vrlo zanimljiv praktični dio, gdje su polaznici po prvi puta imali priliku vježbati šivanje i rekonstrukciju vjeđa na svinjskim glavama.

Nadamo se da će ovaj praktični tečaj zaživjeti kao redovit tečaj te da će i dogodine svi zainteresirani imati priliku usavršavati svoja znanja iz ovog područja.

Adrian Lukenda, spec.oft.

110. obljetnica Klinike za pedijatriju KBC-a „Sestre milosrdnice“

• Klinika ove godine obilježava 110. obljetnicu svog osnutka. Kada je 1904. započela sa svojim radom, bio je to prvi dječji odjel u našoj zemlji, ali i u jugoistočnoj Europi. Osničač dječjeg odjela bio je dr. Radovan Marković (1874-1920) koji je, kao i većina tadašnjih liječnika, medicinu diplomirao u Beču.

Potom je završio specijalizaciju iz pedijatrije i u Zagreb stigao kao prvi školovani pedijatar. Na dječjem odjelu u to doba zbrinjavale su se sve dječje bolesti uključujući i zarazne, a dr. Marković je osim kliničke razvijao i socijalnu pedijatriju zalažući se za otvaranje mjesta gradskog liječnika za djecu i stalnog školskog liječnika te za zdravstveno prosjećivanje naroda. Međutim, prerana smrt 1920. godine zaustavila je njegova nastojanja da poboljša zdravstvenu službu. Ostat će upamćen po upornom, marljivom, idealističkom radu. U njegovu spomen od 1994. njegovo ime nosi nagrada Hrvatskog pedijatrijskog društva koja se dodjeljuje mladim pedijatrima za stručni i znanstveni rad.*

Po prvi se puta niz novih dijagnostičkih pretraga i terapijskih postupaka uvodi u pedijatrijsku praksu upravo u ovoj Klinici. Tako se 1949. otvara prvi Centar za nedonoščad i ugroženu novorođenčad a 1954. u funkciju se uvodi prvi inkubator. Prof. Emil Neumann stiče svjetsko priznanje opisom megaloblastičke anemije koja u literaturi nosi njegovo ime (Imerslund-Najman-Gräsbeck sindrom, 1952. g.). Otvara se prvo radno mjesto za kliničkog

psihologa i odgajatelja u pedijatrijskim ustanovama (1956.). Izvodi se prvi ultrazvučni pregled srca u djece na ovim prostorima, uvodi se određivanje klorida u znoju, biopsija bubrega pod kontrolom UZV-a, fototerapija i terapija fenobarbitonom hiperbilirubinemije. Na Klinici je osmišljena i primijenjena originalna rehidracijska otopina. Na njoj je započelo prvo sustavno bavljenje poremećajima u jedenju u djece u ovom dijelu Europe. Odjel 1971. prerasta u Kliniku za pedijatriju i postaje nastavna baza Stomatološkog fakulteta u Zagrebu.

U siječnju 2002. Kliniku je zadesio katastrofalni požar, nakon kojeg je uslijedila obnova potpuno uništenih prostora. Za to se vrijeme stručni i nastavni rad odvijao u teškim uvjetima. U novouređenim prostorima otvoreni na 100. obljetnicu Klinike (2004.) objedinjen je ambulantni i bolnički dio i povećan je ukupan kapaciteti, uz mogućnost smještaja majki dojilja uz dijete, kao i apartmanskog smještaja.

Klinika danas raspolaže sa 78 postelja, od čega 60 u stacionaru i 18 u okviru dnevne bolnice. Godišnje se hospitalizira oko 3.300 djece. U polikliničkoj djelatnosti godišnje se obavi oko 26.000 pregleda a u okviru pedijatrijske djelatnosti tijekom godine provede se 17.500 dijagnostičkih postupaka. U Klinici su zastupljene gotovo sve pedijatrijske subspecialnosti. Prepoznatljivi smo po djelatnosti pulmologije i alergologije koja osigurava sva relevantna alergološka testiranja, funkcional-

nu dijagnostiku respiratornih poremećaja te odgovarajuće liječenje. Posve multidisciplinarnim pristupom zbrinjavamo i pratimo djecu oboljelu od šećerne bolesti. Radi se precizna ehokardiografska dijagnostika srčanih grešaka dječje dobi, a u okviru nefrološke djelatnosti posebna pažnja pridaje se dijagnostici i terapiji hipertenzije. Rješavamo i hematološku problematiku s posebnim interesom za poremećaje koagulacije. Gastroenterološki odjel jedini je u Hrvatskoj u kojem se stalno, gotovo četiri desetljeća, pruža skrb djeci i adolescentima s poremećajem u jedenju. Nuropedijatrijska djelatnost s dugogodišnjim je iskustvom praćenja djece s cerebralnim napadajima. Već desetljećima uključeni smo u organizaciju i provođenje kampa za djecu oboljelu od ŠB-a a posljednjih godina i djecu oboljelu od epilepsije. Već godinama djeluje igraonica za djecu čije rad je nadopunjeno brojnim predstavama i sadržajima u izvođenju kazališnih grupa i volonterskih udruga. Od 2007. se provodi i školska aktivnost u suradnji s djelatnicima OŠ „Petar Zrinski“. Uključivanje dnevne bolnice pomoglo je humanizaciji dijagnostičkog procesa i liječenja. Klinika je 2008. stekla naslov „Bolnica prijatelj djece.“

U okviru obilježavanja obljetnice održan je poslijediplomski tečaj „Debljina i poremećaji u jelenju - lice i naličje istog problema“, u suradnji s Hrvatskim društvom za školsku i sveučilišnu medicinu. Debljina i poremećaji u jelenju na prvi pogled dijametralno su različita stanja, međutim, posljednjih godina sve više se ističe njihova povezanost izražena kroz zajedničke kliničke kategorije poput prejedanja i porasta incidencije uzrokovanih društvenim i kulturološkim promjenama, a

*U razdoblju između 1920. (smrt dr. R. Markovića) i 1949. (otvaranje Centra za nedonoščad i ugroženu novorođenčad) bilo je zanimljivih ljudi i događaja, npr. rasprava o uvođenju BCG cijepljenja, prim. dr. Ljudevit Kobali (1888 - 1938) bio je šef odjela od 1921. do smrti 1938., a nakon dr. Nojmana ugledni stručnjaci su razvijali Kliniku zadnjih 50 godina. Napomena recenzenta

srodnost seže i do razine genetike. Obje bolesti podloga su razvoju popratnih morbiditeta koji povećavaju rizik smrtnog ishoda.

Debljinom i poremećajima u jedenju bavimo se gotovo 30 godina u okviru subspecialnosti endokrinologije i gastroenterologije te je to danas jedini centar u Hrvatskoj koji se sustavno bavi i ima organiziran multidisciplinarni tim za liječenje anoreksije neroze dječje dobi.

Stoga je cilj ovog tečaja godišnje okupljanje stručnjaka koji u svom svakodnevnom radu pružaju skrb djeci i adolescentima s debljinom i poremećajima u jedenju.

*Doc. dr. Gordana Stipančić,
v. d. predstojnice Klinike za pedijatriju*



Slika 3. Djelatnici Zavoda i voditelji SWEET projekta u vrijeme održavanja "peer review" vizite, ožujak 2014.

Zavod za dječju endokrinologiju i dijabetes KBC-a Zagreb – Europski referentni centar

Šećerna bolest tipa 1 jedna je od najčešćih kroničnih bolesti u dječjoj dobi, a od 440.000 djece koja boluju od dijabetesa melitusa tipa 1 u svijetu, petina živi u Europi. Akutne i kronične komplikacije dijabetesa kao i pridružene bolesti ugrožavaju život bolesnika, značajno narušavaju kvalitetu života (kardiovaskularne bolesti, zatajenje bubrega, sljepoča, amputacija ekstremiteta), a također predstavljaju i veliko finansijsko opterećenje za društvo. Pod pokroviteljstvom Međunarodnog društva za dijabetes u djece i adolescenta (ISPAD, engl. International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes) utemeljen je europski

projekt pod nazivom „SWEET“ s ciljem formiranja Europskih referentnih centara (CoR's; engl. Centers of Reference for POediatric Diabetes), a u svrhu poboljšanja sekundarne prevencije, dijagnoze i kontrole dijabetesa u djece i adolescenata u cijeloj EU.

SWEET se zasniva na partnerstvu i suradnji nacionalnih i europskih diabetoloških organizacija (www.sweet-project.eu). Elektronička obrada dobivenih rezultata praćenja bolesnika s dijabetesom omogućava svakom centru uključenom u SWEET projekt i njihovo unošenje u zajedničku bazu podataka s ciljem dugoročnog praćenja ishoda bolesti. Praćenje ovako velikog broja bolesnika kroz dugi vremena omogućiti će poboljšanje i unapređenje važećih preporuka ISPAD-a za diagnostiku i liječenje dijabetesa u djece i adolescenata.

Zavod za endokrinologiju i dijabetes Klinike za pedijatriju KBC-a Zagreb i Medicinskog fakulteta u Zagrebu 2012. godine prijavljen je kao pristupni kandidat SWEET projekta. Nakon procjene Nadzornog odbora SWEET-a da Zavod ispunjava zadane uvjete, provedeno je ocjenjivanje u okviru "peer review" vizite u

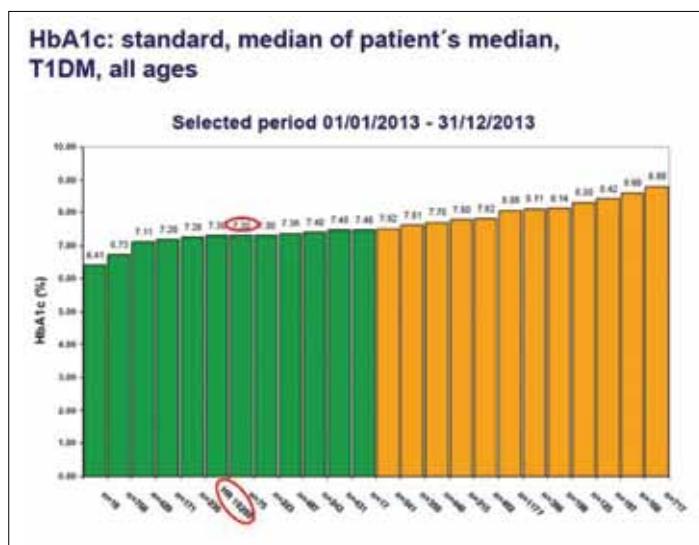
kojoj je u Zavod došao tročlan tim (voditelj SWEET projekta, profesor pedijatrijske endokrinologije i dijabetologije i koordinator projekta).

Uvidom u način rada koji je timski (liječnik, sestra edukator za dijabetes, psiholog, pedagog), pokazatelje dobre regulacije bolesti u bolesnika koji se prate u Zavodu i rezultata stručnog i znanstvenog radam dobiveno je pozitivno mišljenje i zadovoljeni su pristupni kriteriji, Zavod je postao član SWEET projekta, a od lipnja 2014. dobiva i naslov Europskog referentnog centra (CoR) za dijabetes u djece i adolescenata.

Tim je naslovom Zavod potvrđen kao Centar izvrsnosti za liječenje djece i adolescenata s dijabetesom u Europi, te je dobio priliku, ali i obvezu daljeg unapređenja zdravstvene skrbi za ove bolesnike.

Nataša Rojnić Putarek,
Jasenka Ille, Nevena Krnić, Anita
Špehar Uročić, Biserka Štajnkler,
Jasna Radanović, Gordana Čolig, Ma-
rina Grubić, Ivanka Gregorinčić, Ana
Bogdanić, Miroslav Dumić

Srednji HbA1c u razdoblju od 1.1.-31.12.2013. godine u djece i adolescenata s dijabetesom melitustom tipa 1 liječenih u 20 europskih centara. Srednji HbA1c u navedenom razdoblju u našem Zavodu bio je 7,30% čime se uvrštava u grupu Europskih centara sa zadovoljavajućom kontrolom dijabetesa melitusa tipa 1, odnosno HbA1c < 7,5%.



danje nizom kliničkih vještina. Godinama su to obavljali liječnici opće medicine u izvanbolničkim uvjetima, odnosno specijalisti raznih specijalnosti u bolničkim uvjetima. „Svjesni potrebe za trajnom izobrazbom, a u cilju unaprjeđenja edukacije specijalizanata hitne medicine kao i svih liječnika koji su uključeni u rad hitne medicinske službe, pokrenuli smo „Školu hitne medicine“ istaknule su voditeljice tečaja doc. prim. dr. sc. **Višnja Neseš Adam** i dr. sc. **Ingrid Bošan Kilibarda**. Škola prati program specijalizacije iz hitne medicine, a održavat će se u petogodišnjem ciklusu tijekom dvodnevnih poslijediplomskih tečajeva trajne izobrazbe liječnika I. kategorije. Tematski suvoditelj na prvoj godini Škole bio je prof. prim. dr. sc. **Hrvoje Pintarić**, a ovogodišnji program obuhvatio je najvažnije teme iz područja kardiocirkulacijskih i respiracijskih poremećaja, način njihove kliničke prezentacije i terapijsko zbrinjavanje.

Školu je otvorila predstojnica Klinike za anestezijologiju doc. prim. dr. Višnja Nesek Adam, koja je ne skrivači svoje zadovoljstvo istaknula kako je zbrinjavanje hitnih bolesnika vrlo zahtjevan lječnički posao te važnost edukacije svih lječnika koji sudjeluju u radu hitne medicinske službe. Prisutnima se obratila i ravnateljica Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu prim. mr. **Maja Grba-Bujević**, koja je polaznicima poželjela dobrodošlicu te ravnatelj KB-a „Sveti Duh“ prof. prim. dr. **Mladen Bušić**, koji je izrazio zadovoljstvo što se Škola održava upravo u njihovoj bolnici te dodao da su oni oduvijek poticali znanstveno nastavnu djelatnost.

Svečanom otvaranju Škole pridoništva nijela je nazočnost i pozdravni govor zamjenika ministra zdravlja prim. mr. sc. **Marijana Česarika**, koji je organizatorima zahvalio na uloženom trudu jer se na pokretanje ove vrste edukacije iz hitne medicine u Hrvatskoj dugo čekalo, a polaznicima je poručio da nakon što usvoje znanja potrebna za zbrinjavanje hitnih bolesnika ta znanja prenose dalje jer svatko se od nas može naći u ulozi hitnog bolesnika.

Škola je okupila 25 renomiranih predavača i gotovo 70 polaznika, većinom specijalizanata hitne medicine. Zbog velikog interesa planira se početkom sljedeće godine ponavljanje ovog modula Škole. Kako dozajnajemo od voditeljica tečaja, polaznike je najviše oduševio praktični dio tečaja pa su s posebnim zanimanjem pratili Malu školu EKG-a koju su u organizaciji prof. dr. Pintarića vodili mladi kardiologzi Nikola Pavlović i Ozren Vinter.

Posebno za ovu prigodu tiskan je i priručnik „Škola hitne medicine: Kardiocirkulacijski i respiracijski poremećaji“, koji je, uz potvrđnicu o pohađanju Škole, dobio svaki polaznik. Po završetku tečaja polaznici su kroz evaluacijsku anketu izrazili zadovoljstvo Ško-

lom, naročito zbog izbora tema te zanimljivih izlaganja predavača.

Dr. Darinka Tunjić Pejak

Hrvatska liga protiv raka obilježila „Movember“

• Hrvatska liga protiv raka već treću godinu zaredom pridružuje se brojnim zemljama svijeta koje različitim javno zdravstvenim kampanjama obilježavaju *Movember* (umanjena „mo“ od eng. Moustache – brk - Member, "brkati studeni") posvećen podizanju svijesti muškaraca da redovito odlaze na pregledne prostate zbog visokih stopa incidencije i mortaliteta kako u svijetu tako i u nas.

Rak prostate je na drugom mjestu ljestvice najčešćih sijela zločudnih bolesti u muškaraca, odmah iza vodećeg raka pluća, od kojeg prema najnovijim podacima Registra za rak HZIZ-a godišnje oboli 1758, a umre 734 osoba. Hrvatska liga protiv raka već dugi niz godina uspješno provodi brojne javno zdravstvene kampanje protiv zločudnih bolesti u žena, poput *Dana narcisa* i *Dana ružičaste vrpcе* posvećenih borbi protiv raka dojke i Dana mimoza posvećen podizanju svijesti žena o tome kako se zaštititi od raka vrata maternice.

U proteklom Movemberu, "Brkatom studenom", Liga je u suradnji s radio postajom Soundset Plavim te hokejašima i navijačima Medveščaka priredila kampanju *Brk za Brk*. Svakom slušatelju koji je tijekom studenog pustio brkove i to dokumentirao fotografijom, radio Soundset Plavi je donirao Hrvatskoj lige

protiv raka 20 kuna (novčanica s brkatiom banom Jelačićem). Uz ovu akciju navijači KHL-a Medveščak su na utakmicama dobivali fotografije brkatih igrača s potpisom i za to su također donirali dobrovoljne priloge Ligi. Svatko je dobio i edukativni Ligin letak o raku prostate. U zajedničkoj akciji skupljeno je 7 500 kuna, a taj ček su uručili dana 3. prosinca radijski voditelj **Daniel Bilić**, koji je i sam pustio brkove, i **Ante Mihić**, glasnogovornik KHL-a Medveščak prof. dr. **Damiru Eljugi**, predsjedniku Hrvatske lige protiv raka. Prof. Eljuga je zahvalio organizatorima i sudionicima ove akcije *Brk za Brk*, a posebno je naglasio potrebu i važnost senzibiliziranja i muške populacije, posebno onih starijih od pedeset godina da misle i na prevenciju raka prostate.

Vrijedno je spomenuti još jednu akciju koju je osmislio gosp. **Tomo Ricov** iz agencije Pepermint. Naime, specijalno za ovu prigodu u Movemberu uredili su brijačnicu Gentleman Jack's Barber Shop u Preradovićevoj 17, ali u stilu 50-ih godina prošlog stoljeća. U ovoj brijačnici usluge brijanja i šišanja se ne naplaćuju, a za uslugu su „brkati muškarci“ mogli ostaviti dobrovoljni prilog za Hrvatsku ligu protiv raka. Naravno, i u brijačnici su muškarci dobili poučni Ligin letak o raku prostate. U ovoj brijačnici kavkih na žalost više nema u Hrvatskoj, uz šišanje i brijanje može se slušati glazba po izboru DJ-a, čitati novine, popiti piće i jednostavno razgovarati i upijati pozitivnu energiju prostora koji nas vraća u neka davna vremena. U ovoj brijačnici se obrijao i predsjednik Lige prof. Eljuga i prvi put u životu pustio brkove koje je unatoč protivljenju supruge nosio do kraja studenog.

*Dr. Neda Ferenčić-Vrban,
glavna tainica Lige*



Daniel Bilić (desno) i Ante Mihić predaju ček Damiru Eliju

Hrvatske smjernice za prehranu starijih osoba predstavljene u Bruxellesu

• Na radnoj konferenciji, Nutritional Screening Implementation Conference 2014 "Optimal Nutritional Care for All" od 4.-5. studenog u Bruxellesu stručnjaci iz cijelog svijeta su raspravljali o postojećem stanju, izazovima, mogućnostima i budućim prioritetima u cilju poboljšanja optimalne prehrambene brige za sve. Ciljevi konferencije bili su:

- potaknuti i olakšati zemljama (Hrvatska, Njemačka, Španjolska, Turska) provedbu optimalnog nutritivnog statusa za sve
- validirati trenutno stanje prehrambene skrbi
- uvesti odobrenu strategiju i konkretnе akcije u državi
- definirati i uvesti mјere za napredak i utjecanje na godišnjoj razini.

Rezultat konferencije trebalo bi biti podizanje svijesti o malnutriciji, a istodobno jačanje nacionalnog povezivanja predmetnih zemalja i zemalja promatrača (Francuska, Izrael, Poljska, Slovenija).

Referentni centar Ministarstva zdravlja za zaštitu zdravlja starijih osoba -Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" na konferenciji je predstavio program GeroS (pod-sustav CEZIH-a za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba s nutritivnim alatom "Nutritional Risk Screening 2002", te funkcionalnih sposobnosti gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika). Zbog brzo rastućeg starijeg, kako hrvatskog (17,7%) tako i europskog (19,1%) pučanstva, takav gerontološki program je nužan i nužna je primjena europskih i prehrabnenogerontoloških standarda i normi.

Prof. dr. **Željko Krznarić** predstavio je hrvatsku delegaciju i predao riječ prof. dr. **Dariji Vranešić Bender** koja je svim prisutnim prezentirala hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi, prvi i drugi dio, u čijem su zasnivanju bili i oni sami autori. (Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi, dio I. i dio II.; Liječ Vjesn 2011;133:1-10)

*Manuela Maltarić, mag.nutr.,
Nastavni zavod za javno zdravstvo
"Dr. Andrija Štampar"*

HUBOL-ovi članovi tuže bolnice zbog obračuna plaća

• Hrvatska udruga bolničkih liječnika (HUBOL) odlučila je zbog nepravilnosti prilikom obračunavanja i slijedom toga isplaćivanja naknade plaće za vrijeme korištenja godišnjeg odmora, pokrenuti sudsku tužbu protiv 15-ak najvećih državnih bolnica.

U HUBOL-u ističu da tužbu neće podići udruga već svaki zainteresirani član HUBOL-a ponaosob, a članovima su osigurali i pravneg zastupnika koji će im pružiti stručnu potporu.

Troškovi odvjetničkog rada, navode, plaćaju se tek i isključivo po uspjehu u sporu odnosno naplati i to od strane tuženika, što znači da je svaki tužitelj oslobođen plaćanja

troškova odvjetničkog rada bez obzira na ishod tužbe.

Ovih dana navršava se i godinu dana postojanja HUBOL-a. U udrizi ističu kako imaju više od 1000 članova te da su interes i izražena podrška kolegica i kolega nadišla njihova očekivanja, što im je ujedno i najbolja potvrda da je osnivanje udruge bila dobro prepoznata potreba za okupljanjem liječnika zaposlenih u bolničkom sustavu.

20 godina riječkog Kluba umirovljenih liječnika

• Klub umirovljenih liječnika u Rijeci prošli je mjesec proslavio 20 godina postojanja. Naime, osnovan je 22. studenog 1994. po uzoru na Klub umirovljenih liječnika Hrvatskog liječničkog zbora koji je osnovan u Zagrebu deset godina ranije.

Druženju se pristupilo kroz predavanja i zajedničke izlete. Predavanja su u početku održavana u pravilu jednom mjesечно i do sada ih je ukupno održano 102, od čega čak 62 stručna. Predavači su bili umirovljenici ili mlađi aktivni kolege, koji se bave nekim određenim problemom. Zanimljive su bile teme o novostima u medicini i novim tehnikama dijagnostike i liječenja.

Predavanja s temom izvan struke bilo je 40, a odnosila su se na događaje u regiji, putopise i putne doživljaje. Osobito omiljen način druženja su bili jednodnevni izleti, kojih je do konca 2013. godine bilo 116.

Opširnije o radu Kluba umirovljenih liječnika u Rijeci objavit ćemo u jednom od narednih brojeva LN-a.



Očitovanjenje Hrvatskog traumatološkog društva na intervju prof. Roberta Kolundžića, predsjednika Hrvatskog ortopedskog društva

• Na temelju Zakona o medijima te radi istinitog informiranja stručne javnosti tražimo da u cijelosti objavite očitovanje Hrvatskog traumatološkog društva (HTD) HLZ-a na intervju prof. Roberta Kolundžića, predsjednika Hrvatskog ortopedskog društva (HOD) HLZ-a objavljenog u Liječničkim novinama br. 133 od 15. listopada 2014. Očitovanje je jednoglasno prihvaćeno na Izvanrednoj skupštini članova HTD HLZ-a održanoj 17. studenog 2014.

1. Nova specijalizacija iz ortopedije i traumatologije u Hrvatskoj je specijalizacija u okviru kirurških struka koja započinje s dvije godine opće kirurgije. Stoga nova specijalizacija iz ortopedije i traumatologije po svojem kurikulumu nije „preimenovana specijalizacija iz ortopedije“ kako tvrdi prof. Kolundžić, već je prirođan nastavak traumatologije kao kirurške grane. Također podsjećamo da je po UEMS-u potpuno odvojena Sekcija za kirurgiju (unutar koje se nalazi i traumatologija) od Sekcije za ortopediju te da nemaju nikakve međusobne veze u propisivanju programa edukacije.

2. Prof. Kolundžić navodi da EU ne priznaje sustav subspecijalizacija i obrazlaže sustav edukacije u pojedinim zemljama EU, a pri tome negira hrvatske zakone kojima je sustav edukacije specijalista temeljem uže specijalizacije zakonski način stjecanja uže specijalizacije za sve specijaliste koji su specijalizaciju započeli do Pravilnika objavljenog 2011 (NN 100/2011).

Svojim stavovima prof. Kolundžić ne-gira i ne priznaje Pravilnike Ministarstva zdravlja RH i provodi vlastitu interpretaciju važećih zakonskih odredbi RH.

3. Zakonsku mogućnost priznavanja uže specijalizacije iz traumatologije za opće kirurge, uz stečeno znanstveno-nastavno zvanje docenta i profesora iskoristio je određen broj traumatologa (NN 128/06). Određen broj općih

kirurga je obavio i kompletan kurikulum uže specijalizacije iz traumatologije i nakon toga položili odgovarajući ispit pred ispitnom komisijom koju je imenovalo Ministarstvo zdravstva i stekao status užeg specijaliste iz područje traumatologije.

Nije jasno na temelju čega prof. Kolundžić osporava način stjecanja uže specijalizacije za opće kirurge/traumatologe, a pri tome ne spominje kako je značajan broj ortopeda sa znanstveno-nastavnim zvanjem iskoristio istu navedenu zakonsku mogućnost stjecanja statusa uže specijalizacije iz traumatologije lokomotornog sustava, a bez provedenog stava uže specijalizacije koja obuhvaća: neurokirurgiju (tri mjeseca), abdominalnu kirurgiju (tri mjeseca), vaskularnu kirurgiju (tri mjeseca), plastičnu kirurgiju (dva mjeseca), kirurgiju kralježnice (dva mjeseca), sportsku traumatologiju (dva mjeseca) te traumatologiju ekstremiteta (četiri mjeseca) sukladno Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 111/2009, prilog 1. točka 24.b).

4. Istina je kako prof. Kolundžić navodi da su ortopedi po prijašnjem sustavu edukacije i na temelju propisane specijalizacije i dobivene državne licence educirani za zbrinjavanje trauma muskuloskeletalnog sustava, ali nisu zbrinjavali muskuloskeletalnu traumu zbog organizacije hitne službe u bolnicu! Iz navedenoga je jasno koliko su ortopedi u našem sustavu insuficijentni u zbrinjavanju akutnih ozljeda muskuloskeletalnog sustava, iako bi formalnom edukacijom i stečenim užim specijalizacijama iz traumatologije lokomotornog sustava iste poslove trebali obavljati.

Tim više začuđuje stav što prof. Kolundžić želi da se manje iskusni stručnjaci (ortopedi) bave koštano-zglobnim ozljedama umjesto iskusnijih kolega (traumatologa). Je li to promocija slabije kvalitete liječenja zdravstvenih osiguranika u Hrvatskoj?

5. Prijedlog da se odgovor o načinu liječenja akutnih ozljeda i prijeloma čeka sljedećih 10 do 15 godina dok stasaju mladi, novi specijalisti ortopedi i traumatolozi iskazuje jasno nepoznavanje problematike zbrinjavanja akutnih ozljeda i negiranje potrebe za organiziranim zbrinjavanjem akutnih ozljeda koje danas predstavljaju prvi uzrok smrti u mladoj i aktivnoj populaciji do 40 godina života.

6. Traumatolozi zadnje tri godine traže način da se ustroji program dovedukacije kojim bi se omogućilo stjecanje statusa specijaliste ortopedije i traumatologije na temelju točno određenog programa, sukladno razlikama u dosadašnjim specijalizacijama i užim specijalizacijama o odnosu na novu specijalizaciju iz ortopedije i traumatologije. Nažalost, nikakav dogovor s ortopedima nije postignut. Nikad nismo tražili da se nekome „administrativno pokloni medicinska specijalnost“.

7. Prof. Kolundžić navodi neprovjeren podatak da se na ortopediji liječe 65 posto bolesnika s bolestima lokomotornog sustava, a svega 35 posto s ozljedama. Takav podatak sigurno nije istinit za Kliniku za traumatologiju KBC Sestre milosrdnice gdje sada radi. Istovremeno, prof. Kolundžić namjerno prešuće da u hitnoj službi više od 50 posto bolesnika traži pomoći zbog ozljeda koje najčešće zahvaćaju lokomotorni sustav.

Razina tumačenja nekompetencija usporedljivo sa vozačkim ispitom je zaista ispod razine stručne i kolegijalne komunikacije nekoga tko se predstavlja s titulom sveučilišnog profesora.

Domaćinstvo EFORT Traveling Fellowship Program-a su dobili Hrvatsko ortopedsko društvo i Hrvatsko traumatološko društvo, što prof. Kolundžić kao jedan od organizatora namjerno zaboravlja napomenuti u dodatku članka.

Tražimo da se stručna javnost preko Liječničkih novina obavijesti o slijedećem:

1. Traumatologiju koštano zglobnog sustava (Prema definiciji European Board of Surgery/Division of Trauma Surgery, član UEMS-a), odnosno akutnu ortopediju prema definiciji (European Board of Orthopedics and Traumatology, član UEMS-a) u Hrvatskoj u najvećem broju liječe opći kirurzi od kojih neki imaju užu specijalizaciju iz traumatologije.

2. AO Trauma tečajevi koji predstavljaju svjetski standard u liječenju prijeloma i edukaciji traumatologa i ortopeda širom svijeta u Hrvatskoj organiziraju i provode opći kirurzi/traumatolozi na temelju međunarodno priznate licence. Ti isti traumatolozi sudjeluju u

edukaciji traumatologa i ortopeda u zemljama EU i ostalim zemljama istočne Europe, kao i na tečajevima u Davosu gdje dolaze polaznici iz cijelog svijeta.

3. Edukaciju iz akutne ortopedije (traumatologije) ortopedi desetljećima stječu edukacijom na traumatološkim odjelima i klinikama opće kirurških ustanova.

4. Kirzirji traumatolozi su školovani prema njemačkom i austrijskom modelu, koji je s uspjehom primjenjivan i kod nas, s tradicijom Klinike za traumatologiju u Zagrebu koja je osnovana 16. kolovoza 1948. gdje se u zadnjih 76 godina radi godišnje na tisuće operativnih zahvata na koštano-zglobnom sustavu.

U Klinici za traumatologiju je prof. Kolundžić prošao svoju edukaciju iz traumatologije (akutne ortopedije), a obrazovali su ga ljudi koji su opći kirzirji, subspecialisti traumatologije prema hrvatskom modelu.

5. Stručna znanja i kompetencije u Hrvatskoj nisu mrtvo slovo na papiru i nije istina da ih se u Europi ne priznaje. Dokaz je i činjenica da se u Njemačkoj i Austriji kompetencije

općeg kirurga-traumatologa iz Hrvatske priznaju dok u Hrvatskoj takvo priznavanje ne postoji.

6. Zaključno, smatramo da prof. Kolundžić svojim izjavama namjerno unosi zabunu u našu stručnu i širu javnost dovodeći u pitanje kvalifikacije liječnika koji zbrinjavaju akutne ozljeđenike u Hrvatskoj. Takve maliciozne izjave mogu imati značajne sudsko-medinske implikacije jer predstavljaju otvoreni poziv na nekontrolirane akcije protiv sustava zbrinjavanja ozljeđenika te prijetnju struci.

7. Prof. Kolundžić je svoje isključive i neprofesionalne stavove dokazao kao potpisnik dokumenta kojim se određuje koji liječnici mogu biti članovi HOD-a (i pri tome u potpunosti isključuju opće kirurge i traumatologe, članove HLZ). Dokument je dostupan na:http://www.ortopedija.hr/wp-content/uploads/2014/03/orto_2_odluka.pdf i u suprotnosti je sa Statutom HLZ-a. Svojim javnim djelovanjem prof. Kolundžić je kao predsjednik HOD-a glasao protiv učlanjenja HTD-a u EFORT i cijeloj europskoj stručnoj javnosti pro-

slijedio informaciju da hrvatski traumatolozi nemaju kompetencije i ne rade muskuloskeletalnu traumatologiju.

Zbog navedenih neistina i postupaka koji su u suprotnosti sa Statutom HLZ-a (na temelju članka 28. stavak 2, točka 1-3 i članka 29, točka 1 i 2, a zbog povrede Statuta HLZ-a - pročišćeni tekst od 26.02.2005. - prema članku 9, točka 12., članku 14, točka 1, 8, članku 39, točka 1 i članku 41, točka 1-3) 22. lipnja 2013. tažili smo arbitražu Časnog suda HLZ, čiji odgovor do danas nismo dobili.

*Predsjednik Hrvatskog
traumatološkog društva HLZ-a
prof. dr. sc. Tedi Cicvarić, dr. med.*

.....

Zaključci sa sastanka specijalista ortopedije i traumatologije u Komori

- U Komori je 1. srpnja ove godine održan sastanak liječnika specijalista ortopedije i traumatologije na kojem se raspravljalo o mogućnostima stjecanja statusa specijalista ortopedije i traumatologije liječnika koji su specijalističko usavršavanje završili prije harmonizacije specijalizacija u Hrvatskoj s Europskim unijom.

Na sastanku su sudjelovali prof. dr. sc. **Tedi Cicvarić** (Hrvatsko društvo traumatologa HLZ-a), prof. dr. sc. **Aljoša Matejić**, prof. dr. sc. Robert Kolundžić (Hrvatsko ortopedsko društvo HLZ-a), doc. dr. sc. **Mario Starešinić**, prof. dr. sc. **Božidar Šebečić**, dr. sc. **Anton Tudor**, prof. dr. sc. **Miroslav Hašpl**, prim. **Ognjen Živković** (ISPO Croatia), te ispred Komore predsjednik prim. dr. **Hrvoje Minigo**, tajnica **Nikolina Budić**, dipl. iur. i članica Izvršnog odbora prim. dr. **Katarina Sekelj - Kauzlaric**.

- HLK će predložiti Ministarstvu zdravlja da u godišnji plan potrebnih specijalizacija uvrsti i liječnike koji su završili specijalističko usavršavanje prije harmonizacije specijalizaci-

ja u RH s EU te pri tom stekli naziv specijalist opće kirurgije, uži specijalist traumatologije, odnosno specijalist ortopedije, uži specijalist traumatologije lokomotornog sustava, kako bi ostvarili mogućnost stjecanja statusa specijaliste ortopedije i traumatologije.

Podredno, predložit će se Ministarstvu zdravlja da za navedenu grupaciju liječnika doneće posebni godišnji plan potrebnih specijalizacija, kako bi se izbjegla situacija da navedeni liječnici izgube prioritet u odobravanju specijalizacija iz ortopedije i traumatologije u odnosu na liječnike koji nisu niti započeli specijalističko usavršavanje.

- HLK će predložiti Ministarstvu zdravlja da se u Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine implementira Direktiva 55/2013, kako bi se liječnicima kojima se odobri specijalizacija iz ortopedije i traumatologije, a prethodno su stekli naziv specijalist opće kirurgije, uži specijalist traumatologije, odnosno specijalist ortopedije, uži specijalist traumatologije lokomotornog sustava, ili im je

specijalističko usavršavanje u tijeku, omogućilo priznavanje dijela već završenog specijalističkog usavršavanja.

- Također će se predložiti Ministarstvu zdravlja što brže uvođenje akreditacije zdravstvenih ustanova, kako bi se jasno odredilo koja je stručna specijalistička naobrazba potrebna za obavljanje pojedinih zdravstvenih usluga.

.....



Treći Hrvatski kongres preventivne medicine i unapređenja zdravlja

Ivana Sruk, doc. dr. Danijela Štimac i doc. dr. Aleksandar Džakula



• Možda nema niti jedne teme koja je u tolikoj mjeri jednostavna i svakodnevna, a istovremeno beskrajno složena i značajna "na duge staze", kao što je to hrana. Govoreći o količini hrane, ne znamo hoćemo li govoriti o gladi ili strahu od pretilosti. Govoreći o kemikalijama sastavu ne znamo hoćemo li govoriti o dragocjenim mikronutrijentima ili zagađenjima... Upravo su te „svakodnevne“ spoznaje bile ključne za izbor Hrane i prehrane kao središnjih tema 3. Hrvatskog kongresa preventivne medicine i unapređenja zdravlja s međunarodnim sudjelovanjem koji je svojim paralelnim programima održan u Vukovaru i Vinkovcima od 9. do 12. listopada. Naime, nacionalni kongres preventivne medicine i promicanja zdravlja prepoznat je kao mjesto na kojem se mora napraviti cjelovita slika "stanja nacije" u najvažnijim javnozdravstvenim područjima, ali i predstaviti neke od novih projekata, strategija i inicijativa. Na kongresu je sudjelovalo više od 250 sudionika, a posebno treba istaknuti sudjelovanje 70-ak patronažnih sestara koje su svojim izlaganjima i nizom prikaza uspješnih projekata pokazale koliku važnost imaju timski rad i suradnja u javnozdravstvenim intervencijama.

Smanjivanje unosa soli – strateški plan

Kongres je 9. listopada u Vukovaru otvorila Regionalna konferencija o smanjenju unosa soli. Kao predavači su sudjelovali stručnjaci iz Velike Britanije, Portugala, Slovenije te SZO-a, koji su pokazali primjere dobre

prakse u provođenju programa za smanjenje unosa soli. Prof. dr. **Graham MacGregor**, vodeći svjetski stručnjak za pitanje soli u prehrani, predstavio je Globalnu svjetsku akciju za borbu protiv prekomjernog unosa kuhinjske soli. Dr. sc. **Joao Breda**, voditelj Programa za prehranu, fizičku aktivnost i debljinu Europskog ureda SZO-a prezentirao je nedavno usvojeni Akcijski plan za hranu i prehranu 2014-2020. (Food and Nutrition Action Plan - FNAP) u kojem je smanjenje unosa kuhinjske soli u hrani SZO još jednom prepoznala kao jedan od glavnih rizičnih čimbenika za nastanak niza nezaraznih kroničnih bolesti. Dosadašnja postignuća na ovom području u Hrvatskoj prikazao je prof. dr. **Bojan Jelaković**, a u sklopu konferencije je ministar zdravlja prim. **Siniša Varga** predstavio je Strateški plan o smanjenju unosa soli u RH.

Aktualno stanje i javnozdravstveni izazovi

Središnji dio programa započeo je izlaganjem ravnateljice Hrvatske agencije za hranu **Andreje Gross - Bošković** koja je prikazala trenutno stanje kvalitete i sigurnosti hrane. Cjelovitim prikazima po pojedinim područjima ova je tema detaljnije obrađena i u posebnoj sekciji koja je slijedila. Istraživanje kroničnih nezaraznih bolesti, te dvije sekcije o intervencijama za prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti - jedna posvećena individualnom, a druga populacijskom pristupu – bile su dio velikog bloka posvećenog javnozdravstvenim intervencijama. U ovom bloku prikazani su i rezultati te druge aktivnosti povezane s Naci-

onalnim preventivnim programima. Globalne i lokalne prijetnje zaraznih bolesti obrađene su u sekciji u kojoj je održana i radionica o novim načinima informiranja o cijepljenju. Cilj ove radionice bio je dogovoriti strukturu i sadržaje buduće web stranice o cijepljenju. A koliko su u javnom zdravstvu neodvojivi istraživačko i stručno, akademsko i praktično, pokazao je profesor emeritus Silvije Vuletić govoreći o novoj knjizi Javni diskurs – izazovi suvremenog zdravstva.

Zdrave „marende“ i vježbanje za sudionike kongresa

Kako kongres ne bi bio sam mjesto na kojem se govori o zdravlju i prevenciji bolesti, sudionici su imali priliku i sami osjetiti što to znači biti uključen u javnozdravstvenu intervenciju. Naime, svi dnevni obroci koji su bili pripremani za sudionike u hotelu Slavonija u Vinkovcima bili su priređeni prema receptima „marende“ koje se spremaju za učenike u Istri, a tijekom objeda iz restorana su uklonjene sve „solenke“. U predvorju kongresnih dvorana postavljen je i poseban poligon na kojem su nastavnici i studenti Zdravstvenog veleučilišta iz Zagreba davali praktične savjete, pomagali u vježbanju te demonstrirali neke od načina korištenja pomagala za vježbanje.

Iskustva prevencije u poplavama

Postignuti rezultati u prevenciji tijekom katastrofalnih poplava 2014. bili su polaziste za sekciju Prevencija u izvanrednim okolnostima, koja je održana u Vukovaru. U prezentacijama je iznesen osvrт na poplave koje su ranije ove godine snažno pogodile cijelu regiju i Hrvatsku, a u kojima je nastradalo upravo područje u kojem se kongres održavao. Na sekciji su pored prikaza brojnih aktivnosti na područjima pogodjenim poplavama, prezentirane i mјere smanjenja štetnih utjecaja u izvanrednim situacijama te odaziv za slučaj drugih elementarnih nepogoda uključujući velikih nesreća uzrokovanih djelovanjem čovjeka. Prim. dr. **Marijan Česarik**, zamjenik ministra zdravlja, moderirao je okrugli stol Zajedničkim preventivnim akcijama do sprječavanja posljedica katastrofa, koji je rezultirao zaključcima za unaprijeđenje djelovanja u slučaju katastrofa. Pretposljednjeg dana delegacija kongresa položila je vijenac kod Križa na ušću Vuke u Dunav. Tom prigodom o važnosti prevencije u ratnim zbivanjima govorio je prof. dr. **Slobodan Lang**.

Kongres je održan u organizaciji Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Hrvatskog društva za javno zdravstvo HLZ-a te u suradnji s brojnim partnerima.

adzakula@gmail.com

••••

Godinu dana rada regionalnog udruženja koje su pokrenuli neurokirurzi iz Vinogradske

Edukacija kolega zahvaljujući praćenju operacija uživo

Tekst i slike Andreja Šantek i arhiva KBC-a Sestre milosrdnice

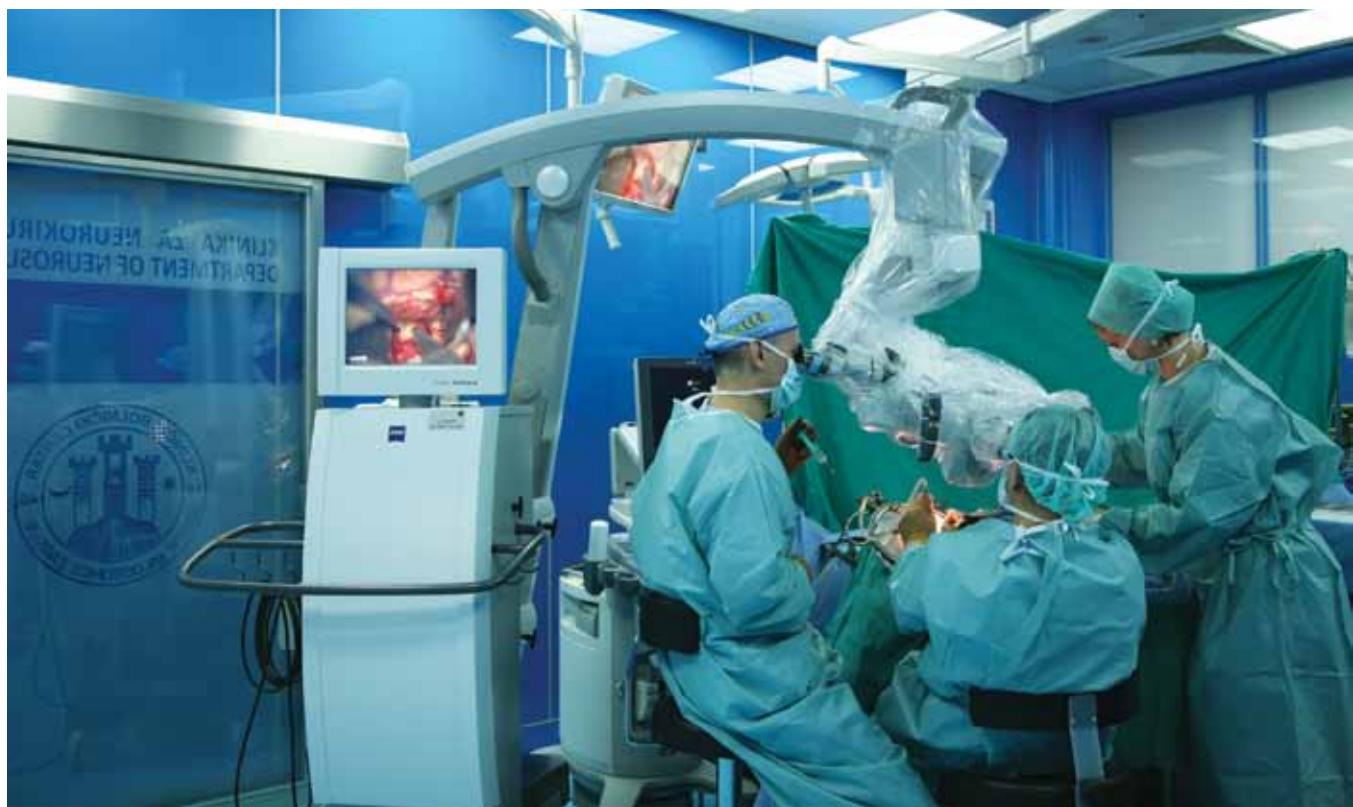
- U organizaciji Društva neurokirurga jugoistočne Europe (Southeast Europe Neurosurgical Society – SeENS), sredinom studenoga je u Klinici za neurokirurgiju KBC-a Sestre milosrdnice izvedena endoskopska operacija tumora na hipofizi.

No, to samo po sebi ne bi bila vijest da nije riječ o prvoj neurokirurškoj operaciji koja se uživo prenosila iz operacijske sale u predavaonicu u kojoj je 30-ak liječnika iz ju-

goistočne Europe pratilo svaki pokret prof. dr. **Krešmira Rotima**, predstojnik Klinike, i dr. sc. **Vatroslava Čerine**, doajena endoskopske tehnike u Hrvatskoj.

Riječ je o prvoj radionici u organizaciji SeENS-a koji je prošle godine osnovan na inicijativu dr. Rotima i njegovog kolege dr. Tomislava Sajka. U SeENS su učlanjeni neurokirurzi iz zemalja bivše Jugoslavije, ali i Grčke, Cipra, Albanije, Kosova, Turske, Rumunjske, Bugarske.

„Mi smo mala zemlja, kao i zemlje u našem okruženju, i smatramo da nacionalni kongresi malobrojnih društava koji se ponavljaju svake tri godine ne donose značajnije promake u znanstvenom i stručnom smislu. Tako sam, primjerice, u proteklom mandatu kao predsjednik Hrvatskog neurokirurškog društva sa suradnicima organizirao kongrese u suradnji s Neurokirurškim udruženjem Amerike (CNS) 2009. godine, a nakon toga zajednički kongres sa Slovenskim neurokirurškim društvom 2011. godine. Poučeni tim iskustvom zaključili smo da svoj rad i dostignuća moramo preispitati na međunarodnom planu jer jedino takav pristup podiže značajno kvalitetu u struci, a sve na korist hrvatskih pacijenata. Kvaliteta svakog pojedinog kirurga ogleda se u broju kvalitetno obavljenih zahvata, u stupnju kompleksnosti i zahtjevnosti pojedinih operacija, smanjenju broja komplikacija pri operacijama, broju i kvaliteti objavljenih znanstvenih rada i udžbenika, itd. Tek kad sebe testirate na međunarodnom planu, javnim istupima i svojim rezultatima, možete dobiti javnu potvrdu svoje kvalitete i uspjeha. I u medicini su rezultati rada liječnika mjerljivi. Stoga smo zaključili da je udruživanje kvalitetnih stručnjaka na dobrom glasu nešto što nadilazi granice. Vode nas isključivo visoka profesionalna i etička načela“, kaže dr. Rotim, koji je ujedno i predsjednik SeENS-a dok je dr. **Sajko** glavni tajnik. Dr. Rotim ističe kako im je izuzetno važna iskrena podrš-



Prof. dr. sc. Krešimir Rotim i dr. Dario Josip Živković uklanjanju tumor na mozgu

ka kolega iz Turske koja ima 1200 neurokirurga i u kojoj se puno ulaže u neurokirurgiju.

Prošle su godine održali i prvi neurokirurški kongres SeENS-a u Beogradu, na kojem je sudjelovalo više od 550 sudionika, a ove su godine održali dva stručna simpozija, o tumormima na hipofizi u Zagrebu te u Makedonskoj akademiji nauka i umetnosti u Skopju na kojem je sudjelovao i legenda svjetske neurokirurgije **Mahmut Gazi Yaşargil**, američki državljanin porijeklom iz Turske koji je cijeli životni vijek bio šef neurokirurške klinike u Zürichu. Predstoji im još nekoliko značajnih aktivnosti. U travnju će u Dubrovniku, po prvi puta u Hrvatskoj, a uz odobrenje Svjetske neurokirurške organizacije, organizirati edukaciju za mlade neurokiruge. Na jesen će u Sarajevu organizirati drugi neurokirurški kongres, u Dubrovniku u sklopu Svjetskog ortopedskog kongresa (SEEFORT) organizirat će 'Spine Day'. U Zagrebu pak organiziraju kongres Euroacademia Multidisciplinaria Neurotraumatologica na kojem će sudjelovati stručnjaci iz područja neuroznanosti.

„Društvo je, kao što vidite, vrlo aktivno. Prošle smo godine postali član Europske neurokirurške federacije (EANS), a od iduće ćemo godine biti i član Svjetske neurokirurške asocijacije (WFNS). Interes i želja za suradnjom i sudjelovanjem na našim kongresima nadilaze sva naša očekivanja, a zadovoljstvo je tim veće jer je inicijativa pokrenuta u našoj zemlji te je sjedište udruženja u Zagrebu. Gađimo vrlo dobre odnose odnose s nacionalnim društvima u zemljama jugoistočne Europe pa tako surađujemo i s Hrvatskim društvom za cerebrovaskularnu kirurgiju HLZ-a i ostalim srodnim nacionalnim društvima. Postavili smo platformu na kojoj prezentiramo svoj rad i ljudi na regionalnoj razini nas uvažavaju. Iako u našoj zemlji pojma regija uglavnom ima negativni predznak, ovom prilikom ističem da na području jugoistočne Europe, od Slovenije pa do Turske i Moldavije ima izuzetnih stručnjak i znanstvenika koji značajno doprinose razvoju i napretku struke na globalnom planu. To nadalje, u djelovanju prema EANS-u i WFNS-u, može postići sinergijski učinak i postati zaštitnik razvoja neurokirurgije u svim ovim zemljama“, objašnjava dr. Rotim. Dodaje kako mu je nedavno ugledni turski neurokirurg prof. **Feridum Acar**, tajnik turskog društva, s velikim žarom tumačio da na jugu i istoku Europe žive vrlo marljivi, skromni i vrhunski obrazovani liječnici popotpuno posvećeni struci i pacijentima te da u godinama koje dolaze očekuje primat u odnosu na zemlje koje su nam dugo bile uzor poput Njemačke i SAD-a.

Govoreći o operaciji uživo, dr. Rotim kaže da svatko može napraviti i snimiti 100 ili 500 operacija i staviti ih na CD, što u tom slučaju onda izgleda briljantno i može se navoditi



kao obrazac prema kojem se operacije uvijek tako izvode.

„No, kirurgija je sve samo ne obrazac, to je kompleksan posao i nikada dvije operacije nisu iste. Mislim da treba određena hrabrost, ali i sigurnost, da ono što radite, radite dobro. I tada možete raditi 'live surgery', jer tu nema varanja, sve se vidi“, kaže dr. Rotim, dodajući kako je operacija koje se prenosi uživo dobro prošla te kako su reakcije kolega bile jako dobre. Pratila su ih i dvojica pionira u tim operacijama, talijanski neurokirurg **Castelnovo** i otorinac **Cavali** koji su na simpoziju održali i pozivna predavanja.

„Naša klinika je regionalni lider u jugoistočnoj Europi kada su u pitanju endoskopske operacije bilo u mozgu ili na kralježnici. Radimo visokosofisticiranu kirurgiju i imamo najmoderniju integralnu operacijsku salu u Hrvatskoj, a ta nam tehnologija omogućuje da izvodimo ove operacije. Ovo je za nas značajan iskorak kojim se naša klinika diže na međunarodnu razinu jer smo u prilogi da svoje znanje i dugogodišnje iskustvo prenosimo kolegama iz zemalja jugoistočne Europe“, kaže dr. Rotim.

Kada govorimo o endoskopskoj operaciji tumora hipofize, dodaje, to znači da se pristup bazi lubanje odvija kroz prirodni otvor, tj. kroz nosnicu ulazimo u sfenoidni sinus i uz pomoć endoskopa uklanjamo tumor. Neuronavigacijskim uređajem, svojevrsnim GPS sustavom za navođenje, u svakom trenutku dok zahvat traje kirurg zna gdje se nalazi i u kojem smjeru mora ići, a istovremeno se prati stanje pacijentovog živčanog statusa. Ovaj se

zahvat može raditi i u makrokirurškoj tehnici s mikroskopom, objašnjava dr. Rotim, ali to onda zahtijeva rezanje frenule nosa i oštećenja kosti, nakon čega pacijent dobiva tamponadu i začepljjen nos

„S obzirom na to da endoskopski zahvat ne zahtijeva nikakve rezove, kozmetički su rezultati izvrsni, a skraćen je i postoperativni oporavak pa pacijent već sljedeći dan odlazi kući s normalnom funkcijom nosa i normalnim disanjem“, kaže dr. Rotim. Na pitanje je li bilo treme ili straha s obzirom na to što se operacija prenosi uživo, dr. Rotim odgovara:

„Ne, mi smo spremni za to, to radimo svaki dan. To je kao 'reality show', samo u neurokirurgiji. Za kirurške struke je nužno prethodno odlično poznavanje anatomije. Ako to znate, onda nema straha. Ljudi se najčešće boje nepoznatoga. Ali ako nešto dobro poznajete, onda se ne bojite i to radite, a ako imate dovoljan broj operacija u rukama, ne bi trebalo biti niti treme. Ne bih htio pojednostavljivati stvari, ali na neki način to jest zanat jer se u manualnom smislu stvara određena rutina. Ako su ruke istrenirane, one na neki način rade automatizmom. Međutim, ono što ne možete jest isključiti se jer se uz svakog pacijenta vežete“, kaže dr. Rotim.

U Vinogradskoj se radi širok spektar operacija, od vaskularnih operacija aneurizmi, malformacija i tumora na mozgu, do operacija na kralježnici, tj. diskus hernije. Referentni su centar Ministarstva zdravljia za minimalno invazivne operacije kralježnice, ali i za vaskularne operacije na mozgu. „Endoskopske ope-

Neurokirugija u Hrvatskoj

• Počeci neurokirurgije na hrvatskim prostorima nisu zaostajali u odnosu na svijet. Spominju se krajem 19. stoljeća kada su zahvati na glavi bili vezani uz ozljede, a izvodili su ih kirurzi.

U Liječničkom vjesniku 1884. godine objavljen je prvi potpuni prikaz kraniotomije liječnika kirurškog odjela u Javnoj općoj bolnici milosrdnih sestara, **Teodora Wickerhausera**, koji opisuje komplikiran prijelom lubanje, epiduralno krvarenje vezano uz arteriju meningiku mediju te neurološki status prije i poslije operacije.

Uz njega, kao kolega, a kasnije i nasljednik, ističe se dr. **Miroslav Čačković pl. Vrhovinski**, koji također objavljuje prikaze slučajeva iz neurotraumatologije te njihovo kirurško zbrinjavanje. Spominju se i brojni drugi kirurzi koji su izvodili zahvate na glavi, najčešće zbog neurotrauma.

Sredinom 20. stoljeća dolazi do postepenog osamostaljenja neurokirurgije, a njezin puni napredak vezan je uz prof. **Danka Riessnera** koji je kao kirurg stekao neurokiruršku naobrazbu u vodećem neurokirurškom centru u Berlinu.

Osim što je svladao operacijske tehnike, bavio se i znanstveno-istraživačkim radom te je njegovo kapitalno djelo o zakonima o pomicanju moždanih masa ovisno o lokalizaciji ekspanzivnog procesa u mozgu postalo često citiran rad u svjetskoj medicinskoj literaturi. Vodio je neurokirurški odjel Klinike za kirurgiju na Rebru, a 1953. godine izabran je za predstojnika kirurškog odjela Opće bolnice "Dr. Mladen Stojanović".

Tijekom studijskog boravka u SAD-u prikupio je novac za kiruršku opremu novoizgrađenog operacijskog trakta, neurotraumatološkog odjela, gdje je odgojio brojne stručnjake koji su se nastavili baviti neurokirurgijom - prim. dr. Vjenceslav Bakulić, dr. Živko Alić, prof. dr. **Fedor Stančić-Rokotov** i prim. dr. **Nedeljko Popov**, koji po odlasku prof. Riessnera preuzima njegovu dužnost.

Na ovim temeljima nastavlja se i danas razvoj neurokirurgije, prateći svjetske trendove koji se brzo razvijaju, posebice u informatici i novim tehnologijama. Tako se danas teži minimalnom oštećenju tkiva uz maksimalan učinak izlječenja.

Kao i u svakoj djelatnosti koja se razvija, tako i u neurokirurgiji dolazi do pojave subspecijalnosti kao što su neurovaskularna kirurgija, dječja neurokirurgija, spinalna kirurgija, endokrinološka neurokirurgija, funkcionalna neurokirurgija itd. Minimalno invazivne tehnike kirurškog liječenja sve se intenzivnije razvijaju u području spinalne kirurgije, a cerebrovaskularne bolesti sve više preuzimaju endovaskularne intervencije.

Zbog brojnih istraženih i neistraženih funkcija živčanog sustava te skušenog prostora za kirurški pristup, malo je drugih kirurških djelatnosti u kojima je točna vizualizacija i lokalizacija patološkog procesa toliko važna, kao što je to slučaj u neurokirurgiji. Stoga je upravo paralelni razvoj neuroradiologije važna karika daljnog napretka u neurokirurškom liječenju.

Od razvoja minimalno invazivnih tehnika, endovaskularnih intervencija, preko neuronavigacije, stereotaksije pa sve do razvoja radiokirurških postupaka (gamma-knife, cyberknife), kao neurokirurzi, pa i oni koji će to tek postati, suočeni smo s nezaustavljivim napretkom u liječenju neurokirurške patologije koji donosi nove izazove i stavlja na kušnju klasične kirurške tehnike.

(Izvor: Medicina fluminensis 2011)

racije koje smo predstavili na ovom simpoziju rade se jedino u našoj bolnici, i to na području bivše Jugoslavije", kaže dr. Rotim. Dodaje kako, kad god je to moguće, koriste endovaskularne operacije umjesto 'otvaranja' glave. A kada je u pitanju rješavanje aneurizmi u mozgu, ako vaskularni tim koji predvode prof. Rotim i prof. **Vili Beroš**, zbog nepristupačnosti ili prevelikog operacijskog rizika ne rješe problem u cijelosti tu je njihov kolega dr. Vlado Kalausek, interventni radiolog koji kateterom do mozga dolazi kroz krvnu žilu na nozi.

Dr. Rotim smatra da Hrvatska treba razvijati centre izvrsnosti, ali da bi se dosegla ta izvrsnost kirurg mora imati dovoljan broj operacija. Iako je Hrvatska premala da razvija neurokirurgiju na puno mesta, smatra da postojeće centre treba maksimalno usavršavati i poticati. Jedan je od takvih primjera i Split koji, kaže dr. Rotim, kao drugi najveći grad u zemlji, treba imati dobru bolnicu i dobru neurokirurgiju.

Vinogradsko je prije godinu i pol dana dobila prvu integriranu operacijsku salu za endoskopsku neurokirurgiju u čiju je izgradnju i opremanje Ministarstvo zdravljia uložilo 2,3 milijuna kuna. Riječ je o najsuvremenijoj sali takve vrste u Hrvatskoj koja je posebno prilagođena zahtjevima endoskopske kirurgije. Zidovi dvorane obloženi su, umjesto bijelim pločicama, tamnoplavim kaljenim staklom, a aparatura koja visi sa stropa omogućava kirurgu i operacijskom timu nesmetano kretanje.

Monitori koji su postavljeni po cijeloj sali 40 puta uvećavaju sliku, a kako su spojeni s edukacijskom dvoranom, ono što se događa u sali, kao i ono što kirurg radi u glavi pacijenta ili na kralješnici, mogu vidjeti i čuti studenti ili liječnici koji žele pratiti operaciju. U sali se medicinskom i nemedicinskom opremom upravlja preko jedne upravljačke konzole, a putem ekran-a na dodir omogućava se brza dostupnost svih podataka.

Nova tehnologija omogućuje i da se podaci o bolesnicima i njihovi radiološki nalazi i slični materijal dobiven tijekom operacije pohranjuju u tzv. endo-bazu, što će olakšati praćenje bolesnika. Osim endoskopske operacije hipofize, tim iz Vinogradskog izvodi i operacije kralješnice tubularnim refraktorima te laserske operacije diskus hernije, čija je posebnost da ne ostavlja ni najmanji rez na leđima pacijenta.

„Tehnologija je u neurokirurgiji izuzetno važna i sve tehnološke inovacije nam omogućavaju da rješavamo neke probleme za koje smo prije 10 ili 15 godina mislili da su nerješivi, tj. neoperabilni. Praćenje svjetskih trendova je izuzetno važno, i to i radimo. Imamo najmodernejšu operacijsku salu i, na moju žalost, daleko smo iznad hrvatskog standarda jer bih volio da

su svi hrvatski centri opremljeni na našoj razini. Sljedeći naš korak je nabava aparata za intraoperacijsku magnetnu rezonancu koja slika mozak ili kralježnicu za vrijeme operacije, čime bi nam se omogućilo da u realnom vremenu, tj. Odmah, procijenimo što dalje. To bi nam pomoglo da održimo korak s najboljim svjetskim centrima i još kvalitetnije radimo svoj posao“, pojašnjava dr. Rotim. Riječ je o velikoj investiciji, dodaje, ali taj aparat vrijedan oko pet milijuna kuna vrijedi svake lipe jer smatram kako je dobra medicina zapravo najjeftinija medicina.

„Kod nas se često govori o štednji u medicini, a ja mislim da je to potpuno promašen termin. U medicini štedite onda kada radite odlično, jer ako radite loše i s lošim materijalima i štedite na zaposlenima, dolazi do komplikacija, troše se skupi antibiotici, a pacijent umjesto tjedan dana u bolnici leži 50 dana“, objašnjava dr. Rotim. Dodaje kako unatoč krizi i samo zahvaljujući izuzetnim naporima svih članova kolektiva, a to nije floskula, održavaju standard ispod kojeg ne mogu ići.

„Dakle, postoji granica u medicini kada kažete ‘to sada više ne može’. Ali još uvjek nismo došli do toga“, kaže dr. Rotim. Godišnje obave oko 1400 operacija u dvije sale, a pokrivaju između 800.000 i milijun stanovnika na području od Gospića i Karlovca preko Zagorja pa do zapadnog dijela Zagreba. Liste čekanja



kod njih ne postoje, a sve pacijente operiraju u roku od 30 dana.

„Mislim da smo kvalitetom neurokirurške djelatnosti, i to ne samo u ovoj bolnici, nego u svim našim centrima, daleko iznad hrvatskog standarda i da imamo visoku europsku kvalitetu, i prema opremi i prema edukaciji kadrova“, kaže dr. Rotim. Na Klinici je trenutno osam specijalista i šest specijalizanata. Svi liječnici specijalisti imaju doktorat znanosti ili su doktorandi, a svi specijalisti i specijalizanti

su, dulje ili kraće, školovani u inozemstvu. I sve sestre u operacijskoj dvorani su završile visoku školu. U timu prve operacije uživo bili su, uz dr. Rotima i dr. Čerine, i asistent dr. Marinko Kovačević, instrumentarke Vesna Svirčević, glavna sestra sale, Ivana Galić i Sanja Lešnjak, te tim za neurofiziološko intraoperacijsko motrenje dr. Marina Zmajević Schönwald i Željko Hamat.

.....



HIV i AIDS u Hrvatskoj danas

Otvoren Centar za promicanje spolnog zdravlja

Tatjana Nemeth Blažić, dr. med., Hrvatski zavod za javno zdravstvo

- Povodom obilježavanja Svjetskog dana borbe protiv AIDS-a u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo (HZIZ) obilježena je 10. obljetnica rada Centara za dobrovoljno, anonimno i besplatno savjetovanje i testiranje na HIV u Hrvatskoj. Kao nastavak desetogodišnjeg rada u području savjetovanja i testiranja na HIV i rada Savjetovališta za HIV, tom prigodom je u sklopu Centra „Živjeti zdravo“ otvoren Centar za promicanje spolnozdravlja.

HZJZ u suradnji s Ministarstvom zdravlja, županijskim zavodima za javno zdravstvo, sustavom obrazovanja, organizacijama civilnog društva i drugim suradnicima svake godine organizira javnozdravstvenu kampanju „Znanje pobjeđuje“, s ciljem ukazivanja javnosti, a prvenstveno mladima, da je prvi korak za zaštitu od HIV/AIDS-u, ali i ostalih spolno prenosivih bolesti, informiranje i znanje - o rizicima i načinima zaštite.

Kao ovogodišnju poruku odabrali smo „Popunite praznine u svom znanju“, prema sloganu Zajedničkog programa Ujedinjenih naroda za HIV/AIDS (UNAIDS) „Close the gap“ (uznanju, edukaciji, testiranjima, liječenju, istraživanju, financiranju...). Kao ciljevi do 2020. istaknuti su: 90% HIV pozitivnih da zna svoj status; 90% zaraženih HIV-om koji trebaju terapiju da je i dobiju; 90% od svih osoba na antiretroviralnoj terapiji s nemjerljivom količinom virusa.

Istraživanja i iskustva u praksi su pokazala da je prevencija HIV-a i drugih spolno prenosivih bolesti učinkovitija u holističkom, sveobuhvatnom pristupu, kada su programi prevencije HIV-a integrirani u programe zaštite i unapređenja spolnog i reproduktivnog zdravlja. Spolno zdravlje možemo ukratko definirati kao nepostojanje smetnji u spolnom funkcioni-

ranju i zadovoljstvo vlastitim spolnim životom te ostvarivanje željenog roditeljstva.

Ciljevi Čentra za promicanje spolnog zdravlja su doprinos smanjenju udjela rizičnih spolnih ponašanja u općoj populaciji, posebice mlađih, provođenjem edukativnih kampanja, promicanjem odgovornog spolnog ponašanja te osvještavanjem važnosti ulaganja u spolno i reproduktivno zdravlje, zalaganjem i podržavanjem politika i djelatnosti sustava koji doprinose poboljšanju spolnog i reproduktivnog zdravlja, promicanjem projekata i programa u zajednici usmjerenih na zaštitu i unapređenje spolnog zdravlja i borbu protiv stigme te promoviranje suradnje i umrežavanje dionika u zajedničkim naporima za postizanje dobrobiti u području spolnog i reproduktivnog zdravlja.

U sklopu Centra nastaviti će s radom Savjetovalište za HIV/spolno zdravlje, utorkom od 11.00 do 15.00 sati i četvrtkom od 15.00 do 18.00 sati na adresi HZJZ-a, Rockefellerova 12, Zagreb, tel.: 01 4863 354; e-mail: hiv.savjet@hzjz.hr



U savjetovalištu će građani moći dobiti uslugu individualnog savjetovanja i informiranja o prevenciji HIV-a i drugih spolno prenosivih bolesti i zaštiti spolnog zdravlja - procjenu rizika, savjete i pomoć za donošenje odluke za smanjenje rizika, testiranja na HIV, hepatitis B, hepatitis C i sifilis, informacije i pomoć pri upućivanju na daljnju zdravstvenu skrb, medicinske postupke daljnje dijagnostike i liječenja, informacije o sličnim savjetovalištima, centrima, civilnim udružama i drugim mjestima pomoći i podrške u Hrvatskoj. Korisnici Savjetovališta će ostati anonimni, a sve su usluge besplatne.

U Hrvatskoj s HIV-om živi oko 1000 osoba, od čega je oko 250 oboljelih od AIDS-a. U razdoblju od 1985., kada je zabilježen prvi slučaj zaraze HIV-om u Republici Hrvatskoj do sredine studenog 2014. u Hrvatskoj su evidentirane ukupno 1194 osobe kojima je dijagnosticirana HIV infekcija, od čega je 438 oboljelih od AIDS-a, a u istom je razdoblju 178 oboljelih je umrlo od AIDS-a.

Posljednjih godina prosječno se godišnje u Hrvatskoj zabilježi 77 novodijagnosticiranih slučajeva zaraze HIV-om (raspon od 70-86), što je stopa od 18 na milijun stanovnika i što Hrvatsku i dalje svrstava među zemlje s niskom učestalošću HIV infekcije (58/1 milijun

je prosjek za zemlje EU/EEA u 2013.). Do sredine studenog 2014. evidentirano je 80 novih slučajeva zaraze HIV-om, od čega 19 oboljelih od AIDS-a, što je na razini prošle godine (preliminarni podaci).

Posljednjih godina vidljiv je porast broja otkrivenih novih slučajeva HIV infekcije, što dijelom objašnjavamo djelovanjem centara za dobrovoljno, besplatno i anonimno savjetovanje i testiranje (HIV savjetovališta) u osam gradova u Hrvatskoj koje je utjecalo na veći obuhvat testiranjima na HIV. Nešto više od četrti petine svih zabilježenih slučajeva HIV/AIDS-a su muškarci, s udjelom od 86%.

HIV/AIDS se u Hrvatskoj registrira gotovo isključivo u populaciji s većim rizikom. Rizik povećava muški homoseksualni odnos, intravensko ubrizgavanje opojnih droga, plaćanje ili naplaćivanje seksualnih usluga, velik broj i često mijenjanje partnera, imanje partnera s rizičnim ponašanjem, stalni partner/partnerica inficiran HIV-om.

U ukupnom broju HIV/AIDS oboljelih najveći broj osoba zarazio se nezaštićenim spolnim odnosom, njih gotovo 90%; 58,7 % zarazilo se homoseksualnim odnosom, a 29,4 heteroseksualnim odnosom. Udio zaraženih intravenskim uzimanjem droga je 5,6%. Verti-

kalni prijenos (s zaražene majke na dijete) čini oko 1% svih zaraženih HIV-om.

Posljednjih godina se bilježi porast novodijagnosticiranih među MSM populacijom (2014: 86%; 2013: 83%). Trend povećanja transmisije u populaciji MSM zabilježen je i u zemljama EU/EEA (porast od 33% u odnosu na 2004., ECDC).

Heteroseksualni, vertikalni (s majke na dijete) i intravenski put prijenosa posljednjih deset godina pokazuju stacionarno stanje ili blagi pad.

.....

Gdje biste voljeli raditi?

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

Tražimo:

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

i mnoge druge specijalnosti
u Švedskoj i Norveškoj.

Nudimo:

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

Želite li saznati više o našim uslugama?

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

Tel. ++48 22 653 66 86

paragona™

www.paragona.com



novosti iz medicinske literature

Intrakorporalna elektromehanička morselacija - kritički pregled literature i preporuke za kliničku praksu

Značaj nasumične biopsije transformacijske zone kada je kolposkopski nalaz negativan

PET-CT rijetko mijenja kirurški plan resekcije jetrenih metastaza kolorektalnog karcinoma u odnosu na klasični CT

Manje reoperacije nakon lumpektomije kod karcinoma dojke s intraoperativnom analizom rubova

Elektroničke preporuke profilakse moguće bi smanjiti postoperativnu vensku tromboemboliju

Primjena heparina u sepsi: meta-analiza

Alergija i intolerancija na hranu

Učinkovitost aerobnih vježbi na kroničnu bol u donjem dijelu leđa: meta-analiza

Prognostička važnost gena p53 kod želučanog karcinoma

Rizik za želučani i kolorektalni karcinom nakon tamoksifena: meta-analiza

Povezanost fizičke aktivnosti i tjelesne težine na kvalitetu života i mortalitet kod kolorektalnog karcinoma

Novi biomarkeri za otkrivanje kolorektalnog karcinoma?

Kombinacija vemurafeniba i kobimetiniba u melanoma s prisutnom BRAF mutacijom

Krizotinib u karcinomu pluća nemalih stanica s preuređenjem ROS1

Utjecaj reiradijacije bolnih koštanih metastaza na kvalitetu života i funkciju

Patološki kompletan odgovor kao mogući surrogat za klinički ishod u bolesnica s karcinomom dojke nakon neoadjuvantnog liječenja

Rituksimab vs. azatioprin u održavanju remisije kod ANCA+ vaskulitisa

Sastavljanje „smjernica unaprijed“ i biološkog testamenta za kraj života

Nealkoholna masna jetra u pacijentica sa sindromom policističnih jajnika

Mirabegron u liječenju prekomjerno aktivnog mokraćnog mjeđura

Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemstvu

•

Intrakorporalna elektromehanička morselacija - kritički pregled literature i preporuke za kliničku praksu

- U posljednje vrijeme raste zabrinutost u vezi s komplikacijama povezanimi s elektromehaničkim morselatorima, osobito jatrogene diseminacije kako malignog, tako i benignog tkiva. Premda su opisani slučajevi vaskularnih i viscerálnih ozljeda brzo rotirajućim noževima ovih uređaja, posebnu zabrinutost uzrokovala su sve brojnija izvješća u literaturi o presadnicama u trbušnoj šupljini nakon intrakorporalnog elektromehaničkog morseliranja uterinih lejomima i adenomioze, endometrioze, te pogotovo okultnih ovarijskih i uterinih malignih tumora (naglašava se problem izostanka patognomoničnih simptoma i pouzdanih dijagnostičkih testova kod uterinog sarkoma).

Kimberly A. Kho i suradnici iz tima koji predvodi svjetski autoritet u području minimalno invazivne ginekološke kirurgije **Ceana H. Nezhat** iz Atlanta Center for Minimally Invasive Surgery and Reproductive Medicine, Atlanta, GA, SAD, navode sljedeće preporuke za kliničku praksu:

Kada je to moguće, razmotrite isplavite, sigurne i učinkovite alternative intrakorporalnoj elektromehaničkoj morselaciji i poslijedičnoj nekontroliranoj fragmentaciji tkiva, a to su: ekstirpacija tkiva kroz rodnicu ili mini-laparotomijom, ili pak intrakorporalna morselacija unutar vrećice;

Kod razmatranja intrakorporalne elektromehaničke morselacije uzmite u obzir mogućnost jatrogene ozljede te stvaranja benignih (povišen rizik za peritonitis, intraabdominalni apses, intestinalnu opstrukciju) i malignih (diseminacija i egzacerbacija okultne maligne bolesti s posljedičnim pogoršanjem prognoze) tkivnih presadnika u trbušnoj šupljini;

Kod moguće upotrebe intrakorporalnog elektromehaničkog morselatora potreban je racionalan odabir pacijentica, pri čemu se kod postojanja ili sumnje na malignu bolest postupak intrakorporalne morselacije uopće ne primjenjuje, a ne savjetuje se kod postojanja premalignih stanja uterusa;

Svim pacijenticama kod kojih se planira morselacija potrebno je učiniti i dokumentirati prije-operacijsku procjenu na uterusu radi otkrivanja okultne maligne bolesti (cervikalna citologija, ultrazvučna evaluacija i Pipelle biopsija endometrija kada je indicirana, kiretaža i/ili histeroskopija kod fokalnih abnormalnosti ili pak nejasnog nalaza ultrazvuka/Pipelle biopsije endometrije).

Sigurnost pacijentica kod postupka morselacije tkiva je prioritet, pri čemu treba uravnotežiti ciljeve maksimalne dobrobiti i minimalne štete. Kada se planira intrakorporalna elektromehanička morselacija, liječnici moraju prodiskutirati njene rizike i posljedice sa svojim pacijenticama.

U zaključku ovog aktualnog i korisnog pregleda (sadrži iscrpan popis literature i dva video prikaza kojima se može pristupiti pametnim telefonom) ističe se kako je potrebno dati prednost minimalno invazivnim alternativama intrakorporalne elektromehaničke morselacije kad god je to moguće.
(Obstet Gynecol. 2014;124:787-93.)

Matija Prka, dr. med.

•

Značaj nasumične biopsije transformacijske zone kada je kolposkopski nalaz negativan

- Kako bi odredili može li kod negativnog kolposkopskog nalaza nasumična biopsija cerviksa uzeta sa skvamokolumnarne granice otkriti dodatne slučajeve cervicalne intraepitelne neoplazije (CIN) visokog stupnja, **Warner K. Huh** i suradnici iz Department of Obstetrics/Gynecology, University of Alabama, Birmingham, AL, USA, izdvojili su iz uzorka od 40 901 žene životne dobi ≥ 25 godina uključenih u ATHENA studiju (Addressing the Need for Advanced HPV Diagnostics), njih ukupno 2839 (6.9%) koje su bile podvrgnute jednoj nasumičnoj biopsiji.

Histopatološka raspodjela nasumično uzetih bioptata cerviksa bila je sljedeća: 90.0% (2552) normalan nalaz; 5.7% (163) CIN 1; 1.3% (36) CIN 2; 1.4% (41) CIN 3; te 0.14% (4) $>$ CIN 3. U ukupnoj istraživoj populaciji žena životne dobi ≥ 25 godina, nasumičnom biopsijom cerviksa dijagnosticirano je 20.9% (81/388) i 18.9% (45/238) od ukupnog broja slučajeva \geq CIN2 i \geq CIN3, tim redom. Rizik otkrivanja \geq CIN2 nasumičnom biopsijom kod

HPV 16 ili 18 pozitivnih žena bio je 13.1% (40/305), dok je taj rizik za \geq CIN 3 iznosio 8.2% (25/305). Za usporedbu, rizik otkrivanja \geq CIN2 i \geq CIN3 nasumičnom biopsijom kod žena pozitivnih na ostalih 12 tipova HPV visokog rizika bio je redom 3.5% (29/820) i 1.7% (14/820).

Autori zaključuju kako je izvođenje nasumične biopsije cerviksa kod žena s negativnim kolposkopskim nalazom opravданo, osobito kod onih koje su pozitivne na HPV 16 ili 18.
(Obstet Gynecol. 2014;124:670-8.)

Matija Prka, dr. med.

•

PET-CT rijetko mijenja kirurški plan resekcije jetrenih metastaza kolorektalnog karcinoma u odnosu na klasični CT

- Kod pacijenata s jetrenim metastazama kolorektalnog karcinoma koji su imali preoperativni PET-CT pokazalo se da su rezultati pretrage doveli do promjene u terapijskom postupku u samo 8%. Bez obzira je li imao ili nije imao PET-CT, randomizirana studija je pokazala da to nije utjecalo na dugoročno preživljavanje ili razdoblje bez bolesti. Levine i sur. (Juravinski Hospital and Cancer Centre, Hamilton, Ontario, Kanada) rekao je da je prije njihove studije bilo mnogo malih nekontroliranih studija koje su tvrdile kako je PET-CT koristan u otkrivanju okultnih metastaza - u najmanje 25% bolesnika, a u nekim studijama čak i s višim postotkom, što je rezultiralo neizvođenjem operacija na jetri. Dr. Derek O'Reilly, hepatobilijarni i pankreasni kirurg (the Institute of Cancer Sciences of the University of Manchester, Engleska) objavio je radove s PET-CT i jetrenim metastazama, ali nije bio uključen u ovu studiju. Izjavio je da je učinak liječenja često mnogo manji u odnosu na prijašnje nerandomizirane studije, a i upravo je veća vjerojatnost da je ovo novo istraživanje prava mjera vrijednosti PET-CT kod ove problematike. Ova studija provedena je na devet hepatobilijarnih centara u Ontariju u Kanadi i sudjelovalo je 21 kirurg. Tijekom razdoblja od pet godina sudjelovalo je 404 pacijenata. Randomizacijom je 263 pacijenata podvrgni to preoperativnom PET-CT-u, a 134 je služilo kao kontrola. Pacijenti u obje skupine nisu bili značajno različiti u odnosu na dob, spol, karak-

teristike tumora i vrste prethodnih tretmana. Od 263 PET-CT bolesnika, kod 111 su dobivene nove informacije, uključujući 62 negativnih na malignu bolest, što je oprečno prethodno učinjenom CT-u. Kod 58 od tih 62 bolesnika nađene su metastaze u patološkom preparatu. Ti lažno negativni mogu se objasniti time što su pacijenti podvrgnuti kemoterapiji unutar 12 tjedana od PET-CT. Prethodna mala studija sugerira da je kemoterapija mogla potisnuti standardnu vrijednost apsorpcije (SUV) fluoro-deoksiglukoze, mjere uklanjanja radioaktivnog markera.

To povlači podatak da tumačenje PET-CT mora biti u skladu s kemoterapijom. No bilo bi neracionalno odgoditi operaciju za najmanje 12 tjedana tako da se točnost PET-CT može poboljšati, što bi dovelo do povećanja metastaza. Drugih 49 PET-CT-a pokazalo je abnormalne ili sumnjive nalaze koji su zahtijevali dodatne testove. Dodatna 22 nalaza su pročitana kao pozitivni, ali nije bilo dokaza metastaza tijekom operacije. Na temelju rezultata PET-CT, kirurzi bi promjenili kirurški tretman kod 23 pacijenta – ne izvodeći operaciju kod 9 pacijenata, proširenu operaciju jetre kod 4, dodatnu ne-hepatalnu operaciju kod 9, te dodatnu ne-hepatalnu operaciju i opsežniju operaciju jetre kod jednog. Ukupno 245 (91%) pacijenata u PET-CT skupini podvrgnuti su resekciji jetre u usporedbi sa 123 (92%) u kontrolnoj skupini.

Samо eksploracija izvedena je u 3,7% bolesnika u obje skupine. Nakon medijana praćenja od 36 mjeseci, stope preživljivanja (HR, 0,86; $p = 0,38$) i preživljivanja bez bolesti (HR, 1,08; $p = 0,56$) nisu se razlikovale između skupina. Autori zaključuju da rezultat njihovog istraživanja nameće pitanje o uporabi PET-CT kod preoperativne procjene bolesnika s jasnim metastazama primarnog karcinoma debelog crijeva.

Autori se pitaju isplati li se promjena od 8% u kirurškom terapijskom pristupu? Kažu da će se odgovor razlikovati od zemlje do zemlje, ali zahvaljujući ovoj studiji sada se mogu precizirati odluke. Autori kažu da bi bilo zanimljivo vidjeti studiju o MRI jetre kod tih bolesnika.

(J Am Med Assoc. 2014;311:1863-9)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

-

Manje reoperacije nakon lumpektomije kod karcinoma dojke s intraoperativnom analizom rubova

• Koristeći intraoperativnu analizu rubova tijekom lumpektomije kod raka dojke može se bitno smanjiti potrebu za reoperacijama. Žene podvrgnute operaciji s intraoperativnom analizom na Klinici Mayo u Rochesteru, Minnesota, SAD, imali su 30-dnevnu stopu reoperacije manju od 4%, u odnosu na 13% kod pacijenata u nacionalnoj bazi podataka ($p <0,001$), rezultati su studije objavljene u časopisu Surgery.

Međutim, nije bilo razlike u stopama reoperacije nakon lumpektomije za benigne bolesti kao i za mastektomije. Prednost intraoperacijske analize rubova nakon lumpektomije značajno smanjuje vjerojatnost druge operacije, što je velika prednost za pacijente s obzirom na troškove, putovanje, boli i oporavak, tvrde Boughey i sur. Autori su usporedili podatke gotovo 24.000 pacijenata u National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) bazi podataka i 306 bolesnika Klinike Mayo podvrgnutih lumpektomiji za in-situ ili invazivni rak dojke između 2006. i 2010. Skupine su slične u svim važnim osnovnim demografskim obilježjima i komorbiditetima. Multivariantna analiza je pokazala da NSQIP pacijenti imaju četiri puta veću vjerojatnost da će biti podvrgnuti drugoj operaciji u roku od 30 dana nego pacijenti Mayo Klinike (OR 4,19).

U NSQIP bazi nisu navedeni razlozi za reoperaciju, pa su istraživači također pregledali stope reoperacije nakon lumpektomije za benigne bolesti i mastektomije zbog raka dojke. Nedostatak značajnih razlika između bolesnika Klinike Mayo i NSQIP bolesnika kod lumpektomije zbog benignih bolesti sugerira da su veće stope pozitivnih margina i dodatne reoperacije kod NSQIP bolesnika pristutne nakon lumpektomije zbog raka. NSQIP baza iz naredne, 2011 godine isključila je planirane reoperacije poput re-ekscizije zbog pozitivnih margini. Analiza te godine pokazala je da je stopa reoperacija kod lumpektomije zbog raka dojke kod NSQIP pacijenata 3,0%, i ne razlikuje se značajno od Mayo Klinike sa stopom od 0%. Klasična intraoperativna analiza rubova u prosjeku traje 40 minuta. No za to vrijeme mogu se izvoditi preostali dijelovi operacije, kao što je uzimanje 'sentinel'

limfnog čvora ili disekcija aksile ako je to indcirano. Dr. Frey R. Schnabel, profesor kirurgije i direktor Zavoda za dojku na Sveučilištu New York, istaknuo je da osim produženog trajanja operacije, intraoperativna analiza zahtijeva visoko stručno izučene patologe. Stope re-ekscizije rubova izrazito se razlikuju među kirurzima i institucijama, a stopa od 3,6% za kliniku Mayo prilično je nisko na spektru, tvrdi dr. Schnabel, koji nije bio uključen u novoj studiji.

Klinika Mayo zaključila je da se ulaganje isplati s rezultirajućim nižim stopama reoperacije, međutim ne može svaka institucija pružiti tu razinu resursa za lumpektomiju, postupak visokog operativnog volumena. Schnabel je nedavno vodio istraživanje MarginProbe, s uređajem koji može skenirati intraoperativni uzorak i može intraoperativno identificirati pozitivne rubove. On se nuda da će MarginProbe pridonijeti nižim stopama reekscizije. Uređaj se koristi otprilike 5 minuta, što je iznimno kratak vremenski dodatak ukupnom trajanju operacije i bez potrebe za intraoperativskom procjenom patologa. U međuvremenu, intraoperacijska analiza rubova može se izvoditi u različitim slučajevima, uključujući i one s povećanim rizikom od pozitivnih rubova, poput lobularnog karcinoma ili ekstenzivnog duktalnog karcinoma in situ ili kod pacijenata gdje bi povratak u operacijsku salu bio problematičan, kao npr. kod bolesnika na antikoagulacijskoj terapiji.

(Surgery. 2014;156:190-7)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

-

Elektroničke preporuke profilakse moguće bi smanjiti postoperativnu vensku tromboemboliju

• Program za njegu bolesnika koji je uključivao ranu postoperativnu mobilizaciju, obveznu stratifikaciju rizika od venske tromboembolije (VTE) i elektroničke preporuke profilakse, značajno smanjuje vjerojatnost VTE komplikacija kod pacijenata podvrgnutih kirurškim zahvatima u akademskoj bolnici. Postoperativna VTE i dalje je vodeći uzrok morbiditeta i mortaliteta u SAD-u, usprkos dostupnosti dobro uspostavljenog sustava da predviđa mogućnost VTE-a u kirurškim bolesnikama, kao i prisutnost smjernica za VTE profilaksu. U ovoj studiji, Cassidy i sur. (Department of Surgery, Boston University School of Medicine

and Boston Medical Center, Massachusetts), razvili su i primjenili standardizirani protokol prevencije VTE-a u Boston Medical Centru iz podataka iz National Surgical Quality Improvement Programa (NSQIP). Istraživači sa bazirali protokol na uporabi standardiziranih elektroničkih naloga liječnika s traženom ranom postoperativnom mobilizacijom i obveznom stratifikacijom rizika za VTE za svakog kirurškog pacijenta za vrijeme operacije i/ili hospitalizacije. Caprini metoda procjene rizika korištena je za izračunavanje rizika za VTE u kirurškim bolesnikima i pokazala se vrlo preciznom u predviđanju rizika kod kirurških bolesnika. Istraživači su razvili sustav bodovanja za izračunavanje rizika za VTE koji se temelji na Caprini sustavu, a izvedene ocjene za svakog pacijenta usmjerene su na prirodu i trajanje VTE profilakse, uključujući i nakon otpusta. Farmaceutska profilaksa nefrakcioniranim heparinom, heparinom niske molekularne težine ili mehaničkom profilaksom pneumatskom kompresijom čarama temeljila se na izračunatoj razini rizika.

Uz izračunavanje rizika za VTE u svakog bolesnika, koji je određiva korištenje odgovarajuće profilakse, protokol se također sastoji od programa standardizirane postoperativne mobilizacije u kojem se svaki pacijent trebao dignuti iz kreveta barem tri puta dnevno, počevši od dana operacije. Kako bi se procijenila učinkovitost ovog programa, autori su koristili bazu NSQIP za VTE ishode tijekom dvije godine prije i nakon provedbe programa prevencije. Ishodi povezani prema riziku prilagođenim VTE rezultatima dobiveni su na temelju promatranih/очекivanih omjera za razdoblja prije provedbe programa, a predstavljeni su kao omjeri za godinu nakon provedbe programa. Istraživanje je pokazalo da je učestalost duboke venske tromboze smanjena za 84% nakon provedbe programa prevencije VTE, s 1,9% prije programa na 0,3% nakon provedbe programa ($p < 0,01$). Incidencija plućne embolijske smanjena je za 55%, s 1,1% prije programa na 0,5% nakon provedbe programa ($p < 0,01$). Istraživanje je također pokazalo stalan pad rizik-prilagođenog VTE ishoda, s promatranog/очекivanog omjera od 3,41 (95% intervala pouzdanosti, 2,40-4,70) prije provedbe programa na 0,94 (95% intervala pouzdanosti, 0,56-1,58) nakon provedbe programa ($p < 0,05$).

Na temelju tih rezultata, istraživači optimistično misle da se postoperativne VTE komplikacije mogu umanjiti poštivanjem stratificiranja rizika i standarda standardizirane njegе bolesnika. U popratnom uvodniku, **Christian A. Dankers** i **Stanley W. Ashley**, obojica s Harvarda (Boston), pohvalili su napore istraživače napore u razvoju i provedbi programa prevencije VTE, ali su naglasili potrebu za dalnjim u istraživanjima na pojaš-

njenju koje su komponente programa bile učinkovitije. Potpunu provedbu programa smanjenja VTE-a koju predlažu autori zahtijevat će institucionalnu obvezu, kako zbog informacijske tehnologije tako i sredstava za poboljšanje procesa. Bilo bi korisno znati koji aspekti programa najviše utječu na prevenciju. (J Am Coll Surg. 2014;218:1096-1104.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

Primjena heparina u sepsi: meta-analiza

- Procjenjuje se da se svake godine diljem svijeta registrira 19 milijuna novih slučajeva sepspe. Smatra se da više od 25% oboljelih završi letalno.

Kolega **Wang C.** i suradnici iz Kine (Department of Anesthesiology, First Affiliated Hospital of Harbin Medical University) procjenili su učinkovitost heparina na kratkoročni mortalitet kod oboljelih od sepspe i teške sepspe. Pretraživanjem relevantnih datoteka Medline, Embase, Cochrane Library databases, the Cochrane Controlled Trials Register i kongresnih priopćenja Web of Knowledge (Conference Proceedings Citation Index - Science, Conference Proceedings Citation Index - Social Sciences & Humanities) uključena su klinička istraživanja do srpnja 2014. Inkluzijske kriterije je zadovoljilo 9 istraživanja, a rezultati meta-analize su pokazali kako terapija heparinom smanjuje mortalitet prvih 28 dana od početka bolesti. Također nije uočena povećana stopa krvarenja kao posljedica heparinske terapije.

Autori meta-analize zaključuju kako heparin može reducirati kratkoročni (28 dana) mortalitet kod oboljelih od sepspe i teške sepspe, bez porasta neželjenih reakcija poput povećane sklonosti krvarenju. Svakako savjetuju primjenu heparina u kliničkoj praksi s ciljem što boljeg ishoda i smanjenja letaliteta.

(Crit Care. 2014;18(5):563. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

Alergija i intolerancija na hranu

- Neželjene reakcije na hranu uključuju imunološki posredovane reakcije na nutritivne alergene i neimunološki posredovanu intoleranciju na hranu (nealergijsku preosjetljivost na hranu ili lažnu alergijsku reakciju). Prema definiciji, alergija na hranu je preosjetljivost

posredovana imunološkim mehanizmima te se dijeli na: IgE ovisnu i IgE neovisnu. Medicinski termin označava imunološki posredovanu abnormalnu reakciju na hranu, koju spominju pacijenti kad opisuju svoje simptome nakon konzumiranja hrane ili pojedine skupine namirnica. Nutritivne alergije i intolerancije često su predmet konfuzije kako zdravstvenih djelatnika, tako i pacijenata i javnosti.

Kolega **Tumbull J. L.** sa suradnicima iz Velike Britanije publicirao je pregledni članak o nutritivnim alergijama i intolerancijama na hranu kod djece i odraslih, s posebnim osvrtom na dijagnostiku i liječenje. Pretraživanjem relevantnih baza podataka MEDLINE, EMBASE i Cochrane Database uključene su studije na ovu temu do svibnja 2014. Rezultati istraživanja su pokazali kako jedna petina populacije vjeruje da ima nuspojave na hranu. Prevalencija nutritivnih alergija IgE ovisnih varira, te u nekim zemljama iznosi 4-7% kod djece predškolske dobi. Najčešći nutritivni alergeni koji izazivaju alergijske reakcije jesu: mlijeko, jaja, pšenica, soja, kikiriki, orašasti plodovi, riba i školjke. Reakcije variraju od urticarije do anafilaksije i letalnog ishoda.

Tolerancija na mnoge namirnice, putem mlijeka i jaja, razvija se s godinama, što je manje učestalo kod alergije na kikiriki. Procjenjuje se da je nutritivnih alergija neovisnih od IgE kod odraslih blizu 1-2%. Sindrom enterokolitisa inducirano proteinima hrane rijedak je i predominantno se sreće u djetinjstvu. Eozinofilni gastrointestinalni poremećaji uključujući eozinofilni ezofagitis su alergijske reakcije miješanog tipa (IgE ovisne i neovisne) te se poboljšavaju na isključivanje inkriminiranih namirnica. Intolerancija na hranu česta je u ljudi zbog urođenih enzimskih i imunoloških nedostataka zbog kojih je otežana probava hrane. Očituje se nakon uzimanja neke vrste hrane. Tipičan primjer za to je deficit enzima laktaze koji kod takvih pojedinaca uvjetuje nepodnošenje mlijeka, te oni već nakon jedne popijene čaše dobiju grčeve i proljev, ali ne pokazuju nikakve za alergiju tipične reakcije. No treba naglasiti da se simptomi intolerancije mogu znatno razlikovati od onih koji prate alergijske reakcije, znatno varirati od osobe do osobe te stoga često mogu navoditi na pogrešan trag, što još dodatno otežava prepoznavanje. Najvažnije je otkriti hranu koja uzrokuje reakciju te je nakon kliničke i laboratorijske dijagnostike ukloniti iz prehrane. Uklanjanje uzročnog alergena ili irritirajuće tvari i odabir odgovarajuće prehrane rezultiraju poboljšanjem kvalitete života bolesnika koji boluju od preosjetljivosti na neku hranu. (Aliment Pharmacol Ther. 2014 Oct 14.) [Epub ahead of print]

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Učinkovitost aerobnih vježbi na kroničnu bol u donjem dijelu leđa: meta-analiza

• Svatko od nas je osjetio bol, intenzivnu ili manje intenzivnu, u donjem dijelu leđa, a ponekad je upravo ona bila uzrok prestanka kretanja ili nemogućnosti obavljanja aktivnosti svakodnevnog života. Nakon prestanka boli ostaje strah od ponovne боли zbog koje smanjujemo količinu i kvalitetu pokreta. Izbjegavanje aktivnosti dovodi do drugih zdravstvenih problema povezanih s neaktivnošću pa tako možemo reći da se radi o "začaranom krugu".

Kolega Meng XG iz Kine (Department of Physical Medicine & Rehabilitation, Shandong Provincial Hospital, Shandong University) publicirao je pregledni članak i meta-analizu na temu terapijskog utjecaja vježbanja na kroničnu bol u donjem dijelu leđa. Pretraživanjem relevantnih baza podataka uključio je sva istraživanja do 2013. godine (MEDLINE (1966-2013), the Cochrane Library Database, EMBASE (1980-2013), CINAHL (1982-2013), Web of Science (1945-2013) i the Chinese Biomedical Database (1982-2013)). Inkluzijske kriterije je zadovoljilo 8 kohortnih kliničkih studija s ukupno n=310 ispitanika. Rezultati meta-analize su pokazali kako fizička aerobna aktivnost reducira bolnost u donjem dijelu leđa, stupanj depresije i anksioznosti te poboljšava kvalitetu življjenja. Ovo istraživanje znanstveni je dokaz kako aerobna aktivnost učinkovito reducira intenzitet boli u donjem dijelu leđa te poboljšava fizičko i psihičko funkcioniranje pacijenata s kroničnom boli donjih leđa, stoga aerobno vježbanje treba prakticirati, pošto je to dokazana i učinkovita terapijska metoda.

(Am J Phys Med Rehabil. 2014 Oct 8. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Prognostička važnost gena p53 kod želučanog karcinoma

• Iako mu se učestalost smanjuje, rak želuca je po učestalosti i smrtnosti drugi zločudni tumor u svijetu, od kojeg godišnje umre

približno 650.000 oboljelih. Gen p53 ili „čuvar genoma stanice“ djeluje preventivno na pojavu genskih aberacija i sprječava pojavu i ekspanziju tumorskih stanica. U stanicama karcinoma želuca u velikom broju slučajeva bilježi se visoka ekspresija proteina p53, koja korelira s prognozom i određenim kliničkopatološkim karakteristikama karcinoma želuca. Gen p53 je tmor supresorski gen s bitnom ulogom u kontroli staničnog rasta. Javlja se u dva oblika: normalni (wild type) i mutirani tip. Kada je prisutno oštećenje DNA, razina normalnog p53 proteina raste u stanicu, vezuje se za DNA i dovodi do transkripcije nekoliko gena, kontrolirajući dva bitna efekta na stanicu: prvo, zaustavlja ciklus u G1 fazi, tijekom koga se oštećenje DNA popravlja, a ako prvi proces nije doveo do reparacije oštećenja DNA, p53 uz pomoć gena smrti BAX i IgFBP3 inducira apoptozu stаницe. Opisanim mehanizmom gen p53 sprječava pojavu i ekspanziju tumorskih stanica. U karcinomskim stanicama funkcija normalnog gena p53 je oštećena zbog genskih mutacija.

Kolega Wei K. sa suradnicima iz Kine publicirao je meta-analizu o važnosti ekspresije ovog protononkogena kod gastričnog karcinoma te utjecaja na prognozu. Pretraživanjem relevantnih baza podataka uključeno je n=6599 ispitanika iz ukupno 34 studije. Rezultati su pokazali kako je pozitivna/visoka ekspresija gena p53 signifikantno povezana s lošijim preživljnjem, kako općim tako i specifičnim, kao i sa spolom, Laurenovom klasifikacijom, dubinom invazije, presadnicama u limfne čvorove, TNM stadijem, vaskularnom invazijom i limfnom invazijom. Povezanost ekspresije ovih onkogena nije uočena s udaljenim metastazama i stupnjem diferencijacije.

Autori zaključuju kako pozitivna/visoka ekspresija gena p53 može biti koristan biomarker koji predviđa slabiju prognozu oboljelih od karcinoma želuca.

(J Cancer Res Clin Oncol. 2014 Oct 15. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Rizik za želučani i kolorektalni karcinom nakon tamoksifena: meta-analiza

• Dosadašnja istraživanja su protutječna glede utjecaja tamoksifena (koji se koristi kod liječenja karcinoma dojke) na istovremenu pojavnost karcinoma deblog crijeva i želuca.

Cilj ovog istraživanja koje je predvodio Chen S. iz Kine (Department of Gastrointestinal Tumor Surgery, Cancer Center of Guangzhou Medical University, Guangzhou), bio je evaluirati povezanost abuzusa tamoksifema i rizika za kolorektalni i želučani karcinom, stoga su publicirali pregledni članak i meta-analizu.

Pretraživanjem baza podataka PubMed, MEDLINE i ISI Web of Science uključili su relevantne studije tijekom razdoblja od 1969. do 2013. godine, samo ako se u njima navodio kolorektalni i gastrični karcinom nakon terapije tamoksifenum. Inkluzijske kriterije je zadovoljilo 9 istraživanja, od čega je 7 studija navodilo pojavnost oba malignoma, dok su još 2 istraživanja navodila pojedinačno karcinom želuca odnosno debelog crijeva. Rezultati statističke analize nisu uočili rizik za pojavnost ova dva malignoma nakon terapije tamoksifenum (RR=0.92; 95% CI, 0.41-2.07, p=0.84; RR=1.05; 95% CI, 0.90-1.21, p=0.54). Također, trajanje liječenja tamoksifenum i njegova doza nisu utjecali na ova dva gastrointestinalna tumora (p>0.05). Autori meta-analize zaključuju kako se ne uočava povećan rizik za kolorektalni i želučani karcinom kod pacijentica liječenih tamoksifenum.

(J Clin Gastroenterol. 2014 Oct 14. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Povezanost fizičke aktivnosti i tjelesne težine na kvalitetu života i mortalitet kod kolorektalnog karcinoma

• Kolega Otto SJ. sa suradnicima iz Nizozemske (Department of Public Health, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam) publicirao je pregledni članak i meta-analizu na temu povezanosti promjene u fizičkoj aktivnosti i tjelesne mase na kvalitetu života i mortalitet kod oboljelih od kolorektalnog karcinoma. Pretraživanjem medicinskih baza podataka PubMed, Embase i Cochrane Central Register of Controlled Trials uključene su studije tijekom razdoblja od 1990. do 2013. godine. Inkluzijske kriterije zadovoljilo je 7 istraživanja, koja su statistički analizirana. Rezultati ove meta-analize su pokazali kako povećanje fizičke aktivnosti povećava kvalitetu življjenja, smanjuje rizik za mortalitet povezan s

osnovnom malignom bolesti i reducira ukupnu smrtnost. Redukcija tjelesne mase nije bila povezana s općim i specifičnim mortalitetom.

Autori istraživanja naglašavaju kako porast fizičke aktivnosti značajno poboljšava kvalitetu života, smanjuje rizik smrtnosti od kolorektalnog karcinoma kao i ukupnu stopu smrtnosti.

(Support Care Cancer. 2014 Oct 16. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Novi biomarkeri za otkrivanje kolorektalnog karcinoma?

- Unatoč značajnom napretku u proteklim desetljećima, kolorektalni karcinom i dalje predstavljaju jedan od vodećih uzroka smrti od karcinoma u svijetu. Često je uzrok tome diseminacija tumorski promijenjenih stanica u jetru ili pluća. Smatra se međutim, da ako se dijagnosticira na vrijeme, devet od deset slučajeva kolorektalnog karcinoma, može biti izlječeno. Ove činjenice nedvojbeno upućuju na potrebu pronaalaženja što kvalitetnije dijagnostičke metode probira u ranim stadijima razvoja. Već se niz godina zna kako maligne stanice otpuštaju svoju DNA u krv u najranijim stadijima te se ona može detektirati molekularnim dijagnostičkim metodama.

Studija koju su proveli prof. Serge Haan i njegovi suradnici s Univerzitetom u Luxembourgu, obuhvatila je 800 uzoraka različitih stadija kolorektalnog karcinoma koje su usporedili s uzorcima tkiva zdravih ljudi. Analizirali su ekspresiju gena na razini RNA i na razini konačnih proteinskih proizvoda, te ih povezali s metilacijom DNA. Pokazalo se da su dva proteina značajno smanjena u uzorcima iz prekancerznih lezija i karcinoma.

Radi se o dva supresora citokinse signalizacije: SOCS2 i SOCS6 (od engl. Suppressor Of Cytokine Signalling), koji su kao supresori neophodni za normalan rast stanica. Već se zadnjih par godina zna kako neki iz obitelji ovih citokinskih supresora imaju snažno tumorsko supresorsko djelovanje. Ako ih nema, stanice se počinju brzo i nekontrolirano dijeliti. Provedena analiza pokazala je da je njihova koncentracija značajno pala u stanicama svih razvojnih stadija karcinoma.

Posebno lošu prognozu imaju pacijenti koji unatoč rano otkrivenoj bolesti imaju značajno smanjenu razinu SOCS2 supresor

proteina. Prema mišljenju ovih znanstvenika dva supresora SOCS2 i SOCS6, a posebno SOCS2, mogla bi se koristiti kao rani biomarkeri kolorektalnog karcinoma. Obzirom na to da je riječ o krvnom testu, lako ga je i jednostavno izvoditi.

(Br J Cancer, doi:10.1038/bjc.2014.377, published online 15 July 2014)

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

• Kombinacija vemurafeniba i kobimetiniba u melanoma s prisutnom BRAF mutacijom

- Prepostavlja se da kombinirana inhibicija BRAF i MEK poboljšava klinički ishod u bolesnika s melanomom tako što sprječava ili odgađa pojavu rezistenčne zamijećene kod primjene samo BRAF inhibitora. U randomiziranoj studiji faze 3 Jamesa Larkina i sur. ocijenjena je učinkovitost kombinirane terapije BRAF inhibitora vemurafeniba i MEK inhibitora kobimetiniba.

Randomizirano je 495 bolesnika s pretходno netretiranim, nereseptabilnim, lokalno uznapredovalim ili metastatskim BRAF pozitivnim melanomom. Jedna skupina primala je vemurafenib i kobimetinib (kombinacijska skupina), a druga vemurafenib i placebo (kontrolna skupina). Primarni cilj studije bio je od istraživača procijenjeno preživljenje bez progresije bolesti (PFS). Medijan PFS-a bio je 9,9 mjeseci u skupini na kombiniranoj terapiji, a 6,2 mjeseca u kontrolnoj skupini (i to s HR za smrt ili progresiju bolesti od 0,51; $p < 0,001$). Stopa kompletног ili parcijalnog odgovora bila je 68% u kombinacijskoj skupini, a 45% u kontrolnoj skupini, sa stopama kompletнog odgovora od 10% u prvoj i 4% u drugoj skupini.

Nezavisnim pregledom ocijenjen PFS nije se razlikovalo od onog ocijenjenog od istraživača. Interim analiza PFS-a pokazala je 81% stopu devetomjesečnog preživljenja u skupini na kombiniranoj terapiji, a 73% - u kontrolnoj skupini. Kombinacija vemurafeniba i kobimetiniba nije pokazala značajno veću stopu neželjenih učinaka stupnja 3 ili 4 u usporedbi s vemurafenibom i placeboom (65% vs. 59%).

U kombiniranoj terapiji zabilježen je manji broj sekundarnih kožnih karcinoma. Dakle, dodavanje kometiniba vemurafenibu u terapiji BRAF V600 pozitivnog metastatskog melanoma pokazalo se značajno učinkovitim

produljenjem PFS-a, uz beznačajan porast toksičnosti, odnosno neželjenih učinaka. (N Engl J Med. 2014;371:1867-1876.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

• Krizotinib u karcinomu pluća nemalih stanica s preuređenjem ROS1

- Kromosomalna preslagivanja gena koji kodira za ROS1 proto-onkogen receptor tirozin kinazu definiraju posebnu molekularnu podskupinu nemalostaničnog karcinoma pluća (NSCLC), koja bi mogla biti osjetljiva na terapiju inhibicije ROS1 kinaze. Krizotinib je sitnomolekularni tirozin kinazni inhibitor kinaze anaplastičnog limfoma (ALK), ROS1 kinaze i još jedne proto-onkogen receptor kinaze - MET.

U studiju učinkovitosti krizotiniba uključeno je 50 bolesnika s uznapredovalim NSCLC-om koji su imali pozitivan test preuređenja ROS1. Tretirani su krizotinibom u standardnoj dozi od 250 mg per os dva puta na dan te je procijenjena sigurnost lijeka, farmakokinetika i odgovor na terapiju. ROS1 fizijski parovi identificirani su idućim generacijama sekvensiranja ili PCR testovima reverznom transkriptazom. Objektivna stopa odgovora bila je 72%-na, s tri kompletna i 33 parcijalna odgovora. Medijan trajanja odgovora iznosio je 17,6 mjeseci, a medijan preživljenja bez progresije bolesti (PFS) 19,2 mjeseca, s 25 bolesnika (50%) još uvijek u praćenju, bez progresije bolesti u trenutku analize.

U 30 testiranih tumora identificirano je sedam ROS fizijskih parova: pet poznatih i dva nova partnerska gena. Nije uočena povezanost između tipa ROS1 preuređenja i kliničkog odgovora na krizotinib. Sigurnosni profil krizotiniba sličan je onom u bolesnika s NSCLC-om i preuređenjem ALK-a.

Ovom studijom utvrđena je značajna antitumorska aktivnost krizotiniba u bolesnika s uznapredovalim NSCLC-om i ROS1 preuređenjem - sama prisutnost ROS1 preuređenja izdvaja posebnu molekularnu podskupinu NSCLC-a u kojoj je krizotinib izrazito aktivan. (N Engl J Med. 2014;371:1963-1971.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

• Utjecaj reiradijacije bolnih koštanih metastaza na kvalitetu života i funkciju

• Edward Chow i suradnici s kanadskog Odette Cancer Center iz Ontaria u svojim ranijim istraživanjima dokazali su dobrobit reiradijacije bolnih koštanih metastaza u 48% bolesnika u kojih su ta sijela i prethodno bila iradirana. Postavlja se pitanje poboljšava li navedeno ublažavanje боли i kvalitetu života u percepciji tih bolesnika.

Za analizu je korištena baza podataka randomizirane studije koja je uspoređivala obrasce frakcioniranja doza u iradiacijskoj terapiji, kako bi se ocijenila povezanost odgovora na terapiju, determiniranog ICE-om (International Consensus Endpoint) i BPI-PS-om (Brief Pain Inventory pain score) i bolesnikove percepcije dobrobiti, što se mjerilo EORTC-ovim QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire Core 30) upitnikom i BPI+funkcionalna interferencija ljestvicom. Odabrani bolesnici ispunjavali su upitnike za evaluaciju na početku i nakon dva mjeseca praćenja. Od 850 randomiziranih bolesnika njih 528 evaluirano je putem ICE-a, a 605 BPI-PS-om. Od evaluiranih ICE-om njih 253 potvrdili su odgovor na terapiju, a 275 njih nisu.

Oni koji su imali odgovor na terapiju imali su veće ocjene u svim elementima BPI-Fl upitnika (npr. generalna aktivnost, raspoloženje, mogućnost/ sposobnost hodanja, normalan rad, odnosi s drugim ljudima, san i zadovoljstvo (uživanje u životu), kao i poboljšanu kvalitetu života, kako su pokazale ocjene na EORTC-ovoj QLQ-C30 ljestvici analize fizičkog, emocionalnog i socijalnog funkcioniranja, globalne kvalitete života, umora, boli i apetita. Slični rezultati dobiveni su i BPI-PS upitnikom; zamjećena poboljšanja bila su uobičajeno manjih magnituda.

Dakle, bolesnici koji su imali dobar odgovor na reiradijaciju bolnih koštanih metastaza zaista imaju poboljšanje kvalitete života i manje smetnji u funkcioniranju udruženih s bolima. Stoga bi se bolesnicima trebala svakako ponuditi reiradijacija kao opcija kada god je to moguće, u cilju reduciranja jačine boli i poboljšanja kvalitete života, te reduciranja ometenosti uzrokovane bolom.
(JCO 2014;32(34):3867-3873.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

• Patološki kompletan odgovor kao mogući surogat za klinički ishod u bolesnica s karcinomom dojke nakon neoadjuvantnog liječenja

• Kako bi se ocijenila uloga patološkog komplettnog odgovora (pCR) nakon neoadjuvantnog liječenja kao potencijalnog surogata za preživljjenje bez bolesti (DFS) te sveukupno preživljjenje (OS) u bolesnica s karcinomom dojke, provedena je regresijska meta-analiza 29 randomiziranih prospektivnih studija koje su istraživale različite obrasce neoadjuvantnog liječenja.

Sustavno pretraživanje literature uključilo je elektronske baze podataka i zapisnika onkoloških sastanaka; studije endokrine terapije su isključene. Utjecaj tretmana na DFS i OS izražen je kao omjer hazarda (HR), a utjecaj na pCR kao omjer šansi (OR). Primjenjena je težinska regresijska analiza na procijenjene učinke tretmana kako bi se utvrdila povezanost između utjecaja tretmana na surogat ishoda (pCR) i utjecaj na kliničke ishode. Analizirano je ukupno 29 studija, 59 arba, 30 usporedbi i ukupno 14 641 sudionika.

Pokazala se samo slaba povezanost među relacijama utjecaja terapije na DFS/OS i pCR. Nešto bolja međuovisnost zabilježena je u eksplorativnoj analizi studija koje su uspoređivale intenziviranu /dose dense kemoterapiju i standardnodozne režime. Stoga ova regresijska meta analiza 29 heterogenih studija neoadjuvantnih režima ne podržava ideju korištenja pCR-a kao surogata ishoda za DFS i OS u bolesnica s karcinomom dojke. Svejedno, ta mogućnost i dalje postoji u nekim specifičnim sistemnim terapijama.

(JCO 2014;32(34):3883-3891.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

• Rituksimab vs. azatioprin u održavanju remisije kod ANCA+ vaskulitisa

• Kombinacija ciklofosfamida i glukokortikoida u liječenju ANCA+ vaskulitisa dovodi do remisije u većine bolesnika. Međutim, čak i kad bolesnici u remisiji prime terapiju održavanja azatioprinom ili metotreksatom, stopa recidiva i dalje je visoka. Čini se da rituksimab može pridonijeti održavanju remisije.

Navedena hipoteza provjerena je studijom **Guillemina** i sur., kojom su bolesnici s novodijagnosticiranom ili recidivirajućom granulomatozom s poliangitisom, mikroskopskim poliangitisom ili na bubreg ograničenim ANCA+ vaskulitisom u kompletnoj remisiji nakon ciklofosfamid-glukokortikoidnog režima liječenja randomizirali u skupine od kojih je jedna primala rituksimab u dozi od 500mg 0. i 14. dan u 6., 12. i 18. mjesecu praćenja od uključenja u studiju, a druga dnevni azatioprin, sve do 22. mjeseca praćenja.

Primarni cilj studije bio je utvrditi stopu ozbiljnog relapsa u 28. mjesecu praćenja (ponovna pojava aktivnosti bolesti ili pogoršanje, prema Birmingham Vasculitis Activity Score >0, te zahvaćanje jednog ili više velikih organa, bolesču uvjetovane životno ugrožavajuće situacije, ili oboje). Od 115 uključenih bolesnika njih 87 imalo je granulomatozu s poliangitisom, 23 mikroskopski poliangitis, a 5 na bubreg ograničenu bolest. 58 bolesnika primalo je azatioprin, a njih 57 rituksimab.

U 28. mjesecu praćenja zabilježeno je 17 slučajeva ozbiljnog relapsa bolesti u skupini na azatioprinu (29%), a 3 slučaja u skupini na rituksimabu (5%). Učestalost ozbiljnih nuspojava bila je slična u obje skupine: po 25 bolesnika u svakoj skupini manifestiralo je ozbiljne nuspojave, 44 neželjena učinka zabilježeno je u skupini na azatioprinu, a 45 na rituksimabu. Evidentirano je 8, odnosno 11 teških infekcija, a dva, odnosno jedan razvoj raka. U skupini na azatioprinu preminula su dva bolesnika, jedan od sepsa, jedan od karcinoma pankreasa.

Dakle, nedvojbeno se pokazalo da je u trenutku analize, nakon 28 mjeseci apliciranja terapije i praćenja, značajno veći broj bolesnika s ANCA+ vaskulitisom zadržao bolest u remisiji ukoliko su bili na terapiji rituksimabom. (N Engl J Med. 2014;371:1771-1780.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

•

Sastavljanje „smjernica unaprijed“ i biološkog testamenta za kraj života

- Biološki testament predstavlja dokument kojim potpuno svjesna osoba izražava vlastitu volju o postupcima kojima želi ili ne želi biti izvrnjuta u slučaju teške bolesti ili iznenadne traume, ako ne bude sposobna izraziti vlastitu volju.

Direktive unaprijed ili smjernice unaprijed (engl. advanced directives) pravni su dokumenti koji omogućuju svakom čovjeku da unaprijed pismeno sastavi svoje odluke o skrbi na kraju života. Daju mogućnost da izrazimo svoje želje obitelji, prijateljima i zdravstvenim djelatnicima kako će postupati s nama kada dođe vrijeme za to, poglavito ukoliko nismo u mogućnosti izraziti svoje želje zbog zdravstvenih razloga, a tim se dokumentom istovremeno izbjegavaju konfuzije kasnije.

Kliničari, a poglavito liječnici članovi interdisciplinarnog tima palijativne/hospicijske skrbi, moraju biti sposobni baviti se moralnim konfliktima koji nastaju u kontekstu moderne kliničke prakse. U slučaju stručnjaka za palijativnu skrb, tj. članova interdisciplinarnog tima palijativne skrbi, etika ima važnu ulogu pri donošenju odluka, planiranju i pružanju njene.

U praktičnoj realizaciji navedenog glede poštivanja odluke pacijenta danas postoji niz dokumenata, od kojih su u kontekstu palijativne medicine ipak dva najbitnija s kojima se tim palijativne/hospicijske skrbi, prvenstveno zdravstveni dio tima, kao i ravnatelj hospicija moraju upoznati. To su: informirana suglasnost (informed consent) te biološki testament (living will, biocard), karta samoopredjeljenja. Informirana suglasnost je izjava pacijenta koja opunomočuje liječnika da provede određene mjere – terapiju.

Biološki testament predstavlja dokument kojim potpuno svjesna osoba izražava vlastitu volju o postupcima kojima želi ili ne želi biti izvrnjuta u slučaju teške bolesti ili iznenadne traume, ako ne bude sposobna izraziti vlastitu volju. Važnost biološkog testamenta izuzetno je važna u palijativnoj medicini, a ogleda se u činjenici da će temeljem sastavljenog i potpisanih testamena tim palijativne skrbi točno znati poštivati i postupiti sukladno želji terminalnog pacijenta, poglavito ako se pacijent nalazi u stanju u kojem donošenje odluka nisu moguće.

Također, dodatni problem javlja se

kada članovi obitelji imaju suprotna gledišta u skrbi i provođenju terapije za svog terminalnog pacijenta ili pak ako ne poštiju želju člana svoje obitelji. Tada se biološki testament uzima kao konačna odluka, odnosno smjernica.

Uzimajući u obzir važnost dokumenta „smjernice unaprijed“ i biološkog testamenta te ovlaštene osobe za donošenje odluka umjesto teško bolesnog (npr. dementnog) pacijenta, grupa američkih kliničara iz Philadelphia provela je istraživanje na 130 pacijenata u jednoj sveučilišnoj bolnici. Dvadeset i jedan posto (21%) pacijenata ima sastavljen i potpisani biološki testament dok 35% ima legitimnu osobu koja će donositi odluke umjesto njih (engl. proxy consent).

Pacijenti koji imaju biološki testament uglavnom su starije osobe s poteškoćama, udovici/ce koji pate od kroničnih bolesti, u usporedbi s pacijentima koji ne pripadaju opisanim skupinama. Pacijenti s legitimnom osobom koja će za njih donositi odluke uglavnom su starije osobe, religiozne ili pak djeca.

Pacijenti vrlo često (10.8 puta češće) pitaju zdravstveno osoblje, pravnike, obitelj ili prijatelje da bi napisali biološki testament nego zdravi ljudi koji nemaju kroničnih bolesti i nisu u trećoj životnoj dobi. Pacijenti koji imaju iskustva s donošenjem odluka na kraju života 2.5 puta češće žele imati sastavljen biološki testament te 3.5 puta češće žele imati ovlaštenu osobu koja će za njih, u njihovo ime donositi odluke u usporedbi s pacijentima koji nemaju takva iskustva.

Nakon što medicinsko osoblje, pravno osoblje, odnosno obitelj i prijatelji pacijentima objasne pojam biološkog testamenta i unaprijed donešenih smjernica, povećava se vjerojatnost da će se pacijenti odlučiti za posjedovanje unaprijed donešenih smjernica (engl. advanced directives). Pacijenti s prethodnim iskustvom donošenja odluka vezanim za kraj života vjerojatnije imaju dokument smjernice unaprijed. Obiteljska struktura kao i zdravstveno stanje osobe uvelike utječe na korištenja i posjedovanje smjernica.
(J Pall Med. 2014;17(10):1099-1106.)

Dr. sc. Morana Brkljačić, dr. med.

•

Nealkoholna masna jetra u pacijentica sa sindromom policističnih jajnika

- Sindrom policističnih (PCO sindrom) jajnika najčešći je endokrinološki poremećaj u reproduktivnih žena. Žene sa PCO

sindromom obično imaju različite metaboličke poremećaje koji uključuju rezistenciju na inzulin, dijabetes, hipertenziju i dislipidemiju.

Nedavne studije demonstrirale su povezanost PCO sindroma s drugim metaboličkim komplikacijama poput nealkoholne masne jetre. Ona nastaje kao posljedica abnormalna razgradnja lipida u jetri, uslijed čega nastaje oštećenje jetre i posljedični upalni proces. Bolest može napredovati u nealkoholni steatohepatitis koji karakteriziraju ozljede hepatocita i apoptoza. S vremenom i napredovanjem upalnog procesa, nealkoholni steatohepatitis može progredirati u cirozu jetre. Uvezši u obzir mlađu populaciju u kojih se PCO sindrom najčešće dijagnosticira, kao i širolik spektar metaboličkih komorbiditeta, svakako ne smijemo zanemariti kako ta skupina pacijentica ima stanovit rizik od nastanka nealkoholne masne jetre koja se u konačnici može razviti u cirozu.

Smatra se kako su poveznice između PCO sindroma i nelakoholne masne jetre: inzulinska rezistencija i hiperandrogenemija. Iako su daljnje studije nužne, mi kao kliničari ne smijemo podcijeniti kako bolest može imati i ovakav ishod. U smislu prevencije, preporučuju se dijetetske mjere i održavanje optimalne tjelesne težine. Neki kolege preporučuju određivanje transaminaza i/ili ultrazvuk abdomena visoko rizičnim pacijenticama u svrhu ranog otkrivanja bolesti.
(J Gastroenterology 2014 (in print))

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 antimuskarinika u liječenju simptoma prekomjerno aktivnog mokraćnog mjeđura (PAMM). PAMM predstavlja velik zdravstveni problem, koji se pogoršava sa starenjem pa se procjenjuje kako od toga pati u dobi starijoj od 75 godina oko 75% ukupne populacije. Bolest se očituje urgencijom, urgentnom inkontinencijom, učestalom mokrenjem i nokturijom. Ove neugodne simptome godinama tretiramo antimuskarinicima. Recentno se na tržištu pojavio mirabegron, selektivni agonist β_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 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 na način da su ispitanici (262) dali informirani pristanak s ciljem evaluacije učinka mirabegrona na simptome PAMM-a, i uključeni u studiju procjenjivanja doziranja lijeka (927 ispitanika).

Primarni cilj obje studije bio je promjeniti odnosno smanjiti broj epizoda mikturicije u 24 sata. Sekundarni cilj uključio je promjene u: srednjem volumenu urina po epi-zodi mikturicije, srednjem broju inkontinentnih epizoda, zatim poboljšanje urgente urinarne inkontinencije i smanjenje epizoda urgencije u 24 sata. Smanjenje težine urgencije i nokturne kao i poboljšanje kvalitete života, također su bili sekundarni ciljevi studije. Parametri kojima se testirala sigurnost ispitanika bili su: nuspojave 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 u liječenju PAMM-a.

Khullar i koautori publicirali su rezultate randomizirane europsko-australske faze III istraživanja o efikasnosti i sigurnosti lijeka u liječenju PAMM-a. 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 određuje 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 nuspojava lijeka u kliničkoj fazi III je 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 β_3 -adrenergičkih receptora povećava kapacitet mokraćnog mje-hura, smanjuje učestalost kontrakcija detru-zora, povećava volumen mikturicije i uvećava vremenski razmak između akta mokrenja, zbog čega se vrlo dobro tolerira.

Mirabegron je efikasan i siguran lijek za liječenje bolesnika sa simptomima PAMM-a. (Expert Opin Pharmaother 2014;15(7):873-87)

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.

Makarovic Z, Makarovic S, Bilic-Curcic I. Sex-dependent association between coronary vessel dominance and cardiac syndrome X: a case-control study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2014;14:142.

Department of Cardiology, University Hospital Center Osijek and School of Medicine, University of Osijek, Osijek, Croatia.

Tomljenovic D, Pinter D, Kalogjera L. Perceived stress and severity of chronic rhinosinusitis in allergic and nonallergic patients. *Allergy Asthma Proc.* 2014;35:398-403.

Department of Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery, Zagreb School of Medicine, University Hospital Center "Sestre milosrdnice," Zagreb, Croatia.

Bajs Janovic M, Kalember P, Janović S, Hrabac P, Folnegovic Grosic P, Grosic V, Rados M, Henigsberg N. No change in N-acetyl aspartate in first episode of moderate depression after antidepressant treatment: (1)H magnetic spectroscopy study of left amygdala and left dorsolateral prefrontal cortex. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014;10:1753-62.

University Department of Psychiatry, Clinical Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; University North, Varaždin, Croatia; Polyclinic Neuron, Croatian Institute for Brain Research, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; University Department of Psychiatry, Clinical Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; Psychiatric Hospital Sveti Ivan, Zagreb, Croatia; University Department of Radiology, Clinical Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; Polyclinic Neuron, Croatian Institute for Brain Research, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; Psychiatric Clinic Vrapče, Zagreb, Croatia.

Boric M, Jelacic Kadic A, Puljak L. Cutaneous expression of calcium/calmodulin-dependent protein kinase II in rats with type 1 and type 2 diabetes. *J Chem Neuroanat.* 2014;61-62C:140-146.

Laboratory for Pain Research, University of Split School of Medicine, Split, Croatia.

Poremećaji hidracije i elektrolita u tijelu – VI. 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. Algoritamski i kroz etiopatogenetske čvorove obrađeni su poremećaji hidracije, edema i ascitesa u dekompenziranoj alkoholnoj cirozi jetre te dehidracije u sklopu koleričnoga proljeva. Rješenja vježbi a, b i c u algoritamskoj razradbi, te rješenja zadatka II. i III. u čvorovima napisana su na str 64. ovoga broja, u svrhu samoprovjere.

Algoritamska razradba problema¹

Patofiziologija dekompenzirane ciroze jetre i ascitesa

Za razradbu problema prostudiraj stranice 288–9, 596–9, 763–5, 851–2, 1014–5 te 1055–7 u S Gamulin, M Marušić, Z Kovač. **Patofiziologija. Knjiga prva. 7. izdanje.** Medicinska naklada Zagreb 2011.

Bolesnik u dobi od 38 godina, bravarski primljen je na liječenje zbog opće slabosti i jakog zamaranja, dehidracije organizma, oliguričan, umjerene žutice i mučnina, u somnolentnom stanju, ali još uvijek orijentiran. Unazad dva tjedna imao je crne stolice (melene), što je pri pregledu potvrđeno digitorektalno. Zbog sličnih je tegoba već liječen zadnja četiri mjeseca u drugim ustanovama. Kroz to vrijeme izgubio je 17 kilograma tjelesne mase. Heteroanamnestički, od obitelji se saznaje da je bolesnik ovisan o alkoholu već deset godina, a da u posljednje vrijeme pije oko pola litre vinjaka dnevno. Pri prijmu je imao velik nenapet ascites i diskretne edeme potkoljenica. Palpatorno je u ascitesu utvrđena hepatomegalija. Bolesnik ima povećane mlijecne žljezde (ginekomastija). Endoskopski se u donjoj trećini jednjaka vide proširene krvne žile, bez momentanoga krvarenja. Trećega dana boravka na odjelu bolesnik je utonuo u sopor. Povratio je oko tri litre hematiniziranoga sadržaja i ponovno ima crnu proljevastu stolicu. Osmoga dana liječenja bolesniku se stanje svijesti popravlja, tako da već desetoga dana može suvislo razgovarati, a subjektivno se dobro osjeća. Relevantni laboratorijski pokazatelji navedeni su u tablici 1. Bolesnik je intravenski primio ukupno 1,5 litara plazme sedmoga i devetoga dana liječenja. Od osmoga do desetoga dana zamjećeno je klinički značajno smanjenje edema.

tes i diskretne edeme potkoljenica. Palpatorno je u ascitesu utvrđena hepatomegalija. Bolesnik ima povećane mlijecne žljezde (ginekomastija). Endoskopski se u donjoj trećini jednjaka vide proširene krvne žile, bez momentanoga krvarenja. Trećega dana boravka na odjelu bolesnik je utonuo u sopor. Povratio je oko tri litre hematiniziranoga sadržaja i ponovno ima crnu proljevastu stolicu. Osmoga dana liječenja bolesniku se stanje svijesti popravlja, tako da već desetoga dana može suvislo razgovarati, a subjektivno se dobro osjeća. Relevantni laboratorijski pokazatelji navedeni su u tablici 1. Bolesnik je intravenski primio ukupno 1,5 litara plazme sedmoga i devetoga dana liječenja. Od osmoga do desetoga dana zamjećeno je klinički značajno smanjenje edema.

VJEŽBA A: Činjenična raščlamba

(jedan je ili više točnih odgovora)

1. Prema pokazateljima u tablici 1 odgovorni su za stanje bolesnika svi sljedeći mehanizmi:

a) Hipoalbuminemija nastaje u sklopu aktivacije proteina akutne faze budući da su albumini primjer negativnih proteina, a nakupljanjem ascitesa snažno je pokrenut akutnofazni odgovor jetre.

b) Umjerena hiperbilirubinemija posljedica je smanjenoga hepatocelularnog metaboliziranja i izlučivanja žučnih boja, a razvoj vezivnotkivne pregradnje i sužavanje žučnih vodova dodatno otežava izlučivanje.

c) Povišena aktivnost aminotransferaza i drugih unutarstaničnih enzima u plazmi posljedica je raspada jetrenih stanica, a količina aktivnosti samo okvirno korelira s količinom razorenih stanica.

d) Hipergamaglobulinemija je posljedica nespecifične pobude plazma stanica i lučenja imunoglobulina bakterijama i endotoksinima iz crijeva koji zaobilaze jetru.

e) Smanjena koagulabilnost krvi posljedica je smanjene sinteze koagulacijskih čimbenika u jetri, a trombocitopenija koja tome pridonosi posljedica je hipersplenizma.

2. U razvoju poremećaja svijesti u bolesnika sudjeluju svi sljedeći patogenetski mehanizmi:

a) Smanjen metabolism ornitinsko-citrulinskog ciklusa u jetri smanjuje pretvorbu karbamida u amonijak, što povećava koncentraciju karbamida u plazmi do toksične razine.

b) Uspostavom kolateralnoga krvotoka stvara se funkcionalni spoj između sustava portalne vene i sustavnog krvotoka pri čemu dio portalne krvi izravno, zaobilazeći jetru, odlazi prema drugim organima.

c) Smanjenje detoksikacijske funkcije jetre posljedica je smanjenja količine funkcijskog parenhima i stvaranja zaobilaznoga protoka krvi, što pridonosi, među ostalim, hiperamonijemiji.

Tablica 1. Dinamika relevantnih laboratorijskih vrijednosti krvnih pokazatelja

Izmjerena vrijednost	1	5	8	10	Referentne vrijednosti
Eritrociti ^a	3,25	2,74	2,36	3,02	$4,5\text{--}5,5 \times 10^{12}/\text{L}$
Hemoglobin ^a	110	93	84	89	140–180 gm/L
SSV ^b	99,7	107	106	104	85–95 IL
Bilirubin ukupni ^c	78	82		61	4,3–20 $\mu\text{mol}/\text{L}$
Bilirubin diglukuronid ^c (izravni bilirubin)	21,8	30,1		19,1	do 4,3 $\mu\text{mol}/\text{L}$
Ukupni proteini plazme ^c	50,0		48,8	59,6	60–78 gm/L
Albumin ^c	23,7		26,5	22,3	34–54 gm/L
Globulin ^c	19,7		20,1	21,8	8,7–15,2 gm/L
Trombociti ^a	85		78	59	$100\text{--}350 \times 10^9/\text{L}$
APTT ^{c,d}	87		97	76	30–40 s
Fibrinogen ^c	1,39		0,85	0,65	1,5–4,5 gm/L
AST ^{c,e}	35		29		1–20 jedinica/L
γ -GT ^f	76		95		3–28 jedinica/L
Amonijak ^c	31,2	45,6		22,1	6,7–26,6 $\mu\text{mol}/\text{L}$

^a vrijednosti u krvi

^b SSV = srednji stanični volumen.

^c vrijednosti u plazmi

^d APTT = aktivirano protrombinsko vrijeme (engl. Activated Prothrombin Time).

^e AST = Aspartat aminotransferaza (=SGOT, serumska glutamat-oksaloacetat transaminaza).

^f γ -GT = γ -glutamil transferaza.

¹ Iz knjige Z Kovač i sur. **Patofiziologija – Zadaci za problemske seminare. Knjiga druga.** Treće izdanje. Medicinska naklada Zagreb 2011., str. 590–3, uz suglasnost izdavača.

d) Bakterije u crijevu dezaminiraju aminokiseline iz bjelančevina hrane, što pridonosi hipamonijemiji, a taj se patogenetski doprinos crijeve flore može smanjiti antibiotičkom terapijom te smanjenjem unosa proteina hranom.

e) Poremećaji metabolizma aminokiselina metionina, fenilalanina i tirozina povećavaju njihovu plazmatsku koncentraciju do toksične razine, a osim toga iz tih aminokiselina nastaju amini koji djeluju kao lažni neurotransmiteri, kompetirajući s fiziološkim neurotransmiterima.

3. Opća slabost i zamaranje u bolesnika mogu biti posljedica svih patogenetskih mehanizama:

a) Krvarenje uzrokuje anemiju, a ona zbog smanjenja oksifornosti krvi uz normoksemiju tkivnu hipoksiju i hipoksiju hipogenerozu, što u stanicama mozga remeti održavanje elektrolitne ravnoteže.

b) Zbog smanjenja tkivnog parenhima smanjuje se sadržaj glikogena u jetri, a time i kapacitet reguliranja koncentracije glukoze u krvi (»puferiranje« glikemije), što može poremetiti homeostazu glukoze s pojmom hiperglikemija i/ili hipoglikemija.

c) Hiperamonijemija, koja nastaje zbog smanjene biotransformacije u jetri i dezaminacije proteina u lumenu crijeva, djeluje toksično na moždane funkcije kočeći Krebsov ciklus, a s posljedicom je hipoenergoza i kočenje aktivnosti Na⁺/K⁺ ATP-aze, koja remeti repolarizaciju staničnih membrana.

d) Kolateralna cirkulacija i smanjena detoksikacijska sposobnost jetre uzrokuju pojavu različitih biogenih amina u krvi koji u središnjem živčanom sustavu djeluju kao lažni neurotransmiteri i pridonose razvoju hepatalne (portalne) encefalopatije.

e) Povišena aktivnost unutarstaničnih enzima u bolesnikovoj plazmi uzrokuje transaminaciju energijskih supstrata, čime oni postaju neuporabivi u staničnom metabolizmu.

4. Simptome i znakove bolesti u bolesnika točno opisuju sve sljedeće tvrdnje:

a) Smanjenje crijevne apsorpcije specifičnih metaboličkih tvari važnih za eritrocitopoezu (željezo, vitamin B12, folna kiselina) i gubitak krvi u probavni kanal uzrokuju anemiju.

b) Krvarenje u probavni sustav, povraćanje hematiniziranog sadržaja i melene posljedice su zaobilaznog (kolateralnog) krvotoka i smanjene koagulabilnosti krvi.

c) Sniženje koncentracije ukupnih proteina plazme i hipoalbuminemija nastaju zbog smanjene sinteze u jetri, malnutricije i gubitka proteina u transcelularne prostore.

d) Budući da se u kroničnoj upali u jetri razvija reparacijska fibroza, zamjena parenhima vezovom uzrokuje promjenu tkivne arhitekture, povećan otpor u jetrenim krvnim žilama i ograničavanje reparacijskih procesa parenhimskih stanica jetre.

e) Zbog smanjenog onkotičkog tlaka plazme razvijaju se edemi na potkoljenicama, smanjena je koagulabilnost krvi i pojačava se sekvestriranje tekućine u ascitesu.

5. U poremećajima raspodjele tjelesnih tekućina u bolesnika sudjeluju svi sljedeći patogenetski mehanizmi:

a) Sniženje onkotičkoga tlaka plazme smanjuje netto reapsorpciju i povećava transudaciju tekućine na kapilarama (onkodinamički mehanizam), što pridonosi razvoju sustavnih edema i ascitesa.

b) Smanjena biotransformacija steroida i aktivacija reninsko-angiotenzinskog sustava uzrokuju sekundarni hiperaldosteronizam, čime se povećava bubrežno zadržavanje natrija i vode koja se većim dijelom smješta u izvanžilne prostore.

c) Zbog portalne hipertenzije i velike količine ascitesa u bolesnika se povećava tlak u nožnim venama, zbog čega se može reći da je edem potkoljenica primarno hemodinamičkog patogenetskog tipa.

d) Povećana propusnost kapilara, koja se susreće u peritonitisu u sklopu sindroma ciroze jetre, uzrokuje angiomuralnu patogenetsku komponentu nastanka ascitesa, pri kojoj zbog oštećenja kapilarne stijenke nastaje neto efluks tekućine.

e) Portalna hipertenzija uzrokovana postsinusoidnim blokom stvara hemodinamske uvjete za nastanak ascitesa jer povećava hidrostatički tlak u sinusoidima jetre i splahnčnim kapilarama.

VJEŽBA B: Algoritamska razradba problema

Sljedeće pojmove složi u uzročno-posljedični sljed:

I. Patogeneza sustavnog očitovanja ciroze jetre

1. Hipoalbuminemija
2. Gubitak hepatocita
3. Toksični učinci alkoholnih metabolita
4. Poremećaji svijesti (portalna encefalopatija)
5. Snižen onkotički tlak plazme
6. Krvarenje u probavnom traktu
7. Smanjena biotransformacija u jetri

8. Razvitak edema
9. Povišen tlak u portalnoj veni s razvitim kolateralnog krvotoka
10. Hipofibrinogenemija
11. Patoanatomske promjene u jetrenom tkivu
12. Bubrežno zadržavanje fiziološke tekućine
13. Ginekomastija
14. Hiperbilirubinemija
15. Melene
16. Hiperaldosteronizam
17. Smanjena perfuzija bubrega
18. Povećana koncentracija amonijaka u plazmi
19. Produljenje aktiviranog protrombinskoga vremena
20. Sklonost krvarenju
21. Anemija
22. Proširene vene u sluznici jednjaka

II. Patogeneza ascitesa

1. Povišen otpor u ograncima portalne vene
2. Ožiljkaste promjene u jetrenom parenhimu
3. Propadanje hepatocita
4. Porast abdominalnoga tlaka
5. Porast tlaka na venskom kraju kapilare
6. Sekundarni aldosteronizam
7. Smanjen onkotički tlak plazme
8. Zadržavanje soli i vode
9. Cijeđenje izvanstanične tekućine s površine jetre
10. Pojačana netto transudacija tekućine iz kapilara mezenteričnih arterija
11. Portalna hipertenzija
12. Hipoalbuminemija
13. Poremećaji disanja
14. Nakupljanje tekućine u peritonealnom prostoru
15. Smanjena netto reapsorpcija tekućine u kapilaru
16. Snižena sinteza proteina u jetrenom parenhimu
17. Snižena pretvorba aldosterona
18. Povećana reninsko-angiotenzinska aktivnost
19. Hipertonija u sinusoidama
20. Postsinusoidni blok
21. Preveliko stvaranje limfe u odnosu na drenažu

VJEŽBA C: Povratna doradba problema

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

1. Poremećaji svijesti nastaju zbog toksičnih učinaka otrovnih tvari, poremećaja hemodinamike i distribucije tjelesnih tekućina jer

kolateralnim krvotokom tvari apsorbirane iz crijevnoga sadržaja prolaze u sustavni krvotok bez jetrene biotransformacije.

abcde

2. Lječenje infuzijama plazme izravno sudjeluje u korekciji mehanizama raspolođe tekućine posvuda u organizmu i kliničkom povlačenju edema i oporavku (vidi uvodni dio)

jer

onkodinamički edemi su u biofizičkom smislu posljedica koligativnog svojstva koloidnih otopina u kojem je broj makromolekula (a ne vrsta makromolekula) odgovoran za povećanje onkotičkog tlaka.

abcde

3. Porast srednjega staničnoga volumena eritrocita u bolesnika (vidi tablicu 1) pripisuje se poremećaju metabolizma lipida

jer

promjene onkotičkog tlaka mijenjaju osmolalne odnose na staničnoj membrani.

abcde

Dopunska pitanja

4. Zadržavanje fiziološke tekućine u bolesnikovom organizmu primjer je za pozitivnu povratnu homeostatičku spregu. Objasni kako je negativna sprega toga mehanizma u bolesnika preokrenuta u pozitivnu povratnu spregu.

5. Infuzija plazme bolesniku ima višestruki popravni učinak na njegovo stanje. Kakav je učinak toga zahvata na sadržaje tvrdnji 1d, 2a, 2e, 5b, te pojam 20 algoritma 1.

Etiopatogenetski čvor – ASCITES.

U slici 1. prikazana je uvodna roze-dijagram s okvirnim prirodnim poveznicama stanja, a nakon toga slijedi jedan primjer prikaza i razrade bolesnikova stanja.

Vježba 18.1.

ASCITES – refraktarnoga tijeka u kroničnom jetrenom zatajenju s hipoalbuminemijom, kolateralnim krvotokom i koagulopatijom zbog alkoholne ciroze²

Vježba je izrađena prema podatcima u Reisfield GM, i sur. *Management of intractable, cirrhotic ascites with an indwelling drainage catheter. J Palliat Med 2003;6:787-91.*

I. Povijest bolesti U hospiciju je primljen 44-godišnjak s uznapredovalim stadijem ciroze jetre uzrokovan prekomjernim uzimanjem alkohola. Kao posljedica jetrene disfunkcije, u serumu je nađena snižena koncentracija albumina uz produljenje protrombinskog vremena (PT). Osim toga, nađeni su prošireni varikoziteti distalnog jednjaka, masivni ascites, znatni edemi nogu do razine trbuha, uz uredan neurološki status. S obzirom na prateće bolesti srca i plu-

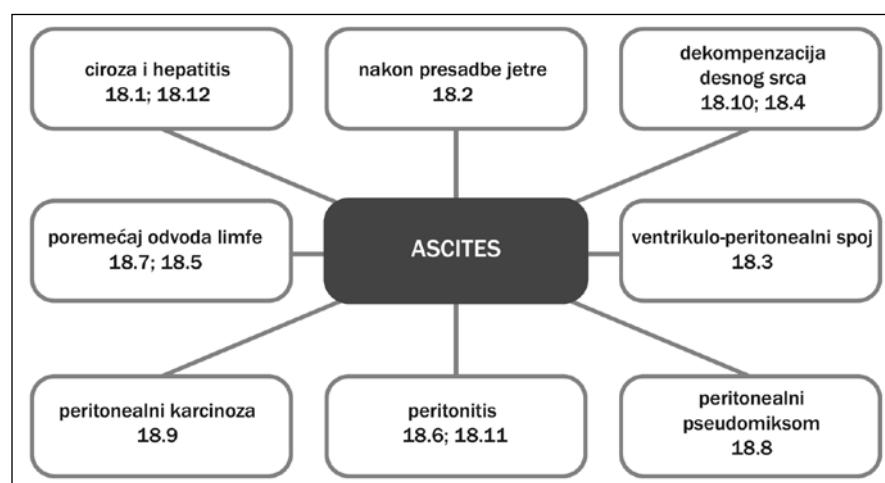
² Iz knjige Z Kovač i sur. *Klinička patofiziologija – Etiopatogenetski čvorovi. Knjiga treća. Prvi dio.* Medicinska naklada Zagreb 2013., str. 353-4, uz suglasnost izdavača i autora vježbe dr Dražena Beline.

ća procijenjeno je da bolesnik nije kandidat za presadbu jetre unatoč apstinenciji od alkohola u posljednjih 5 godina. Unatoč uzimanju visokih doza diuretika i restrikciji soli u prehrani, ascites se nije mogao kontrolirati bez učestalih paracenteza, koje su započele prije dvije godine. Za vrijeme ovog boravka punkcijom je evakuirano 9 L ascitesa uz simptomatsko poboljšanje koje je trajalo samo 4 dana. S obzirom na simptome masivnog ascitesa (dispreja u minimalnom naporu, ortopneja, nemogućnost kretanja) perkutano je ugrađen silikonski kateter za drenažu ascitesa u lokalnoj anesteziji. Kateter je dugačak 66 cm i ima promjer 4,6 mm, a intraabdominalni dio je dugačak 25 cm i ima 30 otvora. Na vanjskom kraju se nalazi zalistak od lateksa. Bolesnik je otpušten na kućno liječenje i u sljedećih 11 tjedana, do smrti, evakuirano je ukupno 120 L ascitesa (naviše 5 L/24 h), uz uredno funkcioniranje katetera.

NAPOMENA: Uznapredovala ciroza jetre prćena je hiperdinamičkom cirkulacijom (zbog niskog sistemnog žilnog otpora, koji nastaje lokalnom sintezom dušikova oksida u splanhnikusu kod portalne hipertenzije), efektivnom hipovolemijom, aktivacijom reninsko-angiotenzinskog i simpatičkog sustava te hipoperfuzijom bubrega. U bolesnika s cirozom i ascitesom, većina reagira na ograničen unos natrija u prehrani (manje od 60–90 mmola/dan) i diuretičku terapiju. Vazodilatacija u probavnom sustavu dovodi do povećane kapilarne filtracije (propusnost jetrenih kapilara za proteine je veća nego u perifernoj mreži) i stvaranja limfe. Kada kapacitet limfne drenaže bude nadmašen, stvara se ascites. Zbog povećana portalnog tlaka venska krv se putem kolaterala drenira u sustav šupljih vena zaobilazeći jetru. Ascites refraktaran na visoke doze diuretika (do 160 mg fursemida i 400 mg spironolaktona na dan) pojavljuje se u 10% slučajeva, uz očekivanu smrtnost od 50% u 6 mjeseci. Paracenteza je najstariji oblik liječenja ascitesa (uz nadoknadu albumina kod znakova hipovolemije), a slijede je filtracija ascitične tekućine i njezina reinfuzija (intravenski ili u peritonej, čime se vlastiti albumini vraćaju u krvni optok), kirurški porto-sistemni spojevi, peritonoeovenski spojevi (LeVeenov i Denverov spoj), te u novije vrijeme transjugularni intrahepataltalni portosistemni spoj (shunt) (TIPS). Najučinkovitiji način liječenja je presadba jetre.

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

- Hipoalbuminemija
- Produljeno protrombinsko vrijeme i sklonost krvarenju



Slika 1. U patogenezi ascitesa sudjeluju hemodinamski (zbog portalne hipertenzije), onkodinamski (zbog hipoproteinemije), a može se pridružiti angiomuralni (pri nastanku peritonitisa), te limfodinamski mehanizam (zbog prekoračenja kapaciteta limfnoga odvoda). Etiološki ascites je izravno ili posredno povezan s heterogenom skupinom bolesti ili stanja.

3. Masivni ascites
4. Prekomjerno uzimanje alkohola
5. Ostećena sintetička funkcija jetre
6. Nekroza jetrenih stanica i ožiljkasta pregradnja
7. Povišen tlak u portalnoj veni i pritocima (intrasinusoidalni blok) – portalna hipertenzija
8. Proširene vene u distalnom jednjaku

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

Prema podatcima u vježbi navedi a) 8 obilježja etiologije procesa; b) 18 obilježja patogeneze, tijeka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti; c) 8 obilježja proširenosti i kronobioloških obilježja, te d) 13 obilježja kliničke obradbe (dijagnoza, liječenje) prema ponuđenim klasifikacijskim obilježjima na stranicama 55-8, Lječničke novine 131, od srpnja 2014. Pri izboru obilježja uzeti u obzir sve mogućnosti koje dopuštaju opis i razradba opisanoga očitovanja procesa (ispisi obilježja i pripadne klasifikacijske brojeve)

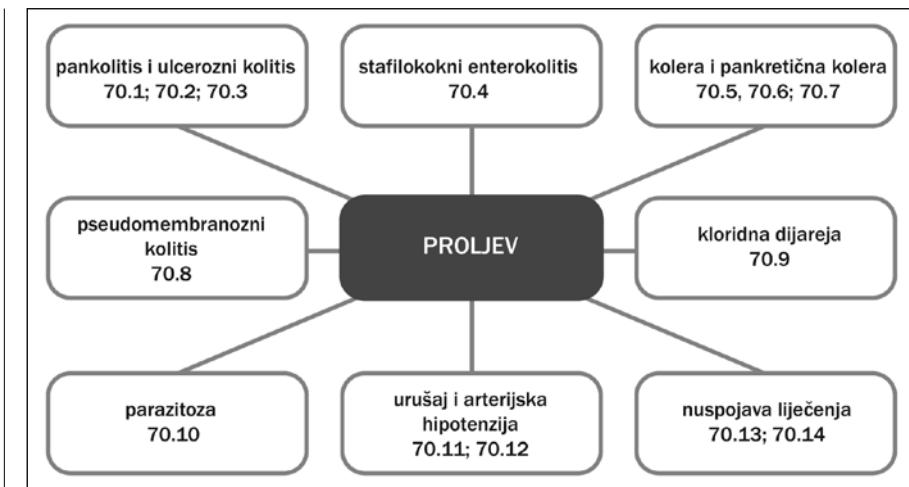
Etiopatogenetski čvor – PROLJEV.

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

Vježba 70.5. PROLJEV – s dehidracijom, hipokalijemijom, bubrežnim zatajenjem, arterijskom hipotenzijom i općom slabosću u sklopu kolere uzrokovane konzumacijom ribe ³

Vježba je izrađena prema podatcima u Schurmann D, i sur. Domestic cholera in Germany associated with fresh fish imported from Nigeria. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2002; 21:827-8.

I. Povijest bolesti 36-godišnjak se žalio na proljev, dehidraciju, hipotenziju i opću slabost. Laboratorijski nalazi pokazali su znakove akut-



Slika 2. Prekomjerni gubitak tekućine u proljevu uzrokuje hipohidraciju i hipovolemiiju koja može, među ostalim, poremetiti hemodinamiku.

nog bubrežnog zatajenja, povišenu ureju i kreatinin te hipokalijemiju 2,4 mmol/L (normalan raspon 3,9–5,1), zbog proljeva. Epidemiološki se doznaje da je bolesnik posljednja dva dana imao vodenaste proljeve i učestala povraćanja, što se pojavilo tri sata nakon konzumacije ribljeg obroka. Ribu su dopremili prijatelji iz Sjeverne Nigerije u Njemačku dan prije. Riba je za vrijeme transporta bila pohranjena na niskoj temperaturi, bolesnik ju je pripremio za termičku obradbu istoga dana kad je dopremljena, ali je termički obrađena i konzumirana tek sljedeći dan, na dan kad je bolesnik dobio proljev. Ribu je konzumirao jedino bolesnik. Bolesnik se brzo oporavio zahvaljujući elektrolitnoj nadomjesnoj terapiji i četiri dana nakon početka terapije svi su se laboratorijski nalazili normalizirali. Nalazi koprokulture pokazali su toksični hemolitički soj Vibrio cholerae skupina O1. Kulture su postale negativne bez specifične antibiotičke terapije.

NAPOMENA: Kolera je zarazna bolest uzrokovana bakterijom Vibrio cholerae koja se prenosi feko-oralnim putem. Genom bakterije sadržava gen koji kodira sintezu egzotoksina kolere, a to u epitelnim stanicama crijevne sluznice stimulira adenilil-ciklazu, povećavajući sintezu unutarstaničnog cikličkog adenosin-monofosfata (cAMP-a). Posljedica je povećano lučenje klorida i bikarbonata, koje prati lučenje natrija, kalija i vode. Zbog toga nastaje sekrecijski proljev s obilnim izlučivanjem sluznice zahvaćenog crijeva. Dehidracija dovodi do znakova hipovolemijskog urušaja s hipotenzijom, tahi-kardijom, akutnim bubrežnim zatajenjem te blijedom i hladnom kožom zbog centralizacije krvotoka. Inkubacija kolere iznosi od nekoliko sati do pet dana. Budući da je riba bila termički obrađena, veća je vjerojatnost da je bolesnik kontaminirao svoje ruke prilikom pripremanja ribe dan prije kad je riba bila dopremljena, a

simptomi su se pojavili sljedeći dan, dakle, na dan objedovanja tog jela od ribe. Ovo je rijedak slučaj uvezene infekcije kolerom iz Nigerije u Njemačku. Dugotrajni proljevi praćeni su gubitkom kalija u uvjetima metaboličke acidoze, zbog popratnoga gubitka bikarbonata. Tijekom proljeva nastaje metabolička acidoza zbog prekomjerna gubitka bikarbonata.

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

1. Paralitički ileus
2. Proljev
3. Metabolička acidoza
4. Hipersekrecija soli i vode u crijevu i dehidracija
5. Hipokalijemija
6. Hipotenzija
7. Akutno bubrežno zatajenje
8. Nastanak aritmija

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

Prema podatcima u vježbi navedi a) 5 obilježja etiologije procesa, b) 14 obilježja patogeneze, tijeka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti, c) 14 obilježja proširenosti procesa i kronobiologije bolesnika, d) 11 obilježja kliničkoga dijagnosticiranja i liječenja stanja (dijagnoza, liječenje) prema ponuđenim klasifikacijskim obilježjima na stranicama 55-8, Lječničke novine 131, od srpnja 2014. Pri izboru uzeti sve mogućnosti koje dopuštaju opis i razradba opisanoga očitovanja procesa (ispisi obilježja i pripadne klasifikacijske brojeve).

³ Iz knjige Z Kovač i sur. **Klinička patofiziologija – Etiopatogenetski čvorovi. Knjiga treća. Četvrti dio.** Medicinska naklada Zagreb 2013., str 1732-3, uz suglasnost izdavača.



PRAC-ove preporuke



Agencija za lijekove i medicinske proizvode

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 studenom 2014. usvojilo je preporuke vezane uz sigurnost primjene lijekova Corlentor/Procoralan, Kogenate Bayer/Helixate NexGen i Tecfidera.

Kako umanjiti rizik od srčanih nuspojava kod liječenja ivabradinom

PRAC je završio ocjenu lijekova Corlentor/Procoralan (ivabradin) i usvojio preporuke kako bi se umanjio rizik od srčanih nuspojava, uključujući infarkt miokarda i bradikardiju u bolesnika liječenih ivabradinom. Lijekovi Corlentor/Procoralan koriste se u simptomatskom liječenju kronične stabilne angine i u liječenju kroničnog zatajenja srca.

PRAC je usvojio preporuke koje se odnose na srčanu frekvenciju u mirovanju u bolesnika prije uvođenja lijeka u terapiju ili kod prilagodbe doze, preporuke o tome kada je potrebno prekinuti liječenje i preporuke o istodobnoj primjeni drugih lijekova. PRAC je također donio preporuke o praćenju pojave fibrilacije atrija, s obzirom na to da su bolesnici liječeni ivabradinom pod rizikom od pojave fibrilacije atrija. Nadalje, PRAC je preporučio da se kod liječenja angine ivabradin koristi samo za ublažavanje simptoma jer dostupni podaci

ne ukazuju na to da lijek nosi koristi u ishodima kao što su smanjenje rizika od infarkta miokarda ili smrti od kardiovaskularnih razloga.

Ove preporuke ishod su ocjene konačnih rezultata studije SIGNIFY, u kojoj se ocjenjivalo smanjuje li ivabradin u odnosu na placebo učestalost događaja kao što je infarkt miokarda u bolesnika koji boluju od koronarne srčane bolesti, a bez srčanog zatajenja. Studija je pokazala malo, ali značajno povećanje kombiniranog rizika od kardiovaskularne smrti ili nefatalnog infarkta miokarda uz primjenu lijeka u određenih pacijenata sa simptomatskom anginom, a podaci su također ukazali na povećan rizik od bradikardije u odnosu na placebo.

Preporuka PRAC-a upućena je na razmatranje Povjerenstvu za humane lijekove (CHMP) Europske agencije za lijekove (EMA) radi usvajanja konačnog mišljenja. CHMP je zaključio ocjenu lijekova Corlentor i Procortalan (ivabradin) i usvojio preporuke s ciljem smanjenja rizika od srčanih nuspojava, uključujući srčani udar i bradikardiju u bolesnika liječenih ivabradinom zbog angine.

O navedenom sigurnosnom pitanju nositelj odobrenja će uputiti pismo zdravstvenim radnicima s detaljnim uputama za postupanje.

Ocijeniti rizik od nastanka inhibitora prilikom liječenja lijekovima Kogenate Bayer/Helixate NexGen

PRAC je razmotrio nove dokaze iz dvaju nedavno objavljenih ispitivanja koji ukazuju na to da bi prethodno neliječeni bolesnici koji boluju od hemofilije mogli biti pod pove-

ćanim rizikom od razvoja inhibirajućih protutijela ako ih se liječi lijekovima Kogenate Bayer/Helixate NexGen (lijekovi čija je djelatna tvar faktor VIII), nego ako ih se liječi drugim lijekovima s istom djelatnom tvari.

Razvoj inhibirajućih protutijela poznati je rizik lijekova čija je djelatna tvar faktor VIII.

PRAC je tijekom 2013. godine razmotrio tada dostupne podatke o nastanku protutijela u ovih bolesnika te je tada zaključio da oni ne ukazuju na povišen rizik u bolesnika liječenih lijekovima Kogenate Bayer/Helixate NexGen. U svjetlu ovih novih podataka, PRAC je zaključio da je potrebna daljnja dubinska ocjena dostupnih dokaza.

Slučaj progresivne multifokalne leukoencefalopatije u bolesnika liječenog Tecfiderom

PRAC je raspravljao o fatalnom slučaju progresivne multifokalne leukoencefalopatije (PML) prijavljenom u bolesnika koji je bio liječen lijekom Tecfidera (dimetilfumarat), koji je namijenjen za liječenje bolesnika s relapsno-remitirajućim oblikom multiple skleroze. Ovo je prvi slučaj PML-a, rijetke virusne infekcije mozga sa simptomima koji mogu nalikovati onima u multiploj sklerozi, a koji je prijavljen uz primjenu lijeka Tecfidera.

Ovaj fatalni slučaj PML-a javio se nakon dugotrajnog liječenja ovim lijekom u bolesnika u kojeg je bila prisutna dugotrajna limfopenija, poznata moguća nuspojava Tecfidera. Zaključeno je da je potrebna daljnja procjena ovog slučaja.

O navedenom sigurnosnom pitanju nositelj odobrenja će uputiti pismo zdravstvenim radnicima s detaljnim uputama za postupanje.

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

.....

Uvode se sigurnosne oznake zbog sve više krivotvorenih lijekova

- Radi informiranja svih interesnih skupina o promjenama u regulativi lijekova koje su nastupile pristupanjem Hrvatske Europskoj uniji, Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) organizirala je 11. i 12. studenoga u Šibeniku međunarodnu regulatornu i farmakovigilancijsku konferenciju.

Na njoj je sudjelovalo oko 250 sudionika - zdravstvenih radnika, liječnika, ljekarnika, predstavnika hrvatskih javnozdravstvenih tijela i farmaceutske industrije, pacijenata i medija te predstavnici regulatornih tijela za lijekove iz regije.

U sklopu konferencije održan je i okrugli stol na temu krivotvorenih lijekova i uvođenja sigurnosnih oznaka, na kojem su stajališta o globalno rastućem problemu krivotvorenih lijekova iznijeli predstavnici zdravstvenih radnika, farmaceutske industrije, maloprodaje, veleprodaje, udruga pacijenata, novinara, Carinske uprave Ministarstva financija, HZZO-a i HALMED-a.

Direktivom 2011/62/EU uveden je pojam sigurnosnih oznaka kao jedan od načina sprečavanja ulaska krivotvorenih lijekova u legalni lanac distribucije. Svrha je uvođenja sigurnosnih oznaka omogućiti identifikaciju, tj. potvrdu autentičnosti svakog pojedinog

pakiranja lijeka. Pritom je prepoznata potreba donošenja provedbenog propisa (uredbe) koji bi podrobnije opisao karakteristike i tehničke specifikacije sigurnosnih oznaka, načina njihove provjere od strane proizvođača lijekova, veleprodaja i ljekarnika, izradu liste lijekova koji će biti izuzeti od nošenja sigurnosnih oznaka, kao i formiranje tzv. rezervorija za pohranjivanje podataka o sigurnosnim oznakama.

U tu svrhu osnovana je stručna skupina predstavnika 28 zemalja članica EU-a, koja zajedno s Europskom komisijom izrađuje nacrt Uredbe o sigurnosnim oznakama, koja bi bila objavljena u prvom kvartalu 2015. Uredba će stupiti na snagu 20. dana od objave u službenom glasniku EU-a, a primjenjivat će se po isteku razdoblja od tri godine nakon objave, osim u onim zemljama članicama EU-a u kojima je sustav sigurnosnih oznaka već na snazi te će u njima taj rok biti šest godina.

Direktivama 2001/83/EC i 2011/62/EU načelno je propisano da lijekovi koji se izdaju na recept trebaju nositi sigurnosnu oznaku, osim ako nisu navedeni na tzv. bijeloj listi, tj. listi izuzeća koju će EK donijeti u sklopu Uredbe. Lijekovi koji se izdaju bez recepta neće nositi sigurnosnu oznaku, osim ako nisu navedeni na tzv. crnoj listi, tj. listi izuzeća koju će EK donijeti u sklopu Uredbe.

Tzv. bijela lista sadržavat će lijekove koji se izdaju na recept, a ne trebaju se označiti sigurnosnom oznakom. To su lijekovi za koje je rizik od krivotvoreњa procijenjen kao zanemariv. Za uvrštanje lijekova na tzv. bijelu listu definirano je pet kriterija. Za unos predloženog lijeka na listu mora biti zadovoljeno svih pet kriterija, a za prihvatanje prijedloga potrebna je suglasnost natpolovične većine zemalja članica ili odluka Komisije. Brisanje unosa s tzv. bijele liste moguće je samo ako se zabilježi slučaj krivotvoreњa. Automatsko uvrštenje na tzv. bijelu listu predviđeno je za homeopatske lijekove, medicinske plinove, generatore radioaktivnih, radionuklidne setove i radionuklidne prekursore te radiofarmaceutike.

Tzv. crna lista sadržavat će lijekove koji se izdaju bez recepta, a za koje vrijedi obveza označavanja sigurnosnom oznakom. Jedini kriterij za uvrštanje lijekova na tzv. crnu listu je zabilježen slučaj krivotvoreњa u legalnom lancu distribucije u EU ili trećoj zemlji. Izmjena lista može se provesti redovitim postupkom ili žurno. Redoviti postupak odnosi se na slučajevе krivotvorenih lijekova u legalnom lancu distribucije koji za posljedicu nemaju smrtni slučaj ili hospitalizaciju. Zemlje članice mogu dostavljati svoje prijedloge koji će se evaluirati dvaput godišnje. Potom se donosi izmjena Uredbe koja je obvezujuća. Postupak prihvatanja i uvođenja traje oko godinu i pol do dvije godine. Žurni postupak izmjene lista provodi se na zahtjev zemlje članice ili Komisije u slučaju smrtnog događaja ili hospitalizacije kao posljedica primjene krivotvorenog lijeka. U tom se slučaju rok za donošenje i primjenu izmijenjene uredbe skraćuje na četiri do devet mjeseci.

Ljekarne, uključujući i bolničke ljekarne, i osobe ovlaštene za izдавanje lijekova pacijentu, uključujući osobe koje nude prodaju lijekova na daljinu, trebaju provjeravati sigurnosne oznake kod izдавanja pacijentu.

AŠ

Za svoje klijente u Njemačkoj tražimo:



Više specijalista oftalmologa (m/ž)

s iskustvom u konzervativnom liječenju; potrebno dobro poznavanje njemačkog jezika

Liječnike opće/obiteljske medicine (m/ž)

za preuzimanje već uhodanih liječničkih ordinacija;
potrebno dobro poznavanje njemačkog jezika

Detaljnije informacije biti će dostupne po prijavi.

Cijenjene prijave molimo poslati na: **Njemačko-hrvatska industrijska i trgovinska komora,
Strojarska 22/11, Zagreb** ili putem maila na: **melita.maganic@ahk.hr**

- Cochrane knjižnica objavljuje sustavne pregledne članke koji se bave procjenom
- djelotvornosti intervencija u medicini.
- Na mrežnoj stranici www.thecochranelibrary.org mogu se pretraživati sažetci ovih članka. Pristup punim tekstovima Cochrane članaka u Hrvatskoj osigurava Ministarstvo znanosti, obrazovanja i športa korisnicima iz biomedicinskog konzorcija na mrežnoj stranici Centra za online baze podataka: www.online-baze.hr.
- Na ovoj stranici potrebno je izabrati pretraživačko sučelje Ovid SP, unutar kojeg se nalazi poveznica na Cochrane Database of Systematic Reviews. Kad u tražilici ove baze pronađete članak koji vas zanima, punom tekstu pristupate preko poveznice EBM Topic Review.

Prof. dr. sc. Livia Puljak
Medičinski fakultet u Splitu
livia@mefst.hr

Bevacizumab i ranibizumab

Sigurnost primjene kao lijekova za neovaskularnu senilnu makularnu degeneraciju

- Prema rezultatima Cochrane sustavnog pregleda, jeftiniji lijek bevacizumab ne povećava broj smrti ili ozbiljnih nuspojava u usporedbi s ranibizumabom u osoba s neovaskularnom senilnom makularnom degeneracijom (NSDM)

Sažetak

Dosadašnje spoznaje: neovaskularni ili vlažan oblik NSDM-a vodeći je uzrok sljepote u starijoj populaciji. Za bolest je karakteristično stvaranje novih krvnih žila, poznatih kao neovaskularizacije u makuli, središnjem području mrežnice u stražnjem dijelu oka odgovornom za centralni vid. Ako se bolest ne liječi, curenje tekućine iz tih krvnih žila dovodi do naticanja i oštećenja makule, što završava ireverzibilnim ožiljkom koji može ozbiljno narušiti vid. Oko 10% pacijenata s NSDM-om je sljepo, što čini oko 90% svih slučajeva teškog gubitka vida zbog senilne degeneracije makule.

Lijekovi za NSDM degeneraciju djeluju na novostvorene krvne žile. Bevacizumab i ranibizumab su protutijela koja se vežu na vaskularni endotelni čimbenik rasta ili VEGF i

na taj način zaustavljaju proces nastanka novih krvnih žila. Naime, VEGF je protein koji nastaje u stanicama tijela, a koji stimulira rast i povećava propusnost krvnih žila. Ranibizumab je odobren za liječenje NSMD-a putem davanja intravitrealnih injekcija direktno u oko, dok je bevacizumab odobren kao lijek za terapiju karcinoma putem davanja injekcije u venu preko kože. Ta dva lijeka imaju sličan kemijski sastav i sličan mehanizam djelovanja. Iako imaju jednak učinak, već dugi niz godina vode se rasprave o eventualnoj štetnosti i sustavnim nuspojavama značajno jeftinijeg bevacizumaba u odnosu na ranibizumab.

Istraživačko pitanje: Cochrane sustavni pregled analizirao je razliku li se bevacizumab i ranibizumab po ozbiljnim nuspojavama kod primjene u osoba s vlažnom NSMD-om. Ozbiljnim nuspojavama smatraju se stanja koja mogu dovesti do smrti, ugroziti život, stanja koja zahtijevaju primitak ili produljen boravak u bolnici, ili trajnu/značajnu invalidnost.

Obilježja studija: Pronađeno je 9 randomiziranih kontrolnih studija s ukupno 3655 ispitanika u kojima su direktno uspoređeni bevacizumab i ranibizumab. Nijedno od tih istraživanja nije financirala farmaceutska industrija. Šest studija je dovršeno i objavljeno, dvije studije su dovršene, ali njihovi rezultati nisu objavljeni, a jedna studija još uвijek traje. Autori Cochrane sustavnog pregleda mogli su iskoristiti podatke o sigurnosti lijekova iz svih tih istraživanja, pri čemu su im bili dostupni podaci i iz objavljenih i neobjavljenih studija. Lijekovi su davani najviše do dvije godine, kontinuirano ili diskontinuirano. Kad su dani kontinuirano, pacijenti su redovito uzimali lijekove, bez obzira na to je li bolest ušla u bolju fazu ili se pogoršavala. Diskontinuirano uzimanje lijekova odnosi se na terapiju kod koje pacijenti lijekove uzimaju „po potrebi“ ili kao produljenu terapiju sve dok pacijent nema znakove ponovnog javljanja neovaskularnih manifestacija. Praćenje ispitanika i štetnih učinaka redovito se provodilo do jedne ili do dvije godine, bez obzira na to je li terapija bila kontinuirana ili diskontinuirana.

Sve su studije koristile odobrenu dozu ranibizumaba od 0,5 mg, dok je doza bevacizumaba bila ona koju najčešće preporučuju oftalmolozi za intravitrealnu injekciju: 1,25 mg.

Tri su studije isključile ispitanike s visokim rizikom od srčano-žilnih bolesti. Međutim, četiri studije su isključile i pacijente s različitim rizikom od srčano-žilnih bolesti, i na taj način isključile velik raspon pacijenata koji se viđa u rutinskoj bolničkoj praksi.

Ključni rezultati: Sustavni pregled je pokazao da je sustavna sigurnost bevacizumaba za NSMD slična kao i kod ranibizumaba, osim za probavne smetnje, što je dio sekundarne analize. Ako bi se 1000 ljudi liječilo ranibizumabom kroz jednu ili dvije godine, 34 bi umrlo.

Ako se umjesto toga liječe bevacizumabom, između 27 i 53 njih bi umrlo. Ako bi se 1000 ljudi liječilo ranibizumabom, 222 bi iskusilo jednu ili više ozbiljnih nuspojava. Ako bi se 1000 ljudi liječilo umjesto toga bevacizumabom, između 200 i 291 bi iskusilo takve nuspojave. Smrtni slučajevi vjerojatno nisu povezani s primjenom lijeka.

Kvaliteta dokaza: Nije bilo moguće u potpunosti procijeniti kvalitetu neobjavljenih studija. Ukupno su dokazi ocijenjeni kao niske ili umjerene kvalitete jer autori nisu mogli biti sigurni da je jedan lijek bolji od drugog za brojne ishode. Studije su imale ograničenja i po pitanju ispitanika koji su u njih bili uključeni, kao i činjenice da mnoge studije nisu mjerile važne ishode u ispitanika koji su doživjeli ozbiljne nuspojave. Manjak informacija uočen je jednako često u studijama koje su istraživale bevacizumab, kao i u studijama koje su analizirale ranibizumab.

Opis stanja

NSMD progresivna je kronična bolest mrežnice. Prema brojnim populacijskim studijama koje su uključile ispitanike u dobi od 30 do 97 godina, prevalencija bolesti je 8,7%, a prevalencija kasnog stadija bolesti je 0,4%. Veća prevalencija bolesti uočena je u Evropljana u usporedbi sa stanovnicima Azije ili Afrike. Glavni čimbenik rizika za razvoj bolesti je starija dob. Procjenjuje se da će do 2040. godine širom svijeta 288 milijuna ljudi biti pogodeno tom bolešću, a najveći broj slučajeva pogodit će Aziju i Europu. U zapadnim je zemljama NSMD vodeći uzrok teške, ireverzibilne sljepote u osoba starijih od 50 godina. Gubitak vida javlja se primarno u kasnim stadijima bolesti.

U NSMD-u vidljiv je aberantan rast krvnih žila u subretinalnom, intraretinalnom i intrakoroidalnom prostoru. Iz tih abnormalnih krvnih žila može izaći serozna tekućina, uključujući lipide i krv, što dovodi do oticanja i oštećenja makule. Bez terapije prirodni tijek bolesti uključuje stvaranje vezivnog ožiljka koji značajno umanjuje kapacitet centralnog vida.

Opis intervencije

Vaskularni endotelni čimbenik rasta ili VEGF je angiogeni citokin koji potiče vaskularnu propusnost i rast. Njegovo je signaliziranje pretjerano izraženo u NSMD-u, kao i u nekim tumorima poput kolorektalnog karcinoma. Stoga se VEGF inhibitori, kao što su bevacizumab i ranibizumab, koriste za blokiranje patološke angiogeneze. Bevacizumab je odobrila agencija za reguliranje lijekova kao lijek za intravensku terapiju karcinoma, dok je ranibizumab odobren za intravitrealnu terapiju NSMD-a.

Bevacizumab i ranibizumab dolaze od istog anti-VEGF mišjeg monoklonskog protutijela, ali se razlikuju u fragmentu monoklonskog protutijela i glikozilaciji proteina. Kad se daju putem intravitrealne injekcije oba lijeka mogu ući u sustavnu cirkulaciju, iako bevacizumab kao protutijelo pune duljine ima dulji polu-život. Zajedničke molekularne strukture i farmakološki profil ta dva lijeka, kao i terapijski učinak bevacizumaba, doveli su do raširene uporabe bevacizumaba za liječenje NSMD-a kao jeftinije alternative za ranibizumab, iako bevacizumab nije registriran za tu indikaciju.

Odobrena doza ranibizumaba je, kako je naznačeno u informacijama proizvođača o lijeku, 0,5 mg. Nakon intravitrealne primjene ranibizumab sprije ulazi u sustavnu cirkulaciju. Doza bevacizumaba, koja se prema objavljenoj literaturi najčešće koristi za intravitrealne injekcije je 1,25 mg jer nije toksična za mrežnicu, otprilike je 400 puta manja nego intravenska doza koja se koristi za terapiju karcinoma. Nakon intravitrealne primjene veoma mali dio bevacizumaba ulazi u sustavnu cirkulaciju. Načini primjene lijeka uključuju kontinuiranu i diskontinuiranu primjenu.

Zašto je važan ovaj sustavni pregled

Korištenje bevacizumaba i ranibizumaba temelji se na dokazima o tome koji je lijek bolji. Niz čimbenika može utjecati na odluku o tome koji lijek propisati, uključujući različite profile učinkovitosti, nuspojave na oku i sustavne nuspojave, cijenu i dostupnost intervencije u praksi. Postoje dokazi da bevacizumab i ranibizumab imaju sličan učinak na relativno poboljšanje najbolje korigirane vidne oštchine. Za poboljšanje korigirane vidne oštchine kontinuirana terapija daje bolje učinke nego diskontinuirana.

Postoje ograničeni dokazi da bevacizumab može biti povezan s većim brojem očnih nuspojava, međutim apsolutna stopa ozbiljnih očnih nuspojava, poput endoftalmitisa i uveitisa, manja je od 2,1% te ne mora biti povezana s lijekom nego s postupkom intravitrealne primjene lijeka. Većina nepodudarnih prosudbi o razlici između ta dva lijeka odnosi se na razlike u njihovoj sustavnoj sigurnosti. VEGF ima važne uloge u poticanju rasta i održavanja različitih vrsta stanica i tkiva, zbog čega postoji mogućnost da ti lijekovi mogu negativno utjecati na normalnu fiziologiju i pogoršati stanja kao što su koronarna ili periferna arterijska bolest. Utvrđeno je da inhibicija VEGF-a u oboljeljih od karcinoma koji se sustavno liječe bevacizumabom, u dozama višim nego što se daju za NSMD, može povećati rizik od fatalnih događaja zbog krvarenja, neutropenije i gastrointestinalne perforacije. Stoga se pojavila

bojanan da bi primjena anti-VEGF lijekova, čak i u malim dozama koje se primjenjuju kod intravitrealne injekcije, mogla izazvati ozbiljne sustavne nuspojave. U prvom velikom randomiziranom kliničkom istraživanju o NSMD-u pod nazivom CATT, koje je usporedilo ranibizumab direktno s bevacizumabom, uočeno je statistički značajno povećanje ozbiljnih nuspojava kod bevacizumaba u usporedbi s ranibizumabom. Nekon objave rezultata drugog velikog randomiziranog istraživanja, poznatog kao IVAN, pravljena je popratna metaanaliza podataka o sigurnosti lijekova iz CATT i IVAN studija nakon dvije godine, koju su potakli nadzorni odbori ovih studija. Ta je metaanaliza opet pokazala da se ukupan zbroj svih ozbiljnih nuspojava razlikuje između terapijskih režima. Međutim, kad su se ozbiljne nuspojave usporedile po vrsti organskih sustava ili po specifičnim nuspojavama (primjerice, arterijske tromboze), nije bilo razlika između dva lijeka. Ti rezultati i njihove različite interpretacije potakli su debate u medicinskim krugovima i na razini zdravstvenih sustava o korištenju bevacizumaba kao jeftinijeg lijeka u odnosu na ranibizumab, iako za to nije licenciran.

Zaključci za praksu

Temeljem dokaza iz devet randomiziranih kontroliranih istraživanja koji su ukupno uključili 3665 ispitanika s NSMD-om nisu uočene razlike u relativnoj sigurnosti između intravitrealne primjene bevacizumaba i ranibizumaba po pitanju smrti, svih ozbiljnih nuspojava ili specifičnih pojedinih ozbiljnih nuspojava u prvih 1 do 2 godine terapije, s iznimkom probavnih poremećaja. Stoga se može zaključiti da temeljem dostupnih podataka o sustavnoj sigurnosti nema značajnih dokaza koji bi poduprli uporabu jednog lijeka u odnosu na drugi za liječenje NSMD-a.

Uočene varijacije u sustavnoj sigurnosti dva lijeka su malene i mogu biti posljedica slučajnosti. Međutim, ne može se isključiti da bi razlika veća od 1% i 5% za smrti i sve ozbiljne nuspojave mogla biti važna pacijentima te da mogu postojati razlike u sigurnosti s obzirom na razinu rizika kod pacijenta. Starije osobe imaju različit rizik od ozbiljnih nuspojava zbog multimorbiditeta i polifarmacije pa bi stoga primjenu bevacizumaba i ranibizumaba liječnici trebali pomno nadzirati. Zdravstveni radnici trebaju prepoznati ove čimbenike rizika prije davanja bevacizumaba: hipertenzija, disfunkcija levog ventrikula, hemoragijski incidenti, prirođene ili stечene koagulopatije, proteinurija, veliki kirurški zahvati, liječenje u isto vrijeme drugim lijekovima koji mogu potencirati kardiotoksični učinak (primjerice antraciklini). Te individualne čimbenike rizika treba pomno razmotriti osobito u pacijenata s

višestrukim čimbenicima rizika (primjerice, koagulopatija, nefrotska bolest i zatajivanje srca).

Zaključci za istraživanja

Udio dokaza iz randomiziranih istraživanja, poput studija BRAMD, LUCAS i VIBERA, koji još nije objavljen ograničen je na oko 25% svih dokaza. Te studije su vrlo relevantne te bi se istraživači koji su te studije provedli i oni koji su ih financirali trebali zauzeti za brzu objavu podataka. Autori Cochrane sustavnog pregleda ne podržavaju ideju o provođenju novih direktnih usporedbi u novim randomiziranim kontroliranim studijama. Umjesto toga bi bolje bilo napraviti nove metaanalize korištenjem individualnih podataka o pacijentima, kako bi se bolje procijenio točan opseg razlika analiziranjem čimbenika koji mijenjaju učinak, kao što su terapijski režim i podložne skupine pacijenata, kao što su oni s visokim kardiovaskularnim rizikom. Istraživači CATT studije svoje su podatke stavili na raspolaganje javnosti te bi bilo dobro da i svi drugi istraživači koji su provodili navedene studije učine isto.

Iako su randomizirani kontrolirani pokusi najbolji način procjene učinkovitosti i sigurnosti intervencija u medicini, oni i dalje pokazuju ograničenja u smislu neprikladnog opisivanja nuspojava i nedovoljne snage za uočavanje glavnine nuspojava, čak i za učestale nuspojave. Komplementarne informacije o pojavi nuspojava mogu se naći u opservacijskim studijama. Međutim, u ovom kontekstu opservacijske studije također imaju svoja ograničenja. Osim što opservacijske studije imaju manjkavosti koje su obično povezane s ustrojem opservacijskog istraživanja, velike razlike u cijeni između bevacizumaba i ranibizumuba moguće bi dovesti do nerazmjera u broju pacijenata lječenih jednim i drugim lijekom koji će se uključiti u studiju, zbog čega usporedivost studija može biti upitna.

Da bi se bolje istražili podatci o sigurnosti lijekova nužna je farmakovigilancija kako bi se ova pitanja istražila u općoj populaciji, koja obično sadrži više potencijalno osjetljivih pacijenata.

Cochrane sustavni pregled

Moja L, Lucenteforte E, Kwag KH, Bertele V, Campomori A, Chakrabarty U, D'Amico R, Dickersin K, Kodijkian L, Lindsley K, Loke Y, Maguire M, Martin DF, Mugelli A, Mühlbauer B, Püntmann I, Reeves B, Rogers C, Schmuckler C, Subramanian ML, Virgili G. Systemic safety of bevacizumab versus ranibizumab for neovascular age-related macular degeneration. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 9. Art. No.: CD011230.

••••

Pobačaj (MKB 040), priziv savjesti i pravo na izbor

Posvećeno Saviti Halappanavar

Savita Halappanavar umrla je 2012. zbog sepsa nakon odugovlačenja s prekidom trudnoće zbog prisutnosti otkucaja fetalnoga srca, u 17. tijednu trudnoće.

U Irskoj. Imala je 31 godinu.

Dr. sc. Jasenka Grujić Koračin, specijalistica ginekologije i porodništva

- Papa Ivan Pavao II rekao je 1991.: "Sloboda savjesti ne daje pravo neselektivnog korištenja priziva savjesti. Kada se neka utvrđena sloboda pretvori u licencu ili postane ispraka za ograničavanje prava drugih, država je obavezna i pravnim sredstvima zaštитiti neutuđiva prava svojih građana od takvih zloupotreba".

Izjava o prizivu savjesti, kako navodi poglavar katolika, sama po sebi ne bi smjela biti dovoljna (jer se može koristiti neselektivno) da bi društvo takvu izjavu prihvatiло bez pogovora i odobrilo prizivači postupati u skladu s njom.

U području reproduktivne medicine priziv savjesti se svodi najčešće na odbijanje vršenja prekida trudnoće ali i drugih uobičajenih dijagnostičkih i terapijskih postupaka te propisivanja raznih oblika kontracepcije. Ovaj je negativni priziv savjesti najčešće motiviran religijskim (kakvad i moralno-etičkim) uvjerenjima. Prizivači su i liječnici ali i drugo medicinsko osoblje.

Priziv savjesti u reproduktivnoj medicini

Prekid trudnoće na zahtjev žene u Hrvatskoj legalan je medicinski postupak (MKB 040), reguliran zakonom iz 1978.

Pacijentice, međutim, svakodnevno javljaju da u ovoj ili onoj ustanovi ne mogu učiniti prekid trudnoće zbog priziva savjesti liječnika. I ne samo to, nego im neki kolege ne žele propisati hitnu kontracepciju!

Bilo bi nužno pokušati ustanoviti koji su uzroci nagloga porasta broja prizivača savjesti upravo među ginekolozima i ginekolognjama u vezi s pobačajem na zahtjev ali i drugim pravima iz područja reproduktivne medicine.

Valjalo bi propitati njihove motive i autonomiju njihova priziva te novim propisima

ispaviti manjkavosti sadašnje zakonske regulative. Uvjereni sam da su kolegama prizivačima motivi uglavnom religijski ali u isto vrijeme i konformistički u uvjetima naše samo formalno laičke države.

Ne mogu vjerovati da su prizivači tek sada shvatili kako izgleda plod u doba kada je još pobačaj dozvoljen. Nazivati, međutim, pobačaj zločinom i ubojstvom opasna je ali i infantilna difamacija temeljena na naučavanju Katoličke crkve o početku života i pobačaju. Crkva svoju istinu ne može (a u sekularnoj državi ne smije) nametati onima koji misle drugačije. Naposlijetu, Crkva je učenje o početku života i pobačaju značajno mijenjala u proteklim stoljećima.

Pitanje života, tj. njegova početka je i filozofsko, biološko, antropološko, pravno i etičko pitanje, a u sekularnoj državi, naročito kada valja donositi pravne propise, ne smije biti religijsko pitanje. Poimanje života i njegova početka (ali i kraja) kompleksno je i nije jednoznačno, ovisi kako o trenutnim znanstvenim spoznajama i stavovima pojedine profesije tako i o tehnološkim mogućnostima koje su nam na raspolaganju. Životni potencijal postoji u svakome spermiju i svakoj jajnoj stanici. Dezoksirbonukleinska kiselina određuje sve što je živo i prije njena oblikovanja u kromosom. Nešto ne nastaje iz ničega. U ovoj fazi tehnološkoga razvoja plod ne može prezivjeti izvan majčinog tijela barem do nastanka plućnih alveola u kanalikularnom razdoblju (od 16.-18. tijedna fetalne dobi).

O početku ljudske osobnosti, s obzirom na razvoj mozga (naročito talamus) i osjetila, ne može se govoriti prije 23.-24. tijedna trudnoće. Reproduktivna prava žena u Hrvatskoj odavno su ozakonjena i zaštićena, upravo kao i potencijalni ljudski život (plod) i to, kada se radi po pobačaju na zahtjev od 10. tijedna od začeća. Hrvatska također prihvata međuna-

rodne zakone kojima je pravna snaga veća od naših zakona, a protive se diskriminaciji žena.

Profesija i priziv savjesti

Prema zakonu iz 1978. jedini liječnici koji smiju, koji su kompetentni, tj. koji znaju (ili bi morali znati) učiniti pobačaj jesu ginekologi.

Iako upravo Zakon o liječništvu, Kodeks medicinske etike i deontologije HLK-a i Rezolucija o prizivu savjesti Međunarodne federacije ginekologa i opstetričara dozvoljava mogućnost priziva savjesti u medicini i reproduktivnoj medicini, ovim su i sličnim aktima određeni profesionalni standardi prema kojima je interes pacijenta na prvome mjestu. Tako st. 1. čl. 2. Kodeksa medicinske etike i deontologije HLK-a kaže: "Liječnik će poštovati prava pacijenta smatrajući dobrobit pacijenta svojom prvom i osnovnom brigom". Liječnik koji odabije ženi učiniti pobačaj jer ima priziv savjesti, svoj interes prepostavlja interesu pacijentice pa postupa protivno zakonima profesije. On "prestaje" u tome času biti liječnik jer ne ispunjava svoje profesionalne obaveze. Liječnik mora uvažavati ženine autonomne odluke u granicama određenim zakonom. Prvenstvo imaju liječničke profesionalne obaveze prema pacijentici a značaj osobnog priziva savjesti je drugorazredan i ograničen. Također je interes žene prepostavljen interesu ploda.

Priziv savjesti u uvjetima opće korumpiranosti i lopovluka u svim strukturama našega društva (vidi dnevni tisak), u medicini je, kada se odnosi na ženska reproduktivna prava, nakaradna pojava. Priziv savjesti dovodi i inače do absurdnih situacija i postupaka koji nemaju veze sa znanstvenim integritetom i kompetentnošću (npr. odbijanje propisivanja hitne kontracepcije - iskustvo autorice). Neprihvatljiva je i gadljiva manipulacija ženskim reproduktivnim pravima u svako predizbornu vrijeme. Isto je tako neprihvatljivo otežavanje ostvarivanju prava na pobačaj, usprkos važećem zakonu. Zar oni koji svojim prizivom otežavaju ženama da učine prekid trudnoće u sigurnim uvjetima nisu svjesni što slijedi - pobačaji koje će nekompetentne osobe vršiti u podrumima ili "špajzama"? Sve to već je viđeno i može se izbjegći ali se može i ponoviti. S druge strane, onomu čega na tržištu nema, cijena raste - ne radi se valjda o tome? Quo vadis Croatia?

Za pravo na izbor

U svijetu je godine 2008. učinjeno više od 21 milijun pobačaja u nesigurnim uvjetima što je rezultiralo smrću 47 000 žena!

Mukotrno izborena prava žena u 20. stoljeću na jednakost, na život i dignitet, autonomiju, na tjelesni integritet i zdravlje nitko, pa niti Crkva (crkve) ne smije dovoditi u pitanje. Dužnost je države osigurati provedbu zakona, a one zakone koji nisu dovoljno jasni ili su u koliziji s drugim zakonima i propisima, pa se zbog njih krše zajamčena prava, poput čl. 20. Zakona o liječništvu u vezi s prizivom savjesti, valja mijenjati.

Ovim pismom želim dati podršku onim kolegama koji štite ženino pravo na izbor omogućujući ženama da učine pobačaj u sigurnim uvjetima. Želim dati podršku onima kojima je dobrobit žene na prvome mjestu i ohrabriti ih da ne podlegnu trenutnoj hipokriji ili religijskim dogmama, ali i onim vjernicima koji žive svoju vjeru dosljedno i razmišljaju razumno. Želim dati podršku svima koji svoje djelovanje temelje na znanstvenim spoznajama (a kako bi profesionalci drukčije i mogli?) i koji nastoje, nudeći razne načine kontracepcije, smanjiti broj prekida neželjenih trudnoća, potaknuti rađanje željene djece te omogućiti ženama neometano uživanje u spolnom životu.

*Literatura na zahtjev:
jasenka@ginekologija-grujic.hr*

Nekoliko (retoričkih) pitanja kolegici Grujić – Koračin

Poštovana kolegice,

Vaše pismo u kojem se zalaželete da se liječnici upregnuti rutinsko prekidanje trudnoće, navelo me na razmišljanje, a vjerujem da

će i mnoge naše čitatelje. Vaše zalaganje čini mi se jednostranim, barem dok ne dobijem jasne i nedvosmislene odgovore na sljedeća pitanja.

1. Treba li etika biti subordinirana zakonu ili obratno?

2. Ako je s jedne strane državne grance abortus zločin, a s druge strane plemenito djelo, koja strana ima pravo s etičkoga gledišta?

3. Ako dizanjem jedne ruke više u parlamentu postane abortus od zločina liječnikova obaveza, mora li se tim trenutkom njegova savjest „prekopati“ u suprotnom smjeru?

4. Zašto se zakonodavac, ako ozakoni abortus, a to je njegovo pravo, ne pobrine za izobrazbu abortera, kao što se educiraju i krvnici u zemljama gdje još postoji smrtna kazna, nego opterećuje liječničku savjest?

5. Po čemu je normalna trudnoća ili zečeće bolest koju treba liječiti? Drugim riječima: nije li indikacija za abortus u preko 90% slučajeva „socijalna“ a ne medicinska, a kontracepcija gotovo 100%-tно socijalna?

6. Zašto je ubijanje ploda prije porođaja plemenito djelo, a ubiti ga tik poslije porođaja gnjusan zločin, i gdje je točna granica među njima, ali bez pozivanja na zakon?

7. Ako je interes žene pretpostavljen interesu ploda, bi li se, hipotetski, interes ploda mogao pretpostaviti interesu majke (događa se)?

Očekujući Vaše odgovore, s poštovanjem,

Željko Poljak, urednik.

Odgovor prof. Poljaku

Poštovani profesore,

Ne mislim da se može o filozofiji mora i pravnim normama te utjecaju etičkih načela na pravo i obrnuto raspravljati na ovaj način. Znam samo da se zakoni poštovati moraju, a ukoliko se ne pokažu dobrima, valja ih mijenjati. U vezi s ostalim Vašim primjedbama i pitanjima (otvorena pitanja o početku života i ljudske osobnosti), odgovor je jasno naveden u tekstu. Molim Vas da u donošenju prosudbi uzmete u obzir i sljedeće:

1. U sudskom sporu pred Europskim sudom za ljudska prava koji je gospođa Vo pokrenula protiv Francuske zbog pobačaja izvršenoga pogreškom a protiv njezine volje (Vo v France- 53924/00, <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/Pages/search.aspx>), presuđeno je da ljudska prava ne pripadaju fetusu prije rođenja nego tek djetetu koje se rodilo.

2. Ovih je dana poljski sud po tužbi bolnice Pro-Familia u Rzeszowu protiv anti-choice prosvjednika donio prvostupanjsku odluku da se pobačaj ne smije nazivati ubojstvom i odredio da se prosvjednici ispričaju (Outrage in Poland as Judge tells pro-life activists they can't call abortion 'killing' <https://www.lifesitenews.com/tags/tag/poland>)

Vama i uredništvu želim sretnu novu 2015. godinu.

Dr. Jasenka Grujić Koračin

.....

RJEŠENJA PROBLEMATIKE SA STRANICA 55-58.

ALGORITAMSKA RAZRADBA PROBLEMA sa stranica 55-57.

Vježba A:

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

Vježba B:

I. Patogeneza sustavnog očitovanja ciroze jetre: 1-->5; 2-->1,7,10,11,14,19; 3-->2; 5-->8; 6-->5,10,15,17,18,21; 7-->13,16,18; 8-->18; 9-->4,6,7,18; 10-->20; 11-->9,14; 12-->8; 16-->12; 17-->12,16; 18-->4; 19-->20; 20-->6; 22-->6.

II. Patogeneza ascitesa: 1-->11; 2-->1,20; 3-->2,16,17; 4-->13; 5-->15; 6-->8; 10-->15; 8-->10,14,21; 10-->18,21; 11-->5; 12-->7; 14-->4; 15-->10,18,21; 16-->7,12; 17-->6; 18-->6; 19-->21; 20-->1,19; 21-->12,14.

Vježba C: 1a, 2a, 3e.

4. Zbog smanjenog onkotskog tlaka zadržana sol i voda se u organizmu rapodjeljuju dominanto u međustanični prostor.

5. Infuzija plazme izravno korigira hipoalbuminemiju (učinak na sadržaj tvrdnjne 1a), povećava onkotski tlak plazme te time povlači tekućinu u plazmu (učinak na sadržaj tvrdnjne 2a i 2e), posredno smanjuje hiperaldosteronizam (učinak na tvrdnju 5b) a na postsinusoidni blok nema učinaka (pojam 20 algoritmu II).

ETIOPATOGENETSKI ČVOROVI

Vježba 18.1. ASCITES sa stranica 57-58.

II. Etiopatogeneza bolesti

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

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

- a) Etiološka obilježja stanja kod bolesnika: 3.1; 3.2; 3.8; 3.10; 4.2; 4.9; 4.12; 4.20.
- b) Obilježja patogeneze, toka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti: 5.4; 5.12; 5.34; 5.3; 5.44; 5.45; 5.55; 5.63; 5.64; 5.68; 5.69; 5.78; 6.3; 6.7; 6.10; 7.2; 7.4; 7.14.
- c) Obilježja proširenosti procesa i kronobiologije bolesnika: 8.5; 8.6; 8.7; 8.9; 8.15; 8.27; 8.31; 8.32.
- d) Obilježja kliničkoga dijagnosticiranja i liječenje stanja: 12.1; 12.2; 12.3; 12.4; 12.6; 12.8; 12.19; 12.20; 12.25; 12.26; 12.30; 12.35; 12.49.

Vježba 70.5. PROLJEV sa stranice 58.

II. Etiopatogeneza bolesti

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

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

- a) Etiološka obilježja stanja kod bolesnika: 1.4; 1.5; 2.6; 2.7; 4.2.
- b) Obilježja patogeneze, toka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti: 5.1; 5.12; 5.14; 5.15; 5.27; 5.29; 5.48; 5.61; 5.6; 6.2; 6.5; 7.2; 7.10; 7.15.
- c) Obilježja proširenosti procesa i kronobiologije bolesnika: 8.5; 8.9; 8.14; 8.19; 8.20; 8.27; 8.28; 8.29; 8.33; 9.2; 10.1; 10.6; 10.7; 11.10.
- d) Obilježja kliničkoga dijagnosticiranja i liječenje stanja: 12.1; 12.2; 12.3; 12.15; 12.16; 12.17; 12.2; 12.35; 12.41; 12.47; 12.48.

.....

Zaklade u Hrvatskoj

Prof. dr. Ljiljana Zergollern-Čupak

- Zaklade postoje već dugo i u našoj zemlji. Prve su osnovane još u 15. i 16. stoljeću, a iako su ih osnovali privatnici privatnim novcem, bile su uglavnom kontrolirane odlukama crkvenih organa i dijeljene samo muškarcima. Početkom 20. stoljeća bilo je u Hrvatskoj registrirano čak 220 privatno-stipendijskih zaklada, koje su dijeljene po vrlo različitim kriterijima. Nakon 1. svjetskog rata u nas su bile brojne tzv. humanitarne zaklade, koje su dodjeljivane isključivo siromašnima, siročadi i žrtvama rata. Dok je već 1930. godine u tadašnjoj državi zakonom pravno reguliran status zaklada, 1945. godine, sa završetkom 2. svjetskog rata, naglo je bio prekinut rad velikog broja zaklada. Razlog je bio novi režim, koji je uvođenjem novih socijalističkih mjeru - nacionalizacijom privatnih dobara, izvlaštenjem ili oduzimanjem prava, prekinuo rad većine prijeratnih privatnih, dobrotvornih organizacija.

Nakon završetka Domovinskog rata zaklade se u Hrvatskoj sve češće osnivaju, tako da ih je sada već preko stotinu. Nadajmo se da će ih s izlaskom naše zemlje iz ekonomske krize i recesije biti još i više budući da u nas postoji i društvena potreba za njima u ovom prebrzo razvijajućem, dinamičnom vremenu znanosti i tehnologije. U hrvatskom uvijek mladom srcu potreba i želja za znanjem vrlo je velika, tako da je pomoći u ovom trenu ekonomske krize posebno poželjna i karitativna pomoći ustanova kao što su zaklade.

Hrvatski filantropizam i rodoljublje raste i cvate, posebno u kriznim vremenima, a vezana je uz aktivnosti koje se tiču dobra svakoga čovjeka i napretka cjelokupnog, pa i hrvatskog društva.

Zaklade su neovisne, neprofitne organizacije, institucije s vlastitim izvorom sredstava, čija je svrha točno određena prema zakladniku. One mogu biti nezavisne (uglavnom privatne) i druge po državi osnovane, takozvane vladine. One služe korisnim ciljevima (potpora ekonomsko slabijih) ili su općedobrotvorne (unapređenje kulturne, prosvjetne, duhovne, čudoredne, sportske, zdravstvene, ekološke i bilo koje druge znanstvene djelatnosti). Zaklade traju dugo i nastoje sačuvati trajnu aktivnost i imovinu s kojom su počele, a održavati rad pomoći kamata na imovinu i drugih prihoda.

Naša Zaklada osnovana je 2009. godine. Radoholični i uvjereni da se u struci kojoj smo posvetili život ne smije nikad prestati učiti i bezgranično voljeti ono što radimo ako želimo biti ravnopravni sa svijetom, uvjereni na osnovu vlastitog iskustva u tu svoju tvrdnju, a osvjeđeni da je naša mladež sposobna zahvaljujući dobrom osnovnom obrazovanju dobivenom u našim školama, privrednim ili srednjim te univerzitetima, da je ta naša mladost kompetentna uči u kompeticiju i s najnaprednijim zemljama, sa studentima najpoznatijih univerziteta svijeta, odlučili smo se pomoći mladim ljudima u daljnjoj edukaciji. Prije svega kako se ne bi izgubio korak s prebrzim svjetskim koracima i trendovima u tehnologiji koji prate znanost. Kroz Zakladu stimuliramo današnju mladost i svojim primjerima pokušavamo objasniti da život nije lak, ali da uvijek postoji nuda koja nam pomaže da ne posustanemo, da se strpimo. Jer, držeći se u životu nekih općih ljudskih normi, s vjerom u čovjeka i nadom u bolje sutra, ostali smo strpljivi i dočekali uvijek bolje dane.

Mnogi stavovi ugrađeni u našim generacijama ranim odgojem čini se da su vječno ispravni, etični, prihvatljivi, bez obzira na

danas moguće političke, vjerske, generacijske, nacionalne ili staleške razlike i opredjeljenja. Tolerantnost, strpljenje, ljubav prema čovjeku, biljci, životinji, prema prirodi općenito, prema radu, istini, poštenju, pravednosti, prema neprestanoj težnji, prema potrebi za napretkom i učenjem, trajne su nepromjenjive, biblijske vrijednosti, koje ne poznaju i ne priznaju vjerske, nacionane, stranačke ili političke razlike i ograde. Vrijednosti su to prihvaćene u svima vremenima, civilizacijama i sistemima i takvim gledanjem na život pravdamo svoju odluku o osnivanju zaklade. Naslijedenu imovinu, a s obzirom da nemamo biološkog nastjadnika, odlučili smo mladosti svoje zemlje dati taj svoj obiteljski, generacijama skupljani i stjecani, ali i vlastitim radom i skromnim životom i tako sačuvanim i povećanim imetkom, kako bi joj pomogli u ovoj trenutno teškoj postajeći ekonomskoj krizi. Stoga im pomognimo koliko nam srce i mogućnosti dozvoljavaju!

Dosad je iz Zaklade podijeljeno 14 stipendija za stjecanje doktorata znanosti (sedam iz oftalmologije i sedam iz pedijatrije u trajanju od četiri do šest semestara) i 17 jednokratnih nagrada za prikaze na kongresima i simpozijima (16 oftalmolozima, i jedna pedijatru). Na ovaj je način do sada isplaćeno oko 400.000 kuna, što i nije konačan iznos jer je još uvijek nekoliko alumni-štićenika koji trebaju dobiti novac za dovršenje doktorata, a o čemu kontrolu vodi upravni odbor Zaklade, na čelu s prof. Nikicom Gabrićem, odanim i vjernim voditeljem Zaklade.

.....



Prof. dr. Nikica Gabrić i prof. dr. Ljiljana Zergollern Čupak

Intervju s prof. emerit. Ljiljanom Zergollern-Čupak

Trebala bih nanovo studirati pola medicine koliko su stvari otišle naprijed

Tekst i slike Andreja Šantek i privatna arhiva



Prof. emerit.
Ljiljana Zergollern-Čupak

• Kako bi pomogli studentima medicine te mladim liječnicima, primarno pedijatrima i oftalmologima, prof. dr. **Ljiljana Zergollern-Čupak** i njezin pokojni suprug prof. dr. **Krešimir Čupak** osnovali su 2009. godine Zakladu koja nosi njihovo ime. Prof. Zergollern je također pomogla organiziranje Prvih dana humane genetike koji je održan prošle godine u Zagrebu, a koji će drugo izdanje doživjeti ove godine. U sjećanje na svoga supruga, dojena hrvatske oftalmologije, tri godine organizira i Dane sjećanja, na kojima se predstavljaju mlađi oftalmolozi s četiriju zagrebačkih oftalmoloških klinika (KBC Zagreb, KBC Sestre milosrdnice, KB Sv. Duh i Specijalna bolnica Svjetlost) na kojima je prof. Čupak radio.

„Tri mlada doktora sa svake klinike predstavljaju svoje radove, a najboljeg među njima nagradimo“, kaže prof. Zergollern, koja je od 1992. godine u mirovini, ali je i danas, s navršenih 88 godina, i dalje vrlo aktivna kada su u pitanju humana genetika i bioetika u me-

dicini. No, žao joj je što zbog slabijeg vida ima sve manje mogućnosti za svoje velike strasti, čitanje i pisanje, ali zato i dalje nesmetano uživa u klasičnoj glazbi i putovanjima.

Prof. Zergollern za sebe kaže da je prije svega pedijatar, a iz tog se posla 60-ih godina prošloga stoljeća razvila ljubav prema humanoj genetici pa je postala začetnica ove medi-

cinske grane u Hrvatskoj i tadašnjoj Jugoslaviji, a i šire.

„Budući da je prošlo vrijeme zaraznih bolesti, tuberkuloze i intoksikacija, naši interesi i znanja su se širili. Sve češće sam uočavala da naslijeđe ima bitnu ulogu u bolestima, pa i u pozitivnim osobinama pojedinih ljudi. Kako sam pratila literaturu, vidjela sam da i u svijetu postoji sve veće zanimanje za naslijeđe. Primjerice, čitala sam o Napoleonovoj obitelji u kojoj su majka i njezine četiri sestre oboljele od raka dojke, a i u mojoj dječjoj patologiji vidjela sam da se u nekoj obitelji češće događaju neke bolesti. Tijekom posjeta Egiptu susrela sam u ambulantni majku sa četvero djece koja su sva, uslijed genetske bolesti, bila slijepa“, priča prof. Zergollern opisujući kako se počela baviti problemom naslijeđa u kliničkoj medicini pa je tako došla i do humane učitelj prof. McKusick s vremenom joj je postao i velik prijatelj.

„Bila sam radoholik i sve me zanimalo, a ulazak u humanu genetiku opisala bih kao ulazak slona u trgovinu s kristalom. No, brzo sam se snašla i već sam nakon tri mjeseca, 1964. godine, na Dječjoj klinici na Rebru osnovala laboratorij humane citogenetike, i to zahvaljujući grantu koji mi je dodijelila „American Association for the Aid of Crippled Children“, kaže prof. Zergollern. Prisjeća se kako je tada najveći problem bio prenijeti novac u Zagreb te se za savjet obratila tadašnjem konzulatu. Nakon što je dobila dozvolu sljedeći problem koji je morala rješiti bio je kako unijeti u Hrvatsku dolare, a ne promjeniti ih u dinare.

„S dinarima nisam ništa mogla, niti kupiti opremu niti bilo što drugo. Zahvaljujući tome što sam bila liječnica poznavala sam dječu nekih političkih funkcionara pa sam preko njih uspjela doći do guvernera Narodne banke u Beogradu. Zamolila sam ga da mi ostavi dolare i on mi je izašao ususret, ali mi je rekao da će to vjerojatno biti presedan i za mnoge druge koji će tražiti isto. Sjećam se kako je jedna činovnica prokomentirala da sam ja druga ili treća koja je donijela novce izvana i da to nije baš bio čest slučaj“, prepičava prof. Zergollern. Dodaje kako je tih 80 tisuća dolara tada bilo



Moj prvi dan u Hanoveru, New Hampshire (USA). Radni sastanak s čuvenim teratologom prof. J. Warkanyjem 1963.

dovoljno za osnivanje laboratorija, tj. da kupi dva, tri aparata i plati liječnike koji su radili na projektu. Bio je to prvi laboratorij te vrste u bivšoj Jugoslaviji, a uskoro mu je pridruženo i genetsko savjetovalište, koje je također osnovala prof. Zergollern.

Laboratorij je zajedno sa savjetovalištem vrlo brzo, 1975. godine, prerastao u Centar, a 1985. postaje Zavod za humanu genetiku Dječje klinike KBC-a. Prof. Zergollern je kao pionir na području humane genetike i tek razvijajuće citogenetike kao nove znanosti u svijetu, nakon odlaska u mirovinu postala i prva žena

• Klinika Svjetlost je povodom 80 godina života prof. Zergollern i njezinih 55 godina rada u biomedicini i bioetici objavila knjigu u kojoj su njeni suradnici, priatelji i đaci, iznjeli svoje viđenje njene uloge u hrvatskoj medicini za koju prof. Gabrić kaže da je neće biti lako ponoviti.

„Svatko tko se rodi, na ovom svijetu ima dvije važne funkcije, a rijetki su ih svjesni. Prva je produljiti ljudsku vrstu da ne izumre, da se održi, a druga je otkriti svoje 'poslanje': zašto smo na ovom svijetu i koja je naša uloga?“

Prof. Zergollern ponekad 'luta' i pita se je li mogla i trebala biti majka, je li ostvarila svoje životno poslance samo svojim profesionalno-znanstvenim angažmanom. Iako Čupak-Zergollerni nisu imali svoju biološku djecu, sigurno su ostvarili svoje životno poslance jer su toliko dobra učinili za studente, za bolesnike, za liječnike, za sve ljudе koji su ih trebali“, napisao je prof. Gabrić.



Profesor londonskog Medicinskog fakulteta dr. Tomas Stapleton (prvi desno), prof. pedijatrije i generalni tajnik Svjetskog pedijatrijskog društva s grupom naših pedijatara u vrijeme posjete Prištini i Kosovu, 1986. godine

Stručni opus prof. Zergollern

- 276 objavljenih znanstvenih radova
- 11 sveučilišnih udžbenika, od kojih su tri objavljena nakon umirovljenja
- sudjelovanje na 60-ak kongresa i stručnih sastanaka u inozemstvu i 100-tinjak sastanaka u Hrvatskoj
- organizirala je Školu humane genetike u Sveučilišnom centru u Dubrovniku
- osnivačica i dugogodišnja predsjednica Sekcije za humanu genetiku HLZ-a
- članica je Europskog društva za genetičko savjetovanje
- potpredsjednica i predsjednica Europskog društva za humanu genetiku
- izradila je prvi program poslijediplomskog studija iz medicinske genetike
- pod njениm je mentorstvom napravljeno 15 magistarskih i 11 doktorskih radova

emeritus profesor na Sveučilištu u Zagrebu. U njezinu bogatoj znanstvenoj karijeri zapažena je i publicistička djelatnost - udžbenici humane i medicinske genetike, prvi u našoj sredini.

To su mahom bili prvijenci naše medicinske literature, a s obzirom na slabo poznavanje engleskog jezika i težu dostupnost strane literature, odigrali su izuzetno važnu ulogu u edukaciji medicinara, stomatologa, biologa i defektologa.

„Bila sam prepoduzetna, možda bi bilo bolje da sam bila majka i bolja žena, nisam voljela kuhanju i danas je to najmanja prostorija u stanu. No, s druge strane, iz toga mog malog gnijezda izašlo je puno magistara i doktora znanosti, danas vodećih stručnjaka. Niti jedan učitelj ne može biti zadovoljan ako njegovi đaci nisu bolji i marljiviji od njega. Moj suprug i ja imali smo sreće jer su nas naši učenici, prof. dr. Nikica Gabrić, prof. dr. Ingeborg Barešić i prof. dr. Davor Begović, nadmašili“, kaže prof. Zergollern.

I danas prati što se događa na području humane genetike, iako je to sve teže jer je ova grana toliko napredovala i napravila tako velik skok da je nemoguće biti u tijeku sa svi-me. Vjerojatno bi, kaže prof. Zergollern, trebala nanovo studirati gotovo pola medicine koliko su stvari otiskele naprijed. „Humana genetika je

ušla u sve pore medicine, ona više nije samo klinička disciplina, otišla je ne na razinu gena nego još i dublje.

Nije moguće pratiti sve te fasete oboćene humane genetike, možete se zadržati na jednom proteinu, jednom kromosomu ili samo djeliču kromosoma“, kaže prof. Zergollern. Upravo u toj činjenici, u svođenju čovjeka na jedan organ ili jedan sistem, vidi i najveću opasnost za skretanje prema dehumanizaciji medicine.

„Krešo i ja smo uvijek težili tome da se čovjeka gleda kao kompleksno biće, važan nam je bio holistički pristup, multidisciplinarnost, univerzalnost i timski rad bez kojega nema napretka. Danas smo došli do toga da imamo vrlo uske subspecializacije i toga se užasno bojim jer želim da se na čovjeka gleda kao na cijelinu. U suprotnom čemo dehumanizirati medicinu. Danas su globalni nafta, voda i oružje, a ja bih voljela da je humanost globalna“, kaže prof. Zergollern.

.....



Ljiljana Zergollern - Čupak i Krešimir Čupak s knjigama koje su napisali do 1998. godine

Povodom 135. obljetnice u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče otvoren Muzej povijesti

I ovo je naš doprinos destigmatizaciji duševnih bolesnika i psihijatrije

Tekst i slike Andreja Šantek

- U Psihijatrijskoj bolnici Vrapče nedavno je, povodom 135. obljetnice bolnice, otvoren Muzej povijesti te bolnice koji ujedno predstavlja i prvi muzej medicine otvoren u nekoj hrvatskoj bolnici. Ideja je stigla od ravnatelja prof. dr. sc. **Vlade Jukića** koji je prije 18 godina obišao takav muzej u bolnici u Helsinkiju. Putujući po svijetu, kaže dr. Jukić, video sam da u mnogim gradovima postoje muzeji medicine koji Hrvatska danas još uvijek nema. Predlagao

sam ministrima, dodaje, da se tijekom gradnje Muzeja povijesti u Jagićevoj dio predviđi i za Muzej medicine, ali to nikada nije stiglo na listu prioriteta.

Muzej je nastao kao četvrta karika u nizu materijalizirane intelektualne i duhovne baštine bolnice Vrapče, a u njemu je izložena materijalna građa koja govori o povijesti bolnice, ali i o povijesti psihijatrije kao medicinske struke i znanosti. Uz muzej, u bolnici od prije

postoji i „Župičev muzej“ u kojem su izložena i pohranjena najbolja djela duševnih bolesnika, galerija ‚Slava Raškaj‘ u kojoj se priređuju izložbe najnovijih likovnih radova duševnih bolesnika i radovi drugih likovnih umjetnika i u kojoj svakodnevno nastaju nova likovna djela, te Spomen-biblioteka posvećene pisano riječi. Dr. Jukić kaže da je trebalo proći puno godina dok se nisu stvorili uvjeti za otvaranje muzeja. „Posljednje dvije godine s ideje sam prešao na djelo i s najbližim suradnicima počeo pripremati teren za otvaranje muzeja. Nakon što smo po raznim bolničkim skladištima pronašli građu za fundus muzeja, pripremili smo već odavno izabrani prostor u koji je ta građa smještena. Kao i u svakom muzeju, tako ni u ovom nije bilo moguće sakupiti i izložiti sve vrijedne predmete koji bi, da smo do njih došli, bili u njemu izloženi. Mnogi od tih vrijednih predmeta su nestali, no to ne znači da ih prikladnom postavom postojeće građe i prikladnim napomenama nismo uspjeli predočiti“, kaže dr. Jukić. Dodaje kako se nuda da će muzej postati mjesto susreta svih onih koji se interesiraju za psihijatriju kao struku, ali i za psihijatrijske bolesnike kojima je nužna pomoć ne samo psihijatrije kao struke i djelatnika u psihijatriji, nego i cijelog društva. „Cilj nam je da ovaj muzej, prikazujući psihijatriju, psihijatrijske bolesti i psihijatrijske bolesnike u okvirima znanosti, značajno pridonosi



Ravnatelj prof. dr. sc. Vlado Jukić
u bolničkom krugu

U duševnom bolesniku valja gledati prije svega čovjeka jednako vrijednog drugom čovjeku, tek momentalno bolesnog, takovog koji je „izvan sebe“, koji „nije kod sebe“, ali koji se uviјek može „povratiti“, koji može „doći k sebi“, postati „priseban“ i koji može u etičkom ili intelektualnom pogledu eventualno biti vrjedniji od nas.

dr. Stanislav Župić, Stenjevec 1933.

Prim. Stanislav Župić počeo je skupljati slike bolesnika još 30-ih godina prošlog stoljeća

destigmatizaciji duševnih bolesnika. Psihijatrija jest stigmatizirana, kao i duševni bolesnici, kao i „Zuta kuća“, kao i mi psihijatri koji smo, kažu neki, postali psihijatri jer ništa drugo nismo uspjeli specijalizirati. Što naravno nije istina, a to potvrđuje i moj primjer jer sam tijekom staža u bolnici u Koprivnici odbio ponudu šefa kirurgije koji mi je nudio specijalizaciju“, kaže dr. Jukić. Kada se radi o destigmatizaciji, dodaje, postoji mnogo pogrešnih percpcija i mnogo pogrešnih očekivanja.

„Ljudi bi htjeli usvojiti dekret prema kojem duševni bolesnici od danas više nisu stigmatizirani, a to ne ide tako. Uvijek će biti

stigmatiziranosti jer je to naprsto tako, ali je treba svesti u granice prihvatljivosti tako da duševni bolesnici ne bježe iz bolnice i ne bježe od psihijatara i od lječenja. A mislim da se ona može smanjiti. I smatram da će taj muzej, ako bude u funkciji na način kako sam ga zamislio, značajno pridonijeti destigmatizaciji duševnih bolesnika“, objašnjava dr. Jukić.

Muzej je postavljen na način da ‘priča priču’ o bolnici Vrapče, psihijatrijskim bolesnicima i bolestima od kojih oni boluju, njihovom liječenju i terapiji. Bolesnika se prati od njegovog ulaska u bolnicu, preko liječenja do odlaska iz bolnice. Prva soba u muzeju predstavlja

čekaonicu, a uz veliku fotografiju čekaonice iz 30-ih godina prošlog stoljeća mogu se razgledati i dokumenti o osnutku bolnice i prvim danim njezinog rada. Druga soba predstavlja lječničku ambulantu, a u trećoj su izloženi dokumenti koji govore o radu i razvoju bolnice. Na zidovima su posteri s osnovnim informacijama o povijesti bolnice - grafikoni kretanja broja kreveta bolesnika, bolno opskrbnih dana, broja zaposlenika, te niz drugih zanimljivih podataka iz povijesti bolnice.

Četvrta soba namijenjena je posjetiteljima muzeja zainteresiranim za detaljnije proučavanje građe muzeja te povijesti bolnice i psihijatrije kao struke.

Soba broj pet predstavlja bolesničku sobu za akutno agitirane pacijente u kojoj se može vidjeti i krevet s mrežom koji se u bolnici upotrebljavao do prije pedesetak godina, u sobi broj šest predstavljena su sredstva sputavanja pacijenata (stezulja i remenje) dok soba broj sedam prikazuje tapeciranu sobu za izolaciju agresivnih i agitiranih pacijenata. U sobi osam nalazi se bolnička ljekarna s originalnim ljekarničkim posuđem, vagama i drugim instrumentima.

Najveća soba u prostoru muzeja je soba devet u kojoj je predstavljen proces terapije. Tu se nalazi aparat za elektrokonvulzivnu terapiju (EKT se u bolnici ne provodi od 70-ih godina prošlog stoljeća), informacije o nekadašnjem liječenju inzulinskim komama, te je predstavljena i zubarska ambulanta. Posebno su zanimljivi eksponati koji su služili i još uviјek služe za radno okupacijsku terapiju. U toj su sobi izloženi i vrijedni predmeti (prstenje, naušnice, satovi, novci) koje su pacijenti pohranjivali u bolničkoj blagajni tj. sefu, a koji im, zbog raznih razloga, nisu vraćeni. U sobi broj deset predstavljeni su instrumenti koji su se koristili,

Od ideje do realizacije

- U prikupljanju građe, osmisljavanju i postavi Muzeja dr. Jukiću je pomagao čitav tim stručnjaka bolnice Vrapče - Štefica Bagarić, Petрана Brečić, Emanuela Dujić, Dragan Nimac, Niko Radas, Aleksandar Savić, Snježana Spitzmüller, Dubravka Stijačić, Domagoj Vidović i Ljiljana Vukšić.

Prostor za postavu mujejskih eksponata uredila je tehnička služba predvođena voditelje Mladenom Oslakovićem. Konceptu muzeja osmisnila je Kosjenka Laszlo Klemar, a autori postava su Lana Kovačić i Željko Kovačić.

U muzeju su izložena i pomagala za sputavanje i soba za izolaciju pacijenata

odnosno koji se koriste u svrhu dijagnostike pa tako posjetitelji mogu razgledati EEG aparat, aparat za reoencefalografiju, EKG aparat, te niz aparata iz hematološko-biokemijskog laboratorija. Soba broj 11 predviđena je za edukativne svrhe, a u njoj će posjetitelji, nakon što razgledaju eksponate, moći pogledati kratki film o povijesti bolnice, filmove i prezentacije o pojedinih psihijatrijskim bolestima i poremećajima. Na raspolaganju će im biti i psihijatar koji će davati dodatne informacije, a sve s ciljem da se upoznавanjem psihijatrijskih bolesti

i poremećaja te njihovog liječenja smanji stigmatiziranost oboljelih od tih bolesti.

„Ova posljednja prostorija još nije do kraja uređena, ali nadam se da ćemo i to uskoro riješiti. Predviđamo da će muzej biti otvoren dva sata dnevno i to u periodu kada je u bolnici vrijeme posjeta pa da ga rodbina i prijatelji koji obilaze bolesnike mogu razgledati. Osim tih pojedinačnih dolazaka, cilj nam je da muzej postane mjesto koje će obilazi grupe đaka i studenata i drugih zainteresiranih. Plan je da se grupe provedu kroz muzej i na kraju obilaska

dođu u predavaonu gdje bi govorili o psihijatrijskim bolestima i poremećajima, liječenju, s načlankom na destigmatizaciju duševnih bolesti i duševnih bolesnika”, objašnjava dr. Jukić. Dodaže kako bolnica Vrapče od svojih prvih dana nije samo liječilište i opskrbilište nego i učilište, a kasnije je postala i znanstvena ustanova, a ujedno i kulturna ustanova.

„Zgrada i cijeli kompleks je pod zaštitom kao spomenik kulture. Ovdje postoji nematerijalna kulturna baština koju smo kroz četiri dijela ovog našeg muzeja materijalizirali. Prvi ravnatelj **Rohaček** je tražio od građana da bolnici poklone knjige, prim. **Vjekoslav Župić**, antropozof, osebujan i interesantan čovjek u psihijatriji pa i šire, počeo je skupljati slike naših bolesnika još 30-ih godina prošlog stoljeća.

U bolnici su početkom stoljeća borbive i slikarice **Marija Novaković** i **Slava Raškaj**. Prim. Župić je prvi puta slike **Marije Novaković** postavio na izložbi u Parizu 1951. godine i napisao tri eseja tj. brošure o njezinu slikarstvu. Bila je pijanistica koja je završila konzervatorij u Beču, a nakon što se razboljela od shizofrenije hospitalizirana je u bolnici Vrapče gdje je provela 30 godina. U bolnici su otkrili njezin slikarski talent. Prim. Župić je skupljao slike naših pacijenata i 1954. godine, povodom 75. obljetnice bolnice, otvorio muzej.

Prije pet godina, povodom 130. obljetnice, otvorili smo Galeriju Slava Raškaj, a namjera nam je da priređujemo najmanje dvije izložbe slika godišnje. Prije četiri godine otvorili smo i spomen-biblioteku u kojoj se nalaze

Prof. Jukić u muzejskoj 'ordinaciji'





Bolnička ljekarna s originalnim ljekarničkim posuđem, vagama i drugim instrumentima

najvažniji dokumenti i knjige iz cijelokupne psihijatrijske publicistike. I sada muzej", pojašnjava dr. Jukić. Tako je bolnica Vrapče postala i kulturna ustanova, kroz koju su u prošlosti, kao njezini pacijenti, prošli mnogi ugledni i iznimno kreativni ljudi iz raznih sfera javnog života. Slava Raškaj je u Vrapču bila hospitalizirana u više navrata, zadnji put od 1902. do 1906. godine, liječila se od depresije i demencije, a tu je i umrla od tuberkuloze. Svoje najslavnije djelo "Lopoči", čija je replika izložena u galeriji, naslikala je upravo u bolnici Vrapče.

Pjesnika Augusta Harambašića ovde je razorio neurosifilis, dok se autor romana "U registraturi" Ante Kovačić dugo godina liječio od manje i psihoze. Sudeći po simptomima zabilježenim u bolničkoj arhivi, Vladimir Vidrić je evidentno bolovao od shizofrenije: u glavi mu nisu zujale samo "zlačane pčeće" kao u njegovim čuvenim pejzažnim stihovima, nego i glasovi koji su mu upućivali religiozne poruke, a često su ga, i danju i noću, opsegdale i prikaze raznih fantastičnih i strašnih bića.

Je li stigma nekada bila manja, pi tam dr. Jukića koji odgovara negativno dodajući da je razlika nekada i danas u tome da se nekada o tome nije govorilo. Drugim rijećima, dodaje, stigmatizacija je nekada bila toliko jaka da se takvu osobu prekrižilo za sva vremena, smjestilo je seiza nekih zidova i o tome se više nije vodila briga. Jer i na primjerima Slave Raškaj, Ante Kovačića ili Vladimira Vidrića može se ustvrditi da mentalna bolest nije karakteristi ka samo društveno odbačenih i intelektualno inferiornih, nego da može pogoditi doslovce svakoga, pa i najkreativnije i najuspješnije, te socijalno iznimno adaptirane pojedince.

"Društvo je imalo potrebu skloniti takve osobe s očiju jer u suprotnom ako nešto vidiš onda se javlja strah da ćeš i sam oboliti", kaže dr. Jukić. Jesu li ljudi danas većem strahu

od ludila i jesu li "luđi" nego prije 20 ili 30 godina, pitam dr. Jukića, s obzirom na količinu informacija, brzinu života, promijenjeni stil života?

"Govorimo o dvije različite vrste straha, strahu od ludila i egzistencijalnom strahu koji danas vlada među ljudima. Ljudi se, primjerice, danas vrlo često boje gubitka posla, u toj brzini života puno su površniji i u toj površnosti se kasnije ne snalaze. I u tom trenutku može

doći do pucanja. Ali to neće dovesti do shizofrenije, a u tom smislu sam govorio o strahu od ludila. Shizofrenija je konstantna i pogoda oko jedan posto populacije. Današnja vremena su pogodnija za stvaranje psihičkih poremećaja reaktivne naravi kao što su depresija ili anksioznost. Kada, primjerice, govorimo o paranoidnosti postoje od one 'normalne' do one patološke i psihotične koja se manifestira kao, primjerice, 'CIA me proganja'. Od te normalne paranoidnosti koja je dnevno priustna u životu do ove psihotične ipak postoji negativni pomak, postali smo sumnjičaviji, vlada jedno nepovjerenje, pola Hrvata misli da ih ova druga polovica nadzire", kaže dr. Jukić. Dodaje kako se

NASLOVI BOLNICE VRAPČE KROZ NJEZINU POVIJEST

- 1873. Državna bolnica za opasac Kraljevine Hrvatske i Slavonije
- 1876. Kraljevski zemaljski zavod za umrobole u Stenjevcu
- Kraljevski zavod za umrobole u Stenjevcu
- Zavod za umrobole Stenjevec
- 1829. Državni zavod za umrobole u Stenjevcu
- 1833. Državna bolnica za duševne bolesti Stenjevec
- 1936. Bolnica za živčane i duševne bolesti Vrapče
- 1954. Bolnica za živčane i duševne bolesti u Vrapču
- 1966. Psihijatrijska bolnica „Vrapče“
- 1974. Psihijatrijska bolnica Vrapče – Zagreb
- 1979. Psihijatrijska bolnica Vrapče
- 1986. Klinička psihijatrijska bolnica Vrapče
- 1994. Psihijatrijska bolnica Vrapče – Zagreb
- 2004. Psihijatrijska bolnica Vrapče
- 2011. Klinika za psihijatriju Vrapče

Kulturna povijest bolnice - ukratko

„U Vrapču su liječeni mnogi značajni hrvatski umjetnici - književnici, slikari, kipari, glazbenici, i djelatnici u kulturi koji su tijekom boravka, ali i kasnije, ostavljali iza sebe neki trag kulture - zapis, sliku, skulpturu. Djelatnici bolnice, a među njima se posebno ističe nekoliko liječnika, također su tijekom povijesti Vrapča djelovali i kao poslenici kulture. Posebno je to vidljivo u poticaju bolesnicima da se, u sklopu terapije, izraze i na način koji ima dimenziju umjetničkog. Već prvi ravnatelj bolnice sakuplja knjige namijenjene bolesnicima. 30-ih godina prošloga stoljeća u bolnici djeluju dva zbara - jedan zbor namještenika, drugi bolesnika, i orkestar, a jednom tjedno prikazuju se kino predstave. U to vrijeme prim. Župić počinje prikupljati likovne radove bolesnika za budući muzej. Taj se muzej otvara 1954. godine prilikom obilježavanja 75. obljetnice bolnice, a 1962. se registrira i uvrštava u popis hrvatskih muzeja. U bolnici, ali i u galerijama izvan bolnice, organizira se niz izložbi likovnih radova bolesnika nastalih tijekom njihove hospitalizacije. Likovni radovi naših bolesnika izlažu se i na prigodnim izložbama u inozemstvu te se na tom planu uspostavlja međunarodna suradnja. Bolnica postaje i izdavač knjiga čiji su autori njezini djelatnici, a do sada je u njezinoj nakladi objavljeno više od 40 naslova. U bolnici gostuju mnogi umjetnici - glazbenici, glumci, pisci, slikari i kipari, koji svojim nastupima oplemenjuju atmosferu. Posljednjih pet godina u bolnici se, u sklopu edukacije specijalizanata iz psihijatrije, odvija i filmska tribina pod naslovom „Film i psihijatrija“. Prilikom 130. obljetnice bolnice otvorena je spomen-biblioteka u kojoj su pohranjeni i izloženi bolnički dokumenti zanimljivi javnosti, povijesti bolesti značajnih pojedinaca liječenih u Vrapču, knjige izašle u nakladi bolnice, ali i knjige koje čine korpus cijelokupne hrvatske psihijatrijske publicistike, te druga važna građa te vrste. 2009. godine je sagrađena i otvorena Galerija Slava Raškaj u kojoj se prieđuju izložbe, a u tijeku je, povodom proslave 135. godišnjice bolnice i pete obljetnice Galerije izložba radova duševnih bolesnika „Bethlem Galery“ iz Londona“, objašnjava dr. Jukić.

protiv tiga treba boriti, ali i da liječnici ne mogu tu puno učiniti budući da je riječ o društvenoj, političkoj, socijalno-psihološkoj i medijskoj dijenziji problema.

„Ako vi novinari izvlačite samo negativne stvari, i ljudi počinju razmišljati na način 'Ako su došli po sve, doći će i po mene'. S druge strane, u prethodnoj klimi, prije paranoидne, rekao bih, postojala je klima u kojoj su mislili 'radit ću što god hoću, idem nešto ušiće, niktko mi ništa ne može'. I to je dovelo do jedne moralne dekadence koja je prvo dovела do rezignacije, a sada to prelazi u paranoidnu priču koja nije dobra i limitira ljude u djelovanju, baš kao i cijelu zemlju“, kaže dr. Jukić.



U muzeju su izloženi i vrijedni predmeti koje su pacijenti pohranjivali u bolničkom sefu, a koji im, zbog raznih razloga, nisu vraćeni



Instrumenti koji su se nekada koristili za dijagnostiku

Kada se govori o povijesti bolnice, kažem dr. Jukiću, ne može se zaobići ni ona tamnija strana koja govorio o zloporabi psihijatrije, a posebice u političke svrhe.

„Činjenica je da je u povijesti bilo toga u svijetu, pa tako i kod nas. Mislim da je riječ o 49 osoba koje su bile hospitalizirane kod nas tj. izolirane u razdoblju 70-ih i 80-ih godina samo zato što su bili nepoželjni da ih se vidi na ulici kad dođe Tito ili neki drugi političar, da ne bi slučajno vikali nešto neprigodno. I u zahtjevu je pisalo: 'U dogovoru načelnika SUP-a i ravnatelja bolnice Vrapče dopremamo NN radi izolacije'. Dežurni liječnik je takve osobe primao pod dijagnozom izolacija, a nakon tri dana ga pod istom dijagnozom otpuštao iz bolnice. Toga danas apsolutno nema, ali nam se ne vjeruje. Nedavno smo imali inspekciju državne pravobraniteljice za ljudska prava koja je provjeravala uvjete i dokumentaciju. Nažalost, u psihijatriji je bilo slučajeva zlopotrebe. I u ovom trenutku je hrvatska psihijatrija po-

novno pod teškim teretom i optužbom da smo u funkciji politike. Ja tvrdim da nismo i da se nikakva politička psihijatrija ne provodi ovdje ili da bilo kome služimo. Navodi se pet imena pacijenata koji su bili hospitalizirani u posljednje dvije, tri godine. Samo jedan pacijent je bio krivo zadržan i to ne kod nas nego u jednoj drugoj psihijatrijskoj ustanovi, a koji je otpušten iz bolnice nakon što su naši liječnici utvrdili da je postavljena kriva dijagnoza te smo ispravili pogrešku naših kolega. Psihijatrija je najnemoćnija struka u medicini, a i psihijatrijski bolesnici su isto tako nemoćni i nezaštićeni pa se tako preko psihijatrije znaju prelamati neke druge stvari“, zaljučuje dr. Jukić.

.....

Slava Raškaj bila je u Vrapču hospitalizirana nekoliko puta gdje je naslikala i svoje najslavnije djelo "Lopoč"



Sjetimo se dr. Martina Vidovića

Prim. dr. Mario Wokaunn

- Prije 15 godina, 4. prosinca 1999. godine, u rano jutro na ulazu u Dubrovnik, prateći bolesnika u vozilu Hitne pomoći DZ-a Metković na putu k dubrovačkoj Općoj bolnici, poginuo je ugledni liječnik DZ-a Metković, dr. Martin Vidović.

Umro je jezivom smrću u jednoj od najvećih poslijeratnih tragedija hrvatskog zdravstva: utopio su u hladnoj Ombli, zajedno sa svojim bolesnikom Andrijom Đanišom i njegovom kćerkom Ljiljanom Skenderović. Poginuo je u 59. godini života, na kraju radne smjene, nekoliko godina prije umirovljenja. U pokušaju izbjegavanja direktnog sudara, vozač je vozilo metkovske Hitne pomoći skrenuo u hladnu, nabujalu Omblu.

Rijetki se danas sjeti tog događaja, nije bilo dobre volje niti za davanje temeljnih podataka iz života pok. dr. Martina Vidovića. A poginuo je kao liječnik, časno obavljajući svoju dužnost do samoga kraja svoga prerano ugaslog života. Bio je omiljeni liječnik opće prakse koji je gotovo cijeli radni vijek, osim kraće epizode u Gospiću, proveo u metkovskom Domu zdravlja. Neizmjerno je volio svoj poziv, poštovao medicinu i kao znanost i kao praksu.

Građani Metkovića i neretvanske doline poštivali su i voljeli dr. Vidovića. Bio je omiljen i kao stručnjak i kao častan Neretvanin, kao čovjek. Na glasu je bila njegova inteligencija koju je svakodnevno unosio u posao.

Na žalost, mala mjesta poput Metkovića dovoljna sama sebi, oduvijek su pristojno udaljena od bilo kakvog uspjeha. Nevjerojatan je broj uglednih pa i slavnih Metkovaca koji su uspjeli dolašavši u veći grad! S tom frustrirajućom činjenicom, intelligentan, samozahtajan, pošten i senzibilan kakav je bio, pokojni Vidović teško se nosio. Sjećam se jedne epizode na početku svoje karijere, neposredno pred početak rata: u hitni prijem doveli su bolesnika koji se previjao od bolova u trbuhi. Kao mlađi i neiskusan liječnik, bio sam preplašen. Prošao je tu, slučajno, u to vrijeme elitni ali nadmeni liječnik i onako, s nebeske nedodirljive visine, bahato mi dobacio da bolesnika odmah vozim u bolnicu i ne pogledavši ga. Tada mi je sasvim smireno i očinski, nenametljivo i tiho prišao dr. Vidović, nježno uzeo moju ruku i stavio je ispod svoje, palpirajući trbuh bolesnika - da shvatim tu ograničenu osjetljivost slojeva trbušne stjenke kakva se vidi kod akutnog kolecistitisa.

Krajem 90-ih imao sam čast imenovati ga ravnateljem Doma zdravlja Metković. I tu, vremenski ograničenu dužnost, časno je obnašao. Poslije nam se putevi razdvajaju. Na svom putu kirurga koji traje više od 20 godina promjenio sam brojne gradove i klinike, susretao brojne učitelje. Neke dobre, a neke i ne. Kao kirurg, pregledao sam stotine i stotine trbuha. I sam već podučavam mlađe kolege. Ali zanimljivo, pamtim Martina Vidovića, liječnika opće medicine, bez zvučnih titula, iz malog Metkovića, kao kolegu koji me je naučio kako se palpira abdomen i kako treba poštovati bolesnika, prije svega kao čovjeka. Naučio me koliko pomaže kad ti je stariji i iskusniji kolega naprosto prijatelj i skroman kolega. Koje li dobrobiti za medicinu!

Asocijacije su neizbjježne. Ne možemo se ne osvrnuti na strašne zadnje trenutke njegova života: dok bezbržni građani udobno snivaju u toplini i sigurnosti svog doma, on, „obični“ liječnik iz malog gradića, krivudavim i nesigurnim cestama hita sa svojim bolesnikom prema bolnici u pokušaju da ga spasi. Zatim upada i tone u hladnu rijeku. Sasvim sigurno, nije to bila trenutna, jednostavna smrt. Mi liječnici znamo da je to polaganje, mučno umiranje. Na dnu nabujale, hladne rijeke, sam, narušen od sviju, u tišini. Zaboravljen. Nije li cijeli naš život i naša karijera, baš poput te krivudave ceste? U nesređenom društvu u kojem danas živimo, kad svaka istinska ljudska vrijednost iako privremeno gubi smisao pred divljom poludjelom utrkom za novcem, lako se je pokliznuti i skrenuti s ceste. Koliki su od nas na toj cesti zvanoj „zanimanje liječnik“, zbog karijere zanemarili ili napustili i obitelj i djecu, sreću i ljubav. I ona mala svakodnevna druženja koja „obične“ ljude čine tako veselim, opuštenim i sretnim. Koji li je smisao naših, za male novce, dežurstvima upropastištenih Božića i Novih godina, širih, užih i najužih specijalizacija, doživotnih školovanja, dok se ostali svijet iskreno veseli i uživa u životu, jednom, kratkom jedinstvenom i neponovljivom? Jer, dođe taj dan kad više nikom kao liječnici nismo bitni. Domovini nismo ni bili, barem ne zadnjih 25 godina. Dočeka nas, prije ili poslije naša hladna rijeka. Onaj bahati liječnik s početka priče, premda bezimen i nebitan, i dalje je vrlo bogat. Nama ostalima i preživjelima ostaje nada u bolje sutra, koje na ovim prostorima dolazi nekako jako sporo, desetljećima, i nikako da dođe. Slaba je utjeha najbližima kad te se netko sjeti 15 godina nakon smrti.

Ipak, čast mi je bila poznavati dr. Martina Vidovića. Tog iznimnog liječnika i čovjeka. I ovo sjećanje znači da je ostavio trag, da nije živio „malen ispod zvijezda“.

Dr. Jasna Novak



Dr. Klara Dajč(eva) i Hrvatski liječnički zbor

Dr. Ivica Vučak

• U kolovozu 1923. u „Liječničkom vjesniku“ je obznanjen pristup Zboru liječnika Hrvatske, Slavonije i Međumurja u Zagrebu dr. Klare Župić Dajč (Zagreb, 30.5.1897. - Zagreb, 3.6.1984.).

Tada sekundarna liječnica u Bolnici milosrdnih sestara u Zagrebu, bila je 20. liječnica učlanjena u Zbor tijekom njegova dotadašnjeg 49-godišnjeg opstojanja (Tablica).

U trenutku njezinog pristupanja bilo ih je 16 u ukupnom članstvu koje se između 31. prosinca 1922. i 31. prosinca 1923. povećalo od 601 na 624 sveukupno. Dr. Bohuslava Keck, dr. Zlata Havliček i dr. Staka Bokonjić istupile su 1910., 1921. odnosno 1923., a o dr. Erni Hofman koja je deveta, pristupila 1917. nisam našao bilješkeiza 1919. godine (je li istupila ili je možda umrla?).

U sljedećem, rujanskom, broju „Liječničkog vjesnika“ pod naslovom „Ispravka“ objavljen je sljedeći dopis upućen uredniku 27. kolovoza 1923. godine:

„Mnogo poštovani gosp. doktore! Molim Vas da budete tako dobri i da izvolite u slijedeći t.j. 9-ti broj „Liječničkog vjesnika“ uvrstiti ovaj ispravak. „U prošlom broju „Liječničkog vjesnika“ potkrala se je radi neupućenosti pogreška, te je štampano jedno krivo ime: mjesto dr. Klara Župić Dajč treba da bude dr. Klara Daj-



Dr. Klara Župić Dajč

čevića“. Ako mi tu želju ne možete ispuniti biću prinužđena da istupim iz Zbora liječnika, jer ne mogu dopustiti da se moje ime, koje je jasno napisano u osobniku, bez mojega znanja mijenja. S odličnim štovanjem dr. Klara Dajčeva.“

Urednik „Liječničkog vjesnika“ dr. Vladimir Jelovšek (Osijek, 15. 8. 1879. – Zagreb, 5. 5. 1934.) napisao je u dodatnom komentarju:

„Mi smo zabilježili ime naše vrijedne mlade kolegice i suradnice na temelju – kako smo mi mislili – vjerodostojnih informacija, da se udala za našeg kolegu Župića; ovim ispravkom – koji doslovno donašamo – podučeni smo energično o protivnom, što ovime rado konstatiramo.“

I u listopadskom broju „Liječničkog vjesnika“ bilo je riječi o tom problemu. Dr. Stanislav Župić (Bregi/Koprivnica, 6.3.1897. – Zagreb, 16.4.1973.) je u Zagrebu 17. rujna 1923. napisao:

„Poštovani g. uredniče! Vaša opaska uz ispravak moje žene u posljednjem broju „Liječničkog vjesnika“ prisilila me da Vas zamolim da konstatirate slijedeće: Jasno sam Vam izjavio da je dr. Dajčeva moja žena, tek da je po svojoj želji usprkos toga zadržala običaj da se potpisuje svojim očinskim imenom.“

Promoviran također 1920. u Pragu, postao je dr. Župić pomoćni liječnik u Zavodu za umobolne u Stenjevcu te Zboru liječnika pristupio početkom 1921. U ožujku 1922. ustrojeno je «Udruženje pomoćnih bolničkih liječnika Hrvatske, Slavonije i Međumurja» kao nova sekcija unutar Zbora s pročelnikom dr. Župićem. Od lipnja 1923. Župić je bio tajnik Upravnog odbora Zbora do preseljenja u Zemun u studenom 1923.

Želja nove članice Zbora je prihvaćena i već u izvještu s mjesecne skupštine Zbora liječnika održane 28. rujna 1923. u kliničkoj predavaonici u Draškovićevu 19. u popisu načočnih članova stajalo je dr. Dajčeva, a tako i u godišnjim popisima članova Zbora sljedećih godina.

.....

Popis prvih liječnica učlanjenih u HLZ 1895. - 1923.



Ime i prezime	Godina rođenja i smrti	Mjesto pristupa	Godina pristupa
Bohuslava Keck	(1854. – 1911.)	Mostar	1895.
Karola Milošar	(1876. – 1945.)	Zagreb	1906.
Milana Gavrančić	(1886. - 1936.)	Zagreb	1912.
Zlata Havliček	(1882. - 1960.)	Beč	1913.
Staka Bokonjić	(1885. – 1975.)	Zagreb	1916.
Katarina Jakšić	(1884. – 1974.)	Zagreb	1916.
Vera Zec	(1892. – 1968.)	Zagreb	1916.
Elza Rajška	(1892. – 1969.)	Zagreb	1917.
Erna Hofmann	(1892. - .)	Zagreb	1917.
Emilija Lazić	(1887. - 1967.)	Lipik	1920.
Ema pl. Pavleković	(1873. - 1945.)	Donji Lapac	1920.
Zdenka Čermakova	(1884. – 1968.)	Baška/Krk	1920.
Olga Kryspin-Exner-Legiša	(1898. – 1969.)	Zagreb	1922.
Desanka Ristović	(1882. – 1968.)	Berlin	1922.
Marija Schlesinger-Brandler	(1895. – 1943.)	Đakovo	1922.
Helena Ermanova	(1897. – 1943.)	Osijek	1922.
Mara Martinović	(1895. -)	Zagreb	1922.
Nela Radoničić	(1893. -)	Nova Gradiška	1923.
Dora Filipović	(1894. – 1959.)	Zagreb	1923.
Klara Dajčeva	(1897. - 1984.)	Zagreb	1923.

Dubravko Habek

Bijela kuga

• Roman „Bijela kuga“, roman prof. dr. Dubravka Habeka, ginekologa i povjesničara medicine iz KB-a „Sveti Duh“ u Zagrebu, predstavljen je 13. studenoga 2014. u sklopu „Interlibera“.

U romanu je opisan životni put primalje Elisabeth Schwarze, od njenih početaka kao mlade i neiskusne kotarske primalje u selu Velikoj Ciglenici, preko premještaja za uglednu gradsku primalju u obližnji Belovar, sve do njene smrti u tuđini.

Smješten u vremenski kontekst procvata Austro-Ugarske monarhije, potom njenog gašenja, te Prvog i Drugog svjetskog rata, ovaj živopisni roman je oda primaljstvu kakvo je ono nekad bilo, a kojem se danas pomalo vraćamo. Onovremeni autorov zavičaj poslužio je kao izvrsna podloga za univerzalni sukob dobra i zla, sela i grada, znanja i coprije (čarobnjaštva). U romanu koji se čita bez daha, s bijelom kugom sve počinje, a i završava. Poštovani čitatelji, uživajte u izviku iz romana koji smo odabrali za Vas!

Matija Prka, dr. med.

• Ugasila je Elizabeta petrolejsku lampu nakon molitve i pokušala usnuti. Jedva je zaspala. Prije sna pogledala je kroz prozor i vidjela svjetlo u župnikovoj sobi preko puta svoje kuće. Lupanje na vrata i lavez psa probudi je. Pogleda kroz prozor, zora će. Zagrne se i otvoriti prozor s dvorišne strane kuće, prema ganjku.

- Izvolite, dobro jutro - reče Elizabeta.

- Dobro jutro, tražimo babicu Dragu, žena mi rađa treći put u Sv. Tomašu. Probudite je i recite joj da je čekam - reče uzbudjen tri-desetogodišnji seljak koji se dovezao konjskom zapregom pred kuću.

- Primalje Drage od jučer više nema, ja sam nova primalja, Elizabeta. Evo, odmah ču se spremiti i krećemo.

Začuđeni seljak, bivši graničarski dočasnik, pričeka Elizabetu i pomogne joj da se



uspne na kola. Pas laje, seoski pijevci javljaju zoru. Iz Velike Ciglenice do Svetog Tomaša preko rosnih utabanih puteva oko pola sata.

- Pa gdje je Draga? Dvoje djece mi je porodila, i bratovu djecu i čitavo selo. Jel' ste vi izučena babica il' priučena. Otkud ste došli? - upita seljak mlađu primalju zabrinuto i s nepovjerenjem.

- Iz Klagenfurta - odgovori Elizabeta.

- Od jučer sam na službi kao kotarska primalja. Izučena sam, diplomirana primalja. A gospođa Draga je od danas u Bjelovaru. Nije mu rekla pobliže gdje je i zašto.

Došavši pred svoju kuću u Sv. Tomašu, seljak zauzavi kola, Elizabeta uzme torbu i uđe sa seljakom u kuću. Tamo bijahu već dvije starije žene u crnim rupcima. Jedna je povlačila rodilju za ruke prema sebi, a druga upirala svoja koljena u njena križa.

- Nejde, evo, već cijelu noć nikako se

porodit', a trudovi jedan za drugim - reče jedna od njih. - Sve smo probale, i poljevale smo žaravku s vodom i četiri puta je prešla pocjek! Niš! Ne bu to dobro završlo. Pa treći put je već trebalo ispast' - konstatira baba.

Elizabeta ništa nije razumijela što babe govore. Rodilja, skromna izmučena seljanka s velikim trbuhom, govori kako su joj i prva dva porođaja bila teška i da rađa veliku djecu, ali da ju je Draga porodila i bilo je sve dobro. Pa upita s nevjericom u muci trudova koji su neprekidni:

- Pa gdje je Draga, tko ste vi?

- Ja sam nova primalja, Elizabeta Schwarz, gospođa primalja Draga više nije na službi u ovom kraju, od jučer - odgovori Elizabeta i spusti torbu, otvoriti je i uzme primaljsku drvenu slušalicu, usput gledajući babe koje ništa nije razumijela što rade i što žele.

Jedna od baba će:

- Pa šta ćeš ti, mlado čeljadje š njo-me. Pa ti niš' ne znaš. Moreš ju samo dotuć! - posprdno će baba.

Sjetila se Elizabeta odmah Draginih i župnikovih riječi. Tu su babe i coprnjice prve, jedine i nepričuvane. Elizabeta naredi seljankama neka puste ženu da legne na krevet da posluša otkucaje srca djeteta slušalicom. Podigne joj dugačku seljačku haljinu, oslobodi veliki trbuh od skuta te procijeni rukama da se radi o velikom djetetu. Stavi slušalicu na donji dio trbuha lijevo uz pupak, jer je tako napipla leđa djeteta s lijeve strane, prisloni uho i mahnuvši rukom utiša bablja mrmljanja.

Čula je manji broj otkucaja srca djeteta nego je normalno, maternica je imala trud za trudom, a iz rodnice izlazila je zelena gusta plodova voda. Nije bilo dobro. Dijete se mora odmah roditi. Dala je majci jednu kuglicu opijuma pod jezik da smanji učestale i bolne trudove. Zasukala je svoje rukave, oprala je ruke lizolom i njeno spolovilo te sa dva prsta pregledala i pronašla da je potpuno otvorena i da se dijete nalazi u stavu zatkom i nožicama pri dnu zdjelice. Kroz glavu joj je odmah prošlo njeni znanje i upute njenih profesora primaljstva.

»Položaj zatkom i nožicama, zelena plodova voda, otkucaji jedva čujni i slab! Treba brzo izvući dijete što prije možeš«, govorila je sama sebi. Seljankama je rekla neka svaka drži po jednu nogu rodilje, a ona je ušla rukom u rodnici, prihvativši dječje nožice, izvukla ih i povlačila prvo prema dolje dok se nije rodilo prednje rame, pa onda prema gore kada se počalo i stražnje rame.

Pupkovina koja se već porodila bila je sva zelena od prve dječje stolice koja je bila znak djetetove patnje i slabo je otkucavala: samo nekoliko otkucaja je Elizabeta zamijetila. Odmah je stavila dijete na podlakticu svoje

desne ruke, prste koje je gurnula u usta djete-ta, a lijevom rukom oprezno obuhvatila vrat i oprezno povlačeći vrlo teško porodila i glavicu velikog djeteta koje nije pokazivalo znakove života. Bilo je blijedo, izmučeno, nije disalo, niti plakalo. Stavila je prst na lijevu stranu prsišta, ne bi li osjetila otkucaje srca: samo jedan ili dva slaba otkucaja. Seljanke su odmah izašle i rekle mužu da mu je Elizabeta ugušila sina rukama, našto je seljak počeo vikati i ušao u sobu govorči joj:

- Ako mi sin umre, nećeš živa izaći iz moje kuće!

Elizabeta nije imala vremena reagirati na njegovu prijetnju, niti ju je tada shvatila. Odmah je trljala novorođenog dečkića krpama i polijevala ga hladnom vodom, uz istovremeno širenje ručica i nožica. Rodilja je plakala i govorila:

- Spasite ga, pa to nam je prvi sin!

Elizabeta se prisjetila kamfora koji je imala u primaljskoj torbi te ga natopila u vatru i stavi novorođenčetu pod nos, stalno ga masirajući po stopalima i leđima. Ubrzo dječak pomoćno zajeca nekoliko puta, pa onda snažno zaplače. Elizabeta sveže pupkovinu s dvije traćice i prereže je, te čedo stavi majci na prsa i pokrije ponjavom. U drugoj sobi, seljanke su molile krunicu i Očenaš i već priređivale karmine za ženu i djetete. Tražile su i svjeću da je zapale. Ali muž nije dao.

Uto, čuvši prodoran plač sina, suprug rodiljin uđe u sobu i vidjevši ženu s djetetom na prsimu i mlađu primalju kako se dalje brine oko žene reče:

- Hvala vam, Elizabeta, pa već su ju ove proklete babetine pokopale. - Izade u kuhinju i otjera ih: - Vi stari vragovi, van. Da vas više nisam video u svom dvorištu. Nesreće stare proklete!

Babe se pokupiše i odoše mrmljujući i proklinjajući i njega i Elizabetu. Elizabeta zamoli muža da skuha čaj ili cikorijinu kavu supruzi.

- Izmučila se - kaza - pa joj treba okrjepa. -

Posteljica je izašla za pola sata, cijela, Elizabeta je pregleda i dade mužu da je zakopa negdje iza štale, što seljak učini već treći put. I Draga mu je tako rekla.

Već je bilo osam sati toga ljetnoga jutra. Elizabeta je zbrinula rodilju i novorođenče i obećala doći sutra da im pomogne oko njege. Seljak ponovno upregne konjska kola i Elizabetu odveze kući u Veliku Ciglenicu. - Hvala vam i oprostite što nismo vjerovali u vas. Znate, Draga je bila tu dvadeset godina i bila nam je sve i sva. Voljela je pomagati i nikad joj nije bilo teško. Budite i vi k'o ona - reče seljak, zaustavi kola pred Elizabetinom kućom, pomogne joj da siđe. Elizabeta uzme svoju torbu i kroči u dvo-

rište. Seljani su upravo izašli s mise, a župnik za njima.

- Dobro jutro i hvaljen Isus, Elizabeta.

- Hvaljen Isus, župniče. Oprostite što nisam bila na misi, ali služba je služba. Upravo smo dobili još jednog malog, ali velikog župljanina - obavijesti ga Elizabeta.

- Hvala Bogu i vama- odgovori župnik.

Pogled joj pobegne prema tabli s Draginim imenom na kući. No, table više nije bilo. Na kući podignutoj 1823., iznad širokoga rascvjetalog grma roskaste i plavkaste hortenzie, na ispušćenoj fasadi, ispod malog tavanjskoga prozoričića, stoji od jutros na hrvatskom i njemačkom jeziku: ELIZABETA SCHWARZ, PRIMALJA ELISABETHA SCHWARZ, HEBAMME

Učitelj i zvonar skinuli su staru tablu i postavili novu. Zvonar je nahranio životinje i podojio mršavu kravici, a primalji ostavio u plavoj pocinčanoj kanticu svježe podojeno mlijeko na malom štokrлу u ganjku. Na štokrlu je bila i stara metalna ploča s imenom Drage Ožegović, a na zidiču ganjka poviše štokrla u kuhinjskoj krpi zamotan svježi topli kruh što ga je ispeksla učiteljeva žena Jelica. Elizabeta je uzela ploču i kanticu mlijeka te ušla u kuću. Spremila je ploču s natpisom primalje Drage u komoru, u koju se ulazio iz kuhinje, prethodno

je zamotavši u čistu ponjavicu. Oprala je ruke, škarice iskuhalo u kipućoj vodi i lizolovini i složila primaljsku torbu za druge porođaje. Pogleđala je ponovno u Draginu torbu u kojoj je bila i bočica Hoffmanovih kapi; davale su se kod jakih i bolnih trudova, a ona ih nije imala pri sebi. Stavila je bočicu u svoju torbu. Neka se nađu. Nalila si je u šalicu još toploga mlijeka i popila naškap.

Potom otrgne komad toploga seljačkoga crnoga kruha i pojede ga s mislima u daljnji. Pa u tri sata joj se desilo sve ono što su joj rekli dr. Fischer, Draga Ožegovića i župnik. Vidjela je i doživjela primitivnost, neznanje, ne-povjerenje, coprijanje, prijetnju. Ali i pokazala svoje umijeće. Svoj prvi porođaj prve noći na prvoj svojoj službi, na prvoj svojoj misiji.

Porodila je ručnom primaljskom pomoći zdravog velikog momčića rođenog 23. srpnja 1877. u 6.20 sati izjutra. Spasila ga je iz zamrlosti, spasila ga je od starih, neukih i opasnih baba i njihovih coprija. I nju i bespomoćnu rodilju.

Taj je porođaj zapisala u svoju knjigu porođaja pod broj 1, a onda krenula župniku da prijavi porođaj u matičnu knjigu rođenih.

.....



Nakladnik
prof. Josip Pavičić
i autor
prof. dr.
Dubravko Habek
u razgovoru
ispred plakata
za roman „Bijela
kuga“
na ovogodišnjem
Interliberu

Fotografije

dr. Jasne Novak

Svjedočenje trenutka

• Moje fotografije koje ja nazivam fotoslike, nastale su u mojim samotnim šetnjama. Svjedoče trenutak zbivanja u prirodi umjetnici (slikarici, arhitektici, pjesnikinji i glazbenici). Ja sam samo neumorni šetač s fotoaparatom kojim zapisujem kreativnost prirode.

Očima djeteta, nevino i s čuđenjem, promatram sve što nas okružuje, a optičko oko fotoaparta približuje samozatajnju ljepotu koja nas okružuje.

Otvorila sam svoje unutarnje oko i predala se uživanju stalnoj mijeni u prirodi. Tu nestaje granica mene čovjeka i prirode, postajemo jedno.

• Dr. **Jasna Novak**, rođ. Mačković, Zagreb, 1951.god., predstavljena je prvi puta kratkim životopisom, tekstom naslova "Žašto slikam" i fotografijama u rubrici "Liječnici u slobodno vrijeme," LN broj 115, od 15.12.12. god. U LN broj 116, od 15.02.13.god. objavljeno je još sedam njezinih fotografija. Od listopada 2013.god. je umirovljenica i sve više se posvećuje fotografiji.

.....





Na krilima vjetra

Olujni vjetre,
što mrsiš vlati sazrelog žita,
Ti tvorče pjesme lišća,
Kuda hitaš?

Povedi me na svojim krilima,
u mirisna polja,
među sunčeve ruke
položi umornu mi glavu!

Da sam to što nisam

Da sam ptica galeb,
letjela bih nebom,
i s visine motrila,
more široko,
umorni bih krila,
u to plavetnilo, uronila duboko.

Da sam vjetar bura,
zapjenila bih more,
a morsku pjenu,
kao zaljubljenu ženu,
oženila s pješčanim žalom.

Da sam vjetar jugo,
stjenovitu bih obalu,
valovima obljudila,
sve dok obala,
moju ljubav ne bi ubila.

Da sam morski dupin,
lutala bih morima,
u tamnim bi se dubinama,
pjesma moja orila.

Da sam to što nisam,
Ne bih žena sa snovima bila,
Čaroliji druženja,
ptica, dupina, vjetra i mora,
ne bih svjedočila.

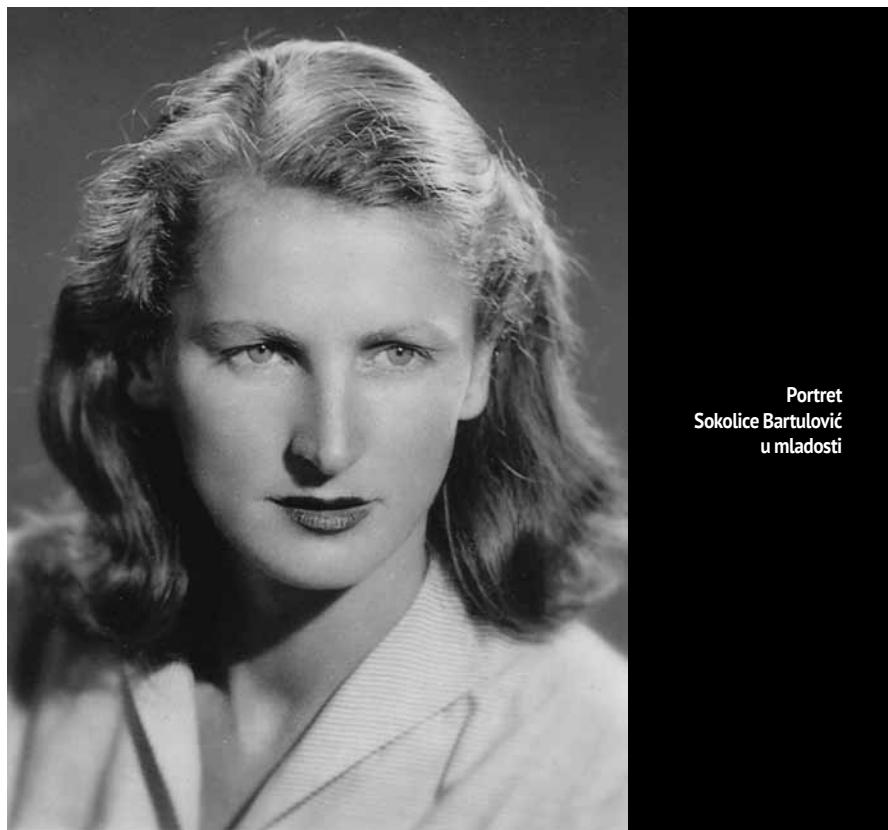


jasna.novak01@gmail.com

Dr. Sokolica Bartulović – Melocchi,

najstarija liječnica sportašica u Hrvatskoj i legenda dubrovačkog »Juga«

Eduard Hemar



Portret
Sokolice Bartulović
u mladosti

• **Sokolica Bartulović** rođena je u Omišu 2. 11. 1916. Njezin otac Josip bio je rodom iz Dubrovnika a majka baronesa **Ana Pace** iz Rima. Sokolica je rođena u Omišu jer je njezin otac, poznati bankovni stručnjak toga vremena, došao iz Dubrovnika osnovati banku u Omišu. Imala je dvije sestre, stariju Dubravku i mlađu Sunčanicu.

Djetinjstvo i ranu mladost provela je u Dubrovniku u kojem je 1936. završila Klasičnu gimnaziju. Potom se upisala na Medicinski fakultet u Beogradu gdje je završila tri godine.

Zbog poboljšanih političkih odnosa između Jugoslavije i Italije krajem 1930-ih godina, na poziv grofa **Galeazza Ciana** (1903 – 1944), tadašnjeg ministra vanjskih poslova Italije, najbolji studenti iz Jugoslavije dobili su priliku za nastavak studija na talijanskim fakultetima. Sokolica je podnijela molbu te dobila stipendiju za studij na Medicinskom fakultetu u Bologni gdje je 1940. pohađala četvrtu godinu.

Potom se zbog izbjeganja Drugog sv. rata preselila u Veneciju i nastavila studirati medicinu u Padovi, gdje je položila samo

završni ispit i diplomirala 1943. Okolnost da su njezina majka i baka po ocu bile Talijanke pomogla joj je za vrijeme studija u Italiji jer je perfektno govorila talijanski jezik.

U vrijeme njezinog odrastanja u Dubrovniku Plivački klub Jug, osnovan 1923., već je postao simbol grada. Nakon što su vaterpolisti Juga 1925. osvojili prvi državni naslov prvaka počeli su dominirati u okviru tadašnje Kraljevine SHS (od 1929. Kraljevine Jugoslavije). Od 1925. do 1940. osvojili su 14 naslova prvaka države u vaterpolu, od toga 13 puta uzastopno uz samo jedan poraz. Takva dominacija jednog kluba nije se više ponovila. Uz to je u vaterpolo reprezentaciji Jugoslavije najveći broj igrača dolazio iz redova Juga. I plivačka ekipa Juga imala je kvalitetne pojedince no uglavnom su dominirali plivači, uz poneku plivačicu. Zbog toga Jug godinama nije uspijevao osvojiti ekipni naslov prvaka države u plivanju jer su se zbrajali bodovi iz muškog i ženskog plivanja i tu su uvijek u prednosti bili klubovi s kompletom ekipom kao što su bili Victoria sa Sušaka, Jadran iz Splita i Ilirija iz Ljubljane.

Tih godina vodila se velika borba oko prevlasti plivačkih klubova u državi pa su često zbog trzavica i sukoba pojedini klubovi izostajali sa državnih prvenstava ili nisu htjeli puštati svoje članove da nastupaju u reprezentaciji. No usprkos svemu bilo je to pionirsko razdoblje plivačkog i vaterpolo sporta, u kojem su svi protagonisti bili čisti amateri i imali neusporedivo lošije uvjete za bavljenje sportom nego danas. Uglavnom se treniralo u moru, bazi propisanih dimenzija u kojima su priznati državni rekordi bili su velika rijetkost, a na gostovanja se putovalo vlakom ili brodom. Međunarodnih natjecanja bilo je vrlo malo.

Sokolicu Bartulović je kao djevojčiću otac naučio plavati sve stilove. U drugom razredu gimnazije dobila je poziv iz Juga da postane njegovom članicom. Uz dozvolu roditelja došla je na Danče, gdje su trenirali i nastupali plivači i vaterpolisti Juga. Vrlo brzo nakon toga dobila je priliku da s grupom talentiranih juniora otputuje u Split na državno juniorsko prvenstvo. U Splitu je u kolovozu 1933. prvi puta službeno plivala te je na 100 m leđno postala državnom prvakinjom, ispred poznate slovenske plivačice **Zorke Bradač** iz Ilirije.

Istovremeno je s juniorskog ekipom Juga osvojila je u ukupnom poretku prvo mjesto. Bio je to prvi ekipni naslov državnog prvaka u povijesti kluba kada je plivanje bilo u pitanju. S uspjesima je nastavila i u 1934. godini. Na podsaveznom prvenstvu Dubrovnika održanom 17. srpnja na Dančama pobijedila je na 100 m leđno i u štafetama 4x50 m slobodno i 3x100 m mješovito. Bila je to dobra priprema za V. Juniorsko prvenstvo Jugoslavije, koje odr

žano 25. i 26. kolovoza u Dubrovniku. Jug je na domaćem bazenu uspio obraniti naslov najbolje juniorske ekipe u državi. Sokolica je također obranila naslov na 100 m leđno a uz to je bila i pobjednica u štafeti na 3x100 m mješovito.

U ekipi Juga je na prvenstvu nastupila i 14-godišnja **Maja Orlić** koja će poslije postati vrhunsku natjecateljicu u prsnom stilu i najbolja dubrovačka plivačica do Drugog svjetskog rata. Na seniorskom prvenstvu države u Ljubljani plivačice Juga nisu sudjelovale. U rujnu 1934. u Dubrovniku je obilježena proslava 10-godišnjice Juga, uz prigodan plivački miting i vaterpolo turnir. Plivačice Juga nisu dobine priliku da pokažu svoju kvalitetu jer su nastupili samo plivači i vaterpolisti.

U Dubrovniku je u rujnu 1935. održano Seniorsko državno prvenstvo Jugoslavije u plivanju i vaterpolu. Jugaši su priželjkivali da konačno osvoje naslov ekipnog seniorskog prvaka i u plivanju jer titula u vaterpolu nije bila u pitanju. Iako na prvenstvu nije sudjelovala ekipa Jadrana iz Splita a Victoria sa Sušaka došla je samo s dva natjecatelja, Jug nije uspio osvojiti željeni naslov. Pobijedila je Ilirija iz Ljubljane sa 155 bodova ispred Juga sa 116 bodova. U ženskom dijelu natjecanja Sokolica je po prvi put u seniorskoj konkurenciji osvojila drugo mjesto na 100 m slobodno, što je predstavljalo uspjeh jer to nije bila njezina glavna disciplina.

U svojoj najboljoj disciplini, 100 m leđno, bila je treća iza **Zlate Wimmer** iz Victorije i Zorke Bradač iz Ilirije. Premda nije osvojila naslov državne prvakinje, njezin je seniorski debi prošao dobro. Ono što joj nije uspjelo



Sokolica Bartulović u dresu reprezentacije Kraljevine Jugoslavije

na domaćem bazenu, postigla je u Mariboru 1936. Postala je seniorska državna prvakinja na 100 m leđno a njezina kolegica iz kluba Maja Orlić pobijedila je na 200 m prsno. Ekipa Juga ponovno je bila druga u ukupnom poretku muške i ženske konkurencije. Konačno, vrhunac cijele plivačke generacije Juga zbio se u kolovozu 1937. kada je Dubrovnik bio ponovo domaćin Prvenstva Jugoslavije u plivanju i vaterpolu. Ovo je prvenstvo bilo okrnjeno zbog nesudjelovanja ekipa Jadrana, Victorije i

Ilirije, koje su nastupile u premijernom izdanju Jugoslavensko-talijanske plivačke i vaterpolo lige. No to nikako ne umanjuje uspjeh plivačke ekipe Juga, koja je također povremeno apstinirala s državnih prvenstava. Jug je superiorno osvojio prvo mjesto u plivanju ispred Zagrebačkog plivačkog kluba.

Najzaslužniji pojedinci za taj jedini ekipni naslov Juga u plivanju sve do raspada Jugoslavije 1991. bili su novi državni prvaci: **Lovro Štakula** (100 m slobodno), **Branko Žižek** (1500 m slobodno), **Luka Ciganović** (100 m leđno), **Tonča Jazbec** (400 m slobodno), Maja Orlić (200 m prsno) i Sokolica Bartulović (100 m leđno). Uz to su osvojena i tri prva mesta u štafetama. Sljedeće 1938. godine Jug nije sudjelovao na državnom prvenstvu u Ljubljani a 1939. je formirana Jugoslavenska plivačka i vaterpolo liga koja je održana i 1940. a nakon toga su natjecanja prekinuta zbog rata.

Dobri rezultati Sokolice Bartulović od 1933. do 1938. doveli su je i do reprezentacije Jugoslavije. Treba napomenuti da su plivačice u to vrijeme imale vrlo malo međunarodnih nastupa pa je tako ženska plivačka reprezentacija Jugoslavije između 1932. i 1940. imala samo tri međudržavna dvoboja: 1935. u Ljubljani protiv Italije, 1937. u Dubrovniku protiv Čehoslovačke i 1938. u Trstu protiv Italije.

U zadnja dva nastupa, u Dubrovniku i Trstu, sudjelovala je i Bartulovićka. U Dubrovniku je na susretu protiv Čehoslovačke uspjela pobijediti na 100 m leđno, što je bio velik uspjeh jer je to bila jedina pobeda plivačica Jugoslavije. Pritom je postigla i novi državni rekord sa 1.26.0 koji će tek 1940. nadmašiti Inge Smolik sa Sušaka s 1.22.2. U Trstu je Sokolica bila druga iza spomenute Inge Smolik. Njezina sportska karijera prekinuta je odlaskom na studij u Italiju a potom i izbjegnjem Drugog svjetskog rata. Još je neko vrijeme plivala kao studentica u Bogni.

U Sokoličinoj generaciji bila je još jedna odlična plivačica Juga koju smo već spomenuli. Riječ je o Maji Orlić udanoj Bogunović (1920 – 2014), koja je preminula početkom ove godine u 94. godini života. Obitelj Orlić dala je velik doprinos razvoju sporta i medicine u Dubrovniku i red je da ih ovdje spomenemo. Glava obitelji bio je dr. **Duro Orlić** (1886 – 1981), poznati dubrovački liječnik rodom iz Ličkog Petrovog Sela. Dr. Orlić bio je prvi tajnik Liječničkog udruženja Dubrovačke oblasti (LUDO) osnovanog 1923. Osnovao je 1928. u Dubrovniku Planinarsko društvo Orjen i bio njegov predsjednik do rata 1941. Uz to je Orlić kao pripadnik srpske zajednice bio i predsjednik Dubrovačkog srpskog pjevačkog društva.

Njegova supruga **Anda Orlić**, rođ. Ratković, bila je aktivna u Jugu i kao vođa puta vodila plivače i plivačice na državna prvenstva.



Sokolica 1938. na startu utrke u leđnom stilu



Tri najbolje
dubrovačke
plivačice između
dva svjetska rata
snimljene na
Dančama 1938.
S lijeva Sokolica
Bartulović, Maja
Orlić i Tonča Jazbec

U Dubrovniku danas malo tko zna da u gradu živi legendarna plivačica koja je svoj prvi državni naslov osvojila prije više od 80 godina. Poželimo na kraju gospodi Sokolici da u zdravlju, sreći i veselju dočeka svoj stoti rođendan.

.....



Sokolica Bartulović Melocchi 1978.
u mjestu Fregene kraj Rima



Sokolica se spremi za skok u bazen u Bogni 1941.

Izv.: Razgovor autora s dr. med. Sokolicom Bartulović-Melocchi iz Dubrovnika; arhiva dipl. ing. Josipa Hančevića iz Dubrovnika; arhiva autora.
Lit.: Dubrovački horizonti br. 21, Zagreb 1981; M. Petković, Tjelesno vježbanje i sport u Dubrovniku od 14. stoljeća do 1941. godine, Dubrovnik, 1993.

Od čega su bolovali i umirali hrvatski skladatelji

II. dio: Razdoblje Lisinskog i Zajca

Darko Breitenfeld, Stanislav Tuksar, Marija Živković,
Marina Vuksanović, Boris Ilić, Matija Majić

Doba Lisinskog



Vatroslav Lisinski

- U XIX stoljeću, u doba narodnog preporoda, živio je franjevac **Grgur Čevapović** (1786-1830); umro je vjerojatno od upale pluća.

U to doba se isticalo ime **Vatroslava Lisinskog** (Ignacija Fuchsa) (1819-1854). Živio je u Karlovcu, Zagrebu i Pragu gdje se glazbeno školovao. Kao malo dijete se ozlijedio pri padu te jedva prizdravio i poslije toga je bio hrom, ali se tome prilagodio i bio vrlo spretan. Radilo se možda o ozljedi, možda i o prirodnom iščašenju kuka, ali i o tuberkulozi tog zglobova. I kao pravnik i kao glazbenik živio je u teškim boemskim prilikama, često se prehlađivao i bio febrilan, vjerojatno zbog plućne tuberkuloze, koja se na kraju proširila i na porebriku i osrće. Skladatelj je poznatih pjesama i dviju prvih hrvatskih opera. Nije se uspio obiteljski skrasiti, a dobrim ga je dijelom podržavalo hrvatsko plemstvo, da bi praktički zaglavio u doba Bachovog apsolutizma. Umro je vjerojatno od tuberkuloznog pleuroperikarditisa, s upalom pluća tuberkulozne naravi.

Manje značajan i mnogo zdraviji bio je Samoborac **Ferdo Livadić** (1799-1879), koji je u mirnom i sređenom obiteljskom životu doživio 80 godina i umro je u okviru staračkog zakazivanja.

Franjo Pokorný (1825-1859) umro je vjerojatno od „vodene bolesti“ sa srčanim zatajenjem.

Poznati naš gitarist i skladatelj **Ivan Padovec** (1800-1873) prilično rano je osljepio, što ga je ometalo u solističkoj karijeri te je patio od života u potpunom mraku niz godina do u starost. U crkvenim knjigama je zavedeno da je umro od senilnog marazma.

Josip Runjanin (1821-1878), časnik i skladatelj „Lijepe naše domovine“ – prema stihovima **Antuna Mihanovića**, umro je od kronične bolesti u kasnijoj srednjoj dobi.

Isto takvu sudbinu imao je i **Ferdo Rusan** (1810-1879), također časnik.

Dragutin Turanyi (1805-1873) umro je u starijim godinama od naglog srčanog zatajenja.

Najveći ilirski slikar **Vjekoslav Karas** (1821-1858) bolovao je od bubrežnih i reumatskih bolesti; u depresiji je počinio samoubojstvo.

Franjo Čačković Vrhovski (1789-1865) umro je u starijoj dobi od kronične bolesti.

Svećenik **Mijo Hajo** (1820-1848) umro je mlad od tuberkuloze, kao i njegov suvremenik

Vatroslav Vernak (1824-1863) te svećenik, književnik i skladatelj **Pavao Štoos** (1806-1862).

Josip Juratović (1796-1872) umro je od staračkog marazma.

Poznati franjevac bio je **Fortunat Pintarić** (1798-1867) rođio se živio i djelovao u sjevernoj Hrvatskoj na kraju i kao samostanski gvardijan. Nakon jednog izrazito vedrog druženja naglo mu je u noći pozlilo, potražio je pomoć i ubrzo umro od srčane smrti.

Leopold Ebner (1769-1830) umro je od moždanog udara.

Međunarodno poznati violinist **Milan Slavković** (1781-1832) umro je u Odesi razmjerno naglo od srčane smrti.

U starosti umro je **Mate Kurtović** (1804-1875).

Franjevac - biskup **Sabo Franković** (1800-1864) umro je od tifusa.

U visokoj starosti umro je **Juraj Karlo Wisner-Morgenstern** (1783-1855).

Antun Kirschhofer (1807-1849) umro je vjerojatno od tuberkuloze.

U starosti je u Đakovu umro Mozartov šogor – skladatelj-orguljaš **Petrus Jakob Haibel**.

Njegova žena, sestra Mozartove žene Konstanze, poslala je sestri 1824. opširno pismo (iz Diakowara) tražeći da opiše zadnje dane Mozartove zarazne reumatske steptokone bolesti.

Gjuro Arnold (1781-1848) umro je od moždanog tumora.

Na kraju treba istaknuti da je ilirski pjesnik Stanko Vraz (1810-1851), podrijetlom Slovenac, također i skladao te bilježio naše narodne pjesme. Umro je rano od tuberkuloze.

Zajčovo doba

Tzv. Zajčovo doba obilježeno je, dakako, njegovim imenom. **Ivan pl. Zajc** (1832-1914), podrijetlom iz češke obitelji, rođio se u Rijeci gdje mu je otac bio kapelnik. Sin ga je trebao naslijediti te je studirao glazbu na milanskom konzervatoriju.



IVAN pl. ZAJC

Zbog uspjeha osigurana mu je ta-mošnja karijera, ali ga je smrt roditelja potaknula da se vrati na Rijeku, gdje je djelovao kao dirigent, koncertni majstor, pedagog i, sve više, kao poznati skladatelj. Tu se dalje oblikovao i po svojim rodoljubnim osjećajima. Otišao je 1962. Usavršavati se u Beču i tamo je postigao veće uspjehe uglavnom kao operetni skladatelj.

U Beču se družio i s hrvatskim studentima i općenito hrvatskim kulturnim kru-gom. Oni su ga pozivali da se vrati u Zagreb, kamo se i vratio 1869/1870. godine kao rav-natelj nove hrvatske opere i glazbene škole Glazbenog zavoda.

Unaprijedio je hrvatski glazbeni život, a poznat je ne samo po solo popjevkama već i po svojim operama (preko 1000 skladbi). U starosti je počeo sužavati svoju reproduktivnu djelatnost i uz nešto srčanih poteškoća umro praktički u snu 1914. godine.

Antun Schwarz (1823-1891) umro je u okviru psihotičnog stanja.

Đuro Eisenhuth (1841-1891), sve-strani glazbenik i skladatelj, umro je od crijevne tuberkuloze.

Ante Stoehr (1847-1923) umro je na-glo od srčanog zatajenja.

Vjekoslav Klaić (1849-1928), povje-sničar i sveučilišni profesor, bio je i skladatelj te je pri kraju svog života slomio nogu i od poslje-dica umro.

Vjenceslav Novak (1859-1905), po-znati hrvatski književnik, ali i skladatelj i glaz-

benik, nije umro je od tuberkuloze.

Vilko Novak (1865-1918), pedagog i skladatelj, umro je naglo od moždanog udara.

Antun Vancaš (1867-1888) je kao mladi glazbenik vrlo mnogo obećavao i sma-tran je najvećim hrvatskim skladateljskim ta-lentom nakon Lisinskog.

Školovao se, pomalo boemski nestaš-no, u Beču i Parizu, u nepovoljnim zimskim uvjetima. Massenet je učio njegov velik glazbeni dar. Skladao je nekoliko uspješnih zbor-skih i solo pjevačkih skladbi.

Umro je od tuberkuloze pobolijeva-juci nekoliko godina.

Šandor Bosiljevac (1860-1918) umro je od dizenterije.

Stjepan Hadrović (1863-1934) umro je od nagle srčane smrti.

Vladimir Bersa (1864-1927) umro je od raka na plućima.

Pavao Matijević (1867-1901), sveće-nik i skladatelj, umro je s 34 godine od tuber-kuloze.

Matko Brajša – Rašan (1859-1935), Istranin, pravnik, skladatelj i etnomuzikolog, bio je dugo slijep, bolovao na plućima te umro od nagle srčane smrti.

Franjo Kuhač (1834-1911) bio je ti-jekom života dosta boležljiv, a umro je od pro-bavnih komplikacija, možda u okviru trovanja.

Franjo Vilhar-Kalski (1852-1928) umro je od raka jezika i grkljana.

Antun Stoeckel (1851-1902) umro je od sarkoma.

Ivan Oertl (1827-1889) umro je vje-rojatno od upale pluća.

Ivan Tropsch (1830-1913) umro je od raka debelog crijeva.

Ivan Strmec (1843-1913) umro je od raka.

Tomo Šestak (1852-1921) umro je od srčane greške.

Karel Kukla (1867-1913) umro je is-crpljen radom.

Bogumir Kačerovski (1872-1945) umro je vjerojatno od uremije.

Vilim Just (1826-1883) umro je u starosti, od srčanog zatajenja i vjerojatno raka.

Franz von Suppe (1819-1895), Splićanin po rođenju, jedan od najvećih austrijskih ope-retnih skladatelja kraja XIX stoljeća, skladao je i djela vezana uz Dalmaciju. Nije mogao ostva-riti želju da starost i smrt dočeka u Dalmaciji već je u Beču umro od raka na grlu, s teškim bolovima, upalom pluća i srčanim zatajenjem.

Nikola Faller (1862-1938) imao je bu-brežne i umro nakon operacije.

Franjo Krežna (1862-1881), izvan-redno nadaren violinist, svjetska senzacija i „nasljednik Paganinija“, također i skladatelj nekoliko uspješnih djela, umro je iznenadno od otogenog meningitisa nakon koji je dobio na propuhu za vrijeme jedne koncertne probe.

.....



Dr. Jasna Novak

Kongresi, simpoziji i predavanja

Molimo organizatore da stručne skupove prijavljuju putem on-line obrasca za prijavu skupa koji je dostupan na web stranici Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr – rubrika „Prijava stručnog skupa“).

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informacijskoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gdje **Fulvii Akrap**, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovno vrijeme ponedjeljkom, utorkom, četvrtkom i petkom od 8,00 – 16,00 sati, a srijedom od 10,30 – 18,30 sati, ili na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr.

•

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Liječničkih novina“, molimo organizatore da nam 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. 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), 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

KRATICE

AMZH - Akademija medicinskih znanosti

HAZU - Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti

HD, genitiv HD-a - Hrvatsko društvo

HLK, gen. HLK-a - Hrvatska liječnička komora

HLZ, gen. HLZ-a - Hrvatski Liječnički zbor

HZJZ - Hrvatski zavod za javno zdravstvo

KB - Klinička bolnica

KBC - Klinički bolnički centar

MEF, gen. MEF-a - Medicinski fakultet

MZ - Ministarstvo 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

Trođnevni tečajevi naprednog održavanja života za odrasle (ALS-Advanced Life Support) i djecu (EPLS-European Paediatric Life Support) Europskog vijeća za reanimatologiju HLZ-a

Trođnevni tečaj zbrinjavanja ozlijedjenog bolesnika

- Evropski trauma tečaj (ETC – European Trauma Course)

Jednodnevni tečajevi osnovnih postupaka održavanja života odraslih uz upotrebu automatskog vanjskog defibrilatora (KPR/AED) i tečaj neposrednog održavanja života (ILS – Immediate life support) Tijekom cijele godine u Zagrebu, Rijeci, Splitu, Slavonskom Brodu, Dubrovniku, Koprivnici, Zadru, Požegi i Šibeniku

Sve detaljne informacije nalaze se na www.crorc.org

Kardiopulmonalna reanimacija (CPR) - 5 modularnih tečajeva tijekom 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

Hrvatsko psihijatrijsko društvo – Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja – uloga liječnika PZZ - 140 radionica

Dr. Patricija Delimar, tel.: 01/2481-234

Primjena harmoničnog rezača u kirurgiji

KBC Split, Klinika za kirurgiju Križine

Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481

1.200,00kn

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

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel

Zagreb, tijekom cijele godine

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,

mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com

3.500,00kn

Tečaj trajne pedijatrijske izobrazbe

KBC Zagreb, Klinika za pedijatriju

Zagreb, listopad, studeni, prosinac

Prim.mr.sc. Kristina Vrljičak, dr.med., pedijatrijski nefrolog,

e-mail: kristinavrljicak@gmail.com

EPI Centar seminari «Epilepsija i neuroznanost»

KB «Sestre milosrdnice», Klinika za neurologiju

Zagreb, svaki zadnji četvrtak u mjesecu

Dr.sc. Hrvoje Hećimović, tel.: 01/3787-731,

e-mail: hecimovic@inet.hr

Kompjutersko navođenje u kirurgiji koljena

Klinika za ortopediju Lovran

Lovran, tijekom cijele godine

Nataša Možetić, tel.: 051/710-212

200,00kn

Gerontološke tribine za liječnike PZZ

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko goranske županije

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

Tijekom 2014. god.

Edukacija iz elektroencefalografije i epileptologije

HLZ, HD za EEG i kliničku neurofiziologiju

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

Prof.dr.sc. Sanja Hajnšek, tel.: 01/2388-310

9000,00kn

Javnozdravstveni stručni sastanci u HZJZ-u

HZJZ Zagreb

Mjesečno, tijekom 2014. god.

Dr. Ivan Pristaš, tel.: 01/4863-243, e-mail: ivan.pristas@hzjz.hr, www.hzjz.hr

Unapređenje zdravlja ljudi treće životne dobi (gerontološke radionice)Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije
Grad Cres, tijekom 2014.god.

Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/334-728

Trajna pedijatrijska edukacija – Pedijatrijska sekcija

KBC Rijeka, Klinika za dječje bolesti

Rijeka, jednom mjesečno

Mr.sc. Neven Čače, dr.med., tel.: 051/659-111

Izobrazba kandidata za stalne sudske vještakе

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-Brkličić, dr.med., tel.: 01/3787-111
12.000,00kn**Tečaj iz osnova medicinske akupunkture**

HD za akupunkturu (HLZ)

Zagreb, 10 mjeseci (+1), jedna subota i nedjelja mjesečno (18 sati)

Dr. Dalibor Veber, e-mail: info@akupunktura.hr, mob.: 091/4748-493
www.akupunktura.hr

15.000,00kn

Endokrinološki bolesnik u ordinaciji obiteljske medicine

KBC Zagreb, Klinika za unutarnje bolesti, Zavod za endokrinologiju,

MEF Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, tijekom cijele godine

Dr.sc. Tina Dušek, mob.: 091/5434-014, www.endokrinologija.com.hr
250,00kn**Kardiopulmonalna reanimacija uz uporabu automatskog vanjskog defibrilatora**

HLZ, HD za reanimatologiju

Zagreb, 01.01.-31.12.2014.

Pandak Tatjana, mob.: 091/5618-814
500,00kn**Smjernice u liječenju akutnih i kroničnih rana**

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju

Zagreb, 01.01.-31.12.2014.

Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

Osnovni i napredni tečaj endoskopije gornjeg i donjeg dijela probavnog trakta

KB Merkur

Zagreb, 02.12.2013.-31.12.2014., kontinuirano

Dr. Bruno Škurla, mob.: 098/238-337

Kontinuirani tečaj 2014. – Nove smjernice u liječenju akutnih i kroničnih rana

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju

Zagreb, 01.01.-31.12.2014.

Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

Suvremenii tretman rana i osnove zbrinjavanja stoma

Dedal komunikacije d.o.o.

on-line, 01.01.-31.12.2014.

Zoran Milas, tel.: 01/3866-905, www.e-medikus.com

On-line tečaj za autore Cochrane sustavnih preglednih članaka I dio

MEF Sveučilišta u Splitu

Split, 27.01.-22.12.2014.

Dalibora Behmen, tel.: 021/557-920

On-line tečaj za autore sustavnih preglednih članaka II dio

MEF Sveučilišta u Splitu

Split, 27.01.-22.12.2014.

Dalibora Behmen, tel.: 021/557-920

Tečaj kontinuirane edukacije zbrinjavanja akutnih i kroničnih rana

KB „Merkur“

Zagreb, 01.01.-31.12.2014.

Franjo Franjić, mob: 098/9829-360

Tečaj kontinuirane edukacije zbrinjavanja akutnih i kroničnih rana

KB „Sveti Duh“

Zagreb, 01.01.-31.12.2014.

Franjo Franjić, mob: 098/9829-360

Pričajmo o shizofreniji

Hrvatsko psihijatrijsko društvo

on-line, 20.02. – 31.12.2014.

Iva Tonković, tel.: 01/6610-762

Organizacija trajne izobrazbe liječnika nakon ulaska

Republike Hrvatske u Europsku uniju

HLK

on-line, 13.05.-20.12.2014.

Dedal komunikacije d.o.o., Zoran Milas, tel.: 01/3866-905

www.e-medikus.com

Uloga biljnih sterola i staniola u liječenju hiperlipidemije

Dedal komunikacije d.o.o.

on-line, 15.09.-15.12.2014.

www.e-medikus.com

Kata Križić, mob.: 099/3866-905

Akutni infekcijski proljev i nove smjernice za liječenje

Delal komunikacije d.o.o.
on-line, 15.09.2014.-15.03.2015.
www.e-medikus.com
Kata Križić, mob.: 099/3866-905

Dijabetes, tjelesna aktivnost i hipoglikemija

Delal komunikacije d.o.o.
on-line, 15.09.2014.-15.03.2015.
www.e-medikus.com
Kata Križić, mob.: 099/3866-905

Izazovi u liječenju šećerne bolesti tipa 2

Pliva Hrvatska d.o.o.
On-line www.plivamed.net, 03.11.2014. – 01.03.2015.
Dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., mob.: 098/499-925

Značaj liječenja osteoporoze

Delal komunikacije d.o.o.
On-line www.e-medikus.com
Kata Križić, mob.: 099/3866-905

Alvimedica Heart Center Lecutere Series

Alvimedica – Chrono d.o.o., Houston Methodist hospital
Split, 10.09. – 10.12.2014.
Jasmina Hodžić, tel.: 021/688-896,
e-mail: jasmina.hodzic@alvimedica.com

Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK – razvojnog poremećaja kuka

Dr. Gordana Miličić
Individualna edukacija, svaka 3 tjedna
Dr. Gordana Miličić, mob.: 091/4600-108
5000,00kn

8. hrvatski internistički kongres – elektronska verzija

HLK, „Delal komunikacije“ d.o.o.
on-line, 15.10.2014. – 15.01.2015.
Kata Križić, mob.: 099/3866-905

Klinički pristup liječenju boli (online) Pliva Hrvatska d.o.o.

on-line, 15.12.2014. – 15.05.2015.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925
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

Aspirin Protect Akademija

HD za farmakoekonomiku i ekonomiku zdravstva (HDFEZ)
on-line, 18.11.-31.12.2014.
<http://ecme.bayer.hr/>
Kontakt tel.: 0800/9666

Kirurško liječenje hemoroidalne bolesti

KB Merkur
Zagreb, 01.12.2014. – 01.12.2015.
Dr. Kocman Ivica, mob.: 099/4888-271

Kontinuirano usavršavanje liječnika u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Istarska županija, 01.01. – 31.12.2015.
Gordana Antić Šego, mob.: 098/9396-877

Taktička vježba masovne nesreće

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Istra, 15.01.-18.12.2015.
Manuela Pokrajac Hajdarević, mob.: 098/9396-877

Osnovni tečaj za liječnike za rad u izvanbolničkoj hitnoj službi

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Istra, 15.01.-18.12.2015.
Manuela Pokrajac Hajdarević, mob.: 098/9396-877

PROSINAC

Ljekovite namirnice za jačanje memorijске funkcije mozga

Udruga Medikus
Zagreb, 22.12.2014.
Dr. Vesna Vučićević, mob.: 091/5044-766

2015. SJEĆANJ

Siguran pristup i priprema pacijenta za prijevoz helikopterom

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije
Istarska županija, 19.-31.01.2015.
Gordana Antić Šego, mob.: 098/9396-877

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

Dijagnostika i liječenje neuropatske boli

HD za liječenje boli HLZ-a
Zagreb, 24.01.2015.
Andrea Mršo, tel.: 031/511-531,
e-mail: mrsoandrea385@gmail.com; www.hdlb.org

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

Hitna stanja u internoj medicini

Zavod za hitnu medicinu Zagrebačke županije
Samobor, 02.02.2014.
Tomislav Bošnjak, mob.: 099/6042-283

Hormonsko liječenje raka prostate

Stada d.o.o.
Zagreb, 04.02.2015.
Jasna Pešec, tel.: 01/3764-111

Odabrane teme iz pedijatrijske dermatologije

Klinika za dermatovenerologiju KBC-a i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatsko dermatološko društvo HLZ-a, Ogranač Zagreb
Zagreb, 07.02.2015.
Prim.mr.sc. Slobodna Murat-Sušić, tel.: 01/2368-915,
e-mail: slobodnamuratsusic@gmail.com
specijalisti 400,00kn, specijalizanti 200,00kn

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

Hormonsko liječenje raka dojke

Stada d.o.o.
Zagreb, 11.02.2015.
Jasna Pešec, tel.: 01/3764-111

Akutna stanja u otologiji

KBC Split, ORL klinika
Split, 14.02.2015.
Doc.dr.sc. Petar Drviš, tel.: 021/556-497
200,00kn

Alergije

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 14.02.2015.
Mario Cvek, mob.: 091/5392-866, fax.: 01/4590-270
400,00kn

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

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko Otvoreno Učilište Centar, POUČ – Zagreb
Zagreb, 28.02.2015.
Mladen Kerstner, prof., mob.: 099/4683-964
750,00kn

OŽUJAK

Tercijalna prevencija neuroloških, psihičkih i onkoloških bolesti u obiteljskoj medicini – međunarodni kongres

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine (DNOOM)
Zagreb, 06.-08.03.2015.
Jasna Vučak, e-mail: jasna.vuchak@zd.t-com.hr
1600,00kn do 15. veljače 2015., nakon toga 2000,00kn

Klinička primjena funkcionske magnetske rezonancije

MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 07.03.2015.
Nevenka Filipović, tel.: 01/4596-868
600,00/400,00kn

Progresivne miklone epilepsije

Klinika za neurologiju Medicinskog fakulteta, KBC Zagreb
Zagreb, 13.03.2015.
Dr. Andreja Bujan Kovač, tel.: 01/2388-344/471

Promicanje dojenja u jedinicama novorođenačke intenzivne terapije i liječenja

KBC „Sveti Duh“
Zagreb, 20.-21.03.2015.
Milan Stanojević, Biserka Milić, tel.: 01/3712-317

Autoimune neuromuskularne bolesti

Klinika za neurologiju KBC Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu, HLZ, HKL
Zagreb, 27.03.2015.
Milica Jug, vft, tel.: 01/2376-408, e-mail: ervina.bilic@mef.hr;
predbiljezbe.emg.nrl@kbc-zagreb.hr
600,00kn specijalizanti, 300,00kn specijalizanti,
umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko Otvoreno Učilište Centar, POUČ – Zagreb
Zagreb, 28.03.2015.
Mladen Kerstner, prof., mob.: 099/4683-964
750,00kn

Individualni pristup pri ugradnji umjetnog zgloba

Akromion
Zagreb, 28.03.2015.
Elvira Gospočić Pavetić, tel.: 049/587-489, mob.: 095/2587-489

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

8. hrvatski onkološki kongres

HLZ, Hrvatsko onkološko društvo
Poreč, 09.-12.04.2015.
Tonkica Boban, tel.: 021/556-637
700,00-2700,00kn

X susret intervencijskih radiologa Hrvatske s međ.sud.

HLZ, HD radiologa, Sekcija za interventnu radiologiju
Trakoščan, 16.-19.04.2015.
Barbara Radošević Babić, mob.: 098/1660-474
200-250 EUR

**13th Wonca World Rural Health Conference 2015, Dubrovnik
6. Kongres Koordinacije hrvatske obiteljske medicine**

Conventus Credo d.o.o.
Dubrovnik, 15.-18.04.2015.
Conventus Credo do.o.o., tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580,
e-mail: info@conventuscredo.hr
Rana kotizacija za članove KOHOM-a: 2700,00kn (do 10.02.2015.)
Rana kotizacija za ne članove: 2900,00kn (do 10.02.2015.)
Kasna kotizacija za članove KOHOM-a: 2900,00kn (od 11.02.2015.)
Kasna kotizacija za ne članove KOHOM-a: 3100,00kn (od 11.02.2015.)

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko Otvoreno Učilište Centar, POUC – Zagreb
Zagreb, 25.04.2015.
Mladen Kerstner, prof., mob.: 099/4683-964
750,00kn

SVIBANJ

1st Regional DBS meeting „Deep brain stimulation for movement disorders: state of the art and future perspectives“

KB Dubrava
Zadar, 01.-03.05.2015.
Dario Lustek, mob.: 091/5593-355
120EUR

Simpozij o praktičnoj primjeni 3D UVZ u ginekologiji i opstetriciji

HD za ultrazvuk u medicini i biologiji HLZ-a, Klinika za ženske bolesti i porode KBC Zagreb, Contres projekti d.o.o.
Poreč, 07.-10.05.2015.
Maja Orsag, tel.: 01/4821-193, e-mail: maja@contres.hr
Rana kot., do 28.02.2015. – 1200,00kn; Kasna kot., nakon 28.02.2015. – 1500,00kn; Specijalizanti 900,00kn

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.)

76. Dani dijabetologa Hrvatske

HLZ, HD za dijabetes i bolesti metabolizma
Pula, 07.-10.05.2015.
Doc.dr.sc. Dario Rahelić, mob.: 091/5156-576
500,00kn

Kongres o trodimenzionalnom ultrazvuku u ginekologiji i opstetriciji s međ.sud. – Nove dimenzije, nove tehnologije i novi softwere-i

HD za ultrazvuk u medicini i biologiji HLZ-a, Klinika za ženske bolesti i porode KBC Zagreb, Contres projekti d.o.o.
Poreč, 07.-10.05.2015.
Maja Orsag, tel.: 01/4821-193, e-mail: maja@contres.hr
Rana kot., do 28.02.2015. – 1800,00kn; Kasna kot., nakon 28.02.2015. – 2000,00kn; Specijalizanti 900,00kn; Sponzorsko osoblje 700,00kn

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko Otvoreno Učilište Centar, POUC – Zagreb
Zagreb, 16.05.2015.
Mladen Kerstner, prof., mob.: 099/4683-964
750,00kn

LIPANJ

15. proljetni simpozij medicinske etike i deontologije – Etičnost alibi medicine

HLZ
Zagreb, 02.06.2015.
Prim. Goran Ivanišević, tel.: 01/4872-414

11th Central European Oncology Congress

HLZ, Hrvatsko onkološko društvo
Opatija, 17.-20.06.2015.
Tonkica Boban, tel.: 021/556-637
100,00-400,00EUR

17th Croatian International Rhinosurgical AdvancedSchool – CIRAS

Penta d.o.o.
Zagreb, 18.-19.06.2015.
Marcel Marjanović Kavanagh, tel.: 01/2367-610
130,00/230,00EUR

LISTOPAD

7. hrvatski endokrinološki kongres

HLZ, Hrvatsko endokrinološko društvo
Lovran, 01.-04.10.2015.
Prof.dr.sc. Željka Crnčević Orlić, mob.: 098/368-983

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko Otvoreno Učilište Centar, POUC – Zagreb
Zagreb, 10.10.2015.
Mladen Kerstner, prof., mob.: 099/4683-964
750,00kn

STUDENI

Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko Otvoreno Učilište Centar, POUC – Zagreb
Zagreb, 07.11.2015.
Mladen Kerstner, prof., mob.: 099/4683-964
750,00kn