

# Liječničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE



TEMA BROJA



**HZZO  
izašao iz Riznice,  
zdravstvu  
2 milijarde kuna više**

## 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

## UREDNIČKI ODBOR

Dražen Borčić • Tomislav Božek

Nikolina Budić • Egidio Čepulić

Stella Fatović Ferenčić

Franjo Husinec • Josip Jelić

Željko Krznarić • Slavko Lovasic

Adrian Lukenda • Vjekoslav Mahovlić

Ingrid Márton • Hrvoje Minigo

Matija Prka • Dražen Pulanić

Livija Puljarić • Katarina Sekelj Kauzarić

Andreja Šantek • Ivica Vučak

## UPUTE SURADNICIMA

Rukopisi se šalju na adresu:

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

e-mail: [hlk@hlk.hr](mailto:hlk@hlk.hr) ili izravno uredniku.

Članci na podložju recenziji i uredništvo

se ne mora slagati s mišljenjem autora.

Članci se mogu pretiskati samo uz naznaku izvora.

Mali oglasanik 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 "Liječničke novine", cijelokupni odobreni sažetak svojstava liječnika te cijelokupna odobrena uputa sukladni su člancima 16. i 22. Pravilnika o načinu oglašavanja i obavljanju poslovanja u liječničkim, homeopatskim i medicinskim proizvodima (NN br. 62/05).

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

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

Redakcija

Novinarka Andreja Šantek  
01/ 45 00 848, e-mail: [andreja.santek@hlk.hr](mailto:andreja.santek@hlk.hr)

Oblakovanje A. Boman Višić  
Tiskar "Mediaprint - Tiskařství Hrastič d.o.o."

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

## kazalo

LIJEĆNIČKE NOVINE 136 • 15. veljače 2015.

### RIJEČ PREDSJEDNIKA .... 6

Devet tisuća doktora medicine obnovilo licence

### IZ KOMORE .... 7

12. sjednica Vijeća • 33. sjednica Izvršnog odbora • Izvanredna sjednica Skupštine Osrtv na Skupštinu • Stjecanje uže specijalnosti • Uz 20. obljetnicu Komore • Pregled aktivnosti

### INTERVJU .... 19

Ministar zdravlja prim. Siniša Varga, dr. dent. med.: Novi model ugovaranja

### NOVI MODEL FINANCIRANJA BOLNICA .... 22

Ravnateljica HZZO-a Tatjana Prenda Trupec: Limiti u prosjeku veći 17 posto U KBC-u Split se testira novi DTP katalog

### IZ HRVATSKOG LIJEĆNIČKOG ZBORA .... 25

Sedma sjednica Glavnog odbora

### IZ AKADEMIE MEDICINSKIH ZNANOSTI HRVATSKE .... 26

Dies academicus

### IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA .... 27

Novosti na listama lijekova • Najdoktorica i najsestra • Smjenjena 4 ravnateljica KBC-a • Simpozij HOD-a Skupština HUBOL-a • Povijest KB-a Dubrava • Branitelji u OB-u Žabok • Novosti u Vinkovcima i Županiji HZZO-u informacijski certifikat • Dodatni PET/CT i MR • Nova e-usluga • Ospice u Hrvatskoj Portal „Dokazi u medicini“ • ECMO uređaji • Ginekološka endoskopija u Žaboku • Udruga RODA Povjerenstvo za konoplju • Medis Challenge Dan rijetkih bolesti • Lijekovi za hepatitis C

### NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA .... 34

Hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti

### ZAGREBAČKI MODEL UTVRĐIVANJA ETIOPATOGENEZE .... 35

Energijski i tvarni metabolizam I.

### COCHRANE ZANIMLJIVOSTI .... 42

Elektroničke cigarete

### LIJEKOVI I NUSPOJAVE .... 45

Kako predvidjeti nuspojave • Novosti iz HALMED-a

### NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE .... 47

#### TERAPIJSKE SMJERNICE .... 56

Infekcije mokraćnog sustava odraslih

#### NOVA UPRAVA MINISTARSTVA ZDRAVLJA .... 58

Pomoćnik ministra doc. Miljenko Bura o zdravstvenim uslugama u turizmu

#### PSIHIJATRIJSKA TEMA .... 61

Liječenje shizofrenije

#### LIJEĆNIČKA ETIKA .... 62

Liječnici i Svjetsko liječničko udruženje

#### REAGIRANJA, OČITOVANJA I ISPRAVCI .... 64

Prof. Robert Kolundžić, doc. Marko Jukić, prof. Ranko Mladina, prim. Peter Briner

#### MEDICOPOLIS .... 69

Krv nije voda

#### ZANIMLJIVE LIČNOSTI .... 71

Dr. Klara Dajčeva i dr. Julia Polak

#### IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE .... 75

Bakašun: Kongres u Opatiji 1950. godine

#### KRATKA LIJEĆNIČKA PRIČA .... 77

Dr. Dragica Kramarić: Labirint

#### HRVATSKI LIJEĆNICI KNJIŽEVNICI .... 80

Pjesničko djelo prim. Damira DeZana

#### LIJEĆNICI UMJEHTNICI .... 84

Osječki radiolog dr. Boris Sontacchi

#### HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI .... 86

Dr. Ivan Kosirnik

#### KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA .... 88

Fotografija na naslovniči: ministar zdravlja prim. Siniša Varga, dr. dent. med.

i ravnateljica HZZO-a Tatjana Prenda Trupec, mag. ing. el. Snimila Andreja Šantek

ORGANIZACIJA I MARKETING • "BONAMARK", AMRUŠEVA 10, ZAGREB

tel 01 4818 600 • tel/fax 01 4922 952 • e-mail: [bonamark@bonamark.hr](mailto:bonamark@bonamark.hr)

# Devet tisuća doktora medicine obnovilo licencu

• Nakon božićnih i novogodišnjih blagdana na početku godine treba uhvatiti radni ritam i s novom energijom raditi na ostvarenju naših ciljeva. Ova godina posebice je značajna, jer obilježavamo 20. godinu obnovljenog rada naše Komore. To je u ljudskom životnom vijeku relativno dugo razdoblje, ali za čovječanstvo samo trenutak. O tome što smo planirali i sanjali krajem osamdesetih i početkom devedesetih godina prošlog stoljeća, kada smo iz socijalističkog sustava ulazili u višestražni uz osamostaljenje naše Hrvatske ne smijemo zaboraviti. Jesmo li ostvarili naše snove i planove? Zasigurno jesmo najvažnije, a to je da se Komora u ovih 20 godina razvila u stabilnu i značajnu instituciju svih doktora medicine, koja obavlja svoje javne i druge ovlasti određene statutom. Međutim, nismo zadovoljni položajem liječnika, ali ni odnosom vladajućih struktura prema Komori. Kako bi ostvarili veći utjecaj struke pri donošenju propisa i bolju suradnju s Ministarstvom zdravljia i HZZO-om, krajem siječnja održana je tematska sjednica saborskog Odbora za zdravstvo na kojoj su bili predstavnici svih zdravstvenih komora, ministar i zamjenik ministra zdravljia te ravnateljica HZZO-a. Inicijativa za ovaj sastanak pojavila se u prosincu na sastanku sa liječnicima saborskim zastupnicima koji se već tradicionalno jednom godišnje održava u Komori.

S jedne strane, javnost od nas traži da strože i češće kažnjavamo liječnike. S druge strane, naši članovi često vjeruju da bi mogli imati značajniji utjecaj na poboljšanje uvjeta rada, plaće i pružati im veću zaštitu kada su izloženi kritikama medija i sudskim tužbama. Mnogi od Komore očekuju sindikalne aktivnosti iako za to postoji Hrvatski liječnički sindikat koji smo, kao što je poznato, podržali u svim legitimnim nastojanjima za bolji položaj liječnika. O svemu tome svaki član može dati svoje mišljenje neposredno ili putem svojih delegata u tijelima Komore. U veljači 2013. godine proveli smo ispitivanje o zadovoljstvu naših članova koje je pokazalo da mnogi od nas očekuju



da učinimo ono što nije u našoj ingerenciji, ali je ocjena općenito bila dobra. S nestavljanjem očekujemo ishod novog ispitivanja. Ono će nama i budućem vodstvu dati smjernice djelovanja na poboljšanje naših aktivnosti.

I ove godine održat će se naš simpozij, osmi po redu. Njegova tema je liječnička samouprava u Hrvatskoj i Europi, što je vrlo zanimljivo i aktualno, posebice što će biti uvod u proslavu naše 20. godišnjice. Intenzivno radimo na organizaciji ova dva događaja.

Za gotovo 9000 naših članova završen je postupak obnove odobrenja za samostani rad (licence). Neviđeni pritisak na našu administraciju doživjeli smo s raznih strana. Nastao je problem jer se nisu uvažavale naše potvrde o predanom zahtjevu. Iako je prije šest godina postupak obnove licenci trajao do lipnja, nitko nije zbog toga pravio probleme našim članovima. Svakom mora biti jasno da se ovako veliki administrativni posao ne može završiti u kratkom vremenu. Ipak, sa zadovoljstvom ističem da smo ga dovršili. Većina naših članova svoje su licence dobili u svojoj zdravstvenoj ustanovi ili u županijskom povjerenstvu. Zahvaljujem svima na strpljenju, a posebice djelatnicima koji su uspješno obavili ovaj zadatak. Sada je u tijeku izdavanje mišljenja o stjecanju uže specjalizacije temeljem Pravilnika, koji je vrijedio do 31. prosinca 2014. godine.

Pripremaju se izbori za tijela Komore. Zbog izmjena izbornih pravila 24. siječnja održana je naša izvanredna skupština. O tome možete više pročitati u ovom broju LN. Osobno izražavam svoje zadovoljstvo i divljenje što je ona bila zaista demokratska, bez povišenih tonova, uz uvažavanje svakog iako su mišljenja delegata bila vrlo različita. Sjednica je bila prenošena uživo i svaki član ju je mogao pratiti na svojem računalu, međutim svega 60-ak njih je iskoristio tu mogućnost.

Izbori za predsjednika su iza nas, a Hrvatska ima novu predsjednicu, gospodu **Koliniću Grabar Kitarović**. Želim joj puno uspjeha u obavljanju njezine dužnosti. Vjerujem i nadam se da će u okviru svojih ovlasti raditi na očuvanju ugleda liječničke profesije.

Nismo zadovoljni presudom Haškog suda, kojom je odbačena tužba za genocid nad našim narodom u Domovinskom ratu. Liječnici najbolje znaju što se događalo i kakvi su zločini počinjeni nad Hrvatima u Hrvatskoj. To se neće zaboraviti, ali se moramo okrenuti budućnosti i svojim radom doprinijeti boljem životu u našoj domovini. Zato učinimo sve kako bi u njoj bili što bolji uvjeti života i rada. Tada će sve manje naših liječnika željeti otići u druge države. Po ne znam koji put upozoravam da bi se uskoro mogli suočiti sa značajnim manjkom zdravstvenih radnika.

I ove godine Udruga hrvatskih pacijenata proglašila je povodom Dana bolesnika najboljeg doktora i najbolju medicinsku sestruru na temelju izbora pacijenata. Naše mišljenje o toj aktivnosti više puta je izraženo, a svodi se na to da je praktički nemoguće postaviti ispravne kriterije za odabir najboljeg doktora. Ipak, veseli me što je ovaj put izabrana naša kolegica dr. **Željka Perić Sekulić** koju izrazito poštujem kao liječnicu i osobu, a posebice kao članicu Vijeća Komore. Čestitam joj na ovom zasluženom priznanju.

Čeka nas puno posla. Izborni postupak je počeo, pripreme za VIII simpozij i proslavu 20. godišnjice obnovljenog rada Hrvatske liječničke komore su vrlo intenzivne. Vjerujem da ćemo sve ovo, kao i do sada, uspjeti ostvariti uz svakodnevne rutinske poslove na način kako to dolikuje našoj profesiji.

Vaš predsjednik,  
prim. dr. Hrvoje Minigo

•••••

## 12. sjednica Vijeća Komore

# Raspisani izbori za delegate Skupštine i predsjednika

Tekst i slike Andreja Šantek

- Vijeće Komore je na svojoj 12. sjednici održanoj 14. veljače, na temelju članka 19. točke 10. Statuta HLK i članka 3. stavka 1. Pravilnika o izboru tijela HLK, a u svezi s odredbama članka 31. stavka 3. te članka 37. stavka 3. Pravilnika o izboru tijela HLK, donijelo odluku o raspisivanju izbora za delegate Skupštine i predsjednika Hrvatske liječničke komore.

Ovom Odlukom, koja je stupila na snagu danom donošenja, raspisuju se izbori za delegate Skupštine odnosno za članove županijskih povjerenstava Komore te izbori za predsjednika odnosno dopredsjednika Komore. Odlukom se propisuje i način izbora za razničara Komore te za članove Nadzornog odbora. Izbori za delegate Skupštine odnosno za članove županijskih povjerenstava započinju 16. ožujka 2015. godine. Konstituirajuća Skupština Komore održat će se 20. lipnja 2015. godine.

### SIP i izborna povjerenstva

Izbore provodi Središnje izborno povjerenstvo (SIP) koje je dužno najkasnije do 16. ožujka 2015. godine imenovati članove izbornih povjerenstava, dati obvezatne upute

za rad izbornih povjerenstava izbornih jedinica, izraditi popise birača po izbornim jedinicama i dostaviti te popise izbornim povjerenstvima izbornih jedinica, propisati obrusce potrebne za provođenje izbora te izbornim povjerenstvima izbornih jedinica dostaviti izborne materijale.

Vijeće je za članove SIP-a imenovalo: doc. prim. dr. sc. **Iku Kardum Skelin**, dr. med. (predsjednica), **Ante Županović**, dr. med. (zamjenik predsjednice), prof. prim. dr. sc. **Darko Manestar**, dr. med. (član), **Nadica Šomođi**, dr. med. (član), **Slava Posenjak Pavišić**, dr. med. (član), **Višnja Pjaca**, dr. med. (član), **Marija Sokić Bigović**, dr. med. (član), **Veronika Vukičević**, dr. med. (član), prim. dr. **Vjekoslav Mahović**, dr. med. (član), **Nenad Korkut**, dr. med. (član), prim. dr. sc. **Azra Huršidić - Radulović**, dr. med. (zamjenik člana), prof. dr. sc. **Željko Dujić**, dr. med. (zamjenik člana), **Slobodanka Keleuva**, dr. med. (zamjenik člana), dr. sc. **Miroslav Hanževački**, dr. med. (zamjenik člana), **Dražen Jurković**, dr. med. (zamjenik člana), **Andrea Miškulín**, dr. med. (zamjenik člana), dr. sc. **Srđan Ante Anžić**, dr. med. (zamjenik člana) i **Željko Feljan**, dr. med. (zamjenik člana). Izborna povjerenstva izbornih jedinica dužna su obaviti propisane

izborne radnje prema točno utvrđenom rasporedu.

Do 15. travnja 2015. godine (do ponoc), prema uputama SIP-a, dužna su obaviti sve tehničke pripreme za provođenje izbora te prikupiti prijedloge kandidata za izbor delegata Skupštine. Do 20. travnja 2015. godine (do ponoc), na temelju pravovaljanih prijedloga kandidata, izborna povjerenstva izbornih jedinica dužna su sastaviti listu kandidata za delegate svoje izborne jedinice i objaviti listu na oglašenoj ploči sjedišta izbornog povjerenstva te su dužna listu kandidata za delegate svoje izborne jedinice dostaviti SIP-u. Do 24. travnja 2015. godine SIP je dužan utvrditi listu kandidata za delegate Skupštine.

Središnje izborno povjerenstvo dužno je najkasnije do 11. svibnja 2015. godine svakom biraču dostaviti glasačke materijale. Odlukom Vijeća, uz glasački listić svaki će član dobiti i upute o načinu glasovanja kojih je potrebno striktno se pridržavati jer će se ove godine po prvi puta listići obrađivati na optičkom čitaču.

Listići će biti dostavljeni na kućnu adresu s naznakom roka u kojem glasački listić treba biti dostavljen i uz potvrđnicu. Na ovaj način osigurat će se dokaz da je svaki član kojemu je glasački listić bio upućen isti uistinu i zaprimio. Nakon isteka naznačenog roka, glasački materijali mogu se dostaviti samo biračima koji su biračko pravo stekli u svibnju 2015. godine.

### Glasovanje za delegate

Glasuje se samo za kandidate navedene na glasačkom listiću. Glasački listić popunjava se prema uputi koja će biti dostavljena svim glasačima. Važećim će se smatrati onaj glasački listić iz kojeg se na siguran i nedvojben način može utvrditi za kojeg je kandidata birač glasovao.

Radna atmosfera na sjednici Vijeća



Nevažećim će se smatrati nepopunjeni glasački listić, glasački listić na kojem se ne može sa sigurnošću utvrditi za kojeg je kandidata birač glasovao kao i glasački listić na kojem je birač istaknuo veći broj delegata od propisanog.

U slučaju da birač glasa za manji broj kandidata nego što se bira delegata u Skupštini, glasački listić smatrati će se važećim.

Ispunjeni glasački listići dostavljaju se Središnjem izbornom povjerenstvu najkasnije do 25. svibnja 2015. godine, i to u kuverti s plaćenim odgovorom. Prilikom utvrđivanja rezultata glasovanja, u obzir će se uzeti samo glasački listići koji su zaprimljeni u tom roku. Glasački listići koji su zaprimljeni nakon propisanog roka, neće se uzeti u obzir.

## Rezultati glasovanja

Nakon zaprimanja glasačkih listića pristiglih u roku, SIP je dužan utvrditi rezultate glasovanja najkasnije do 29. svibnja 2015. godine. Odmah po utvrđivanju rezultata glasovanja, SIP će rezultate objaviti na oglasnoj ploči i službenoj web stranici Komore ([www.hlk.hr](http://www.hlk.hr)) te u prvom idućem broju Lječničkih novina.

O provedenim izbornim radnjama te o rezultatima glasovanja SIP je dužan sastaviti zapisnik te ga dostaviti izbornim povjerenstvima izbornih jedinica najkasnije do 3. lipnja 2015. godine. Izborna povjerenstva izbornih jedinica dužna su rezultate glasovanja objaviti na oglasnim pločama izbornih jedinica.

## Izbori za predsjednika i dopredsjednika

Izborni postupak za predsjednika odnosno dopredsjednika Komore provodi SIP.

Ispunjeni obrasci za isticanje kandidature za predsjednika odnosno dopredsjednika dostavljaju se SIP-u najkasnije do 12. lipnja 2015. godine (do 24 sata). Izbor predsjednika odnosno dopredsjednika provest će se 20. lipnja 2015. godine, na prvoj sjednici Skupštine Hrvatske lječničke komore. Glasovanje za predsjednika odnosno dopredsjednika obavlja se tajno.

## Izbor za rizničara i Nadzorni odbor

Izborni postupak za rizničara i članove Nadzornog odbora Komore provodi SIP.

Izbor rizničara i članova Nadzornog odbora provest će se 20. lipnja 2015. godine, na prvoj sjednici Skupštine Komore. Glasovanje za rizničara i članove Nadzornog odbora obavlja se tajno.

## Izborne jedinice

Vijeće je, temeljem odredbe članka 3. stavka 5. Pravilnika o izboru tijela HLK, donijelo i odluku o utvrđivanju izbornih jedinica i njihovim sjedištima. Osim izbornih jedinica Komore koje su ustrojene po županijskom principu (21), u sastav izbornih jedinica ulaze još i izborna jedinica Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i izborna jedinica Ministarstva obrane Republike Hrvatske.

## Razrješenje predsjednika Vijeća

Na svojoj 12. sjednici Vijeće je s mjesto predsjednika Vijeća razriješilo mr. sc. Marijana Česarika na njegov osobni zahtjev.

V.d. predsjednika Vijeća  
dr. sc. Ivan Horvatek  
i predsjednik Komore  
prim. dr. Hrvoje Minigo



Do kraja mandata funkciju predsjednika Vijeća kao vršitelj dužnosti obnašat će dosadašnji zamjenik dr. sc. **Ivan Horvatek** koji je ujedno i predsjedavao 12. sjednicom Vijeća.

\*\*\*\*\*

## IZBORNE JEDINICE:

- 1. BJELOVARSKO-BILOGORSKA ŽUPANIJA,**  
DZ Bjelovarsko-bilogorske županije,  
Bjelovar, J. Jelačića 13c/1
- 2. BRODSKO-POSAVSKA ŽUPANIJA,**  
OB Dr. Josip Benčević, Slavonski Brod,  
A. Štampara 42
- 3. DUBROVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA,**  
OB Dubrovnik, Dubrovnik, Dr. R. Mišetića 2
- 4. GRAD ZAGREB,**  
HLK, Zagreb, Tuškanova 37
- 5. ISTARSKA ŽUPANIJA,**  
OB Pula, Pula, Zagrebačka 30
- 6. KARLOVAČKA ŽUPANIJA,**  
OB Karlovac, Karlovac, A. Štampara 3
- 7. KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA ŽUPANIJA,**  
OB Dr. Tomislav Bardek, Koprivnica,  
Sellingerova bb
- 8. KRAPINSKO-ZAGORSKA ŽUPANIJA,**  
SB za medicinsku rehabilitaciju,  
Krapinske Toplice, Lj. Gaja 2
- 9. LIČKO-SENUŠKA ŽUPANIJA,**  
OB Gospić, Gospić, Kaniška 111
- 10. MEĐIMURSKA ŽUPANIJA,**  
ŽB Čakovec, Čakovec, I.G. Kovačića 1e
- 11. OSJEČKO-BARANJSKA ŽUPANIJA,**  
HLK, Osijek, Ulica Hrvatske Republike 19c
- 12. POŽEŠKO-SLAVONSKA ŽUPANIJA,**  
OŽB Požega, Požega, Osječka 107
- 13. PRIMORSKO-GORANSKA ŽUPANIJA,**  
HLK, Rijeka, Trg Republike Hrvatske 2/l
- 14. SISAKO-MOSLAVAČKA ŽUPANIJA,**  
OB Dr. Ivo Pedišić, Sisak, Strossmayerova 59
- 15. SPLITSKO-DALMATINSKA ŽUPANIJA,**  
HLK, Split, Poljana Grgura Ninskog 7, p.p. 453
- 16. ŠIBENSKO-KNINSKA ŽUPANIJA,**  
OB Šibenik, Šibenik, S. Radića 83
- 17. VARAŽDINSKA ŽUPANIJA,**  
OB Varaždin, Varaždin, I. Meštrovića bb
- 18. VIROVITIČKO-PODRAVSKA ŽUPANIJA,**  
OB Virovitica, Virovitica, Lj. Gaja 21
- 19. VUKOVARSKO-SRIJEMSKA ŽUPANIJA,**  
OB Vinkovci, Vinkovci, Zvonarska 57
- 20. ZADARSKA ŽUPANIJA,**  
OB Zadar (Odjel za patologiju, citologiju i sudsku medicinu), Zadar, B. Perićića 5
- 21. ZAGREBAČKA ŽUPANIJA,**  
DZ Zagrebačke županije, Samobor,  
Lj. Gaja 37
- 22. HZZO,**  
HZZO, Zagreb, Mihanovićeva 3
- 23. MORH,**  
HLK, Zagreb, Tuškanova 37

## 33. sjednica Izvršnog odbora

# Priprema se tematska sjednica bolničkog povjerenstva

Tekst i slike Andreja Šantek



**Predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju doc. dr. Hrvoje Šobat, savjetnik predsjednika za odnose s liječničkim udugama i Ministarstvom zdravljia prim. Danijel Mrazovac i predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku prof. dr. Mirjana Sabljar Matovinović**

- Na prijedlog Povjerenstva za privatni praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost, Izvršni odbor Komore je na svojoj 33. sjednici održanoj 23. siječnja donio odluku o organiziranju zajedničkog sastanka s ministrom zdravlja prim. **Sinišom Vargom**, dr. dent. med. i ravnateljicom HZZO-a **Tatjanom Prendom Trupcem**, mag. ing. el., na temu status i perspektiva privatnog zdravstva i ugovornih izvanbolničkih specijalista u sustavu zdravstva.

Predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu dr. **Senad Muslić** najavio je održavanje sjednice Povjerenstva u veljači, te je rekao da su i dalje otvorena pitanja koncesija, zakupa prostora i Plana i programa mjera zdravstvene zaštite na koja sustavno treba podsjećati ministra zdravlja. Dr. Muslić rekao je da je ministar Varga na kongresu „Renesansa“ u Opatiji rekao kako „prijedlog Plana

i programa mjera drži u ladici te da ga ne može objaviti jer se njime od pacijenata zahtijeva da participiraju u troškovima liječničkih pregleda, a to nije u interesu pacijenata“. Dr. Muslić je rekao da od Ministarstva ponovno treba tražiti da im se dostavi taj prijedlog.

Predsjednica Povjerenstva za medicinsku izobrazbu liječnika prof. dr. **Tatjana Jeren** rekla je kako je novi Pravilnik o TMI-ju već u primjeni te kako su s njime svi zadovoljni, pogotovo liječnici izvan velikih gradova. Predsjednik Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor prof. dr. **Nenad Ilić** rekao je da je Povjerenstvo čeka usvajanje godišnjeg plana kako bi se ponovno krenulo sa stručnim nadzorom. Plan je usvojen na današnjoj sjednici, a njime je predviđeno provođenje stručnog nadzora u KBC-u Split, bolnicama Zadar, Sv. Duh, Vukovar, Požega i Ugljan te u nekoliko ordina-

cija u PZZ-u. Sljedeća sjednica Povjerenstva održati će se u ožujku u Rijeci. Skorašnju sjednicu najavila je i predsjednica Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti prim. dr. **Katarina Sekelj Kauzlaric** na kojoj će se, na zahtjev specijalizanata, raspravljati o kriterijima za dobivanje specijalizacije i načinu obavljanja specijalističkog programa. Predsjednik Komore prim. dr. **Hrvoje Minigo** podsjetio je da je Ustavnom судu podnesen zahtjev za ocjenom zakonitosti Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora.

Zamjenik predsjednice Povjerenstva za bolničku djelatnost prim. dr. **Danijel Mrazovac** najavio je skorašnju sjednicu Povjerenstva koje je već pokrenulo aktivnosti oko održavanja tematske sjednice o bolničkom sektoru na kojoj bi sudjelovali svi dionici unutar sustava zdravstva, uključujući i ministra zdravlja. Savjetnik predsjednika za odnose s HZZO-om prim. dr. **Josip Jelić** rekao je da je situacija u bolničkom sustavu vrlo teška i da se boji skore budućnosti. Podsjetio je da je usvojen Master plan, da HZZO izlazi iz Državne riznice, ali i da je došlo do smjene ravnatelja. Ukoliko se hitno ne promijeni način obračuna usluga u bolničkom sustavu i ne uvede amortizacija, rekao je prim. Jelić, situacija neće biti dobra. Dr. Muslić rekao je da su i liječnici u PZZ-u imali slične probleme prilikom primjene novog modela ugovaranja sa zavodom. No, dodao je kako bi novi model koji se nudi bolnicama mogao donijeti puno više koristi kolegama koji istinski rade svoj posao, ako budu plaćeni prema usluzi.

Predsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju prof. dr. **Mirjana Sabljar-Matovinović** rekla je kako članovi intenzivno rade na novom Kodeksu te najavila skorašnju sjednicu s Povjerenstvom HLZ-a. Također će prilikom izrade dokumenta konzultirati i slične dokumente u drugim zemljama.

## Pripreme za simpozij Komore

Članovi Izvršnog odbora informirani su i o tijeku priprema za održavanje 8. Simpozija Komore koji će se održati 8. svibnja u Zagrebu s temom „Liječnička samouprava u Europi – 20. godišnjica obnovljenog rada HLK“. Uz prim. Miniga, prim. Sekelj Kauzlaric i tajnice Komore **Nikoline Budić**, dipl. iur., u programski odbor simpozija imenovani su i dr. Muslić i doc. dr. **Hrvoje Šobat**, predsjednik Povjerenstva za međunarodnu suradnju. Tehnički organizator i ove je godine agencija Spektar putovanja d.o.o. iz Zagreba. Izvršni odbor donio je i odluku o visini kotizacije koja iznosi 500 kuna za sudionike i izlagače, 600 kuna za sudionike i izlagače na licu mjesta, 400 kuna za umirovljenike i spe-

cijalizante, 300 kuna za prateće osobe te 350 kuna za prateće osobe na licu mjesta. Pozvaniim predavačima iz inozemstva neće se platiti honorar već će im se priznati trošak kotizacije, smještaj i putni troškovi koje će snositi Komora.

Predsjednik Povjerenstva za organizaciju svečanog obilježavanja 20. godišnjice obnovljenog rada HLK prim. dr. **Egidio Čepulić** ukratko je predstavio rad povjerenstva.

Dodao je kako će na svečanost biti pozvan i prvi član Komore iz Pule, a proslavu će uveličati zborovi lječnika pjevača iz Zagreba, Splita i Rijeke. U povjerenstvo je imenovan i glavni urednik Liječničkih novina prof. dr. **Željko Poljak**.

## Ostale odluke

Izvršni odbor izabrao je kao najpotpunijeg ponuđača za obavljanje revizije finansijskog poslovanja Komore za 2014. godinu revizorskiju tvrtku Revidab d.o.o. iz Zagreba. Kako je rekao rizničar prim. dr. **Vjekoslav Mahović**

revizija će se provesti u razdoblju od ožujka do svibnja ove godine uz uvjet da se završi do sjednice Nadzornog odbora i Skupštine Komore.

Zamjenik predsjednice Povjerenstva za TMI dr. **Ninoslav Leko** pohvalio je stručne službe Komore koje su brzo reagirale prilikom nавje ukiđanja Pravilnika o stjecanju statusa

specijalista iz uže specijalnosti te su u roku od 24 sata obavijestila kolege da dostave zahtjev u Komoru. N. Budić dodala je kako je Komora zaprimila 440 takva zahtjeva, a prim. Minigo rekao je da je još 20 zahtjeva stiglo nakon zakonskog roka.

.....

**Predsjednik  
Povjerenstva za  
stručni nadzor  
prof. dr. Nenad  
Ilić i predsjednica  
Povjerenstva za ostale  
ligečničke djelatnosti  
prim. dr. Katarina  
Sekelj Kauzlaric**



## Izvanredna sjednica Skupštine Komore

# Usvojeni pravilnici o izboru tijela Komore i o stručnom nadzoru

Tekst i slike Andreja Šantek

• U sjedištu Komore je 24. siječnja održana izvanredna sjednica Skupštine na kojoj su jednoglasno prihvaćeni novi Pravilnik o izborima za tijela Komore te Pravilnik o stručnom nadzoru. Po prvi puta je, temeljem zaključka s prošlogodišnje izvještajne skupštine, osiguran i prijenos uživo tako da su članovi Komore mogli putem interneta pratiti tijek sjednice.

Na sjednici je sudjelovalo 77 od 130 delegata, a velika rasprava se vodila oko Pravilnika o izboru tijela Komore. Delegat Skupštine dr. sc. **Krešimir Luetić**, ujedno i tajnik HU

BOL-a, iskoristio je prigodu da predsjedniku Skupštine prof. dr. sc. **Vladi Jukiću** uruči peticiju s potpisima 3290 lječnika.

Peticiju je organizirao HUBOL, kazao je dr. Luetić, a njome su tražili izmjene Pravilnika o izboru tijela na način da se uvede elektronsko glasanje, biranje predsjednika neposrednim izborom svih članova Komore po principu jedna član jedan glas, te da se one mogući biranje umirovljenih članova Komore na najviše dužnosti u HLK. Nakon provedenog glasanja, 69 od 77 prisutnih delegata odbilo je

usvojiti prijedloge HUBOL-a. No, na koncu je Pravilnik, bez HUBOL-ovih prijedloga, jednoglasno usvojen sa 77 glasova.

Novim Pravilnikom odlučeno je da će ubuduće mandat čelnika svih tijela Komore prestati danom njihova imenovanja na neku od dužnosti tijela javne i državne vlasti koje su propisane člankom 3. Zakona o sprečavanju sukoba interesa. No, mandat im neće prestati i danom umirovljenja, kao što je to tražio HUBOL. Na snazi i dalje ostaje odredba prema kojoj se na svakih 150 članova bira jedan delegat tako da će se očekuje povećanje broja delegata u Skupštini.

**Izmjenom Pravilnika  
o izboru tijela Komore  
uvodi se  
ovlast SIP-a da  
utvrđuje rezultate izbora  
u svim izbornim jedinicama**

Nadopunjena je i odredba o broju članova i ovlastima Središnjeg izbornog povjerenstva (SIP) koje će ubuduće činiti predsjednik i osam članova te zamjenik predsjednika i osam zamjenika članova. Uvodi se i nova ovlast SIP-a da utvrđuje rezultate izbora. Naime, promijenjena je odredba vezana za dužnosti Izbornog povjerenstva izborne jedinice na način da Žu-

panijsko izborno povjerenstvo svoju ovlast na utvrđivanje izbornih rezultata prenosi na SIP, a ostavlja se mogućnost da članovi Županijskog izbornog povjerenstva na poziv predsjednika SIP-a sudjeluju u radu Središnjeg izbornog povjerenstva.

Preciziran je i sadržaj glasačkog listića, a kao novost se uvodi identifikacijski broj listića, prostor u koji se upisuje brojka kandidata za koje se glasovalo, te suhi žig komore ukoliko ga je tehnički moguće koristiti.

## Pravilnik o stručnom nadzoru

Delegati Skupštine su bez rasprave, jednoglasno usvojili novi Pravilnik o stručnom nadzoru, kojeg prije stupanja na snagu treba potvrditi i Ministarstvo zdravlja. Trenutno važeći Pravilnik o stručnom nadzoru donesen je u listopadu 2003. godine te se pokazala potreba za njegovim izmjenama i dopunama zbog potrebe usklađenja s važećim zakonskim propisima kao i radi otklanjanja određenih nepreciznosti u izričaju.



Delegat u Skupštini i tajnik HUBOL-a dr. sc. Krešimir Luetić predao je peticiju bolničkih liječnika predsjedniku Skupštine prof. dr. Vladi Jukiću



Članovi IO doc. Šobat i doc. Mozetić, savjetnik predsjednika Komore prim. Jelić i delegat Skupštine Komore dr. Galibedin Galijašević

U Pravilnik je bilo potrebno unijeti i određene promjene osnovom predloženih mjera navedenih u izvješću Ministarstva zdravlja o provedenom upravnom nadzoru u Komori te pritom provesti i nomotehničko uređenja teksta Pravilnika. Iako predložene promjene ne mijenjaju suštinu načina provođenja stručnog nadzora Komore, zbog brojnih nužnih tehničkih promjena u tekstu, odlučeno je pristupiti donošenju potpuno novog pravilnika, umjesto njegovih izmjena i dopuna.



Delegati su jednoglasno usvojili novi Pravilnik o izborima u tijelu Komore i novi Pravilnik o stručnom nadzoru

## Osvrt na Skupštinu Komore

**Prof. dr. sc. Vlado Jukić,**  
predsjednik Skupštine HLK-a

Na izvanrednom sastanku skupštine HLK-a, održane 24. siječnja 2015. u Zagrebu, tajnik Hrvatske udruge bolničkih lječnika (HUBOL-a), dr. sc. **Krešimir Luetić** predao mi je peticiju za promjenu Pravilnika o izboru tijela Hrvatske lječničke komore.

Peticiju je potpisalo 3290 članova HLK-a, potpise su sakupili članovi HUBOL-a.

Peticijom se HUBOL izravno obraća meni kao predsjedniku Skupštine HLK-a i to „nezadovoljni načinom vođenja Hrvatske lječničke komore (HLK)“ koja, kako se navodi, „ne služi nama svojim članovima, već mi služimo njoj“. Navodeći da je „sadašnji, neprimjereno loš, položaj lječnika u društvu dobrim dijelom upravo posljedica takvog načina vođenja“ Komore, konstatiraju „nužnosti da se u što skorije vrijeme temeljito promijeni način vođenja Komore“, što bi se ostvarilo izborom „vodstva koje će znati, htjeti i željeti beskompromisno štititi interes lječnika“. Zato izvještavaju predsjednika skupštine Komore, a time i njegine članove, o svojim „stavovima i zahtjevima vezanim uz proces izmjene i dopune Pravilnika o izboru tijela Komore koje je pokrenulo Vijeće HLK, a kojeg Skupština ... planira donijeti“.

Iznoseći te „stavove i zahtjeve“, prebrojavajući umirovljene lječnike u tijelima Komore, navode da je „neprimjereno je da Hrvatsku lječničku komoru vodi organizirana skupina umirovljenih lječnika“ te izražavaju nadu da su „predstojeći izbori za tijela Komore izvrsna prilika za uspostavu zajedništva lječnička u Hrvatskoj, što je preduvjet za uspješnu zaštitu naših interesa i primjereno pozicioniranje u društvu“. Polazeći od pretpostavke da je „donošenje izbornih pravila za izbore u Komori“, „iznimno važan korak u procesu unaprijeđenja rada HLK-a“, „traže“ da se „na predstojećim Izborima za tijela HLK“ (1) glasovanje provede elektronskim načinom, da se (2) „predsjednik HLK bira izravnim glasovanjem svakog člana“, te da se (3) ograniči sudjelovanje umirovljenih lječnika u predstavničkim i upravljačkim tijelima HLK-a“. Uz treći zahtjev u peticiji se navodi da „umirovljenici ne bi trebali biti aktivni dužnosnici u tijelima Komore, jer se to protivi institutu umirovljenja“.

Na spomenutom sastanku Skupštine HLK-a povodom rasprave o Prijedlogu Pravilnika o izborima tijela HLK-a, član skupštine HLK-a, tajnik HUBOL-a, predložio je, između ostalog, upravo ono što je traženo i u Peticijom HUBOL-a. Skupština je ta tri prijedloga odbila, a Pravilnik je nakon trosatne demokratske



rasprave, prihvatajući neke od predloženih amandmana na Prijedlog Pravilnika, jednoglasno (!) prihvatala.

Nakon što mi je kao predsjedniku Skupštine predana HUBOL-ova Peticija, obećao sam, pod točkom razno, da će se o navodima iz Peticije naknadno kratko očitovati. To ovim i činim.

Na samoj skupštini više se kolegica i kolega osvrnulo na navode iz Peticije i izričaje koji su bili sukladni njezinom duhu i prijedlozima. Stav delegata prema prijedlozima iz peticije koji nisu prihvaćeni, vidljiv je da su oni odbijeni s velikom većinom glasova (69 u odnosu na osam!). Iako to dovoljno govori, držim da treba istaknuti i sljedeće.

Tvrđne i prijedlozi izneseni u Peticiji, ali i diskusijama kolega koji su je, neizravno, podržali na sjednici Skupštine, mogu se označiti kao:

- one koji su subjektivne naravi i kojima se izriču ničim dokazane tvrdnje, one koje imaju demagoški karakter i artikuliraju se u okolnostima koje se mogu nazvati „demagoškim“ i one koje sadrže neprimjerene, netočne, neetične, protuustavne i uvredljive stavove.

Subjektivni stavovi izražavaju se sintagmama „nezadovoljni načinom vođenja Komore“, Komora „ne služi nama, već mi služimo njoj“, „položaj lječnika u društvu dobrim je dijelom posljedica“ lošeg vođenja Komore... Ovi (subjektivni) stavovi ničim se ne dokazuju. Tako i oni poprimaju dimenziju demagoškog govora. No, demagogija je posebno prepoznatljiva u (pokušaju) korištenja opravdanog nezadovoljstva lječnika kojima se sugerira da su pokretači peticije (jedini!?) pravi borci za

ligečničko bolje sutra! Zato treba izabrati vodstvo Komore „koje će znati, htjeti i željeti beskompromisno štititi interes lječnika“. Pa tko to ne bi podržao!?

No, iznošenje mišljenja, pa bilo ono protkano i demagogijom, o Komori, njezinom rukovodstvu i njegovom radu, legitimno je pravo svakog člana HLK-a, pa i svake lječničke udruge čiji su članovi ujedno i članovi Komore. O svemu tome demokratski se raspravljalo na sjednici Skupštine. Isto tako se demokratski raspravljalo o prijedlozima HUBOL-a koje skupština nije prihvatala. (Nažalost, tajnik HUBOL-a, u svom pismu članovima HUBOL-a od 26. siječnja 2015., neizravno proziva skupštinsku većinu što je „odbacila naše zahtjeve“ čime je „jasno dala do znanja što misli o ovim legitimnim prijedlozima nas - bolničkih lječnika!“. Kao da zaključci skupštine nisu legitimni!?).

No, otužno je čitati i slušati one stavove i prijedloge iz Peticije koji sadrže neprimjerene, netočne, neetične, protuustavne i uvredljive stavove. A tako se može kvalificirati sve ono što se u Peticiji odnosi na kolege umirovljene lječnike. Prvo ih se naziva „organiziranom skupinom“ koja, što je „neprimjereno“, vodi Hrvatsku lječničku komoru! Slijedi prebrojavanje umirovljenih lječnika u vodstvu Komore! Traži se da se „ograniči sudjelovanje umirovljenih lječnika u predstavničkim i upravljačkim tijelima HLK“ „jer se to protivi institutu umirovljenja“. Na skupštini se predlažu amandmani po kojima bi lječnik izabran na neku funkciju u Komori, danom umirovljenja automatski odstupio s te funkcije!

Sve su to neprimjerene konstatacije i kvalifikacije! Netočno je da „institut umirov-

ljenja“ u sebi sadrži ograničenje bilo koga, pa i umirovljenih lječnika, u bilo kakvim „predstavničkim i upravljačkim tijelima“ (prisjetimo se brojnih „umirovljenika“ koji su u svojoj starijoj, pa čak i staroj dobi, aktivni i značajno doprinose u raznim „predstavničkim i upravljačkim tijelima“!) – ovdje je pobrkan institut radnog prava s „institutom“ sposobnosti! Ovakvo diskreditiranje „umirovljenih lječnika“ u suprotnosti je s Hipokatovom prisegom (...Svoga ču učitelja ovoga /lječničkog/ umijeća štovati kao svoje roditelje, davat ču mu što mu u životu bude potrebno, njegovu ču djecu držati svojom braćom, a budu li htjeli učiti ovu umjetnost, poučavat ču ih bez ugovora i bez plaće.“). Eliminacije umirovljenih lječnika iz „predstavničkih i upravljačkih tijela“ Komore protuustavan je čin kojim se velika skupina lječnika stavila

u neravnopravan položaj! Sam pokušaj eliminacije umirovljenih lječnika iz „predstavničkih i upravljačkih tijela“ uvredljiv je ne samo za aktualno umirovljene lječnike, nego i za sve lječnike, i to ne zato što će svi, ako požive, jednoga dana biti umirovljeni lječnici, nego što je to diskriminacija sama po себi! Koliko je ovaj prijedlog diskriminirajući (i absurdan) postaje očitije ako se poslužimo poznatim retoričkim trikom zamjene pojmova, pa pojma „umirovljeni lječnik“ zamjenimo pojmovima „lječnici do 30 godina starosti“, „lječnici stari od 40 do 49 godina“, „lječnici psihiyatри“. „lječnici lijeve ili desne političke opcije“, „lječnici slovenske ili crnogorske nacionalnosti“... (!?).

No, srećom, Skupština HLK-a je na demokratski način („legitimno“), jasno dala do znanja što misli o legitimnim prijedlozima“

HUBOL-a. Odbila je tako, prepoznavši demagoško u prijedlozima koji su joj podastrti, diskriminirati svoje kolege umirovljene lječnike.

Pa, eto, drage kolege, da se i ja na trenutak poslužim demagogijom, krenimo u susret novim izborima „predstavničkih i upravljačkih tijela“ Komore, po Pravilniku koji je skupština jednoglasno prihvatala (i kolege koji su podnijeli odbijene amandmane na prijedlog Pravilnika, prihvatali su Pravilnik!) i izaberimo one, koje će znati, htjeti i željeti beskompromisnoštiti interes lječnika...“

*Predsjednik Skupštine HLK-a  
prof. dr. sc. Vlado Jukić*

### Osvrt na Skupštinu Komore

**Dr. Dijana Ramić Severinac**

### Zašto KoHOM nije podržao HUBOL-ove prijedloge

- Prije osvrta željela bih samo napomenuti i podsjetiti kolegice i kolege na neke činjenice o lječničkim udrugama u Hrvatskoj, te napomenuti da je ovaj osvrt pisan neformalno i zato je rječnik povremeno kolokvijalan.

Krovna organizacija lječnika u RH je Hrvatska lječnička komora. Obveza svih lječnika koji žele raditi kao lječnici u sustavu je da su članovi HLK-a.

Ovo je obaveza svih reguliranih profesija u zdravstvu i obaveza je u svim zemljama članicama EU-a a Hrvatska tu nije iznimka.

Ako želimo raditi kao lječnici, nemamo izbora. Ali kako god gledali na Komoru (kao neželjeno ili željeno dijete), ona je tu. A mi moramo biti njeni članovi.

Kakva je njena uloga? Članak 1. statuta HLK-a kaže: „Hrvatska lječnička komora (dalje u tekstu: Komora) je samostalna, neovisna, staleška i strukovna organizacija lječnika – doktora medicine na području Republike Hrvatske.“

Komora štiti prava i zastupa interese lječnika, unapređuje lječničku djelatnost, briše se o ugledu lječnika i o pravilnom obavljanju lječničkog zvanja.“

Dakle, HLK je tu da se brine o našim pravima i interesima, između ostalog. Članstvo obavezno. Nadzor nad radom HLK-a ima Ministarstvo zdravljia.

Osim Komore, imamo i Hrvatski lječnički zbor. Što je HLZ?

Delegat Skupštine  
dr. Dijana Ramić Severinac



Prema Statutu: „Hrvatski lječnički zbor dobровoljna je udružba doktora medicine i doktora dentalne medicine (u dalnjem tekstu: lječnici) osnovana radi unapređenja zaštite zdravlja naroda, stručnog i znanstvenog rada, njegovanja lječničke etike i zaštite staleških interesa. Njezino je djelovanje utemeljeno na načelu slobodnog sudjelovanja u javnom životu.“ Znači da se, između ostalog, bavi značaju i staleškim pitanjima. Pojednostavljen: akademski zajednica. Članstvo dobrevoljno.

I na kraju imamo Hrvatski lječnički sindikat. Njihov Statut kaže: «Hrvatski lječnički sindikat je strukovna, samostalna, dobrevoljna sindikalna udružba, koja osigurava, unapređuje i štiti interese i prava hrvatskih lječnika. Sindikat je odgovoran svom članstvu i djeluje u skladu s ovim Statutom i programom.»

Sindikat štiti naše interese. I članstvo u njemu je dobrevoljno. Baš kao i u HLZ-u. No, moja napomena - HLS do sada nije štitio interese lječnika primarne zdravstvene zaštite koji su u koncesiji pa čak niti lječnike zaposlenike domova zdravlja.

I naravno, to nam nije dovoljno jer kroz te tri udruge ne uspijevamo postići svoje ciljeve i želje, ne možemo poboljšati uvjete rada i sam dignitet lječničke struke.

Posljedica: samo u obiteljskoj medicini imamo četiri različite udruge. I novu udružgu bolničkih lječnika.

Nekada sam se zgrážala nad činjenicom da u zemlji veličine Hrvatske uz ukupno stanovništvo veličine predgrađa New Yorka imamo toliko udruga. Sve dok nisam postala članica različitih europskih asocijacija obiteljske medicine. I shvatila da, primjerice, Francuska ima osam udruga obiteljske medicine. I da i ostali imaju obavezno, zakonom regulirano članstvo u lječničkim komorama. Baš kao i mi...“

Pa sam čitala, istraživala i u literaturi stalno nailazila na činjenicu da je dobro da postoji više različitih udruga. I da su liječnici članovi tih udruga zbog njihovog osjećaja pripadnosti jednoj struci, zbog veće sigurnosti pacijenta (ipak smo mi liječnici i kako god okrenuli, pacijenti su u našem fokusu, a ako i nisu - morali bi biti). I tako se u literaturi nabrazaju razlozi zašto trebamo biti članovi različitih liječničkih asocijacija...

I koliko god je bilo perioda u mom radnom vijeku u kojem nisam željela biti član Komore jer sam bila uvjerenja da ne čine ništa da bi nam bilo bolje i lakše, i iz protesta nisam željela plaćati članarinu, tek dobrim proučavanjem Statuta Komore i onoga što ona može shvatila sam koliko je ograničeno njen dje-lovanje. I koji sve drugi zakoni reguliraju naša ograničenja i ovlasti, a na većinu toga HLK ne može utjecati. No, zato sam i toliko ponosna nakon ove izvanredne Skupštine na sve kolege koji su tamo bili. Ponosna na svoje kolege primarce, na bolničke kolege i na kolege umirovjenike...

Jer kada pogledamo 'u rikverc', Skupština je bila vrlo živahna, sugovornici su imali različite poglede i vizije o budućnosti Komore, ali diskusija je bez obzira na emocije i povremeno disonantne tonove ostala na razini visokoobrazovanih ljudi.

*Ovaj osvrт pišem prvenstveno zbog svih onih mojih bolničkih kolega koji jesu ili nisu članovi HUBOL-a i koji su vjerojatno ostali razočarani ishodom ove Skupštine (ako su uopće i znali za nju). Za sve moje HUBOL-ovce koji su sa mnom studirali.*

Uvodni dio sam napisala jer sam svjesna da bar 50 posto kolega ne zna što je uloga HLK-a, HLZ-a i HLS-a. I koje su razlike u njihovom djelovanju.

Pa i sami delegati Skupštine Komore su u nekim situacijama djelovali zburjeno i teško su mogli odvagnuti što spada u čiji djelokrug. Nepoznavanje ustroja i uloge Komore je pokazala i anketa koja je prije više od dvije godine provedena među bolničkim kolegama i čiji su rezultati bili poražavajući.

Naime, dobar dio kolega je odgovorio da njihovu plaću određuje HLK. Poražavajuća je činjenica da postoji elementarno nepoznavanje osnovnih pojмova i uloga Vlade, HZZO-a, MIZ-a i naravno, onda HLK-a. Koeficijente određuje MIZ, a na osnovi koeficijenata se regulira naša plaća. I u tome Vlada i MIZ nikada nisu ozbiljno pregovarali sa Komorom. To je uloga Sindikata. Sindikata koji se do nedavno borio samo za bolničke kolege, a kolege u primarnoj nikada nisu zastupali (razlog je poznat njima...). Komora ima samo savjetodavnu ulogu i, na žalost, savjete HLK-a vladajuća garnitura (bez obzira na trenutni sastav) nikada ne

doživljava ozbiljno i ne uvažava ih. Za razliku od Sindikata koji je važan u pregovorima.

I obzirom da niti zastupanje bolničkih kolega nije zadovoljavajuće, a nezadovoljstvo kolega uvjetima rada je sve veće - KoHOM je radosno dočekao osnivanje HUBOL-a. Pratili smo njihov rad, ponudili suradnju i pomoć. Doživjeli smo ih kao mlađeg brata ili sestru koji se pojavljuju na sceni ubrzo nakon nas. I gledali smo kako je HUBOL postao sada enfant terrible kao KoHOM nekada. Sjetili smo se našeg "gerilskog" ulaza (tako su se o nama u tom trenutku izražavali u Komori) na sjednicu UV-a HZZO-a, sjetili smo se potajnog nalaženja s pojedincima iz Komore (jer nisu smjeli biti viđeni u našem društvu), sjetili smo se prvih press konferenciјa...

I zbog svega toga smo se veselili HUBOL-u i još uvijek se veselimo. I mislimo da je njihovo postojanje neophodno i neupitno. Ali ima nešto što nas ipak razlikuje. I po čemu je KoHOM KoHOM, a HUBOL HUBOL. Razlika u izričaju, razlika u načinu dolaska do cilja. A to znači da KoHOM ne može prihvati način na koji je pisana HUBOL-ova peticija. Daleko od toga da se i mi ne slažemo sa stvarima u peticiji. Slažemo se. Ali ne može se (ili se barem ne bi smjelo jer pravila uljuđenog ponašanja to ne dopuštaju) pisati na način da se diskriminira dio kolega.

Niti se mogu voditi osobni ratovi, nastupati politizirajući. Svi smo mi liječnici. I svi smo mi grešnici. Ali svatko od nas mora u sebi imati i samokritičnost i priznati kada smo u nečemu pogriješili. Kada smo pretjerali. Makar i željeli najbolje.

Zašto KoHOM nije mogao podržati HUBOL-ove prijedloge na Skupštini? Ne zato jer mislimo da elektronsko glasovanje nije dobro. Dapače, ono je odlično. Ali u onom trenutku kada već dio članstva Komore to bude mogao odraditi kako treba. I kada nam sigurnost bude na boljoj razini i kada se omogući tajnost glasovanja koja „košta“. Naravno, i kada poraste informatička pismenost članova.

Iduća stvar s kojom se slažemo je činjenica da imamo puno umirovljenih kolega u Komori. Istina je. Ali Skupštinu Komore čini 46 posto bolničkih kolega, 40 posto primaraca i 14 posto ostalih (a to su i delegati MORH-a, HZZO-a, umirovljenici, farmaceuti...). I ne možemo prihvati činjenicu da dob. tj. trenutak umirovljenja kolega bude presudan za dužnosnika Komore.

Daljnji zahtjev je bio za neposredan izbor predsjednika Komore. Odličan zahtjev. Nadam se za izbore 2019. godine. To je moguće u onom trenutku kada članovi Komore (čitaj liječnici praktičari) budu svjesni uloge i funkcije Komore što u ovom trenutku nisu (a i anketa je to pokazala). Kada kolege budu zna-

li što mogu očekivati i tražiti od predsjednika. No, dokle god oni traže sindikalne zahtjeve od predsjednika - bojim se da nismo spremni za neposredan izbor predsjednika. Također, osobno smatram i spornim zahtjev HUBOL-a da je za izbore predsjednika Komore (na način koji su predložili) dovoljan izlaza od svega 10 % članova Komore. A iako mi matematika nije jača strana, izračunala sam da je to otprilike broj članova HUBOL-a.

Kome je predsjednik Komore odgovoran? To je bilo iduće pitanje i zahtjev HUBOL-a da predsjednik Komore ne odgovara Skupštini tj. da ga Skupština ne može razriješiti dužnosti. Već samo članovi Komore. Sve vas koji ovo čitate molim da iskreno sami sebi priznate biste li vi (kao član Komore) pokrenuli postupak za opoziv predsjednika Komore kada ne bi bili zadovoljni s njime? Biste li zamolili kolegu do vas da vas podrži? Ne očekujem odgovore. Samo vas sve molim da razmislite i iskreno sebi odgovorite na to pitanje.

## Predsjednik koji ne odgovara Skupštini?

Važno je napomenuti da je novi Pravilnik o izborima u tijela HLK-a izglasан jednoglasno.

Ovo su glavne točke u kojima liječnici primarne zdravstvene zaštite nisu mogli podržati HUBOL na izvanrednoj Skupštini. Iako se slažemo s dijelom ideja i prijedloga. Ali izričaj je važan. I način na koji postižemo cilj. I važno je razlikovati uloge Zbora, Komore i Sindikata. Na pravim mjestima tražiti i očekivati prave odgovore.

I da, za kraj jedna važna napomena kolegama iz HUBOL-a: KoHOM je udruga svih liječnika obiteljske medicine bez obzira jesu li oni u koncesiji ili su djelatnici domova zdravlja, baš kao i HUOM i HDOD. Svi su oni obiteljski liječnici. I KoHOM će i dalje pokušavati, uz HLK i HLZ, izboriti bolje uvjete rada za primarnu zdravstvenu zaštitu baš kao što se nadamo da će i HUBOL uz Sindikat i HLK za bolničke kolege pa makar i dio njih bio u privatnom sektoru. Jer uvjerenja sam da HUBOL nije udruga koja prima samo kolege zaposlene u bolnicama, već da su vrata otvorena i privatnom sektoru. Sindikat je mjesto samo za zaposlenike bolnica i domova zdravlja iako po Statutu mogu primiti i privatne djelatnike.

I ovom prilikom zahvaljujem svim kolegicama i kolegama koji su došli na Skupštinu i sudjelovali u njenom radu. Kao i stručnim službama Komore koje su Skupštinu organizirale.



# Stjecanje statusa specijalista iz uže specijalnosti – kronologija važenja propisa

Voditeljica općih pravnih poslova u Komori Maja Lacković, dipl. iur.



- Pravilnik o stjecanju statusa specijalista iz uže specijalnosti (NN 128/2006 i 26/2007) donesen na temelju članka 134. stavka 6. tada važećeg Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 121/2003, 48/2005 i 85/2006) omogućavao je doktorima medicine specijalistima, istaknutim stručnjacima koji se bave određenom propisanom užom specijalnošću 10 godina, koji imaju znanstveno-nastavno zvanje profesora ili docenta i kontinuirano publicirane stručne i znanstvene radove iz uže specijalnosti kroz tih 10 godina, da im se na temelju pribavljenog pozitivnog mišljenja Hrvatske liječničke komore o njihovom radu na području uže specijalnosti prizna status specijalista iz uže specijalnosti. Ista je mogućnost bila određena i za doktore medicine specijaliste, istaknute stručnjake koji se bave određenom propisanom užom specijalnošću 10 godina, koji imaju akademski stupanj doktora znanosti ili priznati naziv primarijus.

Kao iznimku od naprijed navedenoga, Pravilnik je predviđao i mogućnost da doktori medicine specijalisti koji se bave određenom užom specijalnošću 10 godina steknu status specijalista iz uže specijalnosti, ali pod uvjetom položenog ispita iz uže specijalnosti, a na temelju prethodno pribavljenog pozitivnog mišljenja Komore o njihovom radu na području uže specijalnosti. Temeljem tog Pravilnika, Komora je bila uključena u postupak priznavanja statusa specijalista iz uže specijalnosti na način da je davala prethodna mišljenja o radu liječnika specijalista na području određene uže

specijalnosti. Takvih mišljenja je Komora izdala 889 te je time omogućeno podnositeljima zahtjeva da, u nastavku postupka pred Ministarstvom zdravlja, steknu status specijaliste uže specijalnosti.

Spomenuti Pravilnik bio je na snazi od 5. prosinca 2006. godine do 7. prosinca 2013. godine kad je stupio na snagu Pravilnik o stavljanju izvan snage Pravilnika o stjecanju statusa specijalista iz uže specijalnosti („Narodne novine“ br. 145/13). Valja naglasiti da je Pravilnik o stavljanju izvan snage Pravilnika o stjecanju statusa specijalista iz uže specijalnosti objavljen 6. prosinca, a stupio na snagu 7. prosinca, dakle bez uobičajenog razdoblja tzv. vacatio legis od osam dana što je uobičajeni rok od objave propisa u Narodnim novinama do stupanja na snagu.

Pravilnik o stavljanju izvan snage Pravilnika o stjecanju statusa specijalista iz uže specijalnosti je donesen bez ikakve najave i zatraženog prethodnog mišljenja Hrvatske liječničke komore, a s obzirom da njime nije bilo ostavljeno prijelazno razdoblje za dovršetak postupaka davanja prethodnog mišljenja Hrvatske liječničke komore pa je više od 20 liječnika, podnositelja zahtjeva, ostalo zakinuto u ovoj mogućnosti.

Komora je ustrajnim aktivnostima prema Ministarstvu zdravlja nastojala ukazati na negativne posljedice naglog stavljanja izvan snage pravilnika koji je vrijedio sedam godina, te je 8. studenog 2014. godine stupio na snagu novi Pravilnik o stjecanju statusa

specijalista iz uže specijalnosti (NN 128/14) kojim je uvodno opisana mogućnost stjecanja statusa specijaliste uže specijalnosti ponovno uvedena, no s ograničenjem od šest mjeseci. Naime, Pravilnikom je bilo propisano da se zahtjev za priznavanje statusa užeg specijalista može podnijeti Ministarstvu zdravlja najkasnije u roku šest mjeseci od dana stupanja na snagu, dakle, do 8. svibnja 2015. godine.

Ovu novu mogućnost za stjecanje statusa specijaliste iz uže specijalnosti iskoristilo je oko 470 liječnika te podnijelo Komori zahtjev za izdavanjem prethodnog mišljenja o njihovu radu na području uže specijalnosti.

Novi moment za ovaj postupak stiže 19. studenog 2014. godine kad je u „Narodnim novinama“ objavljena Odluka Ustavnog suda broj: U-II-6253/2013 kojom se pokreće postupak za ocjenu suglasnosti s Ustavom i zakonom te se ukida Pravilnik o stavljanju izvan snage Pravilnika o stjecanju statusa specijalista iz uže specijalnosti te se određuje da se Pravilnik o stjecanju statusa specijalista iz uže specijalnosti iz 2006. godine ima i dalje primjenjivati. Dakle, pravna situacija je da je citiranom Odlukom Ustavnog suda vraćen na snagu „prvi“ pravilnik o stjecanju statusa užeg specijaliste dok je već desetak dana bio na snazi „drugi“ pravilnik kojim je uređen isti postupak.

Privremeno „dvovlaže“ dvaju pravilnika o priznavanju statusa specijalista iz uže specijalnosti razrješava se Uredbom Vlade Republike Hrvatske o izmjenama i dopunama o zdravstvenoj zaštiti – objavljena 24. prosinca 2014. godine, a stupila na snagu 1. siječnja 2015. godine.

Uredbom Vlade izmijenjen je Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“ br. 150/08 i dalje) na način da je brisan pravni temelj da se status specijaliste uže specijalnosti može steći temeljem posebnog pravilnika kojeg donosi ministar, te prestaju oba pravilnika o stjecanju statusa specijalista iz uže specijalnosti. Uredbom je predviđeno kratko prijelazno razdoblje te je određeno da će se zahtjevi koje su doktori medicine specijalisti podnijeli za izdavanje pozitivnog mišljenja o svom radu na području uže specijalnosti Hrvatskoj liječničkoj komori do dana stupanja na snagu ove Uredbe riješiti prema odredbama Pravilnika o stjecanju statusa specijalista iz uže specijalnosti („Narodne novine“, broj 128/2014).

Svi zahtjevi za izdavanjem prethodnog mišljenja Komore o radu liječnika specijalista na području određene uže specijalnosti koji su predani ili upućeni preporučenom poštom do 31. prosinca 2014. godine bit će razmotreni te će Komora svim podnositeljima odgovoriti donošenjem svoga mišljenja.

.....

## Uz 20. obljetnicu obnavljanja rada Hrvatske liječničke komore

# O prošlosti i budućnosti komorskog djelovanja liječnika u Hrvatskoj



*Doc. dr. sc. prim. Hrvoje Šobat, dr. med.,  
član IO HLK-a, predsjednik Povjerenstva za  
međunarodnu suradnju*

- Obljetnica obnavljanja rada Hrvatske liječničke komore (HLK) i skri izbori za tijela HLK-a potakli su do sada nezapamćen interes i rasprave oko uloge i budućnosti naše Komore. Ne čudi niti interes hrvatske javnosti koja je jednako kao i liječnici zainteresirana za uspješan i učinkovit rad Komore. Zdravstveni sustav je okosnica uspješnog funkcioniranja, rasta i napretka svakog društva. Komore nigdje u svijetu nisu osnivane prvenstveno radi neposredne zaštite liječničkih statusnih interesa, svrha osnivanja komora je unapređenje zdravlja naroda kroz autonomnu samoregulaciju profesije. Zemlje središnje Europe imaju razvijen neovisni komorski sustav, dok u skandinavskim zemljama postoje odjeli liječničkih društava koji svojim ustrojem i djelovanjem odgovaraju komorskim mehanizmima. Svi smo mi u isto vrijeme i liječnici i pacijenti, budućnost naših obitelji ovisi o uspješnom radu cijelog zdravstvenog sustava, brojnih uslužnih djelatnosti i cjelokupne ekonomije. Samo zdravi i zadovoljni pojedinci, koji imaju povjerenje u svoju socijalnu sigurnost mogu biti nosioci razvoja i stvarati nove vrijednosti.

Hrvatski državni sabor zakonom je dao našoj profesiji javne ovlasti s namjerom osiguravanja izvrsnosti zdravstvene zaštite kroz nadzor trajnog usavršavanja liječnika, odvajanje nadrilječništva od liječništva, sankcioniranje aberantnih ponašanja u sustavu i sudjelovanje u izradi svih propisa koji to područje reguliraju. Nažalost, nakon početnog poleta po obnavljanju Komore, zakonodavac mijenja ključnu javnu ovlast „davanja suglasnosti na predložene propise“ u „davanje mišljenja“. Sama nemogućnost davanja suglasnosti ne smije nam biti izgovorom za neuspjele inicijati-

ve. Možda tijekom snalaženja u novim okolnostima čak i opravdana mјera opreza, ali nakon prvih 20 godina tvrdim da se Komora radom dokazala kao pouzdan savjetodavni i suradni partner zdravstvenoj administraciji, potpuno u skladu s ishodišnjim namjerama. Nema nikakvoga razloga da se prenošenje javnih ovlasti u pogledu nadzora i praćenja trajne medicinske izobrazbe ne proširi npr. nadležnošću nad provođenjem liječničkih specijalizacija, tim više što je HLK (uz medicinske fakultete i Hrvatski liječnički zbor) doprinijela oblikovanju novih programa specijalizacija uskladištenih s propisima EU-a.

Kako procijeniti uspješnost rada u Komori? Proteklo razdoblje obilježava ponovna uspostava komorskog ustroja, nepovratno izbljijedjelog za 50 godina neaktivnosti. Nije bio dostupan nitko od kolega s barem osnovnim iskustvom iz rada raspštenih liječničke komore. Komora je dio zdravstvenog sustava čija se učinkovitost mjeri, a ciljevi određuju usporedbom zdravstvenih pokazatelja u odnosu na druge zemlje EU-a. Uspješan rad ne ogleda se u neposredno i odmah vidljivim brojkama, Komora nije dioničko društvo niti ima financijske pokazatelje rasta.

Liječnici su zakonom određeni kao «temeljni, samostalni i odgovorni nositelji zdravstvene djelatnosti koja je od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku i koja osigura zdravstvenu zaštitu svakom pojedincu i cjelokupnom pučanstvu u Republici Hrvatskoj». Liječnička komora kao «parlament svih liječnika» mora aktivno sudjelovati u oblikovanju javnog mišljenja i zakonodavnih postupaka na području zdravstva.

Prema ispitivanju stavova članova o

aktivnostima Komore provedenom 2013. godine 57,7% smatra da nisu dovoljno upoznati s njenim radom. Složen i nezadovoljavajući status liječnika, egzodus mlađih kolega i skori izbori su prilika za redefiniranje puta kojim želimo nastaviti unutar postojećeg zakonskog okvira, kao i načina međusobne komunikacije. Uz naše postojeće tiskano glasilo, za podržati je dalji razvoj neposrednih kanala izvještavanja o aktivnostima pomoću web-publikacije koja trenutno pristiže na e-adrese kao i prenošenje sjednica Skupštine uživo na komorskoj web-adresi.

Liječničke komore zemalja s kojima se volimo uspoređivati održavaju stalne misije pri sjedištu Europske komisije kako bi što neposrednije pratile zbivanja od vitalne važnosti za svoj rad i zastupale svoje interese. U isto vrijeme mi se bavimo sobom i raspravljamo da li nam i koliko stručnih suradnika treba i zašto gradimo «dvore». U kojima bismo se «dvorima» sastajali da su naši prethodnici trošili kreativnu energiju na rasprave oko gradnje Liječničkog doma na kraju grada u Šubićevu ulici, 1936. godine? Zar je zaista naša izvrsnost u pojedinim granama medicine, potkrijepljena znanstvenim postignućima i ugledom među pacijentima dovoljna za uspješno upravljanje velikim bolničkim ili zdravstvenim sustavima bez vrijednih konzultanata? Danas je u Hrvatskoj liječničkoj komori stalno zaposleno 20-ak profesionalaca različitih struka bez čije pomoći ne bismo mogli.

Provođenje stručnog nadzora postaje sve važnija aktivnost Komore, osobito nakon pristupanja Hrvatske Europskoj uniji. Prema podacima iz istraživanja Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) o uzrocima migracija liječnika vidljivo je kako se uz finansijske motive ne smije zanemariti nezadovoljstvo lošim međuljudskim odnosima, «mobbingom» i preprekama stručnom usavršavanju i napredovanju. Ovlasti Komore ne utječu neposredno na prihode članstva, ali ciljani stručni nadzor može umanjiti ili otkloniti nematerijalne uzroke nezadovoljstva kolega i njihovu spremnost na rješavanje problema kroz iseljavanje. Autoritet stručnog nadzora Komore pomaže otklanjanju neopravdanih pritužbi, potiče potrebne promjene ili potvrđuje visoku razinu organizacije rada. Nalazi stručnog nadzora moraju ostati stručni korektiv i doprinositi razvoju sustava koji se stalno poboljšava kroz učenje.

Objektivna izvješća eksperata Komore s jasnim odmakom od «shame/blame» pristupa značajno doprinose našoj sigurnosti u prakticiranju profesije i treba nastojati na povećanju sredstava predviđenih za proširenje liste planiranih aktivnosti stručnog nadzora.

Od liječničke se komore u nestalom i izazovnom vremenu očekuje neprekidno

unapređivanje stručnosti uz prilagođavanje etičkih načela razvoju društva češće nego ikada prije. Daljim radom na usavršavanju pravilnika o trajnoj edukaciji treba otkloniti opravdane prigovore kolega i pokušati vrednovati stvarno usavršavanje za razliku od bodovanja vremena provedenog na sastancima. Kroz Komoru imamo mogućnost sami odlučivati o mnogim bitnim aspektima svoje profesije, što je bitna prednost pred profesijama čija se pravila određuju isključivo za pisaćim stolovima državne administracije. Za rješavanje problema novoga vremena potrebna je energija i svjetonazor kolega koji dolaze i zbog toga je od izuzetne važnosti da se što više mladih uključi u rad tijela Komore. Mladi su liječnici/specijalizanti na početku svoje karijere zaokupljeni egzistencijalnim problemima i sasvim specifičnim interesima, zbog čega predstavljaju manjinu u predstavničkim tijelima Komore. Slično je iskustvo komora u drugim zemljama. Motiviranje mladih kolega za rad u Komori unaprijedilo bi kvalitetu zakonskih rješenja koja komentiramo i izmjena koje predlažemo. Na taj bismo način iz svih aspekata saznali potrebe naših članova, poboljšali zadovoljstvo i osigurali njihovu trajnu aktivnost u tijelima Komore. I zato nemojte reći: «A što ja imam od Komore?» već recite: «Imam ideje i želim raditi kako bi naša Komora što više odgovarala mojim potrebama, a na

dobrobit svih kolega!» Nije lako nakon 50-60 sati rada tjedno angažirati se u raznim povjerenstvima ili radnim grupama, ali susrest cete i upoznati brojne aktivne i angažirane kolege.

Zajedno moramo očuvati slobodno bavljenje profesijom kao temeljno pravo svakog liječnika, neovisnost odnosa s pacijentom i izbor terapije. HLK kao središnje tijelo liječničke samouprave treba ustrojati na usvajanju najboljih zakonskih rješenja u području zdravstva i zdravstvenog osiguranja održavanjem dijaloga s ministarstvom nadležnim za zdravstvo bez obzira na dnevno političke oscilacije. Prekid komunikacije pokazao se u proteklih 20 godina razlogom suboptimalnih rješenja, koja se kasnije bez suradnje struke teško moglo implementirati i koja su rezultirala nezadovoljstvom liječnika i korisnika naših usluga. U budućnosti će se dalje zaoštrevati finansijski aspekt liječničke odgovornosti, radi povećavanja nesrazmjera resursa i očekivanja pacijenata, odnosno troškova inovativnih vidova liječenja. Bez velikog iskustva liječnika koji svakodnevno rade u sustavu neće biti moguće pronalaziti racionalna rješenja u brzim izmjenama okolnosti. Ne postoji država čiji zdravstveni sustav ne može potrošiti sva dostupna sredstva, u našem primjeru i više od toga. Ukupna su sredstva u sustavu višestruko veća nego prije 20 godina, a svi smo nezadovoljni. Odgovornost za propu-

ste, nezadovoljstvo korisnika i nas samih nitko u laičkoj i stručnoj javnosti i ne pokušava prisipati isključivo jednom krivcu - od prigode do potrebe krivi su svi: ministarstvo, fond, liječnička komora, sindikat, ravnatelji. Zaboravljamo koliko je u tom razdoblju napredovala tehnologija liječenja. Sustav bi preko noći postao uravnotežen ako se pacijenti suglase s načinima liječenja, a liječnici s primanjima iz prijašnjega razdoblja.

Preduvjet je uspješnog djelovanja Komore još veća aktivnost svih članova. Obljetnica 20 godina obnovljenog djelovanja jedinstvena je prilika za otvorenu raspravu i postizanje konačnog konsenzusa kako bismo prekinuli besplodne rasprave oko opravdanosti postojanja HLK-a i «prisilnog udruživanja», koje navodno stoji na putu ostvarenju svih naših interesa. Kolege u Češkoj, Slovačkoj i Mađarskoj prenose nam svoja iskustva o sustavima gdje su komore proglašene neobavezнимi i/ili su im oduzete javne ovlasti. O frustracijama koje uzrokuje nedostatak ikakvih oblika udruživanja kroz koja bi mogli utjecati na odlučivanje o svom profesionalnom statusu i sudbini svojih pacijenata. Ukipanje obveznog udruživanja u Komoru ne briše iz zakona tih zemalja obvezu stručnog nadzora, licenciranja liječnika, trajnog usavršavanja niti sankcioniranja aberantnih i štetnih ponašanja, već ovlasti prenosi na

## VIII Simpozij Hrvatske liječničke komore

# „Liječnička samouprava u Europi – 20. obljetnica obnovljenog rada Hrvatske liječničke komore“

**Zagreb, 8. svibnja 2015., hotel Westin**

.....

### Organizacijski odbor:

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

### Programski odbor:

- Prim. Hrvoje Minigo, dr. med. • Prim. Katarina Sekelj - Kauzlaric, dr. med.
- Prim. doc. dr. sc. Hrvoje Šobat, dr. med. • Senad Muslić, dr. med.
- Nikolina Budić, dipl. iur.

neko drugo tijelo izvan domaćaja profesije, čije financiranje također nije besplatno već prikri-veno kroz korištenje prikupljenih poreza i do-prinosa.

Umjesto zaključka, interes za rad Komore raste iz godine u godinu, što je indirektna potvrda do sada postignutog, ali i porast razumijevanja značaja komorskog organiziranja kao bitnog načina poboljšanja našega statusa kroz institucije sustava. Već spomenuto istraživanje stavova iz 2013. godine pokazalo je izlaznost na prošlim izborima od 51,48%. Samo je 6,4%

ispitanika tada bilo uglavnom ili potpuno ne-zadovoljno izbornim postupkom, pokazavši kako je participiranje u izbornom postupku mnogo značajnije od njegovog mijenjanja. Ako zaista želimo unaprijediti rad naše Komore iskoristimo svoj glas i uključimo se aktivno u tijela Komore prema iskazanom povjerenju svojih kolega.

Naša postojeća materijalna sigurnost i iskustava nakon prvih 20 godina obnovljenih aktivnosti predstavljaju dobru osnovu za daljnje planove i još veći utjecaj u društvu.

Komora u kojoj svaki član može izraziti svoje mišljenje i prema svojim mogućnostima dopri-nijeti radu i predlaganju rješenja činit će sva-kodnevne sitne pomake koji će nakon nekog vremena rezultirati vidljivim napretkom u iz-uzetno osjetljivoj djelatnosti koja ne trpi revolu-cije i eksperimentiranje s ljudskim sudbinama.

.....

## PREGLED AKTIVNOSTI HLK

### OD 24. SIJEČNJA DO 14. VELJAČE 2015. (OD 33. DO 34. SJEDNICE IO HLK)

#### 24. siječnja 2015.

- održana izvanredna sjednica Skupštine Hrvatske liječničke komore
- u Komori održana sjednica Nadzornog odbora Hrvatske liječničke komore

#### 26. siječnja 2015.

- u Komori održan sastanak Uredničkog odbora Liječničkih novina

#### 27. siječnja 2015.

- u Hrvatskom liječničkom zboru održan zajednički sastanak Izvrsnih odbora Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog zbora
- prim. dr. K. Sekelj - Kauzlaric na Medicinskom fakultetu u Zagrebu sudjelovala u radu Povjerenstva za kvalitetu

#### 28. siječnja 2015.

- prim. dr. H. Minigo i prim. dr. K. Sekelj - Kauzlaric na poziv predsjednika Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku doc. dr. sc. Željka Jovanovića u Hrvatskom saboru nazočili zajedničkom sastanku predstavnika svih komora u zdravstvu, Ministarstva zdravlja, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te članova Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku
- u Komori održan sastanak Povjerenstva za organizaciju svečanog obilježavanja 20. obljetnice obnovljenog rada Hrvatske liječničke komore

#### 29. siječnja 2015.

- prim. dr. K. Sekelj - Kauzlaric u Ministarstvu zdravlja nazočila sastanku Radne skupine za izradu programa specijalizacije iz patologije i citologije
- u Komori održan sastanak Programskog odbora VIII. Simpozija Hrvatske liječničke komore

#### 4. veljače 2015.

- u Komori održan sastanak Povjerenstva za organizaciju svečanog obilježavanja 20. obljetnice obnovljenog rada Hrvatske liječničke komore
- u Komori održan sastanak Povjerenstva za dodjelu priznanja Hrvatske liječničke komore

#### 5. veljače 2015.

- prim. dr. H. Minigo u Komori održao sastanak s predstavnicima Hrvatske komore medicinskih sestara u vezi partnerstva na osnivanju Centra za profesionalni razvoj i trajno usavršavanje slobodnih profesija RH

#### 10. veljače 2015.

- prim. dr. H. Minigo, doc. dr. V. Mozetić i dr. S. Muslić u Ministarstvu zdravlja održali zajednički sastanak s ministrom zdravlja dr. S. Vargom i ravnateljicom Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje T. Prendić Trupec, mag.ing.el. u vezi statusa i perspektive privatnog zdravstva i izvanbolničkih ugovornih specijalista u sustavu zdravstva
- prim. dr. H. Minigo u Ministarstvu zdravlja održao zajednički sastanak sa zamjenikom ministra prim. dr. M. Česarikom i predstavnikom Hrvatske komore medicinskih biokemičara Goranom Bulatovićem u vezi izmjena i dopuna Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine specijalizacija iz laboratorijske medicine

#### 11. veljače 2015.

- u Komori održan sastanak Povjerenstva za organizaciju svečanog obilježavanja 20. obljetnice obnovljenog rada Hrvatske liječničke komore
- u Komori održan sastanak Povjerenstva za dodjelu priznanja Hrvatske liječničke komore

#### 13. veljače 2015.

- predsjednik Povjerenstva za Sisačko-moslavačku županiju dr. D. Jelaska i upravitelj Zatvora u Sisku g. Ivan Pršla u sjedištu Komore u Zagrebu preuzeo računalnu opremu koju je Komora donirala ambulantni za medicinsko zbrinjavanje zatvorenika Zatvora u Sisku
- dr. P. Raštegorac, član Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost i Mijo Karaula, dipl. iur. tajnik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu specijalističku izvanbolničku djelatnost u Ministarstvu zdravlja nazočili sastanku na temu prijedloga Pravilnika o uvjetima za odobrenje nastavka rada u privatnoj praksi zdravstvenog radnika u slučaju prestanka privatne prakse na osnovi zakupa.

.....

## Izgubljene, otuđene i uništene iskaznice

- Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da su dr. **Katarina Bojanic**, dr. **Stjepan Vlahovic**, dr. **Marica Lidia Mačkić**, dr. **Emil Čuić**, dr. **Anita Orhanović**, dr. **Jakov Raguž**, dr. **Vesna Sredoja Tišma** i dr. **Zagorka Svoboda** prijavili gubitak liječničke iskaznice HLK-a, dr. **Irena Glad** i dr. **Smiljana Podrug** otuđenje, a dr. **Mirna Sentić** oštećenje liječničke iskaznice. U roku od 30 dana od objave gubitka, otuđenja ili uništjenja liječničke iskaznice u službenom glasilu Liječničkim novinama, Komora tj. izdavatelj iskaznice, liječnicima će izdati novu iskaznicu.

.....

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

# Novi model ugovaranja tražit će od uprava bolnica da se bolje organiziraju, ali i da skraćuju liste čekanja

*Razgovarala i snimila Andreja Šantek*

- Što za zdravstvo znači izlazak iz Državne riznice, što će to donijeti liječnicima i pacijentima, kako će se urediti bolnice, koji su prioritet u ovoj godini, samo su neka od pitanja o kojima smo razgovarali s ministrom zdravlja prim. **Sinišom Vargom**, dr. dent. med..

••• Što za sustav zdravstva znači izlazak HZZO-a iz Državne riznice? Koje su prednosti, a koji nedostaci?

- U skladu s mojim ciljevima koje sam si postavio došavši na mjesto ministra zdravlja, novac namijenjen liječenju pacijenta mora se što više i koristiti u tu svrhu. Naime, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje puni se novcem poreznih obveznika kroz doprinose koji su specifično namijenjeni zdravstvenoj zaštiti građana Hrvatske, kao i iz ostalih poreznih izvora, poput davanja na duhanske proizvode, a koji su

onda dijelom ponovno specifično namijenjeni za zdravstvenu zaštitu građana. U proteklih više od deset godina bila je ustaljena praksa prema kojoj su građani plaćali svoje doprinosе za zdravstvo, ali, kako je HZZO bio dijelom državne riznice, prečesto se događalo da se taj novac koristio u nezdravstvene svrhe. Kako se to ne bi događalo Vlada je odlučila napraviti povijesni iskorak i provesti postojeće zakone, te su s 1. siječnja ove godine na snagu su stupile odredbe Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, kojim je HZZO izdvojen iz državne riznice.

Izlazak iz Državne riznice, odnosno vlastiti račun Zavoda u HNB-u, zapravo znači da će se odsada taj namjenski prikupljen novac isključivo trošiti za zdravstvenu zaštitu. Time napokon započinje proces uspostave ravnoteže između pacijenata, HZZO-a i pružatelja zdravstvenih usluga.

Tijekom 2012. i 2013. godine smo uspješno reformirali primarnu zdravstvenu zaštitu, a s izlaskom HZZO-a iz Državne riznice, pripremili smo teren i za novi model plaćanja usluga u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, gdje će se plaćati po izvršenoj usluzi. Dakle, umjesto da bolnice prime svoju dvanaestinu unaprijed, pa potroše novac na plaće, a tek ono što im eventualno ostane raspodjele na liječenje pacijenata, sada će jedan dio novca od Zavoda dobiti tek po izvršenju usluga. Taj će model od uprava bolnica i zaposlenika zahtjevati da se bolje organiziraju i rade one usluge koje će





omogućiti skraćivanje listi čekanja. Primjeri bolnica koje već tako posluju su Opće bolnice Bjelovar i Sisak gdje su uprave uspjele motivirati svoje djelatnike da se dodatno potrade i u novom modelu ugovanjana postižu pozitivne rezultate.

**••• Kako?**

- Jednostavno, novi model ugovanja omogućuje bolnicama prihodovanje i preko definiranih limita ukoliko obave više zdravstvenih usluga od bolnica u svojoj regiji, pa time preuzmu dio njihovih limita. To stvara konkurentnost među bolnicama koje se onda bore zadržati svakog pacijenta te se samim time smanjuju i liste čekanja. Usto, HZZO je već povisio cijene niza usluga, a upravo se pilotiraju i nove cijene za neke od usluga za koje postoje najduže liste čekanja. Dakle, i tom mjerom potičemo bolnice da rade na skraćivanju listi. Prva povratna informacija je pozitivna, a u KBC-u Rijeka već je krenula organizacija rada na pregledima i pretragama u popodnevним satima i za vikende koju će pacijenti brzo osjetiti. Ovaj tjedan kreću i ostali KBC-ovi, a očekujemo pozitivnu reakciju i od ostalih ravnatelja. Ovaj smo projekt nazvali Program plus. Sve su to mjeru koje će građanima omogućiti brzu, dostupnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu.

**••• Što je značila Vaša izjava da ćete se vratiti u okrilje Državne riznice u slučaju da nećete ispuniti obećane ciljeve u roku od godine dana?**

- Koordinacijom i zajedničkim radom svih, Ministarstva, HZZO-a i bolnica osigurat ćemo dugoročno nezavisno financiranje

zdravstva. Rok koji je spomenut je poticajan i stavljen s namjerom da se postignu zadani ciljevi u što kraćem vremenu.

**••• Je li moguće održati sustav zdravstva bez stvaranja novih dugova?**

- Radi se o vrlo zahtjevnom cilju, obzirom da su ukupna ulaganja u zdravstveni sustav, per capita u Hrvatskoj manje od 500 eura, dok su npr. u susjednoj Sloveniji tri puta veća, odnosno približno 1500 eura. Napominjem da je prosjek ulaganja na razini država članica Europejske unije oko 2100 eura. Cijeli model izlaska HZZO-a iz Državne riznice, novi model plaćanja, nove cijene, provedba Nacionalnog plana bolnica, Nacionalnog plana ljudskih resursa i uvođenje Nacionalnog registra predstavljaju preduvjete dugoročno stabilnog financiranja sustava zdravstva. No, i za te je mjeru bilo potrebno da se konačno prepozna istina, da je hrvatsko zdravstvo godinama bilo potplanirano. Posljedica svega toga bio je niz neuspješnih sanacija, koje su progutale cijeli jedan godišnji zdravstveni proračun, gotovo 18 milijardi kuna. To je preskupo, i s takvim se upravljanjem zdravstvom konačno moralo prekinuti. Poslovavanje zdravstva u recesiskim godinama je bilo vrlo teško održati, ali smo u tome ipak uspjeli.

SDP-ova Vlada prepoznala je potrebe zdravstva i potrebu da ono ostane javno i dostupno svim građanima, i zbog toga za 2015. godinu nismo potplanirali zdravstvo, već smo proračun radili na temelju realnih potreba pacijenata i sustava. Aktivno smo izradili proračun, uzimajući u obzir zdravstvene potrebe naših građana. Osigurali smo ukupno dvije milijarde kuna više za neposrednu zdravstvenu zaštitu

u 2015. u odnosu na 2014. godinu. Najveći dio toga, preko 1,25 milijardi kuna, namijenjeno je bolničkoj zdravstvenoj zaštiti. Ako želimo stvari promatrati u starim okvirima limita, to znači da smo bolničke proračune u prosjeku povećali za 17 posto. Neki su proračuni povećani i za 29 posto, jer je napokon, po prvi put, proračun izrađen metodološki uvezši u obzir velik broj najvažnijih parametara poput izvršenja, dugovanja i listi čekanja. Kako bi ojačali primarnu zdravstvenu zaštitu, i na taj način rasteretili i bolnički sustav, osigurali smo, u odnosu na lani dodatnih 200 milijuna kuna novca. Za lijekove na listama HZZO-a i posebno skupe lijekove osigurali smo gotovo pola milijarde kuna, a sve kako bi osigurali nesmetano liječenje pacijenata.

Uz to, i dalje se radi na informatizaciji zdravstva, koja će, s jedne strane, omogućiti dodatne uštede na razini cijelog sustava, a s druge, olakšati i pacijentima i liječnicima snalaženje u sustavu. Nismo izmišljali toplu vodu, samo smo primijenili alate koji se koriste u drugim ministarstvima, jedinicama lokalne uprave i gradova, kao i u javnim i privatnim poduzećima. Stalno se pitam zašto netko nije već ranije uveo takve alate za bolje upravljanje novcem. Mogli smo milijune kuna usmjeriti na liječenje pacijenata i bolje uvjete rada za liječnike i medicinske sestre, te drugo zdravstveno i nezdravstveno osoblje.

**••• Koji su Vam prioriteti u ovoj godini?**

- Skraćivanje liste čekanja je prioritet broj jedan. Preduvjet su bili uspješan izlazak HZZO-a iz riznice i primjena novog modela

plaćanja, kao i provedba Nacionalnog plana bolnica i nastavak informatizacije. Od infrastrukturnih projekata, tu su, zahvaljujući novcu iz strukturnih fondova, objedinjenog hitnog bolničkog prijema u Splitu i Sisku, kratkoročno rješavanje pitanje dječje onkologije u Zagrebu te dugoročno rješavanje pitanja Klinike za dječje bolesti u Klaićevu, početak izgradnje spinalnog centra u Varaždinskim toplicama, početak izgradnje forenzičke psihijatrije u Vrapču, izmjene Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, kao i osnivanje Agencije za logistiku i kvalitetu u zdravstvu, koja će postaviti standarde kvalitete zdravstvene zaštite te Zavoda za transplantaciju.

••• *Hoće li na njih utjecati činjenica da se nalazimo u izbornoj godini?*

• Zadao sam sebi i Ministarstvu zdravlja zadatke za koje smo zajednički procjenili da imaju velik i dugoročan reformski potencijal koji će osigurati finansijsku održivost sustava, ali i jednak pristup liječenju za sve, neovisno o materijalnim mogućnostima. Posao je dugoročan, i vjerujem da će ga, sa svojim timom, dovršiti u drugom mandatu, nakon izbora.

••• *Što je s projektom Nacionalnog plana razvoja bolnica? U kojoj fazi je taj dokument i kada počinje njegova provedba? Što će biti prvi koraci? I kako će se plan odraziti na zaposleneke u zdravstvu, a kako na pacijente?*

• Nacionalni plan je ušao u saborsku proceduru, što znači da je pred implementacijom i čeka se da ga zastupnici kao dokument potvrde. Dok je prethodni, tzv. Masterplan bio dobar kao snimka stanja zdravstvenih ustanova, odnosno bolnica, Nacionalni plan otiašao je korak dalje, uzimajući u obzir epidemiološku sliku populacije. To znači da se kapaciteti bolnica kao i organizacija rada prilagoditi potrebama pacijenata i time im osigurati kvalitetno liječenje. Prioriteti su također povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite i učinkovitosti pružanja bolničkih usluga, te povećanje djelotvornosti uz racionalizaciju troškova poslovanja bolnica. To ćemo realizirati kroz načelo supsidijarnosti, što znači da se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće i funkcionalnu integraciju, odnosno uspostavljanje regionalnih bolničkih mreža kroz četiri regije zdravstvenog planiranja, Središnju i Sjevernu, Istočnu, Južnu i Zapadnu.

Konkretno, idemo u uspostavljanje Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite i uspostavljanje četiri regije zdravstvenog planiranja s omogućavanjem funkcionalne integracije pojedinih bolnica. Također u planu je i smanjenje akutnih stacionarnih kapaciteta, te povećanje kapaciteta i usluga dnevne

bolnice, kao i integracija ali i preraspodjela pojedinih djelatnosti, gdje je to prikladno, uz povećanje kapaciteta i iskoristivosti specijalističko-konziljarne zdravstvene zaštite kako bi se onda moglo prihvati opterećenje u vidu većeg broja pacijenata.

••• *Kako u tom kontekstu tumačite svoju odluku o smjeni ravnatelja četiri od pet najvećih zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj? U konačnici, zašto ste ih smjenili?*

• Zakon o sanaciji ustanova definira način rada sanacijskih upravitelja, prvenstveno predlaganje i provođenje sanacijskih programa, uz odgovornost prema Ministarstvima zdravlja i financija. Pomno sam pratilo realizaciju sanacijskih programa u razdoblju od srpnja do prosinca, te sam po završetku fiskalne godine, a temeljem podataka koje su sami sanacijski upravitelji dostavili, zaključio da je potrebno dovesti nove ljudе na čelo tih ustanova. Dotadašnji sanacijski upravitelji radili su najbolje što su mogli i znali, u zadanim uvjetima. Na novoimenovanim sanacijskim upraviteljima je visoka odgovornost za ubrzanjem organizacijskih i procesnih promjena u poslovanju bolnica. Iz početnih kontakata sa novim upravama bolnica, vidljivo je da ulazu veću energiju i da ubrzavaju procese zdravstvene skrbi u svojim ustanovama. Nakon svega tjedan dana predložili su mi niz konkretnih mjera, svatko u svojoj ustanovi.

••• *Što je s menadžerskim ugovorima za ravnatelje bolnica koje ste najavili?*

• To je sastavnica projekta razdvajanja koeficijenata u Uredbi kako bi se moglo prvenstveno definirati pojam napredovanja u struci, a rukovodeće funkcije trebaju biti definirani zasebnim ugovorima koje reguliraju djelokrug rada, s jasno definiranim pravima i obvezama što danas nije slučaj. Pravnici Ministarstva zdravlja će žurno izraditi sve potrebne akte te uskladiti s radnim zakonodavstvom kako bi to omogućili. To je pozitivna je praksa u razvijenim zemljama

••• *Lječnici su nezadovoljni zbog pravne nesigurnosti, posebice kada su u pitanju ostvarivanja njihovih prava. Posljednji takav primjer je Pravilnik o stjecanju statusa specijalista iz uže specijalnosti koji ste ukinuli nakon mjesec i pol dana primjene i to doslovce preko noći. Zašto ste to učinili za vrijeme blagdana (na Badnjak) s rokom primjene od Nove godine tj. ostavili lječnicima svega tri radna dana da ostvare svoje pravo?*

• Do stavljanja pravilnika van snage došlo je, iz po meni opravdanog razloga, a to je stav struke koja smatra da se program specijalizacije mora praktično odraditi, a ne automatskim priznavati. Međutim, sam postupak je održan bez definiranja prijelaznog razdoblja, pa je zato nekoliko kolega ostalo u postup-

ku bez mogućnosti da ga završe. Naknadnim donošenjem te ponovnim ukidanjem s prijelaznom odredbom ispravili smo pogrešku te nitko nije time zakinut.

••• *Na kraju, kako komentirate činjenicu da ste posljednjih mjeseci u fokusu javnosti zbog niza propusta ili zamjerk i koje Vas se stavljaju na teret, od bespotrebnog trošenja novca na uređenje dvorane za sastanke, preko odlaska na skijanje sa službenim autom i vozačem do odluke da Vas je saborsko Povjerenstvo za sprečavanje sukoba interesa proglašilo krivim u slučaju CIMS?*

• Zdravstvo je sektor od posebnog javnog interesa, a sukladno tome i ministar je uvijek u fokusu javnosti. Kada sam došao u Ministarstvo pokrenuo sam promjene u načinu rada i time nesvesno ušao u područje rada određenih interesnih skupina. Netko se morao i to usuditi ne bojeći se za sebe. To je glavni razlog pojavljuvanja niza negativno intoniranih objava u medijima. Tko radi, taj i grijesi, pa sam s druge strane, osobno, nemamerno učinio i nekoliko propusta, koji su loše prihvaćeni u javnosti. Svjestan sam toga, ali ipak treba reći da ni jednim svojim potezom nisam nanio štetu drugome kao niti državnom proračunu. Naprotiv, postupci javne nabave, od kada ih kontroliramo tj. od kolovoza 2014. godine, donose nam velike uštede. Podsjecam Vas na niz napisa o nabavi MSCT uređaja za KBC Rijeka, koji smo u prvo poništili, potom nastavili postupak.

Rezultat toga jeste da smo za KBC Rijeka dobili 256 slojnih MSCT, umjesto prije planiranog 128 slojnog, a za istu sumu novca. Dakle, dobili smo dvostruko „jači“ uređaj za iste novce. Tadašnji natpisi u medijima bili su bombastični, a sada kada smo uštedjeli novac, o tome se malo ili uopće ne piše. U mom mandatu u HZZO-u smanjene su cijene lijekova preko 10 posto, pa smo uveli oko 500 novih oblika lijekova na listu bez finansijskog povećanja, što je puno više nego godinama do sad, a i stostruki više nego zemlje u regiji. I to mnogima smeta, a za naše pacijente ponekad znači i pitanje preživljivanja. Kroz niz mjera, preusmjerili smo stotine milijuna s mjesta gdje se neracionalno trošilo u mjestu gdje postoji stvarna potreba pacijenata. Promijenili smo poslovne procese kroz čitav sustav, i informatizacijom napokon dobili transparentnost. Jasno je da postoji velik broj onih koji se opiru promjenama iz niza razloga.

Jedino područje nabave za koje još dvojim jeste nabava usluga osiguranja bolnica od rizika. Tražio sam dodatne konzultacije, i ako se pokaže da postoji i najmanja sumnja u transparentnost natječaja, poduzeti ću korake da se to korigira, odnosno ukloni bilo kakva prepreka za neutralno nadmetanja privrednih subjekata.

**Ravnateljica HZZO-a  
Tatjana Prendž Trupec, mag. ing. el.**

# Bolnički limiti u prosjeku veći 17 posto, HZZO će nagrađivati one koji dobro rade

Tekst Andreja Šantek



**Tatjana Prendž Trupec, mag. ing. el.**

• Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje u ovoj će godini raspolažati s oko 22 milijarde kuna. Od doprinosa je planiran prihod u iznosu od 18 milijardi kuna, a još 2,4 milijarde očekuju iz Državnog proračuna (od čega je 1,2 milijarde od trošarina na duhan). Dvije milijarde odnosi se pak na prihode dopunskog zdravstvenog osiguranja, u strukturi kojeg se nalazi 1,55 milijarda kuna od građana koji plaćaju policu te 550 milijuna kuna iz Državnog proračuna.

Procjenjuje se da će bolnički dugovi, nakon završnog računa, iznositi oko 2 milijardi kuna. U dogovoru s Ministarstvom financija napravljen je plan vraćanja tog duga u trogodišnjem razdoblju i to iz vlastitih izvora, a u HZZO-u se nadaju da više neće biti potrebe za saniranjem dugova iz Državnog proračuna. Procjenjuju da bi godišnje mogli trećinu duga tj. oko 500 do 700 milijuna kuna, sanirati iz vlastitog novca, pogotovo uzme li se u obzir visok iznos duga za nenaplaćene doprinose

„Izlazak HZZO-a iz Državne riznice je prvenstveno bitan za naše osiguranike jer ćemo puno bolje moći upravljati novčanim tijekovima. To znači da ćemo biti u poziciji planirati, a planiranje je jedna od osnova menadžmenta tj. osnova dobrog upravljanja novcima. Jasno ćemo znati s koliko novaca od doprinosa raspolažemo, kao i s koliko novaca raspolažemo, a koji nam pripadaju iz Državnog proračuna. Riječ je o 2,4 milijarde kuna koji nam pripadaju iz općeg poreza temeljem Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju za posebno osjetljive skupine, kao i za oko 900.000 osiguranika koji imaju pravo na beplatnu policu dopunskog osiguranja, i svaki mjesec će nam na naš račun sjedati jedna dvanaestina iz Državnog proračuna. Kada imamo novac s kojim možemo raspolažati, s našim ugovornim partnerima možemo raditi dugoročnije ugovore i zbog toga dobiti i bolje rabate“, objašnjava ravnateljica HZZO-a **Tatjana Prendž Trupec, mag. ing. el.**. Dosadašnji način upravljanja bio je loš jer u HZZO-u nikada nisu bili sigurni koliko će dobiti novaca iz državnog budžeta jer se dobivalo onoliko koliko je bilo. Isto tako im je u zadnjih pet, šest rebalansa Državnog proračuna novac uziman bez stvarne podloge što je posljedično dovelo do podplaniranja zdravstva i stvaranja dugova. A onda su se ti dugovi, kaže T. Prendž Trupec, naknadno sanirali, a zdravstvo bilo proglašavano gubitakom.

„Taj sustav je bio neučinkovit jer sancija sama po sebi nije ni na koji način motivirala upravljače bolnica da se ponašaju racionalno i da promijene nešto u organizaciji kako bi bolje poslovali. Naime, znali su da je svejedno - radili, ne radili, stvarali dugove, ne stvarali dugove, netko će ih na kraju sanirati i dati im finansijsku injekciju, njima ili njihovim dobavljačima“, pojašnjava T. Prendž Trupec.

Novi model ugovaranja bolnica znači da će dio prihoda bolnice ovisiti o izvršenju koje se povećava tijekom godine, a dio prihoda o kvaliteti i učinkovitosti zdravstvene zaštite. U HZZO-u se nadaju da će ravnatelji shvatiti da moraju reorganizirati način rada, da moraju promijeniti poslovne procese u bolnicama i da se moraju početi ponašati kao upravljači tj. kao pravi rukovodeći kadar.

„Očekujemo da ravnatelji uz podršku i pomoći sanacijskih vijeća koja svaki mjesec kontroliraju provođenja sanacijskih planova koji su potvrđeni i od Ministarstva zdravljia i od Ministarstva financija, počnu bolje upravljati svojim bolnicama. Nisu sami, suportirani su od strane institucija da se reorganiziraju jer ključ je upravo u reorganizaciji i promjeni poslovnih procesa, u racionalnijoj nabavi, racionalnijem zapošljavanju, funkcionalnom spajanju i prebacivanju iz akutnog bolničkog liječenja u dnevne bolnice.“, kaže T. Prendž Trupec.

Nacionalni plan, objašnjava, razdvojili smo na dva dokumenta - prvi koji daje opće postavke i drugi dio koji se tiče kreveta i mreže. Upravo u tom drugom dijelu, kaže T. Prenda Trupec, moći ćemo biti fleksibilni i zapravo urigirati ovisno o tome na koji način se upravlja bolnicom i ovisno o tome koliko ima izvršenje i obrtaj pacijenata.

„Ljudi, znanje, oprema i pacijenti su četiri ključne postavke i kada se to spoji moći ćemo zapravo u realnom vremenu pratiti i mijenjati te parametre – broj kreveta, djelatnosti i ostalo. Dakle, ugovaranje je jedna od vrlo važnih točaka s kojima ćemo moći upravljati bolnicama“, kaže T. Prenda Trupec. Na pitanje hoće li u pitanje doći plaće zaposlenika, na koji se troši većina bolničkih proračuna, T. Prenda Trupec kaže da su bolnički limiti povećani od 15 do 25 posto, a u prosjeku 17 posto te da će sve bolnice imati za isplatu plaća.

„Limiti su se računali prema vrlo jasnoj metodologiji. Prvo smo napravili omjer prihoda i rashoda, nakon toga smo izračunali koliki je udio prihoda HZZO-a u ukupnom prihodu bolnice, pa smo ta dva pondera pomnožili sa starim limitom. Nakon toga smo isponderirali dugove s postotkom i dodali na naš ponder. Uzeli smo u obzir i liste čekanja pa smo utvrdili

gdje su one dulje od 200 dana i oduzeli smo im kao i onima koji su najgori u svojoj kategoriji. Tada smo u obzir uzeli prijavu u e-ponudi u kojoj su bolnice nudile različiti broj postupaka po specijalisti. I izvršenje je parametar koji je znatno utjecao na visinu limita, oni koji su imali bolje izvršenje dobili su veće limite. Na koncu smo došli do limita koji su bitno drukčiji od dosadašnjih“, kaže T. Prenda Trupec. Bolnice će uz 100 posto limita još moći ostvariti pet posto dodatnog novca kroz KPI i QI, s tim da će se u siječnju 95 posto limita plaćati unaprijed, a pet posto po izvršenju posla.

„U siječnju su dobili 95 posto novca, a preostalih 10 posto (pet posto limita i pet posto kroz QPI i QI) će dobiti desetog za mjesec prije i to za sve račune koji u HZZO stignu do petog u mjesecu. S tim da ako dio limita koji smo platili unaprijed nisu izvršili, obvezni su to napraviti u sljedećem periodu. A dio koji su mogli, a nisu izvršili također se prebacuje. Sve ono što su bolnice morale izvršit prebacivat će se iz mjeseca u mjesec pa i u sljedeću godinu i to neće moći izbjegći. A onaj prihod po izvršenju koji mogu zaraditi i koji se tijekom godine povećava na 45 posto svakih šest mjeseci se napravi matematička kontrola tko je što napravio. Oni koji su napravili više dobit će novac od

onih koji nisu izvršili ugovoren posao, a mogli su. Na taj način ćemo stimulirati tj. nagraditi one koji rade iznad mogućeg limita prihodovanja. A takvih bolnica ima 20-ak. Isto tako, ako netko doista ne bude mogao finansijski dobro upravljati svojom bolnicom, bit će smijenjen“, kaže T. Prenda Trupec. Dodala je kako su ove godine prioriteti provođenje Nacionalnog plana tj. uređenje bolnica u vidu reorganizacije, slaganja poslovnih procesa i provođenja javne nabave. Kroz svo to vrijeme, dodaje, pratit će i liste čekanja koje se trebaju svesti u zadane okviru. Također će se omogućiti sustavno praćenje izvršenih usluga te stvoriti preduvjete za bolju organizaciju rada. U HZZO-u kažu da će se poticati učinkovitost i kvaliteta pružanja usluge koje će se očitovati u jasno definiranim zdravstvenim postupcima, ljudskim resursima i vremensko-kadrovske normativima. Ovakvim modelom ugovaranja, kažu, s ugovorenim postupcima i financiranju po izvršenim uslugama jasno je definirano koje se sve zdravstvene usluge obavljaju u kojoj zdravstvenoj ustanovi, a koliko će biti plaćene ovisi o izvršenju čime se napokon, po prvi put nagrađuje rad i kvaliteta

.....

## U KBC-u Split se testira novi DTP katalog

# Novi model je dobar i prvi puta sve ovisi o nama samima

Tekst i slike Andreja Šantek

- KBC Split najveći je bolnički centar u Dalmaciji koji zapošjava oko 3300 djelatnika i središnja je zdravstvena ustanova županije Splitsko-dalmatinske i cijelog južnog područja Hrvatske. KBC se nalazi na tri lokacije u Splitu: Firulama, Križinama te u centru grada.

Ovoj bolnici gravitira oko milijun stanovnika Hrvatske te oko 500.000 stanovnika južnog dijela susjedne Bosne i Hercegovine, kao i 500.000 turista tijekom turističke sezone. Upravo te brojke jedan su od razloga zbog kojih je KBC Split specifična bolnica, kaže njegov sačinjski upravitelj prim. doc. dr. sc. **Nikola Kolja Poljak**, dr. med..

KBC danas ima 1500 akutnih i 30 kroničnih ugovorenih kreveta (drugi po broju odmah iza KBC-a Zagreb) te 24 operacijske dvorane. U sklopu bolnice djeluje 13 klinika, pet kliničkih zavoda, osam odjela, te Jedinica za znanstveni rad. U toj se bolnici godišnje hospitalizira više od 50.000 pacijenata koji ostvaruju više od 450.000 dana bolničkog liječenja, dok se u polikliničko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti godišnje prima više od 600.000 pacijenata kojima se pruža više od 2,5 milijuna usluga.

„S jedne strane je HZZO koji našim pacijentima daje velika prava, i dobro je da ih imaju. Ali s druge strane nema odgovarajuće financijske

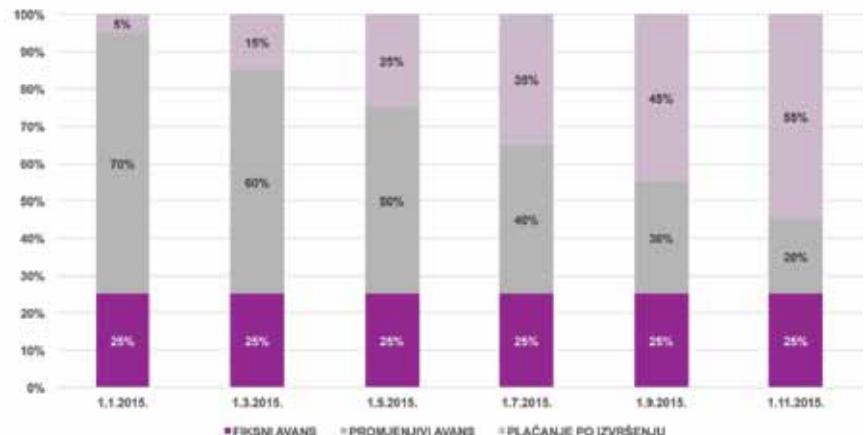
potpore da bi to mogli pratili. Kada tome još pridodate to da smo dobivali manje nego što smo trebali i zaslužili, imate ovaku situaciju. Posebno zato što mislim da je ova bolnica specifičnija od ostalih. Naime, imamo samo jednu bolnicu kojoj gravitira milijun ljudi za razliku od Zagreba gdje na 1,2 milijuna ljudi imate dva KBC-a, nekoliko kliničkih bolnica, specijalne bolnice. U Zagrebu imate i domove zdravlja u kojima nije ugašena specijalističko-konzilijarna služba, primjerice, imate Polikliniku Srčana koja ima više kardiologa nego KBC Split. Dakle, nesrazmjer je ogroman. Druga stvar zbog koje smo specifični jest broj pacijenata i broj kreve-



Prim. doc. dr. sc. Nikola Kolja Poljak, dr. med.

## Novi model plaćanja usluga u 2015. godini

Izvor HZZO



ta po liječniku i po tome smo prvi u Hrvatskoj. Isto tako, kada imate hitnu situaciju, od Rijeke do Zagreba se stigne za sat vremena, a helikopterom 20 minuta. A od nas je do Zagreba helikopterom sat vremena, a automobilom 3,5 do četiri sata. I zbog te smo izoliranosti specifični. A također ne treba zaboraviti niti stanovnike na otocima koje pokrivamo“, kaže dr. Poljak. Dodaje kako je bolnica 2013. godine ušla u sanaciju koja bi trebala završiti 1. travnja ove godine.

„Uspjeli smo puno napraviti u smislu racionalizacije potrošnje, međutim moramo još raditi na tome, pogotovo kada su u pitanju lijekovi i sanitetsku materijal. Na plaće, na koje ne možemo utjecati, trošimo više od 80 posto mjesecnog limita, a ostalo na hladni pogon, sanitetski materijal i lijekove. To su razlozi zbog

kojih mjesечно probijamo limit i stvaramo gubitke“, kaže dr. Poljak. Na primjedbu kako s takvim omjerom izdataka ispada da je liječenje pacijenta sekundarno, dr. Poljak odgovara kako je bolnica nekada imala limit 70 milijuna, pa nakon toga 65 milijuna, a prošle godine svega 46 milijuna kuna.

S novim modelom financiranja koji u sebi krije još uvijek velik broj nepoznanica, kaže pomoćnica upravitelja za ekonomsko finansijske poslove **Zora Stupalo**, dipl. oec., KBC Split je za prva tri mjeseca ove godine dobio novi limit u iznosu od 52 milijuna kuna mjesечно. Uz to, kaže, imaju mogućnost zaraditi još dodatnih dva milijuna kuna temeljem ispunjavanja pet pokazatelja kvalitete i učinkovitosti. KBC Split je u 2014. godini, za razliku od nekih drugih bolnica, obavio sve usluge za koje im je

## Novi model plaćanja usluga u 2015. godini – dodatno KPI i QI

- Dodatan prihod ovisno o ostvarenim indikatorima učinkovitosti (KPI) i kvaliteti (QI)**
  - 5% od izvršenja
  - Minimalno na prihod koji se ostvaruje avansom, a maksimalno na 100% izvršenja
  - 1% za svaki indikator ostvaren za rezultat bolji od utvrđenog medijana iz prva 3 kvartala 2014. godine za istu kategoriju bolnica



1. „Obrtaj“ pacijenata po postelji

2. Ukupan broj SKZZ slučajeva na jednog zdravstvenog radnika



1. Opća stopa smrtnosti

2. Postotak liječenja u dnevnoj bolnici

3. Postotak liječenih rezervnim antibiotikom u ukupnom broju slučajeva

HZZO dao novac pa su tako u ovu godinu ušli bez opeterećenja dodatnog rada ili vraćanja preplaćenog novca HZZO-u.

„Svjesni smo novih okolnosti u kojim se više neće tolerirati dosadašnje ponašanje tj. trošenje iznad limita s idejom da će se to već nekako pokriti. Također smo svjesni da se moramo uklopiti u novi model i odraditi što više usluga. Znajući to već smo u rujnu počeli intenzivnije raditi sa svojim klinikama, zavodima i odjelima i analizirati na koji način evidentiraju svoje usluge“, kaže Z. Stupalo. Dodaje kako je poražavajuće bilo saznanje da zdravstveni djelatnici nisu evidentirali sve usluge koje su obavili što je, naravno, problem tehničke prirode, ali izuzetno bitan za novi model financiranja.

„U tom smislu smo sve djelatnike potaknuli da evidentiraju apsolutno sve što rade jer nam upravo o broju usluga i postupaka ovisi i prihod“, kaže Z. Stupalo dodajući kako je novi model dobar te kako su zadovoljni jer je konačno sve na njima i njihovom menadžmentu.

U sadašnjem momentu s provedbom novog modela ugovaranja HZZO-a koje se provodi u svim bolnicama imamo problema. Naime, izvršene usluge i postupci u SKZZ i dalje se unose prema šiframa iz tzv. Plave knjige i starog kataloga dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP katalog) te se mapiraju s novim DTP katalogom koji je znatno obimniji i širi od starog i koji će biti u primjeni od 1. travnja.

Z. Stupalo kaže kako je i problem što se još uvijek ne znaju cijene iako je bolnica dala e-ponudu kao sastavni dio novog ugovora tako da u ovom trenutku ne mogu niti izračunati eventualne benefite novog modela. Od 1. veljače HZZO zahtjeva da im se ispostavljaju računi u kojima će se naći i usporedni podatak tj. stare šifre iz tzv. Plave knjige koja odgovara više DTP-ova skupno ili samo jednom od njih. I dok s jedne strane novi i širi DTP katalog stvara probleme, s druge strane je, kaže Z. Stupalo, neosporno kvalitetniji. Cilj im je da i dalje zadrže status bolnice prve kategorije u kojoj se održaju najsloženiji postupci, ali i da se to i evidentira kroz račune što će onda donijeti i finansijsku korist bolnici.

„Morat ćemo na neki način potaknuti naše liječnike koji su do sada pomalo zazirali od administracije pravdujući se da je to gubljenje vremena koje mogu utrošiti na liječenje pacijenata. Nažalost, ubuduće će to tako morati biti tj. morat će se bilježiti apsolutno sve od ulaska pacijenata u bolnicu pa do njegovog otpusta jer će nam o tome ovisiti finansijski prijedlog od strane HZZO-a“, zaključuje Z. Stupalo.



# Sedma sjednica Glavnog odbora

• Dana 5. prosinca 2014. održana je Sedma sjednica Glavnog odbora HLZ-a, s početkom u 12,00 sati, u knjižnici Hrvatskoga liječničkog zbora u Zagrebu. Od 44 člana Glavnog odbora nazočilo ih je 28, čime je zadovoljen kvorum te su sve donesene odluke pravovaljane. Donesene su ove odluke:

- Potvrđuje se odluka IO HLZ-a o nastavku suradnje s turističkom agencijom O tours, a vezano uz organizaciju Liječničkog bala dana 28. veljače 2015.

- Potvrđuje se odluka IO HLZ-a o imenovanju novog voditelja Tehnike HLZ-a studenta **Tina Kneževića**, a dosadašnjem predsjedniku Studentske sekcije HLZ-a dr. Filipu Ernoiću zahvalit će se prigodnom zahvalnicom.

- Potvrđuje se odluka IO HLZ-a o imenovanju predstavnika HLZ-a u Povjerenstvo za palijativnu skrb Ministarstva zdravlja: dr. **Vlasta Vučevac**, prim. dr. **Diana Butković**, prof. dr. sc. **Antonio Juretić**, prof. dr. sc. **Ninoslav Mimica** i dr. **Matija Rimac**.

- Potvrđuje se odluka IO HLZ-a o sklanjanju Općeg ugovora o poslovnoj suradnji agencija i stručnih društava HLZ-a u pružanju usluga organizacije skupova HLZ-a. Poziv turističkim agencija o suradnji s HLZ-om postavit će se na web HLZ-a.

- Potvrđuje se odluka IO HLZ-a o prijedlogu financijskog poslovanja - zatvaranje podračuna i otvaranjem financijskih kartica s pozivom na broj za svaku podružnicu HLZ-a, kako bi se olakšao rad podružnica HLZ-a, te poslovanje uskladilo s novim Zakonom o finansijskom poslovanju udruga.

- Potvrđuje se odluka IO HLZ-a o izmjeni Sistematizacije poslova u HLZ-u, te je prihvaćen prijedlog da se zaposlji tajnik IO i GO HLZ-a s visokom stručnom spremom, radi savladavanja povećanog obima poslova u HLZ-u.

- Potvrđuje se odluka IO HLZ-a o imenovanju dr. sc. **Morane Brklijačić** za predsjednicu Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLZ-a.

- Potvrđuje se odluka IO HLZ-a o imenovanju tri predstavnika Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLZ-a koji će s

predstavnicima Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju HLK-a raditi na poboljšanju Kodeksa medicinske etike i deontologije hrvatskoga liječništva. To su prof. dr. sc. **Jadranka Mustajbegović**, dr. **Morana Brklijačić** i dr. **Andrea Dasović-Buljević**.

- Potvrđuje se odluka IO HLZ-a o najmu prostora HLZ-a HUBOL-u po povlaštenoj cijeni kao za stručna društva HLZ-a, uz uvjet da se poštuje dignitet HLZ-a.

- Potvrđuje se odluka IO HLZ-a o osnivanju Hrvatskog društva za minimalno intervencijsku dentalnu medicinu HLZ-a.

Priložena dokumentacija u skladu je sa Statutom HLZ-a.

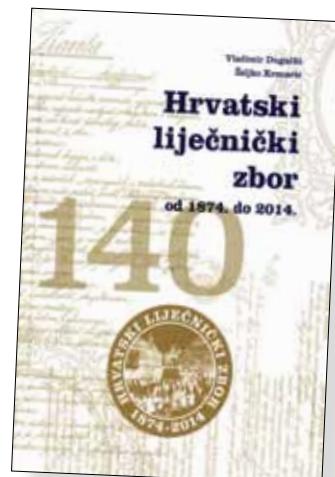
- Potvrđuje se odluka IO HLZ-a o moratoriju za osnivanje novih stručnih društava do Skupštine HLZ-a. S obzirom na inflaciju stručnih društava, u Statut HLZ-a potrebno je unijeti da je za osnivanje novog društva po-

trebna suglasnost ili potpora najmanje dvaju postojećih srodnih stručnih društava HLZ-a ili osnovati sekcije koje će biti vezane za temeljna stručna društva.

Svečano je predstavljeno englesko izdanje kratke povijesti HLZ-a „The Croatian Medical Association 1874 . - 2014.“ Po jedan primjerak knjige uručen je svakom članu Glavnog odbora HLZ-a.

Ujedno je predstavljena nova knjiga „Zbornik smjernica stručnih društava Hrvatskoga liječničkog zbora tiskanih u Liječničkom vjesniku od 2004. do 2014.“ Knjiga ima 439 stranica, a tiskana je u maloj nakladi od 30 primjeraka. Urednici su prof. dr. sc. **Željko Krznarić** i prof. dr. sc. **Branimir Anić**.

.....



## Poziv na Petnaesti proljetni simpozij medicinske etike

### Hrvatskoga liječničkoga zbora «Etičnost <alibi> medicine»

Održava se u  
Hrvatskom liječničkom domu  
u Zagrebu 2. lipnja 2015. od 14 do 20 sati

Sažetak s 3-5 ključnih riječi šalje se do 1. ožujka 2015., a cjelokupan rad (naslov, autor, adresa autora, sažetak, summary, tekst rada, literatura napisana prema uputama za Liječnički vjesnik) do 15. travnja 2015.

na adresi:  
[tajnistvo@hlz.hr](mailto:tajnistvo@hlz.hr)  
[g\\_ivanisevic@hotmail.com](mailto:g_ivanisevic@hotmail.com)

**Simpozij će bodovati  
Hrvatska liječnička komora.**

# Dies academicus

• Svečanoj proslavi Dana Akademije 10. prosinca prisustvovalo je 95 sudionika. Na početku je predsjednica, prof. dr. Jasna Lipozenčić, pozdravila sve članove, akademike i uzvanike, među kojima je bio predsjednik HATZ-a prof. Andročec, a ispred HLK-a i Podružnice HLZ-a Zagreb prim. Vjekoslav Mahović.

Spomen na umrle redovite članove AMZH-a u 2014. održan je minutom šutnje za ove članove:

Ak. Zdenko Škrabalo  
Prof. Miodrag Konstantinović,  
Prof. Ivan Bakran  
Doc. Ivan Paleček  
Prof. Ivo Marinović  
Prof. Josip Franičević  
Prof. Berislav Skupnjak  
Prof. Vladislav Smolčić  
Ak. Drago Ikić  
Prof. Magda Lovrenčić-Kadrnka.

Predsjednica je podnijela izvješće o znanstvenim događanjima u AMZH-u tijekom 2014. godine. Među ostalim, održano je:

- 11 redovitih sjednica Predsjedništva
- 5 sjednica Senata
- 2 sjednice GO AMZH-a
- 27. svibnja Godišnja skupština AMZH-a
- osnovane su tri podružnice AMZH-a i održan sastanak podružnice Rijeke
- 53. godini AMZH-a posvećen je prilog u LV-u i Medixu
- 11 tribina, 6 simpozija, 1 radionica, 6 međunarodnih aktivnosti, 2 tečaja, 2 kongresa, 4 znanstvena sastanka, 5 predavanja na Senatu
- u rujnu je potvrđen Statut na engleskom jeziku
- u listopadu je započeo proces usklađivanja Statuta sa Zakonom o udrugama
- započeo je postupak reakreditacije AMZH-a u znanstvenu organizaciju i udružu

Brojne su bile međunarodne aktivnosti, tribine, tečajevi i druga događanja te izdavačka aktivnost, ali su i brojne poteškoće: AMZH nema stalnih prihoda a "hladni pogon" AMZH-a mjesечно iznosi 17.000 kn (godišnje 204.000). Sponzori: HLK 10.000 kn, HLZ 10.000 kn, Belupo 20.000 kn; od skupova 25.000 kn; MZOS 16.903 kn, RBNA 15.000 kn, ukupno 96.903 kn. Uručene su diplome novim članovima:

#### Kolegij internističkih znanosti:

Prof. dr. sc. Ingeborg Barišić  
Prof. dr. sc. Darko Kaštelan  
Prof. dr. sc. Diana Muačević Katanec  
Prof. dr. sc. Aleksandar Včev

#### Kolegij kirurških znanosti:

Prof. dr. sc. Domagoj Delimar  
Prof. prim. dr. sc. Dubravko Habek  
Prof. dr. sc. Tomislav Strinić

#### Kolegij veterinarske medicine:

Prof. dr. sc. Željko Grabarević  
Prof. dr. sc. Željko Pavičić  
Prof. dr. sc. Estella Prukner Radovčić

#### Kolegij javnog zdravstva:

Prof. dr. sc. Biserka Bergman Marković  
Počasna članica:  
Prof. dr. sc. Dédée F. Murrell, Kogarah, Sydney, Australija

U drugom dijelu svečanosti izvršena je dodjela dviju znanstvenih nagrada. Nagrada „Ante Šercer“ dodijeljena je dr. sc. Martini Šunj za rad „Does unilateral laparoscopic diathermy adjusted to ovarian volume increase the chances of ovulation in women with polycystic ovary syndrome?“ objavljen u Human Reproduction, Vol.0, No.0 pp.1-8, 2013.

Nagrada „Borislav Nakić“ dodijeljena je dr. Ivani Mikolašević za rad „Chronic Kidney disease and nonalcoholic Fatty liver disease proven by transient elastography“ objavljen u Kidney and Blood Pressure Research (1423-0143) 37 (2013); 305-310.

U trećem dijelu svečanosti dodijeljen je počasni naslov laureat za 2013. god. članici za njen osobit doprinos razvitku medicinske znanosti u Hrvatskoj i promicanju ugleda Akademije prim. dr. sc. Nas-tji Kučišec-Tepes, koji je popraćen glazbenim programom Akademskog zbora i orkestra „Ab ovo“ Veterinarskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (dirigent: mo. Josip Degl'Ivellio).

Predsjednik Odbora za nagrade i priznanja, prof. Mihatov obrazložio je njezin izbor, potom je laudatorica prof. dr. Asja Stipić Marković prikazala lik i djelo laureata, a predsjednica Akademije joj je uručila plaketu, diplomu i cvijeće. Nakon svečanosti članovi su imali domjenak, uz ugodno predlagdansko druženje.

.....

## Osnivačka skupština podružnice Osijek

• Održana je 4. prosinca u prostoru HLZ-a, podružnice u Osijeku. Predsjednica Akademije prof. dr. Jasna Lipozenčić zahvalila se na organizaciji prof. emeritusu Antunu Tucaku, koji je jednoglasno izabran za predsjednika, kao i čelnistvu Podružnice u kojem je prof. dr. Aleksandar Včev dopredsjednik i prof. dr. Zdravko Ebling tajnik. ice Osijek.

Nakon što je fotodokumentacijom ovjekovječena ova Skupština, uz ploču Podružnice, nazočni su se uputili u videokonferencijsku dvoranu MEF-a u Osijeku na svečanost Akademije i obilježavanje 30. obljetnice osnivanja znanstveno-stručnog časopisa Medicinski vjesnik u Osijeku (1982-2012), čiji je glavni i odgovorni urednik prof. dr. Antun Tucak.

Nazočne su pozdravili osječko-baranjski župan prof. dr. Vladimir Šišljadić, prorektor Sveučilišta u Osijeku Tomislav Mrčela, dekan MEF-a prof. dr. Aleksandar Včev i voditeljica Znanstvene jedinice za kliničko-medicinska istraživanja prof. dr. Jasmina Milas Ahić.

Ovom je prigodom predstavljen i podijeljen digitalizirani Glasnik Društva slavonskih liečnika u Osijeku i Medicinski vjesnik od 1982.-2012.

.....



S lijeva na desno: prof. dr. Željko Vranješ, dr. Marko Krznarić, akademik Vjekoslav Jerolimov, predsjednica prof. dr. Jasna Lipozenčić, prof. dr. Pavlo Filaković, prof. emeritus Antun Tucak, prof. dr. Đuro Vranković i prof. dr. Aleksandar Včev

## Na listama 99 novih oblika lijekova

- Na liste lijekova HZZO-a stavljeno je 99 novih oblika lijekova. Na Osnovnu listu stavljeno je pet novih lijekova: simeprevir za liječenje kroničnog hepatitisa C, dolutegravir+abakavir+lamivudin za liječenje HIV-infekcija, pamitumumab za liječenje karcinoma debelog crijeva, aksitinib za liječenje karcinoma bubrega i anestetik ropivakain, te 51 oblika generičkih paralela i dodatnih oblika postojećih lijekova na listi.

Na Osnovnoj listi lijekova proširena je indikacija uz lijek beklometazon+formoterol koji se može primjenjivati i za liječenje kronične opstruktivne plućne bolesti (KOPB) i uz lijek etanercept koji se može primjenjivati i za liječenje psorijaze.

Na Dopunsku listu stavljeno je 12 novih lijekova za liječenje šećerne bolesti, osteoporoze, gljivičnih infekcija, kožnih bolesti,

infekcija, anksioznosti, Alzheimerovu bolest, KOPB, sezonskog alergijskog konjunktivitisa i opijatni analgetik te 18 oblika generičkih paralela i dodatnih oblika postojećih lijekova na listi. Dugodjelujući inzulini glargin i detemir stavljeni su i na Dopunsku listu lijekova sa novom indikacijom – BOT (bazalno-oralna terapija), primjena bazalnog inzulina u kombinaciji s oralnim hipoglikemizantnim lijekovima. Na Dopunskoj listi lijekova proširena je indikacija uz lijek pregabalin koji se može primjenjivati i za liječenje generaliziranog anksioznog poremećaja.

Na Popis posebno skupih lijekova stavljena su četiri nova lijeka: simeprevir za liječenje kroničnog hepatitisa C, aksitinib za liječenje karcinoma bubrega, certolizumab pegol za liječenje reumatoidnog artritisa i bioslični infliksimab. Isto tako, na Popis posebno skupih lijekova uvršteni su i novi oblici za lijekove koji već postoje na Popisu, a namijenjeni su za suputnju primjenu: ritusimab i trastuzumab, novi oblik lijeka interferon beta-1a te 3 nova pakiranja lijeka sunitinib.

AŠ

## Najdoktorica Željka Perić Sekulić, najsestra Štefica Bagarić

- Povodom Svjetskog dana bolesnika koji se obilježava 11. veljače, Udruga hrvatskih pacijenata je 6. veljače u Zagrebu dodjelila zahvalnice za najsestru i najlijiječnika. Nagrađene predlažu i biraju pacijente, a potvrđuju kolege. Ovogodišnja najlijiječnica je dr. Željka Perić Sekulić iz Zdenaca, članica Vijeća Komore i

predsjednica Povjerenstva za Virovitičko - podravsku županiju.

„Kada sam zbog komplikacija u trudnoći završila u bolnici, ona je prekinula svoj godišnji odmor i mijenjala me u mojoj ambulanti. Pitam se koliko ima ljudi spremnih na takvo što“, jedan je od komentara o radu dr. Perić Sekulić. Predsjednik Udruge Marijo Drlje doda je da dr. Perić Sekulić krasiti veliko ljudsko srce te da ne okljuje svojim pacijentima dati ni novac kada nemaju za autobus do bolnice.

Uz dr. Perić, priznanje za svoj rad od ove je udruge dobila i medicinska sestra Štefica Bagarić iz Klinike za psihijatriju Vrapče kao najbolja medicinska sestra u 2014. godini. AŠ



Dr. Željka Perić Sekulić

## Smjenjeni ravnatelji četiri od pet KBC-ova

- Ministar zdravlja prim. Siniša Varga, dr. dent. med., smijenio je 19. siječnja ravnatelje četiri od pet kliničkih bolničkih centara. Umjesto doc. dr. Zlatka Giljevića sanacijski upravitelj KBC-a Zagreb postao je prof. dr. Hrvoje Vrčić, umjesto prof. dr. Hermana Hallera na čelo KBC-a Rijeka došao je prof. dr. Davor Štimac, a prof. dr. Vesnu Šerić, na mjestu sanacijske upraviteljice KBC-a Sestre milosrdnice, zamjenio je prof. dr. Danko Velimir Vrdoljak dok je u KBC-u Osijek umjesto dosadašnjeg upravitelja Saše Lamze, dipl. oec., imenovan prof. dr. Sven Kurbel. Ministar Varga ove je poteze obrazložio činjenicom da su ravnatelji poslovali negativno, što su oni nakon nekoliko dana demantirali. AŠ

## „Za i protiv“ na jedanaestom simpoziju HOD-a

- Jedanaesti tradicionalni simpozij „Suvremeno u oftalmologiji“ Hrvatskog oftalmološkog društva, koji je u prosincu održan u kino dvoranama Centra Kaptol u Zagrebu, ponudio je novi koncept prezentacije najzanimljivijih tema hrvatske i svjetske oftalmologije. Osamnaest oftalmologa prezentiralo je svoje „pro et contra“ argumente vezane uz 9 tema o kojima još ne postoji konsenzus u stručnoj i znanstvenoj javnosti, dok su prisutni u publici imali priliku izraziti svoje mišljenje putem elektronskih tokena.

Tako su se mogli čuti brojni argumenti za ili protiv istovremene obostrane operacije mrene, liječenju povećanog očnog tlaka i optičkog neuritisa, mehanih kontaktnih leča za astigmatizam, kirurškog liječenja stenoze suznih kanalica kod djece mlađe od 1 godine, doživotne terapije antiVEGF lijekovima, rješavanja prezbiopije laserom ili ugradnjom leča, blefaroplastike kod mlađih osoba, sve uz vrlo zanimljive rezultate glasovanja prije i nakon svake rasprave. Posljednja rasprava pod nazivom „Ostati ili otici“ o dvojbi koja u posljednje vrijeme muči sve veći broj kolega u Hrvatskoj bila je ujedno i najemotivnija rasprava toga dana.

Predsjednik društva prof. Zoran Vatavuk i izničarka prof. Renata Ivezović podnijeli su članovima redovito izvješće o radu društva

u 2014. godini. Novost ove godine bio je prikaz pobjedničkog predavanja u kategoriji Sekcije mladih dr. **Lane Dujmović** u ulozi širokokutne fluoresceinske angiografije kod bolesnika s retinitis pigmentozom prema preporuci i dovanju Europskog oftalmološkog udruženja SOE. Najavljeni su i nagrade za tri znanstvena rada iz područja oftalmologije koji će ove godine biti objavljeni u časopisima s najvećim faktorima odjeka.

*Adrian Lukenda, spec. oft.*

## Godišnja skupština HUBOL-a

- U Lječničkom domu je 19. prosinca prošle godine održana 1. redovita Skupština HUBOL-a na kojoj je sudjelovalo 63 delegata. Na sjednici je jednoglasno prihvaćeno godišnje izvješće predsjednika HUBOL-a mr. sc. **Trpimir Goluža** o radu udruge, izvješća predsjednika Nadzornog odbora i Časnog suda, finansijsko izvješće za 2014. te finansijski plan i plan rada udruge za 2015. Usvojene su izmjene i dopune Statuta HUBOL-a, čime je Statut udruge uskladen s novim Zakonom o udružama. Dotadašnji dopredsjednik HUBOL-a dr. **Pavo Kostopeč** na osobni je zahtjev razriješen dužnosti. Skupština je za novu dopredsjednicu HUBOL-a izabrala dr. **Ivanu Šmit**, kardiologinu iz OB Sisak. AŠ

## Predstavljen zbornik Povijest KB Dubrava

- U Kliničkoj bolnici Dubrava je 30. siječnja predstavljen zbornik Povijest KB Dubrava 1781-1991. koji govori o povijesti jedne od najstarijih bolnica u Hrvatskoj. Izdavač zbornika su Klinička bolnica Dubrava i Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, a uredio ga je doc. dr. sc. **Ivo Vučković**. Urednik navodi kako je cilj zbornika bio sakupiti sve relevantne radeove o vojnim bolnicama u Zagrebu kako bi se sačuvali istraženi podaci o povijesti Vojne bolnice Zagreb, sada Kliničke bolnice Dubrava, od 1781. do 1991. godine kada je u punoj funkciji od JNA preuzima Republika Hrvatska i



Doc. dr. sc. Ivo Vučković, general Antun Tus, predsjednica Akademije medicinskih znanosti prof. dr. sc. Jasna Lipozenčić i akademik Dragan Dekaris

## Predsjednik HAZU-a akademik Zvonko Kusić na Danu MEF-a u Zagrebu

- Predsjednik Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti akademik **Zvonko Kusić** prisustvovao je 17. prosinca svečanoj sjednici Fakultetskog vijeća MEF-a u Zagrebu održanoj povodom tradicionalnog Dana MEF-a i 97. obljetnice njegova osnutka. U svom je govoru akademik Kusić istaknuo da ovaj MEF po svom nastavnom i znanstvenom radu, organizaciji i tradiciji spada u sam vrh hrvatske akademske zajednice i da već gotovo sto godina ima ključnu ulogu u razvoju hrvatske medicine i zdravstva na najvišoj razini. „Medicinski fakultet stožerna je institucija hrvatske medicine i zdravstva i značajno je sudjelovao u stvaranju hrvatskog kulturnog identiteta. Njegova diploma uvijek je imala europsku vrijednost. Budimo ponosni što Hrvatska ima instituciju koja uživa veliki ugled ne samo u nas i koja osigurava potvrđivanje i prepoznavanje hrvatske medicine u svijetu“, rekao je akademik Kusić. Dodao je da je zadaća studija medicine stvoriti ne samo profesionalce, nego i vrhunske intelektualce široke kulture, a mi bismo dodali da to dokazuje i činjenica što je HAZU, otkad su mu na čelu bivši studenti ovoga fakulteta (od 1997- 2004. **Ivo Padovan** i od 2011. do danas Zvonko Kusić) znatno napredovao u širinu. Pod vodstvom ak. Kusića, koji je profesor onkologije i nuklearne medicine na MEF-u u Zagrebu, HAZU je unatoč kriznom vremenu kvantitativno obogatio svoju djelatnost, osobito izdavačku, te nakon stoljeća i pol postojanja gotovo revolucionarno širom otvorio svoja vrata svijetu (npr. „Dani otvorenih vrata“). Taj kvalitativan skok i novi duh u HAZU-u teško bi bilo objasniti bez Kusićevog dinamičnog medicinskog odgoja i liječničke profesije koja nikad nije bila sklona uskom kabinetском radu između četiri zida nego je oduvijek u neraskidivom dodiru s narodom.

*Prof. dr. Željko Poljak*

kada po prvi put u povijesti vojnih bolnica ulazi u sustav civilnog zdravstva. Na taj način se željela sačuvati od zaborava njezina povijest i istaći uloga i značaj te zdravstvene ustanove u navedenom razdoblju.

Također je cilj prikazati i nedvojbeno dokazati da je Vojnu bolnicu Zagreb, jednu od najsvremenijih bolnica u Europi, Republika Hrvatska preuzeila 16. prosinca 1991. godine, u punoj funkciji i posve sačuvanu, isključivo zaslugom 1100 njezinih hrvatskoj lojalnih dječatnika, ali i potaknuti i olakšati daljnja istraživanja povijesti bolnice. AŠ

## Dan zdravlja branitelja u OB Zabok

- U Općoj bolnici Zabok i bolnici hrvatskih veteranima održana je svečanost u povodu proglašenja „Dana zdravlja branitelja“. Zabocka bolnica prvi put je ove godine organizala preventivnu javnu akciju s ciljem zaštite zdravlja koja je namijenjena isključivo braniteljima, hrvatskim ratnim vojnim invalidima i članovima njihovih obitelji.

„Ovime se želi ukazati na važnost brige o vlastitom zdravlju koje je temelj i preduvjet kvalitetnog života svakog pojedinca“, rekao je sanacijski upravitelj bolnice dr. **Ivan Švajger** dodajući kako će to biti veliki iskorak u očuvanju zdravlja branitelja kojima smo dužni posvetiti posebnu pažnju. Ministar zdravlja prim. **Siniša Varga**, dr. dent. med., sa suradnicima je obišao i pacijente veterane u bolnici, a upraviteljem Švajgerom razgovarao je o budućim planovima za rad bolnice u Zaboku, ali i u ostalim budućim veteranskim bolnicama. Naime, u planu je da se OB Knin i OB Vukovar specijaliziraju poput zabočke bolnice za specifične probleme braniteljske populacije te da i one nose naziv braniteljske bolnice. Ideja je i da se 3. veljače proglaši „Danom zdravlja branitelja“ te da se svake godine obilježava kroz razne aktivnosti vezane uz kontrolu i očuvanje zdravlja i to ne samo u Zaboku nego i u drugim hrvatskim bolnicama. AŠ

## Novi hitni prijem u OB Vinkovci i ambulante u Županji

- U OB Vinkovci je početkom siječnja otvoren objedinjeni hitni bolnički prijem

koji pacijentima osigurava dostupnost medicinske skrbi 24 sata dnevno sedam dana u tjednu. U sklopu centra za hitnu medicinu nalazi se trijaža, moderna dijagnostika, hitni laboratorij, sala za reanimaciju, hitna operacijska sala te je uređen i opremljen prostor za smještaj i nadzor akutnih pacijenata s modernom opremom. U objedinjeni hitni bolnički prijem, očni odjel i kurške ambulante vinkovačke bolnice uloženo je više od 8,5 milijuna kuna, dok je za opremu za objedinjeni hitni bolnički prijem uloženo 2,8 milijuna kuna iz sredstava Ministarstva zdravlja i kredita Svjetske banke. Ministar zdravlja prim. **Siniša Varga**, dr. dent. med. najavio je podršku i novim infrastrukturnim projektima u toj bolnici tijekom ove i iduće godine. Ministar Varga također je pozvao i mlade lječnike da se javljaju na natječaje za specijalizaciju za hitnu medicinu u vinkovačkoj bolnici u kojoj je u tijeku šest natječaja.

Ministar Varga posjetio je i Dom zdravlja Županja te je s ravnateljicom Lucom Lešić obišao obnovljene prostorije područnih ambulanti u Gunji i Rajevom Selu koje su bile potpuno uništene u svibnju prošle godine za vrijeme velikih poplava u Slavoniji. Ambulanate su obnovljene novcem iz Program obnove i saniranja posljedica katastrofalne poplave na području Vukovarsko-srijemske županije. AŠ

## Dodatno ugovoreni PET/CT i MR postupci

• HZZO je osigurao novac za ugovaranje dodatnih postupaka PET/CT dijagnostike s Poliklinikom Medikol u Zagrebu, Rijeci, Osijeku i Splitu. Novac je osiguran za period do 31. ožujka ove godine, i to za 498 postupaka PET/CT, 373 postupaka CT nakon PET/CT, te 35 postupaka PET/CT s 18-F fluorocholinom.

Radi smanjenja Nacionalne liste čekanja, HZZO je u skladu s uputom Ministarstva zdravlja proveo javni natječaj za sklapanje ugovora o provođenju dijagnostičko/terapijskih postupaka hiperbarične oksigenoterapije i magnetske rezonance (MR), te su nakon provedenog natječaja izabrani najpovoljniji ponuditelji. HZZO je sklopio ugovore za period do 31. ožujka ove godine s Poliklinikom Slavonija u Osijeku za 900 postupaka hiperbarične oksigenoterapije, Poliklinikom Medikol, podružnicom u Čakovcu za 3000 postupaka MR, Poliklinikom Medikol, podružnicom u Splitu i Osijeku za po 2000 postupaka MR.

Dodatni ugovoreni postupci služit će prvenstveno za smanjivanje liste čekanja preusmjeravanjem dijela pacijenata koji trenutno čekaju MR u ranije termine. AŠ



## HZZO-u certifikat za informacijsku sigurnost

• Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) dobio je certifikat po međunarodnoj normi ISO/IEC 27001:2013 za sustav upravljanja informacijskom sigurnošću. Certifikatom je potvrđena učinkovita implementacija sustava upravljanja informacijskom sigurnošću u HZZO-u, sukladno zahtjevima ove međunarodne norme. Također, postignut je vrlo važan strateški cilj čime je još jednom potvrđena usmjereność HZZO-a na disciplinirano upravljanje sigurnošću informacija i zaštitu podataka, a posebno osobnih podataka osiguranih osoba. Tijekom 2014. godine petero djelatnika HZZO-a završilo je edukaciju i uspješno položilo ispite za menadžere informacijske sigurnosti, čime su stekli međunarodni certifikat europske organizacije za kvalitetu EOQ te austrijski nacionalni certifikat CIS za menadžera ISMS.

Također, desetero djelatnika HZZO-a uspješno je završilo edukaciju za interne auditore po normi ISO/IEC 27001:2013 u organizaciji konzultantske kuće BlueField iz Zagreba.

AŠ



## Nova e-usluga Realizirani recept

• Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) je kroz sustav e-Gradići učinio dostupnom novu e-uslugu Realizirani recepti, kojom se građanima daju na uvid podaci o receptima realiziranim u ljekarni u posljednjih šest mjeseci.

Osim naziva i količine, te datuma i mesta izdavanja, za svaki izdani lijek naveden je iznos pokriven od HZZO-a s PDV-om, uz eventualnu nadoplatu koju je napravio osiguranik.

S obzirom da se radi o osobnim podacima medicinske i financijske prirode, korisnik na e-uslugu mora biti prijavljen mTokenom koji se može dobiti besplatno u FINA-i ili pametnom karticom HZZO-a, kakve imaju svi zdravstveni radnici u Hrvatskoj jer one pružaju viši stupanj sigurnosti identifikacije i autentifikacije osoba. AŠ



## Epidemija ospica i u Hrvatskoj

• Hrvatski zavod za javno zdravstvo izvjestio je o prvom grupiranju ospica u Hrvatskoj 16. prosinca 2014. godine. Do početka veljače ove godine zabilježeno je još nekoliko slučajeva unosa ospica iz inozemstva (iz Njemačke, Bosne i Hercegovine, Srbije), a neki od importiranih slučajeva su rezultirali širenjem infekcije među necijepljenim članovima obitelji, što je dovelo do nekoliko obiteljskih grupiranja ospica. Dodatno, zabilježeni su pojedinačni slučajevi sa ili bez daljnog prijenosa bolesti na bliske kontakte, a za koje se ne može utvrditi jesu li se zarazili u inozemstvu.

Do početka valjače prikupljeni su podaci o više od 60 oboljelih od ospica u Hrvatskoj, od kojih je dio laboratorijski potvrđen, a dio bolesnika je još u obradi te se službene prijave tek očekuju. Velika većina bolesnika nije cijepljena protiv ospica.

Većina oboljelih se može povezati s drugim bolesnicima kao dio obiteljskog grupiranja ili kao bliski kontakti s bolesnicima s kojima nisu u rodu. U Zagrebu je zabilježeno nekoliko obiteljskih grupiranja bolesti, prvenstveno u velikim obiteljima s visokim udjelom necijepljenih članova.

U Rijeci i Vinkovcima je zabilježeno po jedno manje grupiranje koje nije unutar obitelji. Pojedinačnih bolesnika koje u ovom trenutku ne možemo povezati s drugim bolesnicima u Hrvatskoj ima u Zagrebu i jedan bolesnik u Rijeci, koji se najvjerojatnije zarazio izvan Hrvatske.

U početku epidemije većina oboljelih su bili kontakti osoba koje su se zarazile u inozemstvu, a s daljnjim razvojem, sve je veći broj bolesnika koji nemaju nikakav izravni niti posredni kontakt s inozemstvom. Četvero oboljelih je razvilo upalu pluća kao komplikaciju bolesti, a jedan upalu srednjeg uha.

Iz HZJZ-a podsjećaju da je u suzbijanju epidemije izuzetno važno svaku postavljenu sumnju na ospice odmah prijaviti nadležnoj epidemiološkoj službi zbog pravovremene obrade kontaktata oboljelog od ospica i provedbe protuepidemijskih mjer. AŠ

## Novi portal „Dokazi u medicini“

• „Dokazi u medicini“ ([www.dokazi-umedicini.hr](http://www.dokazi-umedicini.hr)) novi je portal koji javnosti želi pomoci u prepoznavanju neutemeljenih tvrdnji o učinkovitosti kojekakvih čudesnih terapija koje se nude na tržištu. Portal volonterski uređuje skupina znanstvenika koji se zalažu za medicinu utemeljenu na dokazima. Na portalu će svatko moći postaviti pitanja o dokazima koji stoe iza neke terapije koja se nudi na tržištu, nakon čega će znanstvenici odgovor na upite potražiti u medicinskoj literaturi i odgovor objaviti. Portal „Dokazi u medicini“ napravljen je u okviru projekta popularizacije znanosti Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta, a voditeljica projekta je prof. dr. sc. **Livia Puljak** s Medicinskog fakulteta u Splitu. AŠ

## Radna grupa o broju ECMO uređaja

• Ministar zdravlja prim. Siniša Varga, dr. dent.med., se početkom veljače oglasio o nalazima Radne skupine za analizu opremljenosti i potreba bolničkih zdravstvenih ustanova ECMO aparatima.

„Zadatak radne skupine bio je utvrditi iskoristenost i potrebe za ECMO uređajima

u sustavu zdravstva. Radna skupina je utvrdila da je od 41 uređaja do sada 30 uređaja bilo u funkciji.

Nalaze povjerenstva uputit će stručnim službama u ministarstvu zdravlja. Službe će utvrditi treba li uređaje raspoređiti drugačije unutar zdravstvenog sustava kako bi se postigla njihova optimalna iskoristenost. Na ministru zdravlja je da utvrdi zdravstvene potrebe stanovništva, a ako je bilo nekih nepravilnosti, to će se utvrditi u suradnji s drugim institucijama“, rekao je ministar Varga. AŠ

## Tradicionalni XV. Tečaj ginekološke endoskopije u Zaboku

• U Općoj bolnici Zabok organiziralo je Hrvatsko društvo za ginekološku endoskopiju HLZ-a, uz Odjel ginekologije i porodništva bolnice, tradicionalni 15. Hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije s međunarodnim sudjelovanjem I. kategorije „Kurt Semm“, s najeminentnijim predavačima te s polaznicima iz Hrvatske i svijeta.

Održan je u prostorima OB Zabok, a tijekom tečaja organiziran je i direktni prijenos operacija iz Zabočke te Zadarske bolnice. Voditelji tečaja, prof. dr. **Miroslav Kopjar** i prof. dr. **Siniša Šjanović**, polaznike su upoznali s recenčnim spoznajama na području ginekološke endoskopije. Među brojnim eminentnim stručnjacima ističe se posebno angažman inozemnih

predavača prof. dr. **Ede Bokale** (UKC Ljubljana), doc. dr. **Branke Žegure** (UKC Maribor) i prof. dr. **Tomislava Čanića** (UKC Bregenz, Austrija).

U sklopu tečaja održan je tradicionalni 15. Simpozij Hrvatskog društva za ginekološku endoskopiju HLZ-a i Odjela ginekologije OB-a Zabok pod nazivom „Kontroverze u minimalnoj invazivnoj ginekološkoj kirurgiji“, gdje su prezentirane aktualne spoznaje o toj temi.

U sklopu skupa, svečano je obilježena i 40. obljetnica djelovanja Odjela ginekologije i porodništva OB-a Zabok (1974. – 2014.) te je upućena zahvala svima koji su stvorili temelje na kojima počiva djelovanje i budućnost Odjela, u kojem su postavljeni temelji brojnih minimalno invazivnih zahvata u endoskopskoj ginekološkoj kirurgiji.

*Prim. dr. sc. Rajko Fureš, OB Zabok  
(rajko.fures@kr.t-com.hr)*

## Udruga RODA i akcija „Prekinimo šutnju!“

• Predstavnice udruge RODA primili su u Ministarstvu zdravlja pomoćnik ministra doc. dr. **Dragan Korolić-Marinić** i njegovi suradnici povod akcije „Prekinimo šutnju!“ koju ta udruga provodi u sklopu svjetske akcije 16 dana aktivizma. Udruga RODA upozorava na tri elementa koja bi se zajedničkom suradnjom mogla poboljšati, a to su: rutinska praksa pri porodima u rodilištima koju je potrebno unaprijediti s ciljem uskladišivanja s najboljim europskim praksama te preporukama SZO-a, unapređenje komunikacijskih vještina zdravstvenog osoblja i bolja edukacija trudnica o predstojećem porodu, a koja je u Hrvatskoj nedostatna i neujednačena. Zaključeno je kako će Ministarstvo zdravlja od siječnja do ožujka 2015. provesti zdravstveno-inspekcijski nadzor svih rodilišta u Hrvatskoj. Također će, u suradnji s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo (HZJZ), UNICEF-om i nevladinim udrugama pripremiti program za poboljšanje i ujednačavanje zdravstvene skrbi u svim rodilištima. te pokrenuti suradnju HZJZ-a sa strukovnim komorama, stručnim društvima i udrugom RODA na izradi publikacija namijenjenih trudnicama u svrhu pripreme za porod. Dogovorene je priprema edukativnih programa za poboljšanje komunikacijskih vještina zapoštenih u rodilištima, liječnika, primalja i medicinskih sestara. Pristupit će se i izmjeni postojeće zakonske regulative primaljskog rada radi poticanja aktivnije uloge primalja u porodu.

*Vesna Rems Dobrin,  
mag. soc. rad. Min. zdravstva*

## Prva sjednica Povjerenstva za konoplju

• Povjerenstvo za analizu i preporuke primjene indijske konoplje i kanabinoida u medicinske svrhe održalo je 12. siječnja prvi sastanak pod predsjedanjem dr. med. **Ognjena Brborovića**, na kojem su razmatrane preporuke za moguće izmjene zakonodavstva vezane uz indijsku konoplju i pregled lijekova baziranih na indijskoj konoplji, a koji su u upotrebi u Europskoj uniji. Povjerenstvo je, imajući u vidu novije znanstvene i medicinske spoznaje, te činjenicu da bolesnici u Hrvatskoj kupuju indijsku konoplju na crnom tržištu, nužno je regulirati uzgoj, preradu, promet i propisivanje indijske konoplje u medicinske svrhe. Stoga je potrebno promijeniti postojeće zakonodavstvo te uvesti efikasne mehanizme kontrole sve kako bi se omogućila uporaba indijske konoplje u medicinske svrhe i sprječila zlouporaba.

Kako bi se ostvario cilj reguliranja uporabe indijske konoplje u medicinske svrhe, Povjerenstvo smatra kako je potrebno donijeti odgovarajuće normativne akte te dopuniti Zakon o suzbijanju zlouporabe droga i izmjestiti indijsku konoplju iz I skupine droga po Konvenciji iz 1971.

Budući da trenutno važeći Zakon ne dopušta korištenje indijske konoplje u medicinske svrhe što je dovelo do neodržive situacije da teški bolesnici završavaju na sudu pod prijetnjom zatvorskih kazni, promjena Zakona omogućiti će ostvarenje opisanih ciljeva. Previsoka cijena indijske konoplje koja se koristi u medicinske svrhe također može učiniti lijek nedostupnim pacijentima, ocijenilo je Povjerenstvo. AŠ

## Pobjednici „Medis Challenge“ – međunarodnog natječaja

• Povodom 25. obljetnice uspješnog poslovanja farmaceutske tvrtka Medis d.o.o., koja se bavi medicinskim marketingom, raspisala je u listopadu 2014. natječaj „Medis Challenge“ pozivajući liječnike i farmaceute čiji su poster ili usmena prezentacija prihvaćeni na nekom od europskih, odnosno svjetskih stručnih ili znanstvenih skupova od 1. rujna 2013. do 31. kolovoza 2014. Istaknuto je da tvrtka time želi doprinijeti većoj međunarodnoj prepoznatljivosti stručnjaka, nositelja znanja s područja medicine i farmacije. Natječaj je bio otvoren za predstavnike sedam država u kojima Medis posluje (Austrija, Bosna i Hercegovina, Hrvatska, Mađarska, Makedonija, Slovenija i Srbija) te je proveden prema utvrđenim propozicijama. Međunarodni stručni žiri, koji se sastojao od afirmiranih liječnika različitih specijalnosti, odabralo je po jednog primatelja nagrade u iznosu od 2.500 Eura iz svake od sedam država. Svečana dodjela nagrada upriličena je 3. prosinca 2014. u Ljubljani na svečanosti povodom 25. obljetnice Medisa. Nagradu u konkurenciji hrvatskih autora dobio je poster pod naslovom "Pain Sensitivity Questionnaire (PSQ) and pressure algometry predict postoperative pain after elective Cesarean section under spinal anaesthesia" prezentiran na Europskom kongresu bola u Firenci, a izrađen na Katedri za anesteziju i intenzivno liječenje MEF-a u Osijeku i Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu te Klinici za anesteziologiju i intenzivno liječenje KB-a „Sveti Duh“ i Zavoda za anesteziologiju i intenzivno liječenje KBC-a „Sestre milosrdnice“. Nagrađeni autori rada, **Branka-Mazul Sunko, Dragutin Ivanec, Ivan Šklebar, Aleksandra Jokić, Dragica Franić Kasunić, Gordana Brozović, Sonja Krofak i Milka Vukelić**, dobivenu nagradu iskoristit će u svrhu daljnog stručnog usavršavanja na području liječenja boli.

*Prim. dr. sc. Ivan Šklebar, dr. med.*

## 28. veljače - Međunarodni dan rijetkih bolesti

• Hrvatska će se i ove godine priključiti obilježavanju Međunarodnog dana rijetkih bolesti, koji se u cijelom svijetu održava 28. veljače. Udruge bolesnika u tom povodu organiziraju niz aktivnosti kako bi podignule svijest o rijetkim bolestima i skrenule pažnju na potrebe oboljelih, kako u zdravstvenom, tako i u socijalnom smislu. Slogan ovogodišnjeg Međunarodnog dana je „Dan po dan, rukom pod ruku“, a kampanju u Hrvatskoj provodit će Hrvatski savez za rijetke bolesti. Za taj dan Savez je pripremio niz aktivnosti – edukacije i dijeljenje promotivnih materijala u osam hrvatskih gradova, a dan prije, 27. veljače, u zagrebačkom Kinu Tuškanac bit će prikazana i premijera prvog hrvatskog dokumentarnog filma o rijetkim bolestima „Dan po dan“.

Rijetke bolesti su prema definiciji prihvaćenoj u EU-u one koje se javljaju kod manje od pet pojedinaca na 10 000 stanovnika. Smatra se da postoji između pet i sedam tisuća različitih rijetkih bolesti te da u EU-u od njih boluje između 20 i 30 milijuna ljudi.

U Hrvatskoj se procjenjuje da postoji više od 200 tisuća ljudi oboljelih od rijetkih bolesti, što je populacija veća primjerice od grada Splita. Rijetke bolesti najčešće su genetski vezane, kronične, postupno napredujuće i u većini slučajeva uzrokuju preuranjenu smrt, ponekad već i u najranijoj dobi. Teško se dijagnosticiraju i znaju proći godine do konačne diagnoze. Budući da su rijetke, mnogi se liječnici tijekom cijelog svog radnog vijeka nikada niti ne susretu s mnogima od njih.

Za većinu ne postoji lijek, ali postoje terapije koje mogu zaustaviti njihov napredak, poboljšati kvalitetu života i produljiti život. Info.: Hrvatski savez za rijetke bolesti, Ivanićgradska 38, 10000 Zagreb; tel. 01/2441-393; [www.rijetke-bolesti.hr](http://www.rijetke-bolesti.hr); [www.orpha.net/national/HR-HR](http://www.orpha.net/national/HR-HR)

*Anja Kladar i Tihana Kreso*

## Izložba slika dr. Josipa Rubesa u Velikoj Gorici

• Dana 2. veljače otvorena je izložba slika dr. **Josipa Rubesa** iz Krapinskih Toplica u Pučkom otvorenom učilištu u Velikoj Gorici pod nazivom „Od figuracije do apstrakcije“ Izloženo je 29 radova u tehniki ulja na platnu i pasteli. Izložbu je otvorila povjesničarka umjetnosti gđa **Vesna Kajić**. U programu otvaranja sudjelovao je kantautor **Pero Rogan**. Izložba se može razgledati do 22. veljače.

## Odobreni novi lijekovi za hepatitis C

• Evropska komisija izdala je odborenje za stavljanje u promet lijekova tvrtke AbbVie za liječenje hepatitis C u Europskoj uniji, nakon što su nedavno odobreni u SAD-u i Kanadi. Odobrenja su uslijedila nakon ocjene Europske agencije za lijekove provedene prema ubrzanom postupku, koji je namijenjen za nove lijekove od najvećeg javnozdravstvenog interesa pa su lijekovi sada odobreni za primjenu u svih 28 država članica EU, Švicarskoj, Islandu, Lihtenštajnu i Norveškoj.

Prof. dr. **Stefan Zeuzem** sa Sveučilišne klinike J. W. Goethea u Frankfurtu rekao je kako je u kliničkim ispitivanjima terapija tvrtke AbbVie postigla visoke stope izlječenja uz niske stope prekida liječenja u različitim populacijama bolesnika, što je čini važnom novost u skupini lijekova koji mijenjaju način liječenja hepatitis C. Liječenje ove bolesti je složeno jer virus brzo mutira i brzo se replicira.

Viekirax + Exviera su prvi lijekovi odobreni kao kombinirana terapija trima antiviroticima s izravnim djelovanjem koji imaju različite mehanizme djelovanja i ciljano djeluju na hepatitis C u nekoliko stadija životnog ciklusa virusa.

Odobrenje za stavljanje u promet lijekova Viekirax + Exviera podupire program kliničkog razvoja, oblikovan da se ispita sigurnost i djelotvornost ovog režima liječenja u više od 2300 uključenih bolesnika u 25 zemalja.

Program je obuhvaćao šest pivotalnih ispitivanja faze 3 koja su pokazala da je terapija lijekovima Viekirax + Exviera izlječila 95 do 100 posto bolesnika s infekcijom hepatitisom C genotipa 1 koji su primili preporučeni režim liječenja, dok je manje od 2 posto bolesnika doživjelo virološki neuspjeh.

Osim toga, više od 98 posto bolesnika (2011/2013) u kliničkim ispitivanjima dovršilo je cijeli ciklus liječenja. Najčešće nuspojave (>20 posto) kod primjene lijekova Viekirax + Exviera s ribavirinom bile su umor i mučnina.

AŠ

# Etiopatogeneza poremećaja energijskog i tvarnog metabolizma – I. dio.

Prof. dr. Zdenko Kovač

- U ovome nastavku krećemo s nizom patofiziologije poremećaja energogeneze, tvarne izmjene i poremećaja tjelesne mase. Načelno govoreći, pozitivna i negativna energijska bilanca u tijelu uzrokuju nakupljanje i potrošnju konstitutivnih tvari. Prekomjerna odstupanja i energijskoga protoka i tjelesne mase etiopatogenetski su čimbenici u vrlo raznorodnim kliničkim poremećajima. U ovom nastavku je algoritamski obrađen hipermetabolizam u opeklinskoj bolesti, a etiopatogenetski čvorovi obuhvaćaju hipoglikemiju zbog insulinoma i nuspojave liječenja levofloksacilinom, te potrhanjenost u djece zbog loše prehrane i sindromu anorexia nervosa. Rješenja vježbi a, b i c u algoritamskoj razradbi te rješenja zadatka II. i III. u čvorovima napisana su na str. 44 ovoga broja, u svrhu samoprovjere.

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

### Patogeneza hipermetabolizma u opeklinskoj bolesti

Za razradbu problema prostudiraj stranice 510–2, 529–30, 554–5, 558–9 te 678–83 u S. Gamulin, M. Marušić, Z. Kovač. **Patofiziologija. Knjiga prva. 7. izdanje.** Medicinska naklada Zagreb 2011.

(Zadatak je priređen prema podatcima u radu Saffle JR i sur. Use of indirect calorimetry in the nutritional management of burned patients. J Trauma 1985; 25: 32–9).

lesnika, u kilokalorijama/dan, izračunana je za svakog bolesnika prema Harris-Benedictovoj jednadžbi:

$$\text{OSPE (za muškarce)} \\ = 66,47 + 13,75 T + 5,00 V - 6,76 D \quad (1)$$

$$\text{OSPE (za žene)} \\ = 655,1 + 9,56 T + 1,85 V - 4,68 D \quad (2)$$

a potreban unos energije hranom i parenteralno izračunan je prema Currerijevoj formuli:

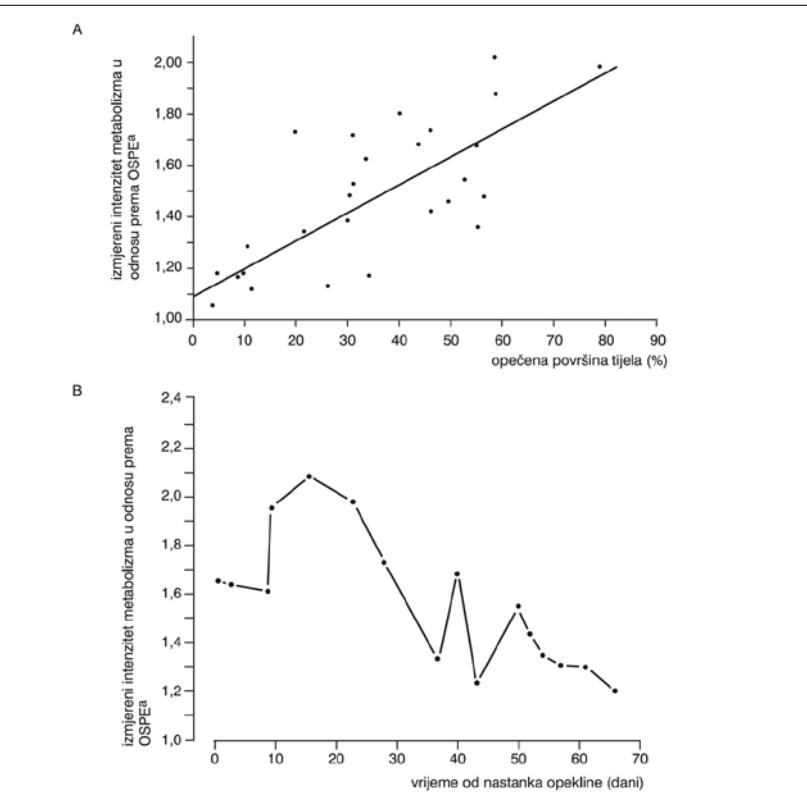
$$\text{kcal/dan (odrasli)} \\ = 25 \times T + 40 \times \text{OPT} \quad (3)$$

$$\text{kcal/dan (djeca)} \\ = 60 \times T + 35 \times \text{OPT} \quad (4)$$

gdje T označava masu tijela u kilogramima, V visinu u centimetrima, D dob u godinama, a OPT opečenu površinu tijela u postotku od ukupne površine tijela. Prema formuli (slika 1A.)

(3) prilagođen je unos hranidbenih tvari u organizam, parenteralnim i prirodnim putem. Ugljikohidrati i masti su sudjelovali su približno s po 62, odnosno 21%, a bjelančevine sa 17% kao energijski izvori. U tablici 1 istaknuto je da je povećanje intenziteta metabolizma za 35–97% u skupinama I–IV. U slici 1 A zbirno

Dvadesetidevet bolesnika (26 muškaraca i 3 žene) s opeklinama koji su obrađivani na odjelu pojačane skrb razvrstani su u četiri skupine prema veličini opečene površine tijela. Mjerenjima sadržaja kisika i ugljikova dioksida u udahnutom i izdahnutom zraku izračunana je potrošnja kisika i proizvodnja ugljikova dioksida. Po osnovi tih pokazatelja izračunana je energijska potrošnja (metoda indirektne kalorimetrije) u pojedinim skupinama bolesnika, što je prikazano u tablici 1. Očekivana standardna potrošnja energije (OSPE), metabolizam u mirovanju organizma bez bolesti za svakog bo-



Slika 1. A – Intenzitet metabolizma korelira s veličinom opečene površine tijela; B – promjene intenziteta metabolizma u opeklinskoj bolesti bolesnika starog 45 godina s opečenom površinom od 53% (pripadnik III skupine).

<sup>1</sup> OSPE=očekivanja standardna potrošnja energije prema Harris-Benedictovoj jednadžbi.

**Tablica 1.** Povećanje intenziteta energijskog metabolizma kao funkcija opečene površine tijela

Skupina bolesnika	Opečena površina tijela %	Broj bolesnika u skupini	Potrošnja O <sub>2</sub> (mL/min/m <sup>2</sup> )	Proizvodnja CO <sub>2</sub>	MEM <sup>a</sup> (kcal/24 h)	MEM/OSPE <sup>b</sup>
I	1-20	7	156	142	2,232	1,35
II	21-40	10	174	160	2,404	1,43
III	41-60	11	209	198	2,782	1,67
IV	>61	1	247	225	3,155	1,97

<sup>a</sup> MEM = mjereni energijski metabolizam indirektnom kalorimetrijom.

<sup>b</sup> OSPE = očekivana standardna potrošnja energije u kcal/24 u zdravog organizma pripadne visine, težine, dobi i spola, izračunata prema formulama (1) i (2).

je prikazan porast intenziteta metabolizma kao funkcija veličine opečene površine tijela. U slici 1 B prikazana je energijska potrošnja kroz 70 dana kliničkog liječenja i obrade jednog bolesnika iz III skupine (u kojeg je opečena površina tijela iznosila 53%).

## VJEŽBA A:

### Činjenična raščlamba

(Jedan je ili više točnih odgovora)

#### 1. Za patogenezu opeklina, kao u bolesnika u zadatu, točne su sljedeće tvrdnje:

a) Hiperkortikotropinemija, hiperkortizolemija i hiperkatekolaminemija sudjeluju u preusmjerenju metabolizma i pokretanju kataboličke reakcije, a etipatogenetski pokretač takvog neuroendokrinog obrasca su IL-1, IL-6, TNF- $\alpha$ , bol i promjene volumena tjelesnih prostora.

b) Opeklinskom se tekućinom ne gube elektroliti već proteini, zbog čega se u plazmi snižava onkotički tlak, a zbog toga gubitka bjelančevina nastaje negativna ravnoteža dušika.

c) Denaturirane i karbonilirane makromolekule te druge ostatne tvari u opečenoj tkivoj masi djeluju snažno upalotvorno, s učincima na lokalnoj i sustavnoj hemodinamici, infiltraciji stanica i odašiljanju dugodometnih citokina u krv.

d) Na opečenoj se površini tkiva ostvaruje izravna komunikacija između izvanstaničnoga prostora i okoliša, zbog čega se povećavaju gubitci vode i bjelančevina te raste vjerojatnost pojave infekcija.

e) Kao funkcija količine prenesene toplinske energije na tkivo pri nastanku opeklina, patogenetski se u tkivima (organima) mogu razviti disfunkcija, denaturacija proteina i drugih makromolekula te karbonizacija biološke tvari.

#### 2. Prema podatcima u tablici 1 i slici 1 za patogenezu poremećaja energijskog/tvarnog metabolizma točne su sljedeće tvrdnje:

a) Dva mjeseca nakon nastanka opeklina metabolička potrošnja u bolesnika još je uvek povećana kao posljedica produljenih procesa cijeljenja koji uključuju reparacijsku fibrozu (v. slika 1).

b) Porast potrošnje kisika i povećanje proi-

zvodnja CO<sub>2</sub> u bolesnika, koji su upravo proporcionalni opečenoj površini tijela (v. slika 1 A), pokazatelji su hipermetabolizma koji uključuje ubrzanje oksidativne fosforilacije i uspostavu jalovih ciklusa.

c) U bolesnikovom organizmu pokrenuta je katabolička reakcija, što se među ostalim očituje i hipoalbuminemijom (nije pokazano u zadatu), pri čemu se razgradnjom bjelančevina oslobođene aminokiseline troše kao izvor energije.

d) Povećane energijske potrebe koje traju nekoliko tjedana posljedica su tkivne pregradnje, reparacijskih procesa i indukcije krvotornih tkiva, a ubrzani bi se metabolizam mogao dokazati izravnom kalorimetrijom (mjerjenjem otpuštanjem topline iz tijela).

e) Unatoč povećanju potrošnje kisika u bolesnika se ne može govoriti o ubrzaju oksidativne fosforilacije budući da se u prirodnom tijeku opeklinske bolesti hipermetaboličkim odgovorom troše vlastite strukture.

#### 3. U sklopu cjelovitog odgovora organizma u opeklinskoj bolesti susreću se sljedeće promjene:

a) Pri dodatnom stresu (primjerice kirurškom zbrinjavanju opeklina) u bolesnikovom se organizmu dodatno povećava potrošnja kisika i ubrzava energijski metabolizam.

b) Stresni odgovor središnjega živčanoga sustava očituje se hiperkortikotropinom, hipersomatotropinom, hiperkatekolaminom, hipervazopresinom i hipogondotropinom.

c) Osim hiperkortizolemi, u pokretanju kataboličke reakcije sudjeluju i citokini (IL-1, IL-6, TNF- $\alpha$ ) koje luče stanice monocitnog reda i granulociti pobuđeni devitaliziranim tkivom u opeklinskoj bolesti.

d) Kod bolesnika se u sklopu cjelovitog odgovora središnjega živčanoga sustava susreće zakočenje aktivnosti lokusa ceruleusa, zbog čega bi se u periferiji mogla dokazati hipokatekolaminemija, a u urinu smanjeno izlučivanje vanil-bademove kiseline.

e) U pokretanju cjelovite reakcije organizma sudjeluju promjene tjelesnih volumena (dehidratacija, hipovolemija), bolne senzacije, citokini i disfunkcije zahvaćenih organa.

#### 4. U patogenezi opeklinske bolesti kao u bolesnika u zadatu susreću se sljedeći mehanizmi osim:

a) Sklonost stvaranja veziva te pregradnja i postizanje veće čvrstoće kolagena načelno su određeni lokalnim odnosima koncentracija vezivotvornih čimbenika (primjerice FGF, PDGF) i protuvezivotvornih čimbenika (primjerice (IL-4, IL-10, IFN- $\gamma$ ).

b) Ubrzanje krvotoka u sklopu opeklinskoga sindroma nastaje kao posljedica ubrzanja metabolizma, hipovolemije i hiperkatekolamine.

c) U svih bi se bolesnika u zadatu u prvim danima opeklina mogla dokazati negativna kumulativna ravnoteža dušika unatoč hiperalimentaciji prema Currerijevoj formuli, budući da količina izlučene ureje iz organizma ne ovisi o prehrani.

d) Sustavno očitovanje upalne reakcije uključuje vrućice, ubrzanje metabolizma, ubrzanje sedimentacije eritrocita, porast koncentracije proteina akutne faze u plazmi i ubrzanje sustavnog krvotoka.

e) Zbog gubitka vode postoji sklonost dehidrataciji organizma i hipovolemiji te mogućnost pojave krvotočnog urušaja, koji bi se u patogenetskom smislu svrstavao u složene krvotočne urušaje (»opeklinski šok«).

#### 5. Patogenetske posljedice opeklinske bolesti uključuju sljedeće mehanizme:

a) Budući da se u opečenom tkivu pokreće vrlo snažna upalna reakcija, tu se oslobađaju dalekodometni upalotvorni citokini s pleiotropnim djelovanjima (pokretanje kataboličke reakcije, vrućice, pobuda proteina akutne faze, kemo-taktično djelovanje).

b) Katabolička se reakcija očituje pojačanom razgradnjom bjelančevina skeletnog mišića, negativnom ravnotežom dušika te povećanom koncentracijom glutamina i arginina u bolesnikovoj plazmi.

c) Povećano hlapljenje tjelesne tekućine, hipermetabolizam i ubrzanje krvotoka pridonose razvoju vrućice, ali organizam pritom izdaje nepromijenjenu količinu topline iz tijela.

d) Kao posljedica gubitka proteina u opeklinskoj tekućini u plazmi se razvija hipoalbuminemija, koja pridonosi hipovolemiji zajedno s povećanim gubitkom vode neosjetljivim hlapljenjem na opeklinskoj površini.

e) Zbog gubitka proteina i korištenja proteina u energogene svrhe, može se razviti sindrom manjka bjelančevina u tijelu s posljedičnim sekundarnim poremećajima (primjerice imuno-deficijencija, mišićna slabost).

## VJEŽBA B:

### Algoritamska razradba patogeneze

Sljedeće pojmove složi u uzročno-posljedični slijed:

1. Povećana potrošnja kisika u tkivima
2. Povećano izdavanje ugljikova dioksida u izdisnjom zraku
3. Lučenje kemotaktičkih tvari i vezivotvornih čimbenika
4. Hiperkortizolemija
5. Hiperkatekolaminemija
6. Hiperkortikotropinemija
7. Stresni odgovor središnjega živčanoga sustava
8. Povećana ubikvitinizacija proteina
9. Povećano otpuštanje dušika iz organizma
10. Pojačana katabolička reakcija
11. Nakupljanje granulocita i makrofaga
12. Nepravilna polimerizacija kolagena
13. Ožiljkavanje opečene površine tijela
14. Hipermetabolizam
15. Jaki bolovi
16. Karbonizacija tkiva pri prevelikoj razmjeni topline između tkiva i izvora topline
17. Vrućica
18. Povećano hlapljenje tekućine s površine tijela (perspiratio insensibilis)
19. Dehidratacija organizma
20. Tahikardija
21. Povećanje minutnog volumena srca
22. Toplinsko razaranje kožnih i potkožnih struktura
23. Pojačana proliferacija fibroblasta i lučenje međustanične tvari
24. Pregradnja kolagena
25. Degenerativne promjene tkiva
26. Stezanje novostvorenoga reparacijskog tkiva
27. Povećana proteazomska proteoliza
28. Otpuštanje IL-1, IL-6 i TNF-α

količina upalotvornih tvari i jakost stresnog odgovora središnjega živčanoga sustava ovise o stupnju oštećenja i količini oštećenoga tkiva.

**a b c d e**

2. Budući da se reparacijskim procesima smanjuje udjel parenhima, a povećava udjel veziva, reparacijskim se procesima u opečenom tkivu smanjuje funkcionalna sposobnost tkiva

**jer**

u procesima fibroziranja proliferacija fibroblasta i sekrecija kolagena i drugih molekula međustanične tvari su potaknute brojnim citokinama s vezivotvornim djelovanjem (kiseli i bazični fibroblastni čimbenici rasta FGF, IL-1 i drugi).

**a b c d e**

3. Pobuda nadbubrežne žljezde i lučenje hormona ima višestruke učinke u organizmu koji uključuju razvoj imunonedeficitnosti (pokretanjem programirane smrti stanica), pokretanje kataboličke reakcije, pobudu glukoneogenetskih procesa i protuupalno djelovanje

**jer**

glukokortikoidni hormoni vežući se na membranske receptore pokreću postmembranske biokemijske puteve koji uključuju inaktivaciju važne križne točke NF-κB u citoplazmi.

**a b c d e**

### Dopunska pitanja

4. Izračunaj prema formulama (1) i (2) koliko se razlikuje intenzitet metabolizma muškarca i žene (izraženo u postotcima), u dobi od 20 godina, tjelesne mase 70 kg i visine 175 cm. Kako se na stanično-molekularnoj razini tumači razlika?

5. Izračunaj prema izrazu (1) energijsku potrošnju u mirovanju (OSPE) triju muškaraca starih

20 godina, visokih 180 cm, a tjelesne mase (T) 70, 80 odnosno 90 kg. Usporedi izračunane vrijednosti s energijom izračunatom prema izazu OSPE = 70 T<sup>0,75</sup>.

## Etiopatogenetski čvor – HIPOGLIKEMIJA.

U slici 2. prikazana je uvodna roze-dijagram s okvirnim prirodnim poveznicama stanja, a nakon toga slijede dva prikaza i razrade stanja kod bolesnika s insulinomom, odnosno, kao posljedica liječenja antibiotikom levofloksacilinom.

### Vježba 35.4.

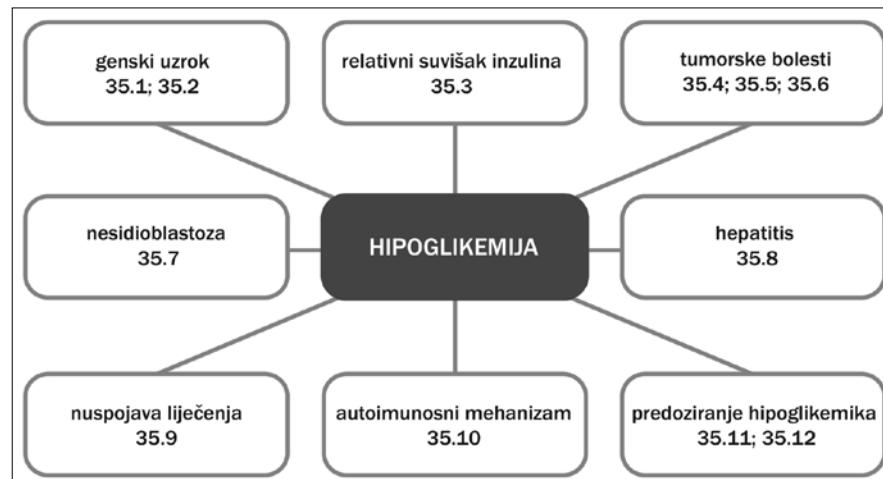
#### HIPOGLIKEMIJA

#### – s poremećajima svijesti u sklopu inzulinoma <sup>2</sup>

Vježba je izrađena prema podatcima u Juergensen Ch, i sur. EUS-guided alcohol ablation of an insulinoma. Gastrointestinal Endoscopy 2006;63:1059-62.

I. Povijest bolesti. 78-godišnja žena s indeksom tjelesne mase 26,3 kg/m<sup>2</sup> (normalan raspon 19,8–25) imala je napade hipoglikemije u posljednje tri godine. Uz hipoglikemije bolesnica je razvijala poremećaje svijesti, koji su inače zbrinjavani infuzijama otopine glukoze. Bolesnica se oporavljala bez kliničkih neuroloških deficitova. Pri ovoj obradbi, bolesnica je u bol-

<sup>2</sup> Iz knjige Z Kovač i sur. *Klinička patofiziologija – Etiopatogenetski čvorovi. Knjiga treća. Drugi dio.* Medicinska naklada Zagreb 2013., str. 820-1, uz suglasnost izdavača i autora.



Slika 2. Hipoglikemija uzrokuje substratnu hipoenergozu, a time izravno ugrožava sve procese koji ovise o dostupnosti ATP-a u stanicama. Etiološki hipoglikemija je izravno ili posredno povezana s heterogenom skupinom bolesti ili stanja. S druge strane, hipoenergoza u tijelu proizvodi širok spektar disfunkcija, simptoma i znakova.

## 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. Produljeno stanje hipermetabolizma u operativnoj bolesti posljedica je kataboličkih i anaboličkih procesa u sklopu upale, resorpcije i reparacije, a jakost metabolizma proporcionalna je veličini opečene površine tijela (usp. tabl. 1 i sl. 1)

**jer**

**Tablica 2.** Laboratorijski nalazi u testu gladovanja bolesnice u bolničkim uvjetima

Vrijeme	Glukoza u serumu	Inzulin	Proinzulin	C-peptid
06.00	4,3	0,084	64,8	1,53
10.00	1,3	0,225	102,6	0,05
12.00*	0,8	NT#	NT	NT
12.45	8,6	NT	NT	NT
14.00	1,5	0,56	132,6	3,88
Normalni raspon mmol/L	3,3–5,5 mmol/L	0,013–0,0161 mmol/L	0,5–1,0 mmol/L	0,22–1,2 mmol/L

\*Test prekinut nakon šest sati intravenskom infuzijom otopine glukoze.

# NT – nije testirano.

nici podvrgnuta testu gladovanja. Nakon šest sati razvila je snažnu hipoglikemiju i gubitak svijesti. U tablici 2. izmjereni su laboratorijski podatci. Zbog gubitka svijesti prekinut je test i infundirana otopina glukoze, na što se stanje bolesnice brzo popravilo. Ultrazvučnom endoskpskom pretragom utvrđena je u području tijela gušterića kuglasta tvorba promjera 13 mm, a u citološkoj pretrazi punktata te tvorbe utvrđen je endokrinološki tumor čije su stanice imale atipične jezgre. Nakon ablacji tumora (instilacijom 8 mL 95%-tnog etanola u tumor, pod ultrazvučnim nadzorom), hipoglikemiski se napadaji više nisu pojavljivali. Tijekom sljedećih 34 mjeseca bolesnica nije pokazala nekontroliranu hiperinzulinemičnu aktivnost, a u testovima gladovanja nije utvrđena simptomatska hipoglikemija niti znatniji poremećaj lučenja inzulina.

**NAPOMENA:** Liječenje tumora instilacijom visokokoncentriranoga etilnog alkohola („solutni alkohol“) temelji se na denaturaciji bjelančevina, dehidraciji stanica, koagulacijskoj nekrozi i tromboziranju mikrocirkulacije. Ti se učinci pojavljuju u zdravu i tumorskom tkivu u koje uđe koncentrirani alkohol. Nekrotična područja pokreću fibrozacijski odgovor. Slični se učinci postižu uštrcavanjima visokokoncentrirane octene kiseline. Pri hipoglikemijise izravno razvija supstratna hipoenergoza u svim tkivima, a manjak stanične energije uzrokuje disfunkcije temeljnih staničnih funkcija (održavanje elektrolitnih gradijenata, sinteza makromolekula, prijenos signala itd.), što dovodi do organske disfunkcije (primjerice do poremećaja svijesti, abdominolize i dr.). U testu gladovanja se zbog smanjena dotoka supstrata iz hrane glukoza namiče glikogenolizom i glukoneogenezom, što je potaknuto hiperglikemijskim hormonima – glukagonom i adrenalinom. U takvim okolnostima inzulinemija je fiziološki snažena. Pri nekontroliranom izlučivanju inzulina, kao u bolesnice, postoji hiperinzulinizam unatoč hipoglikemiji (v. mjerena u 10.00 i 14.00 sati u tablici 1), što je važan dijagnostički pokazatelj stanja.

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

1. Hiperinzulinemija
2. Poremećaji svijesti
3. Tumor  $\beta$ -stanica gušterića
4. Povećana proizvodnja C-peptida
5. Nekontrolirano lučenje inzulina
6. Supstratna hipoenergoza mozga
7. Hipoglikemija
8. Smanjeno lučenje inzulina u zdravim otočićima gušterića

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

Prema podatcima u vježbi navedi a) 4 obilježja etiologije procesa; b) 15 obilježja patogeneze, tijeka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti; c) 7 proširenost i kronobiološka obilježja, te d) 15 obilježja kliničke obrade (diagnозa, liječenje), a prema ponuđenim klasifikacijskim obilježjima na stranicama 55-58, Lječničke novine 131, od srpnja 2014. Pri izboru obilježja uzeti sve mogućnosti koje dopuštaju opis i razradba opisanoga očitovanja procesa (ispisi obilježja i pripadne klasifikacijske brojeve).

## Vježba 35.9. HIPOGLIKEMIJA – nuspojava liječenja antibiotikom levofloksacinom<sup>3</sup>

Vježba je izrađena prema podatcima u Wang S, i sur. Levofloxacin-induced hypoglycemia in a non-diabetic patient. Am J Med Sci 2006;331:334-5.

I. Povijest bolesti. 65-godišnjakinja sa srčanom dekompenzacijom, arterijskom hipertenzijom i hipotireozom nakon kirurškoga zahvata ugradnje koronarne premosnice zbog koronarne okluzivne bolesti, razvila je pneumoniju u poslijoperatijskom razdoblju. Uz antiagregacijsku (aspirin), diuretičku (furosemid) i antikoagulacijsku terapiju (varfarin) te a-adrenergične antagonistе (atenolol), bolesnica je primala terapiju fluorokinolonskim antibiotikom levo-

<sup>3</sup> Iz knjige Z Kovač i sur. *Klinička patofiziologija – Etiopatogenetski čvorovi. Knjiga treća. Drugi dio.* Medicinska naklada Zagreb 2013., str. 826-7, uz suglasnost izdavača i autora vježbe.

floscinom, 500 mg na dan. Nakon tri dana liječenja antibiotikom, za vrijeme rehabilitacijskog postupka, u bolesnice su se pojavile hipoglikemische epizode, koje su se sporo ublaživale na peroralno uzimanje slatkih sokova i hrane. Petoga dana antibiotičkog liječenja bolesnica je usporeno reagirala, a laboratorijski je utvrđena hipoglikemija (2,5 mmol/L, normalan raspon 3,3–5,6). Pri toj i sljedećim epizodama hipoglikemije bolesnica je liječena infuzijama otopine glukoze i glukagonom. U jutarnjim mjerjenjima glukoze u krvi bolesnica je bila normoglikemija, normoinzulinemija, s tek blagim povišenjem koncentracije C-peptida (3,5 ng/mL, normalan raspon 0,8–3,1). U uzorcima krvi u jednom napadaju hipoglikemije utvrđena je hiperinzulinemija od 53,3 mU/L (normalan raspon 3–25), a C-peptida 6,5 ng/mL. I nakon prestanka liječenja levofloksacilinom bolesnica je imala napadaje hipoglikemije; ona četvrtog postantibiotičkog dana iznosila je 1,9 mmol/L. Šestoga dana od zadnje doze antibiotika simptomi hipoglikemije spontano su prestali. Bolesnica u osobnoj anamnezi nije imala šećernu bolest, a hemoglobin A1c bio je u referentnim granicama. Laboratorijski je isključena intoksikacija hipoglikemicima.

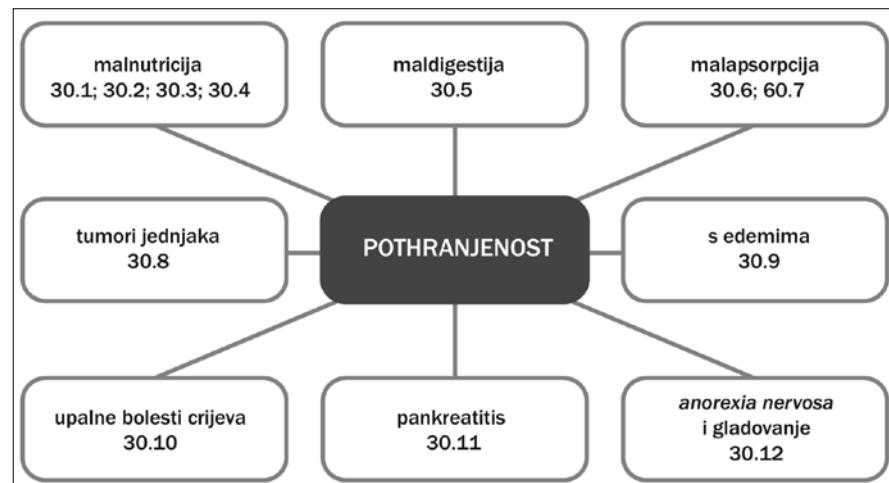
**NAPOMENA:** Hipoglikemija je opisana kao nuspojava u dijelu bolesnika liječenih fluorokinolonskim antibioticima (približno 0,1% bolesnika). Nuspojave su češće u bolesnika treće životne dobi, a ova jatrogena hipoglikemija može ugroziti život bolesnika koji su istodobno liječeni peroralnim hipoglikemicima. Hipoglikemija s hiperinzulinizmom i povišenom koncentracijom C-peptida upućuje na to da je levofloksacinski učinak vjerojatno na razini astanica, pri čemu je inducirana prekomjerna sinteza i lučenje inzulina kao primaran etiopatogenetski poremećaj. Ta nuspojava traje još pet dana nakon prestanka terapije, unatoč činjenici da je mjereni poluvijek levofloksacina 6–8 sati (izlučuje se dominantno bubregom). Očito je da tkivna farmakokinetika i tkivni učinci ne slijede izravno obrasce izlučivanja tvari iz organizma već imaju produljen učinak.

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

1. Hiperinzulinemija
2. Hipoglikemija
3. Pojačano lučenje inzulina
4. Pojačana olakšana difuzija glukoze u stanice
5. Supstratna hipoenergoza mozga
6. Liječenje pneumonije levofloksacinom
7. Smanjen unos glukoze u moždane stanice
8. Poremećaj svijesti

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

Prema podatcima u vježbi navedi: a) 8 obilježja etiologije procesa; b) 15 obilježja patogeneze, tijeka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti; c) 7 obilježja proširenosti i kronobioloških obilježja, te d) 14 obilježja kliničke obrade (dijagnoza, liječenje), a prema ponuđenim klasifikacijskim obilježjima na stranicama 55-58, Lječničke novine 131, od srpnja 2014. Pri izboru obilježja uzeti sve mogućnosti koje dopuštaju opis i razradba opisanoga očitovanja procesa (ispisi obilježja i pripadne klasifikacijske brojeve).



Slika 3. Sindrom pothranjenosti uzrokuje supstratnu hipoenergozu u stanicama (energetska pothranjenost), a time izravno ugrožava sve procese koji ovise o dostupnosti ATP-a u stanicama. Etiološki je pothranjenost izravno ili posredno povezana s heterogenom skupinom bolesti ili stanja.

## Etiopatogenetski čvor – POTHANJENOST.

U slici 3. prikazana je uvodna rozeta-dijagram s okvirnim prirodnim poveznicama stanja, a nakon toga slijede dva prikaza i razrade stanja stanja kod bolesnika.

### Vježba 30.2. POTHANJENOST – u sklopu zlostavljanja djece izgladnjivanjem<sup>4</sup>

Vježba je izrađena prema podatcima u Kellogg ND, i sur. Criminally prosecuted cases of child starvation. Pediatrics 2005;116:1309-16.

**I. Povijest bolesti.** Od 1991.–2003. godine u Teksasu je opisano 12 slučajeva namjernog izgladnjivanja djece u dobi od 2 mjeseca do 13 godina. Desetero je djece razvilo tešku pothranjenost praćenu zastojem rasta, a dvoje blaži oblik. Tjelesna masa i visina bile su niske za dob, kao i tjelesna masa prema visini, odnosno BMI-ju (prema engl. Body Mass Index, indeks tjelesne mase). Nije bilo težih bolesti u anamnezi, no u polovini je slučajeva bilo znakova tjelesnog zlostavljanja. Sva su djeca imala više-organske posljedice kroničnog izgladnjivanja. Bila su dehidrirana, anemična, uremična, promijenjene srčane frekvencije i ritma, oštećene jetre i atrofičnih organa. Šestoro djece (50%) je umrlo. Stopa preživljivanja bila je veća u starije djece. Svi preživjeli imali su komplikacije pri ponovnoj uspostavi hranjenja (refeeding-sindrom). Roditelji/skrbnici izgubili su roditeljska prava te su kazneno gonjeni.

**BOLESNIK 1:** Dijete rođeno na termin, težine 2,65 kg (6-ta percentila pripadnog uzrasta) i duljine 48 cm (17 percentila pripadnog uzrasta), zdravo je otpušteno iz bolnice. U dobi od 74 dana majka je pozvala hitnu službu jer dijete nije disalo. Po dolasku u bolnicu proglašeno je mrtvom. Iako je obitelj bila lošeg socioekonomskog statusa, braća i sestre nisu bili pothranjeni, a majka je bila pretila. Dijete je pri obdukciji težilo 2,4 kg (0,0 percentila pripadnog uzrasta), duljine 53 cm (0,1 percentila pripadnog uzrasta). Bilo je iznimno mršavo, dehidrirano, upalih očiju, naglašenih rebara i drugih kostiju, bez vidljiva potkožnog masnog tkiva, atrofičnih organa. Nađeno je par mililitara tekućine u želudcu te nekoliko komadića fecesa u distalnom kolonu. Dijete je bilo uremično (14,2 mmol/L, normalan raspon 1,8–6,0) i hiponatrijemično (127 mmol/L, normalan raspon 134–142). Majka je zbog ubojstva osuđena na doživotnu zatvorsku kaznu, dok je ocu dosuđeno 25 godina zatvora.

**BOLESNIK 2:** Sedmogodišnja se djevojčica onesvijestila u školi. Prije godinu joj je dana dijagnosticiran poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (ADHD, prema engl. Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Tada je težila 19,9 kg (27-ma percentila pripadnog uzrasta), bila je visoka 114 cm (23 percentila pripadnog uzrasta). U školi je primjećeno da posljednjih 5 mjeseci mršavi, jede hranu iz smeća, prosi i gomila hranu, iako je živjela u dobrostojećoj obitelji. Roditelji su odbili plaćati užinu u školi zbog navodnog poremećaja prehrane. Dva je puta tijekom posljednja dva mjeseca posjetila liječnika zbog bolova u rukama i nogama, otvorenih rana, hladnoće te edema potkoljenica i stopala. Pri prijmu je težila 17,2 kg (0,2 percentila pripadnog uzrasta), visine 114 cm (2,4 percentila pripadnog uzrasta). Bila je dehidrirana i

tahikardna. Imala je krhklu i grubu kosu, gubitak potkožnog masnog tkiva, hepatomegaliju, edem, eritem i brojne otvorene ranenje potkoljenicama. Nađen je bezoar u želudcu. Imala je hipoproteinemiju, povišenje aktivnosti jetrenih transaminaza (ALT 73 U/L, normalan raspon 5–25; AST 83 U/L, normalan raspon 10–40) i hipertrigliceridemiju (8,5 mmol/L, normalan raspon < 2,3). Tijekom oporavka razvija refeeding-sindrom s hipofosfatemijom, hipokalijemijom, hipomagnezijemijom, hiperglikemijom, porastom transaminaza, proljevom i ST-T promjenama na elektrokardiogramu. Smještena je u udometeljsku obitelj, gdje je za tri mjeseca postigla tjelesnu masu 20 percentile pripadnog uzrasta. Roditelji su osuđeni na 2 godine zatvora.

**NAPOMENA:** Više od 3 milijuna djece u nerazvijenim zemljama gladuje zbog nedostatka hrane. Kwashiorkor (bolesnik 2) nastaje kao posljedica kronične izgladnjelosti s pretežitim manjkom proteina. Uglikohidrati iz hrane podržavaju lučenje inzulina koji svojim anaboličkim djelovanjem usporava katabolizam mišićnih bjelančevina i time ograničava raspoloživost aminokiselina za anaboličke procese. Hipoalbuminemija rezultira onkodinamičkim edmom. Poremećaj sinteze lipoproteina potrebnih za mobilizaciju masti iz jetre te lipogenetski učinak inzulina dovode do masne infiltracije jetre praćene hepatomegalijom i abdominalnom distenzijom. Kalorijska pothranjenost uzrokuje marazam. Malnutričija pokreće katabolizam s gubitkom mišićnog i masnog tkiva, disfunkcijom imunosnoga sustava s povećanom sklonošću oportunističkim infekcijama, atrofijom epidermisa s fisurama i lošim cijeljenjem rana, poremećajem elektrolita, dismotilitetom želudca, atrofijom crijevnih sluznica i smanjenjem proizvodnje probavnih

<sup>4</sup> Iz knjige Z Kovač i sur. *Klinička patofiziologija – Etiopatogenetski čvorovi. Knjiga treća. Drugi dio.* Medicinska naklada Zagreb 2013., str. 698-9, uz suglasnost izdavača i autorice vježbe dr Lade Bradić..

enzima, čime dovodi do malapsorpcije. Nastaju dehidracija, anemija i hipoproteinemija prćenja edemima, aritmije, atrofija organa, insuficijencija pluća, bubrega i koštane srži, uz uspon rast i razvoj mozga.

U kronično pothranjene djece trajno je usporen rast, uz kognitivni deficit i teške psihičke posljedice.

Refeeding-sindrom uzrokuje nagla nadoknada tekućine i ugljikohidrata, a posljedice su hiperinzulinemija koja uzrokuje unutarstanični pomak glukoze, fosfora, kalija, magnezija i tiamina, a to, uz prethodnu depleciju tih tvari, dovodi do znatnog sniženja njihove plazmatske koncentracije.

Posljedice su mišićna slabost, miopatijska, paraliza, rabdomioliza, parestezije i konvulzije, aritmije, zastoj srca i disanja te ileus.

Nastaje opterećenje tekućinom, praćeno edmom i kongestivnim zatajivanjem srca te hiperglikemija zbog supresije lučenja inzulina. Sindrom može biti smrtonosan.

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

1. Hipoproteinemija
2. Hipoglikemija
3. Opća kronična pothranjenost
4. Katabolizam bjelančevina praćen oslobađanjem aminokiselina
5. Mišićna slabost, anemija, smanjena otpornost organizma, atrofija organa i crijevne sluznice, gubitak potkožnoga masnog tkiva
6. Pojačana glukoneogeneza i ketogeneza
7. Hipoinzulinemija
8. Pojačano lučenje glukagona, kortikosteroida i hormona rasta

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

Prema podatcima u vježbi navedi:

- a) 12 obilježja etiologije procesa;
- b) 36 obilježja patogeneze, tijeka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti;
- c) 37 obilježja proširenosti i kronobioloških obilježja, te
- d) 12 obilježja kliničke obradbe (dijagnoza, liječenje), a prema ponuđenim klasifikacijskim obilježjima na stranicama 55-58, Liječničke 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).

## **Vježba 30.12.**

### **POTHRANJENOST – u sklopu sindroma anorexia nervosa s razvojem refeeding-sindroma pri liječenju stanja<sup>5</sup>**

*Vježba je izrađena prema podatcima u Azuma-gawa K, i sur. Anorexia nervosa and refeeding syndrome. A case report. TSWJ 2007;7:400-3.*

I. Povijest bolesti. 14-godišnja je djevojka prije dvije godine započela dijetu zbog ruganja djece u školi poradi debljine. Bila je visoka 155 cm (> 90 percentile pripadnog uzrasta), tjelesne mase 57 kg (90 percentila pripadnog uzrasta), povećanog indeksa tjelesne mase (BMI, prema engl. Body Mass Index +19% idealne vrijednosti). U prvih je 6 mjeseci smršavila 5 kg. Tada je nastupila amenoreja. U 9 je sljedećih mjeseci izgubila još 7 kg (tjelesna masa 45 kg, 50 percentila pripadnog uzrasta), a nakon godinu dana težila je 39 kg (10 percentila pripadnog uzrasta). Tada joj je dijagnosticirana anorexia nervosa i započeto neuropsihijatrijsko liječenje. Tijekom tri mjeseca neuspješnoga prisilnog hranjenja smršavila je još 11 kg. Nakon epizode bronhitisa razvija generalizirane petehije i ekhimoze, uz edem i opću slabost, te je primljena na bolničko liječenje. U statusu, bolesnica je visoka 158 cm (25-50 percentila pripadnog uzrasta), teži 28 kg (0 percentila pripadnog uzrasta), pothranjena je (BMI -44% idealne vrijednosti). Bolesnica je euterorna, bradikardna (54/min, normalan raspon 60-100), s generaliziranim petehijama i ekhimozama te edemima potkoljenica.

Bolesnica je hipoproteinemična (52 g/L, normalan raspon 57-80), sniženog pre-albumina (transtiretina) (105 mg/L, normalan raspon 220-450), sniženog transferina (0,82 g/L, normalan raspon 2,03-3,60), hipofosfatemična (0,48 mmol/L, normalan raspon 0,95-1,65), hipokolesterolemična i uremična. Ima disfunkciju jetre s povišenjem aspartat-aminotransferaze (AST 329 U/L, normalan raspon 10-35) i alanin-aminotransferaze (ALT 321 U/L, normalan raspon 5-30) te produljenje protrombinskog vremena (PV 26,9%, normalani raspon 85-100). Elektrokardiografski je uočeno produljenje QTc-intervala. Ehokardiografski je nađena normalna izbačajna frakcija (62%, normalna vrijednost > 55), uz perikardijalni izljev. Elektroencefalografskih promjena nije bilo, ali je kompjutoriziranom tomografijom

jom dokazana atrofija mozga, uz blagu psihološku regresiju u referentnom testu. Započeta je parenteralna prehrana od 120 kcal/dan s dodatkom fosfata, aminokiselina i vitamina uz enteralnu prehranu od 600 kcal/dan (2510kJ/dan) nazofaringealnom sondom. Ubrzo razvija refeeding-sindrom s trombocitopenijom, petehijama, hipoalbuminemijom, edemom i zatajivanjem srca. Na terapiju kalikreinskim inhibitorom simptomi se povlače i raste tjelesna masa. Energijski unos je postupno povećan na 1.000 kcal/dan (4180 kJ/dan) per os i 300 kcal/dan parenteralno. Usprkos porastu tjelesne mase na 32 kg, osamnaestog dana hospitalizacije ponovno nastaju edem nogu, hipoalbuminemija (29 g/L, normalan raspon 37-51) i perikardijalni izljev, uz dilataciju donje šupljje vene. Liječena je albuminom i diureticima, na što nastaje teško oštećenje jetre (AST 1.914 U/L, normalan raspon 10-35; ALT 1.582 U/L, normalan raspon 5-30). Premještena je u jedinicu pojačane skrbi, gdje joj se na terapiju dopaminom oporavlja hemodinamičko stanje. Bila je hipofosfatemična (0,48 mmol/L, normalan raspon 0,95-1,65). Uz nadoknadu fosfata 4. dana nastaje normofosfatemijska (1,03 mmol/L, normalan raspon 0,95-1,65). Nastavljena je hiperimentacija, praćena poboljšanjem funkcije jetre i normalizacijom serumskih elektrolita tijekom tri tjedna. Tri mjeseca poslije bolesnica je težila 35 kg i nije imala znakove refeeding-sindroma.

**NAPOMENA:** Anorexia nervosa je sindrom voljnog ograničenja unosa hrane i ekstremnog mršavljenja uzrokovanoj psihičkim čimbenicima. Najčešće nastaje u adolescentnih djevojaka. Očituje se znatnim gubitkom tjelesne mase, hipometabolizmom, amenorejom, promjenjenom slikom vlastitog tijela i pojačanim vježbanjem usprkos kaheksiji. U težim slučajevima uzrokuje kardiovaskularne komplikacije, zastoj rasta, smanjenu mineralizaciju kostiju, strukturne i funkcionalne promjene mozga i komplikacije vezane uz ponovno hranjenje (refeeding-sindrom). Refeeding-sindrom je uzrokovani poremećajem ravnoteže tekućine i elektrolita. Ponovna uspostava hranjenja ima za posljedicu nagli obratj inzulinskog, tireoidnog i adrenergičnog endokrinog sustava prema anabolizmu. Unutarstanični pomak glukoze, fosfora, kalija, magnezija i tiamina, uzrokovani naglom nadoknadom tekućine i ugljikohidrata te poslijedičnom hiperinzulinemijom i dalje smanjuje serumsku koncentraciju elektrolita.

Teška hipofosfatemija uzrokovana ponovnim uvođenjem hranjenja nije rijetka; nastaje u 0,8% hospitaliziranih i čak 42% bolesnika na potpunoj parenteralnoj prehrani. Hipofosfatemija je jedan od glavnih uzročnika refeeding-sindroma. Uzrokuje depleciju fosfo-

<sup>5</sup> Iz knjige Z Kovač i sur. *Klinička patofiziologija – Etiopatogenetski čvorovi. Knjiga treća. Drugi dio.* Medicinska naklada Zagreb 2013., str. 712-4, uz suglasnost izdavača i autorice vježbe dr Lade Bradić.

riliranih tvari (ATP, 2,3-DPG, G-3PD) nužnih za proizvodnju energije i dopremu kisika. Kao posljedica raste afinitet hemoglobina za kisik, nastaju mišićna slabost, miopatija, rabdomoliza, trombocitopenija, paresteze i konvulzije. Hipomagnezijemija uzrokuje aritmije, anoreksiju i neurološke simptome. Hipokalijemija uzrokuje aritmije, hipotenziju, zastoj srca, ileus i brojne neuromuskularne simptome (paraliza, rabdomoliza, depresija disanja). Manjak tiamina može prouzročiti Wernickeovu encefalopatiju i Korsakovićev sindrom. Nastaju opterećenje tekućinom, edemi, perikardijalni izljevi, kongestivno zatajivanje srca i hiperglikemije zbog supresije lučenja inzulina. Malnutricija uzrokuje masnu infiltraciju jetre, no teško zatajenje jetre i diseminirana intravaskularna koagulacija rijetke su komplikacije refeeding-sindroma. Terapija albuminom dodatno je pogoršala stanje zbog volumnog opterećenja disfunkcionalnih

kljetki, praćenog pogoršanjem jetrene funkcije. Nadalje, dehidracija s hipotenzijom i bradi-kardija uzrokuju mikrocirkulacijski poremećaj u jetri. Kongestija, odnosno ishemija intestinalne mukoze zbog zatajivanja srca, uzrokuju slom mukozne zaprjeke, a posljedice su prodor endotoksina i teško zatajenje jetre.

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

1. Slom crijevne mukozne zaprjeke praćen endotoksemijom
2. Poremećaj energijskog metabolizma i tkivne oksigenacije
3. Poremećaji mikrocirkulacije
4. Zatajivanje srca
5. Anorexia nervosa
6. Prenagla parenteralna prehrana s

nadoknadom tekućine i albumina

7. Hipofosfatemija

8. Zatajenje jetre praćeno koagulopatijom

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

Prema podatcima u vježbi navedi:

a) 21 obilježje etiologije procesa; b) 35 obilježja patogeneze, tijeka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti; c) 31 obilježje proširenosti i kronobioloških obilježja, te d) 16 obilježja kliničke obradbe (dijagnoza, liječenje), a prema ponuđenim klasifikacijskim obilježjima na stranicama 55-58, 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).

.....



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

Prof. dr. sc. Livia Puljak  
Medicinski fakultet u Splitu  
[livia@mefst.hr](mailto:livia@mefst.hr)

## Elektroničke cigarete mogu biti korisne za prestanak i smanjenje pušenja

### Sažetak

• Dosadašnje spoznaje: Elektroničke cigarete (e-cigarete) su elektronički uređaji koji stvaraju aerosol nalik dimu, a koji korisnik udije prilikom njihova korištenja. Taj dim obično sadrži nikotin bez većine drugih toksina (otrova) koje pušači udaju kad puše cigarete. E-cigarete postale su popularne među pušačima koji žele smanjiti rizik povezan s pušenjem. Ovaj Cochrane sustavni pregled napravljen je s ciljem da se analizira mogu li e-cigarete pomoći pušačima da prestanu pušiti ili da smanje pušenje, i jesu li e-cigarete sigurne kad se koriste u tu svrhu.

Obilježja studija: Autori sustavnog pregleda pretražili su literaturu dostupnu zaključno do srpnja 2014. i pronašli su 13 kliničkih pokusa koji su odgovorili na ta pitanja. Dvije studije su usporedile e-cigaretu s nikotinom i bez njega. Te su studije ocijenjene s niskim rizikom od pristrandosti. Provedene su u Novom

Zelandu i Italiji, a analizirale su jesu li osobe uključene u istraživanje prestale pušiti tijekom najmanje 6 mjeseci. U jednoj su osobi sudionici htjeli prestati pušiti, ali u drugoj studiji nisu. Istraživanje provedeno među osobama koje su htjele prestati pušiti također je usporedilo e-cigarete s nikotinskim naljepcima.

Ostale studije nisu razvrstale sudionike u terapijske grupe tako da u njima nije napravljena izravna usporedba e-cigarete s nekom drugom intervencijom. Takve studije nam daju mnogo manje informacija o tome mogu li e-cigarete pomoći u prestanku ili smanjenju pušenja.

**Ključni rezultati:** Kombinirani rezultati iz dviju studija koje su uključile više od 600 osoba pokazuju da korištenje e-cigareta koje sadrže nikotin povećava vjerojatnost za dugoročni prestanak pušenja u usporedbi s e-cigareta bez nikotina. Korištenje e-cigareta s nikotinom također je pomoglo pušačima da smanje količinu pušenja najmanje za pola u usporedbi s e-cigareta bez nikotina. Nije bilo moguće odrediti je li e-cigareta bolja od nikotinskog naljepka za prestanak pušenja jer je broj ispitanika u toj studiji bio premalen. Potrebno je provesti više studija da bi se istražio taj učinak. Ta je studija pokazala da osobe koje koriste e-cigaretu imaju najmanje 50% veću vjerojatnost da će prestati pušiti u usporedbi s osobama koje koriste nikotinski naljepak.

Ostale su studije bile loše kvalitete, ali podupiru prikazane rezultate. Nisu pronađeni dokazi da korištenje e-cigareta paralelno s korištenjem običnih cigareta povećava vjerojatnost prestanka pušenja. Nijedna od pronađenih studija nije pokazala da osobe koje su koristile e-cigaretu u kratkom roku koji je bio analiziran (dvije godine ili kraće) povećava zdravstvene rizike u usporedbi s pušačima koji nisu koristili e-cigaretu.

**Kvaliteta dokaza:** Kvaliteta dokaza općenito je niska jer se dokazi temelje na malom broju studija. Potrebno je više kvalitetnih studija o e-cigareta. Neke od njih već se provode.

### Opis stanja

Prestanak pušenja ima brojne povoljne učinke na zdravlje. Iako većina pušača želi prestati pušiti, malo ih uspijeva u tome kroz dulje vrijeme. Gotovo polovica pušača koji pokušavaju prestati pušiti bez potpore ne uspiju prestati pušiti niti na tjedan dana, a manje od 5% ostaju apstinenti godinu dana nakon prestanka pušenja.

Bihavioralna potpora i lijekovi kao što su naljepci ili žvakače gume mogu povećati vjerojatnost prestanka pušenja, ali čak i tom

dodatnom potporom dugoročna stopa apstinencije i dalje je malena. Jedno od ograničenja trenutnih terapija jest da niti jedna na odgovarajući način ne obuhvaća osjetne i bihevioralne aspekte pušenja koji pušačima nedostaju jednom kad prestanu pušiti (primjerice, držanje cigarete u rukama, otpuhivanje dima, itd.). Električne cigarete (e-cigarete) mogu nadići ta ograničenja.

Nema sumnje da ljudi postaju ovisni o duhanu, i teško im je prestati pušiti prvenstveno zbog nikotina i njegova djelovanja na sustave nagrade u mozgu. Međutim, i drugi čimbenici doprinose ovisnosti o duhanu. Osjetni i bihevioralni čimbenici dodatno pojačavaju pušačko ponašanje, koje tijekom vremena postaje jednaka nagrada kao i nikotin. To podupire nekoliko linija dokaza.

Kao prvo, pušači će radije pušiti cigarete nego uzeti nikotin na neki drugi način. To je djelomično zbog brzine djelovanja nikotina koji se uzima na taj način. Međutim, čak i kad se nikotin ubrizga intravenski, ne pruža isti osjećaj zadovoljstva ili nagrade kao pušenje.

Kao drugo, lokalni osjetni učinci pušenja (primjerice, „podražaj“ koji izaziva u stražnjem dijelu grla) mogu biti važni za uživanje i osjećaj nagrade. Ako se gornji i donji dišni putovi anesteziraju, to otupljuje osjećaj pušenja cigarete i smanjuje užitak u pušenju. Naprotiv, proizvodi koji imitiraju osjetne učinke pušenja u ustima i grlu (kao što su limunska kiselina, crni papar i askorbinska kiselina) smanjuju žudnju za cigaretama i neke od simptoma ustezanja, barem u kratkom roku. Kao treće, cigarete bez nikotina ili koje imaju vrlo nizak udio nikotina (primjerice, 0,08 mg umjesto uobičajenog 1 mg) i koje stoga imaju minimalan centralni učinak, također su istražene kao potencijalno pomagalo u prestanku pušenja. Iako imaju minimalnu dozu nikotina, takve cigarete su zadovoljavajuće prvi nekoliko dana apstinencije od nikotina. One također smanjuju simptome ustezanja, uključujući želju za cigaretom i loše raspoloženje, te se pokazalo da poboljšavaju dugoročnu kontinuiranu apstinenciju.

Idealan proizvod koji pomaže ljudima u prestanku pušenja stoga ne bi trebao samo ublažiti neugodne učinke ustezanja od nikotina, nego bi također trebao biti učinkovita zamjena za cijelo „pušačko ponašanje“ i rituale i osjeće koji pušenje prate, ali bez zdravstvenih rizika koji su povezani s udisanjem duhanskog dima. Jedini farmaceutski lijek koji je trenutno dostupan, a ima neka od tih svojstava, je nikotinski inhalator, ali on nema veću učinkovitost u prestanku pušenja u odnosu na ostale terapije koje omogućuju terapiju nikotinom. To se možda može objasniti velikim trudom (primjerice, 20 minuta kontinuiranog otpuhivanja) koji je potreban da se korištenjem inhalatora u

krv postignu iste koncentracije nikotina kao i s drugim proizvodima koji omogućuju nadomještak nikotina. Suradljivost pri točnom uzimanju inhalatora je niska, u usporedbi s drugim nadmjesnim nikotinskim terapijama. Stoga je moguće da se bilo kakva osjetno-motorna prednost inhalatora gubi zbog niske koncentracije udahnutog nikotina i ograničene sličnosti između uporabe inhalatora i osjeta povezanih s pušenjem cigarete.

## Opis intervencije

E-cigarete su električni isparavajući proizvodi koji su izgledom načelno slični cigaretama, cigarama ili lulama, iako mnogi novi proizvodi imaju dosta drugačiji izgled od cigareta i cigara. Svima je zajednička mogućnost zagrijavanja tekućine u aerosol koji se može udisati. U tekućini se obično nalaze propilen glikol i glicerol, s nikotinom ili bez njega i drugih okusa, a ta tekućina se umeće u obliku jednokratnih ampula ili u spremnike koji se mogu nanovo napuniti kad se isprazne. Čest naziv za taj aerosol je para, a taj naziv se koristi i u ovom sustavnom pregledu. E-cigarete promoviraju proizvođači kao alternativu cigaretama koja se može koristiti u prostorima gdje je zabranjeno pušenje, i koja na siguran način može zamjeniti standardne cigarete.

E-cigarete izazivaju osjete slične onima kod pušenja cigareta. One imaju okus i izazivaju osjete u grlu koji su sličniji pušenju nego osjeti koje izaziva nikotinski inhalator. Para koja sliči duhanskom dimu vidljiva je jedino kad korisnik izdiše nakon udisanja kroz dio e-cigarete koji se stavlja u usta, a ne pojavljuje se kad se e-cigaretu samo drži u ruci.

Postoje stotine različitih tržišnih marki i modela e-cigareta, a razlikuju se u sastavu tekućine koja se nalazi u spremniku (nikotin, različiti okusi i drugi sastojci). Zbog toga nije moguće napraviti njihovu općenitu procjenu kao sredstva za prestanak pušenja. Zaključci se mogu odnositi samo na e-cigarete koje su propisno istražene i čija se tekućina pretvara u aerosol.

Prve studije pokazale su da su istražene tržišne marke e-cigareta vrlo malo podigle razinu nikotina u tijelu korisnika koji ih ranije nisu koristili. Međutim, te su studije pokazale da usprkos niskoj razini nikotina koju daju, te marke e-cigareta mogu ublažiti želju za pušenjem standardnih cigareta. Jedna je studija usporedila e-cigaretu i nikotinski inhalator, iako je glavni cilj bio usporedba e-cigareta s nikotinom ili bez nje. Pušenje inhalatora 20 minuta i pušenje e-cigarete 5 minuta imali su sličan učinak na želju za pušenjem i apstineniju preko noći. Kasnije su studije mjerile far-

makinetiku nikotina u iskusnih i početnih korisnika e-cigarete te su otkrile da neki korisnici e-cigareta mogu u krv imati slične vrijednosti nikotina kao i kod pušenja.

## Zašto je važan ovaj sustavni pregled

Otkako su se e-cigarete pojavile na tržištu 2006. godine, njihova se prodaja neprestano povećava, do te mjere da postaju prijetnja prodaji cigareta. Povećanje njihove prodaje reflekira se i u populacijskim studijama koje pokazuju povećanu svjesnost o e-cigareta i povećanje njihove uporabe tijekom vremena. E-cigarete koriste gotovo isključivo pušači ili bivši pušači. Malo ljudi koji nikad nisu pušili opisuju da su pokušali ili eksperimentirali s korištenjem e-cigareta, ali se čini da nakon toga ne nastavljaju s njenom redovitom ili čak i svakodnevnom uporabom. Među pušačima koji probaju e-cigaretu, manje od 15% je počne koristiti svakodnevno, što pokazuje da e-cigarete još uvek nisu posve zadovoljavajuća zamjena za pušenje standardnih cigareta.

Pušači obično kažu da im e-cigarete pomažu da prestanu pušiti ili da smanje količinu pušenja, ali dosad različite zdravstvene organizacije nisu bile voljne poduprijeti uporabu e-cigareta. Neke su organizacije poduprle zabranu prodaje e-cigareta, a druge su predložile da se e-cigarete reguliraju kao duhanski proizvodi, ali s nižim udjelom nikotina (primjerice, Europski parlament, 2014) ili traže da se e-cigarete podvrgnu strogoj regulaciji kao medicinski proizvod (britanska Regulatorna agencija za lijekove i medicinske proizvode – MHRA, 2014). To bi značilo da su e-cigarete mnogo strože regulirane nego duhanski proizvodi te bi to negativno djelovalo na njihovo tržišno natjecanje s cigaretama. Danas postoji općenito suglasje da e-cigaretu korisnike izlaže manjoj količini toksičnih tvari nego pušenje cigareta. Međutim, stručnjaci iz domene javnog zdravstva koji traže da se e-cigarete strože reguliraju citiraju manjak mjera kontrole kvalitete, mogućnost negativnog utjecaja pasivnog udisanja para od e-cigareta, mogućnost da e-cigarete mogu potaknuti početak pušenja, mogućnost da će e-cigarete negativno utjecati na regulativu o zabrani pušenja ako se koriste u prostorima gdje je pušenje zabranjeno, kao i na mogućnost uplitnja duhanske industrije. Međutim, drugi sustavni pregledi dostupnih podataka ne podupiru te potencijalne opasnosti kao realne prijetnje.

Vezano za sigurnost, kategoričke izjave o toksičnosti e-cigareta još uvek nisu moguće jer postoji velik broj različitih proizvoda i tekućina na tržištu, a svakodnevno se pojav-

ljuju i novi proizvodi. Međutim, ako se u obzir uzmu samo one tržišne marke e-cigareta koje su testirane, utvrđeno je da je kod njih razina otrovnih tvari značajno manja nego u cigareta te je njihov udio toliko mali da vjerojatno nisu značajan zdravstveni rizik kod osobe koja ih koristi ili osoba u blizini. Korištenje e-cigareta u kraćem i srednjem roku povezano je s malim brojem nuspojava. Dugoročni učinci dulji od 12 mjeseci nisu poznati pa iako se podatci iz takvih istraživanja možda mogu pojaviti svaki tren, temeljem onoga što je trenutno poznato o tekućini i pari e-cigareta te o obrascu korištenja e-cigareta, pretpostavlja se da će takvih rizika biti malo i da će imati malo negativnih utjecaja na zdravlje u usporedbi s pušenjem standardnih cigareta.

Pušači, zdravstveni radnici i regulatorna tijela žele znati umanjuju li e-cigarete štetan učinak povezan s pušenjem. Zdravstvenim radnicima je osobito važno znati koji bi proizvod trebali preporučiti osobama koje puše. Najveći blagotvorni učinak na zdravlje ima potpun prestanak pušenja, nasuprot smanjenju pušenja cigareta te je stoga glavni cilj ovog Cochrane sustavnog pregleda bio odrediti omogućuju li e-cigarete potpun prestanak pušenja. Međutim, također je važno vidjeti mogu li e-cigarete pomoći i smanjenju pušenja kod pušača koji ne mogu ili ne žele potpuno prestati pušiti.

## Zaključak za praksu

Temeljem ovog Cochrane sustavnog pregleda, autori zaključuju kako trenutno postoji ograničen broj dostupnih randomiziranih kontroliranih istraživanja o obrađenoj temi pa je stoga pouzdanost učinka intervencije niska. Potrebno je više podataka kako bismo mogli imati više povjerenja u te procjene. Dokazi iz dvaju zbirno analiziranih randomiziranih istraživanja pokazuju da e-cigarete s nikotinom, u usporedbi s placebo e-cigaretama, pomažu dugoročnom prestanku pušenja. E-cigarete su također povećale broj osoba koje nisu potpuno prestale pušiti, ali su prepovoljili konzumaciju cigareta. To odgovara zaključcima placebo-kontroliranih istraživanja o nikotinskoj zamjenskoj terapiji. Dokazi iz jednog istraživanja pokazuju da e-cigarete mogu imati sličnu stopu prestanka pušenja nakon 6 mjeseci kao i nikotinska zamjenska terapija, ali je interval pouzdanosti (engl. confidence interval – CI) bio vrlo širok. E-cigarete su tehnologija koja se još uvek razvija i noviji proizvodi mogu biti učinkovitiji, ali će to biti potrebno potvrditi istraživanjima.

Dokazi iz istog istraživanja pokazuju da nikotinske e-cigarete omogućuju većem

broju osoba da smanje konzumaciju cigareta za barem 50% kroz 6 mjeseci nego nikotinska zamjenska terapija.

Uključene studije nisu utvrdile nikakve ozbiljne nuspojave povezane s uporabom e-cigareta u kratkom i srednjem roku (do dvije godine). Većina prijavljenih nuspojava odnosi se na iritaciju usta i grla.

## Zaključci za istraživanja

Iako je dosad „zlatni standard“ u istraživanjima učinkovitosti terapija, uključujući terapije koje pomažu prestanku pušenja, podrazumijevao usporedbu aktivne terapije s placeboom, usporedba e-cigareta koje sadrže nikotin s e-cigaretama bez nikotina predstavlja poprilično konzervativan pristup. To je također e-cigarete omogućuju i zamjenu nikotina, ali i bihevioralni i osjetni nadomjestak za cigarete. Kako su svi ti elementi najvjerojatnije „aktivni sastojak“ e-cigareta, „placebo-kontrolirana“ istraživanja bi vjerojatno oduzela osjetno-motorni element učinkovitosti e-cigareta. Iako ti osjetno-motorni učinci mogu biti važni

brojnim pušačima, još uvijek se ne zna koliko tata komponenta može pomoći prestanku pušenja. Postojeći dokazi pokazuju da bi učinak tih komponenti mogao biti malen. Iako su placebo e-cigarete bile važne u testiranju e-cigareta s metrikom koja se koristi u procjeni zamjenskih nikotinskih terapija, buduća istraživanja bi trebala usporediti e-cigarete s „uobičajenom terapijom“ ili „minimalnom terapijom“, kao i s drugim dostupnim farmakološkim i bihevioralnim terapijama. Također su nam potrebni podatci o udjelu pušača koji uspješno prestaju pušiti uz pomoć e-cigareta i koji nastavljaju koristiti e-cigarete dugoročno te udio onih koji se na koncu oslobođe ovisnosti o nikotinu.

S obzirom na raznolikost e-cigareta koje se nude na tržištu, kao i na razvoj tih proizvoda, buduće studije trebaju ukazati na to koje e-cigarete omogućuju dovoljnju razinu nikotina za zadovoljstvo korisnika. Buduće randomizirane studije na ovu temu trebaju uključiti dovoljan broj ispitanika te razmotriti primjenu e-cigareta na način koji simulira njihovo korištenje u svakodnevnom životu, primjerice uzimanjem u obzir individualnih želja o jačini cigarete, okusu tekućina i čak vrsti proizvoda.

## Cochrane sustavni pregled

McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014;12: CD010216.

••••

## Novi broj Cochrane novosti

### • Možete ga pronaći na:

[https://croatia.cochrane.org/sites/croatia.cochrane.org/files/uploads/Glasnik\\_HCO-Novosti-12.pdf](https://croatia.cochrane.org/sites/croatia.cochrane.org/files/uploads/Glasnik_HCO-Novosti-12.pdf)

### Neke od tema dvanaestog broja:

Cochrane kolokvij u Indiji,  
Suradnja Cochranea i Wikipedije,  
Cochrane sažetični na hrvatskom jeziku,  
Cochrane sustavni pregled  
o električnim cigaretama...  
Hrvatski Cochrane ogranka,  
Medičinski fakultet Sveučilišta u Splitu,  
Šoltanska 2, 21000 Split  
tel: +385 21 557923, [www.cochrane.hr](http://www.cochrane.hr)

## ALGORITAMSKA RAZRADBA PROBLEMA sa str. 36

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

### Vježba B:

3-->11,23; 4-->10; 5-->10; 6-->4; 7-->5, 6; 8-->9,14,27; 10-->8, 14; 11-->3,28; 12-->13,24; 13-->26; 14-->1; 15-->7; 16-->11,15,18,22; 17-->20; 18-->19; 19-->7,20; 20-->21; 22-->3,17; 23-->12; 24-->13; 26-->25; 28-->4,5,6,10,17.

### Vježba C:

1a, 2b, 3c,  
4. Muškarac 1768,8 kcal/dan (7402 kJ/dan), a žena 1554,5 kcal/dan (6506 kJ/dan). 1554/1769=0,878, dakle metabolizam u ženi je oko 87,8 % metabolizma u muškarca (istih tjelesnih dimenzija). To proizlazi iz različite regulacije (hormoni, maseni udjeli tkiva) te različitog stupnja jalovog metabolizma.  
5. Prema izrazu 1: OSPE (70kg) = 1793 kcal/dan (7507 kJ/dan), OSPE (80kg) = 1931 kcal/dan (8095 kJ/dan), OSPE (90kg) = 2068 kcal/dan (8658 kJ/dan). Prema izrazu OSPE = 70 TO,75; OSPE (70kg) = 1694 kcal/dan (7092 kJ/dan), OSPE (80kg) = 1872 kcal/dan (7838 kJ/dan), OSPE (90kg) = 2045 kcal/dan (8562 kJ/dan).

## ETIOPATOGENETSKI ČVOROVI

### Vježba 35.4. HIPOGLIKEMIJA sa stranice 37

#### II. Etiopatogeneza bolesti

1-->7; 3-->4,5; 5-->12; 6-->2; 7-->6,8; 8-->1

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

- a) Etiološka obilježja stanja kod bolesnika: 3.9; 4.1; 4.12; 4.15.
- b) Obilježja patogeneze, toka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti: 5.; 5.16; 5.17; 5.20; 5.27; 5.56 ; 5.62; 6.2; 6.3; 6.4; 6.9; 6.10 ; 7.3; 7.4; 7.10.
- c) Obilježja proširenosti procesa i kronobiologije bolesnika: 8.9; 8.17; 8.3; 10.5; 10.14; 11.11.
- d) Obilježja kliničkoga dijagnosticiranja i liječenje stanja: 12.1; 12.2; 12.3; 12.5; 12.6; 12.7; 12.8; 12.11; 12.13; 12.15; 12.16; 12.17; 12.18; 12.19; 12.25.

### Vježba 35.9. HIPOGLIKEMIJA sa stranice 38

#### II. Etiopatogeneza bolesti

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

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

- a) Etiološka obilježja stanja kod bolesnika: 3.1; 3.6; 3.9; 4.2; 4.3; 4.4; 4.12; 4.17.
- b) Obilježja patogeneze, toka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti: 5.16; 5.17; 5.20; 5.27; 5.55; 5.56; 5.57; 5.58; 5.59; 5.72; 5.77; 5.78; 6.2; 6.7; 6.10; 7.2; 7.4; 7.6; 7.10; 7.11; 7.14; 7.15.

- c) Obilježja proširenosti procesa i kronobiologije bolesnika: 8.5; 8.7; 8.17; 8.19; 8.21; 8.27; 8.28; 8.30; 8.33; 8.38; 10.4; 10.6; 10.7; 10.9; 10.10; 10.11; 10.14; 10.15; 11.3; 11.4; 11.5; 11.6.
- d) Obilježja kliničkoga dijagnosticiranja i liječenje stanja: 12.1; 12.2; 12.3; 12.4; 12.8; 12.15; 12.16; 12.17; 12.19; 12.20; 12.25; 12.26; 12.27; 12.29; 12.35; 12.41.

### Vježba 30.2. POTHRANJENOST sa stranice 39

#### II. Etiopatogeneza bolesti

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

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

- a) Etiološka obilježja stanja kod bolesnika: 2.6; 2.7; 2.8; 3.8; 3.9; 3.10; 3.11; 4.2; 4.6; 4.12; 4.13; 4.17.

- b) Obilježja patogeneze, toka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti: 5.4; 5.6; 5.11; 5.12; 5.13; 5.14; 5.16; 5.17; 5.20; 5.21; 5.22; 5.23; 5.24; 5.35; 5.36; 5.42; 5.44; 5.45; 5.54; 5.63; 5.68; 5.69; 5.72; 5.76; 6.1; 6.2; 6.3; 6.7; 6.9; 7.2; 7.4; 7.6; 7.10; 7.11; 7.14; 7.15.

- c) Obilježja proširenosti procesa i kronobiologije bolesnika: 8.1; 8.2; 8.4; 8.5; 8.6; 8.7; 8.8; 8.9; 8.10; 8.13; 8.14; 8.15; 8.17; 8.18; 8.19; 8.21; 8.27; 8.28; 8.30; 8.33; 8.38; 9.3; 10.1; 10.2; 10.4; 10.5; 10.6; 10.7; 10.8; 10.9; 10.11; 10.14; 10.15; 11.3; 11.4; 11.5; 11.6.

- d) Obilježja kliničkoga dijagnosticiranja i liječenje stanja: 12.1; 12.2; 12.3; 12.4; 12.16; 12.17; 12.18; 12.19.

### Vježba 30.12. POTHRANJENOST sa stranice 40

#### II. Etiopatogeneza bolesti

1-->8,3; 2-->1,3,4,8; 3-->1,2,4,8; 4-->5,1,3,8; 5-->6,7; 6-->4,7,6-->13; 7-->2,8; 8-->2,3,5

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

- a) Etiološka obilježja stanja kod bolesnika: 1.4; 1.5; 2.5; 2.6; 2.7; 2.8; 2.16; 2.21; 3.2; 3.8; 3.9; 3; 3.11; 4.1; 4.2; 4.3; 4.4; 4.6; 4.12; 4.13; 4.17.

- b) Obilježja patogeneze, toka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti: 5.1; 5.3; 5.4; 5.11; 5.12; 5.13; 5.14; 5.16; 5.17; 5.22; 5.24; 5.27; 5.29; 5.37; 5.42; 5.44; 5.45; 5.55; 5.63; 5.67; 5.68;

- c) Obilježja proširenosti procesa i kronobiologije bolesnika: 8.1; 8.2; 8.4; 8.5; 8.6; 8.7; 8.8; 8.9; 8.11; 8.14; 8.15; 8.18; 8.19; 8.20; 8.21; 8.27; 8.28; 8.30; 8.33; 8.36; 8.38; 10.1; 10.4; 10.6; 10.7; 10.9; 10.10; 10.11; 10.14; 10.15; 11.6.

- d) Obilježja kliničkoga dijagnosticiranja i liječenje stanja: 12.1; 12.2; 12.3; 12.4; 12.8; 12.15; 12.16; 12.17; 12.19; 12.20; 12.25; 12.26; 12.27; 12.29; 12.35; 12.41.

# Kako predvidjeti nuspojave lijekova – uloga farmakogenomike\*

Prof. dr. sc. Nada Božina

• Projekt humanog genoma dao je snazan zamah razvoju farmakogenetike/farmakogenomike, discipline koja ima ulogu otkrivati i razjasniti genetičku osnovu varijabilnosti učinkovitosti i nastanka neželjenih reakcija na određeni lijek ili skupinu lijekova. Nuspojave lijekova (NL) predstavljaju važan problem i stalni su izazov za struku i znanost jer rezultiraju značajnim poboljem, smrtnošću i zdravstvenim troškovima. Glavnina NL nastaje pri primjeni preporučenih doza lijeka. NL su također odgovorne za oko 7% hospitalizacija, a broj doseže i >30% u starijoj populaciji.

Nuspojave lijekova koje svrstavamo u reakcije tipa A ovisne su o dozi, predvidive su na osnovi poznatih farmakoloških svojstava lijeka i relativno su česte. Te nuspojave često su rezultat interindividualnih razlika u metaboličkom i transportnom kapacitetu i detoksikaciji lijekova te razlika u ekspresiji i osjetljivosti receptora i drugih ciljnih molekula djelovanja lijeka. Farmakogenetika je pokazala da je osjetljivost na toksične učinke ovisna velikim dijelom o genetičkom polimorfizmu metaboličkih enzima faze I i faze II. Za kliničku praksu najvažniji polimorfizmi u fazi I su CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4/5, DPYD a u fazi II to su TPMT, UGT1A1, NAT2, SULT.

I premda postoje znanstveno utemeljeni dokazi o ulozi farmakogenomike, njezina implementacija u kliničkoj praksi sporo napreduje, što je potaklo osnivanje internacionalnog udruženja Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC). Glavne aktivnosti CPIC-a su izdavanje recenziranih, ažuriranih, na dokazima temeljenih, slobodno dostupnih uputa i smjernica za primjenu lijeka prema rezultatima genetičkih testova. Te smjernice svakako će pomoći prijenosu znanja iz farmakogenomike do bolesnikovog kreveta. Prve smjernice obznanila je Agencija za hranu i lijekove u SAD-u (FDA) još 2004. godine za doziranje varfarina prema rezultatima genotipizacije CYP2C9 i VKORC1. Tako je preporuka

za nositelje varijantnih alela VKORC1 i CYP2C9 primjeniti doze u rasponu od 0,5-2 mg dnevno, dok se za nositelje alela visoke aktivnosti, tzv. „divljih“ alela, preporučuju doze od 5-7 mg dnevno. Slijedile su objave različitih algoritma doziranja prema genotipu, koji uz poznate kliničke varijable mogu objasniti i do 60% varijabilnosti doze varfarina. Daljnja istraživanja su istaknula važnost genotipizacije s naglaskom na specifične vulnerabilne populacije bolesnika kao što su oni s akutnim ishemijskim moždanim udarom (Šupe i sur. 2014. g.). Nositelji inaktivnih alela CYP2C9 (spori metabolizatori) imaju povećan rizik predoziranja i drugim lijekovima-supstratima, poput fenitoina koji može izazvati ozbiljne nuspojave uključujući ataksiju, nistagmus, dizartriju, sedaciju; stoga se preporučuje dozu održavanja umanjiti za 50%. Uz primjenu nesteroidnih protuupalnih lijekova zabilježena je veća incidencija gastrointestinalnih krvarenja u sporih metabolizatora za CYP2C9 u odnosu na nositelje funkcionalnih alela, dok se hepatotoksičnost diklofenaka povezuje s polimorfizmima UGT2B7, CYP2C8 i ABCC2, zbog stvaranja i nakupljanja reaktivnih metabolita koji rezultiraju većom razinom adukata protein-diklofenaka i posljedično razvojem hepatotoksičnosti.

Klopидogrel je prolijev, stoga je nužna njegova konverzija u aktivni oblik, pri čemu je za učinkovitost uočena važna uloga polimorfnog enzima CYP2C19. Smjernice za klopidogrel već u slučaju intermedijarnih metabolizatora (nositelja jednog aktivnog i jednog inaktivnog alela) zbog slabije učinkovitosti inhibicije agregacije trombocita preporučuju odabir alternativnog lijeka. U slučaju nositelja alela CYP2C19 s pojačanim učinkom, kod kojih se očekuje ubrzana konverzija klopidogrela u aktivni lijek, ukazuje se na oprez pri doziranju zbog mogućega pojačanog inhibitornog učinka na agregaciju trombocita i većeg rizika sklonosti krvarenju.

Također se vode polemike o značajnosti interakcija klopidogrela i inhibitora protonskе pumpe (PPI). Važno je znati da su oba

lijeka supstrati enzima CYP2C19, uz to su PPI i potentni inhibitori enzima, stoga će domet interakcija ova dva lijeka ovisiti i o metaboličkom kapacitetu bolesnika a koji je i genetički determiniran. Smjernice u slučaju kodeina navode povećan rizik štetnih učinaka u vrlo brzih metabolizatora za CYP2D6, zbog ubrzane konverzije kodeina u morfin, te neučinkovitost u sporih metabolizatora zbog izostanka konverzije. Opisani su slučajevi s fatalnim ishodom u novorođene djece čije su majke, vrlo brzi metabolizatori za CYP2D6, uzimale analgetiske pripravke koji su uključivali kodein. Visoke koncentracije morfina prisutne u majčinom mlijeku rezultirale su nuspojavama, prvenstveno depresijom disanja, koje su bile smrtonosne.

Od drugih lijekova koji se aktiviraju putem CYP2D6 i čija učinkovitost ovisi o funkciji tog enzima, važno je spomenuti tamoksifen. Publicirane su i upute za individualizaciju terapije tricikličkim antidepresivima prema genotipizaciji CYP2D6 i CYP2C19. Navode se primjeri neučinkovitosti antidepresiva i suicidalnosti u osoba vrlo brzih metabolizatora, te sklonost razvoju nuspojava lijekova u sporih metabolizatora. Među prvima su također objavljene i smjericе koje se temelje na genotipizaciji tiopurinmetiltransferaze (TPMT) u slučaju primjene tiopurinskih lijekova, poput azatioprina, u kojima se već u slučaju heterozigotnosti preporučuje smanjenje doze za 50%, a za homozigotne nositelje mutacija preporuka je smanjiti dozu i do deset puta.

Publicirane su i preporuke za analizu UGT1A1 u optimizaciji terapije irinotekanom te za genotipizaciju DPYD u slučaju primjene 5-fluorouracila. Također se preporučuje genotipizacija SLC01B1(OATP1B1) za bolju prevenciju nuspojava pri primjeni statina. Cjelogenomske studije u ispitivanjima nuspojava simvastatina ukazale su na povezanost prvenstveno miopatije, uključujući i slučajeve rabdomiolize s mutacijama gena SLC01B1. Povezanost je dokazana i za druge statine, prvenstveno atorvastatin. Od drugih prijenosnika lijekova ustanovljene su značajne korelacije ABCB1 i ABCG2 s farmakokinetičkim parametrima i razvojem nuspojava. Za primjenu fluvastatina i predikciju nuspojava u bolesnika s presađenim bubregom značajan je polimorfizam enzima CYP2C9 (glavni metabolički put) te polimorfizam prijenosnika ABCG2 (Mirošević-Skvrce i sur. 2013.). U individualizaciji terapije ciklosporinom i takrolimusom za bolesnike s transplantiranim organima dokumentirana je uloga polimorfizama gena za CYP3A4/5, dok se varijabilnost kinetike mikofenolne kiseline povezuje s polimorfizmima UGT, ABCC2 i SLC01B3.

U slučajevima reakcija preosjetljivosti koje su vezane uz sustav HLA, najnovije smjer-

\*Prema predavanju održanom na Tribini Akademije medicinskih znanosti Hrvatske 25. studenoga 2014. u HLZ-u u Zagrebu

nice ističu značajnu predispoziciju nositelja alela HLA-B\*5701 za razvoj preosjetljivosti na abakavir koje se prezentiraju kožnim reakcijama, dok su u slučaju primjene flukloksacilina u nositelja istog alela ustanovljena ozbiljna oštećenja jetre. Varijante HLA-B\*5801 povezuju se s preosjetljivosti na allopurinol i s nastankom ozbiljnih kožnih reakcija, koje uključuju Steven-Johnsonov sindrom i toksičnu epidermalnu nekrolizu. Alel HLA-A\*3101 odgovoran je za preosjetljivost na karbamazepin koja je zabilježena u različitim populacijama, dok je alel HLA-B\*1502 specifičan za azijske populacije.

U najnovijoj znanstvenoj literaturi nalazimo niz primjera u kojima farmakogenetička testiranja mogu doprinijeti razjašnjenju mehanizama nastanka nuspojava različitih skupina lijekova. Veliku su pozornost privukle

studije koje su pokazale da valproat može potaknuti ili pogoršati kliničke znakove prisutne mitohondrijske bolesti. FDA je 2013. g. izdala upozorenje o povećanom riziku razvoja toksičnog oštećenja jetre pri primjeni valproata u bolesnika s hereditarnim neurometaboličkim sindromima zbog mutacija u nDNA koja kodira mitohondrijski enzim polimerazu γ (POLG). Slijedom navedenog preporučuje se testiranje na mutacije u genu POLG.

Također su značajna farmakogenetička istraživanja koja govore o nuspojavama lijekova inhibitora tirozin kinaza (ITK), poput imatiniba, sunitiniba, erlotiniba i drugih. Studije i prikazi slučajeva u znanstvenoj literaturi upozoravaju na važnu ulogu polimorfnih transportnih proteina P-glikoproteina (ABCB1), ABCC2, ABCG2 koji su odgovorni za prijenos lijeka

preko membrana u crijevima, jetri i bubrežima. Različita ekspresija i funkcija ovih transportera može značajno modulirati bioraspoloživost ITK-a i doprinijeti razvoju nuspojava, posebno u interakciji s drugim lijekovima bilo na razini metaboličkih enzima ili transportnih proteina. Tako je zabilježena nuspojava pankreatitisa uz primjenu imatiniba, rabdomioliza uz konkomitantnu terapiju erlotiniba i oksikodona, pri čemu je genska analiza ukazala na genetičku predispoziciju koja je mogla dovesti do navedenih nuspojava. Znanstvena istraživanja do nose i niz drugih dokaza o farmakogenetičkoj predispoziciji za razvoj nuspojava koji još nisu oblikovani u smjernice a odnose se na imunosupresive, antipsihotike, antiepileptike, nove antikoagulanse i druge lijekove.

••••

## f a r m a k o v i g i l a n c i j a

### Iz HALMED-a



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 siječnju 2015. godine usvojilo je preporuke vezane uz rizike od teških alergijskih reakcija povezanih s primjenom lijekova koji sadrže ambroksol i bromheksin.

**Rizik od teških alergijskih reakcija od ambroksola i bromheksina je nizak**

PRAC je završio ocjenu sigurnosti primjene lijekova koji sadrže ambroksol i bromheksin i zaključio da je rizik od teških alergijskih reakcija povezanih s primjenom ovih lijekova nizak, ali da je u informacije o lijeku potrebno uvrštiti nove podatke. PRAC je preporučio uvrštanje novog upozorenja, zajedno sa savjetom o potre-

bi trenutnog prestanka terapije u slučaju pojave simptoma alergije ili teških kožnih reakcija.

Ova ocjena započela je na zahtjev Belgische agencije za lijekove (AFMPS) zbog prijava alergijskih reakcija i teških kožnih nuspojava (SCAR, engl. severe cutaneous adverse reactions) povezanih s primjenom ambroksola.

Ocjena se odnosila i na bromheksin, budući da se on u tijelu većinom konvertira u

ambroksol. PRAC je ocijenio dostupne podatke, uključujući i podatke iz literature, te je potvrdio postojanje od ranije poznatog rizika od alergijskih reakcija, koji i dalje ostaje nizak.

PRAC je također utvrdio da postoji i nizak rizik od teških kožnih nuspojava koji je povezan s primjenom ovih lijekova. Na temelju ovih zaključaka, PRAC je preporučio uvrštanje informacija o teškim kožnim nuspojavama u informacije o lijeku, kao i uvrštanje savjeta za trenutni prestanak terapije u slučaju pojave simptoma teških kožnih reakcija.

Preporuka PRAC-a proslijeđena je Koordinacijskoj grupi za postupak međusobnog priznavanja i decentralizirani postupak za humane lijekove (CMDh) koja će donijeti konačno mišljenje.

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

••••

### Servis za izračun nutritivnog statusa u gerijatriji

- Na 39. Gerontološkoj radionici 30. siječnja u Zagrebu tema je bila primjena GeroS-a, novog web servisa za izračun nutritivnog statusa (metodom NRS 2002) gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika zbog učestale pojavnosti potحرanjenosti u dubokoj starosti. Web servis primjene NRS 2002 koristit će zdravstveni djelatnici u bolnicama, osobito za dugotrajno liječenje, domovima za starije, ali ga mogu koristiti i svi liječnici, timovi SOM-a i gerijatrijske sestre u domovima za starije te patronažne sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Prednost povezivanja web servisa i centralnog zdravstvenog sustava, a osobito poveznica putem GeroS-a / podsustava CEZIH-a za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika, po razinama zdravstvene skrbi, važan je pokazatelj dostupan svim liječnicima u sustavu zdravstva. To je u svrsi unaprjeđenja zdravstvene zaštite za starije osobe, a time i racionalnije rastuće gerijatrijske zdravstvene potrošnje. Uvodi se još jedan važan segment, a to je sigurnost podataka, jednoznačno identificiranje zdravstvenog djelatnika HZZO pametnim karticama i PIN-om, što je trenutno u svijetu najviši mogući stupanj sigurnosti.

*Manuela Maltarić, mag. nutri.*



## novosti iz medicinske literature

Često nije važno mjerjenje hemoglobina nakon laparoskopske histerektomije

Miješani ishodi radioaktivnih stentova kod bolesnika s prethodnom iradijacijom raka jednjaka

Indeks krvkosti predviđa ishode kod gerijatrijskih bolesnika bolje od njihove dobi

Nivolumab u terapiji melanoma bez BRAF mutacije

Produciranje sveukupnog preživljenja kod melanoma liječenih kombinacijom dabrafeniba i trametiniba

Adjuvantni paklitaksel i trastuzumab u terapiji Her2 pozitivnog karcinoma dojke bez zahvaćenih limfnih čvorova

Monoterapija olaparibom bolesnice s uznapredovalim karcinomom i mutacijom BRCA1/2

Sentinel biopsija nakon neoadjuvantne kemoterapije u karcinoma dojke s pozitivnim limfnim čvorovima - SN FNAC studija

Uloga hospicija i palijativna skrb kod pacijentica oboljelih od raka dojke koji je metastazirao

Porast kolorektalnog karcinoma kod mlađih dobnih skupina

Probir za karcinom debelog crijeva kod starijih od 75 godina

Alopurinol poboljšava renalnu funkciju kod dijabetesa tipa 2 i hiperuricemije

Je li aspirin neučinkovit u prevenciji kardiovaskularnih bolesti?

Kontrola glikemije bioničkim pankreasom

Utjecaj endometrioze na ishode medicinski pomognute oplodnje - sistematski pregled i meta analiza

Obiteljska anamneza i rizik za karcinom endometrija - sistematski pregled i metaanaliza

Epigenetski lijekovi mogu imati blagotvorne transgeneracijske učinke

Radovi hrvatskih lječnika objavljeni u inozemnim časopisima koje indeksiraju CC, SCI ili SSCI

## •

# Često nije važno mjerjenje hemoglobina nakon laparoskopske histerektomije

- Iako učestalo korišteno, mjerjenje razine hemoglobina nakon totalne laparoskopske histerektomije rijetko je klinički relevantno i stvara nepotrebne troškove, rezultati su studije **Chamsja** i sur. (University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, Pennsylvania, USA).

Razina hemoglobina u krvi nakon totalne laparoskopske histerektomije ne diktira postoperativnu njegu i trebala bi biti rezervirana za pacijente sa znakovima ili simptomima hemodinamskog poremećaja. Autori naglašavaju da iako je laparoskopski postupak minimalno invazivan, ipak uključuje podvezivanje velikih krvnih žila s rizikom od vaskularnih komplikacija i krvarenja. Prikladno smanjenje postoperativne razine hemoglobina daje sigurnost da su pacijenti hemodinamski stabilni. Kako bi isptitali je li ta zabrinutost općenito prikladna, autori su retrospektivno analizirali podatke 629 žena koje su podvrgnute laparoskopskoj histerektomiji za benigne indikacije u razdoblju od dvije godine. Svima je određivana razina hemoglobina prije i poslije operacije.

Samo 16 bolesnica (2,5%) razvilo je znakove ili simptome koji upućuju na hemodinamsku nestabilnost. Kod žena s manjim indeksom tjelesne mase i većim volumenom intraoperativne intravenske infuzije tekućine postojala je veća vjerojatnost da će imati veći pad postoperativne razine hemoglobina. Ipak, kažu autori, ni one nisu bile sklonije postati simptomatske. Osim toga, razina hemoglobina ne odražava točan iznos kirurškog gubitka krvi. U stvari, samo tri bolesnice (0,48%), od kojih su sve bili simptomatski, zahtijevale su postoperativnu transfuziju krvi. Odluka o transfuziji koncentrata eritrocita temeljila se na hemodinamskoj nestabilnosti, a ne na stvarnoj razini hemoglobina. U usporedbi s asimptomatskim bolesnicama, simptomatske bolesnice imale su veći pad postoperativne razine hemoglobina (26,6 prema 18,0 g/l) i veću vjerojatnost nadoknade koncentrata eritrocita, slikovne pretrage zdjelice ili reoperacije. Sveukupno, tvrde autori, određivanje razine hemoglobina imalo je malu kliničku korist i treba biti rezervirano za pacijentice koji razviju znakove ili simptome za akutni gubitak krvi.

Nadalje, dodaju autori, bitan je kumulativni godišnji trošak postoperativnog testiranja hemoglobina u krvi nakon totalne

laparoskopske histerektomije. Iako je cijena takvog bolničkog ispitivanja otprilike 23 dolara, autori procjenjuju da se u SAD-u može uštedjeti 2,8 milijuna dolara godišnje, ako se prekine rutinsko testiranje.

**Dr. Kimberly Kho** (UT Southwestern Medical Center, Dallas, Texas, SAD) komentirajući ove zanimljive rezultate kaže da su analize poput ovih uvelike potrebne kako bi se kritički ocijenile uloga kliničke prakse koja se često izvodi bez pitanja. Biti dobar upravitelj u zdravstvenom sustavu znači da liječnici trebaju procijeniti rutinske prakse i njihov stvarni utjecaj na ishod bolesnika, kao i zdravstvene troškove. (Am J Obstet Gynecol. 2014;211:224.e1-7)

*Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.*

## •

# Miješani ishodi radioaktivnih stentova kod bolesnika s prethodnom iradijacijom raka jednjaka

- Radioaktivni stent jednjaka može imati neke prednosti u usporedbi sa standarnim stentom u bolesnika s recidivnim inoperabilnim rakom jednjaka koji su prethodno podvrgni vanjskoj radioterapiji.

Međutim, također može predstavljati dodatan rizik krvarenja, rezultati su studije kineskih istraživača. Rezultati ove studije pokazuju da radioaktivni stent ima potencijalnu korist duljeg razdoblja bez disfagije za bolesnike s recidivnim rakom jednjaka, tvrde **Liu** i sur. (Shandong Cancer Hospital and Institute, Jinan, Kina), jer u njih disfagija dominantan simptom. Međutim, visoka stopa incidencije masivnih krvarenja ograničava njihovu šиру primjenu.

Samoproširivi stent opcija je za ublažavanje disfagije kao što je i brahiterapija. Uporaba kombinacije – radioaktivnog stenta - za liječenje malignog suženja jednjaka pokazala je da povećava preživljenje u usporedbi s konvencionalnim samoproširivim stentom. Međutim, do sada nije bilo izvješta o njegovoj uporabi kao terapije spašavanja kod bolesnika koji su prethodno podvrgni vanjskom zračenju. Upravo je ovom studijom analiziran 31 pacijent kojem je postavljen stent obložen s I-125 i dodatnih 32 kojima je postavljen standardni samoproširivi stent. Studija nije bila randomizirana. Svi bolesnici imali su disfagiju barem 2. stupnja, a svi su tretirani kemoterapijom prije

ili nakon postavljanja stenta. Primarno postavljanje stenta bilo je uspješno, osim po dva bolesnika u svakoj skupini. U prvih mjesec dana stupanj disfagije značajno je poboljšan u obje skupine, ali nakon tri mjeseca rezultati su bili znatno bolji u skupini radioaktivnog stenta (2,1 u odnosu na 2,6). Osim toga, restenoza se dogodila znatno kasnije u skupini s radioaktivnim stentom (3,5 u odnosu na 2,5 mjeseci). Medijan preživljenja iznosio je četiri mjeseca u skupini s radioaktivnim stentom, što nije bilo znatno više u odnosu na tri mjeseca u skupini sa standardnim stentom. Krvarenje je bila važna komplikacija, iako nije bilo značajne razlike između skupina.

Naime, ukupni rezultati, kažu autori, upućuju na to da iradijacijski pristup ima prednosti i da je bio "gotovo siguran" kao i konvencionalni stent. Međutim, oni pozivaju na velik oprez s obzirom na to da je studija bila mala i nerandomizirana. Rizik od 35,5% od velikog krvarenja u skupini s radioaktivnim stentom, u usporedbi s 21,9% u skupini s konvencionalnim stentom, potencijalno je vrlo izražena razlika, osobito u svjetlu činjenice da je 12,9% bolesnika u skupini radioaktivnog stenta doživjela smrtonosno krvarenje.

**Dr. Gao-Jun Teng** (Zhongda Hospital, Southeast University, Nanjing, Kina), koji je istraživao istu temu, ali nije bio uključen u ovu studiju, čini se da je ovo prva klinička studija o 'spašavanju' nakon ponovne pojave maligne disfagije nakon vanjskog zračenja pomoću radioaktivnog stenta u usporedbi s konvencionalnim stentom. Međutim, nerandomizirani status ove studije smanjuje snagu zaključaka. On kaže da se viša incidencija masivnog krvarenja s radioaktivnim stentom u ovom istraživanju može pripisati statusu prethodnog vanjskog zračenja, jer nije bilo tako visoke incidencije krvarenja u njegovom istraživanjima u fazi 2 i 3 bez prethodne terapije zračenjem. (Ann Thorac Surg. 2014;98:521-6.)

*Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.*

## •

# Indeks krhkosti predviđa ishode kod gerijatrijskih bolesnika bolje od njihove dobi

- Indeks krhkosti (engl. Frailty Index - FI), nezavisno predviđa hospitalne komplikacije i negativne ishode otpusta gerijatrijskih traumatoloških bolesnika i trebao bi olakšati raspodjelu rizika kod tih bolesnika. Krhkost se

definira kao sindrom smanjene fiziološke rezerve i otpora stresorima, koja povećava osjetljivost za loše zdravstvene ishode, pogoršanje kretanja, invaliditeta, hospitalizacije i smrti, tvrde **Joseph** i sur. (Division of Trauma, Critical Care, Burns, and Acute Care Surgery, University of Arizona Medical Center, Tuscon, Arizona, SAD).

Pokazalo se da predviđa bolničke komplikacije, otpust u institucionalnu skrb i smrtnost kod gerijatrijskih kirurških pacijenata. Međutim, uloga FI-ja kod traumatoloških bolesnika dosad nije bila jasna. Cilj studije bio je procijeniti korisnost FI-a za predviđanje ishoda kod traumatoloških gerijatrijskih bolesnika u trauma centru razine 1 na Sveučilištu u Arizoni. Istraživači su prospективno mjerili 'krhkost' kod svih gerijatrijskih traumatoloških bolesnika (starijih od 65 godina) od lipnja 2011. do veljače 2013. Mjerenje je 50 varijabli krhkosti koje su omogućile izračun FI-ja, a krhkost je definirana kao FI od najmanje 0,25 ili više.

Primarni cilj studije bile su bolničke komplikacije, uključujući kardijalne, plućne, infektivne, hematološke i bubrežne, kao i reoperacije. Sekundarni cilj uključivao je nepovoljan otpust, definiran kao otpust u neki od objekata staračke njegе ili smrtni ishod tijekom hospitalizacije. Istraživači su procijenili povezanost FI-ja i krajnjih ciljeva, korištenjem multivariantne logističke regresije. Uzorak se sastojao od 250 bolesnika (srednja dob 77,9 godina, medijan Injury Severity Score 15 [raspon, 9-18]; medijan Glasgow Coma Scale 15 [raspon, 12-15]). Srednji FI iznosio je 0,21, a kod 110 bolesnika (44,0%) bila je prisutna 'krhkost'. U usporedbi bolesnika s 'krhkost' s bolesnicima bez 'krhkosti' bila je više nego dvostruko veća vjerojatnost bolničkih komplikacija (omjer izgleda [OR], 2,5; 95% interval pouzdanosti [CI], 1,5-6,0; p=0,001) i nepovoljan otpust (OR, 1,6; 95% CI, 1,1 do 2,4; p=0,001).

Najčešća komplikacija je infekcija urinarnog trakta, nakon čega slijedi upala pluća. Kod svih pet bolesnika (2,0%) koji su umrli FI je pokazao 'krhkost'. Usporedba bolesnika sa 'slabošću' i onih bez 'slabosti' pokazala je da će prvi vjerojatno imati dužu ukupnu hospitalizaciju kao i na odjelu intenzivne njegе, te veće bolničke troškove. Istraživači su otkrili da je FI bio bolji pokazatelj nego dob, Injury Severity Score, i druge procjenske ljestvice i alati za određivanje ishoda kod gerijatrijskih traumatoloških pacijenata. Nakon stratificiranja bolesnika prema dobi, FI je još uvijek bio dobar neovisni prediktor nepovoljnog otpusta. Autori tvrde da bi ovaj indeks trebalo koristiti kao alat za kliničku stratifikaciju rizika u ovoj skupini bolesnika. Ograničenja ove studije uključuju nedostatak procjene učinka krhkosti na dugoročne funkcionalne rezultate, kvalitetu života

te mogući nedostatak generalizacije na drugim medicinskim centrima.

U pratećem pozvanom komentaru

**Thomas N. Robinson** (Department of Surgery, University of Colorado School of Medicine, Aurora, Colorado, SAD) i **Emily Finlayson** (Department of Surgery, University of California, San Francisco, California, SAD), raspravljaju o tome kako najbolje predvidjeti nepovoljne ishode nakon traume kod gerijatrijske populacije. Dva su moguća načina kako bi rezultat krhkosti mogao izravno utjecati na brigu o traumatološkim gerijatrijskim pacijentima. Prvo, pojedinci sa 'slabošću' mogli bi biti drugaćije tretirani implementiranjem provođenja stacionarne skrbi temeljene na dokazima (npr. Model akutne skrbi za starije) koja dokazano poboljšava rezultate hospitaliziranih starijih osoba. Drugo, kliničke odluke o tome tko može biti sigurno otpušten nakon pada u razini može ovisiti o FI-ju. (JAMA Surg. 2014;149:766-72.)

*Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.*

## ● Nivolumab u terapiji melanoma bez BRAF mutacije

• U studiji koja je provedena na bolesnicima s metastatskim melanomom refraktarnim na ipilimumab nivolumab je postigao veću stopu objektivnog odgovora nego kemoterapija. Uporaba nivolumaba u prethodno netretiranim bolesniku s uznapredovalim melanomom nije testirana u kontroliranoj studiji faze 3.

Studijom **Caroline Robert** i sur. randomizirao je 418 prethodno neliječenih pacijenata s metastatskim melanomom bez BRAF mutacije kako bi primili nivolumab (u dozi 3mg/kg TM svaka dva tjedna i dakarbazinu prilagođen placebo svaka tri tjedna) ili dakarbazin (u dozi od 1000mg/m<sup>2</sup> tjelesne površine svaka tri tjedna i nivolumabu prilagođen placebo svaka dva tjedna). Primarni cilj studije bio je utvrditi sveukupno preživljjenje. Nakon godinu dana ukupna stopa preživljjenja bila je 72,9%-na u skupini nivolumabu, u usporedbi s 42,1%-tom u skupini na dakarbazinu. Medijan preživljjenja bez progresije bolesti (PFS) iznosio je 5,1 mjesec u skupini na nivolumabu, a 2,2 mjeseca u skupini na dakarbazinu. Objektivna stopa odgovora bila je 40%-na u skupini na nivolumabu, u odnosu na 13,9%-nu u skupini na dakarbazinu. Učinak na preživljjenje također je procijenjen i pojedinačno u prethodno defi-

niranim podskupinama pacijenata, uključujući i one definirane prema statusu ekspresije PDL-1 (ligand programirane smrti).

Češće nuspojave zabilježene u skupini na nivolumabu uključivale su umor, pruritus i mučninu. Nuspojave lijeka gradusa 3 ili 4 javile su se u 11,7% bolesnika liječenih nivolumabom, a u 17,6% bolesnika tretiranih dakarbazinom. Dakle, nivolumab je pokazao značajan napredak u sveukupnom preživljjenju i preživljjenju bez progresije bolesti, u usporedbi s dakarbazinom, među prethodno neliječenim bolesnicima s metastatskim melanomom bez BRAF mutacije. (N Engl J Med. 2015;372:320-330.)

*Ana Tečić Vugher, dr. med.*



## Produljenje sveukupnog preživljjenja kod melanoma liječenih kombinacijom dabrafeniba i trametiniba

• BRAF inhibitori vemurafenib i dabrafenib pokazali su učinkovitost kao monoterapija u bolesnika s prethodno neliječenim metastatskim melanomom i s BRAF V600E ili V600K mutacijom. Kombiniranje dabrafeniba i MEK inhibitora trametiniba, u usporedbi sa samim dabrafenibom, pokazalo je pojačanu antitumorsku aktivnost u ovoj populaciji pacijenata. U otvorenoj studiji faze 3, randomizirano je 704 bolesnika s metastatskim melanomom i s BRAF V600 mutacijom, da dobiju ili kombinaciju dabrafeniba (150mg 2x dnevno) i trametiniba (2mg 1x dnevno), ili vemurafeniba (960mg 2x dnevno) peroralno kao prvu liniju terapije.

Primarni cilj studije bio je utvrditi sveukupno preživljjenje. Prilikom prve interim analize sveukupnog preživljjenja, koja je provedena nakon pojave 77% od ukupnog broja očekivanih događaja, sveukupno preživljjenje nakon 12 mjeseci iznosilo je 72% u skupini na kombiniranoj terapiji, a 65% u skupini na vemurafenibu. Prespecificirana privremena granica zaustavljanja istraživanja je prijeđena i studija je zaustavljena po pitanju učinkovitosti u srpnju 2014. Medijan preživljjenja bez progresije bolesti iznosio je 11,4 mjeseca u skupini na kombiniranoj terapiji, a 7,3 mjeseca na vemurafenibu. Objektivna stopa odgovora iznosila

je 64% u skupini na kombiniranoj terapiji, a 51% u skupini na vemurafenibu. Stope ozbiljnih nuspojava i prekidanja studijskog lijeka bile su slične u obje skupine. Kožni planocellularni karcinom i keratoakantom pojavili su se u 1% bolesnika na kombiniranoj terapiji, a u 18% bolesnika na vemurafenibu.

Zaključno, dabrafenib i trametinib, u usporedbi s vemurafenibom u monoterapiji, značajno su poboljšali sveukupno preživljjenje u prethodno neliječenih bolesnika s metastatskim melanomom i pozitivnom BRAF V600E ili V600K mutacijom, a bez povećanja sveukupne toksičnosti.

(N Engl J Med. 2015;372:30-39)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

## • Adjuvantni paklitaksel i trastuzumab u terapiji Her2 pozitivnog karcinoma dojke bez zahvaćenih limfnih čvorova

- Ne postoji zaseban standardni protokol za bolesnice s malim, Her2 pozitivnim karcinomom dojke i negativnim (nezahvaćenim) limfnim čvorovima, uglavnom zato što većina tih bolesnica ne ispunjava kriterije za uključenje u neku od pivotalnih studija adjuvantne primjene trastuzumaba.

**Sara M. Tollanay** i sur. proveli su od istraživača iniciranu nekontroliranu single-group multicentričnu studiju adjuvantne primjene paklitaksela i trastuzumaba na 406 bolesnica s tumorom najvećih dimenzija do 3cm. Bolesnice su primale tjednu aplikaciju paklitaksela i trastuzumaba 12 puta, a potom još 9 mjeseci trastuzumab u monoterapiji. Primarni cilj studije bio je preživljjenje bez invazivne bolesti. Medijan praćenja bio je 4 godine. Trogodišnja stopa preživljjenja bez invazivne bolesti iznosiла je 98,7%. Od 12 zabilježenih relapsa, dva su bila u slučajevima karcinoma dojke s udaljenim metastazama. Isključenjem kontralateralnih Her2 negativnih karcinoma dojke i karcinoma drugih sijela zabilježeno je 7 uz bolest specifično vezanih događaja.

Ukupno 13 bolesnica prijavilo je barem jednu epizodu neutropenijske gradusa 3, a dvije su imale simptomatsko kongestivno zatajenje srca, od čega su obje kasnije normalizirale ejekcijsku frakciju lijeve klijetke, po prestanku apliciranja trastuzumaba. Ukupno 13 bolesnica

imalo je značajan, no asimptomatski pad ejekcijske frakcije, no 11 od njih uspjelo je primiti predviđenu terapiju trastuzumabom u potpunosti, nakon kratkog prekida.

Među ženama s predominantno stadijem I Her2 pozitivnog karcinoma dojke, terapija adjuvantnim paklitakselom i trastuzumabom udružena je s 2%-tним rizikom od ranog povrata bolesti, a 6% bolesnica povuklo se iz studije zbog nuspojava vezanih za protokol. (N Engl J Med. 2015;372:134-141.)

Ana Tečić Vuger, dr.med.

## • Monoterapija olaparibom bolesnice s uznapredovalim karcinomom i mutacijom BRCA1/2

Olaparib je peroralni polimerazni inhibitor (ADP ribosa) s aktivnošću u karcinoma dojki i jajnika udruženih s BRCA 1/2. Multicentrična studija faze 2 uključila je osobe s BRCA 1/2 mutacijom i recidivajućim karcinomom. Obuhvaćeni su karcinomi jajnika rezistentni na platinu, karcinomi dojke s tri ili više primijenjenih kemoterapijskih protokola za metastatsku bolest, karcinomi gušterice prethodno liječeni gemicitinom, te karcinomi prostate s progresijom na hormonoterapiju i jednu sustavnu terapiju.

Olaparib je apliciran u dozi od 400mg dva puta na dan. Primarni cilj bio je stopa odgovora tumora. Uкупno je 298 bolesnika primilo terapiju i evaluirano. Stopa odgovora tumora iznosila je ukupno 26,2%, a pojedinačno po sijelima 31,1% za ovarij, 12,9% za dojku, 21,7% za guštericu i 50,0% za prostatu. Tijekom 8 ili više tjedana stabilna bolest zabilježena je u ukupno 42% pacijenata, odnosno u njih 40% s karcinomom jajnika, 47% s karcinomom dojke, 35% s karcinomom gušterice i 25% s karcinomom prostate.

Najčešće nuspojave bile su umor, mučnina i povraćanje. Nuspojave gradusa 3 ili više zabilježene su u 54% bolesnika, najčešća je bila anemija (u 17%). Dakle, odgovor na olaparib zabilježen je u različitim tipova tumora udruženih s BRCA 1/2 mutacijom. Potrebne su dalje potvrđne studije.

(JCO. 2015;33(3):244-250.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

## • Sentinel biopsija nakon neoadjuvantne kemoterapije u karcinoma dojke s pozitivnim limfnim čvorovima - SN FNAC studija

- Raste udio bolesnica (>30%) s karcinomom dojke i pozitivnim limfnim čvorovima koje ostvare patološki kompletan odgovor u akciji nakon neoadjuvantne kemoterapije (NAC).

Ako je sentinel biopsija limfnog čvora (SNB) točna i precizna u svojoj ulozi morbiditet od kompletne disekcije limfnih čvorova mogao bi se izbjegći. U prospektivnoj multicentričnoj SN FNAC studiji bolesnice s karcinomom dojke i pozitivnim limfnim čvorovima dokazanih biopsijom (T0-3, N 1-2) podvrgnute su i sentinel biopsiji i kompletnoj disekciji čvorova. Obvezno je primjenjivana imunohistokemijska, a metastaze sentinel čvora bilo koje veličine, uključujući i izolirane tumorske stanice (ypNO(i+), ili = 0,2mm) smatrane su pozitivnima. Predodređene su optimalna stopa točne identifikacije sentinel biopsijom od preko 90%, kao i stopa lažno negativnih rezultata od < 10%. Rezultati su pokazali da je od 153 bolesnice uključene u studiju od ožujka 2009. do prosinca 2012. realna zabilježena stopa točne identifikacije zahvaćenosti čvorova bolješu sentinel biopsijom iznosila 87,6%, a stopa lažno negativnih iznosila je 8,4%. Ako bi se sentinel čvor s ypNO(i+) (izolirane tumorske stanice) smatrao negativnim, stopa lažno negativnih nalaza porasla bi na 13,3%. Nije nađena povezanost između veličine metastaze sentinel čvora i pozitivnih nesentinel limfnih čvorova. Koristeći ovu metodu, 30,3% bolesnica potencijalno bi moglo izbjegći kompletну disekciju limfnih čvorova.

Zaključno, u karcinoma dojke s pozitivnim limfnim čvorovima koji su dokazani biopsijom, nakon neoadjuvantnog liječenja obveznom uporabom imunohistokemije može se postići niska stopa lažno negativnih sentinel biopsija (8,4%). Metastaze sentinel čvora bilo koje veličine treba smatrati pozitivnima. Točno identificiranih pozitivnih sentinel biopsija utvrđeno je 87,6%, a u slučaju tehničkih nemogućnosti treba se pristupiti disekciji akcijalnih limfnih čvorova. Autori studije sugeriraju potrebu dalje evaluacije sentinel čvora imunohistokemijom, prije uključenja u buduće

smjernice o uporabi sentinel biopsije nakon neoadjuvantnog liječenja.  
(JCO. 2015;33(3): 258-264.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

## • Uloga hospicija i palijativna skrb kod pacijentica oboljelih od raka dojke koji je metastazirao

• Rak dojke najčešća je maligna bolest žena i drugi najučestaliji uzročnik smrti od raka među ženama u SAD-u. Prosječno preživljavanje nakon dijagnoze raka dojke kod kojeg su se pojavile metastaze je između 2-3 godine, gdje četvrtina oboljelih žena živi do 5 godina i dulje, čak do 10 godina.

Usapoređujući s drugim neizlječivim malignim bolestima, pacijentice s rakom dojke koji je metastazirao imaju na raspolažanju i dostupni su im mnogi oblici tretmana i njegi/skrbi. Izbor terapije i skrbi u tzv. periodu end-of-life u stalnom su porastu i pružaju bogat izbor terapije, tretmane s manje toksičnim opcijama te bolju suportivnu skrb i menadžment takve skrbi. Nadodaje se kako su pacijenti s neizlječivim rakom često spremni proći i kemoterapiju s toksičnim nuspojavama od koje su male šanse benefita.

Prijašnja brojna istraživanja provedena u bolnicama diljem Amerike dokazala su i potvrđila da je hospicijska skrb najbolji oblik skrbi za pacijente u završnoj fazi svoje bolesti pa tako i za pacijentice u terminalnoj fazi raka dojke koji je metastazirao. Uz cijelokupnu brigu koja se sastoji od 24-satne skrbi za pacijenta, koju osigurava interdisciplinarni tim hospicijske skrbi, može umanjiti simptome bolesti – prvenstveno bol te ublažiti posljedice žalovanja, depresije i tuge koju bolesna žena nosi u sebi. Istovremeno olakšava se i obitelji ili skribiteljima oboljele na način da ih se rastereti od svakodnevne skrbi te uzročnoposljedičnih psihofizički iscrpljujućih trenutaka.

Unatoč stalnom naglašavanju i edukaciji opisanih privilegija i kvalitetnije skrbi u hospicijima, samo 1/3 od sveukupno umrlih žena od karcinoma dojke u SAD-u koristilo je usluge hospicija ili su pak one ili skrbnici vrlo kasno/prekasno zatražili hospicijsku skrb. Istraživanja su pokazala da pacijentice sa karcinomom dojke koji je metastazirao prvenstveno odlaze onkologu, dok puno rjeđe zahtijevaju palijativnu hospicijsku skrb. Nerijetko, u za-

dnjim danima bolesti, u terminalnoj fazi, tri dana prije smrti ili manje, obitelj ili skrbnici oboljele odlučuju se za smještaju hospiciju.

Iako su brojne sveučilišne bolnice educirane iz područja palijativne medicine i upoznate s radom hospicija, vrlo često se događa da ne upućuju terminalno oboljele u hospicije niti na kućnu palijativnu skrb ili pak u centre palijativne skrbi, već u bolnicama provode vrlo agresivne mjere skrbi u završnoj fazi bolesti.

Neka od istraživanja pokazala su da 6.9 % žena u terminalnoj fazi raka koji je metastazirao umire kod kuće, dok blizu 70 % njih umire u „akutnim krevetima“ bolnica. Druga studija pokazala je da se 37% pacijentica odlučuje za hospicijsku skrb, dok se 41 % njih odlučuje za nju u posljednja dva tjedna života.

Istraživanje je provedeno od siječnja 1999. do prosinca 2010. u Roswell Park Cancer Institute (RPCI) nad ženama s rakom dojke koji je metastazirao. Studiju je osmislio National Cancer Institute (NCI) koja je bila prihvatljiva za usluge Center for Hospice and Palliative Care in Buffalo (Hospice Buffalo) NY.

Rezultati istraživanja potvrdili su da 67 % pacijentica izražava želju i odlazi u hospiciju, dok 33 % pacijentica ne odlazi u hospiciju. Istraživanje je istaknulo da su onkolozi nerijetko velika barijera pri upućivanju pacijentica u hospiciju jer se boje da će izgubiti svog pacijenta (u brojevnom i financijskom smislu) ili pak ne žele informirati pacijenta o prednostima palijativne medicine.

Upravo stoga je u državi New York krajem 2011. u zakon je ušao akt Informacije o palijativnoj skrbi. Ovaj akt obvezuje liječnike i medicinske sestre da terminalno oboljelim pacijentima, njihovim obiteljima ili pak skrbnicima ponude informacije o hospicijima, palijativnoj skrbi i End-of-life (EOL) mogućnostima. (J Pall Med. 2014;18(1): October 29, 2014)

Dr. sc. Morana Brklačić, dr. med.

## • Porast kolorektalnog karcinoma kod mlađih dobnih skupina

• Iako je kolorektalni karcinom (skr. KRK) treći najučestaliji karcinom kod muškaraca i žena, incidencija KRK-a i pridruženog mortaliteta je u opadanju posljednjih desetljeća. Dobre mjere probira su velikim dijelom odgovorne za ove pozitivne promjene stoga se preporučuju osobama od 50 godina života i starijima ako spadaju u osobe s prosječnim rizikom od ove maligne bolesti. Međutim, usprkos

ovim ohrabrujućim pozitivnim pokazateljima, sve je veći broj osoba mlađih dobnih skupina koji boluju od KRK-a, a koje inače ne zahvaćaju mjeru rutinskog probira za ovaj karcinom. Kolega Chang sa suradnicima (University of Texas, Anderson Cancer Center, Houston, SAD) publirao je vrijedno istraživanje ove teme koristeći medicinske baze podataka - Surveillance, Epidemiology, End Results kako bi evaluirao epidemiološke trendove glede KRK-a. Ove baze podataka obuhvaćaju oko 28 % ukupne američke populacije i sadržavaju podatke o malignim bolestima iz 17 različitih registara.

Ovo istraživanje se fokusiralo na incidenciju KRK-a od 1975. do 2010. godine, te je ukupno uključen n =393 241 ispitanik, od čega je 71.6 % imalo karcinom debelog crijeva, s blago predomnim tumora proksimalnog lokaliteta. Ukupni rezultati su pokazali postupan pad incidencije KRK-a tijekom promatrano razdoblja, s prosječnom stopom pada od 0.92 % godišnje od 1975. do 2010.; redukcija je bila izraženija kod osoba muškog spola. Incidencija KRK-a je opala bez obzira na stadij karcinoma u trenutku dijagnoze, a izraženiji pad učestalosti je zabilježen kod uznapredovale bolesti, tj. bolesti s udaljenim presadnicama. Redukcija incidencije bila je izraženija za karcinome lijevog kolona i rektosigmoidne lokalizacije u komparaciji s malignom desnog kolona. Najveći pad je zabilježen kod starijih dobnih skupina, od 75. godine života navise (1.15 % godišnje).

Suprotno ovim pozitivnim trendovima, također je uočen porast incidencije KRK-a kod mlađih dobnih skupina u dobi između 20 i 34 godine (1.99 % godišnje) te između 35 i 49 godina (0.41 % godišnje). Porast incidencije KRK-a kod dobnih skupina od 20-49 godina registriran je za sve stupnjeve uznapredovalosti ove bolesti. Nastave li se ovi trendovi, istraživači ovog projekta pretpostavljaju da će stopa incidencije KRK-a porasti za 37.8 % do 2020. godine kod osoba od 20-34 godine, te će se bilježiti daljnji porast za 90 % do 2030. godine.

Porast incidencije karcinoma rektosigmoida i rektuma izražen je kod ovih mlađih dobnih skupina. Trenutno se samo 1 % svih slučajeva KRK-a javlja kod osoba u dobi od 20-34 godine, te 6.8 % KRK-a u dobi od 35-49 godina života. Rezultati istraživanja pokazuju kako je incidencija KRK-a u opadanju zadnjih desetljeća posebno za bolesnike starije od 75 godina, dok je uočen trend porasta incidencije za mlađe dobine skupine, posebno mlađe od 35 godina. Znanstvenici smatraju da bi spuštanje razine ljestvice metoda probira na mlađu životnu dob bio vrlo skup i ambiciozan projekt s upitnim rezultatima ishoda. Moguća su objašnjenja ovim rezultatima: kašnjenje u ranoj dijagnostici, vrlo često zanemarivanje mogućeg KRK-a kod mlađih soba od samih pacijenata i

zdravstvenog osoblja, također mlađe osobe prosječnog rizika nisu podvrgnute probiru, a često ih se ne upućuje na probir iako imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu.

(JAMA Surg. Published online November 5, 2014) ME/CE Information Earn CME/CE Credit

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## • Probir za karcinom debelog crijeva kod starijih od 75 godina

- Za osobe prosječnog rizika za kolorektalni karcinom (KRK) probir se savjetuju do 75. godine života. No što je s pacijentima kod kojih nikada u životu nije proveden probir, a stariji su od 75 godina? Je li to opravdano i ekonomski isplativo?

Ova mikrosimulacijska studija koristila je podatke opservacijskih i eksperimentalnih studija kako bi konstruirala kohortu od 10 milijuna ispitanika koji se prethodno nisu podvrgnuli probiru za KRK, a životne su dobri od 76 do 90 godina. Rezultati su pokazali kako je probir na KRK ekonomski isplativ do 86. godine u osoba koje nisu prethodno bile podvrgnute probiru niti navode komorbiditet. U skladu s tim preporučuje se kolonoskopija do 83. godine života, sigmoidoskopija do 84. i test na fekalno okultno krvarenje u 85. i 86. godini života.

Kod ispitanika bez prethodnog probira na KRK, ako je pridružen srednji komorbiditet, kolonoskopija se savjetuje do 80. godine, sigmoidoskopija do 81. i test na okultno krvarenje u 82. i 83. godini da bi probir bio ekonomski opravdan. Kod pridruženog teškog komorbiditeta, kolonoskopija se savjetuje do 77. godine, sigmoidoskopija do 78. i Hemocult test u 79. i 80. godini. Nedostatak je ovog istraživanja što su uključene osobe prosječnog rizika, bez detaljne analize za spol i rasu. Na temelju ovog istraživanja autori zaključuju kako treba provesti probir za KRK i kod osoba starijih od 75 godina ako prethodno nije učinjen, te navode da je kolonoskopija indicirana gotovo u svakoj životnoj dobi. Učinkovitost probira opada s godinama, prvenstveno zbog porasta rizika za druge moguće uzroke smrti s uznapredovalom dobi. Probir je ekonomski isplativ kod starijih osoba bez težeg komorbiditeta i bez prethodnog probira, zaključuju.

Osobe minimalne starosti od 76 godina bez prethodnog probira za KRK imaju 10 puta veću prevalenciju karcinoma debelog crijeva od onih s negativnim rezultatima kolonoskopije učinjene u 50., 60. i 70. godini života.

Kod osoba bez prethodno učinjenog probira, a pridruženog srednje teškog komorbiditeta, savjetuje se probir za KRK do 83. godine, a kod pridruženog teškog komorbiditeta do 80. godine.

(Ann Intern Med. 2014;160:750-759, 804-805.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## • Alopurinol poboljšava renalnu funkciju kod dijabetesa tipa 2 i hiperuricemije

Cilj ovog istraživanja koje je vodio Liu P. iz Kine (Department of Endocrinology, Laiwu Hospital Affiliated to Taishan Medical College, Laiwu) bio je ispitati učinke dugotrajne kontrole serumske razine urične kiseline na bubrežnu funkciju kod pacijenata sa šećernom bolesti tipa 2 i asimptomatskom hiperuricemijom.

U randomizirano, otvoreno paralelno kontrolirano istraživanje uključeno je ukupno n=176 ispitanika sa šećernom bolesti tipa 2 i asimptomatskom hiperuricemijom, koji su metodom slučajnog odabira podijeljeni u dvije skupine glede alopurinola ili konvencionalne terapije. Mjerene su promjene stope urinarne ekskrecije albumina (skr. UAER), razina serumskog kreatinina, glomerularna filtracija, incidencija novonastale dijabetičke nefropatije i hipertenzije kod ispitanika prije i tri godine nakon liječenja kod ispitrne i kontrolne skupine.

Rezultati istraživanja su pokazali kako nema statistički signifikantne razlike glede kliničkih karakteristika ispitanika između dviju skupina. Nakon 3 godine provedenog liječenja, terapija alopurinolom u komparaciji s konvencionalnom terapijom pokazala se učinkovitijom u redukciji serumske razine urične kiseline, UAER-a, serumskog kreatinina ( $p<0.01$  za sve), te porastom vrijednosti glomerularne filtracije ( $p<0.01$ ). U alopurinolskoj skupini također je uočena manja incidencija novonastale dijabetičke nefropatije i hipertenzije.

Autori istraživanja zaključuju kako dugotrajna i učinkovita kontrola serumske razine urične kiseline poboljšava ekskrecijsku funkciju bubrega kod pacijenata sa šećernom bolesti tipa 2 i asimptomatskom hiperuricemijom.

(Clin Endocrinol (Oxf). 2014 Nov 17. doi: 10.1111/cen.12673. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## • Je li aspirin neučinkovit u prevenciji kardiovaskularnih bolesti?

Posljednjih godina naveliko se raspravlja o potencijalnim povoljnim učincima i rizicima povezanimi s abuzusom aspirina u svrhu primarne prevencije kardiovaskularnih bolesti kod osoba s umjerenom povišenim rizikom.

S ciljem utvrđivanja preciznijih zaključaka o utjecaju malih doza aspirina u primarnoj prevenciji kardiovaskularnih bolesti, skupina istraživača iz Japana provela je projekt pod engl. imenom Japanese Primary Prevention Project study. Riječ je o multicentričnom, otvorenom, randomiziranom prospективnom istraživanju u koje su ispitanici s hipertenzijom, dislipidemijom, i/ili dijabetes melitusom bez pozitivne prethodne osobne anamneze za kardiovaskularne bolesti uključeni u studiji u okviru 1007 klinika diljem Japana od 2005. do 2007. godine. Ukupno je uključeno n=14 658 ispitanika koji su metodom slučajnog uzorka raspoređeni u ispitnu skupinu koja je dobivala 100 mg acetilsalicilne kiseline i kontrolnu koja je liječena placebom uz nastavak prethodno ordinirane terapije. Ispitanici su praćeni narednih 6,5 godina sa zaključno svibnjem 2012.

Ispitanici su bili životne dobi od 60-85 godina. Primarni ciljevi praćenja bili su kardiovaskularni fatalni incident, nefatalni CVI i nefatalni infarkt miokarda. Registrirana je TIA i angina pektoris, uz nuspojave antiagregacijske terapije. Tijekom istraživanja uočena je niska stopa kardiovaskularnih incidenata, do 2011. svega 290 slučajeva od ukupno 14 658. 58% ispitanika bilo je ženskog spola, 85% je bolovalo od arterijske hipertenzije, 72% je imalo hiperlipidemiju, 34% šećernu bolest, a 13% su bili aktivni pušači cigareta.

Tijekom 5 godina praćenja 76% ispitanika je uzimalo preporučenu terapiju aspirina. Ukupan mortalitet bio je sličan između ispitne i kontrolne skupine. Rezultati su pokazali značajnu redukciju rizika za nefatalan infarkt miokarda i tranzitornu ishemijsku ataku. Također je uočena povezanost s povišenom stopom za ekstrakranialno krvarenje koje je zahtijevalo transfuzijsku terapiju ili hospitalizaciju. Terapija aspirinom bila je povezana s povišenom učestalosti bolova u abdomenu, žgaravicom i gastroduodenalnim ulkusima.

Zaključno, kolega **Shimada** sa suradnicima pokazuje kako aspirin može biti neučinkovit u primarnoj prevenciji kardiovaskularnih bolesti kod starijih odraslih osoba s povišenim rizikom za kardiovaskularne bolesti. Aspirin je učinkovit u prevenciji nefatalnog infarkta miokarda i tranzitorne ishemijske atake, ali ne poboljšava ishod glede smrtnosti, a povećava rizik od ozbiljnih ekstrakranijskih krvarenja.

(JAMA. Published online November 17, 2014.)

*Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.*



## Kontrola glikemije bioničkim pankreasom

- Komplikacije šećerne bolesti tipa 1 znaju biti vrlo ozbiljne, a prema američkom registru podataka utvrđeno je kako samo 43 % djece dobi od 6-13 godina postiže ciljne vrijednosti HbA1c manje od 8 %, a 21 % adolescenata životne dobi od 13-20 godina postiže HbA1c manji od 7.5 %. Kod mlađe populacije česti su i teški hipoglikemijski incidenti, posebno kod mlađe djece. Tehnološka dostignuća u znanosti mogu pomoći što boljem održavanju glikemije, a bionički pankreas sadrži kontinuirani mjerac glukoze te sistem crpki s inzulinom i glukagonom u što učinkovitijoj kontroli glikemije. Ova studija evaluira učinkovost i sigurnost bioničke (umjetne) gušterače u komparaciji s inzulinskim pumpama.

U istraživanje su uključeni bolesnici sa šećernom bolesti tipa 1 minimalno jedne godine trajanja koju su liječili inzulinskim terapijom. Ispitanici su bili adolescenti (od 12-21 godine života) te odrasle osobe starije od 21 godine. Komparirana je kontrola glikemije i hipoglikemijski događaji tijekom petodnevnog praćenja kod ispitne skupine s bioničkom guštericom i kontrolne skupine s inzulinskim crpkom.

Informacije o unesenom obroku su preko pametnih telefona dale naredbu bioničkoj gušteraci o dozi inzulina. Pacijentovi podaci, poput tjelesne mase, uneseni su u softver umjetne gušterice, a dijeta i tjelovježba se provodila kao i inače. Razina glukoze se mjerila redovito, a ukupno je bila uključena 20 odrasla ispitanika (prosječna dob 40 godina, trajanje dijabetesa 24 godine) i 32 adolescenata (prosječna dob 16 godina, trajanje bolesti 9 godina). Prosječan HbA1c bio je 7.1 % kod odraslih i 8.2 % kod adolescenata.

Rezultati istraživanja su pokazali bolju učinkovost bioničkog pankreasa u odnosu na inzulinske pumpe glede prosječne razine

glikemije (133 vs 159 mg/dL) i vremena s hipoglikemijskim vrijednostima (4.1 % vs 7.3 %). Umjetna gušterica bila je posebno učinkovitija u noćnim kontrolama razina glukoze u krvi i hipoglikemijskim incidentima kod odraslih ispitanika. Također je bionički pankreas koristio veće doze inzulina u usporedbi s inzulinskim crpkama kod otprilike polovice odraslih ispitanika.

Kod adolescenata je također registrirana bolja plazmatska razina glukoze bioničkim pankreasom u odnosu na inzulinsku pumpu (138 i 157 mg/dL, P = .004). Kod adolescenata su hipoglikemijski događaji bili slične učestalosti kod obje skupine (6.1 % i 7.6 %). Teški hipoglikemijski događaji nisu registrirani bioničkim pankreasom.

Ovo istraživanje sugerira kako bionički pankreas poboljšava dnevnu kontrolu glikemije s malim rizikom za hipoglikemiju u komparaciji s inzulinskog pumpom kod odraslih i adolescenata.

(N Engl J Med. 2014;371:313-325.)

*Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.*



## Utjecaj endometrioze na ishode medicinski pomognute oplodnje - sistematski pregled i meta analiza

- Kako bi istražili temu iz naslova, kao i utjecaj kirurškog liječenja endometrioze prije postupka medicinski pomognute oplodnje (MPO) na reproduktivski ishod, **Hamdan Mukhri** i suradnici iz Human Development and Health Unit, University of Southampton, Faculty of Medicine, and Complete Fertility Centre Southampton, Princess Anne Hospital, Southampton, UK, u sistematski pregled uključili su 36 studija koje su zadovoljile kriterije (od ukupno 1346 nađenih pretraživanjem baza MEDLINE, PubMed, ClinicalTrials.gov i Cochrane database u razdoblju između 1980. i 2014.).

U usporedbi s pacijenticama bez endometrioze, one s endometriozom podvrgnute in vitro fertilizaciji (IVF) i intracitoplazmatskoj injekciji spermija (ICSI) imale su sličnu stopu živođenih (OR 0.94, 95%CI 0.84-1.06, 13 studija, 12682 pacijentice, I<sup>2</sup>=35 %), nižu stopu kliničkih trudnoća (OR 0.78, 95% CI 0.65-0.94), 24 studije, 20757 pacijentica, I<sup>2</sup>=66 %), niži prosječni broj dobivenih oocita po ciklusu (srednja razlika -1.98, 95 % CI -2.87 do -1.09, 17 studija, 17593 ciklusa, I<sup>2</sup>=97 %), te sličnu stopu poba-

čaja (OR 1.26, 95 % CI 0.92-1.70, 9 studija, 1259 pacijentica, I<sup>2</sup>=0%).

U zaključku se ističe kako pacijentice s endometriozom i bez endometrioze imaju slične ishode MPO-a kad je u pitanju stopa živođenih, dok pacijentice s teškom endometriozom (American Society for Reproductive Medicine - ASRM stadiji III-IV) imaju lošije ishode MPO-a u usporedbi s onima bez endometrioze.

Ne postoji dovoljno dokaza koji bi opravdali rutinsko kirurško liječenje endometrioze prije postupka MPO-a.  
(Obstet Gynecol. 2015;125:79-88.)

*Matija Prka, dr. med.*



## Obiteljska anamneza i rizik za karcinom endometrija - sistematski pregled i metaanaliza

- Radi utvrđivanja preciznih vrijednosti rizika karcinoma endometrija povezanog s obiteljskom anamnezom karcinoma endometrija ili karcinoma drugih sijela, **Aung Ko Win** i suradnici (Centre for Epidemiology and Biostatistics, Melbourne School of Population and Global Health, The University of Melbourne, Parkville, Victoria, Australija), pretražili su sve relevantne studije u bazi PubMed objavljene prije prosinca 2013.

U metaanalizu su uključili 16 studija koje su obuhvatile 3871 pacijentice kao slučajeve i 49 475 pacijentica kao kontrolu iz 10 „case-control“ studija, te 33 510 pacijentica kao slučajeve iz 6 kohortnih studija. Utvrđen relativan rizik i 95 %-tne CI (engl. confidence interval, interval pouzdanosti) za karcinom endometrija uz pozitivnu obiteljsku anamnezu (karcinom endometrija, kolona/rektuma, dojke, jajnika ili cerviksa kod rođaka u prvom koljenu) bio je redom: 1.82 (1.65-1.98), 1.17 (1.03-1.31), 0.96 (0.88-1.04), 1.13 (0.85-1.41), i 1.19 (0.83-1.55). Kumulativni rizik nastanka karcinoma endometrija do dobi od 70 godina iznosio je 3.1 % (95 % CI 2.8-3.4) za žene koje su imale rođakinje s karcinomom endometrija u prvom koljenu.

Žene s pozitivnom obiteljskom anamnezom u prvom koljenu za karcinom endometrija ili karcinom kolona/rektuma imaju viši rizik za nastanak karcinoma endometrija nego one bez pozitivne obiteljske anamneze. Navedeno bi trebalo imati klinički značaj u informi-

ranju žena o riziku za karcinom endometrija, zaključuju autor. (Obstet Gynecol. 2015;125:89-98.)

Matija Prka, dr. med.

## • Epigenetski lijekovi mogu imati blagotvorne transgeneracijske učinke

- Epigenetske promjene koje utječu na ekspresiju gena karakteristika su mnogih neurodegenerativnih bolesti. To je razlog što

se terapija sve više usmjerava na lijekove koji mogu utjecati na takve promjene. Među djelotvornijima su inhibitori histonskih deacetilaza (od eng. histone deacetylase inhibitors ili HDAC inhibitori). Ovi lijekovi sprječavaju odstranjenje acetilnih skupina s histona, čine DNA molekulu dostupnu procesu transkripcije te posljedično omogućuju sintezu proteina. In vivo studije na dva miša modela Huntingtonove bolesti (HD) ukazale su na poboljšanje kognitivnih i motornih funkcija nakon primjene HDAC inhibitora. Međutim, rezultati koje su dobili znanstvenici s Instituta Johns Hopkins iznenadili su čitavu znanstvenu javnost. Oni su pokazali epigenetske promjene u kulturi ljudskih fibroblasta koji su tretirani HDAC inhibitorima kao i promjene u transgeničnim miševima koji služe kao modeli za HD. Te promjene zabilježene su i u genomu spermija tretiranih miševa za razliku od kontrolne skupine. Potomci tretiranih miševa

imali su blažu kliničku sliku bolesti u usporedbi s roditeljima, a uzrok je tog poboljšanja bio to što su njihovi roditelji koristili epigenetske lijekove čiji se efekt prenio na potomke putem epigenetskih promjena u spermijima.

Ovakvi rezultati mogli bi značajno utjecati na ljudsko zdravlje jer ukazuju na mogućnost transgeneracijskog prijenosa lijeka s roditelja na dijete putem promjena unutar genoma spolnih stanica. Iako se i prije znalo da prehrana, endokrini disruptori i toksični lijekovi mogu uzrokovati epigenetske promjene u gametama i na taj način štetno djelovati na dijete, ovo je prvi rad u kojem se dokazuje da te promjene katkad mogu biti korisne.

(PNAS www.pnas.org/lookup/suppl/doi:10.1073/pnas.1415195112)

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

.....

## Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemnim časopisima koje indeksiraju CC, SCI ili SSCI

- 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.

**Ivković V, Jelaković M, Laganović M, Pećin I, Vrdoljak A, Karanović S, Fuček M, Božina T, Kos J, Željković Vrkić T, Premužić V, Živko M, Jelaković B. Adiponectin is Not Associated With Blood Pressure in Normotensives and Untreated Hypertensives With Normal Kidney Function.** Medicine (Baltimore). 2014;93(28):e250.

School of Medicine, University of Zagreb, Croatia (VI, MJ); School of Medicine, University of Zagreb, Department of Nephrology, Hypertension, Dialysis and Transplantation, University Hospital Center Zagreb, Croatia (ML, AV, SK, JK, TZ, VP, MZ, BJ); School of Medicine, University of Zagreb, Department of Metabolic Disorders, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia (IP); and School of Medicine University of Zagreb, Clinical Department for Laboratory Diagnosis, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia (MF, TB).

**Lamot L, Borovecki F, Tambic Bukovac L, Vidovic M, Perica M, Gotovac K, Harjacek M. Aberrant expression of shared master-key genes contributes to the immunopathogenesis in patients with juvenile spondyloarthritis.** PLoS One. 2014;9(12):e115416.

Department of Pediatrics, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; Division of Pediatric and Adolescent Rheumatology, Children's Hospital Srebrnjak, Zagreb, Croatia; Department for Functional Genomics, Center for Translational and Clinical Research, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; Division of Pediatric and Adolescent Rheumatology, Children's Hospital Srebrnjak, Zagreb, Croatia.

**Filipović N, Mašek T, Grković I. Expression of nestin in superior cervical ganglia of rats is influenced by gender and gonadectomy.** J Chem Neuroanat. 2014;63C:6-12.

Department of Anatomy, Histology and Embryology, University of Split School of Medicine, Šoltanska 2, 21000 Split, Croatia. Department of Animal Nutrition and Dietetics, Faculty of Veterinary Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

**Bulum T, Blaslov K, Duvnjak L. Risk factors for development and progression of nonproliferative retinopathy in normoalbuminuric patients with type 1 diabetes.** Diabetes Res Clin Pract. 2014;106(3):555-9.

Vuk Vrhovac Clinic for Diabetes, Endocrinology and Metabolic Diseases, University Hospital Merkur, Medical School, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

**Reiner Ž. Resistance and intolerance to statins.** Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2014;24(10):1057-66.

School of Medicine University of Zagreb, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.

**Heuschmann PU, Kircher J, Nowe T, Dittrich R, Reiner Ž\*, Cifkova R, Maločić B, Mayer O, Bruthans J, Wloch-Kopec D, Prugger C, Heidrich J, Keil U. Control of main risk factors after ischaemic stroke across Europe: data from the stroke-specific module of the EUROASPIRE III survey.** Eur J Prev Cardiol. 2014 Aug 19. pii: 2047487314546825. [Epub ahead of print]

\*School of Medicine University of Zagreb, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.

**Petrović I, Pećin I, Prutki M, Augustin G, Nedić A, Gojević A, Potočki K, Reiner Ž. Thigh abscess as an extension of psoas abscess: the first manifestation of perforated appendiceal adenocarcinoma: case report.** Wien Klin Wochenschr. 2014 Nov 21. [Epub ahead of print]

School of Medicine University of Zagreb, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.

# Antimikrobno liječenje i profilakse infekcija mokraćnog sustava odraslih

## Prijedlog dopuna i promjena ISKRA smjernica - hrvatskih nacionalnih smjernica

Prof. dr. sc. Višnja Škerk<sup>1</sup>

Prof. dr. sc. Arjana Tambić Andrašević<sup>2</sup>

- Infekcije mokraćnog sustava (IMS) najčešći su razlog opravданog propisivanja antimikrobnih lijekova i druga najčešća indikacija za empirijsku antimikrobnu terapiju (AT). Prema podatcima Referentnog centra Ministarstva zdravlja RH (RC) u 2/3 bolesnika s IMS-om započinje se s empirijskim AT-om. Pod okriljem Ministarstva zdravlja RH 2007. godine donesene su ISKRA\* smjernice antimikrobnog liječenja i profilakse infekcija mokraćnog sustava - hrvatske nacionalne smjernice (Lječ Vjesn 2009;131:105-18).

Pet godina nakon publiciranja ISKRA smjernica treba se zapitati je li došlo do promjene lokalne antimikrobine osjetljivosti najčešćih uropatogenih bakterija, je li EUCAST (The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing) donio nove preporuke, jesu li u RH registrirani novi lijekovi za liječenje IMS.

Posljednjih sedam godina, prema podacima Odbora za praćenje rezistencije bakterija na antibiotike, u RH nije došlo do značajnije promjene antimikrobine rezistencije uropatogena, u RH su registrirani fosfomicin i levofloksacin, a EUCAST je donio nove preporuke.

Prema EUCAST-u iz 2013. godine za komplikirani IMS, dakle i za IMS u trudnica, od peroralnih cefalosporina preporučuje se jedino ceftibutен, a cefuroksim aksetil i cefiksim treba ograničiti na nekomplikiranog IMS-a i IMS-a u negravidnih žena.

Od 2014. godine, prema EUCAST-u, došlo je do promjene interpretacije osjetljivosti enterobakterija na koamoksiklav, te je prema zoni inhibicije podignut laboratorijski kriterij osjetljivosti za komplikirani IMS. Tako od 2014. godine mikrobiološki laboratorijski iskazuju osjetljivost bakterija na koamoksiklav ovisno o tome je li IMS nekomplikiran ili komplikiran.

### NOVI PRIJEDLOG ISKRA SMJERNICA

- hrvatskih nacionalnih smjernica

#### Akutni nekomplikirani IMS donjeg urotakta žena

- sporadične epizode
- žene u premenopauzi, ne trudnice
- Simptomi do 7 dana
  - dizurija, polakizurija, urgencija, suprapubična bol, temp. <37,5°C, odsutnost simptoma IMS unatrag 4 tjedna
- Lab. urina
  - pozitivan test leukocitne esteraze ili ≥10L/mL
  - urinokulturu ne treba raditi ( $\geq 103$  bakt/mL)
- Liječenje
  - Prvi izbor:
  - Nitrofurantoin 2x100mg po./7 dana
  - Fosfomicin 1x3g po. (još nije dostupan u RH)
  - Alternativa:
  - Koamoksiklav 2x1g po./7 dana
  - Cefaleksin 2x1g po./7 dana, Cefuroksim aksetil 2x250mg po./7 dana, Cefiksim 1x400mg po./7 dana
  - Norfloksacin 2x400mg po./3 dana

#### Akutni nekomplikirani pijelonefritis

- Simptomi
  - febrilitet >38°C, zimica, mukla lumbalna bol, druge dijagnoze isključene, bez uroloških abnormalnosti (ultrasonografija, radiografija)
- Lab. urina
  - pozitivan test leukocitne esteraze ili  $\geq 10L/mL$
  - $\geq 104$  bakterija/mL
- Ambulantno liječenje (korekcija prema antibiogramu)
  - Prvi izbor:
    - Koamoksiklav 2x1g po./10-14 dana
    - Alternativa:
      - Cefalosporini II ili III generacije/10-14 dana (Cefuroksim aksetil 2x500mg po., Ceftibuten ili Cefiksim 1x400mg po.)
      - Ciprofloksacin 2x500mg po./7-10 dana
- Bolničko liječenje (parenteralno pa peroralno, korekcija i deeskalacija prema antibiogramu)
  - Prvi izbor:
    - Koamoksiklav 3x1,2g iv./10-14 dana ± Gentamicin 1x4mg/kg iv./10 dana
    - Alternativa:
      - Gentamicin 1x4mg/kg iv., im./do 10 dana
      - Cefalosporini II ili III generacije/10-14 dana (Cefuroksim 3x750-1500mg iv., Ceftriaxon 1x1-2g iv.)
      - Ciprofloksacin 2x400mg iv./7-10 dana
    - Switch th: Koamoksiklav, Cefuroksim aksetil, Ceftibuten, Cefiksim, Ciprofloksacin, Kotrimoksazol

**Komplikirani IMS (cistitis i pijelonefritis)** je svaki IMS koji nije nekomplikiran.

To su:

- IMS muškaraca,
- IMS trudnica,
- IMS u prisutnosti komplikirajućih čimbenika,
- susreće se kombinacija simptoma cistitisa i pijelonefritisa uz prisutnost komplikirajućih čimbenika za IMS.

#### Laboratorijski kriteriji za komplikirani IMS su:

- pozitivan test leukocitne esteraze ili  $\geq 10$  leukocita/mL,
- signifikantna bakteriјa  $\geq 105$  bakterija/mL u žena,
- $\geq 104$  bakterija/mL u muškaraca ili kateter urin u žena,
- $\geq 103$  bakterija/mL u trudnica.

U svakom komplikiranom IMS-u treba prepoznati komplikirajući čimbenik, ukloniti ga ili barem staviti pod kontrolu.

#### Liječenje komplikiranog IMS-a u žena

- Ambulantno liječenje (korekcije prema antibiogramu)
  - Prvi izbor:
    - Koamoksiklav 2x1 g po./10-14 dana
    - Alternativa:
      - Ceftibuten 1x400 mg po./10-14 dana
      - Ciprofloksacin 2x500 mg po./7-10 dana
- Bolničko liječenje (parenteralno pa per os, korekcija prema antibiogramu)
  - Prvi izbor:

<sup>1</sup> pročelnica Zavoda za urogenitalne infekcije Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ u Zagrebu i voditeljica Referentnog centra Ministarstva zdravlja RH za infekcije mokraćnog sustava

<sup>2</sup> pročelnica Zavoda za kliničku mikrobiologiju i voditeljica Referentnog centra Ministarstva zdravlja RH za praćenje rezistencije bakterija na antibiotike  
\* Interdisciplinarna sekcija za kontrolu rezistencije na antibiotike

- Koamoksiklav 3x1.2 g iv./ 10-14 dana
  - Gentamicin 1x4 mg/kg/dan iv.
  - Alternativa:
  - Ciprofloxacin 2x400 mg iv./ 7-10 dana
  - Cefalosporini II. ili III. generacije/ 10-14 dana; (Cefuroksim 3x750-1500 mg iv., - Ceftriakson 1x1-2 g iv.)
  - Switch th: Koamoksiklav, Ceftibuten, Ciprofloxacin, Kotrimoksazol
- Akutni IMS muškaraca i sustavni simptomi (vrućica)**
- Ambulantno liječenje (korekcija prema antibiogramu)
    - Prvi izbor:
      - Ciprofloxacin 2x500 mg po./ 2 tjedna
      - Alternativa:
        - Koamoksiklav 2x1g po./ 2 tjedna
        - Ceftibuten 1x400 mg po./ 2 tjedna
  - Bolničko liječenje (parenteralno pa per os, korekcija prema antibiogramu)
    - ako je hospitalizacija neophodna:
      - Ciprofloxacin 2x400 mg iv.
      - Koamoksiklav 3x1.2 g iv.
      - Cefuroksim 3x1.5g iv.
      - Ceftriakson 1x1-2 g iv.
      - u težim slučajevima dodati gentamicin (1x4 mg/kg/dan iv.) betalaktamima
  - Switch th: Ciprofloxacin, Koamoksiklav, Ceftibuten, Kotrimoksazol

#### IMS i tegobe koje odgovaraju bakterijskom prostatitisu

(uz dizuriju prisutna i perinealna bol i/ili seksualna disfunkcija)

- Ambulantno liječenje (korekcija prema antibiogramu)
  - Prvi izbor:
    - Ciprofloxacin 2x500 mg po./ 4 tjedna
    - Alternativa:
      - Kotrimoksazol 2x960 po./ 4 tjedna (ukoliko je poznata osjetljivost uzročnika)
      - Koamoksiklav 2x1g po./ 4 tjedna
      - Ceftibuten 1x400 mg po./ 4 tjedna

#### IMS kod bolnički zadobivenih infekcija te infekcija stranih tijela (katetera)

- Prvi izbor:
  - Amikacin 15 mg/kg iv. + Ceftazidim 3x1-2g iv./ 7-14 dana (prema antibiogramu deescalacijska terapija)
- Alternativa:
  - Ciprofloxacin 2x400 mg iv./ 7-10 dana

#### IMS u trudnica

- (Tablica 1)
- cistitis (7 dana)
  - asimptomatska bakteriurija (7 dana)
  - pijelonefritis (10-14 dana)

- Ambulantno liječenje (korekcija prema antibiogramu)
  - Ceftibuten 1x400 mg po./ 7-14 dana
  - Koamoksiklav 2x1 g po./ 7 – 14 dana
  - Nitrofurantoin 2-3x100 mg/ 7 dana (samo prvih 6 mjeseci trudnoće)
  - Fosfomicin 1x3 g po. jednokratno (još nije dostupan u RH)
- Bolničko liječenje
  - Cefuroksim 3x750-1500 mg iv.
  - Ceftriakson 1x1-2 g iv.
  - Koamoksiklav 3x1,2g iv.
- Switch th: Ceftibuten, Koamoksiklav, Amoksicilin

#### Asimptomatska bakteriurija

- Bez urinarnih simptoma
- Laboratorijske pretrage
  - $\geq 10$  leukocita/mm $^3$

- Za žene:
  - $\geq 105$  bakterija/mL istog bakterijskog soja u dvije uzastopne urinokulture srednjeg mlaza urina uzete u razmaku  $\geq 24$  sata
  - Za muškarce:
    - $\geq 105$  bakterija/mL u jednoj kulturi srednjeg mlaza urina
- Antimikrobro lječenje
  - bez liječenja osim u trudnica, prije invazivnih uroloških i ginekoloških zahvata, u primatelja transplantiranog bubrega i žena s bakteriurijom koja traje 48 h nakon odstranjenja trajnog katetera; liječenje prema antibiogramu kroz 3-7 dana

#### Rekurentni nekomplikirani IMS

- Najmanje tri epizode nekomplikirane infekcije u žena bez strukturnih/funkcionalnih abnormalnosti urotrakta, dokazane u urinokulti u posljednjih 12 mjeseci ili dvije epizode u posljednjih 6 mjeseci
- Laboratorijske pretrage
  - $\geq 10$  leukocita/mm $^3$  +
  - Nekomplikirani cistitis  $\geq 103$  bakterija/mL
  - Nekomplikirani pijelonefritis  $\geq 104$  bakterija/mL
  - Bolesnice kod kojih je potrebna profilaksa, u času započimanja profilakse, ne smiju imati znakove ni simptome akutne infekcije

#### Antimikrobro lječenje

- Jednako kao i za sporadične epizode, osim što u obzir treba uzeti podatke o prethodno dokazanim izolatima i njihovoj osjetljivosti

#### Profilaksa

- Bolesnicama s rekurentnim IMS-om preporuča se jedna od navedenih profilaksa:
  1. samoliječenje antibioticima se preporuča 3-7 dana prema nalazu prethodne urinokulture i uspjehu izlječenja prethodne urinarne infekcije (u bolesnika s  $\leq 2$  epizode nekomplikiranog IMS-a u posljednjih godinu dana)
  2. u pojedinih bolesnica profilaksa se preporuča nakon spolnog odnosa (u bolesnica s  $\geq 3$  epizode nekomplikiranog IMS-a u posljednjih godinu dana)
  3. kontinuirano uzimanje profilaktičke doze svaku večer ili tri puta tjedno
- Profilaksa, prema antibiogramu treba trajati 6 mjeseci ili duže te uključivati  $\frac{1}{4}$  ili  $\frac{1}{2}$  terapijske doze:
  - nitrofurantoina 50-100 mg po.
  - trimetoprim/sulfametoksazola 480 mg po.
  - cefaleksina 250 mg po.
- Fluorokinolone treba sačuvati za liječenje simptomatskih infekcija te se samo iznimno mogu koristiti:
  - norfloksacin 200 mg po.
  - ciprofloxacin 125 mg po.

Ovo je prijedlog smjernica čiju završnu verziju treba pregledati i usvojiti Izvršni odbor ISKRA-e (Interdisciplinarna Sekcija za Kontrolu Rezistencije na Antibiotike) koju je oformilo Ministarstvo zdravljia RH 2006. godine. Ove smjernice su namijenjene lječnicima opće prakse te specijalistima koji rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i bolnicama. Pridržavanje smjernica neće osigurati povoljan ishod u svakom slučaju. Krajnju odluku o dijagnostičkom i terapijskom izboru za pojedinog bolesnika donosi nadležan je lječnik.

Poštovane kolege i kolege, molimo Vas da primjedbe na ovaj tekst uputite autoricama (iskra.bfm.hr), kako bi ih mogle razmotriti s članovima radne grupe za izradu smjernica antimikrobnog liječenja i profilakse IMS-a i Smjernice uputiti na usvajanje Izvršnom odboru ISKRA-e.

.....

Tablica 1. Antimikrobro lječenje i profilaksa IMS-a u trudnoci

	Cistitis	Asimptomatska bakteriurija	Pijelonefritis	Profilaksa
Fosfomicin*	*	*		*
Nitrofurantoin**	*	*		*
Ceftibuten	*	*	*	***
Koamoksiklav	*	*	*	***
Amoksicilin	*	*	*	***

\* još nije dostupan u RH

\*\* samo prvih 6 mjeseci trudnoće

\*\*\* sačuvati za liječenje simptomatskih infekcija te koristiti iznimno

## Doc. dr. sc. Miljenko Bura, pomoćnik ministra zdravlja i voditelj Zavoda za pružanje zdravstvenih usluga u turizmu

# Ova je administracija prepoznala istinski potencijal zdravstvenog turizma

Tekst i slika Andreja Šantek



Doc. dr. sc. Miljenko Bura

- U Ministarstvu zdravlja je dolaskom prim. **Siniše Varge** osnovana i nova uprava, Zavod za pružanje zdravstvenih usluga u turizmu, koju vodi doc. dr. sc. **Miljenko Bura**, dr. med... On se posljednjih nekoliko godina, uz redovan rad u KBC-Zagreb, konzultantski bavi i razvojem ove gospodarske grane, a sada će to činiti s razine zdravstvene administracije. Raz-

govarali smo s njim o planovima i ciljevima koji su ispred njega i njegovog tima.

„U zdravstvenom sustavu nemamo nigdje ukalkuliranog turista. A kao turistička zemlja apsolutno moramo imati zdravstvenu infrastrukturu da bi mogli razvijati turizam općenito. I to neovisno o zdravstvenom turizmu, što je potpuno druga priča. Kada se turistu

nešto dogodi i treba liječničku pomoći, on ulazi u sustav koji ima svoje osiguranike, turisti nigdje nisu ukalkulirani niti u jednoj našoj mreži, a govorimo o nekoliko miliona ljudi. Osim nekolicine turističkih ambulanti, ne možemo reći da imamo neke nove timove i angažirane ljude koji brinu o tih milijun turista koje imamo tijekom ljeta.

**••• A što ćemo s tim liječnicima tijekom godine, kada nema turista?**

- To je stvar organizacije. Imate 3-4 mjeseca kada trebate prilagoditi zdravstveni sustav potrebama turističke zemlje. Mi smo u sklopu Zavoda za zdravstvene usluge u turizmu dali jednu šиру dimenziju da se u sklopu toga moramo baviti upravo zdravstvenom infrastrukturom koju nigdje ne sagledavamo. Čak niti nova mreža bolnica nema ukalkuliranog bilo kojeg korisnika osim osiguranika HZ-ZO-a.

**••• Kako to riješiti?**

- To možemo riješiti na način da shvatimo da kao turistička zemlja moramo imati zdravstvenu infrastrukturu koja će sagledati ne samo naše stanovništvo nego i potrebe određenih potencijalnih korisnika zdravstvenih usluga u ljetnim mjesecima, a onda i u predsezoni i postsezoni. Za opći dojam o sigurnosti neke zemlje zdravstvo je turistima itekako bitno.

**••• A nakon toga?**

- Znači da ćemo tijekom ljetne sezone morati sagledati te okolnosti i da nam ne može biti svejedno da u čekaonici imamo 50 ili 100 ljudi, i to izmiješani naši osiguranici i turisti, to je rašomon. Mi taj dio nismo sagledavali kao problem, a mislim da ćemo morati, pa i razriješiti u okviru naših mogućnosti. Da li to znači otvaranje dodatnih turističkih ambulanti? Sasvim sigurno, ako želimo biti turistička zemlja koja će pružati viši nivo usluge u zdravstvu onda moramo imati dostupnost. Čija je to briga, da li samo nas u zdravstvu ili u Ministarstvu zdravlja ili briga koju mora iskazati država i turistički sektor posebno? Postoje korisnici tih usluga i moramo naći novi novac i novi prihod koji također postoji. Svaki taj turista nosi ili svoje putno osiguranje ili osiguranje na osnovu međudržavnih sporazuma, a danas EU karticu. Gdje je taj novac i da li ga sagledavamo i da li ga kalkuliramo?

**••• Ima li HZZO podatke o kolikoj je sumi riječ?**

- Radi se o tome da mi to nemamo naznačeno kao problem pa onda nemamo niti praćenje. Vjerojatno postoje neke brojke koje govore o broju zdravstvenih usluga. Ali nisam

siguran jer to uopće nije usluga HZZO-a već usluga koja je na tržištu izvan ugovora s HZZO-om. Tu puno značajniju ulogu mora igrati privatni sektor zdravstva te iskoristiti te okolnosti i za svoj razvoj.

**••• I što kanite poduzeti?**

- Jedan od vrlo značajnih poslova

Zavoda za zdravstvene usluge u turizmu će biti da prikažemo ovaj problem u cijeloj državi. I da gradimo društveni imidž Hrvatske kao destinacije u koju turisti mogu doći ne samo ljeti, kada dolaze uglavnom zdravi turisti, već da mogu doći i oni od 70. godina i više koje očekujemo u predsezoni i postsezoni i da imamo predvijete za njihov siguran boravak. A upravo je to sada jedan od razloga zbog kojih tvrdim da nemamo predsezonus i postsezonus u očekivanim brojkama.

**••• Drugim riječima, zdravstveni turizam i zdravstvene usluge u turizmu su dva različita pojma?**

• Tako je. Zdravstveni turizam je dio pružanja usluga u turizmu. Ovo o čemu ja govorim nema nikakve veze sa zdravstvenim turizmom. Nisam rekao da netko dolazi zbog zdravlja već dolazi u jednu lijepu zemlju koju želi vidjeti, hoće se odmoriti, ali ne dolazi s tim da bi u našem sustavu, privatnom ili javnom, planirano koristio određene usluge.

**••• A hoćete li se i time baviti?**

• Hoćemo, kako ne. To je zdravstveni turizam, ali ja ovdje govorim da je jedan od naglasaka koji stavljamo u MIZ-u upravo potreba da gradeći hrvatski turizam druge vrste moramo graditi zdravstveni sustav koji će prati turističku ponudu u pred i postsezoni. Moje iskustvo govorи da su svi oni koji su napravili velike iskorake u turizmu i povećali brojke i osigurali veću posjetu turista tijekom većeg dijela godine, shvatili upravo to da im cijela priča treba biti praćena sa kvalitetnim i dostupnim zdravstvenim uslugama. I da ono što traži čovjek od 30 ili 40 godina je bitno društvene od onoga što traži čovjek od 70. A taj dio zapravo nismo imali osviješten. A to onda uključuje i razvoj hitne pomoći, helikopterske službe, pa čak i osiguravanje dežurstva za ronioce u nevolji tj. barokomore.

**••• Koji su prvi potezi koje ćete napraviti?**

• Punih 15 godina pokušava se razriješiti zakonska prepreka koja onemogućava specijalnim bolnicama tj. toplicama pružanje ugostiteljskih usluga. Naravno da se to događa uz opasnost kažnjavanja jer je to naprosto razumljiva usluga u tim okolnostima.

Nedavno smo, kroz dva sastanka unutar Ministarstva zdravlja te na jednom sa-

stanku s Ministarstvom turizma precizirali koje su to potrebne promjene te ih preveli u potrebne promjene u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti. Kako taj Zakon treba biti vrlo brzo u zakonskoj proceduri možemo zaista očekivati skoro rješavanje nerješivog kroz 15 godina. I to dovoljno govorи koliko se periferno bavilo ovom problematikom. Zadatak nam je u pravnoj regulativi omogućiti da se i unutar turističkih objekata, trgovacačkih društava, može pružati usluge zdravstvenog turizma kroz posebne organizacijske oblike, a bez potrebe da se osnivaju posebna trgovacačka društva, odnosno zdravstvene ustanove.

**••• Koliki je potencijal toplica i kakva je danas situacija u njima?**

• Od 6000 krevet, 2100 je ugovorenog s HZZO-om što znači da već sada imamo dvije trećine kreveta na tržištu, međutim kako su loše iskorišteni. Nekoliko je razloga, a jedan od važnijih je što 20 godina nismo napravili prilagodbu na tržišnu utakmicu. Trebalo ih je urediti, kao što su to, primjerice, učinili Slovenci i od toplica koje su slične našima pretvorili u kvalitetne kapacitete koji su danas trend, zajedničke se promoviraju, imaju goste iz cijelog svijeta. Preko 50 posto njihovih kapaciteta je na tržištu, no to ne znači da su zanemarili svoje korisnike jer i dalje imaju ugovor sa svojim osiguranjima. Nije nam namjera uskratiti naše osiguranike, dapače. Želimo stvoriti projekte koji će omogućiti razvoj naših toplica, veću popunjenoš i veću zaradu što će omogućiti uređenje i kapaciteta u ugovoru s HZZO-om. Sada imamo situaciju u kojoj su svi nezadovoljni. Postoje prioriteti u smislu rješavanja zakonske regulative, ali i da u roku od šest mjeseci moramo stvoriti dobar niz projekata. Je li to 10 ili 15 projekata u zdravstvenom turizmu, da prije svega stvorimo projekte za toplice što je lakše nego da nudimo neku greenfield investiciju. Dugoročno udaramo temelje, i mislim da je prvi puta u jednoj administraciji u ovom segmentu prepoznat istinski potencijal koji je ugrađen i u Strategiju razvoja zdravstva i u Strategiju razvoja turizma. Najdalje su odmakle Varaždinske toplice koje su trenutno u fazi nuđenja investitorima, a planove ostalih toplica ćemo pomoći kako bi u najkraćem roku dobile definirane projekte koje ćemo pripremiti za financiranje kroz različite fondove. Riječ je u konačnici o investicijama vrijednim dvije milijarde eura koje možemo kvalitetno investirati u dobro razrađene projekte i to ne samo u obnovu toplica i lječilišta nego i u nove usluge u postojećim i novim hotelima. Svakako da će to značajno proširiti njihove usluge i na usluge zdravstvenog turizma, ovdje prije svega mislim na medicinski wellness te medicinski turizam općenito, i to najšireg raspona koji trenutno nemamo.

**••• O kojim rokovima govorimo?**

• Investiranje će početi već na proljeće jer imamo jako puno zainteresiranih investitora za toplice. Bitno je da imamo gotove projekte i da znamo u kojem smjeru vidimo određenu destinaciju. I na tome upravo sada radimo, i do ljeta ćemo pripremiti samo za toplice i lječilišta projekte od 500 milijuna eura. Računam da već 2017. i 2018. godinu možemo dočekati sa značajno podignutim nivoom kvalitete i jednom konkurentnom ponudom koja će u određenoj mjeri biti usporediva s najkvalitetnijima u okruženju.

**••• Smatrate i da je organiziranje u klasteru izuzetno bitno?**

• Klasteri se uklapaju u potrebu organiziranog razvoja zdravstvenog turizma, a administracija mora stvoriti uvjete za njihovo organiziranje. Privatna inicijativa uvijek ima ograničenu mogućnost, i ono što sam ranije zagovarao, a sada ću to pokušati ostvariti jest da razvoj zdravstvenog turizma dobije potporu u državi i to ne samo kroz stvaranje zakonskih uvjeta nego i u sagledavanju potrebe da se omogući taj ubrzani razvoj. To podrazumijeva i organiziranje i to planiramo na način kako je to napravljeno u klasteru Primorsko-goranske županije u čijem sam formiranju i sam sudjelovao. Osnivamo klaster dentalnog turizma na nivou RH, jedinstveni klaster toplica i lječilišta ali i klaster sa poglavarsvom Zagreba, grada medicine i medicinskog turizma.

**••• Zašto je zdravstveni turizam bitan?**

• Jedna od rijetkih mogućnosti koje Hrvatska ima jest zdravstveni turizam. Od 2008. u različitim nevladinim oblicima organiziranja pokušavam ukazati na to i određeni efekti se vide. U tom projektu trebaju uz Ministarstvo zdravstva sudjelovati i Ministarstvo turizma, poljoprivrede, malog i srednjeg poduzetništva, financija i regionalnog razvoja te HABOR. Ovo je projekt koji Hrvatsku može izvući iz krize. I ono što je bitno da nas nitko iz Europe neće u tome sprečavati već će nam, dapače, pomoći. To onda znači da otvaramo kvalitetna nova radna mjesta i zaustavljamo odlazak zdravstvenih radnika, za razliku od nedavnih izjava kako ćemo manjak lječnika rješavati povećanim brojem upisanih studenata. Naša orijentacija je, kao što vidite, potpuno društvena i vjerujem da ćemo na tome dobiti podršku i zdravstvenih radnika, osobito mlađih generacija kojima želimo u Hrvatskoj stvoriti uvjete za kvalitetan život i rad.

.....

# Liječenje shizofrenije: četrdeset godina stariji lijek jednako učinkovit, a 30 puta jeftiniji

**JAMA članak:**  
***Učinkovitost paliperidon palmitata u odnosu na haloperidol dekanoat za liječenje shizofrenije***

Doc. dr. sc. Tomislav Franjić, dr. med., Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet Klinika za psihijatriju, Ambulanta za dječju i adolescentnu psihijatriju

## Uvod

- Antipsihotici u obliku injekcija s dugim djelovanjem propisuju se da bi se smanjila nesuradljivost i time smanjila mogućnost relapsa shizofrenije. Prvi antipsihotik druge generacije dostupan u obliku injekcija s dugim djelovanjem je bio risperidon Rispolect Consta® (2003). Paliperidon palmitat Xeplion® istog proizvođača je došao na tržiste u 2009. On ne zahtijeva čuvanje na hladnom u frižideru kao dugodjelujući risperidon i može se davati jednom mjesечно za razliku od dvotjednog apliciranja risperidona. To ga čini značajno prihvativijim. Korist antipsihotika druge generacije u cjelini se često dovodi u pitanje. CATIE studija je pronašla da kada se koristi stariji lijek (perfenazin) u umjerenim dozama, nekoliko novijih antipsihotika nisu bili bolji u smislu sigurnosti i učinkovitosti. Povezanost antipsihotika s metaboličkim sindromom je još jedan izvor mogućih problema. Ovo je podloga zbog koje je istraživanje Joseph P. McEvoya i suradnika važno.

ACLAIS studija čiji je naziv Usperedba dugodjelujućih lijekova za shizofreniju (engl. A Comparison of Long-acting Medications for Schizophrenia) prvo je randomizirano uspoređivanje dugodjelujućih injekcijskih oblika antipsihotika prve i druge generacije. Uspoređivani su učinci injekcije s dugim djelovanjem Paliperidon palmitata (Xeplion®) i Haloperidol dekanoata (Haldol Depot®) istog proizvođača (lijek pronađen 1958 godine).

22 američka klinička centra (svi dio NIMH- Schizophrenia Trials Network) uključila su u istraživanja odrasle osobe s dijagnozom shizofrenije ili shizoafektivnog poremećaja za koje je postojala procjena da će imati koristi

od dugodjelujućih injekcijskih pripravaka zbog povijesti terapijske nesuradljivosti, značajne zlouporabe tvari, ili oboje. Oni koji nisu imali terapijski odgovor na oralni risperidon ili paliperidon u prošlosti su isključeni. Randomizirano je 311 pacijenata. Razdoblje oralnog uzimanja lijeka trajalo je 4-7 dana prije davanja injekcije. Propisivanje je stajalo ove preporuke: Paliperidon 234mg (dan 1), 156 mg (dan 8), 117 mg (mjesečno), haloperidol 50 mg (1. dan), 50 mg (dan 8) i 75 mg (28 dan), a zatim 50 mg mjesečno.

Ovi rasporedi su prilagođavani u skladu s kliničkim stanjem. Primarni ishod bila je neučinkovitost prema prosudbi panela stručnjaka koji nisu znali koju vrstu primijenjenog lijeka prima koji ispitanik. Panel je razmatrao sljedeće čimbenike: psihijatrijsku hospitalizaciju; potrebu za stabilizacijom krize; češće ambulantne posjete; odluku kliničara da oralni antipsihotik ne može biti ukinut u roku od 8 tjedana nakon početka injekcije s dugim djelovanjem i kliničku odluku o neadekvatnoj terapijskoj koristi. Jednom uspostavljena, srednja mjesečna doza paliperidona palmitatata je bila u rasponu 129-169 mg, a prosječna mjesečna doza haloperidol dekanoata u rasponu 67-83 mg. Pacijenti su prvotno planirani za 24-mjesečno praćenje, ali oni uključeni u drugoj godini su praćeni samo 12 mjeseci. Analiza je provedena na svima onima koji su primili najmanje 1 injekciju i prošli najmanje jednu procjenu nakon bazne.

## Rezultati

Nije uočena statistički značajna razlika u učinkovitosti između paliperidon palmitat skupine (49 [33.8%]) i haloperidol de-

kanoat skupine (47 [32.4%]). Ukupno smanjenje skora na skali Pozitivnih i negativnih simptoma shizofrenije PANSS je bez statističke razlike među skupinama.

Najčešći razlozi za neuspjeh učinkovitosti su: hospitalizacija (44 slučaja [89.8%] kod paliperidon palmitata a u 34 slučaja [72.3%] kod haloperidol dekanoata i prekid studije po procjeni kliničara zbog neadekvatnog terapijskog učinka (34 [69.4%] paliperidon i 28 [59.6%] haloperidol).

Od nuspojava, sudionici koji su primali paliperidon progresivno su dobili na težini tijekom vremena, dok su oni koji su uzimali haloperidol izgubili na težini. Nije bilo razlike u krvnim metaboličkim parametrima. Nema statistički značajne razlike između skupina u ocjenama abnormalnih nevoljnih kretnji ili tardivne diskinezije. Akatizija je bila češća u skupini koja je primala haloperidol, te također su oni trebali više lijekova za tretman akatizije i parkinsonizma. Iako je paliperidon izazvao veliki porast razine prolaktina, seksualne disfunkcije se nisu razlikovale među skupinama.

Jedina nuspojava s razlikom od 5%, ili više između skupina je sijaloreja (16,3% bolesnika koji su uzimali paliperidon palmitat u usporedbi s 10,9% u skupini koja je primala haloperidol dekanoat)

## Zaključak

Nema dokaza da je paliperidon palmitat (Xeplion®) u obliku dugodjeljujuće injekcije superioran u odnosu na haloperidol dekanoat (Haldol Depot®). Otprilike jedna trećina bolesnika nije terapijski odgovorila ni na jedan od primijenjenih lijekova. Ovo istraživanje ne ukazuje na razliku u učinkovitosti ili nuspojavama između dva lijeka od kojih je jedan stariji 40 godina.

Jedina važna razlika između je farmakoekonomski u smislu da je noviji lijek 30 puta skuplj, a to je svakako činjenica koju bi trebalo uzeti u obzir kod njegovog indiciranja i primjene, barem do replikacije ili opovrgavanja nalaza ovog nazavisno financiranog istraživanja od strane Američkog instituta za mentalno zdravlje.

## Izvor

McEvoy JP, Byerly M, Hamer RM, Dominik R, Swartz MS, Rosenheck RA, Ray N, Lamberti JS, Buckley PF, Wilkins TM, Stroup TS. Effectiveness of paliperidone palmitate vs haloperidol decanoate for maintenance treatment of schizophrenia: a randomized clinical trial. JAMA. 2014 May 21;311(19):1978-87

.....

*tomislav.franic@mefst.hr*

# Liječnici i njihove kolege u svjetlu Svjetskog liječničkog udruženja\*

Prof. dr. Jadranka Mustajbegović,  
Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar"

• Medicina je tradicionalno ponosna na svoj status samostalno regulirane profesije, a liječnička je profesija tradicionalno hijerarhijski ustrojena, i prema unutra i prema van. Prema unutra: (1) između specijalista različitih specijalnosti postoje razlike jer se neke specijalnosti smatraju prestižnijim i bolje su plaćene; (2) specijalisti koji imaju i akademsku karijeru su utjecajniji od onih u privatnoj ili javnoj praksi; (3) u slučajevima zbrinjavanja određenih vrsta bolesnika liječnik primarne zdravstvene zaštite postaje hijerarhijski više pozicioniran dok ostali liječnici, čak i oni s većim iskustvom i/ili vještinama, postaju isključivo konzultanti, osim ako se briga o bolesniku ne dodjeli njima. Takav hijerarhijski odnos liječnika primarne zdravstvene zaštite naspram drugih liječnika često u nas nije prisutan, što je šteta, jer je ovdje opisani odnos primarne i ostalih razina zdravstvene zaštite osnova funkciranja svih poznatih visokorazvijenih i kvalitetnih zdravstvenih sustava u svijetu.

Medicina je istovremeno visoko individualna i visoko kooperativna profesija. Istodobno je visoko složena i specijalizirana, što zahtijeva usku suradnju praktičara s različitim znanjima i vještinama, koje se nadopunjaju. To pitanje odnosa između individualizma i suradnje često se pojavljuje kao tema u medicinskoj etici. Kako se medicinski paternalizam postupno osuo s porastom prepoznavanja prava bolesnika da sami donose odluke o svojem liječenju i zdravlju, kao rezultat, suradni je model donošenja odluka zamijenio autoritarni model. Isto se događa u odnosu između liječnika i liječnika kao i ostalih zdravstvenih djelatnika. Od liječnika se kao članova medicinske profesije tradicionalno očekivalo da se jedni prema drugima odnose više kao članovi obitelji, a ne kao stranci ili prijatelji. Ženevska liječnička prisa uključuje obvezu "Moji će mi kolege biti moja braća i sestre". Tumačenje tog zahtjeva se razlikuje od zemlje do zemlje i od vremena do vremena. Na primjer, dok su liječnici bili plaćeni uglavnom ili jedino preko cijene načinjenih usluga, bila je stroga tradicija ili "profesionalna pristojnost" kolegi ne naplatiti medicinsku

uslugu, odnosno liječenje. Ova je praksa napuštena u zemljama gdje je moguć povrat novca od zdravstvenog osiguranja.

Pokraj zahtjeva za postupanje prema kolegama s uvažavanjem i za rad u suradnji kako bi se načinilo sve potrebno u skrbi za bolesnika, Međunarodni kodeks medicinske etike Svjetskoga liječničkog udruženja (SLU) sadrži tri ograničenja vezana uz međusobne odnose liječnika: (1) nije dopušteno davati ili primati nikakvu novčanu naknadu ili uslugu da bi se određenog bolesnika uputilo nekom određenom liječniku; (2) nije dopušteno krasti bolesnika od svojih kolega i (3) postoji obveza prijavljivanja neetičnog i nestručnog ponašanja kolega.

## Prijava opasne i neetične prakse

Obveza prijavljivanja nestručnosti, ozljeđivanja ili pogrešnog vođenja bolesnika od strane drugog liječnika naglašena je u kodeksima medicinske etike. Međutim, primjena tog principa je malokad laka. Naime, liječnik može napasti ugled kolege zbog nedostojnih osobnih motiva, kao što su ljubomora ili osvetra. No, istovremeno liječnik može ne biti voljan prijaviti kolegino loše ponašanje zbog prijateljstva ili simpatije. Posljedice, pak, samog prijavljivanja mogu biti vrlo štetne za onog tko prijavljuje, uključujući gotovo sigurnim neprijateljstvo optuženog, a također i onih koji su na strani optuženog.

Usprkos tim zaprekama izvešćivanje o krivom radu predstavlja profesionalnu dužnost liječnika. Ne samo da su liječnici odgovorni za održavanje dobrog ugleda profesije, nego su često jedini koji prepoznaju nestručnost ili pogrešno vođenje bolesnika. Prvi bi korak trebao biti kontakt s kolegom kojemu bi trebalo priopćiti da njegovo ponašanje smatrare opasnim i neetičnim. Ako se problem može riješiti na toj razini, nema potrebe za poduzimanjem dalnjih koraka. Ako to nije moguće, problem bi trebalo raspraviti s prijestupnikovim nadređenima i odluku o dalnjem postupanju prepustiti

njima. Ako ni taj pristup nije urođio plodom treba poduzeti zadnji korak, obavijestiti disciplinska tijela. Prijavljanje kolega trebalo bi biti zadnjom instancom nakon što su iscrpljene sve ostale mogućnosti.

## Suradnja

Iako se neki liječnici odupiru preispitivanju svojih tradicionalnih, gotovo apsolutnih autoriteta, čini se sigurnim da će se njihova uloga promijeniti kao odgovor na zahtjeve kako bolesnika tako i ostalih pružatelja zdravstvenih usluga za većim sudjelovanjem u donošenju medicinskih odluka. Liječnici će morati biti sposobni opravdati svoje preporuke drugima i uvjeriti ih da prihvate te preporuke. Uz komunikacijske vještine liječnici će morati biti spodobni rješavati sukobe koji se javljaju između svih koji sudjeluju u skrbi za bolesnika.

## Rješavanje sukoba

Liječnici mogu iskusiti mnoge i različite oblike sukoba s ostalim liječnicima. Međutim, nesigurnost i različiti kutovi gledanja mogu dati priliku nastanku neslaganja oko ciljeva liječenja ili načinu dostizanja tih ciljeva. Ograničena sredstva za zdravstvenu zaštitu i organizacijska politika mogu također otežati postizanje dogovora. Nesuglasje između pružatelja zdravstvene skrbi oko ciljeva i načina liječenja ili načina dostizanja tih ciljeva treba biti razjašnjeno i raspravljeno među članovima medicinskog tima na način da se ne ugrozi njihov odnos s bolesnikom. Nesuglasice između pružatelja zdravstvene skrbi i uprave u odnosu na raspodjelu sredstava treba riješiti unutar ustanove, i o njima ne bi trebalo raspravljati u prisutnosti bolesnika. Kako su obje vrste sukoba etičke prirode, njihovom rješavanju može pridonijeti savjet kliničkog etičkog povjerenstva, a tamo gdje toga nema ili je nedostupno, etičkog savjetnika.

Sukobi trebaju biti riješeni po mogućnosti neformalan način, kroz izravan razgovor između osoba koje se ne slažu, idući prema više formalnim postupcima samo onda ako neformalne mjere nisu bile uspješne. Mišljenja svih izravno uključenih trebaju biti iznesena na vidjelo i treba im dati odgovarajuću važnost. Ako nakon razumnih napora ne postoji mogućnost postizanja dogovora ili kompromisa kroz dijalog, treba prihvatiti odluku osobe koja ima pravo donošenja odluke. U slučaju da nije jasno ili je sporno tko ima pravo donošenja odluke treba tražiti posredovanje drugih.

Kod razrješavanja nesuglasica oko postupaka liječenja treba biti presudan pristanak obaviještenog bolesnika ili njegovog zakonskog zastupnika odnosno skrbnika. Ako se liječnici ne slažu s odlukom o provođenju

\* Predavanje održano na četvrnaestom po redu, Projektnom simpoziju medicinske etike Hrvatskoga liječničkog zboru

određenog terapijskog postupka uslijed stručne procjene ili osobnih etičkih vrijednosti, treba im omogućiti da se povuku iz sudjelovanja u donošenju odluka nakon što su se uvjerili da osobi kojoj se pruža medicinska skrb ne prijeti nikakva opasnost od nanošenja štete.

## Studenti medicine

U tradicionalnoj hipokratskoj medicinskoj etici liječnici su dužni posebno poštivati svoje učitelje. Ženevska liječnička prisega je to ovako odredila: "Svojim ču učiteljima pružiti poštovanje i zahvalnost koje oni zasluzuju". Iako su u današnjem medicinskom obrazovanju odnosi student - nastavnik mnogostruki, a ne jedan-na-jedan kao u prijašnjim vremenima, još uvijek oni ovise o dobroj volji i zalaganju liječnika praktičara koji često ne primaju naknadu za svoje nastavne aktivnosti. Stoga studenti medicine i ostali koji se obučavaju za svoje specijalizacije, duguju duboku zahvalnost svojim nastavnicima bez kojih bi medicinsko obučavanje bilo svedeno na samopodučavanje.

Nastavnici imaju posebnu obvezu ne tražiti od studenata da slijede neetičnu praksu. Studentima koji se zanimaju za etička pitanja tijekom svog obrazovanja treba omogućiti da iznesu svoje primjedbe o etičkim pitanjima, a da ih se nužno ne proglaši "zviždačima". Također moraju imati i odgovarajuću podršku za rješavanje određenoga uočenog problema putem formalne procedure.

Od studenata se medicine, s njihove strane, očekuje pokazivanje visokih standarda etičkog ponašanja, kako to i dolikuje budućim liječnicima. Oni se trebaju odnositi prema ostalim studentima kao prema kolegama i biti spremni pružiti pomoć kada je ona potrebna, uključujući savjete za ispravljanje neprofesionalnog ponašanja. Također bi trebali sudjelovati u zajedničkim projektima i ispunjavati određene dužnosti, poput raznih studentskih zadaća i dežurstava.

Obično se ovako započinje, no ja bih na ovaj način zaključila: vjerujem da će na kon ovoga Simpozija moći:

- opisati kako se liječnici trebaju ponosati jedni prema drugima;
- procijeniti i prijaviti neetično ponašanje kolege;
- identificirati glavne etičke principi koji se odnose na suradnju s ostalima koji sudjeluju u skrbi za bolesnike te
- objasniti kako razriješiti sukobe među liječnicima.

(jadranka.mustajbegovic@snz.hr)



## Literatura

Svjetsko liječničko udruženje. Liječnici i njihove kolege. U: Priručnik medicinske etike. Zagreb: Medicinska naklada. 2010:80-93.



Dr. Boris Sontacchi, Rain drops

## Urednikova molba

• U ovom broju nakupilo se prekomjerno zahtjeva za ispravkom, ali ih moramo objaviti pozivom na odredbe Zakona o medijima. Na temelju tog istog Zakona samo je jedan zahtjev odbijen jer je „traženi ispravak nerazmjerne dulji od dijela informacije na koju se neposredno odnosi“ (dulji je čak tri puta). Razumljivo je da svatko ima pravo iznositi vlastito mišljenje, no kolegijalno apeliram na autore neka uvijek dobro provjere svaku tvrdnju prije nego je iznesu u „Liječničkim novinama“ te da se usto koriste izrazima koje druga strana neće osjećati uvredljivima. Posebno molim kritičare, kao akademske građane, da u skladu s lječničkom etikom, kritiku usmjere samo *ad rem*, nikako *ad hominem*. Kao urednik, po zakonu o medijima nemam pravo u „ispravcima“ promijeniti niti jednu riječ, ali u dobroj namjeri ipak sam korigirao očito nenamjerne pogreške, tzv. tipfelere. Osim toga, ne smijemo na ispravak odgovoriti niti ga kritizirati u istom broju glasila, ali imam pravo zamoliti čitatelje neka sami ocijene koji autori u raspravi i u sljedećim „ispravcima“ poštuju gore spomenuti osnovni etički postulat.

Željko Poljak

•••••

## Odgovor na „Očitovanje Hrvatskog traumatološkog društva“

Poštovani uredniče,

Na temelju Zakona o medijima, molim Vas da u cijelosti objavite moj odgovor na članak pod naslovom „Očitovanje Hrvatskog traumatološkog društva na intervju prof. Roberta Kolundžića, predsjednika Hrvatskog ortopedskog društva“ objavljen u Liječničkim novinama br. 135 od 15. prosinca 2014. Svoj odgovor započeo bih citatom Charlesa C. Coltona „Kleveta uvijek više šteti klevetniku, nego onom kojem se klevče“

Odmah ustvrđujem da osobno nisam bio u Istanbulu na skupštini EFORT-a i time nisam mogao glasovati protiv Hrvatskog traumatološkog društva (HTD) kako se navodi u priopćenju. Jednako tako, da stvar bude absurdnija, takvog glasovanja nikada nije niti bilo na skupštini. U navedenom očitovanju iznesena je velika količina netočnih informacija, a na koje ne samo zbog istinitog informiranja javnosti, nego i zbog moje moralne obaveze prema svim kolegama kojima sam ja na čelu, ipak treba reagirati. Iznimno žalim što se dio članova HTD-a koji su nazočili izvanrednoj skupštini toga društva nije upoznao sa „Zaključcima sa sastanka specijalista ortopedije i traumatologije“ održanog još 1. srpnja 2014. u Hrvatskoj liječničkoj komori, a na poziv njenog predsjednika prim. **Hrvoja Miniga**. Tom sastanku prisustvovao je i predsjednik HTD-a, pa bi se moglo očekivati da sa Zaključcima upozna i samu skupštinu svog stručnog društva. Naime, do realizacije dogovora sa sastanka u HLK-u nije došlo, jer općim kirurzima sa subspecijalizacijom iz traumatologije nije takav dogovor odgovarao pa su inzistirali na formiranju Povjerenstva koje je imalo zadaci nametnuti kriteriji

je neke „ubrzane prekvalifikacije“, a temeljila bi se na priznavanju dosadašnjih stečenih prava i stečenih vještina. Kad bi se prihvatiло te prijedloge pojedinaca iz HTD-a onda bismo imali za pravo jedan presedan, što bi analogno potaklo traženje jednakih prava od drugih medicinskih specijalizacija (npr. u svojoj praksi dnevno pogledam oko stotinjak radioloških snimaka i ne mislim da zbog toga zatražim specijalizaciju iz radiologije). Zato ne razumijem to kolektivno neshvaćanje, što može dovesti do puno većeg problema nego što je prijepor između ortopeda i općih kirurga sa subspecijalizacijom traumatologije.

Međutim, nije sve tako crno, jer su kolege, u svom očitovanju, ipak potvrđile da su ortopedi prošli kompletну edukaciju za musku-skeletni odnosno lokomotorni sustav. Tako postaje ispravna teza da je „nova“ ortopedija i traumatologija slijednica „stare“ ortopedije. Iz toga je razvidno da ortopedima nije bitno stjecanje „novih“ formalnih stečenih prava, kada ih već imaju. Stoga svi naši prijepori i nepotrebne medijske rasprave koje nanose štetu struci i svima nama, izazvali su mali broj kolega općih kirurga kako bi na bilo koji način stekli formalna prava iz ortopedije, što do sada nisu imali. Uistinu je čudno s kojom se lakoćom i agresivnošću poništava i uništava nešto što ima svoj stručni identitet, svoju povijest, snagu ugleda, značaj, ugledne pojedince... Uništava se jedna medicinska struka kao što je ortopedija, kao i njezina povijest. Doista nepotrebni strukovni vandalizam a u nekoj varijanti neobjašnjiv, a iznad svega, nepotreban strukovni suicid.

Manipuliranje dosadašnjim podacima, a pogotovo informacija da se radi o struci koja spada u „kiruršku granu“, odvodi nas u krivi smjer, kao što je odvelo i predsjednika HTD-a i nekolicinu „zainteresiranih“ općih kirurga subspecijalista traumatologa kad je riječ o ortopediji i traumatologiji. Stoga bi predsjednik HTD-a i ostali članovi svoje daljnje djelovanje, ali i edukacije, trebali preusmjeriti u razvoj subspecijalizacije traumatologije unutar opće kirurgije. Znači, za početak treba raditi i stimulirati, a ne izbjegavati organiziranu specijalizaci

stičku edukaciju, kako bi kvaliteta zdravstvene usluge bila što bolja. Sve aktivnosti koje su protiv takvog pristupa, protiv su i njih samih. Valjda nam je svima jasno da će u budućnosti samo kriterij kvalitete biti odlučujući u odabiru liječnika odnosno u odabiru voditelja neke ustrojbine jedinice unutar jedne struke za koju je potrebno proći organizirani edukacijski program, a vjerojatno neće biti neka administrativna prepreka kao što je to danas. S druge strane nije jasno, ako se smatra da je jedino edukacija ta koja vodi do dobrog rezultata, zašto predsjednik HTD-a, ali i ostale starje kolege općih kirurzi, nisu s istim interesom i žarom tražili ministra da rasprije nove specijalizacije iz ortopedije i traumatologije za mlađe kolege opće kirurge koji su prije godinu dana to zatražili?

Ovakav naš stav za pravilnim i zakonitim rješavanjem problema temeljio se na presudi Upravnog suda Grada Zagreba u korist tužitelja protiv rješenja Ministarstva zdravljia vezano na izbor glavnog mentora za specijalističko usavršavanje iz ortopedije i traumatologije. Sud je upravo u svom objašnjenju rješenja naveo gradaciju specijalista tko može biti glavni mentor, pri čemu je uspoređivao stečeni edukacijski program i na taj način je odredio da je specijalist ortopedije sa subspecijalizacijom traumatologija lokomotornog sustava optimalni stručnjak za glavnog mentora iz ortopedije i traumatologije.

Na sve druge iznesene netočnosti u tekstu koji predstavlja reagiranje na moj intervju, čiji povod je bio stručni uspjeh a ne edukacija iz specijalističkih grana, nema smisla odgovarati jer su nekorektnе i podmetačke. Jednako tako ne ću dopustiti da se mene osobno uvlači u spor s matičnom ustanovom kao i s kolegama iz Klinike za traumatologiju KBC-a Sestre milosrdnice. Radi pojašnjenja, moj prelazak s Klinike za ortopediju KBC-a Zagreb u Kliniku za traumatologiju KBC-a Sestre milosrdnice u vrijeme prošle uprave bio je upravo zbog razvoja ortopedije u KBC-u Sestre milosrdnice koja do tada nije imala tu djelatnost niti ustrojenu jedinicu iz djelatnosti ortopedija iako je imala ortopedu u radnom odnosu, a ne zbog destruk-

cije kako se to želi nametnuti. Naprotiv, po mojim osobnim, egzaktno potvrđenim strukovnim dometima, ali i idejama i prijedlozima koje sam iznosio o razvoju djelatnosti ortopedije i traumatologije, Klinika za traumatologiju može sigurno prosperirati. Zapravo, uvlačenje jedne ustanove u ovaj prijepor uistinu nije korektno prema njoj, pogotovo kad se zna da je Klinika za traumatologiju prepoznata u Nacionalnom planu kao centralna ustanova s najvećim brojem ortopedsko-traumatoloških kreveta te bi

upravo ona trebala biti centar izvrsnosti za muškuloskeletalni sustav prema najboljim postojećim svjetskim uzorima.

A kako sve u našem poslu ima povijest, od bolesti do događaja i pojave, rado se još jedanput pozivam na povijest naše struke, na njezine ugledne pojedince, na praksu koju su oni osmisili i provodili. Vjerujem da ona za sve nas predstavlja obvezujući ljudski i profesionalni odnos i, naglašavam, odgovornost. Stoga ću ovo moje očitovanje završiti s jednom

jasnom parafrazom za sve nas: Ako ne budemo poštivali povijest, ne ćemo moći razumjeti sadašnjost, a budućnost ćemo učiniti nesigurnom/neizvjesnom.

S kolegjalnim poštovanjem,

Izv. prof. dr. sc. Robert Kolundžić,  
predsjednik Hrvatskog ortopedskog  
društva HLZ-a



## Priziv savjesti dobar je pravni instrument

- U Liječničkim novinama broj 135 od 15. prosinca 2014. na strani 63 pročitah članak protiv priziva savjesti liječnika. Budući da je mišljenje autorice članka jednostrano, molim uredništvo Liječničkih novina da objavi i druga mišljenja. Urednik prof. Željko Poljak postavio je autorici više pitanja ali ona nije odgovorila ni na jedno pa je nužno da se objave i drugačija mišljenja od njezinoga. Budući da je autorica provala korumpirane kolege i napala Katoličku crkvu, mogla je članak ponuditi i „žutom tisku“....

## Za priziv savjesti liječnika, protiv nemedicinski indiciranog abortusa

Autorica je prizivu savjesti pristupila jednostrano, što nije prihvatljivo. Priziv savjesti je dobar pravni instrument koji pomaže očuvanju etičkih vrijednosti i ako se ispravno koristi ukazuje na stranputice, na loše i neetične zakone koje treba mijenjati. To što netko zlorabi priziv savjesti nije razlog da ga se osporava. Ne treba mijenjati dolje navedene citate zakona već treba educirati liječnike kada i kako koristiti priziv savjesti. Autorica ne pravi razliku između zakona (prava), pravde i etike. Nije dobro pozvati se na nepravedne i neetične zakone.

## O prizivu savjesti

**Zakon o liječništvu, članak 20. stavak 1. (NN 121/2003.)**

„Radi svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno uvjerenja liječnik se ima pravo pozvati na priziv savjesti te odbiti provođenje dijagnostike, liječenja i rehabilitacije

pacijenta, ako se to ne kosi s pravilima struke te ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravje ili ne ugrozi život pacijenta. O svojoj odluci mora pravodobno izvjestiti pacijenta te ga uputiti drugom liječniku iste struke.“

Ako je liječnik zaposlen u zdravstvenoj ustanovi, trgovackom društvu, odnosno drugoj pravnoj osobi koja obavlja zdravstvenu djelatnost ili kod drugog liječnika koji obavlja privatnu praksu, mora o odluci izvjestiti svog nadređenog, odnosno poslodavca.“

### Kodeks Hrvatske liječničke komore (2006.)

#### 2. Obveze prema pacijentu/bolesniku, Članak 2, točka 15.

„Liječnik ima pravo na priziv savjesti, ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravje ili ne ugrozi život pacijenta. O svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti pacijenta te ga uputiti drugom liječniku iste struke.“

Temeljem navedenoga jasno je da se liječnici mogu pozvati na priziv savjesti u skladu sa zakonskim propisima. Također je jasno da liječnici imaju stručnu autonomiju da donose kliničke odluke o skrbi pacijenta (Deklaracija o liječničkoj autonomiji, Deklaracija o pravima liječnika).

Priziv savjesti, prigovor na vlastitu savjest kada se ona ne slaže s odredbama neke države, ustanove ili organizacije. Priziv savjesti liječnika zasniva se na tvrdnji da liječnik radi svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno uvjerenja nije dužan ispuniti određenu obvezu prema pacijentu jer ga na to ovlaštuje pozitivno pravo. To su argumenti s kojima se opravdava njihova primjena. Najčešće se priziv savjesti primjenjuje kod:

- odbijanja vršenje nemedicinski indiciranog pobačaja (pobačaja na zahtjev)
- odbijanja sudjelovanja pri eutanaziji
- odbijanja sudjelovanja pri izvršenju smrte kazne (izravno) i
- odbijanja istraživanja koja se temelje na destrukciji embrija, genetskim istraživanjima i slično (potpomognuta oplodnja).

## Pozivanje na zakon

Kako se donose zakoni? Vrlo jednostavno: diktator sam (ili njegovi pomoćnici) napišu zakon ili zakon izglosa parlamentarni većina (koja je nastala ne voljom naroda već izbornim inžinjeringom). Budući da je postupak donošenja zakona upitan, neetičan, nije uvijek primjeren pozivati se na zakone. „Zakoni se moraju poštivati!“ Koji zakoni se moraju poštivati? Nacistički doktori su provodili nacističke zakone, komunistički doktori su provodili Staljinove zakone, američki doktori su provodili rasne zakone pa je upitno pozivati se na takve zakone. U takozvanim demokratskim državama mogu vam uskratiti turističku posjetu bez obrazloženja, jednostavno vas vrate prvim avionom i gotovo; mogu vam uskratiti vizu bez obrazloženja, sve po zakonu! Toliko o „demokratskim“ državama i njihovim zakonima na koje se volimo pozivati. Zakoni bivših socijalističkih zemalja posebni su primjeri diskriminirajućih zakona.

Prekid trudnoće na zahtjev žene pravno je legalan postupak u Hrvatskoj (prema socijalističkom zakonu iz 1978. godine) ali to ne znači da je human niti etičan čin!

Nemedicinski indicirani abortus nije opravdan postupak i liječnik se ima pravo pozvati na priziv savjesti. Nemedicinski indicirani abortus nije čin liječenja pa ga liječnik nije dužan provesti i time liječnik nikoga ne ugrožava.

Liječnik u tim slučajevima nije dužan naći liječnika koji će to uraditi jer se ne radi o postupku liječenja. Kada se radi o medicinskom indiciranom pobačaju, liječnik je dužan izvršiti abortus, može naći i adekvatnu zamjenu, ali ne smije odbiti izvršiti medicinski indicirani postupak.

Instrument priziva savjesti mora postojati da bi se zaštitilo stručne i poštene liječnike, ali se ne smije dozvoliti zlouporaba priziva savjesti, što se u praksi događa.

## Pravo na izbor

Žena ima pravo na izbor, a gdje je pravo na izbor novozačete jedinke? Dakle, jedni imaju pravo na izbor a drugi nemaju! Human,

demokratičan, etičan pristup, zar ne? Pitanje: Tko brani prava začete jedinke? Zakonodavac? Ne, zakonodavac daje pravo na nekažneno uklanjanje (ubijanje u začetku) nove jedinke pa je taj zakon nehuman, selektivan i neetičan. Zakonodavac bi trebao štititi novozačetu jedinku jer ona nema mogućnost da se sama brani, da se bori za svoja prava, da organizira parade i skupove.

Zašto zakonodavac ne štiti embrij, fetus? Razlog je jednostavan: radi se o velikoj zaradi, „industriji abortusa“, a s druge strane je tvrdnja da nas ima previše na Zemlji i da treba regulirati broj stanovnika pa su abortus i kontracepcija neke od metoda kako to napraviti.

Ako država želi može osigurati ženama pravo na izbor, pravo na nemedicinski indicirani abortus, osigurati ekipe abortera koje će to raditi... Može javno objaviti tko i gdje radi abortuse na zahtjev (ima zainteresiranih).

Život započinje začeće! Ako nema začeća, nema razvojne spirale. Ako razvojnu spiralu prekinemo, nema novog života, ne rađa se nova jedinka! Osnovno etičko načelo je: Obrana života od začeća do naravnog završetka. To što zakon ne štiti novi život ne mijenja biološke činjenice već samo ukazuje na loše, nehumane, neetične zakone. Apsurdno je da nova jedinka koja je stara 9 mjeseci dobiva svoj legalitet tek porođajem! To nam pokazuje kako je zakon selektivan, loš i neetičan!

Dužnost je svakog dobromanjernog čovjeka da se bori protiv loših zakona, pa tako i zakona o abortusu iz 1978. godine. Priziv savjesti (ako se ispravno tumači i primjenjuje)

ligečniku omogućuje da sačuva svoju humanost, vjersko i etičko uvjerenje, da sačuva svoje dostojanstvo jer može odbiti da eksperimentira na ljudima, da radi nemedicinski indicirane abortuse, da negira prirodne zakone.

Dužnost je ligečnika da štiti život, da promiče život, a ne da ga uništava uz pomoć loših zakona (zakon o abortusu, zakon o eutanaziji). Pozivanje na zakone i sudske odluke današnjega takozvanog razvijenog svijeta nije argument, to je samo dokaz lošeg trenutka, vremena u kojem se promiče kultura smrti umjesto kulture života. Nepoštivanje prirodnih zakona je karakteristika današnjeg vremena koja ugrožava opstanak svijeta (vodi prema sveopćoj destrukciji). Nije potrebno biti vjernik da bi se poštivalo priredni zakon!

Lijepo je članak započeti mišljenjem velikog pape Ivana Pavla II ali nije lijepo time sugerirati kako papa odobrava nemedicinski indicirani abortus. Nije lijepo sugerirati da papa daje nekome neograničenu slobodu i da se pri tome guši novi život jer to Ivan Pavao II nije nikada propovijedao (vidi encikliku Evangelium vitae).

Zašto se pozivati na papu a u dalnjem tekstu Katoličku crkvu prozivati na nepri-mijeren način? Ne treba biti vjernik da bi se bio etičan. Hipokrat nije bio katolik ali je promicao etičan pristup životu, struci. To što autorica teksta ima drugačije svjetonazore ne daje joj pravo da proziva druge, ne daje joj pravo da traži da svi sudjeluju u vršenju kriminalnog čina koji je zakon dekriminalizirao (misli se na nemedicinski indicirani pobačaj).

Napadati Katoličku crkvu, napadati vrijednosti koje promiče, napadati njeno zauzimanje za obitelj danas je jako popularno u takozvanom žutom tisku pa je i gospođa doktor na tom tragu te daljnji komentar nije potreban.

Priziv savjesti ligečnika je dobar instrument za zaštitu autonomije i dostojanstva ligečnika ako se pravilno primjenjuje. Potrebno je konkretnije navesti primjere na koji način koristiti priziv savjesti, educirati ligečnike da se izbjegnu zloupotrebe priziva savjesti. Podrška svim ligečnicima koji se na ispravan način koriste prizivom savjesti u onim situacijama koje su nehumane i neetične. Pacijenti imaju pravo izbora ali i ligečnici imaju pravo izbora kada je njihov izbor stručan i etičan. Nemedicinski indicirani abortus (abortus na zahtjev trudnice) nije postupak ligečenja, nije etičan pa ligečnici imaju pravo odbiti njegovo izvršenje. Također ligečnik ima pravo odbiti da radi carski rez na zahtjev pacijentice koji nije medicinski indiciran.

Mnogima su usta puna znanosti pa se sve i svašta trpa pod taj pojam. Bilo bi dobro da nam gospođa doktor pojasni što misli pod znanošću kada se radi o nemedicinski indicirnom abortusu.

*Doc. dr. sc. Marko Jukić  
(marko.jukic@st.t-com.hr)*

.....



## Očitovanje na članak „Edukacija kolega zahvaljujući praćenju operacija uživo“

• Na temelju Zakona o medijima te radi istinitog informiranja stručne javnosti tražim da u cijelosti objavite moje očitovanje na članak „Edukacija kolega zahvaljujući praćenju operacija uživo“, potpisani od gospođe Andreje Šantek u Liječničkim novinama broj 135 od 15. prosinca 2014.

Ne želeći ni na koji način umanjiti značaj i vrijednost samoprijegornoga rada kolega neurokirurga u KB-u „Sestara milosrdnica“ u Zagrebu, ipak moram naglasiti neke tvrdnje koje su navedene u rečenome članku, a ne odgovaraju istini i pogrešno informiraju kole-

ge ligečnike te one koji vode računa o povijesti medicine u Hrvatskoj.

Gospodina profesora Rotima poznam kao dragog, dobrog i pouzdanog čovjeka dugi niz godina, još iz doba kada je radio na Neurokirurškoj klinici na Rebru. Ovim mu putem čestitam na upornosti, velikoj volji i radnoj energiji koju sasvim bjelodano pokazuje. Kad sam bio njegove dobi bio sam isti takav pa mi je drago kad vidim da takvih zanesenjaka ima i dalje. Zato odista, bez farse, iskrene čestitke i najbolje želje za daljnji rad i napredak! Ali, činjenice ostaju činjenicama. Evo ih redom!

1) Na samom početku članka stoji da rečenica: „No, to samo po sebi ne bi bila vijest da nije riječ o prvoj neurokirurškoj operaciji koja se uživo prenosila iz operacijske dvorane u predavaonicu...“

Na ovu rečenicu moram dodati činjenicu da će se ove godine u lipnju održati 17th Croatian International Rhinosurgical Advanced Course (naš svima dobro znani CIRAS). Obavijest o ovome tečaju prve kategorije imate

u oglasniku LN u tom istom broju, na stranici 93. Naš je CIRAS tijekom godina dobio priznanje Europske komisije za trajno usavršavanje ligečnika koja ga u pravilu buduje s najvećim brojem bodova, kako za polaznike, tako i za predavače. E sad, kakve veze ima CIRAS s citiranom rečenicom? Ima utoliko što se tijekom godina za vrijeme CIRAS-a prenose endoskopski zahvati na sinusima i lubanjskoj osnovici u živo i svi mogu vidjeti i čuti sve što se događa u operacijskoj dvorani. Naravno, na CIRAS-ima su to velikom većinom endoskopske operacije sinusa, ali radili smo, vezano uz patologiju sfenoidalna sinusa, i pristup hipofizi i očno-ne živcu i velikim krvnim žilama koje izravno opskrbljuju mozak, i te zahvate, u napetosti i strepnji hoće li sve ispasti kako želimo, uвijek izravno prenosili. To je naš način rada, sada već tradicijski. Dakle, kao otorinolaringolozi smo s dužnim poštovanjem pristizali do granice rada neurokirurga i tu u pravilu postajali vrlo skromni u dalnjim koracima. Kad ih je bilo, tražili smo kolegu neurokirurga da bude s nama u

dvorani i sve promatra i kontrolira na velikom, digitalnom ekranu. Imamo izvrsnu, najmodernejšu opremu koja već niž godina uključuje svakako i navigacijske sustave, pa se više od 80% endoskopskih operacija u današnje vrijeme radi pod kontrolom navigacije. Ništa novoga! Dakle, ne stoji u cijelosti tvrdnja da se radi o načinu prikazivanja ove operacije kakav do sada nismo imali u Hrvatskoj. Dapačel! Niti je navigacija neka posebna novost u našim hrvatskim dvoranama. Dapačel! Volio bih da liječnička javnost u našoj zemlji zna ove podatke. Da ne bude zabune. I da ne bude teško i konfuzno pisati povijest medicine iz našega doba onima koji dolaze, jer će nailaziti na razne tvrdnje o prvim operacijama ovdje, prvim operacijama ondje, doajenima endoskopske kirurgije ovdje, drugim doajenima ondje i tako dalje.

**2)** Naglašavam da rečenica „...priступ bazi lubanje odvija se kroz prirodni otvor, tj. kroz nosnicu ulazimo u sfenoidni sinus i uz pomoć endoskopa uklanjamo tumor“ zvuči kao da je pristup sfenoidalnome sinusu vrlo jednostavan posao. S pozicije onoga koji u sfenoidalni sinus endoskopski ulazi posljednjih četvrt stoljeća mogu odgovorno obavijestiti stručnu javnost da to nije tako. Pneumatiziranost sinusa, a navlastito sfenoidalnoga, nije uvijek ista, put do njega nije uvijek lagan, a najmanje je izravan, a nije ni sela turcika idealno uočljiva u svakom sfenoidalnom sinusu. Vrijeme u kojem nije postojala današnja navigacijska kompjutorska tehnika naučilo nas je prepoznavati temeljne kirurške putokaze i tome kako sigurno stići do daleka i opasna cilja na lubanjskoj osnovici. U sfenoidalni sinus gdjekada ne možete stići ako prije toga niste odstranili dio srednje, a navlastito stražnjeg dijela gornje nosne školjke koji vam, poput ispružena kažiprsta, lijepo pokazuje kamo treba nastaviti da biste endoskopski uopće uočili prirodno ušće ovoga sinusa, a kamoli kroz njega, proširujući ga na primjeren način, ušli endoskopom i instrumentom u sfenoidalni sinus. Na putu se prema sfenoidalnom sinusu često ispriječi etmoidalni sinus. Endoskopske intervencije u ovakvim okolnostima svakako bi trebao raditi dobro educirani rinokirurg čiji je to svakodnevni posao i čija je to profesionalna odgovornost! Spomenut će kao razloge za ovaj stav tek moguće anatomske aberacije tijeka triju neugodnih arterija: prednje i stražnje etmoidalne arterije, te arterije sfenopalatine. Potonja u pravilu ima izlazište niže od otvora sfenoidalna sinusa, ali dugogodišnje nas je iskustvo naučilo da postoje otkloni od standarda i da treba biti krajnje oprezan jer se radi u dubini i u vrlo skučenom prostoru, a krvarenje iz a. sfenopalatine za vrijeme endoskopskog zahvata može biti vrlo neugodno i opasno. Zato, po mome mišljenju, ovaj dio posla ne bi ni u kom slučaju trebao ra-

diti neurokirurg, koliko god bio spretan, samouveren, vrijedan i hrabar. Zbog ovih je situacija, između ostalog, za vrijeme zahvata u Vinogradskoj, tamo i bio „neurokirurg Castelnovo“.

**3)** Prije svega, nije „Castelnovo“ nego je Castelnuovo. Ime mu je Paolo, radi u ORL klinici u talijanskom gradu Paviji, i nije neurokirurg nego je otorinolaringolog. I ne samo to. On je moj dugogodišnji kućni priatelj, a sve je započelo prije više od petnaestak godina kada sam na njegov poziv višekratno odlazio endoskopski operirati sinuse u Paviju i na neki način uveo tu metodu u kliniku gdje je radio. Paolo je uvijek bio ekstremno spretan kirurg s ogromnom radnom energijom, strelovito je napredovao i sretan sam da je danas veliko ime. Žao mi je da me profesor Rotim zaboravio i da se nije sjetio pozvati dugogodišnjega kolegu kojemu iz zagrebačkog kvarta Rebar do Vinogradsko treba samo 25 minuta vožnje automobilom, koji ovu kirurgiju radi 25 godina i koji ga ne bi koštalo ni 25 kuna jer bi, eventualno, nakon što je njegov tim završio operaciju na opisanom tečaju, uz prijateljski razgovor i barem 25 dobrih rinoških savjeta popio jedan espresso ili čašu Coca Cole.

**4)** Nije istina da se klasičnim transnasalnim pristupom na hipofizu radi rez na nosnom frenulumu, kako stoji u članku, jer nos taj dio ni nema. Ima samo kolumelu, odnosno onaj dio koji međusobno dijeli dvije nosnice, a frenulum pripada jeziku (i nekim drugim dijelovima ljudskog tijela, da ne spominjem ovdje). Tako zvani trans-septalni pristup podrazumijeva da se u sfenoidalni sinus pristupa kroz medialnu liniju, preparirajući nosni septum, a u pravilu se za pristup na selu turiku i na hipofizu rabi mikroskop. Ovakav zahvat na kraju zahtijeva uporabu nosnih tampona („tupfer“ nije ispravan izraz za tampone), a bolesnik uistinu ima tamponiran nos sljedećih pet dana, što svakako nije posebna ugoda. Ali, da razjasnimo pitanje neuporabe ikakvih tampona poslije operiranja sfenoidalna sinusa i tumora hipofize: kao rinokirurg i endoskopičari s 25 godina iskustva, jamčimo da je dobro nakon takvih zahvata umetnuti u nosni kavum, između septuma i srednje nosne školjke, duboko do pred sfenoidalni sinus, tako zvani Mikuliczev tampon. On nije ništa drugo doli prst kirurške rukavice ispunjen komadićem kirurške spužvice, a na kraju podvezan kirurškim koncem. Pod kontrolom endoskopa umetnemo ga u opisano područje i ostavimo tamo dan-dva. Krajeve kirurškoga konca nalijepimo na nosno krilo flasterom kako bi se sprječila mogućnost da tampončić sklizne prema ždrijelu. I to je sve. Bolesniku Mikuliczev tampon ne smeta, nos je više-manje prohodan, a druga strana ionako nije tamponirana. Mi znamo da Mikuliczev tampon sprečava mikro-krvarenja nakon zahvata jer, u

pravilu, nema apsolutne kirurške hemostaze nakon endoskopske operacije sinusa, to je područje vrlo prokrvljeno. I znamo također da je broj priraslica mnogo manji u bolesnika koji su imali Mikuliczev tampon nego u onih koji ga iz bilo kojega razloga nisu dobili.

**5)** Za cijenjenog se kolegu Vatroslava Čerinu u rečenom članku tvrdi da je, citiram, „dojen endoskopske kirurgije u Hrvatskoj“. Ova me rečenica duboko vrijeda jer sam posvetio svoj stručni i veći dio privatnoga života sinusnoj endoskopskoj kirurgiji, a endoskopskom operacijom sinusa bolesnice Nevenke K. u studenom daleke 1990. napravio povijesni korak u toj vrsti kirurgije u nas. Žao mi je ako ova činjenica nekoga iritira, ali to je gola istina. U to je vrijeme rečeni zahvat bio iskorak čiji su rezultat iščekivali ostali kolege s Klinike s podozrenjem i nekako s negativnim predznakom, a jedini koji me poticao i dao mi svekoliku podršku da to učinim bio je, nažalost od nedavno pokojni, profesor Radovan Subotić.

Nekoliko godina poslije imao sam već velik broj operacija iza sebe i objavio temeljni udžbenik za tu granu endoskopske kirurgije: „Temelji funkcionske endoskopske sinusne kirurgije“ (Školska knjiga, Zagreb 1994). Jednom riječu, što se tiče endoskopske kirurgije sinusa u Hrvatskoj, ja sam njen utemeljitelj, dojen, pionir, kako god hoćete, i ove će se godine dostoјno obilježiti 25-godišnjica te kirurgije u našoj zemlji. Čujem da kolega Čerina vrhunski endoskopski operira kralježnicu i na tome mu iskreno čestitam uz najbolje želje. Ja sam, što se kralježnice tiče, endoskopski najdaleže došao do prikaza aksisa odstranjujući velik tumor klavusa, ali klavus pripada sfenoidalnoj kosti pa predstavlja područje u kojem endoskopski sinusni kirurg mora biti suveren. Sve dalje je neurokirurgija. Kao što je sfenoidalni sinus i njegova kirurška anatomija rinosinusologija. Ne znam ništa o endoskopskim operacijama kralježnice, ali prepostavljam da je kolega Čerina dojen u tom području endoskopske kirurgije. Liječničke bi novine trebale u tome slučaju ipak biti preciznije. One nisu dnevna novina za široko pučanstvo nego službeno glasilo liječničke Komore! Jedna posve ozbiljna novina!

Prof. dr. sc. Ranko Mladina,  
otorinolaringolog i počasni direktor  
Croatian International  
Rhinological Advanced School,  
umirovljeni voditelj Referentnog centra  
za rinosinusologiju Ministarstva zdravljia  
RH, ORL klinika KBC-a Zagreb



## HUBOL-ova dobna diskriminacija

# Borba za vlast u Komori?

## Osvrt na HUBOL-ovu peticiju

- Hrvatsko udruženje bolničkih lječnika (HUBOL) uputilo je 24. studenoga „Peticiju“ u svezi promjene Pravilnika o izboru tijela u Hrvatskoj lječničkoj komori predsjedni-

ku Skupštine Komore prof. dr. **Vladi Jukiću** i u zdravstvene ustanove.

U peticiji HUBOL traži ograničenje izbora umirovljenih lječnika, iako je dosadašnji izborni postupak bio zakonit, demokratičan i na temelju pravila i statuta Komore *de facto et de iure* jer je stijedio demokratski izborni postupak.

Taj i takav postupak nikoga ne ograničava da bira i da bude biran, stoga je HUBOL-ovo traženje za isključenje ili ograničenje kolega umirovljenika i ugrožavanje njihova prava da biraju i budu birani apsolutno nedopustivo.

Držim da ovakvim stavom HUBOL demonstrira dobnu diskriminaciju, što je nedopustivo s naslova svih peticija o ljudskim pravima.

Suprotno mišljenju HUBOL-a i njegova predsjednika, koji drži da umirovljeni lječnici nisu radno aktivno i umno sposobni za obavljanje bilo koje funkcije u Komori, Europska komisija i EU smatraju osobe treće životne dobi velikim rezervoarom znanja i iskustva koja svaka civilizirana država mora koristiti pa je i u većini zemalja EU-a podignuta dobna granica za umirovljene na 67 godina.

Kolege iz HUBOL-a su vjerojatno smetnuli s uma da se u nas odlazilo ili odlazi zbog raznih razloga u mirovinu mnogo ranije od 65. godine, a pri tome želim naglasiti i tisuće veterana Domovinskog rata koji su umirovljeni a još su mladi i radno sposobni za bilo koju funkciju. A takvih ima i među lječnicima. Mislim da će se mnogi kolege u HLZ-u, AMZH-u i, nadam se, i u HAZU-u zamisliti nad tvrdnjom HUBOL-a o njihovoj umnoj i fizičkoj nesposobnosti!

Što o tome misle sveučilišni profesori, predsjednici nekih stručnih društava u HLZ-u i drugi?

Koji su motivi HUBOL-a da na takav način dezavuiraju starije kolege? Možda borba za vlast i moć?

HUBOL je peticijom pokazao netrpljivost, nedostatak socijalne osjetljivosti i empatije spram kolega treće životne dobi te potiče dobnu diskriminaciju, što je nedopustivo i neetički!

*Prim. mr. sc. Peter Brinar, dr. med.,  
predsjednik Hrvatskog društva  
umirovljenih lječnika HLZ-a,  
predsjednik Pododbora za zdravstvo  
i soc. Sindikata umirovljenika Hrvatske  
i predsjednik ogranka Ferenščica Matice  
umirovljenika Peščenica /Hrvatske*



## Krv nije voda!

*Ne činite nikad ništa  
što se protivi vašoj savjesti,  
pa čak ako to od vas i država traži.*  
Albert Einstein



Prof. dr. Stella Fatović-Ferenčić

Neka je sretnica prije nekoliko tijedana dobila golem dobitak na lutriji pa su svi o tome uzbudeno pričali. Rasprava što bi tko učinio da ga je zadesila takva šokantna sreća, sve nas je obuzela. Jedna kolegica spremno je i odlučno izjavila da bi tim novcem spasila Imunološki zavod. Svi smo se oduševili. Imunološki je zavod tijekom više od 120 godina svog postojanja postao silno važan dio naših života. Važan toliko da bi ga narod krenuo spašavati vlastitim novcem i skinuti za nj sredstva s osobnog računa bez imalo okljevanja. Nije ni čudo! Dobro je poznata činjenica da je ova ustanova najveći hrvatski proizvođač pripravaka prerade plazme, virusnih cjepiva, bakterijskih pripravaka, alergena i antiseruma. Svega što je nužno za zdravlje, a za što su se naši prethodnici mudro, mučno i uspješno borili i pomno razvijali.

Čitava priča, kao i mnoge druge iz naše medicinske prošlosti, počinje krajem 19. stoljeća kada država osvješćuje činjenicu da je nadležna za zdravlje svojih žitelja, pa se u tom smislu intenziviraju i nastojanja vezana uz cijepljenje. Ona će kulminirati osnutkom Zavoda za proizvodnju vakcine protiv boginja 1890. godine donošenjem Zakona o cijepljenju boginja u Kraljevini Hrvatskoj i Slavoniji 1891., a potom i osnutkom Kraljevskog zavoda za proizvodnju animalnog cjepiva, preteće današnjeg Imunološkog zavoda u Zagrebu 1893. godine. Već 1898. se u tom Kraljevskom zavodu proizvodilo 250.000 doza cjepiva godišnje, po čemu se mogao mjeriti sa sličnim ustanovama u ostalim europskim zemljama. Proračun za 1893. godinu pokazao je, primjerice, da se s proizvodnjom cjepiva u Zagrebu, a ne nabavkom iz inozemstva, ostvarila velika novčana ušteda, a cjepivo se izvozilo i izvan granica tadašnje države. Širenje znanstvenih spoznaja o prevenciji i liječenju zaraznih bolesti tijekom prve polovine 20. stoljeća nametnulo je daljnji razvoj Zavoda posebice u proizvodnji imunobioloških preparata. Svoju kulminaciju

on doživljava osobito dolaskom Drage Ikića, nezaobilazne ličnosti hrvatske i svjetske imunologije, pokretača i osnivača ustanove koja se uspješno bavila proizvodnjom i kontrolom imunobioloških preparata, seruma i vakcina. Godine 1961. Imunološki zavod dobiva svoje današnje ime, a 23. studenog 1993. pretvara se u dioničko društvo. Nastavlja s usavršavanjem postojećih proizvoda i stvaranjem novih, kao jedini hrvatski i jedan od najvećih regionalnih proizvodača imunobioloških preparata. Glavne njegove aktivnosti i dalje su proizvodnja virusnih i bakterijskih cjepiva, krvnih preparata, znanstvena istraživanja i prodaja te je kao takav bio konkurentan i u dijelu tržišta virusnih cjepiva na globalnom planu, ali i u dijelu frakcionacije plazme na regionalnoj razini. Nije na odmet prisjetiti i na činjenicu da je Zavod raspolagao s vlastitim matičnim sojem virusa najviše kvalitete («Edmonston-Zagreb») jednim od najboljih u svijetu, čija je licencija za proizvodnju prodana u Belgiji, Francuskoj, Indiji, Meksiku i Švicarskoj.

Prije dvije godine, 20. studenoga 2012. obilježena je 120. obljetnica osnutka ove ustanove. Tom prigodom otkrivena je nedavno

preminulom Dragi Ikiću, koji je tada u svojoj 95. godini života postao živim simbolom ne samo njezinog razvoja već i održivosti. U svim je sustavima i državnim ustrojstvima ovaj Zavod bio od nacionalnog interesa, ne samo po svojoj primarnoj ulozi u zaštiti zdravlja stanovnika već i kao pokretač znanstvenog i proizvodnog procesa. A to je ono što svaka država treba, pa onda i cijeni! Sve u svemu, dičili smo se Imunološkim zavodom kao jednim od svojih malobrojnih znanstvenih i poslovnih postignuća pa je malo tko mogao naslutiti da čemo ga se, baš u vlastitoj državi, tako olako odreći. Učiniti ono što nije učinio ni jedan jedini prethodni politički jaram, niti jedna politička represija.

Proces je tekao poput već mnogih viđenih sličnih scenarija, postupno i prepoznatljivo: Zavod je isprva izgubio dozvolu za proizvodnju lijekova iz krvi i plazme te seruma životinjskog porijekla, potom je u prosincu 2013. nad njime proveden stečajni postupak i 200 njegovih djelatnika izgubilo posao. Vijest je odjeknula ne samo u medijima već i u ljudima. Narod nije bio spremjan na gašenje stoljetne veze kojom je osvještena obveza države za opće dobro, a preventiva postala imperativ čuvanja zdravlja. Po tome smo vlastitom i dobro osmišljenom konceptu, uostalom, prepoznati i u svijetu. Od nepopularne prisile na cijepljenje do spoznaje o egzistencijalno važnoj ulozi jedne ustanove razvijala se iz dekade u dekadu uzajamnost sazdana na krvnoj vezi. A može li išta biti čvršće od toga? Ili uvjerljivije? Htjeli mi to ili ne, malo je ustanova u Hrvatskoj koje osjećamo kao dio nacionalnog bića i vlastitog identiteta, kao mjesto od povjerenja čije smo znanje i uspjehe provjeravali vlastitom krvlju. No, izgleda da je krv u nas važna tek sporadički: kada služi interesima, kapitalu ili politici.

Kasnije na nju zaboravljamo. Kao da iz nje ne nastaje život, znanje ili domovina.

(stella@hazu.hr)

.....



# Dr. Klara Dajč(eva)

(1897-1984)

## Feministkinja, antropozofkinja i homeopatkinja

Ivica Vučak

• U prošlom broju (LN 135, str. 76) objavljen je članak pod naslovom „Dr. Klara Dajč(eva) i Hrvatski liječnički zbor“, a ovde nastavljamo s njezinom zanimljivom biografijom i kratkom biografijom njezina supruga dr. Stanislava Župića (1897-1973).

Rođena je u Zagrebu 30. svibnja 1897. kao kći Tereze (1874. – 1957.) i Ljudevita Deutscha (1862. – 1917.), zagrebačkog arhitekta. Završila je Prvu gimnaziju u Zagrebu školske godine 1914/1915. te maturirala 22. rujna 1915. U zimskom semestru 1915/1916. započela je u Beču studij medicine najprije kao izvanredna studentica, a status joj je promijenjen u redovni već u istom semestru. Nakon očeve smrti skrbnik joj je u zimskom semestru 1917/1918. bio Julius Herman. U drugom broju mjeseca za socijalne i političke interese žena „Ženski svijet“, što ga je u Zagrebu 1. rujna 1917. pokrenula, izdavala i uređivala Zofka Kveder-Jelovšek-Demetrović (1879. – 1926.), objavljen je Klarin tekst pod naslovom „Što treba da se kaže“ u kojem se iskazala pristašom feminizma.

Prvi strogi ispit položila je u Beču 7. prosinca 1917. ocjenom "zadovoljavajuće". U Beču je ostala do ljetnog semestra 1918. a zatim preselila u Prag i nastavila studij medicine. U Pragu je sudjelovala u radu Jugoslavenskog akademskog društva «Skerlić» te na glavnoj godišnjoj skupštini 24. studenoga 1919. bila izabrana za odbornicu društva i voditeljicu Sekcije rasno-higijenske. Promovirana je u Pragu 23. prosinca 1920. U knjigu promoviranih doktora Sveučilišta u Zagrebu upisana 17. ožujka 1921.

Tijekom 1921. i 1922. boravila je u Njemačkoj. Iz Berlina je poslala članak „O utjecaju adrenalina na regeneraciju tkiva“ objavljen u „Liječničkom vjesniku“ (LV; travanj 1921.). Članak „O skribi za mlade u Njemačkoj“ napisala je u Charlottenburgu u kolovozu 1922. i objavila u „Glasniku Ministarstva narodnog zdravlja“ početkom 1923.

Te godine vratila se u Zagreb i otvorila svoju privatnu liječničku ordinaciju. Udaljena se za liječnika dr. Stanislava Župića, rođenog 6. ožujka 1897. u Bregima pokraj Koprivnice, koji je završio Klasičnu mušku (gornjogradsku) gimnaziju u Zagrebu stanujući je u Kraljev-



Nastavak iz broja 135

skom plemićkom konviktu. U đačkom glasilu „Domovina“ objavio je 1913/1914. nekoliko tekstova. Nakon mature 1915. studirao je medicinu u Pragu. Imao je stipendiju zemaljske vlade. U LV-u objavio je 1919. još kao student, dvodijelni eseji pod naslovom „Psihološko-psihijatrijska čeretanja“ u kojem je istaknuo: „Sav naš napredak sastoji se u smjelom otkrivanju ne posve točnih istina i naknadnom ispravljanju počinjenih pogrešaka“. U glasilu „Jugoslavija“, koji je izlazio u Pragu, objavio je početkom 1919. tekstove «O pojmu ljepote» i «Ljudi koji ne znaju što čine». Nakon promocije u Pragu 1920. vratio se u Zagreb te mu je odobreno pravo obavljanja liječničke prakse. Postavljen je pomoćnim liječnikom u Zavodu za umobolne u Stenjevcu. Nazočio je, kao gost, mjesечноj skupštini Zbora liječnika u Zagrebu 30. prosinca 1920. a već u siječnju 1921. postao je članom Zbora i uplatio 330 kruna članarine. U ožujku 1922. ustrojeno je «Udruženje pomoćnih bolničkih liječnika Hrvatske, Slavonije i Međumurja» kao nova sekcija unutar Zbora s dr. Župićem kao pročelnikom. U toj je funkciji već u travnju 1922. objavio u LV-u programatski tekst pod naslovom „Staleško pitanje pomoćnih bolničkih liječnika“, što je izazvalo reakciju dr. Josipa Locherta (1871. – 1946.), tada šefa Zdravstvenog odsjeka, koji se osjetio prozvanim. Nakon demisije dr. Julija Domca (1886. – 1933.) u lipnju 1923. izabran je Župić za tajnika u Upravnom odboru Zbora liječnika i tu je funkciju obnašao do svoga preseljenja

u Zemun u studenom 1923. Živeći u Zemunu bio je u upravnom odboru Jugoslavenskog lekarskog društva, zastupajući Zbor liječnika.

Klara Dajčeva je nazoočila mjesecnoj skupštini Zbora 30. studenoga 1923. na kojoj je čitano pismo nazoočnog Župića o njegovim pogledima na socijalizaciju medicine. U prosinackom broju LV-a 1923. objavljen je njezin prikaz „Lexicon der Gesamten Therapie des praktischen Arztes“.

Od prosinca 1923. bila je Klara u Zemunu i tmo do 1933. radila kao privatna liječnica, a bila je i liječnica socijalnog osiguranja u Zemunu. U raspravi pod naslovom „Žena“ objavljenoj 1924., u tri nastavka, u beogradskom „Ženskom pokretu“, glasilu Društva za prosjećivanje žene i zaštitu njenih prava, razvija, s feminističke pozicije, svoja razmišljanja o slobodi žene te iznosi kritiku života kakvim je žena tada živjela.

Po povratku u Zagreb radila je u svojoj privatnoj liječničkoj ordinaciji. Pridavala je važnost imaginativnoj misli i duhovno-znanstvenom ispitivanju. Kao pristaša antropozofije taj je nazor na svijet primjenjivala i na medicinu. U LV-u pisala je o temeljima antropozofske farmakologije i o medicinskim problemima u svjetlu antropozofije (1925. i 1928.).

To je isprovociralo, na skupština Zbora te također na stranicama LV-a, žestoku protuantropozofsku reakciju dr. Luje Thallera (1891. – 1949.) i dr. Eduarda Radoševića (1884. – 1939.). U časopisu Jugoslavenskog antropozofskog društva „Upoznaj sebe“, što ga je u Beogradu uređivao njezin suprug, Klara je objavila od 1931. do 1941. pod svojim imenom te pod pseudonimima „Medicus“ i „Vestigator“ niz članaka o medicinskim problemima (o bolestima kao karmičkoj posljedici grijeha, o ozdravljenju kao pravilnom pronicanju duše i tijela), o biti ljudskog ja, o ljudskoj svijesti, o pojmu duše, problemu ljudske osobe, biti slobodne volje, smislu ljudskog postojanja, reinkarnaciji, metafizici, etici i drugim filozofskim i psihološkim problemima. Prihvatala je homeopatski način liječenja i primjenjivala ga u svojoj privatnoj ordinaciji u Zagrebu, što ju je vodila do duboke starosti.

Napose se zanimala za maligne bolesti pridajući važnost konstituciji i psihičkoj kancerogenoj noksji, a u liječenju preporučujući ekstrakt imele. Objavila je i nekoliko knjiga: „Ljepota i etička svijest“ (Beograd, 1928), „Knjiga odčaranih zapisa“ (Beograd, 1929), „Kako se jedno ogleda u drugom“ (Beograd 1932), „O liječenju“ (Beograd, 1933), „Kipovi, slike, hramovi“ (Zagreb, 1935), „Rak, bolest cijelog organizma“ (Zagreb, 1968).

Umrla je u Zagrebu 3. lipnja 1984. u 87. godini života i pokopana na Mirogoju pokraj supruga dr. Stanislava Župića koji je u 76. godini umro 16. travnja 1973.

.....

# Dr. Julia Polak

## – vrhunski znanstveni rezultati i s presađenim tuđim plućima i srcem

Ivica Vučak



Dr. Julia Polak

• U svojoj knjizi „Intenzivna skrb“ (2001.) britanska književnica **Rosemary Friedman** opisuje život liječnice i znanstvenice posvećen istraživanju smrtonosne plućne bolesti. Tijekom potrage za lijekom koji bi predstavljao rješenje te zagonetke otkriva da je i sama bolesti od te bolesti. Vlastito ime na dugoj listi onih koji čekaju presađivanje uvijek nedostatnog broja raspoloživih organa otvara joj novi pogled na problem. Dirljivo se suočavaju emocionalna i etička pitanja kirurgije „rezervnih organa“, ne samo na sve kojima je to, za sada, jedina nada nego i na kirurge koji su dovedeni u poziciju koja pripada samo Bogu.

Čitanosti romana, pored spisateljske vještine autorice, pridonijela je činjenica da je to, u roman pretvoreni, život **Julije Polak**, ugledne sveučilišne profesorice u Londonu, koja je imala sreću (oni kojima se to dogodi kažu da uvijek tu riječ pišu s velikim slovom „S“) - spašena je presađivanjem pluća i srca. Iz prve je ruke shvatila da područje bolesti dišnih organa privlači, neopravданo, manju pozornost u usporedbi s na pr. srčanožilnim, tumorskim ili dječjim bolestima. U cilju privlačenja pozornosti (i fondova) problemima

disanja, povećanja broja donatora, buđenja društvene svijesti o važnosti poklanjanja organa i razvitka sustava kojim bi se skratilo vrijeme do uspješnog presađivanja dr. Polak se nije libila pokazati svoju ranjivost, otkriti vlastitu intimu. U razgovorima s Rosemary Friedman, ali i u brojnim intervjuiima za novine govorila je o strahovima iznenadnog suočavanja sa spoznajom o vlastitoj konačnosti, o dilemama priželjkivanja pojave pogodnog davatelja - čovjeka čija smrt omoguće moj život. Život s presađenim organom, opterećen svješću o tom drugom čovjeku koji nedostaje onima koji su ga poznavali i voljeli, usmjerilo je dr. Polak prema projektu stvaranje tkiva i organa u laboratoriju i na taj način smanjivanja lista čekanja.

### Prva karijera

Prof. dr. **Julia Margaret Polak**, znanstvenica s mnogobrojnim priznanjima, nositeljica naslova Dama Britanske imperije (Dame British Empire) kojim ju je odlikovala britanska kraljica 2003. godine, zapravo glavni lik romana, umrla je u Londonu 11. kolovoza 2014.

Rođena je 26. lipnja 1939. u Buenos

Airesu u Argentini u obitelji spisateljice **Rebeke rođ. Mactas** i odvjetnika i suca **Carlosa Polaka**. Obitelji njezinih roditelja bili su Židovi koji su iz Istočne Europe morali pobjeći pred progonom rastuće protužidovske hysterije. Brat njezina oca **Mojsije Polak**, eminentni argentinski neuropsiholog, sljedbenik i nastavljač rada **Pio del Rio Ortege** (1882. – 1945.) koji je bježeći pred građanskim ratom morao napustiti Španjolsku i suradnju sa svojim učiteljem **Santiagom Ramon y Cajalom** (1852. – 1934.) nobelovcem od 1905. godine.

U đačko doba Juliju je zanimala gluma te je kao srednjoškolka nastupala u amaterskom kazalištu. Bila je među najboljim studentima medicinskog fakulteta u rodnom gradu, a nakon promocije 1961. završila je specijalizaciju iz patologije. K znanosti ju je privukao njezin stric. S njegovim je dopuštenjem još kao studentica radila u njegovome laboratoriju.

Kvalitetnim radom dobila je stipendiju za usavršavanje u laboratoriju **Antony G. E. Pearse** (1916. – 2003) od 1965. prvog profesora histokemije u Royal Postgraduate Medical School at Hammersmith Hospital u Londonu, autora „Histokemije: teorijske i primijenjene“. On je postao svjetski značajan otkrićem zajedničkog embrionalnog podrijetla živaca i stanica koje stvaraju peptidske hormone (APUD stanice). Do umirovljenja 1881. godine primio je u svoj laboratorij više od 200 mladih istraživača iz više od 40 zemalja.

Skupa sa suprugom **Danielom Catoskym**, profesorom hematologije, ekspertom za kroničnu limfatičku leukemiju, za kojega se udala 1960. dok su još oboje bili studenti, preselila je dr. Julia Polak 1967. u London planirajući jednogodišnji boravak. Pogoršano društveno stanje u Argentini natjerala ih je da produlje boravak u Londonu. U političkim progonima vojska je odvela brata njezinoga supruga, a svekrrva se pridružila ženama koje su na trgovima protestirale protiv vlasti tražeći tisuće „nestalih“ sinova, braće, supruga i očeva.

Uspješnom znanstvenom karijerom ušla je među vodeća imena histokemije – istraživanja kemijskih sastojaka stanica i tkiva. Prva se služila imunohistokemijskim postupcima u otkriću komponenti aminokiselina – peptida vidljivih pod mikroskopom. Uspjelo joj je pokazati postojanje peptida unutar živaca.

Otkrila je da se ti peptidi nalaze u zrncima (granulama) koje živci nakon aktivacije otpuštaju i time nadziru ostala tkiva - neurotransmitteri. Najprije je otkrila endokrini sustav u crijevu (sekretin i peptid-sličan glukagonu), somatostatin u gušterići, u plućima (bombesin), kasnije u mjeđuhuru i srcu, a zatim i u mozgu. Bila su to temeljna otkrića kojima je dr. Polak značajno doprinijela sveukupnom razumijevanju međusobnog zajedničkog djelovanja

hormona i živaca u tijelu i radu mozga. Izabrana je 1984. profesorom patologije endokrinih žlijezda u Royal Postgraduate Medical School at Hammersmith Hospital u Londonu (tada već dijelu Imperial College London), a 1991. postala je predstojnicom Odjela.

U razdoblju 1981. – 1990. bila je na 8. mjestu po broju objavljenih članaka te na 28. od stotinu istraživača s najvećim brojem citata (prva među tisuću najcitatiranijih autora u području patologije).

## Bolest

Od djetinjstva je Julija Polak liječena od astme. Problemi disanja su se tijekom vremena pogoršali, a u dobi od 56 godina postali su toliko teški da se nije mogla uspinjati stubama. U travnju 1995. onesvijestila se u bolnici u kojoj je radial te je provela dva mjeseca u odjelu Intenzivne skrbi. Liječničkom je obradom ustavljen težak stupanj povećanog tlaka u plućnom optoku – idiopatska plućna hipertenzija.

Prof. dr. **Celia Oakley** (1931. – 2014.) predstojnica kardiologije u tim je danima bila na odmoru u Grčkoj, ali se vratila radi utvrđivanja definitivne dijagnoze. Dr. Polak je konzultirala koleg u kirurga koji joj je prethodnih godina slao uzorce tkiva svojih operiranih bolesnika na analizu, jer su zajednički pokušavali razriješiti problem odbacivanja presađenih organa. Sir **Magdi Yacoub** profesor kardiotorakalne kirurgije u Imperial College London ukazao joj je na nužnost istodobnog presađivanja pluća i srca. Dr. Polak je bilo jasno da u iščekivanju presađivanja mnogi gube trku s bolešću.

Roden 1935. u obitelji liječnika, kopta iz Egipta, dr. Yacoub je studij medicine završio 1957. u Kairu. Poticaj za specijalizaciju kardiovaskularne kirurgije bilo mu je smrt tete od srčane bolesti

s tek navršenih 20 godina. Preselio je 1962. u London, bio gostujući profesor u Chicagu 1969. godine te 1973. postao savjetnik kardiokirurg u bolnici Harefield.

Pozvan za gostujućeg profesora u Nigeriju izveo je 1974. prvu operaciju na otvorenom srcu u toj afričkoj zemlji. Od 1980. sudjelovao je u obnovi programa presađivanja srca u Velikoj Britaniji, nakon dugačkog zastoja poslije pionirske tri operacije koje je 1968. učinio tim **Donald Ross** (1922. – 2014.) i zatim zastao suočen s, tada nesavladivom, preprekom odbacivanja presatka zbog imunološke nepodudarnosti. Dr. Yacoub je prvi u Britaniji presadio plućni režanj od živog davatelje te u prosincu 1983. prvi presadio istodobno srce i pluća. Velikom radnom energijom ostvario je najveći broj uspješnih presađivanja u Britaniji, a njegovi su pacijenti imali sreću biti među najdugovječnijim u posttransplantacijskom razdoblju. Kraljica ga je proglašila vitezom 1991. Među njegovim je pacijentima i slavni egipatski glumac **Omar Sharif** (r. 1932.) kojemu je 1993. ugradio trostruku premosnicu, ali i uspio nagovoriti da ostavi cigarete (do tada je pušio više od 100/dan).

U slučaju dr. Polak problem je bio dočekati odgovarajućeg davatelja čija će pluća moći biti ugrađena u njezin gracilni prsni koš jer se njezino zdravstveno stanje pogoršavalo iz dana u dan. Uspješno ju je 17. srpnja 1995. godine operirao dr. Yacoub. Bila je to "domino" operacija u kojoj je dr. Polak dobila davateljeva pluća i srce, a njezino je srce istodobno presađeno drugom bolesniku.

## Drugi život

Poslijеoperativni je period bio kompliran infekcijom, a zatim i reakcijom odbacivanja i njezino se stanje stabiliziralo tek nakon



tri mjeseca. U tome je razdoblju u bolnici susrela bolesnika kojemu je presađeno njezino srce, no izdržalo je samo nekoliko mjeseci. Dr Polak je imala više sreće, nakon jednogodišnjeg oporavka vratio se medicini i znanosti. O svojim je bolešću promijenjenim plućima raspravljala na kliničko-patološkom sastanku u bolnici Hammersmith na kojem su se okupili kardiologi, pulmolozi, kardiokirurzi i patolozi.

Opis toga sastanka objavljen je u "British medical Journal". Odlučno se posvetila novom, daleko većem znanstvenom izazovu - rješavanju problema nedostajanja tkiva i organa potrebnih za presađivanje. Sudjelovala je u radu brojnih znanstvenih organizacija i tijela, nastupala na bezbrojnim znanstvenim skupovima, bila savjetnicom vlade. Pod svojim je imenom utemeljila Istraživačku zakladu kasnije, 1998., pretvorenu, u suradnji s **Larry L. Hench** (rod. 1938.) Amerikancem od 1996. profesorom, na Katedri za keramičke biomaterijale u Imperial College of Science, Technology and Medicine u Londonu u Centar za uzgoj tkiva i regenerativnu medicine (TERM).

Dr. Polak je Centar vodila do umirovljenja, a nastavio dr. Hench. U Centru je ostvarena je suradnju većeg broja stručnjaka različitih profila – liječnika kliničara pulmologa, kirurga, fiziologa, biologa, inžinjera, stručnjaka za materijale, matematičara, fizičara. Slijedilo je utemeljenje Društva za uzgoj tkiva i organa, a prof. dr. Julija Polak postala je šampionom afirmiranja toga znanstvenog područja. Slične su nove ustanove stvorene i u drugim dijelovima svijeta.

Dr. Hench je 1969. riješio problem vezanja umjetnih materijala za živa tkiva. Strukturu koju je patentirao pod imenom "Bioglass" kost nije odbijala. U nastavku istraživanja pošlo mu je za rukom 1981. ostvariti vezanje implanta



Polak Julia i suradnici u laboratoriju

tata i u mekim tkivima. Hench je upoznao dr. Polak s postupcima upotrebe ljudskih matičnih stanica za uzgoj tkiva i organa. Usmjerila se na stvaranje umjetno uzgojenih pluća.

Istraživali su mogućnost rasta stanica na posebno napravljenim podlogama kao što je "Bioglass". U njihov plodonosan rad spadaju prve smotre gena; umjetne "skele" na kojima stanice mogu rasti i biti analizirane. Njihova istraživačka skupina prva je u Velikoj Britaniji upotrebljavala embrionske matične stanice identificirajući puteve kojima bi se matične stanice razvile u stanice pluća ili stanice kosti, a to su bila otkrića s ogromnim potencijalnom kliničke primjene.

Pošlo im je za rukom pluripotentne embrionske matične stanice usmjeriti i uzgojiti u stanice pluća i mozga; isto su uspjeli i sa matičnim stanicama pupkovine. Pokazali su da matične stanice koštane srži mogu dospjeti u krvotok i naseliti se u bolesna pluća. Bila je u istraživačkom timu koji je otkrio kako se u stanicama različitih organa ljudskog tijela stvara dušik oksid (NO) i na koji način taj spoj, proglašen 1992. "molekulom godine", pomaže

međusobnu komunikaciju stanica u organizmu.

O suradnji s dr. Henchom u osnivanju Centra i njegovim zaslugama u proizvodnji biomaterijala treće generacije koji su bitno unaprijedili proizvodnju tkiva govorila je dr. Polak na simpoziju priređenom 29. – 30. rujna 2005. u Imperial College London u prigodi umirovljenja dr. Hencha.

I nakon umirovljenja 2006. godine nastavila je neumorno poticati čitavu znanstvenu zajednicu i privlačiti mlade istraživače u to područje. U svojoj je cjelokupnoj karijeri dr. Polak objavila gotovo tisuću izvornih članaka, napisala ili uredila 25 knjiga, bila urednicom časopisa "Tissue engineering", a 2008. uredila je monografiju "Advances in tissue engineering" u kojoj je prikupila priloge 50 najuglednijih svjetskih imena imena s područja biologije matičnih stanica, proizvodnje tkiva i organa.

No nije sve u životu dr. Julije Polak teklo glatko ni lijepo. Njezina kćer Marina, 41-godišnja odvjetnica u Londonu, smrtno je stradala 2. lipnja 2011. godine. Pri prelasku londonskog mosta udario je nebrizljivi vozač motocikla (vozio je brzinom 60 do 65 km/sat u području do-



puštenе brzine 45km/sat) i pritom je zadobila teške ozljeda mozga.

Imala je od ranije iskaznicu dobrovoljnog davatelja organa, a među šestoro ljudi kojima su životi spašeni ili značajno poboljšani presađenim organima Marine Polak bilo je i jedno dojenče. Dr. Polak se nikad nije oporavila od besmislenog gubitka kćerinog života no imala je vlastito iskustvo o tome koliko je presađivanje organa njezine kćeri značilo tim nepoznatim ljudima i njihovim obiteljima. Jedno sa suprugom pridružila se aktivistima kampanje kojom se traži zabrana vožnje u na-seljima brzinom većom od 30 km/sat.

Ni za dr. Yacouba umirovljenje 2001. u 65. godini nije značilo bacanje kopila u grm. Nastavio je djelovati kao savjetnik i propagator kirurgije presađivanja tkiva i organa, a u okviru svoje zaklade "Lanac nade" koju je utemeljio 1995. (izdašni pokrovitelj bio je Omar Sharif) nastavio je operirati djecu u Britaniji koja inače ne bi dobila šansu.

U travnju 2007. istraživačka skupina dr. Yacouba obznanila je uspješan uzgoj dijela ljudskog srčanog zalistka iz matične stanice. U Egiptu je, u Asuanu, u travnju 2009. utemeljio Srčani centar u kojem operira djecu sa srčanim manama i bolestima.

Bilo bi zanimljivo znati razmišljanje dr. Polak, jedne od najdugovječnijih pacijentica s presađenim plućima i srcem u Velikoj Britaniji, u nedjelju 27. travnja 2014. na dan proglašenja svetim pape **Ivana Pavla II** (1920. - 2005.), čovjeka koji je u svojoj enciklici "Evangelium Vitae" (1995.) i u brojnim drugim prigodama na pr. u svom pozdravu sudionicima kongresa Društva za presađivanje 20. lipnja 1991. i ponovno 29. kolovoza 2000. mudro ohrabrio sve sudionike borbe za spas i poboljšanje čovjekova života da "ništa ne smije biti bačeno što može poslužiti za spas drugog čovjeka".

Život dr. Polak, koji se čini "kao iz romana", vraća nas pitanju što mi činimo da takvo razmišljanje postane univerzalno nastojanje.



Dr. Boris Sontacchi,  
12 Apostola

# Donesite žarulju, a mi ćemo za vas naručiti cigarete

## Osvrt na organizaciju Kongresa u Opatiji 1950. godine

• Nedavno mi je u ruke došla vrlo zanimljiva knjiga čiji je autor doc. dr. sc. **Vjekoslav Bakašun**, specijalist epidemiolog, dugogodišnji djelatnik, kasnije i ravnatelj, Zavoda za zaštitu zdravlja Rijeka te autor monografije o sto godina djelovanja preventivno-medicinskih ustanova u Rijeci (1900.-2000.).

Doc. Bakašun čitavoga je svog života bio aktivan društveni i sportski radnik u rođnoj Kostreni te u Katedri Čakavskoga zabora Kostrena, pisac vrijednih publikacija u kojima donosi podatke o poginulima kostrenskim pomorcima (2009.) te reminiscira razdoblje Drugog svjetskog rata u Kostreni (2012.).

Knjiga je naslovljena: Dopisi i okružnice kao slike života. *Preventivnomedicinske ustanove Sušaka i Rijeke u vremeplovu 1945.-1950.*, a izašla je u Rijeci u izdanju Digital IN i Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, 2012. godine. Nastala je kao rezultat autorovih dugogodišnjih istraživanja povijesti zdravstva Primorsko-goranske regije, pri čemu je obilje prikupljenih dopisa i okružnica autoru poslužilo kao motivirajući prostor za oslikavanje poslijeratnog razdoblja. Riječ je o knjizi temeljenoj na originalnoj ideji, dobro odabranom i znalački obrađenom materijalu, koja nam donosi gorak podsmjeh jednog vremena, njegovih začudnih birokratskih mehanizama te načina njihovog prihvaćanja ili prevladavanja. Za čitatelje Liječničkih novina, uz dopuštenje autora, donosimo prilagođeno poglavlje o organiziranju jednog kongresa u 1950. godini.

Stella Fatović-Ferenčić

### I. Kongres higijeničara 1950. godine

U Opatiji su od 25. do 30. listopada 1950. održani I. Kongres higijeničara i Higijen-

ska izložba. U vezi s time u arhivskoj građi ima nekoliko dopisa od kojih su nekoji, gledano iz današnjega vremena, vrlo zanimljivi.

Pretpostavljam da bi dopisa trebalo biti i više jer je tih godina to bio jedan od većih zdravstvenih kongresa, ali se u arhivi ne nalaze. Tehnički organizator bio je i ovaj puta Higijenski zavod Rijeka, odnosno njegov ravnatelj dr. Miro Gradišnik koji je dne 11. IX. 1950. na adresu *Organizacioni odbor za kongres higijeničara u Opatiji /Zbor liječnika/ Šubićeva br. 9. Zagreb* poslao ovaj dopis:

*U vezi Vašeg dopisa od 2. IX. 1950. javljamo Vam da će epidiaskop biti za vrijeme trajanja kongresa Vama na raspoloženju. Potrebno je donjeti žarulju za epidiaskop.*

Dakle, stroj za projiciranje slika bio je spreman, a nedostajala mu je samo žarulja (a

što ako žarulja pregori za vrijeme projekcije?). Iz naslova se dopisa može zaključiti da je u organiziranje ovoga kongresa bio uključen i Zbor liječnika Hrvatske. No, glavni je organizator bio Savezni Komitet za zaštitu narodnoga zdravlja. Prema svemu sudeći, a što će se vidjeti i iz kasnijih dopisa, u sklopu je Kongresa bila organizirana velika Higijenska izložba. S tim je u vezi i dopis koji je HZ dne 21. septembra 1950. u predmetu Higijenska izložba u Opatiji uputio Komitetu za zaštitu narodnog zdravlja Vlade FNRJ - Beograd:

*Na dopis naslova broj K 11183 – 950 od 15 septembra 1950 god. izvještavamo, da se sa strane ove ustanove stavlja na raspolažanje izložbenom odboru drug Jurjević Ivan med. tehničar.*

Što se tiče prevoza izložbenog materijala sa riječke stanice u Opatiju, ovo je uredjeno sa Upravama ovdašnjih bolnica koje će odstupiti potrebe kamione.

*Radi eventualnih informacija i dogovora izvolite uputiti osoblje koje će aranžirati izložbu da se obraća na druga Jurjevića i to na telefon broj 2323 a u slučaju da ovaj broj ne radi na telefon broj 3675.*

Za razliku od prethodnoga skupa, ovaj je Kongres bio organiziran u prostorima hotela Kvarner u Opatiji. U svakom je slučaju to bio kvalitetan napredak, no trebalo je organizirati i ozvučenje prostora, o čemu govori dopis koji je HZ u ime *Kongresnog odbora* uputio dne 20. X. 1950. na *Radio centar Rijeka*:

*Umoljava se naslov, da bi za Kongres Higijeničara koji se održava u Opatiji dao na dispoziciju sa svojim monterom 1 razglasnu stanicu.*

*Kongres započinje dana 25. o. g. u 9 sati prije podne u prostorijama hotela Kvarner,*





a završava se dana 30. X. 50. Umoljava se da bi stanica montirala već dana 24. X. 50. po podne, a stanica bi se upotrebljavala do podne i po podne svakog dana navedenog gore.

Račun za usluge izvolite po završetku rada dostaviti Kongresnom odboru u Opatiji (Hotel Slavija), koji će ugovorenu cijenu odmah isplatići.

### Za liječnike

- sudionike kongresa
- naručuju se cigarete

Dva, za današnje prilike nepojmljiva dopisa, posebice oslikavaju tadašnje stanje i prilike na tržištu i u društvu, ali istovremeno pokazuju i brigu organizatora oko toga da se sudionici što bolje osjećaju. Oba su dopisa u prvom dijelu teksta identična:

Narodna republika hrvatska  
- Ministarstvo narodnog zdravlja  
Higijenski zavod Rijeka  
Broj: 3219 - 1950.

Rijeka, dne 16. oktobra 1950.

"PUTNIK" OPATIJA

Savez lekarskih društava FNRJ u suradnji sa Komitetom za zaštitu narodnog zdravlja Vlade FNRJ i Zbora liječnika Hrvatske - Sekcija

za higijenu i preventivnu medicinu organizira I. Kongres higijeničara i higijensku izložbu koji će se održati u Opatiji od 25. - 30. oktobra 1950. godine.

Kongres će prisustvovati oko 1200 učesnika, pa stoga umoljavamo Naslov, da izvori osigurati dovoljno raznih vrsta cigareta jer će u tom vremenu sigurno biti povećana potražnja i potrošnja. U koliko Naslov nema distribuciju za Opatiju, izvolite obavijestiti tamošnju filijalu, da si na vrijeme osigura potrebnu količinu cigareta.

S.F. - S.N.!

Za Kongresni odbor: /Dr.Gradišnik M./

Međutim, ovaj drugi dopis pravi je „biser“ i danas nepojmljiv. Svaki bi zdravstveni radnik, ali i bilo koji drugi autor ovoga dopisa u današnje vrijeme bio javno prozvan kao promicatelj jednoga poroka koji je vrlo štetan po zdravlje, a resorni bi ga ministar zbog toga sigurno (u suvremenim uvjetima SMS-porukom!) smijenio s funkcije ravnatelja. Ovaj je dopis bio pisani u godini kada su engleski epidemiolozi Doll R i Hill A.B. 1950. g. u *British Medical Journalu* objavili preliminarno izvješće o „pušenju i raku pluća“, a četiri godine prije nego su isti autori u istom časopisu objavili preliminarno izvješće „Smrtnost doktora u odnosu na njihove navike pušenja“<sup>5</sup>.

U tim su radovima na temelju svojih istraživanja posredno ukazali na povezanost pojave raka pluća s pušenjem cigareta. Rezultat tih istraživanja u vrijeme pisanja zahtjeva poduzeću "Duhan" nije još mogao biti poznat

potpisniku zahtjeva pa je ovakav tekst bio moguć, a zbog neznanja – možda danas oprostiv. Dopis je pisani u dobroj namjeri da bi se sudionicima kongresa boravak u Opatiji olakšao i učinio ugodnjim. Taj je dopis pisani istoga datauma i nosi isti broj kao i onaj prethodni za razglednice, a upućen je na *Duhan, Poduzeće R.V.I. Rijeka, Duiz br. 28.* Tekst glasi:

*Savez lekarskih društava FNRJ u suradnji sa Komitetom za zaštitu narodnog zdravlja Vlade FNRJ i Zbora liječnika Hrvatske – Sekcija za higijenu i preventivnu medicinu organizira I. Kongres higijeničara i higijensku izložbu koji će se održati u Opatiji od 25. – 30. oktobra 1950. godine.*

*Kongresu će prisustvovati oko 1200 učesnika, pa stoga umoljavamo Naslov, da izvori osigurati dovoljno raznih vrsta cigareta jer će u tom vremenu sigurno biti povećana potražnja i potrošnja. U koliko Naslov nema distribuciju za Opatiju, izvolite obavijestiti tamošnju filijalu, da si na vrijeme osigura potrebnu količinu cigareta.*

*Za Kongresni odbor: /Dr.Gradišnik M./*

U raznim se razdobljima povijesti događaju stvari koje je u kasnijem razdoblju možda teško shvatiti. Nadam se, da će ovaj prikaz pobuditi sjećanja onoga malog broja liječnika koji su djelovali u opisanom razdoblju (a možda je netko bio i sudionik ovog kongresa), a današnjim mlađima dati, makar i djełomičan, prikaz o uvjetima u kojima su djelovali zdravstveni radnici toga vremena.

.....

Hotel "Kvarner" u Opatiji



# Labirint

Dragica Kramarić

• Robert je danas čudno nemiran. Soba mu odjednom postaje tjesna, ponaša se kao plaha životinjica ulovljena u zamku, kojoj su oduzeli slobodu.

Osjećam da mu je vlastita koža postala tjesna, da ga soba guši kao da se zidovi sve više pomiču prema njemu prijeteći da će ga zdrobiti.

Knjiga stoji odbačena na televizoru, jedan časopis leži na dnu kreveta, radio nešto svira... neku muziku...neodređenu...vidi se da je on uopće ne sluša.

Još nema ni tjedan dana od kada mu

je transplantirana koštana srž, spasonosna tekućina koja je potekla njegovim venama, razmijela se tijelom, a stanice su ubrzano tražile slobodno mjesto kako bi se što bolje ugnijezdile i počele množiti.

Je li moguće da njegov život sada isključivo ovisi o tim krhkim malim tjelescima koja jedva vidiš mikroskopom?

Hoće li prsnuti, hoće li biti razoren, ili će uspjeti sačuvati svoju krhku opnu koja znači život? Hoće li imati dovoljno snage da počnu bujati i množiti se? Hoće li sve to uspjeti prije nego bakterije i virusi uzmu svoj danak?

To tijelo koje izvana još možda izgleda čvrsto, krhko je i ranjivo kao list na vjetrometini.

Može li izdržati, ili će ga uništiti razorna moć citostatika ili infekcija?

Možemo li nekako održati onaj fini balans na rubu provalje dok njegovo tijelo ne očvrsne i počne se samo boriti?

Tisuću pitanja, a odgovori su neizvjesni.

O čemu li sada razmišlja to dijete koje više nije dijete, a još nije odrastao? Umjesto da razmišlja o izlascima, prvim ljubavima, društvu, on se ovdje u ovom kavezu grčevito bori za vlastiti život.

Ima li dovoljno snage i je li svjestan koliko ga teška borba čeka?

Kako mu pomoći?

Napisati terapiju na listu, pregledati nalaze, dodati ovo ili ono...je li to sve što možemo učiniti? Moramo vjerovati, uvjeriti i njega da možemo zajednički uspjeti. Ne smijemo pokazati ni jednim pokretom, niti jednom gestom svoje sumnje, strahove i strepnje.

Na brzinu trpam svoje ranjivo »ja« duboko, duboko u neki sičušni dio mozga, provjerajam sve brave da nekontrolirano ne izleti, smi-



Foto: dr. Dragica Kramarić

jem se... izmamljujem osmjeh i na njegovom licu, ali nema bezbržne vedrine u tom osmjehu. Iako nas dijeli staklo, vidim da je potamnio sjaj u njegovim očima, usta se smiješe, ali kapci ostaju polusprijeti skrivači pogled pun bola. Jedno sklupčano preplašeno stvorenje ogleda se u tim očima, cijeli se jedan život sakrio u njima. Tijelo kao da se rasplinulo, nestalo, a u čitavom prostoru opipljava je samo neizvjesnost.

Prekidam bolnu tišinu... prenosim mu pozdrave i poruke njegovih novih prijatelja, onih koji prolaze istu kalvariju. Nepoumljivo je kako se oni svi dobro poznaju. Bolest ih je toliko zbljžila da čovjek počinje vjerovati kako komuniciraju kroz zidove. Sve znaju jedan o drugome, strepe zajedno, raduju se zajedno. Oni kao da su izašli iz svog tijela i stvorili jedno zajedničko biće koje se bori protiv bolesti. Smrt bilo kojeg od njih otkida dio tog bića, ali zajednički duh udvostručuje im snagu u borbi.

Gotovo da ne mogu shvatiti tu simbiozu. To je kao neki nježan, nevidljiv, ali neraskidiv fluid koji može naslutiti tek kad si duže s njima.

Ni zidovi izolacijskih soba ne mogu ih spriječiti u njihovom zajedništву.

...

On umire! Moj Robert umire!...tim me je riječima dočekao njegov otac pušći po ne znam koju cigaretu, nervozno hodajući hodnikom ne bi li negdje našao mira.

Otići će do njega... jedino je što sam mogla reći u tom trenutku.

Što reći čovjeku kojemu dijete odlaži i koji je izgubio ženu prije samo nekoliko mjeseci?

Ima li tih riječi koje mu se mogu reći a da ne izgledaju kao prozirna laž?

Šutjela sam i... on je šutio i u toj šutnji lebdjela su nijema pitanja i užasna bol.

...

A Robert?... Bože, ne mogu zaustaviti grč koji me guši, a on je uspio izvući od-

nekud onaj svoj blistav osmjeh... on mene pita kako sam! I... cijela je soba zablistala od tog osmjeha.

Je li moguće da to dijete ima toliko snage? Te oči još uvijek nisu izgubile sjaj i taj toliko nadmoćan smiješak... nekako pokroviteljski... koji nam govori «Ne brinite se, meni je dobro, ja sam iznad vas, ja znam ono što vi ne znate, znam više od vas i miran sam.»

To blistavo lice kao da više ne pripada svom tijelu. Tijelo je nemoćno, ranjivo, mišići bez snage, prsti ostaju nepomični, beživotni, a lice je živo i cijeli je život skupljen u njemu. Imam osjećaj da njegov pogled prodire duboko u moje misli, razotkriva ih i smiruje. Svaka riječ je suvišna.

Ostajemo trenutak u tišini, trenutak koji traje cijelu vječnost, zrak je zasićen pitanjima koja nikad neće biti izgovorena. I čemu?

U jednom trenutku zastajem u pola rečenice. Imat će smisla u ovoj sobi gdje se upravo odigrava jedna ljudska drama... u ovoj tišini... u jednom svijetu koji je tako daleko od svih drugih svjetova... ima li smisla uopće izgovoriti bilo kakve riječi utjehe?

Ne mogu se pomaknuti s mjesta. To dijete me prikvalo svojim pogledom, taj pogled govori: «Nemoj otići još! Ostani još malo ovde! Budi tu još samo malo jer ti znaš, ti shvaćaš što mi se dešava... Znaš koliko je bolna usamljenost između ova četiri zida, ti znaš kako je biti okružen samo svojom vlastitom smrću. Još samo kratko omogući mi da se oprostim jer uskoro...»

Guši me ova soba, probada me taj molečiv, ali i nekako čudno miran pogled. I ostajem.

Ne mogu narušiti tu tišinu koja se slegla oko nas.

U daljinu se čuju glasovi ljudi, tako nestvarni... glasovi koji ništa ne slute.

...

Javljuju se bolovi. Na čudan način bol je posljednja veza sa životom i tek sada shvaćam onaj blaženi osmjeh olakšanja koji

viđamo nakon posljednjeg izdisaja.

Možda je smrt ipak olakšanje onima koji nas napuštaju, samo mi to ne možemo shvatiti. Odlazim. Tek u tišini svoje sobe mogu se prepustiti boli. Suze naviru same, a ne želim, ne želim to! Može li to biti kraj? Ne! On ne smije umrijeti! Bože, ako postoji sprječi to, učini nešto! Vidiš li njegovog oca... sestru? Vidiš li koliko pate? Nemoj im to učiniti!

Pokušavam suvislo razmišljati. Imat će ikakve nade? Možda... uvijek postoji tračak nade.

Jedna je gospođa već gotovo na samrti sanjala kako se uspjela izvući iz živog blata i zaista... otišla je iz bolnice oporavljena.

Robert je krenuo drugim putem. Ipak je onaj njegov posljednji pogled značio odlazak na put bez boli... barem za njega.

...

Roberta više nema... Ni Šime nije uspio ponovo vidjeti svoje more.

Vidjela sam ga mjesec dana prije smrti. Tijelo mu se nekako smanjilo, kao da polako nestaje, ali lice je i dalje zračilo njemu svojstvenom mirnoćom.

Je li znao da je blizu kraj? Je li bio spreman?

Dugo sam gledala za kolicima u kojima se još samo naziralo njegovo iscrpljeno tijelo.

I...mjesec dana poslije pozvali su me na odjel da ustanovim smrt jednog bolesnika.

Instinktivno sam znala da je to on. U osvijetljenoj sobi sklupčano u krevetu ležalo je mršavo, blijedo, voštano...njegovo tijelo. Činilo mi se da ne pripada njemu.

Ali oči, te oči koje su ostale poluvreone bile su njegove.

Bistre i plave, pogleda zaustavljenog u nekim daljinama... izgledale su još uvijek žive.

Pokušala sam ih zatvoriti, ali kapci su se ponovo razdvojili kao posljednji trag života.

**Dr. Dragica Kramarić** rođena je 30. rujna 1956. u Lepoglavi gdje završava osnovnu školu, a potom gimnaziju u Varaždinu.

Studij medicine završila je na MEF-u u Zagrebu 1980., nakon čega se zaposlila u Koprivnici. Od 1983. radi na Internom odjelu koprivničke bolnice, 1989. je završila specijalizaciju iz interne medicine u KBC-u Zagreb, a potom užu specijalizaciju iz kardiologije u KB-u „Dubrava“. Sada radi na kardiologiji Opće bolnice „Dr. T. Bardek“ u Koprivnici. Aktivna je u Crvenom križu i višestruk darivatelj krvi (do sada 96 puta). Usprkos vrlo zahtjevnom poslu, slobodno vrijeme nastoji iskoristiti za aktivnosti koje joj na neki način „život znače“, a to je u prvom redu ronjenje kojim se bavi već 35. godinu. U mlađim danima bila je aktivni natjecatelj u podvodnoj orientaciji i dva puta (1994. i 1996.) nastupala kao član hrvatske reprezentacije u toj disciplini. Posljednjih petnaestak godina aktivno se bavi planinarenjem.

Duze vrijeme amaterski se bavi fotografijom, a u posljednje vrijeme sve više i podvodnom fotografijom. Izlagala je više puta svoje fotografije na grupnim ili samostalnim izložbama, a okušala se u slikarstvu te u modeliranju drveta i gline. Pisanje je još jedan od njezinih hobija, ali za sada slabije zastupljen. Uglavnom su to neobjavljene pjesme iz mladosti, kratke priče i zapisi u dnevniku.

Neke od kratkih priča objavljene su u lokalnim novinama. O svojim pričama kaže: „Ovi zapisi su u stvari sjećanja iz dana specijalizacije koja su ostavila dubok trag u mojoj životu i učvrstila u saznanju da biti liječnik nije samo zvanje nego i način života i da možda mi nismo odabrali medicinu, nego medicina nas, što moramo itekako opravdati.“

U ambulanti sam našla kutiju s dokumentima o njemu i njegovo bolesti, a koje li slučajnosti, do nje je bila Robertova kutija koji je umro nešto prije njega.

Je li se to sudbina poigrala? Dva mlađa života u te dvije kartonske kutije, dva mrtačka sanduka, dvije sudbine kojima je život okrenuo leđa. Bili su toliko željni života, toliko puni nade, vjerovali su... a sada su ostale samo te dvije kutije pune papira koji govore o njihovim patnjama, ali i nastojanjima da se pobijedi bolest.

Kutije će spremiti u arhiv, prekrat će ih prašina, njihova će se tijela s vremenom stopiti sa zemljom, a grobovi će se izgubiti u mnoštvu drugih.

A bol? Hoće li se bol smanjiti? Hoće li sjećanja izblijedjeti?

Ni sada, a bojim se još dugo, dugo, neću moći prihvati istinu da mnogih od njih više nema. A bili su svi tako puni nade, strpljivi, uporni do krajnjih granica izdržljivosti.

Jesam li zaista u njihovim očima vidjela neki znak oprštanja... ili mi se samo činilo?

Znam samo da sam u to vrijeme duže ostajala s njima i da smo često zajedno šutjeli.

Trebalо je to i njima i meni. Zašto je Robert od svih knjiga najviše čitao Bibliju? Je li znao, je li bio svjestan da ipak neće pobijediti svoju bolest? Možda mu je Biblija davala snagu. Njegova je mladost ranjava do bola, a on je izgledao tako smiren i spokojan onih nekoliko dana prije smrti. Želio je tako malo za sebe... samo da netko bude uz njega. Koliko sam često mislila na sva ta bića, nadala se da će možda ipak ozdraviti, ali bolest je bila jača. Nekako ne mogu shvatiti da se to stvarno dešava. Umiru li zaista ta djeca, ti mladi ljudi. Ne mogu jednostavno vjerovati da su nestali, da ih više nema, jer... još su toliko živi u mojim mislima, toliko tjesni, opipljivi. Imam osjećaj da bi ih svakog trenutka mogla dotaknuti. Posljednje riječi još uvijek lebde tu negdje u zraku, provlače se kao fluid. Čujem ih u šumu valova i vjetra, u pjesmi zrikavaca, u svakodnevnim razgovorima. Čujem ih u noćnoj tišini, osjećam ih u zalasku sunca, u mjesecini što se zrcali u bistrim vodama. Osjećam ih svugdje.

Možda je zaista njihov duh toliko jak da ga osjećam i nakon njihove tjesne smrti.

Kako god bilo, pouzdano znam da su mi promijenili život i da ih sasvim sigurno nikad neću zaboraviti. Znam da nikad neću zaboraviti njihove oči pune nade, znam da će ih viđati ponovo... u drugim ljudima, u drugoj djeci. Znam da će s njima ponovo dijeliti sve one strahove i borbe koje su prolazili. Živjet će u onima koji nastavljaju borbu... u Alenu, Saši, Željku, u svima koje čeka isti put. A ljepota njihovog duha ostat će zauvijek pohranjena mojim mislima i

sada sigurno znam da su mi ne sluteći promjenili život.

Iscrpljena, nakon napornog dežurstva spuštam se prema gradu.

Divan je svjež jesenski dan. Lišće koje se prelijeva u svim bojama od purpurno crvene do zagasito zelene lagano treperi na povjetaru.

Nebo je kristalno jasno, plavo, najplavije koje sam vidjela, a lišće kao da gori svojim

posljednjim plamenom. Priroda umire dostojanstveno, blistava i čista.

Ptice umiru pjevajući svoju najljepšu pjesmu. A ljudi? Ljudi umiru s najblistavijim pogledom u očima. Ima li to ljepote u smrti koju mi još ne možemo pojmiti?

*dragica.kramaric@kc.t-com.hr*

••••

*Dr. Boris Sontacchi, List na obali Save*



# Pjesničko djelo prim. Damira De Zana

Ljubomir Radovančević



• Primarius, mr. sc. **Damir De Zan** (Pakrac, 1958), psihijatar, subspecialist dječje i adolescentne psihijatrije, individualni, grupni, obiteljski i psihodrama psihoterapeut psihonalitičke provenijencije, objavljuje u zbirkama svoju poeziju od 2011.: „Odjaci intime“, „Dvije zelene mačke“ (2012.), „Gnijezda u oku“ i „Igra“ (2014.), posljednje dvije u koautorstvu sa suprugom **Marinom De Zan**, liječnicom obiteljske medicine, članicom nekoliko svjetskih udruga za promicanje umjetničke fotografije, kao ilustratoricom.

Jedno od zadnjih priznanja dr. De Zanu vidi se i u tome što je kvaliteta ove poezije prepoznata i u Italiji. Tako je De Zan uvršten s 12 pjesama u antologiju suvremene hrvatske poezije 2014. pod naslovom „E dopo di noi resta l'amore“ (Milano, Hefti), s predgovorom akademika **Tonka Maroevića**, a u uredništvu prof. **Marine Gatti Lipovac**. Dvojezična „Antologia della poesia croata contemporanea“ bila je promovirana u Milunu 15. 11. 2014. u prisutnosti urednice i hrvatskog ambasadora Damira Grubiša u Rimu. Na naslovici te knjige je fotografija u boji kamenitih arkada starogradskoga hvarskog Hektorovićeva dvorca sa slatkovidnim ribnjakom.

Dr. De Zan je autor i stručnih knjiga: „Slika i crtež u psihoterapiji djece“ (1994.), „Psihodinamski pristup djeci i mlađeži s teškoćama učenja“, u koautorstvu sa suprugom Marinom De Zan (1997.) i priručnika „Slika i crtež u psihoterapiji djece i obitelji“ (2013.). De Zan radi u Klinici za psihološku medicinu MEF-a Zagreb, sudjelujući i u do i postdiplomskoj nastavi.

O inspiraciji „etio (psiho)logiji“, toponomima i sadržajima, nekim vezanim za našu struku, De Zanove poezije govore npr. i naslovi, raznovrsni i signifikantni, njegovih pjesama: Toscana, Toskanski krajolik, Splitski motivi, Korčula, Brna, Dubrovnik, Česky Krumlov, Magické legendy Prahy (Čarolije Praga), Karlov most I., II., III., Halucinacija, Osmjeh Češirske mačke, Vltava, Praški orah, IQ, Psihijatar, Psihoterapija, San (adolescentna kriza), Stopalo (adolescentna, crna), Puder (narcizam smrti), Tuga, Psihoza, Park skulptura Vrsar, Džamonja, Travanj u Zagrebu, Trešnjevačke trešnje, Ohridski biser, Sommelier, Luka (Korčula, Blaca), Iz Novog Sada, S ljubavlju, Ljubljana, Nesanica, Strepnja, Depresija, Samoubojica...

Knjigu „Dvije zelene mačke“ vrlo je vještio, sjajno, nadareno i „autoportretima“ ilustrirala međunarodno nagrađivana akademska

slikarica, mr. sc., urednica, kustosica i asistentica na ALU – **Maja Rožman**.

U pjesmi „Igra“ autor se formalno, konceptualno, premetaljski igra u 6 stihova s tri riječi: psihijatar, piše, pjesme. Igra se duhovito i domišljato nastavlja i u pjesmi IQ, koristeći i onomatopeju. Zna prekinuti naoko monotoni, ali iznenadjujući mir. Mnogo ima pjesama sa samo jednom riječju u stihu, što govori o hrabrosti, konciznosti, lapidarnosti i poznavanju suvremenih poeto-kreativnih mogućnosti. I toponomima govori se o preokupacijama, putovanjima i fascinacijama pjesnika: Hampton Court Palace, Čaglić, Filipovac, Ivanovo Selo, Grubišno Polje, Daruvarska Bistrica, Hradčani, Višegrad, Glaubic, Židovska četvrt, Japan, Kyoto, Desinić, Dekumanova u Poreču; Ninska 17, Vranska, Savska ul., Vjesnik neboder u Zagrebu, Knežija, Beč, Pešta, Lago di Garda, Italija, Beram, La Muga, Draguč, Lovreč, Veliki Tabor, Figueras, Siena, Arno, Ponte Vecchio, San Gimignano, Desange Paris, Kamogava, Ohrid, Pakra, Plitvice, Bagno Vignone, Pakrac – pjesnikov zavičaj, Dubrovnik...

Pjesnik vrlo vještio plete opise i izražaje emocija s pejzažima Toskane i Jadrana. Slike su varirane, dane u sekvencama, scenama,

tehnikom nabranja. U potpunosti, obraćajući se skoro uvijek voljenoj Marini (i posveta u „Odjeci intime“ i „Dvije zelene mačke“), De Zan ulazi i u domene putenosti, strasti, nježnosti...

Odlično vlada poetskim jezikom, iznenađujući. Mnoge istine, izrečene pjesnički, govore, djeluju svježe, nikad viđene. Opisuje zamke interneta u pomorskom kontekstu.

De Zan se otkriva kao intelektualac par exellance. U njegovom se vidokrugu kreću Meštrović, Prica, Joan Baeze, Veronika Desinička, Anne Boleyn, Schile i Wally, Maurović, Uzelac, Mak Dizdar, Trepše, Mone, Stravinski, Robert Auer, Chagall, Norah Jones, Tom Gotovac, Anton Lauer, Smetana, Tosseli, Dali, Tesla, Čiril Mihaonić, Ivana Brlić Mažuranić, Swarovski.

Kulinarskim delicijama dano je poetskog prostora. U svoje pjesme De Zan involvira češke i engleske riječi. Spomenuta imena inkorporirana su nenasilno u poezijsko tkivo.

Varijacije iste teme na Karlovu mostu, kao u rondu Maurice Ravelova „Bolero“, u „Ljubomori“ I., II., III. i drugim na isti motiv.

Oniričke slobodne asocijacije s likovima iz „Alise u zemlji čuda“, halucinantne, nadrealne, fasciniraju domišljatošću.

Damir voli luckaste igre riječi, kambure, humorne gafove, a ponekad omakne se na mjestu, nehotice ali i relativno česta nesustavna rima. Iz realnog disputa pjesme kreće na izlet u snovito, u nadstvarno, pa se vraća u zadnjim stihovima u stvarnost (Psihijatar). Izmišlja ili posuđuje („Gljiva“) od djece neologizme. Od neobičnih riječi to su: brag, škrebetaljke, drijemovci, sniježnice, mote, snokraj, gumbi, povrtna, rezanec, pukanec, martensice, zagljivio, brv, kraken, sakure, šušur, ukanaliti, mandrač, hladujete, trdelnik, ubonaciti, broučci itd.

Izvrstan slikar i dočaravatelj atmosfere, ugođaja, klime iznalazi u nekoliko poteza, stihove senzibilne i pejzažne pojavnosti. Donosi kroz svoje pjesništvo i ono što ga u svakodnevnoj praksi inspirira, što doživljava i vidi u vlastitoj ordinaciji. Izraziti doživljaj psihoze pjesmom, instrumentarijem riječi, malo je tko pokušao od onih koji su pokušavali ući u njenu suštinu, no jedino je to uspio De Zan, i to fascinantno (Psihoza).

Ima pjesama napisanih na osnovi fotografija, koje su im ujedno ilustracije (Gospođica i dr.).

Ali i fotografije su eo ipso, verbatim, de rerum natura, dakle same po sebi, adekvatne i izvrsne. Marina kao izvanredna ilustratorica (i tako koautorica), članica je udruge Black and White Photography, See in Mono, Abstract Photography, Minimal Art Photography, Eye Site Photography, Minimalism Art Photography, Minimalism II Art Photography, Newer

III Color Photo of the Day, te YouPic. Dr. marina De Zan liječnica je obiteljske medicine, stekla je znanja i prakticirala psihoterapiju oboljelih od PTSP-a, alkoholizma i drugih ovisnosti.

U De Zanovoj poeziji nije moguće naslutiti utjecaj nekog od pjesnika na njegov stil, izraz, naraciju. Originalnost u sadržaju i formi provijava kroz ovo pjesništvo. Već viđena simetrija nekih pjesmi, kao i konzistentnost izraza, u novom je sadržajnom ruhu.

De Zan je majstor u ekspresiji emocijonalnosti. Neke strofe pjesnik prenosi iz pjesme u pjesmu, varirajući ritam, smisao, repeticiju. Tako su pjesme slične, istog naslova (I., II., III.), pokušane i uspjele ponovo u sličnoj, ali novoj kompoziciji, strukturi. Zanimljiv tehnički postupak (jamais vu). Pjesme odišu modernitetom svjetske poezije, a i takve su moderne, ali ne slične ikome, odudaraju od hermetičnosti, neinteligibilnosti, otuđenosti, nerazumljivosti onih mnogih suvremenih pjesnika, apstraktnih po svaku cijenu i na uštrb ljepote, čitljivosti, pitkosti.

Trenuci spajanja s onom Drugom, odvajanja od sebe u tvoje moje i moje tvoje, u ja ti i ti ja vezanost, dani su magistralno.

Genuine su metafore: more interneta, hljeb trbuha, rubin, kralj, sinestetični vir, crkveno podne, trepet ševa, mahovinast lanac i

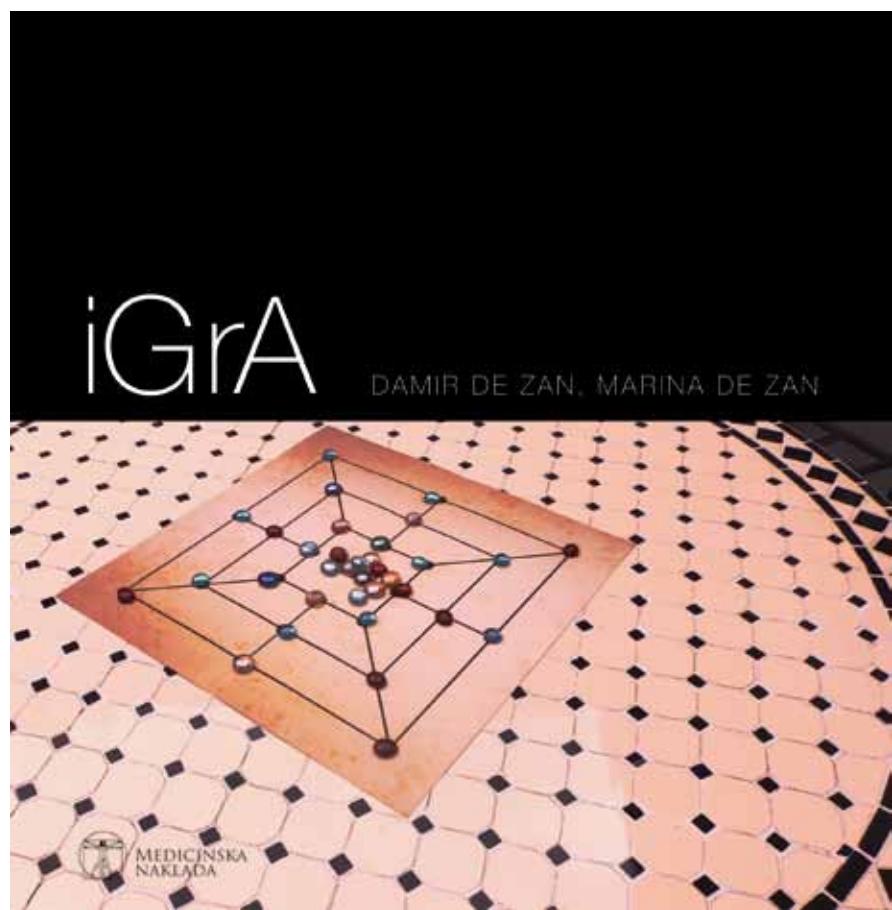
mnoge druge.

Iz ove četiri zbirke (2011-2014) - „Odjeci intime“, „Dvije zelene mačke“, „Gnijezda u oku“, „Igre“ te talijanske antologije, evidentno je da se pjesnik sve zrelje u svom izričaju estetski ponaša, da mijenja usputne tematike, da poetski raste, te da se stoga afirmira u krug kvalitetnih hrvatskih literata.

Iz načina na koji pjesnikuje vidljiva je također njegova bliskost s likovnošću, vizualnim izražavanjem, pogotovo djece s kojom je kao psihijatar profesionalno u svakodnevnom kontaktu. Izvjesna naivnost, neupravljanost životom – stresovima i frustracijama, miješanja starog s novim, a nadasve iskrenost, dominante su ove poezije. Navođenje pojmenice velikih slikara pokazuje njegovu vezanost i oduševljenje likovnim.

Fantastičnost, duhovitost, povremeni naglasak na vizualno, neposredno i otvoreno (car je gol) pa i direktni humor, karakteristike su njegove poetske ekspresije. Oduševljenost i poznavanje mora fascinantno je obilježje De Zana (More, Marina i dr. iz „Odječa intime“). Inspiriran i sučeljen s morem, vidi se da je načitan strane i domaće pjesničke riječi o tom fenomenu. Neki su značajni momenti bili nadahnuti i za više pjesama u varijantama.

Svi možda doživljavamo slične trenutke intime, ali samo ih vrstan pjesnik može



tako osmisliti i emocionalno translatirati drugima, da se sjećaju i suočaju (npr. Buđenje I-III).

Iz ove se poezije može saznati npr. da je autor služio vojsku u Novom Sadu 1982., da živi na Knežiji (Ninska 17), da pozna i voli Trešnjevku, da je u studentskoj sobi 1979., da je bio na ljubljanskem secesijskom Tromostovlju 1983. u prekomandi, da je nosio „strogog podsećene brkove“ kako nam je propisivala JNA, da 9.10.2008. doživljava ljepotu i sjećanja na Karlovu mostu...

Pjesnik ne preza iznijeti na dlanu svoje, pa i najintimnije srce na trg. U poplavi hermetizma suvremene poezije, gdje se nema što osjećati, ni razumjeti, ove knjige treba čitati.

Erotske komponente De Zanove pjesništva odaju njegovu nadarenost, hrabrost, vještina izričaja, originalnost, a to može samo zato jer **zna**. Mnogi su od nas vidjeli izložbu **Roberta Aurera** u Klovićevim dvorima, a samo je De Zan to znao tako prepričati u pjesmi. Kardinalne su osobine u De Zanovoju poeziji iskrenost i spontanost. Na taj je neki način i ispovjedna, pa možda na neki drugi način i epistolarna. O

antinarcizmu govorи pjesma Ljubomora I. De Zan nema kompleksa, nije konfliktna ličnost, (medice, curat te ipsum). Leksičko bogatstvo govorи o Damiru kao čovjeku širokih interesa i pogleda.

Sve četiri su knjige i pjesme iz talijanske antologije zapravo knjige ljubavne poezije i čežnje. Erotsko se ne izbjegava, dapače! De Zan začas umješno pretvori svakodnevne banalnosti i trivijalije u poetski izražaj kao materijal, i obratno. Tako one dobivaju ulogu zlatne (svilene) niti u pjesnikovu tkanju. Činjenica što p(r)omišlja i postavlja skoro isti sadržaj zaredom i I, II, III varijante dokaz je da to nije stihoklepačka poezija, nego a la prima vista, kao replika istog crteža sua sponte, sa sve novim detaljima, strukturom i kompozicijom. Osim toponima vješto je utkao u pjesme i imena članova svoje obitelji i svoje ime (nikad viđen postupak). Neke je stvari vrlo lijepo rekao, npr.: „kad se nasmiješ, naš vrt procvjeta“, i dr. Naglašeni ritam se sklada u rime, spontano, neizvještačeno. Prvi je unio u poeziju laicima nepoznate latinske anatomske nazive (areole), a unosi i engleske i kratke riječi songova.

Kompozicija pjesme harmonizira s ritmom, a simetričnost nije već viđeni pomodarski hit i hit optičke poezije, nego se podudara sa sadržajem i naizmjeničnim pravilnim tokom diktije stihova naglašenih i nenaglašenih slo-gova ritmova, sinkope i rima. Redovi i ritam skladnog stiha mijenjaju se s onim na svakom versu. Pjesnik zna i osjeća kako odmjeriti i koliko treba i mora npr. puta ponoviti istu riječ za redom, ili ne, u istoj pjesmi. Koliko je to pjesnik ne samo osjećajno, djelomično romantično, nego i idejno, filozofijsko, refleksivno iskazao, pa i mjestimice onkraj svijesti, po rubu metafizički i transcendentalno, s introspekcijski autodidaktički stečenim uvidom u vlastito ne-svjesno, otkriva se čitajući ga i po nekoliko puta zaredom.

Emocionalni je to pregled života jednog paradigmatski sretnog bračnog para, jedne obitelji vrhunskih intelektualaca, zrelosti od studentskih dana, a danas rijetke.

U tkivu De Zanove pjesme isprepliću se činjenice iz svakodnevice, pa uslijedi pomak u fantasmagorijsko i čak metapsihološko, što daje novu dimenziju mentalizacije, neviđenu u hrvatskoj poeziji. Iako nema uopće uvida vidljivog upliva nikad od drugih pjesnika (u žanru, tonu, slutnji), jedva neki trak možda jednom Matoša, Ivana Slamniga (?), može se intuitivno palpirati.

De Zan prožima svoj posao i poezoterapijskim remedijima (Dvojba). Daje oris svog umoti- i srco-tvornog postupka (kako napisati pjesmu).

Kao izraziti homo ludens, koji nikada nije ubio dijete u sebi (crti i uspješno radi s djecom), De Zan ludički i leksički pristupa svojem pjesmotvorstvu, uostalom on je „ludolog“.

Ilustracije modernističkim, apstraktnim, minimalističkim, crno-bijelim i kolor fotosima dr. Marine De Zan u dvije knjige, adekvatne su stihovima koji kao da su pisani nadahnuti njima.

Činjenica je da je Medicinska naklada izdala sve četiri knjige (osim talijanske). Može se pohvaliti je i zahvaliti entuzijastičnoj urednici izdavaču prof. Andri Rajić, najvećem, skoro jedinom nakladniku medicinskih i psihologičkih udžbenika i srodne literature, na izvanredno rijetkom služu za umjetničko izražavanje lječnika.

Knjige su vrhunski opremljene i ilustrirane u skladu s tematikom, tiskane na kuns-tdruku i hamer papiru, ne šteteći na prostoru i formatu, koloru, slijedeći sklad sa zahtjevnim estetskim principima. Želimo autorima i nakladniku - Medicinskoj nakladi - mnogo daljnjih takvih uspjeha.



Dr. Boris Sontacchi,  
By the radiologist



# Osječki radiolog dr. Boris Sontacchi: 400 izložbi i 70 nagrada

• **Boris Sontacchi**, dr. med., spec. radiologije, rodio se 25. lipnja 1959. u Pakracu. Oženjen je, sin Bojan, supruga Elma liječnica, spec. oftalmolog. Sin je pok. Ždravka, otorinolaringologa, i majke Bojane. Od treće godine živi u Osijeku, gdje je završio osnovnu školu i gimnaziju, MEF i specijalizaciju iz radiologije završio je u Zagrebu. Nakon pripravnog staza u „Vinogradskoj bolnici“ u Zagrebu stalno radi u KBC-u Osijek na Odjelu za radiologiju. Voditelj je odjeka za magnetsku rezonancu. Dragovoljac je Domovinskog rata i nositelj Spomenice 1991. Fotografijom se bavi od 7. razreda osnovne škole i član je Fotokluba Osijek. Izlaže od 1. razreda gimnazije, uz manje prekide za vrijeme studija. Sudjelovao je na preko 400 (!) natječajnih izložbi u zemlji i u tridesetak zemalja na svim kontinentima svijeta, primivši preko 70 različitih nagrada i diploma.

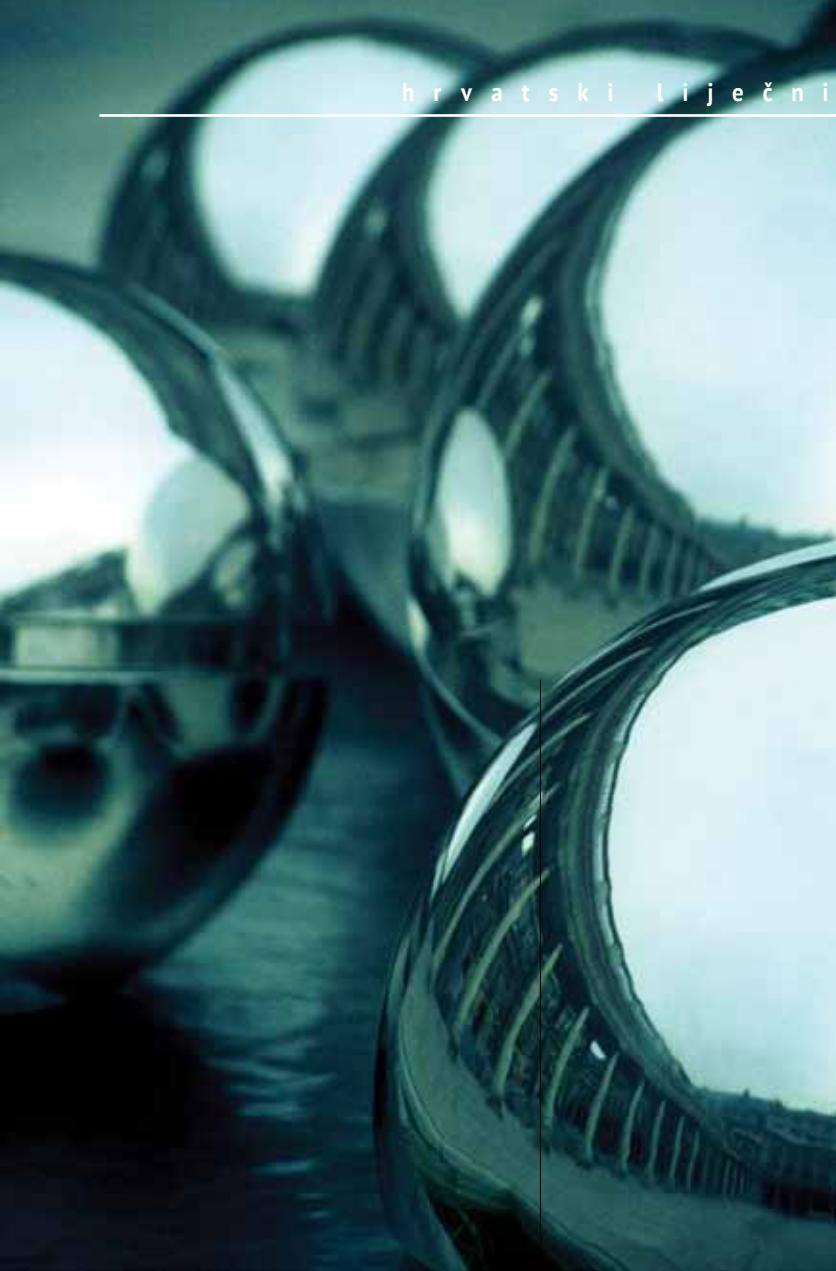
Fotografije su mu uvijek i sastavni dio reprezentativne klupske kolekcije s kojom je svoj klub predstavljao u Gracu, Mariboru, Pečuhu, Tuzli, Novom Sadu, Zagrebu, Rijeci, Rovinju, Indiji, Cipru, Njemačkoj, Australiji i Rumunjskoj. Sudionik je i kolekcije kojom je Fotoklub Osijek na Svjetskom kupu u Parizu bio 16. na svijetu, a najuspješniji od klubova iz Hrvatske. U 2006. i 2014. dobio je Plaketu Zajednice tehničke kulture Osječko-baranjske županije za značajan doprinos razvoju i promicanju tehničke kulture.

Nositelj je počasnih zvanja Artist FIAP i Hon ICS - počasni član Udruge prijatelja fotografije Amerike te Hon PESGSPC - počasni član Fotokluba PASKAL, Cipar. Imao je četiri samostalne izložbe fotografije: u Tuzli i Splitu te dvije u Osijeku. Posljednja, u osječkom HNK-u, a u sklopu 6. Kongresa Hrvatskog društva radiologa, bila je produžena do 15. studenog 2014. - Europeiske noći kazališta.

U sklopu tog događanja održana je i uspješna humanitarna prodajna akcija izloženih fotografija, a prihod od 8800 kuna bio je namijenjen Socijalnoj samoposluzi u Vukovaru. Borisov sin Bojan i snaha Dijana, oboje specijalizanti oftalmologije, također su uspješni fotografski autori i nositelji počasnog zvanja AFIAP. Galerija fotografija koje su bile izložene mogu se vidjeti na [www.sontacchi.hr/galerija/](http://www.sontacchi.hr/galerija/)

.....





Balls



Helix



Airplane

# Dr. Ivan Kosirnik

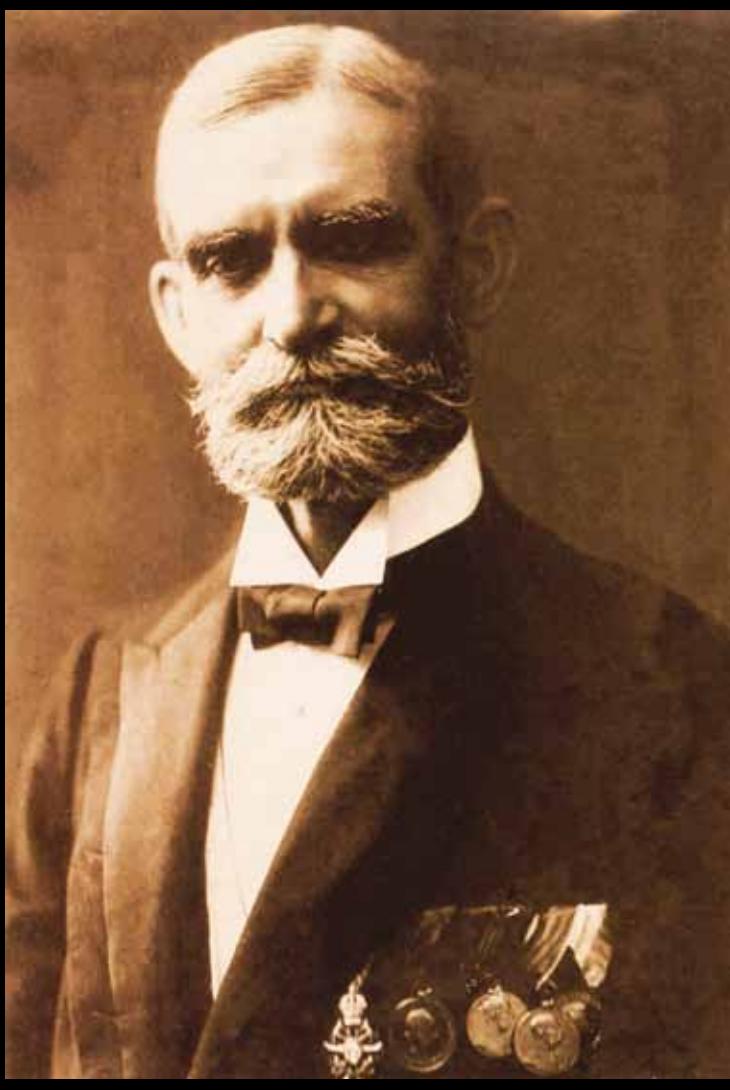
(1847-1924)

**Predsjednik Zbora  
i pionir hrvatskog sporta**

Eduard Hemar

- Rođen je 28. svibnja 1847. u Studenicama blizu Slovenske Bistrice na prostoru tadašnje Austro-Ugarske monarhije a danas Republike Slovenije. Po nacionalnosti je bio Slovenac. Gimnaziju je poхаđao u Celju, a medicinu je studirao u Grazu. Liječničku je službu započeo u kolovozu 1876. u Bolnici Milosrdne

braće u Zagrebu. U ožujku 1878. prelazi kao pomoćni liječnik u Bolnicu Milosrdnih sestara (danasa KBC Sestre milosrdnice). Godine 1883. imenovan je primarnim liječnikom, a 1895. i ravnateljem Bolnice Milosrdnih sestara. Osim toga, deset je godina radio kao gradski kotarski liječnik u Zagrebu i to od travnja 1887. do



ožujka 1897., pa je postao građanin Zagreba uz oprost plaćanja pristoje. Godine 1894. imenovan je kraljevskim zemaljskim zdravstvenim savjetnikom, a na prvoj konstituirajućoj sjednici izabran je na petogodišnje razdoblje za predsjednika Zdravstvenog vijeća. Godine 1899. taj mu je položaj produljen na još pet godina. Krajem 1914. napustio je primarijat internog odjela Bolnice Milosrdnih sestara, a 1915. je umirovljen i odlikovan naslovom kraljevskog savjetnika.

Posebno je bio zaslužan za razvoj Bolnice Milosrdnih sestara. Pod njegovim vodstvom razvijala se od malenog, skromnog zavoda do velike, tada moderne bolnice, u kojoj je broj bolesnika rastao iz godine u godinu. Znatno je pridonio i radu tadašnjeg Zbora liječnika (Sbora liječnika kraljevine Hrvatske i Slavonije), čiji je član postao 1876., a od 1886. do 1896. bio je član Odbora, potom je od 1896. bio blagajnik, a od 1902. do 1906. član Časnog suda.

Za predsjednika Zbora liječnika bio je izabran 1907. i tu je dužnost obavljao do 1913. Nakon povlačenja izabran je za začasnog člana Zbora liječnika. Unatoč mnogim obvezama nalazio je vremena i za publicistički rad. Objavljivao je u Liečničkom viestniku. Priredio je prijevod Eydamove knjige: „Higijena ili nauka o zdravlju“ (1891.), i Esmarchove knjige: „Prva pomoć kada tko nastrada“ (1882.).

Sudjelovao je na XI. Međunarodnom medicinskom kongresu održanom u Rimu od 29. ožujka do 5. travnja 1894. Putovao je i Rusiju zbog odlaska na XII. Međunarodni medicinski kongres održan u Moskvi od 19. do 26. kolovoza 1897. Zastupajući zapriječenog predsjednika Zbora Rakovca, oputovao je u Petrograd na poklonstvu Caru, pokrovitelju kongresa. Na izvanrednoj glavnoj skupštini Zbora liječnika 13. kolovoza 1909. pod predsjedanjem predsjednika zbora Kosirnika odlučeno da Zbor ne sudjeluje u Pešti na međunarodnom liječničkom kongresu, kao izraz solidarnosti s liječničkim društvima drugih slavenskih naroda u Monarhiji.

U svojem društvenom djelovanju, osim u liječničkom pozivu, posebno se angažirao u sportskim i sokolskim organizacijama. Jedan je od utemeljitelja tjelovježbenog udruženja Hrvatski sokol osnovanoga na skupštini 27. XII. 1874. u Zagrebu. U Hrvatskom sokolu bio je podstarješina i začasni član. Uz to je bio jedan od prvih članova Hrvatskog planinarskog društva (1874.).

Poseban je doprinos dao klizačkom sportu kao jedan od utemeljitelja Prvog hrvatskog klizalačkog društva osnovanog na skupštini 25. listopada 1877. u Zagrebu. Na prvoj redovnoj Glavnoj skupštini 17. XII. 1877. izabran je za prvog predsjednika, dok je prvi potpredsjednik postao ing. Milan Lenuci. Na raznim

je položajima Kosirnik u tom društvu bio 30 godina. Na mjestu predsjednika zamijenio ga je Franjo Bučar, a Kosirnik je postao začasni predsjednik. Bio je aktivan i u vatrogastvu te je u udruzi zagrebačkih vatrogasaca bio liječnik i začasni član.

Ivan Kosirnik je bio jedan od najuglednijih građana Zagreba krajem XIX. i početkom XX. stoljeća. Dao je velik doprinos razvoju medicine i počecima organiziranog sporta i sokolstva, a posebno klizanja u Zagrebu i Hrvatskoj. Kao zaslужan liječnik te društveni i sportski djelatnik ostavio je velik trag u društvu svoga vremena.

Bio je poznat kao velik altruist koji je pomagao svima kojima je mogao. Preminuo je u Zagrebu, 19. lipnja 1924. Pokopan je na zagrebačkom groblju Mirogoju uz nazočnost velikog broja ljudi koji su mu došli odati počast.

Prigodnim riječima od njega su se oprostili dr. **Miroslav Čačković** u ime Zbora liječnika i Bolnice milosrdnih sestara, **Josip Hanuš** u ime Hrvatskog sokola i dr. **Franjo Bučar** u ime Prvog hrvatskog sklizačkog društva. Po njemu je nazvana Kosirnikova ulica u Zagrebu koja se nalazi iznad KBC-a Sestre milosrdnice.

.....



Upravni odbor Prvog hrvatskog sklizačkog društva 1888. g. Gornji red s lijeva: Aurel Šenoa, Milan Živković, Slavko Šrepel, Ivo Hatz, Zvonimir Žepić, Dragutin Kaiser i Ljudevit Andrašy.

Sjede: Milan Accurti, Milan Lenuci, Ivan Kosirnik, Vladimir Čačić i Žiga Scabroth

Izv.: Arhiva mr. sc. Ivice Vučaka, dr. med. iz Zagreba  
Lit.: Spomenica hrvatskog planinskog društva u Zagrebu, Zagreb, 1884.; Vladimir Bazala, Poviestni razvoj medicine u hrvatskim zemljama, Zagreb, 1943.; Joža Glonar, „Kosirnik Ivan“, Slovenski biografski leksikon 1. knjiga, Ljubljana, 4. svežak, Ljubljana 1932.; Biserka

Belicza, Dubravko Orlić, Hrvatski liječnički zbor: predsjednici od 1874. do 2004., Zagreb, 2004.; M. Šarić, „I. hrvatsko sklizačko društvo“, Povijest hrvatskog športa br. 142, Zagreb, rujan 2007., Eduard Hemar, Slovenci u hrvatskom sportu / Slovenci u hrvaškom športu, Zagreb, 2014.

Dr. Boris Sontacchi, 3 D



# Kongresi, simpoziji i predavanja

Molimo organizatore da stručne skupove prijavljuju putem on-line obrasca za prijavu skupa koji je dostupan na web stranici Hrvatske liječničke komore ([www.hlk.hr](http://www.hlk.hr) – rubrika „Prijava stručnog skupa“).

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informacijskoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gdje **Fulvii Akrap**, na broj telefona: 01/4500 843, u redovno vrijeme ponedjeljkom, utorkom, četvrtkom i petkom od 8,00 – 16,00 sati, a srijedom od 10,30 – 18,30 sati, ili na e-mail: [fulvia.akrap@hlk.hr](mailto:fulvia.akrap@hlk.hr)

•

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Liječničkih novina“, molimo organizatore da nam dostavite sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt telefon, fax, e-

mail i iznos kotizacije.

Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: [fulvia.akrap@hlk.hr](mailto:fulvia.akrap@hlk.hr). Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani onako kako su ih organizatori dostavili.

•

Organizatori koji žele više prostora ili žele priložiti program kao umetak „Liječničkih novina“, pogotovo s logotipom i ilustracijama, trebaju to dogovoriti s poduzećem za marketing „Bonamark“ (Zagreb, Amruševa 10, tel./fax: 01/4922-952, tel. 01/4818-600, mail: [bonamark@bonamark.hr](mailto:bonamark@bonamark.hr)), po postoećem cjeniku za oglašavanje u „Liječničkim novinama“.

## • EDUKACIJA TIJEKOM CIJELE GODINE •

Tjedno ažurirani raspored trajne medicinske izobrazbe nalazi se na web stranici: [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr)

### KRATICE

**AMZH** - Akademija medicinskih znanosti

**HAZU** - Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti

**HD, genitiv HD-a** - Hrvatsko društvo

**HLK, gen. HLK-a** - Hrvatska liječnička komora

**HLZ, gen. HLZ-a** - Hrvatski liječnički zbor

**HZJZ** - Hrvatski zavod za javno zdravstvo

**KB** - Klinička bolnica

**KBC** - Klinički bolnički centar

**MEF, gen. MEF-a** - Medicinski fakultet

**MZ** - Ministarstvo zdravljia RH

**OB** - Opća bolnica

**PZZ** - Primarna zdravstvena zaštita

**SB** - Specijalna bolnica

### Tečajevi kardiopulmonalne reanimacije Europskog vijeća za reanimatologiju za odrasle i djecu u organizaciji Hrvatskog društva za reanimatologiju HLZ-a

Trodnevni tečajevi naprednog održavanja života za odrasle (ALS-Advanced Life Support) i djecu (EPLS-European Paediatric Life Support) Europskog vijeća za reanimatologiju HLZ-a

Trodnevni tečaj zbrinjavanja ozlijeđenog bolesnika – Europski trauma tečaj (ETC – European Truma Course)

Jednodnevni tečajevi osnovnih postupaka održavanja života odraslih uz upotrebu automatskog vanjskog defibrilatora (KPR/AVD) i tečaj neposrednog održavanja života (ILS – Immediate life support)

Tijekom cijele godine u Zagrebu, Rijeci, Splitu, Slavonskom Brodu, Dubrovniku, Koprivnici, Zadru, Požegi i Šibeniku

Sve detaljne informacije nalaze se na [www.crorc.org](http://www.crorc.org)

### Kardiopulmonalna reanimacija (CPR) - 5 modularnih tečajeva tijekom 2015.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 2015. godine

Diana Javor, tel. 051/407-400, fax./tel.: 051/218-407, e-mail: [djavor@medri.hr](mailto:djavor@medri.hr)

### Hrvatsko psihijatrijsko društvo – Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja – uloga liječnika PZZ - 140 radionica

Dr. Patricija Delimar, tel.: 01/2481-234

### Edukacija iz neurofiziološke tehnike – Evocirani potencijali

KBC Zagreb, Rebro – Klinika za neurologiju

Kontinuirana individualna edukacija

Papo Željka, tel.: 01/2388-352

200kn po danu edukacije

### Primjena harmoničnog rezača u kirurgiji

KBC Split, Klinika za kirurgiju Križine

Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481

1.200,00kn

### Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel

Zagreb, tijekom cijele godine

Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-718,

e-mail: [dmiklic@hotmail.com](mailto:dmiklic@hotmail.com)

3.500,00kn

### EPI Centar seminari «Epilepsija i neuroznanost»

KB «Sestre milosrdnice», Klinika za neurologiju

Zagreb, svaki zadnji četvrtak u mjesecu

Dr.sc. Hrvoje Hećimović, tel.: 01/3787-731, e-mail: [hecimovic@inet.hr](mailto:hecimovic@inet.hr)

### Kompjutersko navođenje u kirurgiji koljena

Klinika za ortopediju Lovran

Lovran, tijekom cijele godine

Nataša Možetić, tel.: 051/710-212

200,00kn

### Edukacija iz elektroencefalografije i epileptologije

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

### **Gerontološke tribine za liječnike PZZ**

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko goranske županije  
Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/358-728  
Tijekom 2014. god.

### **Javnozdravstveni stručni sastanci u HZJZ-u**

HZJZ Zagreb  
Mjesečno, tijekom 2015. 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 2015.god.  
Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/334-728

### **Trajna pedijatrijska edukacija – Pedijatrijska sekcija**

KBC Rijeka, Klinika za dječje bolesti  
Rijeka, jednom mjesečno  
Mr.sc. Neven Čače, dr.med., tel.: 051/659-111

### **Izobrazba kandidata za stalne sudske vještak**

HLK  
Zagreb, tijekom 2015.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 2015., druga srijeda u mjesecu  
Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013  
e-mail: marcel.lepppee@stampar.hr

### **Tečaj trajne edukacije iz ehokardiografije**

KB „Sestre milosrdnice“, Kl. za internu medicinu – Zavod za kardiovaskularne bolesti  
Zagreb, tijekom 2015. – trajna edukacija  
Doc.dr.sc. Dijana Delić-Brklijačić, 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  
Zageb, 01.01.-31.12.2015.  
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.-31.12.2015.  
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

### **Kontinuirani tečaj 2015. – Nove smjernice u liječenju akutnih i kroničnih rana**

HLZ, HD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju  
Zagreb, 01.01.-31.12.2015.  
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

### **Akutni infekcijski proljev i nove smjernice za liječenje**

Dedal komunikacije d.o.o.  
on-line, 15.09.2014.-15.03.2015.  
www.e-medikus.com  
Kata Križić, mob.: 099/3866-905

### **Dijabetes, tjelesna aktivnost i hipoglikemija**

Dedal komunikacije d.o.o.  
on-line, 15.09.2014.-15.03.2015.  
www.e-medikus.com  
Kata Križić, mob.: 099/3866-905

### **Izazovi u liječenju šećerne bolesti tipa 2**

Pliva Hrvatska d.o.o.  
On-line www.plivamed.net, 01.02.-01.06.2015.  
Dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., mob.: 098/499-925

### **Značaj liječenja osteoporoze**

Dedal komunikacije d.o.o.  
On-line www.e-medikus.com  
Kata Križić, mob.: 099/3866-905

### **Ultrazvuk kukova u otkrivanju RPK – razvojnog poremećaja kuka**

Dr. Gordana Miličić  
Individualna edukacija, svaka 3 tjedna  
Dr. Gordana Miličić, mob.: 091/4600-108, e-mail: gmilicic55@gmail.com  
5000,00kn

### **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

### **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

**Smetnje mokrenja**

Pliva Hrvatska d.o.o.  
on-line, 01.02.-01.06.2015.  
Dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., mob.: 098/499-925  
[www.plivamed.net](http://www.plivamed.net)

**Novosti u liječenju boli**

Dedal komunikacije d.o.o.  
on-line, 22.12.2014. – 03.05.2015.  
Zoran Milas, mob.: 098/877-827

**Edukacija liječnika obiteljske medicine o dijagnostici i liječenju spolno prenosivih bolesti u rizičnim populacijama**

HLZ, HD za urogenitalne i spolno prenosive infekcije  
Zagreb, 12.01. – 01.11.2015.  
Dr. Šime Zekan, tel.: 01/2826-310, mob.: 091/4012-658

**Kontinuirani tečaj 2015. – Nove smjernice u liječenju kroničnih rana – dekubitus**

HLZ, HLD za plastičnu, rekonstrukcijsku i estetsku kirurgiju  
Zagreb, 01.01.-31.12.2015.  
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

**Zbrinjavanje akutnih i kroničnih rana**

KB „Merkur“  
Zagreb, 01.01.-31.12.2015.  
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

**Zbrinjavanje akutnih i kroničnih rana**

KB „Sveti Duh“  
Zagreb, 01.01.-31.12.2015.  
Franjo Franjić, mob.: 098/9829-360

**Online tečaj za autore Cochrane sustavnih preglednih članaka I dio**

MEF Sveučilišta u Splitu  
Split, 02.02. – 31.12.2015.  
Dalibora Behmen, tel.: 021/557-923

**Online tečaj za autore Cochrane sustavnih preglednih članaka II dio**

MEF Sveučilišta u Splitu  
Split, 02.02. – 31.12.2015.  
Dalibora Behmen, tel.: 021/557-923

**VELJAČA**

**Primjena bilastina u liječenju sezonskog i cjelogodišnjeg alergijskog rinokonjuktivitisa i urticarija**

Berlin-Chemie Menarini d.o.o. Hrvatska  
Knin, 26.02.2015.  
Danile Roso, mob.: 099/2516-877

**Regionalni simpozij u Splitu – Lilly u predanosti liječenju bolesnika s šećernom bolesti**

Eli Lilly – Predstavništvo u RH  
Split, 26.02.2015.  
Jelena Milić Ljubić, mob.: 098/455-911

**Predavanje za liječnike obiteljske medicine**

Abbyvie d.o.o.  
Bjelovar, 26.02.2015.  
Sandra Šimić, tel.: 01/5625-531

**KBT-E multistep: Novi pristup liječenju svih poremećaja hranjenja, Dr. Dalle Grave**

Centar za poremećaje hranjenja BEA  
Zagreb, 26.-27.02.2015.  
Jelena Balabanić Mavrović, mob.: 098/9005-973; <http://dalle-grave.cen>

**4. hrvatski kongres o prevenciji i rehabilitaciji u psihijatriji s međ.sud. „Depresija u stoljeću uma“**

Penta d.o.o.  
Zagreb, 26.-28.02.2015.  
Ana Jurašić, mob.: 091/4553-200,  
e-mail: [ana.jurasic@penta-zagreb.hr](mailto:ana.jurasic@penta-zagreb.hr)  
1160,00kn

**Uvod u dermatoskopiju**

KBC „Sestre milosrdnice, Kl. za kožne i spolne bolesti  
Zagreb, 27.02.2015.  
Hrvoje Beclin, dipl.politolog, mob.: 091/6101-937  
800,00 i 1000,00kn

**Neurogena orofaringealna disfagija NOD**

Klinika za neurologiju Medicinskog fakulteta, KBC Zagreb  
Zagreb, 27.02.2015.  
Katarina Starčević, mob.: 098/9065-475  
350,00kn

**Mentalno zdravlje žena**

MEF Sveučilišta u Osijeku  
Osijek, 27.-28.02.2015.  
Mišo Debeljak, univ.bacc.oec., tel.: 031/399-612  
600,00 i 400,00kn

**Trening radnika izvanbolničke hitne medicinske službe za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare**

HLZ, HD za hitnu medicinu, Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine i Zavod za hitnu medicinu Karlovačke županije  
Karlovac, 27.02.-01.03.2015.

Tel.: 01/4677-362,  
mail: edukacija.hms@gmail.com; www.hdhm.com.hr/edukacija  
Članovi HLZ HDHM 1500,00kn, ostali 1800,00kn

**Napredni tečaj dermatoskopije**

KBC „Sestre milosrdnice, Kl. za kožne i spolne bolesti Zagreb, 28.02.2015.  
Hrvoje Beclin, dipl.politolog, mob.: 091/6101-937 800,00 i 1000,00kn

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

**Edukativne regionalne radionice – jedna patronažna sestra – jedna grupa**

Hrvatska udruga – grupa za potporu dojenja Rijeka, 28.02.2015.  
Marijana Jakčin, mob.: 091/3876-559

**Prehrana zdravog i bolesnog djeteta**

Klinika za dječje bolesti Zagreb Zagreb, 28.02.2015.  
Iva Hojsak, tel.: 01/4600-130

**Hitna stanja**

Zavod za hitnu medicinu Brodsko-posavske županije Slavonski Brod, 28.02.2015.  
Ana Stevanović, tel.: 035/495-462 600,00kn

**Županijsko natjecanje timova hitne medicinske službe**

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije Pazin, 28.02.2015.  
Dr. Gordana Antić, mob.: 098/9396-877

**Dodirne točke kardiologije i psihijatrije**

Hrvatsko katoličko liječničko društvo – središnjica Zadražić, 28.02.2015.  
Vjekoslav Radeljić, mob.: 099/3787-018

**Akutna stanja u pulmologiji**

Hrvatsko respiratorno društvo Rijeka, 28.02.2015.  
Dr. Ozren Krička, tel.: 051/407-347

**OŽUJAK**

**Prevencija i rehabilitacija sportskih povreda**

Kineziološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu Zagreb, 01.03.2015.  
Natalija Babić, tel.: 01/3025-602, e-mail: iro@kif.hr 300,00kn

**Novosti u ginekološko-opstetričkoj farmakologiji**

Pliva Hrvatska d.o.o.  
Split, 02.03.2015.  
Mato Papić, mob.: 098/9821-890

**Stručni sastanak**

Zavod za hitnu medicinu Šibensko-kninske županije Šibenik, 02.03.2015.  
Tea Juranić, tel.: 022/244-818

**Obojeni dopler u ispitivanju ekstrakranijske moždane cirkulacije**

HLZ, HD za neurovaskularne poremećaje Zagreb, 02.-07.03.2015.  
Gđa. Bernarda Nikić, tel.: 01/3768-282 5000,00kn

**Rane – principi i postupci liječenja**

KB Dubrava Zagreb, 05.-06.03.2015.  
Marina Mamić-Pavelić, tel.: 01/2902-569 700,00kn

**Education course on CRRT and HD**

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju Zagreb, 05.-06.03.2015.  
www.hndt.org, tajnik@hndt.org

**7th Croatian International Conference on Multiple Sclerosis and Related Autoimmune Disorders**

Udruga za istraživanje multiple skleroze i drugih demijelinizacijskih bolesti Zagreb, 05.-07.03.2015.  
Luka Crnošija, tel.: 01/2388-033 250,00-450,00EUR

**Suvremeni pristup ranom liječenju politraumatiziranog bolesnika**

MEF Sveučilišta u Osijeku Osijek, 06.03.2015.  
Mišo Debeljak, univ.bacc.oec., tel.: 031/399-612 500,00 i 250,00kn

**Regionalni simpozij u Rijeci – Lilly u predanosti liječenju bolesnika s šećernom bolesti**

Eli Lilly – Predstavništvo u RH Rijeka, 06.03.2015.  
Milana Stilinović Sabljić, mob.: 098/304-982

**3. simpozij Hrvatske udruge patronažnih sestara**

Hrvatska udruga patronažnih sestara Zagreb, 06.03.2015.  
Franka Luetić, mob.: 091/3876-568

**4th Zagreb Shoulder and Elbow Course 2015**

Filida – putnička agencija Zagreb, 06.-07.03.2015.  
Tatjana Mrzljak, 01/4616-520 1900,00kn

**Zbrinjavanje karotidne bolesti**

HLZ, HD za neurovaskularne poremećaje, MEF Sveučilišta u Zagrebu,  
KI. za neurologiju KBC „Sestre milosrdnice“, Ref. centar za glavobolju  
Ministarstva zdravlja  
Zagreb, 06.-07.03.2015.  
Gđa. Bernarda Nikić, tel.: 01/3768-282  
500,00kn

**Psihodinamski pristup oboljelima od karcinoma**

MEF Sveučilišta u Osijeku  
Osijek, 06.-07.03.2015.  
Mišo Debeljak, univ.bacc.oec., tel.: 031/399-612  
700,00 i 500,00kn

**Ospozobljavanje predavača prve pomoći**

Hrvatski Crveni križ  
Zagreb, 06.-07.03.2015.  
Blaženka Ledinsky, tel.: 01/4655-814  
1250,00kn

**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

**Održavanje dišnog puta i mehanička ventilacija u hitnoj medicini**

Hrvatski zavod za hitnu medicinu, HLZ, HD za hitnu medicinu i  
Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine  
Krapinske Toplice, 06.-08.03.2015.  
Tel.: 01/4677-362,  
mail: edukacija.hms@gmail.com; www.hdhm.com.hr/edukacija  
Članovi HLZ HDHM 1200,00kn, ostali 1400,00kn

**MEDIP – Medicinski dijalog istraživanja i prakse**

Roche d.o.o.  
Tuheljske Toplice, 06.-08.03.2015.  
Lidiјa Majstorović, mob.: 099/2196-895

**Psihološki aspekti palijativne skrbi**

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 06.-31.03.2015.  
Ana Jurašić, mob.: 091/4553-200, e-mail: ana.jurasic@penta-zagreb.hr  
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

**Dijagnostičko terapijske smjernice za rinitis i rinosinuitis**

Društvo za unaprijeđenje hrvatske otorinolaringologije  
Zagreb, 07.03.2015.  
Marica Grbešić, tel.: 01/3787-360

**Zaustavimo glaukom**

HLZ, Hrvatsko oftalmološko društvo  
Zagreb, 08.-14.03.2015.  
Mia Zorić Geber, mob.: 098/827-399

**Ultrasound in Primary, Emergency & Critical Care Medicine, USCMC-BL1 (Basic level 1) provider**

HLZ, HD za internu medicinu  
Zagreb, 09.-10.03.2015.  
Prof.dr. Radovan Radonić, mob.: 091/5491-930,  
tel.: 01/2367-483; 2367-481  
1000,00kn

**Obojeni dopler u ispitivanju intrakranijske moždane cirkulacije**

HLZ, HD za neurovaskularne poremećaje  
Zagreb, 09.-14.03.2015.  
Gđa. Bernarda Nikić, tel.: 01/3768-282  
5000,00kn

**Regionalni simpozij u Osijeku – Lilly u predanosti liječenju bolesnika s šećernom bolesti**

Eli Lilly – Predstavništvo u RH  
Osijek, 10.03.2015.  
Diana Ostojić, mob.: 098/351-352

**Hepatitis E – emergentna zoonoza ili mit?**

HDKM – HD za kliničku mikrobiologiju HLZ-a  
Zagreb, 12.03.2015.  
Jasminka Blaha, mob.: 091/4012-622

**HTI Konferencija industrije zdravstvenog turizma**

Wellness Dalmacija d.o.o.  
Krapinske Toplice, 12.-14.03.2015.  
Ljerka Milas, HGK, Sektor za turizam, tel.: 01/4561-658,  
e-mail: lmilas@hgk.hr  
490,00kn

**Progresivne miklone epilepsije**

Klinika za neurologiju Medicinskog fakulteta, KBC Zagreb  
Zagreb, 13.03.2015.  
Dr. Andreja Bujan Kovač, tel.: 01/2388-344/471

**Novosti u NDT – 2015.**

HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju  
Zagreb, 13.03.2015.  
www.hdndt.org, dr. Nikola Janković, tel.: 01/3712-084

**Nacionalni programi ranog otkrivanja raka**

ZJZ županije Istarske  
Pula, 13.03.2015.  
Lorena Lazar Č Stefanović, tel.: 052/529-000

**Odabrana poglavља iz kliničke farmakologije**

MEF Sveučilišta u Splitu  
Split, 13.-14.03.2015.  
Prof.dr.sc. Miroslav Šimunić, tel.: 021/556-002  
200,00kn

**VIII. hrvatski simpozij o rezistenciji bakterija na antibiotike**

HDKM – HD za kliničku mikrobiologiju HLZ-a  
Zagreb, 13.-14.03.2015.  
Jasminka Blaha, mob.: 091/4012-622  
850,00/600,00kn

**Napredni ITLS tečaj**

Hrvatska gorska služba spašavanja  
Fužine, 13.-15.03.2015.  
Dr. Tvrto Pervan, tel.: 01/3313-031  
2500,00kn

**Tercijalna prevencija neuroloških, psihičkih i onkoloških bolesti u obiteljskoj medicini – međunarodni kongres**

Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine  
Zagreb, 13.-15.03.2015.

Jasna Vučak, tel.: 01/4590-100, www.dnoom.org  
1600,00kn

**Nikad dovoljno opreza – znanje je sigurnost**

Hrvatska udruga medicinske sterilizacije HUMS-TE  
Zagreb, 14.03.2015.  
Maja Veličković, mob.: 091/4920-864

**Intervencijska radiologija u onkologiji**

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split  
Split, 16.03.2015.  
Dr.sc. Krešimir Dolić, dr.med., tel.: 021/556-243,  
e-mail: kresimir.dolic@st.t-com.hr

**Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka**

Klinika za traumatologiju, RTG odjel  
Zagreb, 16.03.2015.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,  
mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com  
3.500,00kn

**Nove spoznaje o dijabetesu**

MEF Sveučilišta u Splitu  
Split, 20.03.2015.  
Dr. Joško Božić, tel.: 021/557-853

**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

**(EAMS) European Spring Airway Symposium '2015, ESAS '2015 and 2nd Croatian Congress of Airway Management**

HLZ, HD za zbrinjavanje otežanog dišnog puta  
Zagreb, 20.-22.03.2015.  
Nikica Žunić, mob.: 091/5147-358  
1500,00kn

**Proljetni simpozij s Oktal Pharmom**

Oktal Pharma d.o.o.  
Poreč, 21.03.2015.  
Sonja Uršić Hudetz, mob.: 091/3707-024

**27. znanstveno-stručno-edukativni seminar s međ.sud.**

– DDD i ZUPP '15 – važnost u izvanrednim okolnostima  
Korunić d.o.o. Zagreb  
Zagreb, 24.-27.03.2015.  
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341  
1000,00kn

**Ultrazvuk dojke**

HLZ, Hrvatsko senološko društvo  
Zagreb, 26.03.-30.05.2015.  
Ingrid Begić, mob.: 091/7613-677  
9500,00kn

**Autoimune neuromuskularne bolesti**

Klinika za neurologiju KBC Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu, HLZ, HLK  
Zagreb, 27.03.2015.  
Milica Jug, vft, tel.: 01/2376-408,  
e-mail: ervina.bilic@mef.hr; predbiljezbe.emg.nrl@kbc-zagreb.hr  
600,00kn specijalizanti, 300,00kn specijalizanti, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

**3. simpozij – Odabранe teme iz dijalize**

KB „Merkur“  
Zagreb, 27.03.2015.  
Vesna Mlinarić, tel.: 01/2399-290

**Kirurgija traume oka i okuloplastična rekonstrukcija**

KBC Zagreb, Kl. za očne bolesti, MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 27.03.2015.  
Kristina Mikina, tel.: 01/2388-430  
300,00kn

**16. Hrvatski simpozij o aritmiji i elektrostimulaciji srca**

Radna skupina za aritmije i elektrostimulaciju srca; Guliver travel  
Zagreb, 27.03.2015.  
Jelena Đerić, tel.: 01/4920-680  
1000,00kn

**Trening trijaže u odjelu hitne medicine**

Hrvatski zavod za hitnu medicinu  
Dubrovnik, 27.-28.03.2015.  
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

**Trening radnika izvanbolničke hitne medicinske službe za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare**

HLZ, HD za hitnu medicinu, Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine i Zavod za hitnu medicinu Karlovačke županije  
Karlovac, 27.-29.03.2015.  
Tel.: 01/4677-362,  
mail: edukacija.hms@gmail.com; www.hdhm.com.hr/edukacija  
Članovi HLZ HDHM 1500,00kn, ostali 1800,00kn

**Treći Hrvatsko – Ruski kongres duhovne psihijatrije**

Hrvatski institut za duhovnu psihijatriju  
Opatija, 27.-29.03.2015.  
Rudolf Ljubičić, mob.: 098/715-999, e-mail: hidp.cisp@gmail.com  
800,00kn

**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

**Hrvatska stomatologija od Austro-Ugarske monarhije do Europske unije**

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)  
Zagreb, 31.03.2015.  
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662

**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

**Depresivnost kod djece**

ZIZ županije Istarske  
Pula, 10.04.2015.  
Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

**UGFS workshop by vascular surgeon Dr. Attilio Cavezzi**

KB Dubrava  
Zagreb, 15.04.2015.  
adriana@rozi-step.hr, mob.: 091/3506-655

**10. simpozij Hrvatskog društva za zaštitu od zračenja s međ.sud.**

HD za zaštitu od zračenja  
Šibenik, 15.-17.04.2015.  
Tomislav Bituh, tel.: 01/4682-653  
600,00 – 1200,00kn

**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.)

**4. zajednički kongres HD za ultrazvuk u medicini i biologiji HLZ-a i Združenja za rabo ultrakzvoka v medicini SDZ-a**

Split, 16.-18.04.2015.  
Gordana Ivanec, tel.: 01/2903-255  
Rana kot. 240,00EUR, kasna kot. 280,00EUR

**X susret intervencijskih radiologa Hrvatske s međ.sud.**

HLZ, HD radiologa, Sekcija za interventnu radiologiju  
Trakošćan, 16.-19.04.2015.  
Barbara Radošević Babić, mob.: 098/1660-474  
200-250 EUR

**Interventional Pain Management & Cadaver Workshops**

European Pain Federation EFIC endorsed, Žuti mačak d.o.o.  
Osijek, 16.-19.04.2015.  
Žuti mačak d.o.o., Sandra Šutić, Christian Vrdoljak, tel.: 01/4880-610,  
mob.: 099/2572-470, e-mail: agencija@zutimacak.hr  
Croatian Pain Society, Andrea Mršo, tel.: 031/511-531,  
e-mail: mrsoandrea385@gmail.com  
3800,00kn

**12. kongres osoba sa šećernom bolešću Hrvatske**

Hrvatski savez dijabetičkih udruga  
Mali Lošinj, 16.-19.04.2015.  
Nataša Ćuk Roland, mob.: 091/3131-044,  
e-mail: diabetes@diabetes.hr  
400,00kn

**Hitna stanja u neuroradiologiji**

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split  
Split, 20.04.2015.  
Dr.sc. Krešimir Dolić, dr.med., tel.: 021/556-243,  
e-mail: kresimir.dolic@st.t-com.hr

**Hrvatska proljetna pedijatrijska škola**

HLZ, Hrv. pedijatrijsko društvo, Hrv. društvo za školsku i sveučilišnu medicinu, KBC Split  
Split, 20.-24.04.2015.  
Prof.dr.sc. Vjekoslav Krzelj, tel.: 021/556-793, fax.: 021/556-590, e-mail: krzelj@kbsplit.hr  
1000,00kn + PDV

**Tečaj iz osnova muskuloskeletnog ultrazvuka**

Klinika za traumatologiju, RTG odjel  
Zagreb, 20.-24.04.2015.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,  
mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com  
3.500,00kn

**Srčane aritmije – racionalni pristup**

MEF Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 23.-25.04.2015.  
Dr.sc. Mislav Puljević, mob.: 091/4680-414  
1500,00kn

**SEEFORT**

Hrvatsko ortopedsko društvo  
Dubrovnik, 23.-25.04.2015.  
Stjepan Dokuzović, mob.: 091/8920-172  
80-300 EUR

**Urtikarija (etiopatogeneza i terapijski pristup)**

KBC Zagreb, Klinika za dermatovenerologiju MF-a Sveučilišta u Zagrebu  
Zagreb, 24.-25.04.2015.  
Gordana Dučkić, tel.: 01/2368-915  
500,00 i 300,00kn

**Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija**

Pučko Otvoreno Učilište Centar, POUČ – Zagreb  
Zagreb, 25.04.2015.  
Mladen Kerstner, prof., mob.: 099/4683-964  
750,00kn

**Mediterska dijeta – farmakonutrijenti, nutrigenomika i epigenomika**

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)  
Zagreb, 28.04.2015.  
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662

**Međunarodni susret timova HMS u Hrvatskoj**

Zavod za hitnu medicinu Istarske županije  
Pula, 29.-30.04.2015.  
Gordana Antić, mob.: 098/9396-877  
2000,00kn

**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

**Drugi hrvatski neuroimunološki kongres Hrvatskog društva za neurovaskularne poremećaje Hrvatskog liječničkog zbora**

HD za neurovaskularne poremećaje  
Zagreb, 07.-08.05.2015.  
Prof.dr.sc. Vanja Bašić Kes, tel.: 01/3787-740

**Simpozij o praktičnoj primjeni 3D UZV 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 softwre-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

**Rame – izazov u ortopediji i rehabilitaciji**

Klinika za ortopediju Lovran  
Lovran, 08.05.2015.  
Ivana Kotri Mihajić, mob.: 091/5784-180  
250,00kn

**Suzbijanje komaraca na poplavljenom području županijske Posavine**

ZJZ županije Istarske  
Pula, 08.05.2015.  
Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

**XXVIII Simpozij Hrvatskog društva pedijatrijskih pulmologa (HDPP)**

HLZ, HD za pedijatrijsku pulmologiju, Kl. za dječje bolesti KBC Split, Grad Sinj, Viteško alkarsko društvo Sinj, 08.-10.05.2015.  
Prof.dr.sc. Neven Pavlov, tel.: 021/556-095, 556-303, fax.: 021/556-590, e-mail: npavlov@kbsplit.hr 350,00kn

**Hitna stanja u ambulantni obiteljske medicine**

Zavod za hitnu medicinu Brodsko-posavske županije Slavonski Brod, 10.05.2015.  
Ana Stevanović, tel.: 035/495-462 600,00kn

**Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera (kraći naziv: DDD trajna edukacija)**

Korunić d.o.o. Zagreb  
Zagreb, 12.05.-18.06.2015.  
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341 700,00kn

**11. kongres Hrvatskog društva za digestivnu kirurgiju s međ.sud. i edukacijski sastanak St. Mark's Hospital London**

HLZ, HD za digestivnu kirurgiju, Podružnica Rijeka Opatija-Rijeka, 13.-16.05.2015.  
Studio Hrg d.o.o., Ljubica Grbić, tel.: 01/6110-450, 6183-140, e-mail: kongres@studiohrg.hr, www.digestive-surgery2015.com 2500,00kn specijalisti, 800,00 med. sestre, specijalizanti i studenti gratis

**V. Balneološki skup „Dr. Ivan Šreter“**

Spec.bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik Lipik, 15.05.2015.  
Dr. Oto Kraml, e-mail: oto.kraml@bolnica-lipik.hr

**Lokalni režnjevi u rekonstrukciji defekata kože glave i vrata**

**KB Dubrava**  
Zagreb, 15.05.2015.  
Marija Juras Maček, tel.: 01/2903-431 400,00kn liječnici, 200,00kn studenti Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija Pučko Otvoreno Učilište Centar, POUČ – Zagreb Zagreb, 16.05.2015.  
Mladen Kerstner, prof, mob.: 099/4683-964 750,00kn

**14. Lošinjski dani bioetike**

Hrvatsko filozofsko društvo  
Mali Lošinj, 17.-20.05.2015.  
Hrvoje Jurić, tel.: 01/6111-808 1500,00kn

**Radiološko dijagnostički pristup u patologiji orbite**

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split Split, 18.05.2015.  
Dr.sc. Krešimir Dolić, dr.med., tel.: 021/556-243, e-mail: kresimir.dolic@st.t-com.hr

**Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka**

Klinika za traumatologiju, RTG odjel Zagreb, 18.-22.05.2015.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com 3.500,00kn

**82. znanstveno-stručni simpozij „Zoonoze“**

HLZ, HD infektologa, Sekcija za zoonoze HDIB-a Slavonski Brod, 28.-30.05.2015.  
Nevenka Jakopović, e-mail: njakopovic@bfm.hr Članovi društva 500,00kn, ostali 600,00kn, medicinske sestre i tehničari 300,00kn

**Dijagnostičke metode u pulmologiji**

KBC Split, Klinika za dječje bolesti, Klinika za plućne bolesti Komiža, 28.-30.05.2015.  
Prof.dr.sc. neven Pavlov, tel.: 021/556-095, Mirjana Bogdanović, tel.: 021/556-303, fax.: 021/556-590, e-mail: npavlov@kbsplit.hr; mbogdan@kbsplit.hr 1000,00kn

**26. simpozij HD za medicinsku biokemiju i laboratorijsku medicinu**

HD medicinskih biokemičara Zagreb, 30.05.2015.  
Manuela Miletić Lovrić, tel.: 01/4600-325 400,00kn

**LIPANJ**

**15. proljetni simpozij medicinske etike i deontologije – Etičnost alibi medicine**

HLZ  
Zagreb, 02.06.2015.  
Prim. Goran Ivanišević, tel.: 01/4872-414

**Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka**

Klinika za traumatologiju, RTG odjel Zagreb, 08.-12.06.2015.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com 3.500,00kn

**Toksikologija aditiva**

ZJZ županije Istarske  
Pula, 12.06.2015.  
Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

**25th Ljudevit Jurak international symposium on comparative pathology**

Ljudevit Jurak University Department of Pathology Clinical Hospital Center Sestre Milosrdnicel Zagreb, 12.-13.06.2015.  
Contres projekti d.o.o., Josipa Čale, tel.: 01/4821-193  
550,00kn

**Radiološki prikaz patoloških promjena vrata**

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split Split, 15.06.2015.  
Dr.sc. Krešimir Dolić, dr.med., tel.: 021/556-243,  
e-mail: kresimir.dolic@st.t-com.hr

**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

**30. međunarodni skup patologije**

HLZ, HD za patologiju i sudsku medicinu Rovinj, 27.-28.06.2015.  
Tanja Leniček, tel.: 01/3787-437,  
e-mail: tanja.lenicek@kbcsm.hr

**RUJAN**

**Cijepljenje – obavezna i neobavezna cijepljenja**

ZJZ županije Istarske Pula, 11.09.2015.  
Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

**Ultrazvuk štitnjače i površinskih struktura glave i vrata**

HLZ, Hrvatsko senološko društvo Zagreb, 17.09.-21.11.2015.  
Ingrid Begić, mob.: 091/7613-677  
6500,00kn

**Vrijednost CT i MR angiografije u dijagnostici bolesti cerebralnih i krvnih žila vrata**

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split Split, 21.09.2015.  
Dr.sc. Krešimir Dolić, dr.med., tel.: 021/556-243,  
e-mail: kresimir.dolic@st.t-com.hr

**Advanced Paediatric Life support**

Sekcija za pedijatrijsku i neonatalnu intenzivnu i urgentnu medicinu Hrvatskog pedijatrijskog društva, HLZ- i MEF Sveučilišta u Splitu Split, 25.-27.09.2015.  
Prof.dr.sc. Julije Meštrović, mob.: 098/432-590,  
e-mail: julije.mestrovic@gmail.com  
2.200,00kn

**Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka**

Klinika za traumatologiju, RTG odjel Zagreb, 28.09.-02.10.2015.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,  
mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com  
3.500,00kn

**LISTOPAD**

**7. hrvatski endokrinološki kongres**

HLZ, Hrvatsko endokrinološko društvo Lovran, 01.-04.10.2015.  
Prof.dr.sc. Željka Crnčević Orlić, mob.: 098/368-983

**Zaštita okoliša od otpadnih voda**

ZJZ županije Istarske Pula, 09.10.2015.  
Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

**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

**Trajna edukacija za izvoditelje obvezatnih DDD mjera**

(kraći naziv: DDD trajna edukacija)  
Korunić d.o.o. Zagreb Zagreb, 13.10.-19.11.2015.  
Javorka Korunić, tel.: 01/2308-341  
700,00kn

**„Shear Wave“ elastografija muskuloskeletalnog sustava**

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split Split, 19.10.2015.  
Dr.sc. Krešimir Dolić, dr.med., tel.: 021/556-243,  
e-mail: kresimir.dolic@st.t-com.hr

**Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka**

Klinika za traumatologiju, RTG odjel Zagreb, 26.-30.10.2015.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,  
mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com  
3.500,00kn

**Ultrazvuk dojke**

HLZ, Hrvatsko senološko društvo Zagreb, 29.10.2015.-12.01.2016.  
Ingrid Begić, mob.: 091/7613-677  
9500,00kn



## STUDENI

### Praktične vještine za pisanje stručnih publikacija

Pučko Otvoreno Učilište Centar, POUČ – Zagreb  
Zagreb, 07.11.2015.  
Mladen Kerstner, prof., mob.: 099/4683-964  
750,00kn

### Karbapenemaze gram negativnih bakterija

#### – značaj i dijagnostika

ZJZ županije Istarske  
Pula, 13.11.2015.  
Lorena Lazarić Stefanović, tel.: 052/529-000

### Zašto „Core“ biopsija dojke

Zavod za dijagnostiku i intervencijsku radiologiju KBC Split  
Split, 16.11.2015.  
Dr.sc. Krešimir Dolić, dr.med., tel.: 021/556-243,  
e-mail: kresimir.dolic@st.t-com.hr

[www.escrh-cro-2015.org](http://www.escrh-cro-2015.org)



### Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel  
Zagreb, 16.-20.11.2015.  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,  
mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com  
3.500,00kn

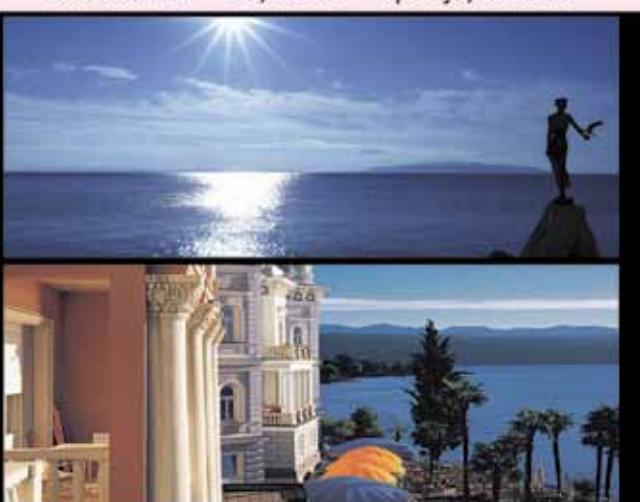
## PROSINAC

### Intervencije na venama

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split  
Split, 21.12.2015.  
Dr.sc. Krešimir Dolić, dr.med., tel.: 021/556-243,  
e-mail: kresimir.dolic@st.t-com.hr

## S.I.S. EUROPEAN CONGRESS ON BREAST DISEASES

6<sup>th</sup> CONGRESS  
OF THE CROATIAN SENOLOGIC SOCIETY  
October 22 – 25, 2015 – Opatija, Croatia



[www.novacon.hr/senology2015](http://www.novacon.hr/senology2015)