

Lijecničke Novine

GLASILO HRVATSKE LIJEĆNIČKE KOMORE



TEMA BROJA



WONCA rural u Dubrovniku

Dolaze svjetski priznati stručnjaci obiteljske medicine

Str. 19-22

im pressum

LIJEĆNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske liječničke komore
ADRESA UREDNIŠTVA
10000 Zagreb, Tuškanova 37, Hrvatska
GLAVNI I ODGOVORNJI 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 Mustić
Doc. dr. Ljiljana Perić
Prof. dr. Mirjana Sabljarić-Matovinović
Prim. dr. Katarina Sekelj-Kauzlaric
Doc. dr. Hrvoje Šobat

UREDNIČKI ODBOR

Dražen Borčić • Tomislav Božek
Nikolina Budić • Egidio Čepulić
Stella Fatović Ferenčić
Franjo Husinec • Josip Jelić
Željko Krznarić • Slavko Lovasić
Adrian Lukenda • Vjekoslav Mahovlić
Ingrid Márton • Hrvoje Minigo
Matija Prka • Dražen Pulanić
Ljiljana Puljak • Katarina Sekelj Kauzlaric
Andreja Šantek • Ivica Vučak

UPUTE SURADNICIMA

Rukopisi se šalju na adresu:

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

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

Obliskovanje A. Boman Višić
Tisak "Mediapro - Tiskara Hrastić d.o.o."

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

kazalo

LIJEĆNIČKE NOVINE 137 • 15. ožujka 2015.

RIJEČ PREDSJEDNIKA 5

Prilika za potporu profesionalnog razvoja iz EU fondova

IZ KOMORE 6

34. Sjednica Izvršnog odbora • Održana prva sjednica SIP-a • Sastanak u OB Slavonski Brod

IZ HRVATSKOG LIJEĆNIČKOG ZBORA 14

Obilježena 141. obljetnica

DUBOKA MOŽDANA STIMULACIJA 16

Neke neurološke bolesti ne možemo izlječiti, ali ih možemo zaliječiti

WONCA U DUBROVNIKU 19

13. svjetska ruralna konferencija • Vratiti sjaj obiteljskoj medicini • Equip-ova ljetna škola

ZDRAVSTVENI SUSTAV 23

Bolja regulacija tržišta lijekova

IZ HRVATSKOG ZDRAVSTVA 25

Liječenje fibrilacije atrija krioablacijom plućnih vena • Master plan prošao saborsku raspravu
HAZU izdaje glasnik • 20 godina Medixa • Sretan svršetak

IZ AKADEMIJE MEDICINSKIH ZNANOSTI HRVATSKE 32

Akademijin laureat Nastja Kučišec-Tepes

NOVOSTI SA STRUČNIH SKUPOVA 33

„Highlights in Stroke“ u Zagrebu • Liječenje onkoloških bolesnika u Hrvatskoj
Drugi dani hrvatske genetike

PRENOSIMO IZ mef.hr 37

Položaj znanstvenih novaka u Hrvatskoj

ZDRAVSTVO U SVIJETU 40

Grubi nasrtaji na autonomiju liječničkih komora • Autonomija medicinske struke • „Ja doktor – ti pacijent!“

NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE 43

ZAGREBAČKI MODEL UTVRĐIVANJA PATOGENEZE 52

Etiopatogeneza poremećaja energijskog i tvarnog metabolizma – II. dio

COCHRANE ZANIMLJIVOSTI 57

Kako pomoći pacijentima da se pridržavaju terapije

GINEKOLOŠKE TEME 59

Hormonsko liječenje menopauze nije onkogeno • O geripauzi, epiziotomiji, MIPS-u i Splitu

TEHNOLOGIJA U MEDICINI 61

Prednosti i moguće zamke e-Propisivanja

LIJEĆNICI U SLOBODNOVRIJEME 62

26. travnja Liječničkom stazom na Sljeme

PISMO UREDNIŠTVU 63

Diskriminacija znanstvenika u županijskim zavodima

IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE 64

Ukinuće Liječničke komore 1946. i što je bilo poslije

USPOMENE I SJEĆANJA 67

Boško Barac: Pola stoljeća s hrvatskom neurologijom

IZ FOTOALBUMA NAŠIH LIJEĆNIKA 73

Dr. Dragica Kramarić: Hrvatsko podmorje

HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI 76

Prim. Zoran Poljšak

KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA 79

Slika na naslovnicu: dr. Ines Balint, predsjednica KoHOM-a, dr. Tanja Pekez - Pavliško, predsjednica organizacijskog odbora WONCA konferencije i dr. Dijana Ramić Severinac, voditeljica EQIP-ove ljetne škole, snimila A. Šantek

Prilog: Pravilnik o izboru tijela Hrvatske liječničke komore

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

Prilika za potporu profesionalnog razvoja iz EU fondova

• Nedostatak doktora medicine sve više dolazi do izražaja. Prijeti nam opasnost da u vrlo skoroj budućnosti ova pojava značajno ugrozi naš zdravstveni sustav. Zato hitno treba poduzeti mјere koje to mogu spriječiti. Od ulaska Hrvatske u EU, potpisao sam više od 950 dokumenata koji su potrebni našim članovima za rad u državama EU-a. Istina, još nisu svи napustili Hrvatsku, ali to sa strahom možemo očekivati. Točan podatak o broju doktora medicine koji su raskinuli ugovor o radu i iz kojih ustanova su točno otišli još nemamo, ali nadam se da ćemo ga uskoro imati. Zatražili smo od ravnatelja zdravstvenih ustanova i HZZO-a da nam službeno dostave zbirne podatke. Ovo iz razloga što se komori temeljem zakonskih propisa javljaju naši članovi osobno, a ustanove nam nisu dužne dostavljati stanje svojih ugovora o radu koji predstavljaju poslovnu tajnu svake ustanove. Većina doktora koji odu na rad u inozemstvo ostanu uredno licencirani članovi Komore pa se nadamo da će tako i ostati, ali da će nam javiti promjenu svoje adrese rada.

Kao što je to bilo i u drugim državama koje su 2004. postale članice EU-a, najviše se osjeti nedostatak specijalista anestezijologa. Taj će se problem vrlo teško riješiti usprkos povećanju broja odobrenih specijalizacija. Jer, specijalizanti moraju obavljati svoju edukaciju sukladno Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, a kada kao specijalizanti u određenoj djelatnosti rade s pacijentima, trebaju nadzor mentora. Oni mogu puno pomoći, ali ne mogu riješiti nedostatak specijalista. Na naš zahtjev smo 9. ožujka glavna tajnica Komore **Nikolina Budić**, dipl. iur., i ja osobno u Ministarstvu zdravlja razgovarali ministrom i njegovim zamjenikom o mjerama koje bi mogle povoljno utjecati na zadržavanje naših doktora u Hrvatskoj.

Povodom Dana hrvatskih liječnika 26. veljače održan je u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo stručni skup („okrugli stol“) „Liječnici u preventivnim programima“, na kojem je u prezentacijama i raspravi ponovo istaknuta važnost ovog dijela zdravstvene zaštite. Kao vanjski član Saborskog odbora za zdravstvo i socijalnu politiku predložio sam na sjednici 27. veljače da Hrvatski sabor proglaši 26. veljače Danom hrvatskih liječnika u spomen osnivanja Hrvatskog liječničkog zbora 1874. godine.

Od niza događaja u proteklih mјesec dana osvrnuti ću se na samo neke za koje



mislim da su izuzetno značajni. Hrvatska komora medicinskih sestara pokrenula je projekt za osnivanje Centra za profesionalni razvoj i trajno usavršavanje samostalnih profesija u RH. Postoji velika vjerojatnost financiranja iz EU fondova. Odlučili smo se aktivno uključiti u taj složeni multidisciplinarni projekt. Zato su na prezentaciji o suradnji i pripremi projekta sudjelovali predstavnici naše komore prim. **Katarina Sekelj-Kauzarić** i **Nikolina Budić**, dipl. iur.

U pripremi je Pravilnik o dopunskom radu kod drugog poslodavca. Zbog toga je u Ministarstvu zdravlja održan sastanak na kome smo aktivno sudjelovali prim. **Danijel Mrazovac**, kao zamjenik predsjednice našeg Povjerenstva za bolničku djelatnost, i ja. Istaknuli smo naše stavove za koje se zalažemo duže vrijeme. Ponajprije, zalažemo se da liječnici u svoje redovito radno vrijeme mogu dovoljno zaraditi da im dopunski rad neće biti potreban. Budu li ga ipak željni, predlažemo da se dopunski rad omogući svima, ali uz uvjet da zbog toga ne dođe do smanjenja obujma i kvalitete rada u njihovoj matičnoj ustanovi. Suglasnost za dopunski rad trebao bi davati isključivo ravnatelj. Očekujemo konačan prijedlog pravilnika, na koji ćemo, vjerujem, imati prilike dati svoje primjedbe.

Od značajnih događaja svakako treba istaknuti sjednicu Skupštine HLZ-a, koja je bila dobro posjećena. Iste večeri održan je tradicionalni humanitarni liječnički bal. U tu svrhu naša je Komora, kao i prethodnih godina, donirala novčana sredstva (10.000 kn). Uz čestitke organizatoru, želimo da se ova tradicija humanitarnih aktivnosti nastavi.

Nacionalno povjerenstvo za specijalističko usavršavanje doktora medicine pri Ministarstvu zdravlja raspravljalo je o nacrtu izmjena i dopuna važećeg Pravilnika o mjerilima

za prijam na specijalizaciju koji su izradili mladi liječnici, većinom članovi Društva mladih liječnika HLZ-a. Predlagatelji su svoje izmjene i dopune temeljili na prikupljenim primjedbama i pritužbama svojih članova, mladih liječnika koji su postupak odabira i prijama na specijalizaciju u našim zdravstvenim ustanovama već prošli. Vjerujem da ćemo uskoro, nakon šire rasprave među svim dionicima ovog složenog i važnog postupka, dobiti bolji Pravilnik, koji će imati vrlo jasne kriterije. To će osigurati dobivanje specijalizacije onima koji svojom kvalitetom to najviše zaslužuju.

Zbog prijepora oko organizacije i provedbe zbrinjavanja hitnih bolesnika u Brodsko-posavskoj županiji održan je 13. ožujka u Slavonskom Brodu sastanak Županijskog povjerenstva komore s predstvincima bolničkih doktora, primarne zdravstvene zaštite i Zavoda za hitnu medicinu. Sastanak je vodio prim. **Ninoslav Leko**, predsjednik Županijskog povjerenstva i dopredsjednik Skupštine komore. Reportažu o tom posjetu čitajte u ovom broju Liječničkih novina.

Izbori u Komori intenzivno se pripremaju. Održan je prvi sastanak Središnjeg izbornog povjerenstva, čija je predsjednica doc. dr. sc. **Ika Kardum-Skelin**. O svim postupcima za uspješno provođenje izbora na vrijeme ćemo vas informirati. Ovo je jedna od najvažnijih i najzahtjevnijih aktivnosti. Međutim, organizacija VIII simpozija i proslava 20. obljetnice obnovljenog rada Hrvatske liječničke komore uz sve druge redovite poslove zahtijevaju puno rada i pažnje.

Kao što sam napisao u prošlom broju LN, završili smo postupak relicenciranja za gotovo 9.000 naših članova. Svi koji to do sada niste učinili, podignite svoja rješenja i nove licence kod svojih županijskih povjerenika. Za svaku je pohvalu činjenica da je vrlo mali broj onih koji nisu imali dovoljan broj bodova iz stručnog usavršavanja potrebnih za obnovu licence te zbog toga moraju pristupiti ispitu. To nam pokazuje koliko su naši doktori medicine svjesni da moraju cijeli radni vijek učiti kako bi mogli svojim pacijentima pružiti najbolju zdravstvenu zaštitu. Radi se o našem profesionalnom i etičkom imperativu. Svima je jasno da osim prikupljanja bodova u šest godina treba za profesionalni razvoj puno više, a za to su potrebni uvjeti. To se prevenstveno odnosi na financiranje, slobodne dane i osiguranje zamjena. Komora je više puta pokušala ishoditi bolje uvjete za izobrazbu svojim članovima, pa smo tako tražili da sredstva koja se utroše na izobrazbu budu porezna olakšica i da se svima osiguraju dani za edukaciju. Za sada nismo našli na razumijevanje nadležnih, ali nećemo odustati.

Vaš predsjednik
Prim. dr. Hrvoje Minigo

34. sjednica Izvršnog odbora

Uskoro Pravilniku o radu izvan radnog vremena

Piše i snimila Andreja Šantek

- Predsjednik Komore prim. **Hrvoje Minigo** je na 34. sjednici Izvršnog odbora održanoj 14. veljače izvijestio članove o sastanku s ministrom zdravlja prim. **Sinišom Vargom**, dr. dent. med., i ravnateljicom HZZO-a **Tatjanom Prendić Trupec**, mag. ing. el., na kojem se razgovaralo o statusu i perspektivi privatnog zdravstva i izvanbolničkih ugovornih specijalista u sustavu zdravstva te o problemima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Na sastanku su sudjelovali i predsjednik Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu dr. **Senad Muslić** i predsjednik Povjerenstva za privatnu praksu i ugovornu vanbolničku specijalistiku doc. **Vladimir Mozetić**. S obzirom da je privatni sektor još uvijek stigmatiziran u zdravstvenom sustavu, rekao je doc. Mozetić, Komora želi dati prijedloge o uključivanju privatnog sektora u sustav i njegovom pozicionirajući kao ravnopravnom.

Razgovaralo se i o ugovaranju pojedinih usluga iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u privatnim ustanovama koje zadovoljavaju kriterije, no druga strana, iako ima dobru volju, kazao je doc. Mozetić, smatra da se prvo mora urediti javni sustav, a nakon toga višak usluga prepustiti privatnom sektoru pod određenim uvjetima. To se prije svega odnosi na pomoći u rješavanju listi čekanja za dijagnostičke postupke, ali i za postupke u dnevnoj kirurgiji za što postoji dovoljan broj privatnih ustanove koje to mogu učiniti. Doc. Mozetić također je rekao da bi osiguranici trebali biti ti koji će odlučivati kod kojeg davatelja će tražiti uslugu, neovisno o vlasništvu, a osiguravajući kući bi samo trebalo biti bitno da zna zadovoljavaju li te ustanove kategorizacijske uvjete. No, svima je upitan dio koji se odnosi na cijene tih usluga tj. tko bi trebao platiti razliku u cjeni s obzirom da su cijene HZZO-a niske. Ovo je neminovno, rekao je doc. Mozetić, otvorilo i pitanje ulaska drugih osiguravajućih kuća i drugih oblika osiguranja.

Jedna od tema razgovora je bila i Pravilnik o radu izvan radnog vremena koji je

još uvijek u pripremnoj fazi, s time da su inzistirali da to ne bude samo odnos javno-privatno već i javno-javno i privatno-javno što podrazumijeva u potpunosti iskorištavanje znanja zdravstvenih djelatnika, i to ne samo liječnika već i srednjeg medicinskog kadra. Doc. Mozetić podsjetio je i na trenutnu situaciju u kojoj liječnik iz javnog sektora može poslije podne i izvan radnog vremena otici raditi u Sloveniju bez da ikoga pita, a da istovremeno to ne može u svome gradu bez suglasnosti ministra odnosno ravnatelja ustanove. Predložili smo ministru, dodao je, da se odluka o dopuštenju prepusti ravnatelju ustanove odnosno predstojniku klinike koji će procjeniti učinkovitost zdravstvenog djelatnika u okviru javnog sustava i nakon toga mu dati odobrenje. P Pravilniku bi se uskoro trebalo rapravljati na okruglom stolu na kojem će sudjelovati svi zainteresirani, a nakon toga bi se donijela i konačna odluka. Doc. Mozetić kazao je da su donesene dvije

odлуke: da će se organizirati zajednički sastanak osiguravatelja, te da će Povjerenstvo za privatnu praksu i ugovornu vanbolničku specijalistiku ministru dostaviti pisani prijedlog o mogućoj integraciji privatnog i javnog sektora. Prijedlog će prije toga, dodao je doc. Mozetić, raspraviti na Izvršnom odboru u roku od 45 dana.

Dr. Muslić je rekao da su s ministrom razgovarali o koncesijama u primarnoj zaštiti, ali da je stav Ministarstva jasan tj. da koncesije ostaju. No, u Ministarstvu razmišljaju o tome da koncesija bude varijabilna u odnosu na to rade li liječnici u domu zdravlja, u nekim drugim prostorima ili u svojim prostorima, za što dr. Muslić smatra da nije u redu jer bi koncesijska naknada trebala biti za sve ista. Dodao je i kako Ministarstvo još uvijek pregovra s Poreznom upravom o tome treba li zakup prostora odvojiti od koncesije, te da se zakup prostora plaća po tržišnoj cijeni što bi znatno povisilo troškove poslovanja. Ministra su upoznali i s problemom djelatnika domova zdravlja koji ni na koji način ne mogu sudjelovati u dobici DZ-a temeljem obavljenih dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP), ali i ne mogu preći u koncesionare zbog zakonske odredbe prema kojoj najmanje 30 posto ordinacija mora ostati u sastavu DZ-ova. Ministar je najavio promjenu tj. ukidanje tog ograničenja, te dodatno finansijsko stimuliranje liječnika u DZ-ovima da rade što više DTP-a čime će lakše stići uvjete za prelazak u koncesiju nakon što se ista raspriše. Dr. Muslić upoznao je ministra i s činjenicom da djelatnici Hitne medicinske pomoći imaju veće koeficijente i plaće u odnosu na liječnike iz obiteljske medicine koji dežuraju u hitnoj pomoći što bi trebalo ispraviti. Ministra su upozorili,



Drugi dopredsjednik Komore prim. dr. Dražen Borčić, predsjednica Povjerenstva za javnozdravstvenu djelatnost prof. dr. Vesna Jureša i zamjenik predsjednice Povjerenstva za trajnu medicinsku izobrazbu prim. dr. Ninoslav Leko

dodao je dr. Muslić, i na činjenicu da su osiguravajuće kuće počele tužiti liječnike za naknadu štete temeljem Zakona o sigurnosti u prometu. Naime, ukoliko liječnik ne prijavi promjenu zdravstvenog stanja svog pacijenta između dva pregleda za vozačku dozvolu, a dogodi se prometna nesreća, kazao je dr. Muslić, osiguravajuće kuće su počele teret odgovornosti prebacivati na doktore jer nisu prijavili promjenu zdravstvenog stanja.

Doc. Mozetić izvjestio je članove IO-a da je 13. veljače u Ministarstvu zdravlja održan i sastanak vezan uz ugovorne vanbolničke specijaliste koji su u zakupu u DZ-u, a koji strahuju od nametanja komercijalne cijene najma. Ovo ujedno otvara i pitanje zadržavanja koncesije, dodata je, ukoliko dođe do promjene mjesta boravka uslijed nezadovoljstva s ekonomskom cijenom najma.

Izvršni odbor donio je odluku o prihvatanju partnerstva na osnivanju Centra za profesionalni razvoj i trajno usavršavanje slobodnih profesija RH. Kako je pojasnila tajnica Komore **Nikolina Budić**, dipl. iur., prijedlog je stigao iz Komore medicinskih sestara u kojoj smatraju da objedinjavanje svih pripadnika zdravstvenih profesija, poglavito reguliranih, može stvoriti bolju platformu za realiziranje projekata iz EU fondova na području trajnog usavršavanja.

.....

Na temelju odredbe članka 4. stavka 3. točke 2. Pravilnika o izboru tijela Hrvatske liječničke komore, Središnje izbirno povjerenstvo Hrvatske liječničke komore na 1. sjednici održanoj dana 06. ožujka 2015. godine donosi

UPUTE ZA RAD IZBORNIH POVJERENSTAVA IZBORNIH JEDINICA

I.

Središnje izbirno povjerenstvo doštaviti će svim izbornim povjerenstvima popis birača izborne jedinice.

Uz popis birača iz prethodnog stavka ovoga članka Središnje izbirno povjerenstvo dostavlja izbornim povjerenstvima i sljedeće obrasce:

- Obrazac za isticanje kandidature za delegata Skupštine (obrazac 01/15)
- Obrazac izjave o prihvatanju kandidature za delegata Skupštine (obrazac 02/15)
- Obrazac za isticanje kandidature za predsjednika Komore (obrazac 03/15)
- Obrazac izjave o prihvatanju kandidature za predsjednika Komore (obrazac 04/15)
- Obrazac za isticanje kandidature za prvog do-

predsjednika Komore (obrazac 05/15)

- Obrazac izjave o prihvatanju kandidature za prvog dopredsjednika Komore (obrazac 06/15)
- Obrazac zapisnika izbornih povjerenstava o zaprimljenim kandidaturama (obrazac 09/15)
- Obrazac Liste kandidata za delegate Skupštine (obrazac 10/15)

II.

Izbirno povjerenstvo izborne jedinice (dalje u tekstu: izbirno povjerenstvo) dužno je kandidatima za delegate Skupštine Hrvatske liječničke komore (dalje u tekstu: delegati Skupštine) učiniti dostupnim obrasce potrebne za kandidaturu, osim potvrde kojom se potvrđuje da kandidatu nije izrečena disciplinska mjera privremenog ili trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence) koja je još uvijek na snazi te potvrde o uplaćenoj članarini.

Svi obrasci potrebni za kandidaturu bit će dostupni i na službenoj stranici web stranici Hrvatske liječničke komore – www.hlk.hr, u rubrici Izbori 2015.

Potpiske iz stavka 1. ovoga članka kandidati za delegate Skupštine mogu zatražiti u sjedištu Hrvatske liječničke komore, u Zagre-

bu, Ulica fra Grge Tuškana 37 ili putem službenog e-maila hlk@hlk.hr

ožujka 2015. godine te je donesena i Odluka o upućivanju poziva svim biračima da provjere svoje podatke u evidencijama Komore te utvrđivanje sadržaja uputa za liječnike koji nisu upisani u birački popis. SIP je tvrdio i sadržaj uputa kandidatima za delegate Skupštine HLK i kandidatima za predsjednika odnosno provg dopredsjednika HLK. Donesena je i Odluka o vrstama i izgledu obrazaca za provođenje izbora. Usvojene odluke dostupne su na mrežnim stranicama Komore www.hlk.hr u rubrici Izbori 2015. AŠ

**Zamjenik predsjednice SIP-a dr. Ante Županović,
predsjednica SIP-a doc. prim. dr. sc. Ika Kardum Skelin
i tajnik Komore Nikolina Budić, dipl. iur.**



bu, Ulica fra Grge Tuškana 37 ili putem službenog e-maila hlk@hlk.hr

III.

Izbirno povjerenstvo dužno je održati prvu sjednicu nakon što zaprimi izborne materijale iz članka I. ove Odluke. Na prvoj sjednici izbirno povjerenstvo obvezno je odlučiti o rasporedu svojih aktivnosti.

Na temelju odluke izbirnog povjerenstva o rasporedu aktivnosti, izbirno povjerenstvo dužno je na oglasnoj ploči izborne jedinice istaknuti obavijest u kojem se vremenu mogu preuzeti obrasci iz stavka 1. ovoga članka te u kojem će vremenu kandidati moći osobno izbornom povjerenstvu dostaviti materijale koji sadržavaju kandidature za delegate Skupštine.

IV.

Za delegata Skupštine koji predstavlja određenu izbornu jedinicu može se kandidirati liječnik koji radi na području te izborne jedinice i član je Hrvatske liječničke komore.

Umirovljeni liječnici i nezaposleni liječnici kandidiraju se u izbornoj jedinici prema mjestu svoga prebivališta.

Kandidati koji nemaju prebivalište i/ili mjesto rada u Republici Hrvatskoj ističu kandidaturu u izbornoj jedinici po osobnom izboru.

V.

Prijedloge kandidata za delegate Skupštine izorno povjerenstvo treba prikupiti najkasnije do dana 15. travnja 2015. godine (do 24,00 sata).

Kandidature za delegate Skupštine dostavljaju se izbornom povjerenstvu u zatvorenj kuverti s naznakom Kandidatura za delegata Skupštine – osobno – u sjedištu izbornog povjerenstva, ili preporučenom pošiljkom koja se dostavlja na adresu sjedišta izbornog povjerenstva.

Kandidatima koji su izbornom povjerenstvu osobno dostavili kandidature, izborni povjerenstvo izdaje potvrdu o zaprimanju kandidature.

VI.

Nakon zaprimanja kandidatura, izborni povjerenstvo dužno je provjeriti da li su kandidati za delegate Skupštine u njihovoj izbornoj jedinici istaknuli svoju kandidaturu na propisanom obrascu iz članka I. ove Odluke.

Osim podataka iz prethodnog stavka ovoga članka, izborni povjerenstvo dužno je provjeriti da li su kandidati za delegate Skupštine priložili i izjavu o prihvaćanju kandidature za delegata Skupštine te potvrdu da istima nije izrečena disciplinska mjera privremenog ili trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence) koja je još uvijek na snazi, kao i potvrdu o uplaćenoj članarini.

Pravovaljanim kandidaturama smatraće se kandidature koje ispunjavaju uvjete propisane Pravilnikom o izboru tijela Hrvatske lječničke komore, odnosno koje su podnesene na obrascu iz stavka 1. ovoga članka koji mora sadržavati odgovarajući broj potpisa utvrđen Pravilnikom o izboru tijela Hrvatske lječničke komore, te potvrde iz stavka 2. ovoga članka.

Ukoliko izborni povjerenstvo utvrdi da zaprimljene kandidature ne udovoljavaju uvjetima propisanim Pravilnikom o izboru tijela Hrvatske lječničke komore, dužno je pozvati kandidata da dopuni kandidacijski materijal najkasnije do dana 15. travnja 2015. godine (do 24,00 sata). Ako kandidat ne udovolji traženju izbornog povjerenstva, kandidatura se neće smatrati pravovaljanom.

O provedenim radnjama iz stavka 4. ovoga članka, izborni povjerenstvo sastavit će zapisnik u kojem će se navesti da je zaprimljena kandidatura nepotpuna te da je kandidat pozvan dopuniti kandidacijski materijal najkasnije do dana 15. travnja 2015. godine (do 24,00 sata).

VII.

Izborni povjerenstvo dužno je najkasnije do dana 20. travnja 2015. godine (do 24,00 sata) održati sjednicu na kojoj će sastaviti zapisnik o ukupno zaprimljenim kandidatima. Zapisnik se sastavlja na obrascu 09/15.

Uz zapisnik iz prethodnog stavka ovoga članka izborni povjerenstvo dužno je izraditi i listu kandidata za delegate Skupštine svoje izborne jedinice. Lista kandidata izrađuje se na obrascu 10/15. Na listi kandidata, delegati se navode abecednim redom.

Zapisnik iz stavka 1. ovoga članka i Listu kandidata iz stavka 2. ovoga članka izborni povjerenstvo dužno je dostaviti Središnjem izbornom povjerenstvu najkasnije do dana 20. travnja 2015. godine (do 24,00 sata).

VIII.

Izborni povjerenstvo dužno je najkasnije do dana 20. travnja 2015. godine (do 24,00 sata) objaviti listu kandidata iz članka VII. ove Odluke na oglasnoj ploči izborne jedinice. Lista kandidata izborne jedinice objavljuje se i u prvom idućem broju „Lječničkih novina“ te na službenoj web stranici Hrvatske lječničke komore – www.hlk.hr

IX.

Zbog nepravilnosti u postupku kandidiranja dopušteno je podnošenje prigovora. Prigovor se podnosi Središnjem izbornom povjerenstvu u roku od 48 sati računajući od isteka dana od kada je izvršena radnja na koju se stavlja prigovor.

Središnje izborni povjerenstvo dužno je donijeti rješenje o prigovoru u roku od tri radna dana od dana dostave prigovora. Protiv rješenja Središnjeg izbornog povjerenstva nije dopuštena žalba.

U Zagrebu, 06. ožujka 2015. godine
Klasa: 49-119/2015/1
Ur. broj: 385-49-119-27/2015/3

P r e d s j e d n i c a
Središnjeg izbornog povjerenstva
Hrvatske lječničke komore
Doc. prim. dr. sc. Ika Kardum-Skelin,
dr. med. v.r.

Na temelju odredbe članka 4. stavka 3. točke 2. Pravilnika o izboru tijela Hrvatske lječničke komore, Središnje izborni povjerenstvo Hrvatske lječničke komore na 1. sjednici održanoj dana 06. ožujka 2015. godine donosi

O D L U K U

O IMENOVANJU ČLANOVA IZBORNIH POVJERENSTAVA IZBORNIH JEDINICA

I.

Ovom Odlukom o imenovanju članova izbornih povjerenstava izbornih jedinica (dalje u tekstu: Odluka) imenuju se predsjednici i zamjenici predsjednika izbornih povjerenstava izbornih jedinica te članovi i zamjenici članova izbornih povjerenstava izbornih jedinica.

Izborni povjerenstvo izborne jedinice sastoji se od predsjednika i zamjenika predsjednika te od dva člana i njihovih zamjenika.

II.

Predsjednici, zamjenici predsjednika te članovi i zamjenici članova izbornih povjerenstava izbornih jedinica imenuju se kako slijedi:

BJELOVARSKO-BILOGORSKA ŽUPANIJA

predsjednica:
Željka Russo, dr. med.
zamjenik predsjednice:
prim. dr. sc. Tibor Toth, dr. med.
član: mr. sc. Zlata Ileković-Pejić, dr. med.
član: Vlasta Soukup-Podravec, dr. med.
zamjenica člana:
Vesna Malčić Dalipi, dr. med.
zamjenica člana:
Senka Štulina, dr. med.

BRODSKO-POSAVSKA ŽUPANIJA

predsjednica:
Antonija Raguž, dr. med.
zamjenik predsjednice:
Tomislav Teskera, dr. med.
član: Zvonimir Mahovne, dr. med.
član: Branka Jakovac, dr. med.
zamjenik člana:
Hrvoje Holik, dr. med.
zamjenik člana:
Predrag Vučković, dr. med.

DUBROVAČKO-NERETVANSKA ŽUPANIJA

predsjednik:
Prim. Mario Wokaunn, dr. med.
zamjenik predsjednika:
Miljenko Mratinović, dr. med.
član: Ruža Težulat Dunkić, dr. med.
član: Stjepo Đuričić, dr. med.
zamjenik člana:
Teo Depolo, dr. med.
zamjenica člana:
Katarina Doršner, dr. med.

GRAD ZAGREB

predsjednica:
Jasna Krajač, dr. med.
zamjenik predsjednice:
Pavo Kostopeč, dr. med.
član: Ljiljana Anić Oštrić, dr. med.
član: mr. sc. Zrinka Orešković, dr. med.
zamjenik člana:
prof. dr. sc. Zoran Vatavuk, dr. med.
zamjenik člana:
Domagoj Vidović, dr. med.

ISTARSKA ŽUPANIJA

predsjednica:
Kristina Klarić, dr. med.
zamjenik predsjednice:
Fredi Tripković, dr. med.
član: Daniela Fabris-Vitković, dr. med.
član: Esin Drnda-Grdinić, dr. med.
zamjenik člana:
Krešimir Milas, dr. med.
zamjenica člana:
Zvjezdana Čatović, dr. med.

KARLOVAČKA ŽUPANIJA

predsjednica:
Samija Ropar, dr. med.
zamjenica predsjednice:
Marinela Somek, dr. med.
član: Nataša Gašparić, dr. med.
član: prim. mr. sc. Hrvoje Cvitanović, dr. med.
zamjenik člana:
Blago Gašpar, dr. med.
zamjenica člana:
Tatjana Čapin, dr. med.

KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA ŽUPANIJA

predsjednica:
Sanja Švarc Janjanin, dr. med.
zamjenik predsjednice:
Petar Stapar, dr. med.
član: Zdenka Vodnjek Matica, dr. med.
član: Mato Devčić, dr. med.
zamjenik člana:
dr. sc. Draženka Vadla, dr. med.
zamjenica člana:
Vlasta Šubarić, dr. med.

KRAPINSKO-ZAGORSKA ŽUPANIJA

predsjednica:
Ksenija Petek-Bušelić, dr. med.
zamjenik predsjednice:
Husein Ramadani, dr. med.
član: Ivan Jurinić, dr. med.
član: Mirjana Novaković, dr. med.
zamjenica člana:
Jasminka Bukvić, dr. med.
zamjenica člana:
Jadranka Urbanc, dr. med.

LIČKO-SENSKA ŽUPANIJA

predsjednik:
Ivan Sesar, dr. med.
zamjenica predsjednika:
Tatjana Ilijevski-Korečić, dr. med.
član: Antonija Stilinović, dr. med.
član: Biserka Margetić, dr. med.
zamjenica člana:
Ivana Trešnjić, dr. med.
zamjenica člana:
Linda Hibravi-Kosić, dr. med.

MEĐIMURSKA ŽUPANIJA

predsjednik:
Branimir Bošnjak, dr. med.
zamjenica predsjednika:
Vlatka Pleh, dr. med.
član: Prim Hussein Saghir, dr. med.
član: Lidija Berkopić Cesar, dr. med.
zamjenica člana:
Vladimira Vučenik, dr. med.
zamjenica člana:
Lidija Vrbanec Megla, dr. med.

OSJEČKO-BARANJSKA ŽUPANIJA

predsjednik:
Davor Bilandžić, dr. med.
zamjenik predsjednika:
Goran Grgurić, dr. med.
član: Danijel Šimašek, dr. med.
član: Igor Šegec, dr. med.
zamjenica člana:
Sonja Škiljić, dr. med.
zamjenik člana:
Vinko Živković, dr. med.

Požeško-Slavonska Županija

predsjednik:
Darko Dujmović, dr. med.

zamjenik predsjednika:
Prim.mr.sc. Damir Šimleša, dr. med.
član: Sandra Gašparić, dr. med.
član: Miroslava Matković Marketanović, dr. med.
zamjenica člana:
Mirjana Vukelić Bartošak, dr. med.
zamjenik člana:
Tihomir Brkić, dr. med.

PRIMORSKO-GORANSKA ŽUPANIJA

predsjednik:
Petar Matijašević, dr. med.
zamjenica predsjednika:
Larisa Prpić Massari, dr. med.
član: Davor Petranović, dr. med.
član: Ivan Klarić, dr. med.
zamjenica člana:
Irena Stanić, dr. med.
zamjenik člana:
Maja Matijašević, dr. med.

SISAČKO-MOSLAVAČKA ŽUPANIJA

predsjednik:
Tomislav Fabijanić, dr. med.
zamjenik predsjednika:
Milorad Galić, dr. med.
član: Kristina Kvesić, dr. med.
član: Semira Hančević Vasilić, dr. med.
zamjenik člana:
Marko Pavlović, dr. med.
zamjenica člana:
Branka Bržić, dr. med.

SPLITSKO-DALMATINSKA ŽUPANIJA

predsjednica:
Lucijana Matijević, dr. med.
zamjenik predsjednice:
dr. sc. Davor Todorić, dr. med.
član: Klaudio Pjer Milunović, dr. med.
član: Miro Jukić, dr. med.
zamjenica člana:
Ingeborg Katalinić Veig, dr. med.
zamjenik člana:
Ivan Škopljanač, dr. med.

ŠIBENSKO-KNINSKA ŽUPANIJA

predsjednik:
Zvonimir Nakić, dr. med.
zamjenik predsjednika:
Krešimir Žamarin, dr. med.
član: Bojan Gardijan, dr. med.
član: Milena Dobrić Šimundža, dr. med.
zamjenik člana:
Niko Blažević, dr. med.
zamjenik člana:
Andrej Baljkas, dr. med.

VARAŽDINSKA ŽUPANIJA

predsjednica:
mr. sc. Ladislava Veselić, dr. med.
zamjenica predsjednice:
Branka Prstec-Veronek, dr. med.
član: Karmen Šetušić, dr. med.
član: Željko Rutić, dr. med.
zamjenik člana:
Tomislav Vugler, dr. med.
zamjenica člana:
Nives Topolnjak, dr. med.

VIROVITIČKO-PODRAVSKA ŽUPANIJA

predsjednica:
Marića Tudor, dr. med.
zamjenik predsjednika:
Željko Maljak, dr. med.
član: Renata Gutt-Nuk, dr. med.
član: Danica Vošćak, dr. med.
zamjenica člana:
Kristina Cindrić, dr. med.
zamjenica člana:
Berry Maan, dr. med.

VUKOVARSKO-SRIJEMSKA ŽUPANIJA

predsjednica:
Katica Drobnjak, dr. med.
zamjenica predsjednice:
Sanja Galić, dr. med.
član: Ivanka Nad, dr. med.

član: Vesna Čorluka, dr. med.
zamjenica člana:
Ladislav Nadaš, dr. med.
zamjenik člana:
Domagoj Ivan Rašić, dr. med.

ZADARSKA ŽUPANIJA

predsjednica:
Nataša Dujella, dr. med.
zamjenik predsjednice:
prim. Boris Petričić, dr. med.
član: Andelka Dominis, dr. med.
član: Vesna Šimić, dr. med.
zamjenica člana:
Ana Dunatov, dr. med.
zamjenica člana:
Nada Besednik, dr. med.

ZAGREBAČKA ŽUPANIJA

predsjednica:
Zdenka Tonković, dr. med.
zamjenica predsjednice:
Romina Sajko, dr. med.
član: Jasmina Dujmović, dr. med.
član: mr. sc. Tatjana Matović Tunjko, dr. med.
zamjenica člana:
Željka Vendler Čepeljak, dr. med.
zamjenik člana:
Antoni Kobaš, dr. med.

**HRVATSKI ZAVOD
ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

predsjednica:
Vlasta Žajic Stojanović, dr. med.
zamjenik predsjednice:
Ljiljana Miličić Ždralović, dr. med.
član: Marija Gajski Knekljin, dr. med.
član: Srebrenka Mesić, dr. med.
zamjenica člana:
Marija Ivanković, dr. med.
zamjenica člana:
Zdravka Mileusnić, dr. med.

**MINISTARSTVO OBRANE
REPUBLIKE HRVATSKE**

predsjednik:
mr. sc. Tomislav Barčan, dr. med.
zamjenik predsjednika:
Ante Jažić, dr. med.
član: Ivica Ištuk, dr. med.
član: Veljko Vukić, dr. med.
zamjenik člana:
Matija Salacan-Jelinčić, dr. med.
zamjenik člana:
Mario Dadić, dr. med.

III.

Ova Odluka objavit će se na oglasnoj ploči Hrvatske lječničke komore te na službenoj web stranici Hrvatske lječničke komore – www.hlk.hr

IV.

Ova Odluka stupa na snagu danom donošenja.

U Zagrebu, 06. ožujka 2015. godine
Klasa: 49-119/2015/1
Ur. broj: 385-49-119-27/2015/2

P r e d s j e d n i c a
Središnjeg izbornog povjerenstva
Hrvatske lječničke komore

Doc. prim. dr. sc. Ika Kardum-Skelin,
dr. med. v.r.

.....

Sastanak u OB Slavonski Brod

Zbog ukidanja posebnih dežurstava u PZZ-u preveliko je opterećenje na OHBP-u

Tekst i slike Andreja Šantek



Predstavnici primarnih i bolničkih lječnika, Komore, Sindikata, HZZO-a i Županije razgovarali su o tome kako poboljšati zdravstvenu skrb izvan radnog vremena

• Nedostatak lječnika i na primarnoj i na sekundarnoj razini, nedostatak novaca za plaćanje posebnih dežurstava, prevelik broj pacijenata u objedinjenoj hitnom bolničkom prijemu (OHBP) koji ulaze u sustav bez uputnice, bile su glavne teme sastanka koji je u petak, 13. ožujka održan u OB Slavonski Brod.

Na sastanku su sudjelovali predstavnici primarnih i bolničkih lječnika, doma zdravlja, HZZO-a, Županije, Hrvatskog lječničkog sindikata i Komore. No, kako se moglo čuti, ovo nisu problemi koji muče samo Slavonski Brod već su prisutni i u ostalim bolnicama u Hrvatskoj.

Naime, od siječnja prošle godine Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje prestao je plaćati posebna dežurstva u ambulantama primarne zdravstvene zaštite te je odluku o organiziranju zdravstvene službe izvan radnog vremena prepustio županijama. Neke od njih uspjele su organizirati posebna dežurstva,

no to nije bio slučaj u Slavonskom Brodu što je rezultiralo pojačanim pritiskom pacijenata na objedinjeni hitni bolnički prijem u toj bolnici kroz koji je prošle godine 'prošlo' gotovo 40.000 pacijenata uz još 3000 hitnih pacijenata na ginekologiji i pedijatriji.

Predsjednik Povjerenstva za Brodsko-posavsku županiju HLK-a prim. dr. **Nino-slav Leko**, koji je vodio sastanak, naglasio je da je povod dopis predsjednice podružnice HLS-a dr. **Branke Jakovac** koja apelira na što hitnije rješavanje ove situacije jer lječnici u OHBP-u pučaju po šavovima. Dr. Jakovac smatra da se mora pronaći rješenje da bolnički lječnici budu manje opterećeni priljevom pacijenata iz primarne zaštite, te da se pacijentima osigura primarna kontinuirana skrb kako je to propisano u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti.

„Ako radni dan traje osam sati, a samo pola vremena se radi s bolesnom djecom jer uvjeti ne dopuštaju drukčije, i radi se pet dana

u tjednu i jedna subota, to je nedovoljan broj sati. Stoga bolesna djeca dolaze u bolnicu što optereće naš OHBP. Primjerice, u siječnu i veljači smo imali oko 2500 pregleda na našem odjelu, od toga 270 primljenih pacijenata. Ako je zdravstvena zaštita podijeljena na primarnu, sekundarnu i tercijarnu i zna se što koja razina treba obaviti, mislim da bi se korisnici naših usluga trebali usmjeravati tamo gdje primarno pripadaju“, pojasnila je dr. Jakovac.

Predsjednik Povjerenstva za PZZ dr. **Senad Mustić** rekao je da Komora nikako ne može prihvati da postoji konfrontacija između primarnih i bolničkih lječnika te da je uloga Komore da pokuša biti medijator između svih sudionika koji pružaju zdravstvenu zaštitu.

„Nažalost, svi pucamo po šavovima u zadnje vrijeme i bolnice i primarna situacija je takva, a to pokazuju i statistike, da je opterećenje svih lječnika ekstremno. Komora već dulje vrijeme upozorava i Ministarstvo zdravlja i HZZO da je trenutni sustav neodrživ, da nedostaje lječnika i sestara koji mogu opslužiti sve potrebe pacijenata“, rekao je dr. Mustić.

Tajnik Povjerenstva **Mijo Karaula**, dipl. iur., rekao je da se treba na razini županije i HZZO-a u suradnji s lječnicima PZZ-a dogovoriti kako će se organizirati dežurstvo izvan radnog vremena i tko će to platiti. Ključan je problem, dodao je, pritisak i zbrinjavanje pacijenata subotom popodne, nedjeljom i blagdanima. Rekao je i kako su neke županije odlučile sufinancirati posebna dežurstva te kako to dobro funkcioniра, primjerice, u Primorsko-goranskoj županiji. Dr. Jakovac rekla je da je unazad nekoliko godina primarna zdravstvena zaštita imala dežurni punkt Istok i Zapad, dežurnu ambulantu obiteljskog lječnika i pedijatra, hitnu pomoć i dva dežurna pedijatra u bolničkoj hitnoj pedijatrijskoj ambulanti. Prije dvije je godine donešen novi zakon, dodala je, kojim je ukinuto ovih pet ambulanti pa su ostala samo dva dežurna pedijatra koji skrbe za cijelu Županiju.

„To je nemoguća situacija i tražimo da se to ispravi. Subota je vrijeme kada kolege u primarnoj rade samo za svoje bolesnike. Ako dođe bolesnik od kolege, neće ga primiti nego će ga poslati u OHBP. Ista je situacija i kada kolege odlaze na godišnji odmor, drugi lječnik neće primiti njegove pacijente. I to ne samo subotom nego i tijekom tjedna. I to nam dodatno povećava posao“, rekla je dr. Jakovac.

Voditelj OHBP-a u Slavonskobrodskoj bolnici dr. **Anto Lukenda** rekao je da je OHBP organiziran prema uputama HZZO-a i Zavoda za hitnu medicinu, kao i svi ostali u Hrvatskoj, no problem je prevelik priljev pacijenata.

„Primjerice, Primorsko-goranska županija ima jednu bolnicu čiji OHBP radi na dva lokaliteta, skrbi o 300.000 ljudi, i uz to za 2,2 milijuna turista godišnje. Brodsko-posavska žu-

Klara Šćuka,
pročelnica
županijskog
Odjela za
zdravstvo



panija ima 180.000 stanovnika, a naša bolnica skrbi za 120.000 pacijenata. Sada dolazimo do ključnog problema: broj pacijenata u OHBP-u u Rijeci prošle je godine bio 45.000, a na našim vratima je u prošloj godini bilo 40.000 pacijenata. Kako je moguće, s obzirom da imaju 300 posto više ljudi u skrbi, da im je došlo svega 10 posto više pacijenata na vrata nego nama?", rekao je dr. Lukenda. Dodata je da su liječnici u OHBP-u iscrpljeni tolikim brojem pacijenata, a bore se i s manjkom medicinskih sestara.

Ravnatelj DZ-a Slavonski Brod **Ivica Tečer**,

dipl. oec., rekao je da su od 2008. godine imali ustrojeno posebno dežurstvo u ambulantni obiteljske medicine i pedijatrije koja je radila svake subote od 12 do 20 sati, te ambulantu obiteljske medicine koja je radila i nedjeljom od 8 do 20 sati. U njima su radili i zaposlenici Doma zdravlja i koncesionari i to sve do početka 2014. godine. Tada su doneseni akti, dodata je, kojim koncesionari više nisu bili obavezni sudjelovati u radu ambulantni posebnog dežurstva. „Treba krenuti od te činjenice tj. da zdravstvena administracija smatra da ne postoji nasušna potreba za ambulantu posebnog dežurstva u PZZ-u tj. da nije potrebna kontinuirana zdravstvena zaštita“, rekao je Tečer.

Dr. Anto Lukenda,
voditelj OHBP-a
u OB Slavonski
Brod



Dodata je da 2014. nisu imali OHBP, ali su imali posebno dežurstvo i nije bilo ovakvog silnog nezadovoljstva od strane bolničkih liječnika u smislu nefunkcioniranja PZZ-a.

Pročelnica županijskog Odjela za zdravstvo **Klara Šćuka** rekla je da je održano nekoliko sastanaka upravo zbog problema nastalih zbog posebnog dežurstva u PZZ-u koje nije ustrojeno posljednjih godinu dana jer su liječnici koncesionari dobili mogućnost da sami odluče žele li sudjelovati u posebnom dežurstvu.

„Nadam se da će nam Komora pomoći u promjeni mišljenja liječnika obiteljske medicine da prihvate nove ugovore s HZZO-om koji kreću od 1. travnja i da prihvate posebno dežurstvo. U tom slučaju ćemo moći realizirati sve ono što smo dogovorili u posljednjih godinu dana, a to je dežurstvo pedijatrijske ambulante i ambulante obiteljske medicine u Slavonskom Brodu. Županija je spremna u jednom dijelu sufincirati plaćanje posebnog dežurstva u dogovoru s HZZO-om i na taj način pridonijeti smanjenju problema“, kazala je K. Šćuka. Već sljedeći tjedan najavljen je i sastanak primaraca s HZZO-om na tu temu.

Članica Povjerenstva za PZZ dr. **Sanja Scarpa-Bugaric** podsjetila je da posebno dežurstvo nije ostavljeno na volju koncesionara nego ih je HZZO prestao financirati tj. prepustio županijama hoće li to one same organizirati.

„Postavljeni su zahtjevi i uvjeti kako bi se to trebalo organizirati, ali županije to nisu ispunile i zato dio koncesionara ne dežura. Njih, u nepovoljnoj poziciji su domski liječnici koji moraju dežurati“, rekla je dr. Scarpa-Bugaric.

Predsjednica Povjerenstva za bolničku djelatnost prof. dr. **Ljiljana Perić** rekla je da su otežani uvjeti rada u OHBP-u u Slavonskom Brodu prisutni i u ostalim hrvatskim gradovima.

„Jednaki smo i među nama nema sukoba jer i jedni i drugi radimo prema zakonu. Naš problem proizlazi iz zakonskog okvira tj. primarno rješenje problema vidim u jasno definiranim kadrovskim i vremenskim normativima za rad kako liječnika primarne zaštite tako i bolničkih liječnika. Na taj način bi sve postalo jasnije, te bi se izbjegli i eventualni sukobi između jednih i drugih liječnika“, rekla je dr. Perić. Dodala je kako kod zdravstvene administracije treba inzistirati da se prije donošenja važnih odluka konzultira strukti kako bi se izbjegli problemi s kojima se liječnici danas susreću na terenu.

Savjetnik predsjednika Komore za odnose s HZZO-om prim. dr. **Josip Jelić** rekao je kako je krajnji čas, a Komora je to prihvatala kao svoj zadatak, da se organizira sjednica Vijeća Komore i to sa samo jednom točkom - OHBP.

„Ne govori se ovdje direktno o primarnoj zaštiti nego posredno o posljedicama nefunkcioniranja i nelegislativne uredenosti sekundarne zaštite koja je u ovom slučaju ugrožena. Nakon sjednice Vijeća treba tražiti i hitan sastanak s ministrom zdravlja i ravnateljicom HZZO-a kako bismo im izložili svoju analizu i predložili rješenja. Budimo iskreni, primaci ne žele dežurati jer su se već jednom opeklia. A uz to traže jednak prava kao i sekundarci, plaćeno dežurstvo i dan odmora nakon dežurstva. A danas u Kolektivnom ugovoru stoji da nakon dežurstva moraju raditi“, rekao je dr. Jelić.

U nekoliko navrata liječnici su isticali i činjenicu da pacijenti zloupotrebljavaju svoja prava te nepotrebno opterećuju ionako prenapregnuti zdravstveni sustav. Dr. Jakovac također je upozorila i da ne može biti da bolesnik ima samo prava, ali ne i dužnost te kako je i to potrebno zakonski regulirati.



Dr. Branka Jakovac, predsjednica HLS-a podružnice Slavonski Brod i dr. Mario Blekić, pedijatrijski pulmolog u OB Slavonski Brod

Dr. Muslić je naglasio da je utvrđeno načelo kontinuiranosti zdravstvene zaštite, ali da se to ne odnosi na 24-satnu dostupnost.

Tajnik Komore **Nikolina Budić**, dipl. iur., na postavljeno pitanje o mogućem limitiranju pacijenata u pristupanju zdravstvenim uslugama, rekla je kako za to ne postoji zakonska mogućnost.

„Svi znate da je ‘košarica usluga’ odavno naznačena kao model kojim bi se riješili određeni problemi. No, ona je danas široko određena sadržajem Plana i programa mjera zdravstvenog osiguranja. Pacijent je zakonom definiran kao korisnik i ima pravo na zdravstvene usluge, a koje su vezane za život i zdravlje. Bez preciznijeg definiranja sadržaja i vrste zdravstvenih usluga koje sadrži ‘košarica usluga’ ne postoji mogućnost da liječnici limitiraju pacijentima dolazak u OHBP ili u dežurne ambulante“, rekla je N. Budić.

.....

Izgubljene, otuđene i uništene iskaznice

- Sukladno članku 23. Pravilnika o javnim knjigama i evidencijama Hrvatske liječničke komore objavljujemo da su dr. **Helena Jovičić Karre**, dr. **Matilda Kovač Šizgorić**, dr. **Danijel Štambuk** i dr. **Vesna Vučićević** prijavili gubitak liječničke iskaznice HLK-a, dr. **Dina Librenjak** i dr. **Sanja Žanić** otuđenje liječničke iskaznice.

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

Obavijest o proglašenju izgubljene licence nevažećom

- Na temelju odredbe članka 4. Pravilnika o izdavanju duplikata odobrenja za samostalni rad (licence) i/ili rješenja o izdavanju/obnavljanju odobrenja za samostalni rad (licence) u slučaju gubitka, otuđenja, oštećenja ili uništenja Hrvatske liječničke komore, Hrvatska liječnička komora proglašava izgubljene licence nevažećim:
- Odobrenje za samostalni rad (licence) izdana 13.12.2010. godine za samostal-

no obavljanje djelatnosti liječnika opće medicine za razdoblje od 29.11.2012. do 28.11.2018. godine, serijski broj: 018659.

- Odobrenje za samostalni rad (licence) izdana 07.03.2013. godine za samostalno obavljanje djelatnosti liječnika opće medicine za razdoblje od 19.04.2012. do 18.04.2018. godine, serijski broj: 0019350.

.....

Trajna izobrazba u organizaciji Hrvatske liječničke komore i časopisa MEDIX



Rezultati testiranja za broj 112. (rujan 2014.)

- Sukladno najavi, objavljujemo popis svih imena liječnika koji su točno odgovorili na veći broj (iznad 60%) pitanja na temu «Kronično zatajivanje srca» objavljenih u časopisu MEDIX broj 112. u rujnu 2014. godine. Svi kandidati time su ostvarili 7 bodova, sukladno Pravilniku HLK. Napominjemo da posebne potvrđnice neće biti dostavljene, nego će se kao potvrda koristiti popis objavljen u Liječničkim novinama za ožujak 2014. godine. Preporučamo čitateljima i ostale testove znanja koje će MEDIX redovito objavljivati.

Uredništvo

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

• Ambrušić Đuro	Biškup Marija	Čelebić Ilija	• Emedi Vladimir
Antolić Željka	Blaić Dinka	Čičmak Smirnjak Ljiljana	Ezgeta Slavica
• Baboselac Ankica	Bodulović Mišić Zvjezdana	Črneli Marija	Fistanić Indira
Baćić Anita	Bošnjak Branimir	Čučak Dubravka	Florini Diana
Baćić Dinko	Božić Grigić Davorka	Čulina Marina	•
Baćić Gordana	Brajković Igor	Dašić Nada	Gaćina Anja
Bajek Marin	Brala Trtolja Melita	Daus Šebeđak Danijela	Galić Anton
Balog Sandra	Brisky Livia	Dijan Irena	Golubić Darko
Banjac Dijana	Brisky Tibor	Djurabić Luka	Golubovac - Rutar Milica
Bardač Zelić Sunčica	Brlić Mirjana	Dobrić Darko	Grbčić - Mikuličić Biserka
Barišić Anita	Brnjac Lorena	Dodig Bravić Ivanka	Grgić Marjana
Bašić Ivana	Brodarić Olivera	Domović Zlata	Grgić Tina
Batinica Maja	Brozina Nadia	Drašinac Kurtagić Spomenka	Grubišić Barbara
Bego Radanović Ivna	Brus Škrlić Martina	Dropuljić Nediljka	•
Bekavac Mara	Bučević Kristijan	Dumančić Nada	Haluga Vladimir
Belević Dinka	Bukša Marija	Džankić Sanja	Hofmann Jäger Ozana
Benčić Krunoslav	Bulešić Lončarić Nerina	•	•
Benković Silvija	Buljan Miroslav	Đozić Mirela	Ikić Ana
Bešlić Gabrijela	Bunjevac Branko	Đuras Velimir	Iličić Amila
Bilić Tomislav	•	Đurić Jelena	Ivančić Ravlić Iva
Biškup Jadranka	Cecić Sule Deana		Ivanišević Zlatko
	Cvjetović Dubravka		
	•		
	Čaklović Marija		

Ivanović Vanja
 Ivezović Prepolec Štefanija
 •
 Jadrečić Vitomir
 Jadrov Španja Helena
 Jagetić Jelena
 Jakić Marijana
 Jaklin Željka
 Jančić Jelena
 Janković Iva
 Jelena Lemač
 Jelovina Inga
 Jeremić Jasna
 Jolić Ani
 Jović Milena
 Jozinović Jelena
 Jurca Ivana
 Jurić Banai Sanja
 Jurišić Ivo
 Jurišić Vesna
 Jurlina Hrvoje
 Jurlina Margareta
 •
 Kajganić Ana
 Kajić Marina
 Kajić Violeta
 Kalšan Brkić Sanja
 Kešin Nenad
 Kirchbaum Oskar
 Ključević Kristijan
 Kobaš Antonio
 Kocijan Sandra
 Kontić Maša
 Koričić Sanja
 Kosović Oliver
 Kovač Štefanija
 Kovač Vladna
 Kožić Đurović Lela
 Kraljevski Davorka
 Krizman Vuhinec Barbara
 Križaj Grden Aida
 Krtalić Glorija
 Krznarić Nikolašević Silva
 Kukec Ivana
 Kukovec Tamara
 Kukurin Dajana
 Kustura Lea
 Kutleša Dario
 Kuzmanić Komadina Sanja
 •
 Labura Darko
 Lajter Marenić Marija

Lakić Teodosija
 Laušin Veronika
 Lemajić Aleksandar
 Lizatović Jelena
 Lojna Katarina
 Lončar Dalibor
 Lovrić Željka
 Lovrinić Đino
 •
 Ljubas Mijo
 •
 Majsan Petra
 Mamić Anka
 Mareš Bratko Vera
 Marić Veljko
 Marić Violeta
 Martić Ankica
 Martinez Ivan
 Martinović Ivo
 Marunčić Simona
 Matić Jelić Mihaela
 Matić Mirko
 Matuzović Jelena
 Mesiček Monika
 Mičić Josipa
 Mijić Melita
 Mikuličić Saša
 Miočić Juran Anamarija
 Miše Stjepan
 Mlačić - Pirija Marija
 Mlačić Bojić Nikica
 Mladić Batinica Inga
 Mrđen Vedrana
 Munitić Vjera
 Muršić Davorka
 Muslim Jelena
 Mužić Tamara
 •
 Nadaš Vladislav
 Neseš Sandra
 Nikolić Renata
 Nikolić Ružica
 Nikšić Dubravka
 Novinščak Martina
 Novoselnik Dragan
 •
 Nježić Radmila
 •
 Oćić Leljak Melita
 Opačić Gorijan
 Oršanić Nina
 Osman Dijana

•
 Palaversa Musa Irena
 Paver Ivana
 Pehar Maja
 Perić Marija
 Petrić Mirjana
 Pižeta Ivan
 Polić Kljajić Iva
 Poljak Herljević Vesna
 Popić Vlasta
 Prekali Ervin
 Premozer Hajdarović
 Snježana
 Prga Bajić Tajana
 Prusac Jadranka
 Puljiz Božena
 •
 Radaković Petar
 Radeljak Protrka Maša
 Rakić Jelinčić Mirjana
 Rojnić Matejčić Roberta
 Rosandić Piasevoli Rosanda
 Roso Ljulj Stela
 Ručević Mira
 Rudelić Zadrović Maja
 •
 Sabo Anica
 Sanković Božena
 Scagnetti Ksenia
 Seničić Šlogar Danijela
 Sičaja Maria Nicole
 Sikirić Radmila
 Skender Josip
 Slavić Domagoj
 Smoljan Ines
 Soldo Mario
 Sovilj Katica
 Srbelj Dehlić Biserka
 Stakor Mirjana
 Stanić Jurašin Karmen
 Stanić Marta
 Stanić Rikard
 Stipaničev Anamarija
 Stipković Snježana
 •
 Šalić Herjavec Dubravka
 Šamarija Vladimir
 Šepić Ljiljana
 Šestan Katarina
 Šikanić Sonja
 Šipicki Tinka
 Šoštarić Želalić Vera

Španić Mindoljević Marija
 Špišić Treursić Davorka
 Šumberac Šaravanja Suzana
 Šunjara Dragutin
 Šupraha Biserka
 Šuškov Sunčica
 •
 Tasovac Dušica
 Tokić Vesna
 Topolnjak Natalija
 Topolovec-Galic Biserka
 Tošić Goran
 Treščec Tomislav
 Turjak Josip
 Turković Milica
 Turković Veljka
 Tušek Lončarić Jasna
 Tušek Snježana
 •
 Uglešić Lovro
 Uhoda Branko
 Unfirer Sanela
 Urumović Sonja
 Uzelac Tanja
 •
 Valić Marjanac Nevena
 Vidošević Ljiljana
 Vidović Šehović Heda
 Viduka Kata
 Vitasović Grandić Mirjana
 Vlašić Janja
 Vujičić Marijana
 Vukelić Sonnenschein
 Jasmina
 Vukić Veljko
 Vukman Marija
 Vuković Debogović Morena
 Vuletić Bruno
 •
 Winterhalter Zvonar Branka
 •
 Zavidić Tina
 Žekić Božana
 Zubak Marić Branka
 •
 Žarković Branimir
 Žarković Maja
 Žic Alemka
 Žic Željan
 Žurić Dražen
 Žutić Dušanka

Obilježena 141. obljetnica Hrvatskoga liječničkog zbora

Održana je redovna skupština i tradicionalni Liječnički bal

Nina Aušperger

• Kraj veljače za Hrvatski liječnički zbor bio je u znaku 141. godišnjice njegova osnutka. Prije svega, 25. veljače u prostorijama Hrvatskog liječničkog doma održan je treći po redu Simpozij akademika u suradnji s Hrvatskom akademijom znanosti i umjetnosti. Dio je to naših aktivnosti vezanih uz Dan liječnika Hrvatske koji se obilježava 26. veljače u spomen osnutka HLZ-a davne 1874. godine.

Moderatori skupa bili su akademik Marko Pećina i prof. dr. sc. Željko Krznarić, a predavanja su održali akademik Theodor Wickerhauser s temom „Manje poznati paraziti uzročnici zoonoza“; akademik Slobodan Vukičević s temom „Osteogrow – novi lijek za regeneraciju kostiju“ te akademik Davor Miličić s temom „Umjetno srce i mehaničke crpke za cirkulacijsku potporu“.

U subotu, 28. veljače održana je Skupština Hrvatskoga liječničkog zbora. Otvorio ju je „Pjevački zbor liječnika iz Rijeke“ izvođenjem himne Republike Hrvatske te nekolicine tradicionalnih narodnih pjesama i klapskih napjeva iz područja Rijeke i Kvarnera.

Nakon otvaranja Skupštine prisutnima su se pozdravnim govorima obratili prof. dr. sc. Andrija Pavić, nekadašnji predsjednik HLZ-a, prim. dr. Hrvoje Minigo, predsjednik Hrvatske liječničke komore, dr. Ivana Šmit u ime Hrvatske udruge bolničkih liječnika, dr. dent. med. Željko Rotim u ime Hrvatske komore dentalne medicine, mr. dr. Ilica Babić, predsjednik Hrvatskog liječničkog sindikata, prof. dr. sc. Jasna Lipozencić, predsjednica Akademije medicinskih znanosti Hrvatske te prof. dr. sc. Pavel Poredos, predsjednik Slovenskega zdravniškega društva.

Prof. Krznarić predstavio je potom „Zbornik smjernica stručnih društava HLZ-a“ u kojem se nalazi preko 50 smjernica. Napisali su ih članovi stručnih društava HLZ-a, što je svakako konkretni dokaz predanog rada i doprinosa naših članova zdravstvenom sustavu i liječničkoj struci.

Važno je spomenuti kako su, među ostalim, na Skupštini prihvачene i izmjene i do-

sti Hrvatske, predsjednik HUBOL-a dr. Trpimir Goluba i mnogi drugi uvaženi gosti.

Program su vodili Iva Šulentić i Mirko Fodor, a kulturni program upotpunili su studenti Akademije dramskih umjetnosti izvođenjem scenskih pokreta, plesni par iz Plesnog centra Zagreb izvođenjem plesnih točaka, Vanja Winter izvedbom nekoliko pjesama te bend Kocka Šećera koji se trudio zasluditi ugost.

Posebno nas je iznenadila prof. dr. sc. Mirna Šitum, pročelnica Gradskog ureda za zdravstvo grada Zagreba, izvedbom libretta „Neka cijeli ovaj svijet“ autora Milana Grgića iz muzikla „Jalta, Jalta“ kompozitora Alfija Kabilje.

Pridružili su nam se i Njumi i Njami, maskote projekta „Petica – Igrom do zdravlja“, a koji HLZ organizira u suradnji sa međunarodnom organizacijom EPODE International Network (EIN), a čiji je cilj prevencija pretilosti u djece školske dobi. Oni su nas podsjetili na važnost zdrave prehrane i fizičke aktivnosti te nam pomogli u prikupljanju sredstava za humanitarnu donaciju prodajom tombole tokom liječničkog bala.

Na kraju bala uručena je Bolnici za kronične bolesti djeće dobi Gornja Bistra humanitarna donacija od 20.000,00 kuna kao znak podrške HLZ-a predanom osoblju te ustanove i njenim malim pacijentima.

Vjerujemo da ćemo i u budućnosti nastaviti podupirati ne samo našu zdravstvenu struku, već i kulturu, a posebice humanitarne akcije te se stoga nadamo da ćete nam se u nadolazećoj godini pridružiti u našim aktivnostima.

.....

pune Statuta HLZ-a te da se brojnim gostima i uzvanicima na Skupštini obratio i predsjednik Slovenskega zdravniškega društva prof. dr. sc. Pavel Poredos, podsjetivši prisutne na važnost međunarodne suradnje i činjenicu kako liječnici naših dviju susjednih država dijele dugu tradiciju međusobne suradnje koja je temelj zajedničkog djelovanja na području poboljšanja kvalitete zdravstvene službe.

Naposljetu, valja posebno naglasiti kako je 28. veljače održan i tradicionalni humanitarni Liječnički bal u hotelu Esplanade na kojem je prisustvovalo preko 160 liječnika i uvaženih gostiju.

Među njima su bili ravnateljica HZZO-a mag. ing. el. Tatjana Prendža Trupec, ministar zdravlja prim. dr. med. dent. Siniša Varga, ministar obrazovanja znanosti i športa prof. dr. sc. Vedran Mornar, rektor Sveučilišta u Zagrebu prof. dr. sc. Damir Boras, prof. dr. sc. Mirna Šitum, pročelnica Gradskog ureda za zdravstvo grada Zagreba, prof. dr. sc. Jasna Lipozencić, predsjednica Akademije medicinskih znan-



Na Liječničkom balu predsjednik HLZ-a prof. dr. sc. Željko Krznarić predao je humanitarnu donaciju od 20.000,00 kuna Bolnici za kronične bolesti djeće dobi Gornja Bistra

KB Dubrava na putu stvaranja centra izvrsnosti u neurokirurgiji

Neke neurološke bolesti ne možemo izlječiti, ali ih možemo zaliječiti

Piše i snimila Andreja Šantek

- U Zagrebu će se početkom svibnja okupiti strani i domaći stručnjaci na prvom međunarodnom sastanku o dubokoj mozgovnoj stimulaciji (Deep Brain Stimulation, DBS).

Sastanak organiziraju prof. dr. Darko Chudy, pročelnik Zavoda za neurokirurgiju KB Dubrava, i prim. dr. sc. Vladimira Vuletić, voditeljica Odjela za cerebrovaskularne bolesti s JIL-om na Zavodu za neurologiju KB Dubrava, u suradnji s kolegama iz londonske Queen Square Hospital.

Dr. Chudy kaže da su zadovoljni što su uspjeli animirati britanske kolege koji dolaze iz jedne od vodećih neuroloških klinika u svijetu koja svake godine objavljuje velik broj otkrića iz područja neurologije, neurokirurgije, genetike i neruofiziologije, ali je i rasadnik brojnih citata.

„Iz te bolnice nam dolazi i neurokirurg prof. dr. Marwan Hariz koji se bavi stereotaktičkom neurokirurgijom i prepoznat je u svijetu kao lider u tom području. Prof. Hariz će

našim liječnicima predstaviti novosti iz područja liječenja pacijenata s poremećajima pokreta, a posebno svjetska postignuća iz područja duboke mozgovne stimulacije. Također će govoriti o realnim očekivanjima u tom području, što se danas i kako radi u svijetu te kakva je perspektiva takve metode u budućnosti“, kaže dr. Chudy. Dodaje kako se zapravo radi o funkcionalnoj neurokirurgiji koja je do prije 15 ili 20 godina spadala gotovo u sferu znanstvene fantastike, a danas se pomoću neurostimulatora tj. elektroda na bolje mijenjaju simptomi pojedinih neuroloških bolesti.

„Duboka mozgovna stimulacija u posljednjih je 20 godine najveći doprinos u liječenju poremećaja pokreta. Ovom metodom liječenja bitno se smanjuju simptomi bolesti, ali i doze lijekova koje bolesnici uzimaju.

Prema podacima s Kongresa stereotaktičkih i funkcionalnih neurokirurga u Lisabonu 2012. godine, do sada je u svijetu obavljeno više od 100.000 dubokih mozgovnih stimulacija“, kaže dr. Chudy. DBS danas se uspješno primjenjuje kod liječenja simptoma bolesti pokretanja kao što su Parkinsonova bolest, distonija, tortikolis, esencijalni tremor te ostalih bolesti poput neizlječive kronične boli. DBS je terapija koja koristi kirurški usaćen medicinski uređaj, sličan elektrostimulatoru srca (pacemaker) i tanku, nježnu, fleksibilnu žicu koja se zove elektrodnji kateter (lead). Uređaj je smješten u tijelu te šalje blage električne signale u točno ciljano područje u mozgu koje kontrolira kretanje. Ti signali mogu omogućiti bolje funkcioniranje moždanih krugova koji kontroliraju pokret i blokirati neke od poruka mozga koje uzrokuju invalidne motoričke simptome. Rezultat ove operacije jest da bolesnik može osjetiti veću kontrolu nad pokretima tijela, zbog čega mu postaje lakše obavljati svakodnevne zadatke. „To znači, primjerice, da se pacijentu koji ima esencijalni tremor ruku koji više ne može kontrolirati lijekovima, uvođenjem elektrode u neuroanatomsku jezgru u mozgu električnim poljem napravi inhibicija te jezgre i temeljem toga simptom tremora prestaje“, pojašnjava dr. Chudy. Elektroda se povezuje s baterijom na prsištu ispod kože koja se ne vidi. Baterija generira impulse određene frekvencije, snage i dužine vala koja se određuje posebno za svakog pacijenta.

„Ponekad se dogodi da pacijent ima prevelika očekivanja i zato su važni razgovori prije zahvata u kojima se, primjerice, pacijentu s Parkinsonovom bolešću objasni da bolest neće nestati, ali da će mu se popraviti kvaliteta života. To konkretno, primjerice, za muškarca, znači da će se moći sam brijati, da će moći obaviti osobnu higijenu, da će biti samostalan u hranjenju, da će moći obavljati čitav niz poslova tijekom dana. Drugim riječima, ako već



Prim. dr. sc. Vladimira Vuletić, voditeljica Odjela za cerebrovaskularne bolesti s JIL-om na Zavodu za neurologiju KB Dubrava i prof. dr. Darko Chudy, pročelnik Zavoda za neurokirurgiju KB Dubrava

Postupak

- Cijela procedura od postavljanja sterotaktičkog okvira na glavu bolesnika do završetka operacije traje oko četiri sata. Nakon što je glava pacijenta postavljena u okvir koji omogućuje da znamo gdje se matematički točno nalazi pojedina jezgra u mozgu, CT-om se snima glava. Potom se milimetarskom točnošću izračunava položaj mozgovne jezgre, a zatim slijedi ugradnja elektrode kroz mali otvor na glavi veličine jednog centimetra. Zatim ide kontrola položaja elektrode i ugradnja kućišta neurostimulatora s baterijom ispod kože na prsištu ili u trbušnoj stijenci.



DBS nije jeftina metoda, kaže dr. Chudy, a medicina pa i zdravstvo će s vremenom biti sve skuplje i to zahvaljujući napretku ljudskog znanja i tehnologije. DBS se u Hrvatskoj radi na teret HZZO-a koji je KB Dubravi izšao u susret i omogućio da se te operacije ubuduće rade u većem obimu pa planiraju godišnje izvesti između 25 i 35 ovih zahvata.

„U KB Dubravi smo od 2007. do danas operirali više od sto pacijenata iako sam metodu počeo primjenjivati još 2000. godine, ali su je pacijenti morali sami platiti. Počeli smo je koristiti prije Češke, Slovačke i Mađarske, ali su nas te zemlje u međuvremenu dosegle u broju ugrađenih neurostimulatora. No, razlozi nisu medicinske naravi. Od prošle godine ova se operacija izvodi i u Sloveniji, a u Hrvatskoj jedino u našoj ustanovi“, kaže dr. Chudy.

Za primjenu ove metode postoje jasne indikacije, kaže dr. Vuletić, objašnjavajući da nisu svi oboljeli od Parkinsona ujedno i

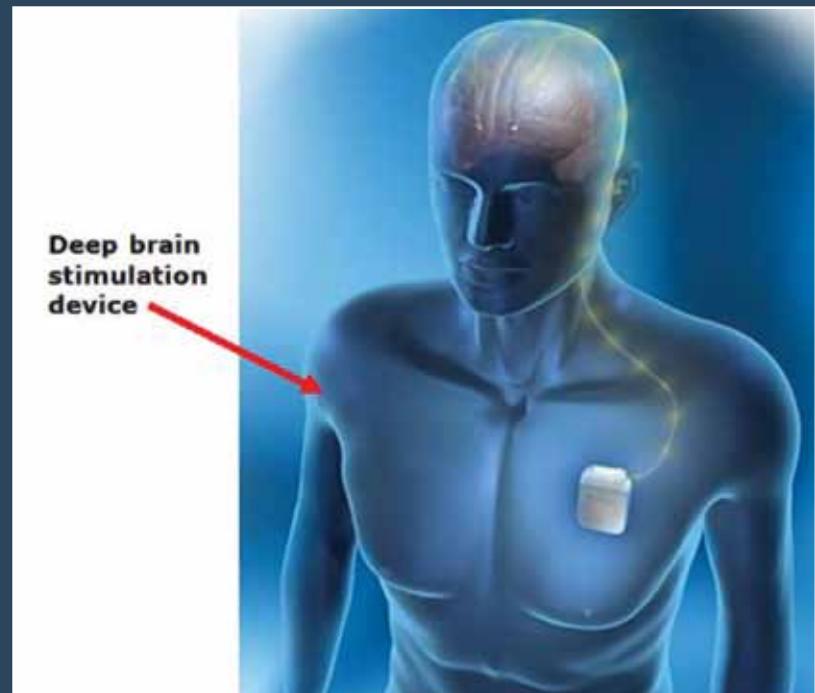
DBS u Hrvatskoj

- 2000. godina - prvi puta u Hrvatskoj na KBC-u Rebro uspješno je ugrađen neurostimulator za duboku mozgovnu stimulaciju
- 2007. godina - prelaskom dr. Darka Chudya s KBC-a Rebro u KB Dubravu ta bolnica postaje nacionalni, ali i regionalni centar za DBS u kojem se ugrađuje prosječno oko 20 neurostimulatora godišnje. DBS se ugrađuje u KB Dubravi u bolesnika s Parkinsonovom bolesti, distonijom, tortikolisom i esencijalnim tremorom
- 2011. godina - prvi puta ugrađen neurostimulator DBS u bolesnika s minimalnim stanjem svijesti te, kako je došlo do zadržljivućeg oporavka, nastavljen je projekt ugradnje neurostimulatora kod bolesnika u vegetativnom stanju ili minimalnom stanju svijesti
- Danas - dosada je u Hrvatskoj uspješno implantirano više od 100 neurostimulatora, najviše za liječenje simptoma bolesti poremećaja pokretanja kao što su Parkinsonova bolest, esencijalni tremor i distonija (više informacija na www.dbs-savjetnik.hr).

kandidati za DBS tj. da je takvih oko 20 posto prema američkim studijama za DBS.

„Pravi odabir pacijenata je najvažniji jer samo 'pravi' pacijenti imaju odlične rezultate koji se mogu kretati od 50 posto pokretljivosti pa do 90 posto. Primjećeno je da za pacijente koji imaju jaku depresiju, jake kognitivne promjene i halucinacije ovo nije metoda izbora jer bi se ti simptomi mogli stimulirati i pojačati. S obzirom da smo vrlo oprezni pri odabiru pacijenata, za sada se nismo susretali s takvim problemima“, objašnjava dr. Vuletić koja odabire pacijente i upućuje ih dr. Chudyju koji gleda da li mu posebni slojevi na MR snimci tzv. DBS slojevi koji su napravljeni za vrijeme preoperativna obrade na Zavodu za neurologiju odgovaraju za neuronavigaciju i planiranje zahvata ili ih treba ponavljati. Ponekad, kaže dr. Vuletić, kod postojanja izraženih atrofija na MR raspravimo zajedno Indikaciju i rizike zahvata.

Pacijent se nakon operacije ponovno vraća u skrb dr. Vuletić koja ima mogućnost stimulacije tj. programiranja parametara i reguliranja terapije. Naime, nakon DBS-a pa-



Što DBS terapija neće učiniti za bolesnike

- neće izlječiti Parkinsonovu bolest - kao i kod svih postojećih terapija za PB, terapija DBS će samo pomoći kod upravljanja bolešcu
 - neće popraviti one motoričke simptome koje levodopa nije poboljšala (osim u slučaju tremora i mišićnih grčeva)
 - neće riješiti sve probleme koji su se razvili kod pacijenata zajedno s njihovim simptomima PB-a (primjerice, društvena izolacija, stigma, emocionalni problemi) - DBS će pomoći kod kontrole njihovih motoričkih simptoma i omogućiti veću mobilnost, ali o njima ovisi hoće li iskoristiti mogućnosti koje im DBS može ponuditi
 - DBS ne mijenja trajno način razmišljanja ili osobnost pojedinca. Međutim, kao lijek protiv PB-a, može imati psihijatrijske nuspojave, za koje je vjerojatnije da će se pojavitи kod pacijenata koji pate od prijašnjih psihijatrijskih stanja uzrokovanih PB-om ili liječenjem lijekovima. Problemi koji se mogu javiti su emocionalni poremećaji, poput depresije ili manje, stanja zbumjenosti ili apatije. Ti su problemi općenito rijetki i često privremenii, ako se njima upravlja na primjeren način.

cijent s Parkinsonovom bolešću ima za 40 do 60 posto manju potrebu za terapijom u odnosu na vrijeme prije zahvata. Primjerice, u nekim slučajevima pacijenti nakon zahvata uzimaju svega jedan lijek u manjim dozama umjesto prijašnjih pet antiparkinsonika.

Dr. Chudy pojašnjava da elektroda u mozgu ostaje do kraja života, a kućište koje u sebi sadrži bateriju mora se promijeniti nakon tri godine kod distonije odnosno nakon pet godina kod Parkinsonove bolesti. No, dodaje, danas postoje i skuplji uređaji koji uključuju baterije koje se mogu telemetrijski ponovno puniti tako da nema potrebe za zamjenom tј. zahvatom.

Ovu metodu, kaže dr. Chudy, može se promatrati i s aspekta zdravstvenog turizma, a prepostavka za to je da ih se prepozna kao centar istinske izvrnosti.

„Nitko neće kod nas doći da iz šok sobe gleda Plitvička jezera ili Stradun tj. nitko se neće doći operirati zbog turističke atrakcije. Ali ako imamo znanje i prepoznatljivu školu, ako postoje specijalizanti koji uče od nas, a kada je u pitanju neurokirurgija to je dosta bitno, i ako uspijemo svojim znanjem postići konkurentnost bilo bi dobro da je sjedište te konkurentnosti u Hrvatskoj tj. u Zagrebu“, kaže dr. Chudy.

Dodaje kako to podrazumijeva i da državna administracija prepozna centre izvrnosti u Hrvatskoj pa tako i njih koji daju mali doprinos hrvatskom društvu da se prepoznae znanje i vještina, a ne formalna izvrnost.

DBS sustav uključuje tri sastavnice koje su u potpunosti usaćene u tijelo:

1. Neurostimulator - uređaj sličan elektrostimulatoru srca koji je izvor struje tog sustava. Sadrži malu bateriju i računalni čip programiran za slanje električnih impulsa kako bi se kontrolirali simptomi

2. Elektrodni kateter (lead) - izolirana žica s četiri elektrode koja je usaćena u mozak

3. Ekstenzija - izolirana žica smještena ispod vlasišta koja povezuje elektrodni kateter i ide iza uha, niz vrat te ulazi u prsa ispod ključne kosti, gdje se povezuje s neurostimulatorom (kod djece se neurostimulator može ugraditi u području abdomena)

Korištenjem dviju vanjskih sastavnica sustav se programira prema individualnim potrebama. Mobilni programator koristi liječnik ili medicinska sestra kako bi podešili parametre neurostimulatora, a ručni programator služi bolesniku ili njegovatelju kako bi isključili ili uključili neurostimulator. Međutim, u većini slučajeva neurostimulator je uvijek uključen.

.....

Intervju s dr. Ines Balint, predsjednicom KoHOM-a

Svjetski priznati stručnjaci obiteljske medicine dolaze u Hrvatsku

Piše i snima Andreja Šantek



Dr. Ines Balint,
predsjednica
KoHOM-a

• Nakon šest godina WONCA se vraća u Europu tj. u Dubrovnik gdje će se od 15. do 18. travnja održati 13. WONCA svjetska ruralna konferencija. Riječ je o svjetskom udruženju obiteljskih liječnika koje broji više od 500.000 članova. WONCA ima i svoje regionalne udruge koje su organizirane po kontinentima te specijalne radne grupe. Organizacija Svjetske konferencije je pripala Koordinaciji hrvatske obiteljske medicine (KoHOM), a predsjednica KoHOM-a dr. Ines Balint, specijalistica obiteljske medicine, ujedno je i predsjednica znanstvenog programa konferencije.

• Koliko sudionika očekujete i tko dolazi od uglednika iz svijeta i Hrvatske?

• KOHOM će poslati pozive svim dekanima medicinskih fakulteta u Hrvatskoj,

pročelnicima katedri obiteljske medicine, te predsjedniku Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog zbora. Do sada su pokrovitelji KoHOMO-vih kongresa bili i Ministarstvo zdravlja, predsjednik Republike Hrvatske i predsjednik Sabora, a očekujemo da će biti i ove godine. U Dubrovnik dolazi velik broj istaknutih stranaca, nekoliko dekana medicinskih fakulteta, pročelnici katedri obiteljske medicine. Dolazi šest pozvanih predavača: izabrana predsjednica Wonca World **Amanda Howe**, bivši predsjednik Wonca World **Richard Roberts**, vodeći stručnjak u zaštiti na radu poljoprivrednika **Claudio Colosio**, istaknuta članica WWPRP i American Academy of Family Physician **Barbara Doty**, član Izvršnog odbora WONCA Europe **Janko Kersnik**, te prodekanica za nastavu Medicinskog fakulteta Istočno Sarajevo **Maja**

Račić. Među predavačima su još i pročelnik katedre obiteljske medicne Sveučilište Washington **Thomas Norris**, predsjednik International Advisory Board i dekan Medicinskog fakulteta James Cook Australija **Richard Murray**, dekan medicinskog fakulteta u Thunder Bayu **Roger Strasser**, dekan medicinskog fakulteta Memorial University Kanada Jim Rourke, bivši predsjednik WWPRP i direktor za ruralnu medicinu Sveučilišta Witwatersrand u Južnoj Africi **Ian Couper**, profesor obiteljske medicine iz Karolinskog Instituta Stockholm **Lars Agréus**, te predsjednik radne grupe za point of care s Flinders University Australija **Mark Shephard**.

• Koje su glavne teme kongresa i na što će se staviti naglasak?

• Glavna nit vodila Svjetskog kongresa ruralne medicine bit će uklanjanje barijera i udruživanje ljudi tj. teme 13. Svjetske ruralne konferencije su one koje ukazuju na barijere u organizaciji i provođenju zdravstve zaštite seoskog stanovništva. Od interesantnijih tema izdvajala bih još leadership, socijalni mediji, ebola, point of care, edukacija, zadržavanje medicinskog osoblja u ruralnim krajevima, zaštita na radu poljoprivrednog stanovništva, obiteljsko nasilje, rješavanje katastrofa. Po prvi put ćemo održati i radionice o ulozi medicinskih sestara i tehničara. U osmišljavanju ove radionice uključili su se i eminentni stručnjaci iz inozemstva na čelu s Tomom Norrisom. S naše strane je u ovu radionicu uključena i tajnica Hrvatske udruge patronažnih sestara **Franka Luetić**, bacc. med. techn..

U isto vrijeme se u Dubrovniku održava i 6. Kongres KoHOM-aglavne teme biti gastrointestinalne bolesti i hiperlipidemije. Uvijek pokušavamo raditi na način da predavači budu liječnici obiteljske medicine, a za područja koja spadaju u subspecijalistička područja pozivamo i naše kolege, bolničke liječnike. Ove godine predavači su doc. dr. **Marinko Marušić** i dr. **Krešimir Luetić** iz KB Sveti Duh. Posebno smo ponosni što od stranih predavača imamo dva istaknuta obiteljska liječnika, prof. dr. **Larsa Agreus** s Karolinska instituta, te prof. **Christosa Lionica** iz Grčke, koji pored radova u nizu međunarodnih časopisa svoje radove objavljaju i u Lancetu.

• Mogu li se uspoređivati obiteljski liječnici diljem Europe i svijeta s hrvatskim primarcima? Gde su sličnosti, a gde su razlike?

• Organizacija ruralne obiteljske medicine, te potrebna znanja i vještine su vrlo različiti diljem svijeta. I dok liječnici u Kanadi i Australiji rade i operacijske zahvate, te samim tim u svojoj opremi imaju i anestesiološke i rentgen aparate, u Europi imamo primjere od izvrsne organiziranosti do vrlo siromašnih kra-

jeva s ambulantama koje su vrlo oskudno opremljene. Europa je, ustvari, više ruralna nego što stvarno mislimo. Što se tiče ruralnih doktora u Hrvatskoj, možemo biti izuzetno ponosni na njih, mada ih je sve manje i sve su stariji. Kollegice i kolege koji rade u ruralnim sredinama izuzetnim trudom pružaju izvrsnu zdravstvenu zaštitu svojim pacijentima bez obzira na sve teškoće na koje nailaze u svom radu kao što su nekoordiniranost zdravstvene, socijalne i ostalih službi, vrlo težak odlazak na edukaciju jer je vrlo teško organizirati zamjenu za vrijeme odustava, nerazumijevanje od strane lokalne zajednice za potrebnim boljim opremanjem ambulant i slično. Kao bolji primjeri organizacije ruralne obiteljske medicine mogu se istaknuti Škotska, Norveška, Švedska, Australija, Kanada.

... Kako danas u Hrvatskoj ocijenjujete poziciju obiteljskog liječnika, pa shodno tome i KOHOM-a?

- Obiteljski liječnici u Hrvatskoj su sve stariji, opterećeni silnim administrativnim poslovima, ali unatoč tome puni entuzijazma i želje za unapređivanjem ne samo svog statusa nego i bolje organizacije zdravstvene zaštite svojih pacijenata. Svakodnevno članovi i članice KoHOM-a ukazuju na probleme u provođenju kvalitetne zdravstvene zaštite, ali i daju vrlo konkretnе prijedloge. Nažalost, svi ovi naporovi vrlo sporo i teško dolaze do onih koji odlučuju. Ovoga trenutka je vrlo mali broj kolegica i kolega, predstavnika struke uključen u razvoj i poboljšanje ne samo primarne zdravstvene zaštite nego i ostalih nivoa te bolje povezanosti. Bolja povezanost primarne i sekundarne zdravstvene zaštite bi uvelike poboljšala kvalitetu zdravstvene zaštite jer bi se vrlo brzo došlo do cilja da obiteljski liječnik zbrinjava 80 posto najčešćih zdravstvenih problema pacijenata. Možemo sa sigurnošću reći da KoHOM ovog trenutka ima vrlo dobru poziciju u Europi i svijetu jer je prepoznat kao snaga koja može unaprijediti obiteljsku medicinu ne samo u Hrvatskoj nego i u regiji. Tome u prilog govorи činjenica da imamo predstavnike u izvršnim tijelima WONCA. Tako je dr. Ivana Babić članica Izvršnog odbora Vasco da Gama tj. pokreta specijalizanata i mlađih specijalista obiteljske medicine, dr. **Dijana Ramić Severinac** naša je predstavnica u Equippu, dr. **Veronica Rašić** predstavnica je u Vasco da Gama pokreta u Wonca Working Party on Rural Practice, a dr. **Tanja Pekez-Pavliško** je dopredsjednica Wonca Working Party on Rural Practice. Zahvaljujući ovome očekujemo da će i druge kolege biti vrlo aktivni u drugim tijelima WONCA-e.

... Što biste istaknuli kao najveći problem, a što kao napredak u odnosu na prijašnje godine?

- Prvo želim naglasiti pozitivne stvari. Uvođenjem novog načina ugovaranja i mogućnosti prikaza rada obiteljskih liječnika došlo se do spoznaje koji posao mi svakodnevno obavljamo. Osobito nam je draga da se sada može prikazati koliko često radimo s pacijentima koji dođu zbog tri ili više tegoba, koliko puno radimo palijativnih kućnih posjeta, savjetovanja sa pacijentom, ali i s obitelji, konzultacija kao i niza drugih postupaka. Ulaganja kolega u nabavku opreme kao što su dijagnostički ultrazvuk, spirometri, uređaji za kontinuirano mjerjenje arterijskog tlaka, uređaji za fizikalnu terapiju i krioterapiju su sve češća. Vrlo velika administrativna opterećnost i veliki broj dnevnih posjeta pacijenata dovode do nedostatka vremena za kvalitetan razgovor s pacijentom, ali i za provođenje već navedenih dijagnostičkih ili terapijskih procedura. Slaba komunikacija sa sekundarnom zdravstvenom zaštitom, nepostojanje smjernica za dijagnostičke i terapijske postupke u dijagnostici, li-

ječenju i praćenju bolesti i stanja, nedostatak liječnika obiteljske medicine, sve viša starosna dob obiteljskih liječnika dodatno nas opterećuju. Nadamo se da će se u skoroj budućnosti administrativni rad doktora i medicinskih sestara u obiteljskoj medicini svesti na minimum, a svi ostali problemi rješavati uvažavajući prijedloge struke uz brže donošenje kvalitetnih rješenja na zadovoljstvo liječnika, ali i naših pacijenata. Nedostatak mlađih liječnika je veliki problem te liječnici u mirovini i dalje moraju raditi jer mlade kolege ne žele odlaziti u krajeve gdje im se ne garantira adekvatno napredovanje u struci te uvjeti za život. Niti predstavnici državne niti lokalne vlasti ne mogu ili ne žele shvatiti da liječnici žele i moraju biti ravnopravni partneri u donošenju odluka o organizaciji i provođenju zdravstvene zaštite. Onog trenutka kada budemo ravnopravni partneri biti ćemo i zadovoljniji, ali će biti i bolja organiziranost i kvaliteta zdravstvene zaštite.

.....

Dr. Tanja Pekez – Pavliško, predsjednica Organizacijskog odbora 13. WONCA svjetske ruralne konferencije

Želimo vratiti sjaj obiteljskoj medicini koju je započeo još Andrija Štampar

Piše i snima Andreja Šantek

• KoHOM je vrlo rano prepoznao značenje ruralne medicine, te je počeo s aktivnostima na tom području.

Tako je još u travnju 2011. u Kutini održana prva konferencija ruralne medicine na kojoj je kao gost sudjelovao i tadašnji predsjednik EURIPA-e (European Rural and Isolated Practitioners Association) i potpredsjednik WWPRP (Wonca Working Party on Rural Practice) dr. **John Wynn Jones**.

Na toj su konferenciji, kaže dr. **Tanja Pekez - Pavliško**, predsjednica Organizacijskog odbora 13. WONCA svjetske ruralne konferen-

cije, predstavljeni problemi i način rješavanja problema vezanih uz ruralnu medicinu.

“Zbog odustajanja Portugala, KoHOM je dobio organizaciju 3. Foruma EURIPA. Organizacija je bila iznimna, a koncept konferencije je bio takav da je uključio i niz liječnika obiteljske medicine iz Hrvatske. Za organizaciju ovog skupa dobili smo sve pohvale, osobito stoga što smo takav skup organizirali u svega tri mjeseca.

U organizaciji ovog skupa od iznimne pomoći nam je bila i dr. **Nives Dabo**, tadašnja dogradonačelnica Novalje, i obiteljska

lijecnica.

Na tom skupu je dogovoreno da se KoHOM kandidira za organizaciju svjetske konferencije 2015.

••• *Kako je izgledalo lobiranje i što će ovaj kongres značiti za KOHOM odnosno Hrvatsku?*

- Lobiranje je u stvari bilo vrlo bitno jer nam je protukandidat bila Australija, koja danas najviše ulaze u ruralnu obiteljsku medicinu. S druge strane, odnosi u WWPRP su vrlo prijateljski tako da je članovima bilo vrlo teško odlučiti o tome tko će dobiti kandidaturu.

Zbog toga smo morali otići u Kanadu u Thunder Bay gdje se održavala 11. svjetska konferencija i dostoјno predstaviti KoHOM i Hrvatsku. Naša prezentacija se sastojala od predstavljanja KoHOMa, Dubrovnika i Hrvatske, te spota Ane Rucner.

Na Dan neovisnosti, 8. listopada 2012. godine dobili smo organizaciju konferencije. Od tada su krenule aktivnosti oko dovođenja što većeg broja sudionika u Dubrovnik i stvaranja što kvalitetnijeg programa. To je uključivalo veliki rad, odlazak na nekoliko konferencija u inozemstvo, stotine mailova... Nažalost, organiziranje međunarodnog kongresa je u cijelosti palo samo na KoHOM tj. do sada nismo imali nikakvu pomoć od strane Hrvatske turističke zajednice.

Ovo želim istaknuti jer u slučaju da postoji organizirana suradnja liječnika i Hrvatske turističke zajednice, te odgovarajući kongresni resursi, uvjerenia sam da bi Hrvatska mogla biti domaćin velikom broju kongresa. Ne bih željela ulaziti u detalje, ali mislim da svi znamo što bi to značilo za hrvatski turizam s obzirom da se većina kongresa organizira izvan turističke sezone.

••• *Koliko sudionika očekujete?*

- Ne znamo još točan broj, a mjesec dana prije početka kongresa imamo 1000 prijavljenih sudionika iz Hrvatske, ali i iz cijelog svijeta, od Australije, Kanade, Južne Koreje, Saudijske Arabije, Kine, Malawija, Južnoafričke Republike, Španjolske, Albanije, Kosova, Finske, Velike Britanije, Njemačke, Portugala, Luksemburga, Belgije pa do Brazila i SAD-a.

••• *Što pripremate sudionicima konferencije? Koliko je predavača, predavanja, poster sekacija i ostalog stručnog programa?*

- Izuzetno nam je drago što smo nudili malo drugačiji koncept kongresa uvođenjem velikog broja radionica u trajanju od 1,5 sata čime omogućuju sudionicima interaktivno sudjelovanje.

Inače, velikim naporima John Wyn Jonnesa i Google grupe priprema znanstvenog dijela kongresa je bila vrlo interaktivna tako da su se teme dogovarale putem grupe. Ima-



**Dr. Tanja Pekez - Pavliško,
predsjednica Organizacijskog
dobra 13. WONCA**

mo 300 prijavljenih sažetaka koji će biti prezentirani putem radionica, usmenih izlaganja i poster sekcije. Dnevno ćemo imati oko 84 sati programa, u nekoliko paralelnih sekacija.

••• *Uvodite i jedan potpuno novi koncept i to zahvaljujući populariziranjem prvog predsjednika Svjetske zdravstvene organizacije dr. Andrije Štampara. O čemu je riječ?*

- Posebno smo ponosni što smo pokrenuli akciju prezentiranja ruralnih heroja.

Cijela inicijativa je potekla nakon što sam spomenula članak dr. **Andrije Štampara** koji je 1938. godine objavljen u New England Journal of Medicine, a riječ je o njegov govoru na Harvard Medical Schoolu.

Nakon toga je pokrenuta inicijativa da svaka država prezentira svog ili svoje ruralne heroje - liječnike obiteljske medicine.

Ovim kongresom želimo ponovno istaknuti značaj rada Andrije Štampara i izvrsnih početaka obiteljske medicine 60-ih godina prošlog stoljeća, koji se zaboravio ne samo u svijetu nego i u Hrvatskoj.

Uz to, poseban dio je posvećen mlađim doktorima i studentima. Tako će mlađi doktori slati video uratke o svom poslu u ruralnim krajevima, a studenti će imati radionicu posvećenu samo njima.

••• *Kako se KOHOM snašao u organizacijskom dijelu?*

- KoHOM već ima veliko isksutvo u organiziranju svojih kongresa koji su prethodne dvije godine premašile brojku od 800 sudionika i koji su ujvijek imali vrlo istaknute pozvane predavače.

Stoga nam nije bilo teško organizirati i ovaj kongres, uz sve naše strahove, jer smo svi mi po prvi puta organizirali ovaku vrstu kongresa. Opet želim naglasiti veliku ulogu John Wyn Jonnesa i cijele WWPRP koji su sve-srdno pomagali u organiziranju, ali i dovođenju istaknutih predavača.

Svi članovi Organizacijskog i Znanstvenog odbora kongresa radili su naporno kao i kolege iz Dubrovnika predvođeni Orsatom Johnom organizirajući poslove na lokalnom nivou. Također moram istaknuti našeg kongresnog organizatora Conventus Credo koji vrlo profesionalno održuje svoj dio posla.

Ponosni smo što su izradili svoj vlastiti software za prijem sažetaka i registraciju, što je jedinstveno u organizaciji WONCA konferencija. Obično se organizatori okreću već dostupnim softverskim rješenjima na svjetskom tržitu.

.....

EQUIP-ova ljetna škola

Poboljšanje kvalitete i skrbi u primarnoj zaštiti

Piše dr. Dijana Ramić Severinac



- U Trakoščanu će se od 25. do 28. lipnja održati EQUIP Ljetna škola koja će svojim programom dodatno poboljšati kvalitet i sigurnost kao i mogućnost istraživanja u području primarne zdravstvene zaštite za sve zdravstvene djelatnike i stručnjake.

Ovogodišnja Ljetna škola se održava u suradnji EQUIPa, KoHOMa i Katedre za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu kao interaktivni tečaj s predavanjima međunarodnih stručnjaka u kombinaciji s osobnim i grupnim radom. EQUIP u svojim projektima

ma naglašava širenje znanja i poticanje na suradnju te je cilj da programima unutar svojih projekata dotaknu najširu moguću populaciju. Ljetna škola je namijenjena istraživačima i zdravstvenim djelatnicima (lječnicima, medicinskim sestrama, ljekarnicima i ostalim zdravstvenim djelatnicima) koji se žele usavršavati u području istraživanja i unaprjeđenja kvalitete skrbi. Iako Ljetna škola neće biti isključivo usmjerena na određenu zdravstvenu djelatnost, naglasak će biti stavljen na kvalitetu skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

EQUIP predstavlja mrežnu organizaciju Europskog udruženja lječnika obiteljske medicine (WONCA Europe) usmjerenu na osiguranje kvalitete i sigurnost u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. EQUIP-ova Ljetna škola se održava od 2008. godine s ciljem osposobljavanja zdravstvenih djelatnika za izradu i usavršavanje vlastitih projekata unaprjeđenja kvalitete. Predavači Ljetne škole su istaknuti stručnjaci iz područja osiguranja kvalitete i sigurnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koji će svoje znanje i iskustvo podijeliti s kolegama, a ove godine predavači su prof. dr. Jochen Gensichen (Njemačka), prof. dr. Frede Olesen (Danska) i dr. Dijana Ramić Severinac (Hrvatska).

U Ljetnoj školi se radi u grupama od 15 do 20 polaznika tijekom četiri dana u jutarnjim i popodnevnim terminima. Tečaj je interaktivni, a sastavljen je od predavanja međunarodnih stručnjaka, individualnog rada i rada u grupi. Na kraju tečaja polaznici Ljetne škole predstavljaju vlastiti plan tj. projekt istraživanja vezan uz kvalitetu rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

.....



Dr. Dragica Kramarić, Hrvatsko podmorsko

Stručni skup «Lijek nije roba»

Bolja regulacija tržišta lijekova



Predsjednica UV-a iFl-ja Karolina Matić, direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije Samo Fakin i ravnateljica HZZO-a Tatjana Prenda Trupec

„Lijek nije roba“ naziv je skupa koji je krajem veljače u Vodicama okupio predstavnike zdravstvene administracije, inovativne proizvođače lijekova, ravnatelje zdravstvenih ustanova i ostale zainteresirane.

Na skupu je sudjelovao i ministar zdravlja prim. **Siniša Varga**, njegov pomoćnik doc. dr. **Miljenko Bura**, ravnatelj Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije dr. **Samo Fakin**, predstavnik Ministarstva zdravlja Poljske **Artur Falek**, predsjednica KoHOM-a dr. **Ines Balint**, predsjednik HUBOL-a mr. sc. **Trpimir Goluba**, predsjednik Udruge poslodavaca u zdravstvu dr. **Dražen Jurković** i drugi.

Ravnateljica HZZO-a **Tatjana Prenda**

Trupec, mag. ing. el., govorila je o reguliranju hrvatskog tržišta lijekova, o zakonskim preduvjetima za određivanje cijena lijekova te o stavljanju lijekova na listu. Kao novosti na tržištu lijekova u Hrvatskoj, T. Prenda Trupec izdvojila je projekte e-zdravstva tj. e-Recept i e-Listu lijekova te navela da informatizacija pridonosi efikasnosti, kontroli i boljoj analizi. Kao jednu od dobirih promjena navela je i smanjenje PDV-a na lijekove i medicinske proizvode koji od siječnja 2013. iznosi pet posto.

„Novost je i što smo prepoznali važnost HTA analiza prilikom stavljanja lijekova na listu“, rekla je T. Prenda Trupec.

Predsjednica Upravnog vijeća iFl-ja **Karolina Matić** rekla je da industrija predlaže promjene pravilnika koji trebaju biti provedivi, predvidivi i transparentni.

„Predloženim izmjenama pravilnici bi bili jednostavniji za implementaciju i omogućili bi dostupnost lijekova, postigao bi se jasan put odobrenja lijeka s definiranim rokovima te bi se izbjegle „sive“ zone i utjecaji.“

U postojećim pravilnicima o cijenama lijekova i refundaciji metodologija je pokazala niz nedosljednosti i ne osigurava konzistentan i transparentan proces pa je provođenje potupka sporo, ne ostvaruju se moguće uštede, favoriziraju se pojedine molekule, uvjetuju se propisivačke navike, ne koristi se širok spektar odobrenih lijekova te je otežana dostupnost inovativnih lijekova“, rekla je K. Matić. Posljedice trenutnog stanja za pacijente su neravnopravna dostupnost lijekova što može dovesti do lošijih zdravstvenih ishoda, za proizvođače lijekova to znači neravnopravan tržišni položaj, a za zdravstveni sustav dugočno povećanje troškova za zdravstvenu skrb.

Predsjednik Hrvatske ljekarničke komore **Mate Portolan**, mag. pharm., govorio je o europskim trendovima i posljedicama liberalizacije tržišta bezreceptnih lijekova. Realnost je, kazao je M. Portolan, da se smanjuje stručni nadzor nad lijekovima, da se povećavaju rizici neispravne primjene lijekova te da se pojavljuju nove informacije o (ne)sigurnosti lijekova. Samo zato što se lijekovi iz bezreceptnog statusa mogu slobodno kupiti u drogeriji, rekao je, ne znači da su potpuno neškodljivi, a mogu biti čak i opasni za život. M. Portolan smatra da je važno promijeniti percepciju pacijenata da su OTC lijekovi neškodljivi.

„Mehanizam slobodnog tržišta i tržišnog nadmetanja ne može se primjeniti na lijekove kao na druge proizvode tj. robu široke potrošnje. Lijekovi, zbog povećanog rizika i mogućih nuspojava, nisu obična roba i čine posebnu skupinu proizvoda koji trebaju biti odvojeni od drugih potrošačkih roba te trebaju biti dostupni samo u ljekarnama uz nadzor i savjet magistra farmacije“, rekao je **M. Portolan**. Navedeći primjere pojedinih europskih zemalja, M. Portolan rekao je kako u Velikoj Britaniji godišnje od komplikacija uzrokovanih paracetamolom umre od 100 do 150 osoba, godišnje se zabilježi i oko 90.000 trovanja paracetamolom, a 30.000 osoba završi na bolničkom lječenju.

AŠ



Na skupu je bilo 70-ak sudionika

Nova metoda liječenja u KBC-u Zagreb Krioablacijom plućnih vena liječe fibrilaciju atrija



Doc. dr. Davor Puljević, dr. Borka Pezo i akademik Davor Miličić

• U Klinici za bolesti srca i krvnih žila KBC-a Zagreb početkom ožujka je po prvi put izvedena brža i učinkovitija metoda liječenja aritmije srca krioablacijom plućnih vena čime se ova zagrebačka bolnica svrstala uz bok vođičkih svjetskih centara. Predstojnik Klinike akademik **Davor Miličić** rekao je na konferenciji za novinare da su iznimno ponosni što imaju znanje i tehnologiju biti na razini centara izvrsnosti u zapadnoj Europi i SAD-u.

„To dokazujemo i danas predstavljajući novu metodu krioablacije plućnih vena koju izvodimo prvi put u Hrvatskoj i zemljama u okruženju kako bi oboljelima osigurali mogućnost najmodernijeg intervencijskog liječenja fibrilacije atrija“, rekao je akademik Miličić. Fibrilacija atrija (FA) je jedna od najčešćih aritmija koje zahtijevaju liječenje s prevalencijom u populaciji od jedan do deset posto.

Prevalencija raste s dobi, a na pojavnost bolesti utječe niz čimbenika kardiovaskularnog rizika. Zbog brojnih zdravstvenih komplikacija povezanih s FA, utvrđeno je da je smrtnost oboljelih i do dvaput veća u odnosu na bolesnike s normalnim srčanim ritmom.

S obzirom na trajanje i neke druge osobitosti, FA se dijeli u nekoliko kategorija, što je važno za odabir najbolje strategije liječenja.

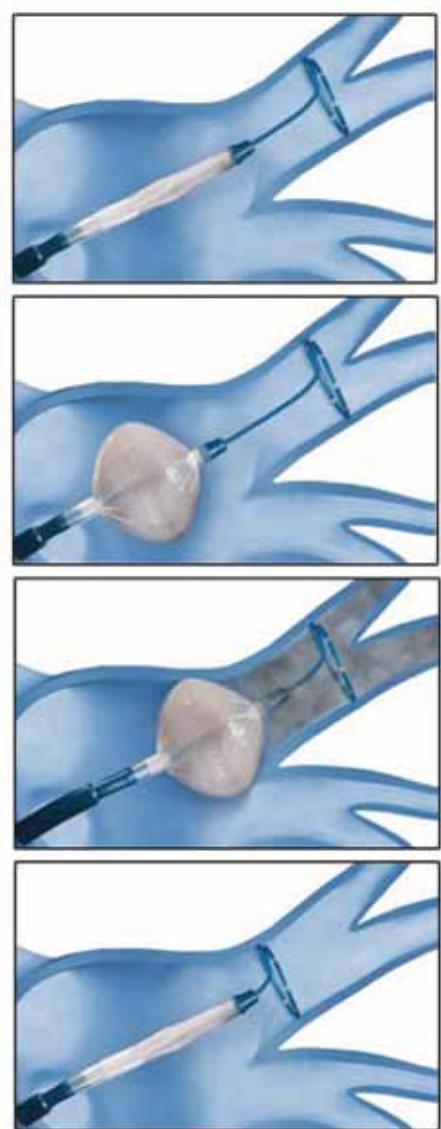
Jedna od metoda koja se u svijetu izvodi već više godina, a u Hrvatskoj unatrag nekoliko godina, jest klasična radiofrekventna metoda. Ova metoda podrazumijeva tzv. abliranje ušća plućnih vena radiofrekventnom strujom, a uključuje i moguće po život opasne komplikacije. Za razliku od radiofrekventne metode, metoda krioablacija balonom podrazumijeva njihovo ‘zamrzavanje’ pomoću krioablacijskih balona što rezultira s manje mogućih nuspojava, a zahvat je brži, učinkovitiji i ukupno jeftiniji.

Ova se metoda u svijetu primjenjuje posljednjih nekoliko godina te još uvijek predstavlja stručni i znanstveni izazov i u renomiranim inozemnim centrima. Naime, ugledni svjetski centri tek su nedavno počeli objavljivati izvještaje o sigurnosti i djelotvornosti moderne krioablacijske tehnike u liječenju FA u odnosu na klasičnu ablaciju radiofrekventnom strujom koja je dio standardne terapijske prakse.

„Jedna od bitnih prednosti nove metode jest njezina sigurnost u praksi, odnosno znatno smanjen broj nuspojava što posljedično znači brži i učinkovitiji zahvat. Provođenjem nove metode u novootvorenom laboratoriju za intervencijsku aritmologiju, KBC Zagreb još jednom potvrđuje da, kao vodeći domaći bolnički centar, prati razvoj i provodi prakse koje su u samom vrhu svjetske medicine“, rekao je doc. dr. sc. **Davor Puljević**, pročelnik Kliničke jedinice za elektrofiziologiju i elektrostimulaciju srca Klinike za bolesti srca i krvnih žila, čiji je tim izveo prve četiri krioablacije.

Doc. Puljević novinarima je predstavio novu terapijsku metodu te ih proveo kroz novi Elektrofiziološki laboratorij u kojemu će se provoditi metoda. U laboratoriju je uloženo 8,2 milijuna kuna i predstavlja jednu od najmodernejših dvorana za krioablaciju u Europi.

Andreja Šantek



Master plan prošao saborsku raspravu

• Ministar zdravlja prim. **Siniša Varga**, dr. dent. med., predstavio je 11. veljače u Saboru prijedlog Nacionalnog plana razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u RH od 2014. do 2016., kao prvi operativni dokument razvoja bolnica od hrvatske samostalnosti, kojim će se otkloniti nagomilani nedostaci funkcioniranja bolničkog sustava.

Novi Nacionalni plan u obzir uzima epidemiološku sliku populacije i cilja na reorganizaciju sustava upravo u skladu sa zdravstvenim potrebama građana u raznim krajevima zemlje, jer epidemiološka slika nije svugdje ista, dok je raniji »Masterplan» tek bilježio zatečeno stanje bolničkih kapaciteta.

Nacionalni plan ima tri cilja: povećati dostupnost bolničke zdravstvene zaštite, unaprijediti kvalitetu i učinkovitost pružanja bolničkih usluga i povećati djelotvornost i racionalizirati troškove poslovanja bolničkih ustanova. Nacionalni plan te će ciljeve do kraja 2016. godine postići kroz pridržavanje temeljnih načela supsidijarnosti, što znači da se zdravstveni problemi trebaju rješavati na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće, te načela funkcionalne integracije, odnosno kroz uspostavljanje regionalnih bolničkih mreža kroz četiri regije zdravstvenog planiranja: Središnju i sjevernu, Istočnu, Južnu i Zapadnu.

Nacionalni plan uključuje niz mjera, poput uspostavljanja Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite, uspostavljanje četiri regije zdravstvenog planiranja s omogućavanjem funkcionalne integracije pojedinih bolnica, smanjenje akutnih stacionarnih kapaciteta, bolja iskoristivost postojećih i ugovorenih kapaciteta, povećavanje kapaciteta i broja usluga dnevne bolnice, integraciju i preraspodjelu pojedinih djelatnosti gdje je to prikladno (primjerice, objedinjavanje internističkih djelatnosti, objedinjavanje kirurških djelatnosti itd.).

Uz to, predviđeno je i povećanje kapaciteta i iskoristivosti specijalističko-konzilijske zdravstvene zaštite kako bi se moglo prihvati opterećenje u vidu većeg broja pacijenata, integriranje i opremanje hitnih bolničkih prijema i ustrojstvenih jedinica za što je osiguran novac iz fondova EU, povećanje kapaciteta za produljeno i dugotrajno liječenje, povećanje

kapaciteta za palijativno liječenje u skladu sa Strateškim planom razvoja palijativne skrbi do 2016., preraspodjela i koncentriranje bolničkih resursa i usluga unutar pojedinih bolnica ili funkcionalno integriranih bolnica utvrđenima Nacionalnim registrom.

Izlazak Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje iz Državne riznice omogućio je pak ugovaranje bolničke zdravstvene zaštite na temelju mjerljivih pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, a u skladu s Nacionalnim planom i Nacionalnim registrom (poticanje pružanja usluga uz dnevnu bolnicu i specijalističko-konzilijsku zdravstvenu zaštitu), odnosno prema funkcionalno integriranim bolnicama, unaprjeđenje sustava bolničkog financiranja na način da cijena zdravstvenih usluga odražava realnu cijenu usluge.

Ministar Varga naglasio je i kako je novi model plaćanja, plaćanje bolnicama ne putem definiranih limita nego po ispostavljenom računu za izvršenu ugovorenou uslugu jedan od preduvjeta uspješne provedbe Nacionalnog plana, kako bi bolnice bile usmjerene na to da stave pacijenta u središte zdravstvenog sustava, što je cilj ministra i Ministarstva zdravljia.

„Program plus“ za skraćivanje liste čekanja

Svjetski dan bolesnika, 11. veljače, Ministarstvo zdravlja obilježilo je pokretanjem „Programa plus“ čiji je cilj skraćivanje liste čekanja. U programu sudjeluju 33 hrvatske bolnice koje će dijagnostičke i operacijske zahvate, na koje se najduže čeka, obavljati u poslijepodnevnim satima srijedom i subotom prijepodne.

„Pacijenti koji dugo čekaju, bit će ovih dana pozvani da srijedom poslijepodne i subotom ujutro obave pregled“, rekao je ministar zdravlja prim. Siniša Varga, dr. dent. med., i dodaо kako očekuje dobar odaziv bolnica s obzirom na novi model plaćanja. Prema tom modelu Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje bolnicama će plaćati usluge tek po izvršenju pa je bolnicama, dodaо je, sada cilj da rade više jer će im se dodatni rad dodatno i platiti. U Ministarstvu procjenjuju da će se ovim programom liste smanjiti za 6000 pacijenata. Program će se provoditi do ljeta, a bolnice same odabiru

desetak dijagnostičkih postupaka, prvih kontrolnih pregleda ili operacija za jednodnevnu bolnicu za koje imaju najduže liste čekanja i u skladu s tim organiziraju dodatne termine. Primjerice, KBC Rijeka otvorio je čak 12 ambulanti u dodatnim terminima.

Sniženje cijena lijekova

Nakon završenog redovitog postupka Javnog nadmetanja za utvrđivanje cijena lijekova za osnovnu i dopunska listu lijekova HZZO-a cijene su snižene za ukupno 939 pakiranja lijekova, rečeno je nakon sjednice Upravnog vijeća HZZO-a koja je održana 2. ožujka. Snižene su cijene za 754 pakiranja lijekova s osnovne liste lijekova, te za 185 pakiranja za lijekove iz dopunske liste lijekova. Uz to, 14 pakiranja lijekova je s dopunske liste lijekova prebačeno na osnovnu listu, što znači da osiguranici više za te lijekove neće plaćati doplatu.

No, istodobno je s osnovne na dopunska listu prebačeno 111 pakiranja lijekova za koje postoje generičke i kliničke paralele lijeka, istog sastava i istog djelovanja, što znači da osiguranici mogu i dalje besplatno dobiti odgovarajući lijek. Ostvarene uštede, kažu u HZZO-u iskoristit će se za dodavanje novih lijekova na listu, te za povećanje prava pacijenata u smislu širenja indikacija koje pokriva HZZO.

Dopunsko zdravstveno na poplavljениm područjima

HZZO je do 30. lipnja produljio rok u kojem neće naplaćivati neplaćene premije iz dopunskog zdravstvenog osiguranja za sve osiguranike čije je prebivalište na poplavljениm područjima. Odluka je prvotno vrijedila do 31. prosinca 2014. godine, no sada je rok produljen dok se situacija i život na poplavljениm područjima potpuno ne stabiliziraju.

Dodatni novac za liječenje

HZZO je osigurao dodatnih 250.655 kuna Domu zdravlja Splitsko-dalmatinske županije za liječenje hemodializom na otocima Hvaru i Braču. Također je timovima medicine rada odobreno više novaca u odnosu na propisani standard za prošlu godinu, nakon provedenog konačnog usklađenja. Prema propisanom standardu za timove medicine rada maksimalni godišnji iznos izvršenja rada za specifičnu zdravstvenu zaštitu iznosi 520.000 kuna. Prema zaprimljenim i usklađenim zahtjevima ugovornih timova medicine rada za 2014. godinu odobren je iznos od 182.346,25 kuna za četiri ugovorna tima medicine rada. Ugovornim

timovima medicine rada, koji rade na područjima kod kojih postoje odstupanja u izvršenju u odnosu na standard zbog nepotpunjenosti mreže te ovisno o posebnostima vezanim uz strukturu, vrstu i broj radnih mjesta s posebnim uvjetima rada, te broj radnika u skrbi za posljenih na tim radnim mjestima, HZZO može prema zahtjevu prilikom konačnog usklađenja odobriti iznos izvršenja veći od propisanog, a najviše do 20 posto na godišnjoj razini.

Nacionalni program za rijetke bolesti

Ministarstvo zdravlja je u ovoj godini za Nacionalni program za rijetke bolesti osiguralo 360 milijuna kuna, rečeno je na predstavljanju programa za period od 2015. do 2020. godine koji je usvojen početkom ožujka na sjednici Vlade. Rijetke bolesti su kronične i progresivne i dovode do invalidnosti i smanjenja kvalitete života oboljelog i njegove obitelji, a u Europskoj uniji od njih boluje oko 30 milijuna osoba.

Ministar zdravlja prim. Siniša Varga, dr. dent. med., rekao je kako Program obuhvaća devet strateških područja aktivnosti i to edukaciju i informiranost stručnjaka, oboljelih i šire populacije, prevenciju i rano otkrivanje rijetkih

bolesti, integriranu zdravstvenu i socijalnu zaštitu te promoviranje istraživanja u području rijetkih bolesti.

„HZZO ima poseban fond za skupe lijekove koji se financiraju dodatnim sredstvima i ne terete sredstva bolničkih proračuna“, rekla je predsjednica Povjerenstva za rijetke bolesti dr. Tea Strbad te dodala da je HZZO u zadnjih godinu dana na popis uvrstio osam novih lijekova za liječenje rijetkih bolesti. Inače, na osnovnoj listi lijekova HZZO-a nalaze se mnogobrojni lijekovi za liječenje rijetkih bolesti i ti su lijekovi u potpunosti dostupni osiguranim osobama, rekla je dr. Strbad, no problem je s tzv. orphan ili lijekovima siročadi koji su namijenjeni za liječenje malog broja ljudi te nisu zanimljivi farmaceutskoj industriji.

Predsjednica Hrvatskog saveza za rijetke bolesti **Vlasta Zmazek** rekla je da Savez brine o 1500 oboljelih i njihovih obitelji i dodala kako je veliki doprinos u senzibiliziranju javnosti obilježavanje Međunarodnog dana rijetkih bolesti poslijednjeg dana veljače. Savez je ove godine, od 16. do 27. veljače, provodio kampanju „Zagrali za rijetke bolesti“, a u kinu Tuškanac je 27. veljače premijerno prikazan dokumentarni film o rijetkim bolestima „Dan po dan“.

Dr. Tomislav Benjak iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo rekao je da ne postoje

sveobuhvatni epidemiološki i statistički podaci o rijetkim bolestima, jer rijetke bolesti nemaju šifru međunarodne klasifikacije po kojima se bolesti prate. No, zajednička aktivnosti u sklopu europskog projekta o bazi podataka koji u sklopu Trećeg programa zajednice za zdravlje provode HZJZ i Hrvatski savez za rijetke bolesti, doprinijet će da rijetke bolesti dobiju svoju šifru što će u budućnosti omogućiti precizno utvrđivanje broja oboljelih.

U Hrvatskoj je 2008. godine pri Hrvatskom liječničkom zboru osnovano Hrvatsko društvo za rijetke bolesti s ciljem promicanja znanja o rijetkim bolestima te unaprjeđenja medicinske prakse, dijagnostike i liječenja ovih bolesti. Na poticaj društva, a u skladu s preporukama EU, Ministarstvo zdravlja je priступilo sustavnom rješavanju problema oboljelih od rijetkih bolesti, a temeljem Odluke ministra iz svibnja 2010. godine, osnovano je Povjerenstvo Ministarstva zdravlja za izradu i praćenje provedbe Nacionalnog programa za rijetke bolesti 2015. - 2020. Ulaskom Hrvatske u EU započeo je s radom Orphanet Hrvatska, nacionalni referentni portal za rijetke bolesti i orphan lijekove. Nacionalni program objavljen je na web stranici Ministarstva zdravlja http://www.zdravje.hr/programi_i_projekti/nacionalni_programi_AŠ

.....



Dr. Dragica Kramarić: Hrvatsko podmorje

HAZU počeo izdavati glasnik

- Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti nedavno je počela izdavati svoj informativni Glasnik HAZU-a. To je novi korak sadašnjeg predsjednika prof. dr. **Zvonka Kusića** (zanimanjem je liječnik) da rad HAZU-a približi javnosti.

Glavni urednik je akademik **Ivan Gušić**, a posebno ističemo da je članica uredništva prof. dr. **Stella Fatović-Ferenčić**, koja je i članica uredništva Lječničkih novina.

Na slici su (s lijeva) **Tihomil Maštrović**, **Snježana Paušek Baždar**, naša **Stella**, **Vjera Katalinić**, **Bojan Marotti**, **Ivan Gušić** i **Marijan Lipovac** (na slici nedostaju **Ana Lederer** i **Arijan Kralj**).

Prof. dr. Željko Poljak



Dvadeset godina “Medixa”

- U prosincu 2014. izašlo je jubilarno izdanje časopisa „Medix“ (br. 113/114), kojim je obilježeno 20 godina izlaženja i ujedno zaokruženo 10 godina suradnje s našim Povjerenstvom za trajnu medicinsku izobrazbu liječnika putem dopisnih testova znanja.

Dopisni testovi objavljivani su uz naslovne teme svakog našeg broja od svibnja 2005. godine te je do sada objavljen 41 test, svaki sa 70 pitanja, koja su pripremljena iz sadržaja tematskih članaka. Odaziv lječnika različitih specijalnosti bio je vrlo dobar, s više od 15.000 pozitivno riješenih testova.

Raznolikošću tema i kvalitetom sadržaja „Medix“ je u proteklom razdoblju pružio sliku stanja hrvatske i svjetske medicine i ponudio smjernice za primjenu novih znanja u svakodnevnoj lječničkoj praksi, čime pridonosi razvoju hrvatske medicine i zdravstva.

Primjerice, prethodni broj s naslovnom temom o kroničnom zatajivanju srca, koji je izšao prigodom 10. kongresa Hrvatskog kardiološkog društva u listopadu prošle godine (gost urednik bio je doc. dr. **Mario Ivanuša** iz Poliklinike za prevenciju kardiovaskularnih bolesti i rehabilitaciju, Zagreb), rezultat je dugogodišnje suradnje s Hrvatskim kardiološkim društvom, a isto tako i aktualni test o kardiovaskularnim bolestima. Pripremljen je u suradnji prof. dr. **Dušankom Martinović Kaliterina**, pročelnicom Zavoda za kliničku imunologiju i reumatologiju, Klinika za internu medicinu KBC-a Split.

I najnoviji broj predstavljen je na portalu Hrvatskog kardiološkog društva (<http://www.kardio.hr/2015/02/24/medix-broj-113114-prosinac-2014/>), kao i na Portalu Plivamed.net (<http://www.plivamed.net/novosti/clanak/9965/Novi-Medix-Reumatologija-novi-postupci-u-dija>).

gnostici-i-lijecenju.html), dok je iscrpan popis sadržaja na web stranica (<http://www.medix.com.hr>). Urednik „Medixa“ je od početka do danas **Dragan Bralić**.

Prof. dr. Željko Poljak

Priča sa sretnim svršetkom

• Poštovano uredništvo liječničkih novina, poštovane kolegice i kolege! Sa zadovoljstvom Vam objavljujem da je otprilike prije godinu dana zahvaljujući naporima kako lokalne zajednice, tako i nas koncesionara ambulanta Podvinje kraj Slavonskog Broda dobila uljedeni i uredan izgled i izvana i iznutra.

Ambulanta je zaštićena alarmom i tjelesnom zaštitom, svakodnevno je obilaze zaštitari, osjećamo se i mi osoblje i pacijenti zadovoljno i ugodno u našoj ambulanti.

Posebna zahvala i ravnatelju DZ-a Slavonski Brod dipl. oec. Ivici Tečeru i svim ljudima dobre volje u mjesnoj zajednici bez čijeg truda ne bismo imali ovako lijepu ambulantu.

*Dr. Danijela Daus Šebedak,
Slavonski Brod*



Gdje biste voljeli raditi?

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

Tražimo:

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

i mnoge druge specijalnosti
u Švedskoj i Norveškoj.

Nudimo:

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

Želite li saznati više o našim uslugama?

Molimo da mailom pošaljete svoj životopis na engleskom jeziku na:
agnieszka.anusiewicz@paragona.com Tel. ++48 22 653 66 86

paragona™

www.paragona.com

Laureat Akademije dr. sc. Nastja Kučišec-Tepes

• U prošlom broju, u članku „Dies academicus“, spomenuto je da je na toj svečnosti dodijeljen naslov laureta Akademije dr. sc. prim. **Nastji Kučišec-Tepes**, pa eto nekoliko riječi o razlozima za to godišnje priznanje. Predstojnica je Zavoda za mikrobiologiju i hospitalne infekcije u KB "Sveti duh" u Zagrebu.

Objavila je 230 radova različitih kategorija. Glavna je urednica Acta Medica Croatica od 2002. godine. Dugogodišnji rad u strukovnim udruženjima ZLH-a, zatim europskih društava kao ESCMID, FEMS, ESC, ESGNI, ECLM,

Predsjednica
AMZH-a prof. dr.
Jasna Lipozenčić
(lijevo)
i prof. dr. Šime Mihatov
s laureatom
dr. Nastjom
Kučišec -Tepes



američkim udruženjima ASM, IAC, Akademiji medicinskih znanosti Hrvatske i povjerenstvima Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi RH.

Organizacija i predavanja na poslijediplomskim tečajevima za lječnike 1. kategorije na MEF-u u Zagrebu i sudjelovanje u nastavi

iz elektivnih predmeta. Suradnja u projektima Ministarstva znanosti i tehnologije RH i Akademije medicinskih znanosti Hrvatske.

.....

Akademijini simpoziji

• AMHZ tradicionalno priređuje znanstvene i stručne simpozije ili je njihov suorganizator. Teme su uvijek suvremene a predavači su istaknuti stručnjaci. Evo nekoliko naslova simpozija u posljednje doba.

„Nefrologija danas 2013.“, 15. ožujka 2013., Zagreb, organizator i predavač prof. dr. sc. **Svetlana Čala**, u suorganizaciji s AMZH

„Influenca – stalne novosti“, 9. studenog 2013., Zagreb, pod pokroviteljstvom AMZH, koju je zastupao prof. dr. **Ilija Kuzman**

„Početno obilježavanje 110 godina organizirane skrbi o oralnom zdravlju u Hrvatskoj, 15. studenog 2013., Zagreb, organizator HKDM i prof. dr. sc. **Zvonimir Kaić** s predavanjem „Pra-vila Zadruge hrvatskih stomatologa, AMZH suorganizator

„Personalizirana medicina u Hrvatskoj“, 26. ožujka 2013., Zagreb, suvoditelj prof. dr. sc. **Jas-na Lipozenčić** i Razred za medicinske znanosti HAZU, organizatori AMZH i HAZU

„Racionalno propisivanje lijekova“, 20. lipnja 2013., Zagreb, u organizaciji AMZH-a i Ureda SZO u Hrvatskoj

„Bolesti oralne sluznice“, 20. rujna, Zagreb, voditelji: prof. dr. **Jasna Lipozenčić**, prof. **Hrvoje Brkić**, prim. **Hrvoje Minigo**, mr. sc. **Hrvoje Pezo**, dr. med. **Zvonimir Šoštar**, prof. dr. **Mirna Šitum**, u organizaciji AMZH-a, Stomatološkog fakulteta, Hrvatske liječničke komore i Hrvatske komore dentalne medicine

„Racionalno propisivanje lijekova“, 18. listopada 2013., Opatija, voditelji prof. dr. **Igor Francetić**, prim. dr. sc. **Inge Heim**, prof. dr. **Antoinette Kaić-Rak**, prof. dr. **Luka Kovačić**, u organizaciji AMZH-a i Ureda SZO-a u Hrvatskoj

„The 1st European interdisciplinary scientific symposium on epidermal corneotherapy – nanotechnology in prevention and therapy of epidermal barrier disorders“, 18.-20. listopada 2013., Zagreb, predsjednica prof. dr. **Jasna Lipozenčić**, u organizaciji AMZH-a

„Nuspojava lijekova – izazovi i rješenja“, 22. studenoga 2013., Zagreb, organizator prof. dr. **Josip Čulig** u ime AMZH

„Europski dan o svjesnosti o antibioticima“, 22. studenoga 2013., Zagreb, glavni organizator prof. dr. **Arjana Tambić Andrašević**

„60. godina ginekološke citologije u Petrovoj“, Zagreb, 7. ožujka 2014.

• 11. travnja „Bolesti oralnih tkiva i multidisciplina-rna dijagnostika“, 11. travnja 2014.

• IV. Balneološki skup „Dr. Ivan Šreter“ – „Lijeće-nje peloidom i vodom u fizikalnoj i rehabilita-cijskoj medicini“, 30. svibnja 2014.

„Dani sjećanja na žrtvu Vukovara 1991. godi-ne“, 17. listopada 2014.

• „Europski dan svjesnosti o antibioticima“, 18. studenoga 2014.

• „7th Italian-Croatian Symposium on Psoriasis with European participation“, 21.-22. studeno-ga 2014.

Iz programa za 2015. godinu

Za dva sljedeća simpozija, za koja su već utvrđeni datumi a održavaju se u Zagrebu, u Hrvatskom liječničkom domu (kotizacije nema), naslovi su:

• „Hiperuricemija i komplikacije“ 20. ožujka (po-četak u 8 sati)

• „Suvremene spoznaje iz korektivne derma-tologije“ 25. rujna. Organizator prof. dr. Jasna Lipozenčić

„Highlights in Stroke“ u Zagrebu

Dr. sc. Sandra Morović, dr. med., spec. neurolog, Poliklinika Aviva

- Zagreb je od 6. do 8. studenog bio domaćin jednog od najznačajnijih okupljanja stručnjaka iz područja neurologije i cerebrovaskularnih bolesti Centralne i Istočne Europe. Održan je *Joint meeting* pod nazivom „Highlights in Stroke“ (Naglasci o moždanom udaru) a organizirali su ga Central and Eastern European Stroke Society (CEESS) i Hrvatsko društvo za prevenciju moždanog udara.

Podržali su ga Svjetska neurološka federacija (World Federation of Neurology - WFN) i Svjetska organizacija za moždani udar (World Stroke Organisation - WSO), a pokrovitelji su bili Grad Zagreba, uz suorganizaciju HAZU-a, Razred za medicinske znanosti.



Akademkinja Vida Demarin

Znanstveni odbor skupa sačinjavali su predstavnici svih zemalja Centralne i Istočne Europe, uz predsjednicu Znanstvenog odbora, akademkinju **Vidu Demarin**, ujedno i predsjednicu CEESS-a i Hrvatskog društva za prevenciju moždanog udara. Godine njezina upornog rada i njenih suradnika dovele su do vidljivih i priznatih postignuća na tom području. Simpoziju su prisustvovali sudionici iz Hrvatske, Albanije, Austrije, BiH, Makedonije, Njemačke, Rusije, Slovenije, Srbije, Ukrajine, Moldavije, Latvije, Estonije, Litve, Kosova, Poljske, Bjelorusije, Bugarske, Češke, Poljske i Gruzije. Održana su 25 predavanja, a predavači su bili iz gotovo cijele Europe, njih 28.

Održana su i dva tečaja koja su privukla veliku pozornost, jedan posvećen neurosonologiji u moždanom udaru a drugi neuobičajenim slučajevima iz kliničke prakse. Među predavanjima veliku je pozornost privukao je

Okrugli stol „Local experience in treatment and prevention of stroke“. Kolege su prikazale podatke iz svojih zemalja, a razgovaralo se i o brojnim problemima te se tako međusobna komunikacija još jednom pokazala nezamjenjivom.

Skup je završen potpisivanjem Zagrebačke deklaracije. Bila su to tri nezaboravna i prekrasna dana, bogata profesionalnim iskustvima. Evo glavnih naglasaka za praksu!

Tranzitorna ishemiska ataka (TIA) hitno je stanje i potrebno je stalno naglašavati potrebu hitnog zbrinjavanja bolesnika na neurološkim klinikama i odjelima, jer je TIA često preteča „pravog“ moždanog udara.

Važnost procjene faktora rizika – povišen krvni tlak, hiperlipidemija, dijabetes melitus. Mogu se i moraju otkriti na vrijeme, dok još nisu doveli do razornih posljedica po zdravlje mozga, ali i čitavog organizma. Hipertenzija je tzv. tihi ubojica, jer ne uzrokuje smetnje, a ne može se znati je li povišen ako ga se ne izmjeri. Dijabetes je značajan čimbenik u nastanku mikroangiopskih promjena u mozgu, s čestim posljedičnim kognitivnim smetnjama. Naglašena je ponovo potreba preventivnih akcija.

Fibrilacija atrija je značajan čimbenik rizika za moždani udar, posebice u starih

ljudi i kod tzv. kriptogenih moždanih udara. Govorilo se o tehnikama otkrivanja fibrilacije atrija i važnosti dugotrajnijeg monitoriranja bolesnika te načinima liječenja upotrebo an-tikoagulansa.

Žene i moždani udar – posebna opasnost. Na 9. Kongresu WSO-a, nakon prošlogodišnje kampanje „Jedan od šest“, koja se nastavlja, proglašena je kampanja za 2015. i 2016. godinu pod nazivom „Ja sam žena – moždani udar me pogoda“, s obzirom na to da žene umiru od moždanog udara dva puta češće nego od karcinoma dojke, a kad obole od moždanog udara ishod je znatno lošiji nego kod muškaraca. Nakon udara nema se tko o njima brinuti, tako da se moraju smjestiti u ustanove.

Govorilo se o specifičnim stanjima vezanim za hormonske promjene – trudnoća s mogućnosti komplikacija s jače povišenim krvnim tlakom (eklampsija), o povećanoj sklonosti zgrušavanju posebno u puerperiju, s mogućnošću nastanka tromboze venskih sinusa, kompliciranoj migreni, koja se javlja triput češće kod žena i može prethoditi moždanom udaru, posebno kod žena koje puše i onih koje uzimaju oralne kontraceptive.

Životni stil i primarna prevencija moždanog udara. Akademkinja Vida Demarin opisala je četiri ključa za očuvanje zdravљa mozga: zdrava prehrana (mediteranska), redovita tjelesna aktivnost, adekvatno nošenje sa stresom i vježbenja moždanih funkcija. Bitno je smanjiti unos soli i ne pušiti. Svatko sam mora pronaći najuspješniji način kako izbjegći prevelik stres.

Mozak ne voli rutinu, ona ga čini neaktivnim i uspavljuje njegove funkcije. Stoga svaki dan treba prakticirati različite nove zadatke i stjecati nova znanja.

.....



Liječenje onkološih bolesnika u Hrvatskoj

Hrvoje Novak

- U dvorani „Čačković“ Medicinskog fakulteta u Zagrebu održan je 12. veljače skup za unapređenje liječenja onkoloških bolesnika u Hrvatskoj „Unaprijedimo liječenje - Učinimo sve!“, na kojem su sudjelovali naši eminentni liječnici i donijeli zaključke i program djelovanja.

Iako se posljednjih godina u Hrvatskoj mnogo čini kako bi borba protiv raka bila učinkovitija, nažalost, prema epidemiološkim pokazateljima, Hrvatska i dalje ulazi u sam vrh europskih zemalja po stopama smrtnosti onkoloških bolesnika. Ta činjenica upućuje na važnost daljnog jačanja svih napora u borbi protiv ove bolesti, ali i na nužnost aktivnog

uključivanja i zajedništva svih članova društva. U želji da se dodatno unaprijedi liječenje onkoloških bolesnika u Hrvatskoj, Zaklada Onkologija i Hrvatsko društvo za farmakoekonomiku i ekonomiku zdravstava otpočinju program unapređenja liječenja onkoloških bolesnika u Hrvatskoj pod nazivom – Učinimo sve! Ciljevi programa jesu:

Educirati bolesnike, njihove obitelji i udruge pacijenata o važnosti proaktivnog uključivanja u proces vlastitog liječenja.

Unaprijediti suradnju između struke, Ministarstva i HZZO-a s ciljem donošenja akcijskog plana u borbi protiv raka, za umrežavanje svih onkoloških centara, podizanje orga-

nizacije onkološke djelatnosti na višu razinu i podjednaku dostupnost i kvalitetu onkološke skrbi u RH.

Promovirati i unaprijediti multidisciplinarni pristup liječenju zbog povećane kompleksnosti liječenja i nemogućnosti da jedna specijalnost obuhvatiti sve aspekte i modalitete dijagnostike i liječenja onkoloških bolesnika.

Postići puno korištenje usuglašenih i uvođenje novih dijagnostičko-terapijskih postupaka u prevenciji, dijagnostici, liječenju i palijativnoj skrbi onkoloških bolesnika.

Nekoliko komentara istaknutih stručnjaka

Prof. dr. **Mirko Šamija**, onkolog i radioterapeut, predsjednik Zaklade Onkologija, naglasio je kako je prošlogodišnji projekt Zaklade onkologija „Liječenje onkoloških bolesnika - Bolesnik mora znati, htjeti, tražiti i sudjelovati“ doveo do akcije „Unaprijedimo liječenje onkoloških bolesnika u Hrvatskoj - Učinimo sve!“, jer samo zajedno možemo postići dobar rezultat liječenja. Kako u svakom projektu, tako i u procesu liječenja onkoloških bolesnika, multidisciplinarni pristup nužan je zbog povećane kompleksnosti liječenja i nemogućnosti da jedna specijalnost obuhvati sve aspekte i modalitete dijagnostike i liječenja onkoloških bolesnika. Na samom početku liječenja multidisciplinarni tim mora definirati terapijski plan koji uključuje:

- Operaciju: odluka kada i kako operirati bolesnika.

- Radioterapiju: kada, kako i gdje zračiti bolesnika.

- Protokole sustavnog liječenja uz primjenu inovativnih lijekova – izbor najbolje opcije kemoterapije i biološke terapije.

Prof. dr. **Marijan Klarica**, prodekan za nastavu MEF-a u Zagrebu, podsjetio je kako samo trajna izobrazba može osigurati kvalitetu u liječenju naših bolesnika, te da je MEF u Zagrebu trenutno po broju i kvaliteti kadrova koje "proizvodi" najjača medicinska obrazovna ustanova na ovim područjima.

Prof. dr. **Stjepko Pleština**, predstojnik Klinike za Onkologiju KBC-a Zagreb, podržao je potrebu osnivanja multidisciplinarnih onkoloških timova u bolnicama koje imaju onkološku službu te naglasio kako bolja organizacija onkologije u RH podrazumijeva uspostavu mreže onkoloških bolnica, kontinuiranu razmjenu informacija, stalnu edukaciju zdravstvenih djelatnika i ujednačavanje postupaka pri liječenju onkoloških bolesnika. Zbog još uvjek neprihvaćenih dijagnostičkih postupnika u RH, često se provodi nepotrebna (ili kriva?) dijagnostika



Skup je podržao i ministar zdravlja dr. Varga

koja šteti zdravlju bolesnika, produljuje vrijeme do postavljanja dijagnoze i početka liječenja, produljuje liste čekanja i nepotrebno troši novac. Nadalje, stručna društva izradila su terapijske postupnike i smjernice za korištenje pojedinih terapijskih protokola za većinu tumorskih sijela, ali u kliničkoj praksi primjena smjernica još je uvijek neujednačena u svim onkološkim klinikama i odjelima te ih, nažalost, u cijelosti nije prihvatio niti HZZO. Profesor Pleštić poziva na intenziviranje dijaloga između HZZO-a, stručnih društava i udruga pacijenata kako bi se optimiziralo prihvaćanje i primjena smjernica dobre kliničke prakse u Hrvatskoj.

Prof. dr. **Damir Nemet**, predstojnik Zavoda za hematologiju Klinike za internu medicinu KBC-a Zagreb, podržao je ideju osnaživanja liječnika u donošenju za pacijenta najbolje terapijske odluke te naglasio da liječnika u primjeni najbolje kliničke prakse ne smiju ograničavati odnosi HZZO-a i dobavljača opreme i lijekova, a odnos osiguranika i HZZO-a ne smije utjecati na stručnu prosudbu i preporuke liječnika. HZZO svoje smjernice treba uskladiti sa smjernicama stručnih društava, a komercijalne odnose s proizvođačima ne smije prenositi na liječnike.

Prof. dr. **Marija Strnad**, ispred Saveza udruga za rak dojke, podržave sve inicijative za bolju organizaciju onkološke skrbi koje struka može napraviti, te naglašava da udruge bolesnika imaju obvezu uključivanja u edukaciju bolesnika i njihovih obitelji te aktivnog traženja poboljšanja sustava onkološke skrbi. Pacijent mora htjeti, imati dovoljno hrabrosti i upornosti da prođe trnovit put do izlječenja, do remisije, do poboljšanja, do duljeg preživljjenja, do racionalne palijativne skrbi. Pacijent ima pravo tražiti najbolju terapiju, bez ustručavanja jer često u odnosu s liječnikom postoji problem „lažne obzirnosti“. Ali pacijenti imaju i obvezu aktivnog uključivanja u svoje liječenje jer danas znamo prema istraživanjima i izvještajima

Svjetske zdravstvene organizacije, u razvijenim zemljama pridržavanje uputa o pravilnom uzmanku dugotrajne terapije za kronične bolesti iznosi prosječno 50%, a u zemljama u razvoju svega 26 % – 43 % bolesnika uzima odgovarajuće lijek za kroničnu bolest.

Doc. dr. **Ranko Stevanović**, predsjednik Hrvatskog društva za farmakoekonomiku i ekonomiku zdravstva, ističe da istraživanja s područja kliničke onkologije, farmakoekonomike, javnog zdravstva i kliničke farmakologije, pokazuju kako inicijalno skupi lijekovi to zapravo i nisu, budući da posljedice neliječenja ili neadekvatnog liječenja raka predstavljaju finansijski najveće opterećenje za proračun. Za uvođenje novih terapija ne treba nužno više novaca, nego da se postojeći troškovi racionaliziraju, nepotrebni troškovi izbjegnu ili smanje, a tako uštedeni novci preusmjere na mjesto najbolje učinkovitosti i potreba bolesnika. U ovisnosti o metodologiji izračuna, procjene govore da se na nepotrebne zdravstvene usluge (dijagnostika, liječenje i praćenje) godišnje potroši između 15 i 30% ukupnog zdravstvenog budžeta. Sve je to osobito bitno imajući u vidu da troškovi za zdravstvo progresivno rastu po stopi većoj od bruto nacionalnog proizvoda država, ali i da istovremeno povećanje ulaganja rezultira produženjem ljudskog života i poboljšanjem kvalitete života.

Dr. sc. **Tamara Poljičanin**, ravnateljica Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, naglašava da postojeći Registar za rak ima veliki epidemiološki značaj, ali da nema kliničku komponentu neophodnu za kvalitetno praćenje puta bolesnika i njihovog liječenja. Naglašavajući pozitivna iskustva u kreiranju i funkcioniranju CroDijab registra za oboljele od šećerne bolesti, smatra da je HZJZ spremna ući u pilot projekt zajedno s MZ i HZZO na izradi i provođenju cjelovite kliničke baze podataka.

Prim. dr. **Siniša Varga**, ministar zdravlja RH, zahvalio je prof. Šamiji i Zakladi onkolo-

gija na inicijativi i organizaciji jednog ovakvog skupa kojemu je cilj potpuno koherentan s ciljevima Ministarstva: učiniti pozitivne iskorake u onkološkoj skrbi kako bi se negativni statistički trendovi promijenili u što kraćem vremenu.

Ministar naglašava da je onkologija u vrhu prioriteta Ministarstva te da je upravo izlazak HZZO-a iz riznice osigurao 1,2 Milijarde kn u 2015. g. više za bolnički sustav te 240.000.000 kn više za lijekove iz popisa posebno skupih lijekova, među kojima su najčešći upravo onkološki lijekovi. Kategorizacija i akreditacija bolnica će pomoći u definiranju onkološke mreže, a uvođenje plaćanja po usluzi dodatno boljem raspoređivanju resursa. Ministar je na kraju pozvao Zakladu onkologija na suradnju u zajedničkim pitanjima, a napose definiranju akcijskog plana.

Dipl. ing. **Tatjana Prenda Trupc**, ravnateljica HZZO-a, naglasila je da HZZO ulaže značajna sredstva u financiranje onkoloških lijekova te da je u 2014.g. 6 inovativnih onkoloških lijekova uvršteno na listu lijekova HZZO-a. Nadalje, ravnateljica HZZO-a je zadovoljna što liste čekanja ne muče onkološke bolesnike te da će izdvajanjem iz HZZO-a doći do dodatnog oslobođanja finansijskih sredstava za uvrštenja novih lijekova na listu.

Pri odlučivanju o uvrštenju lijeka na listu, dipl. ing. **Prenda Trupc** smatra da je potrebno i moguće uvesti novi sistem korektnijeg sudjelovanja proizvođača lijekova u pokrivanju troškova neuspjele terapije, kako bi HZZO uistinu na listu za liječenje svojih osiguranika uvrstio što je moguće veći broj inovativnih lijekova, a istovremeno za primjenu istih odgovornost u segmentu "neuspjeha" podijelio s proizvođačima, što bi izravno omogućilo šire terapijske koridore liječnicima koji liječenje indiciraju.

.....

Drugi Dani humane genetike prof. dr. Ljiljane Zergollern-Čupak

Dr. sc. Ljubica Boban, tajnica HDHG HLZ-a

• U Zagrebu su u od 14.-15. studenoga 2014. održani u organizaciji Hrvatskog društva za humanu genetiku Hrvatskog liječničkog zbora (HDHG HLZ-a) „2. Dani humane genetike prof. dr. sc. Ljiljane Zergollern-Čupak“ s među-

narodnim sudjelovanjem posvećeni osnivačici humane genetike u Hrvatskoj, prof.dr.sc.Ljiljani Zergollern-Čupak, prvoj ženi profesoru emeritusu u hrvatskoj medicini.

Prof. Zergollern-Čupak osnivačica je

Zavoda za medicinsku genetiku KBC-a Zagreb unutar kojeg je osnovala Laboratorij za citogeniku, genetičko savjetovalište i odjel na kojem su se zbrinjavali mali bolesnici oboljeli od naslijednih bolesti. Uz svoj bogat stručni, nastavni i znanstveni rad, koji obuhvaća opus od preko 300 znanstvenih članaka i 13 knjiga, od kojih su većina udžbenici MEF-a u Zagrebu, osnivačica je i HDHG HLZ-a. Na njen rad i postignuća, kao i na aktivnost Zaklade prof. Krešimira Čupaka i Ljiljane Zergollern-Čupak, koja je omogućila doktorske studije i druge oblike usavršavanja većem broju mladih okulista i pedijatara osvrnuo se na počektu skupa prof. dr. **Nikica Gabrić**.

Prvoga dana održana su tri sekcije. U sekciji posvećenoj cističnoj fibrozi prikazane su najnovije terapijske i dijagnostičke mogućnosti za oboljele. Od novijih dijagnostičkih tehnika istaknuta je metoda višestrukog umnažanja vezanih sondi (MLPA) kojom se mogu otkriti velike delecije u genu CFTR. Napretkom molekularne medicine došlo je do razvoja malih molekula koje bi same ili u kombinaciji s drugim lijekovima modulirale funkciju CFTR proteina. Lijek Ivakaftor, koji se primjenjuje kao peroralna terapija, istraživan je u nekoliko kliničkih studija.

Prema dosadašnjim rezultatima Ivakaftor dovodi do poboljšanja plućne funkcije, porasta na tjelesne mase i smanjuje razinu klorida u znoju kod djece starije od 6 godina određenim mutacijama CFTR gena. U kombinaciji s drugim lijekom, Lumakaftorom, kod oboljelih s F508del mutacijom nakon 24 tjedna primjene dovodi do značajnog poboljšanja plućne funkcije i porasta tjelesne mase te smanjuje učestalost egzacerbacija plućne bolesti kod oboljelih starijih od 12 godina. Transplantacija pluća predstavlja zadnji terapijski modalitet kod oboljelih od cistične fibroze. U zadnjih 25 godina bilježi se porast broja oboljelih kod kojih je učinjena transplantacija pluća, što zahtijeva multidisciplinski pristup i specifična znanja. Epidemiološka istraživanja cistične fibroze, u kojima je dokazana značajno bolja kontrola tjelesne mase i plućne funkcije kod oboljelih koji su dijagnosticirani provođenjem novorođenčkoga probira, ukazuje na potrebu uvođenja probira i u našoj sredini.

U sekciji molekularne i populacijske genetike prikazan je niz istraživanja o regulaciji pojedinih staničnih procesa, genetičkoj podlozi kroničnih bolesti, populacijska istraživanja etničkih skupina te nove metode liječenja enzimskih defekata u rijetkim bolestima poput mukopolisaharidoze tipa IV.

Glikozilacija proteina predstavlja nedovoljno razjašnjen proces posredovan većim brojem gena, čija uloga nije dosada potpuno razjašnjena. Ovaj proces mijenja strukturu bioloških membrana i utječe na pojedine stanične interakcije. Novija istraživanja procesa glikozilacije prikazana na simpoziju identificirala su gene regulatore glikozilacije, čije mutacije mogu dovesti do nastanka nasljednog oblika dijabetesa MODY te do veće sklonosti za razvoj upalnih bolesti crijeva i raka bubrega.

Dr. Rosella Parini, talijanska liječnica i znanstvenica, prikazala je rezultate primjene enzimske terapije kod oboljelih od mukopolisaharidoze tipa IV, pri čemu je ustanovljeno značajno poboljšanje funkcije lokomotornog sustava, poboljšanje fizičke kondicije i smanjenje motoričkih smetnji. Istraživanja molekularno-genetičke podloge celijakije i uloge

polimorfizama CTLA-4 i TNF-gena pokazala su da polimorfizam TNF- α -308, kao i međudjelovanje CTLA4+49, CT60 i TNF- α -308 polimorfizama, utječe na predispoziciju, ali ne i na parametre kliničke ekspresije bolesti. Skupina znanstvenika s Instituta za antropologiju predstavila je biografiju alela kandidatskih za kronične bolesti i dala je pregled genetičkog nasljeđa Roma u Hrvatskoj.

U sekciji genetike raka prikazan je koncept personalizirane medicine u onkologiji koji se oslanja na genetski profil pojedinca i bolesti te na taj način omogućuje molekularnu stratifikaciju i subklasifikaciju tumora. Zahvaljujući navedenome konceptu omogućeno je određivanje molekularnog profila tumora, biomarkera u dijagnostici i praćenju liječenja te odgovarajuća, personalizirana terapija. U istoj sekciji prikazani su dosadašnji rezultati dijagnostike nasljednog raka dojke u Hrvatskoj pri čemu je potvrđena korisnost testiranja ciljanih skupina ispitanica.

U toj sekciji prikazani su i genetički aspekti rascjepa nepca, u prvom redu važnost prepoznavanja sindromskih oblika, osobitosti bolesti štitnjače u Downovom sindromu, rijetki mikrodelecijski sindrom Kleefstra te bolesnica sa sistemskim eritemskim lupusom i mediterranskim vrućicom. Zatim su prikazani dijagnostički algoritam i kao i mogućnosti liječenja Hunterovog sindroma enzimskom nadomjensnom terapijom, transplantacijom koštane srži i matičnih stanica te mogućnosti novih metoda liječenja poput redukcije substrata i transplantacije autolognih prethodno genetički modifiranih matičnih stanica. Prvi dan skupa okončan je dodjelom nagrade za najbolji rad mladih znanstvenici dr. Marijani Perići Salihović koja je prikazala istraživanje o genetičkom nasljeđu Roma u Hrvatskoj.

Drugi dan Simpozija posvećen je sekciji iz prenatalne dijagnostike. Ultrazvučni probir kromosomopatija u kombinaciji s biokemijskim pokazateljima predstavlja vodeći dijagnostički alat za provođenje prenatalnog probira na kromosomopatije u našoj zemlji te se nalaže potreba definiranja jedinstvenih preporuka za provođenje prenatalnog probira. U ovoj sekciji prikazane su novije metode biokemijskoga probira koje uključuju tzv. NIIFT test (engl. non invasive fetal trisomy) koji analizira fetalnu DNA iz krvi majke. Ovaj test ima visoku stopu detekcije trisomija, posebice trisomije 21, međutim, i dalje je za potvrdu pozitivnoga nalaza potrebna invazivna metoda. Analizom mikrosatelitnih lokusa kvantitativnom fluorescentnom PCR reakcijom moguća je brza detekcija najčešćih aneuploidija.

Ova metoda koristi se i za dijagnostiku mikrodelecijskih sindroma i testiranje zivotnosti blizanaca. Iako se primjena invazivnih

metoda prenatalne dijagnostike - amniocenteze i biopsije korionskih resica - zbog potencijalnih rizika nastoji ograničiti na ciljanu skupinu visokorizičnih trudnica, i dalje zauzima vodeće mjesto u potvrdi /isključenju patoloških nalaza neinvazivnih testova probira.

Na simpoziju bilo je riječ i o obduktijskoj dijagnostici u perinatalnoj patologiji. Prema rezultatima nekoliko studija, perinatalna autopsija predstavlja zlatni standard u perinatalnoj dijagnostici, a kod svih fetusa s kongenitalnim anomalijama potrebno je učiniti barem citogenetičku pretragu. Prof. dr. Borut Peterlin, profesor kliničke genetike iz Ljubljane, podijelio je sa sudionicima slovenska iskustva uvođenja metode prenatalne implantacijske dijagnostike i prikazao algoritam prenatalne dijagnostike u Sloveniji.

Ovaj algoritam uključuje prenatalni rutinski probir na aneuploidije kod visoko i nisko rizičnih trudnica te prenatalnu genetičku dijagnostiku kod trudnica s anamnezom Mendelski nasljednih bolesti, kromosomopatija, nasljednih poremećaja s javljanjem u odrasloj dobi i anamnezom neuspjelih postupaka umjetne oplodnje.

Skup je okupio oko 150 sudionika iz zemlje i inozemstva različitih profila. Sudionici su u raspravi za okruglim stolom o stanju prenatalne dijagnostike u Hrvatskoj istaknuli potrebu češćih multidisciplinskih sastanaka i razmjene iskustava pojedinih centara, kao i potrebu izrade postupnika u okviru aktivnosti HDHG HLZ-a.

(ljubica.odak@gmail.com)

Položaj znanstvenih novaka u Hrvatskoj iz perspektive jednog od njih*

*Dr. sc. Goran Sedmak, znanstveni novak,
Hrvatski institut za istraživanje mozga,
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu*



Dr. sc. Goran Sedmak, znanstveni novak

- Posljednjih nekoliko godina vode se dugotrajne rasprave o položaju i ulozi znanstvenih novaka u sustavu visokog obrazovanja i znanosti u Republici Hrvatskoj. Stav je Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa (MZOS) da je znanstvenih novaka u Hrvatskoj previše, da je sustav znanstvenih novaka neuspješan, tj. da premali broj novaka doktorira, te je rigidan jer mali broj znanstvenih novaka napusti sustav; i da bi sredstva koja se izdvajaju za plaće znanstvenih novaka bilo bolje preusmjeriti za financiranje znanstvenih projekata.

Usporedno ovim izjavama, pojedini predstavnici MZOS-a na skupovima sugeriraju znanstvenim novacima da je jedini izlaz za njih emigracija u inozemstvo jer u „sustavu nema dovoljno mesta za sve“. U posljednje vrijeme

vrlo često se spominje i ideja da se znanstveni novaci zapošljavaju na mjesta docenata tek nakon što se umirovi neki nastavnik na katedri, tj. „koliko znanstvenika van iz sustava toliko znanstvenih novaka u sustav“.

Zbog navedenih razloga odlučio sam analizirati uspješnost sustava znanstvenih novaka na primjeru Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (MEF), te usporediti podatke za Hrvatsku s podacima drugih zemalja Europske unije (EU).

Jesu li znanstveni novaci potrebni?

Jedna od vrlo često spominjanih teza u javnosti je da u Hrvatskoj ima previše znanstvenih novaka. U svijetu tih tvrdnja odlučio sam usporediti podatke o broju visokoobrazo-

vanih ljudi u Hrvatskoj i u Europskoj uniji. Za usporedbu sam izabrao Irsku koja je po svojim demografskim podacima najsličnija Hrvatskoj od svih država EU. Ujedno Irska je i članica EU koja se od jedne od najsiromašnijih zemalja EU prometnula u jednu od visokorazvijenih i najnaprednijih. U usporedbi s Hrvatskom, Irska izdvaja veći postotak BDP-a za školstvo i znanost, te ima veći postotak visokoobrazovanih u skupini između 30 - 34 godina i doktoranada u skupini od 20 - 28 godina (Tablica 1). Poslijedično tome Irska ima veći broj istraživača (22.131) u usporedbi s Hrvatskom (11.454), te također veći broj znanstvenika na visokoškolskim ustanovama (Irska – 10.914, Hrvatska – 7.222). Rezultat ovih većih ulaganja Irske u sustav obrazovanja i znanosti vidljiv je na gospodarskom planu. Bruto domaći proizvod Irske dvostruko je veći, udio visokotehnoloških proizvoda u ukupnom izvozu je skoro tri puta veći, a broj prijavljenih patenata na milijun stanovnika je više od 20 puta veći od Hrvatskog. Iz ovih podataka uočljivo je da Hrvatska značajno zaostaje u broju doktoranada i znanstvenika u odnosu na druge zemlje EU, da je Hrvatskoj zapravo potreban veći broj znanstvenih novaka te da je potrebno povećati zapošljavanje u sustavu visokog školstva i znanosti.

Je li sustav znanstvenih novaka uspješan?

O uspješnosti sustava znanstvenih novaka vrlo često se daju paušalne ocjene na temelju polutočnih informacija. Prema dostupnim podacima na MEF-u su 2008. godine bila zaposleno 144 znanstvena novaka (Tablica 2.). Od tog broja 131 novak je bio bez doktorata znanosti (90,97%), dok ga je svega 13 imalo (9,03%). U 2014. godini 102 novaka stekla su stupanj doktora znanosti (70,83%), a 42 novaka bila su bez doktorata znanosti (29,16%). Ovi podaci pokazuju da je sustav znanstvenih novaka jednak uspješan kao i drugi sustavi obrazovanja doktoranada u svijetu. Primjerice, prema podacima Agencije za financiranje visokog obrazovanja u Engleskoj (engl. Higher education funding council for England – HEFCE), 70,5% doktoranda će steći stupanj doktora znanosti u prvih 7 godina. Ako se odvojeno analiziraju podaci o novacima koji su ostali u sustavu tijekom šest godina i onih koji su u tom razdoblju izšli iz sustava, rezultati su još i bolji. Od 2008. do 2014. godine iz sustava znanstvenih novaka na MEF-u otišla su 63 znanstvena novaka, a u sustavu je ostao 81 (Tablica 2.). Uspješnost stjecanja stupnja doktora znanosti u skupini novaka koji su ostali u sustavu iznosi 86,42% (70 od 81; Tablica 3.), dok je uspješnost u skupini onih koji su izšli iz sustava novaka

*Preneseno iz „mef.hr“, e-časopisa Medicinskog fakulteta u Zagrebu, prosinac 2014, str. 18-20

samo 50,79% (32 od 63; Tablica 3). Ovi podaci govore u prilog tezi da je sustav znanstvenih novaka dobar, te da je za uspjehost stjecanja akademskog stupnja doktora znanosti puno bolje ostati u sustavu znanstvenih novaka nego izaći iz njega. Drugo vrlo bitno mjerilo uspjehosti sustava znanstvenih novaka su i pokazatelji njihovog dalnjeg akademskog uspjeha. U analiziranom razdoblju promovirano je 29 znanstvenih novaka u znanstveno-nastavno zvanje docenta (20,13%). Od tog broja pet znanstvenih novaka MEF-a postali su docenti na drugim sveučilištima u Hrvatskoj (4) i svijetu (1). Svi ovi podaci govore u prilog tvrdnjama da se u sustav znanstvenih novaka biraju vrlo kvalitetni mladi ljudi, koji završavaju svoje doktorsko obrazovanje u svjetski prihvatljivim vremenskim rokovima, te da mnogi od njih već u tom kratkom razdoblju stječu uvjete za nastavak svoje akademske karijere kako u Hrvatskoj tako i u svijetu.

Koja je perspektiva sustava znanstvenih novaka i znanstvenih novaka u Hrvatskoj?

Trenutačna perspektiva znanstvenih novaka u Hrvatskoj je neizvjesna. U proteklom nekoliko godina odobreno je zapošljavanje vrlo malog broja novih znanstvenih novaka. Na MEF-u je od 2008. do 2014. godine zaposlen samo 31 novi znanstveni novak, a iz sustava su ih otišla 63. Pridodamo li tom broju i 24 znanstvena novaka koji su promovirani u docente, sustav znanstvenih novaka na MEF-u izgubio ih je gotovo polovicu (49,71%). Ovakav ogroman gubitak ljudi sve više stvara probleme u organizaciji nastave i istraživanju na MEF-u. Stanje je posebno teško na katedrama temeljnih medicinskih znanosti. Trenutačno su na tim katedrama zaposlena 24 novaka, a njihov se broj smanjio za trećinu u posljednjih šest godina. Posebno zabrinjava da sve manji broj doktora medicine ulazi u sustav znanstvenih novaka na ovim katedramama, a sve veći broj izlazi. Rezultat je da je danas samo sedam doktora medicine u sustavu znanstvenih novaka zaposleno na ovim temeljnim katedramama. Budućnost novaka u sustavu također je upitna. Prema naputcima MZOŠ-a jedini način da znanstveni novaci ostanu u sustavu je zamjena mjesta za umirovljene profesore. Primjena sustava „koliko znanstvenika van toliko znanstvenih novaka unutra“ nije primjerena za nadopunjavanje novih kadrova i zapošljavanje novaka. Na pojedinim katedramama vrijeme potrebno da se najstariji član umirovi iznosi čak i više od 15 godina. U takvom sustavu mnogi novaci ne vide svoju

perspektivu. Trenutačno na MEF-u radi 46 novaka s doktoratom znanosti. Vrlo je izvjesno da će mnogi od njih provesti maksimalno razdoblje od 10 godina u sustavu novaštva (ako se sami ne odluče napustiti sustav), a mnogi od njih ni nakon isteka tog razdoblja neće imati slobodna mjesta docenta. Njihova je budućnost vrlo neizvjesna i nesigurna.

Razmišljanja znanstvenog novaka o svojem položaju i perspektivi

Trenutačno je jedan od najtežih poslova u Hrvatskoj biti znanstveni novak. Od trenutka kada sam se zaposlio kao novak na MEF-u (2008. godine) svakih šest mjeseci dolazio je sustav znanstvenih novaka pod povećalo nadležnih institucija. Najčešće nam se predbacivalo da smo skupi državi (godišnje bruto plaće za znanstvene novake u Hrvatskoj iznose oko 250 milijuna kn), nismo produktivni, ne doktoriramo u roku, te da smo inertni, nesposobni za pronalaženje posla u industriji i čekamo samo „uhlebljenje“ na fakultete kako bismo nastavili ne raditi ništa. Paralelno s ovim tvrdnjama preporučeno nam je da što prije doktoriramo i odemo iz Hrvatske jer za nas u ovoj državi nema posla. Sama ova zadnja izjava dužnosnika MZOŠ-a, koja je ponovljena više puta na više različitim okupljanjima znanstvenih novaka i predstavnika Ministarstva, dovoljna je da proizvede kolektivnu depresiju među svim novacima. Svaki znanstveni sustav temelji se na doktorandima, tj. znanstvenim novacima. Oni se biraju iz reda najboljih i najuspješnijih studenata sveučilišta kako u Hrvatskoj tako i u svijetu. Većinom su to mladi ljudi s velikim ambicijama i željom za dokazivanjem. Ti ljudi u svojim najboljim godinama, koji još uvek nisu prihvatali mnoga dogmatska stajališta svojih starijih kolega o znanosti, pokretačka su snaga iza svakog znanstvenog projekta. Neka od najvećih znanstvenih otkrića koja su temeljito promijenila svijet postigli su doktorandi i mlađi post-doktorandi. Stoga me premla MZOŠ-a, koja tvrdi da će smanjenjem broja znanstvenih novaka, te preusmjeravanjem sredstava za njihove plaće u sredstva za financiranje znanstvenih projekata, duboko žalosti i ljuti. Ako i prihvativimo tvrdnju da će se na taj način povećati financiranje znanstvenih projekata u Hrvatskoj (u što duboko sumnjam), postavlja se pitanje tko će raditi na tim projektima? Tko će biti pokretačka snaga, s novim kreativnim i „out-of-the-box“ načinom razmišljanja? U našem sustavu znanosti i visokog obrazovanja stariji kolege (docenti i profesori) vrlo često su preopterećeni nastavnim i birokratskim obave-

zama da bi se mogli ozbiljnije posvetiti eksperimentalnom radu u laboratoriju te su novaci oni koji odraduju veći (ako ne i sav) eksperimentalni dio znanstvenih projekata. U ovako postavljenom sustavu oni nisu nepotreban trošak hrvatskoj državi. Dapače, Hrvatska je jeftino (prosječna neto plaća znanstvenog novaka niža je od prosječne neto plaće u Hrvatskoj) dobila najkvalitetnije ljudi za vrlo odgovaran i važan posao.

Iz gore navedenih podataka također je vidljivo da sustav znanstvenih novaka dobro funkcioniра i da je usporediv s drugim obrascima školovanja doktora znanosti u svijetu. Pokušaji da se razdoblje znanstvenog novaštva skrati sa šest na četiri godine smatram neprihvatljivim i štetnim. Svi ovi pokušaji kreću iz premise da znanstveni novaci žele što duže biti doktorandi te da ih sustav treba natjerati da u što kraćem roku doktoriraju. Kao znanstveni novak koji je nedavno stekao stupanj doktora znanosti (nakon 5 godina i 9 mjeseci) odgovorno tvrdim da niti jedan novak ne želi biti u statusu doktoranda niti minutu dulje nego što to mora. Razlozi za to su mnogobrojni. Prije svega doktorat znanosti omogućava nam daljnji razvoj karijere kako u akademskom smjeru tako i u smjeru rada u industriji. Tek trenutkom stjecanja doktorata znanosti postajemo punopravni članovi znanstvene zajednice s mogućnošću da po prvi put sami odlučujemo o svojim znanstvenim interesima i načinima na koji ćemo ih slijediti. Skraćivanjem vremena znanstvenog novaštva mislim da će se postići će se suprotan učinak. To će dovesti do toga da doktorandi biraju manje zahtjevne teme, za koje znaju da će dati željene rezultate, te da će moći doktorirati u tako kratkom roku. Rezultat svega toga bit će lošija kvaliteta doktorata i obrazovanja doktoranada te usto bespotrebno rasipanje novca. Prema mojim malim iskustvima u sustavu znanosti, niti jedna administrativna mjera nikada nije doprinijela poboljšanju sustava. Ako se želi ubrzati proces i podići kvalitetu doktorata trebala bi prije svega bolja selekcija mentora koji ipak najodgovorniji za uspjeh.

Jedna je od vrlo često spominjanih tvrdnji je da znanstveni novaci nakon stjecanja doktorata znanosti ne odlaze iz sustava i ostaju na fakultetima. Na primjeru MEF-a vidljivo je da te tvrdnje nisu točne. 43,47% novaka MEF-a napustilo je sustav. Većina njih otišla je u „industriju“ medicine, tj. u naše bolnice. No dio njih je pokrenuo i svoje vlastite poslove. Sama ta činjenica znači da novaci nisu baš tako kruti i inertni kako se sugerira. Dodatan problem Hrvatske je što većina znanstvenih novaka zapravo nema kamo otići iz sustava. Industrija koja bi prirodno trebala preuzeti ove stručnjake u svoje redove mahom je u Hrvatskoj ugašena, a i ono malo što je preostalo bori se s izazovima

recesije te ne uspijeva pronaći dodatna sredstva za istraživanje i razvoj novih proizvoda. Posljednje rješenje koje se nudi znanstvenim novacima jest odlazak iz Hrvatske u razvijenije zemlje svijeta. Na kraju se mnogi novaci i odluče na taj korak i zauvjek napuste Hrvatsku, što je jedna od najvećih tragedija hrvatskog društva. Ne samo da na ovaj način Hrvatska gubi izrazito velika sredstva (školovanje jednog doktora znanosti od trenutka upisa na fakultet do trenutka stjecanja stupnja doktora znanosti košta približno 100.000 €), nego gubi i ljudski potencijal koji bi ubuduće trebao upravljati hrvatskim resursima. Ujedno Hrvatska gubi i mlade obitelji, i djecu koja se nikada neće roditi u Hrvatskoj, što dodatno pogoršava jedan od najvećih problema Hrvatske - negativan prirodni prirast.

Rješenje problema sustava znanstvenih novaka i njih samih u Hrvatskoj treba tražiti u okviru rješavanja većeg problema, a to je sustav znanosti i visokog obrazovanja.

Po svim važnijim parametrima sustava znanosti i visokog obrazovanja Hrvatska zaostaje za zemljama EU (Hrvatska zauzima 21. mjesto u EU po udjelu doktoranada u populaciji između 20 i 29 godina; 22. mjesto po izdvajanjima za visoko školstvo, 24. po izdvajanjima za znanost, 25. mjesto po udjelu visokoobrazovanih u populaciji 30 – 34 godine). Želi li se Hrvatsku pretvoriti u prosperitetno društvo, ona mora povećati izdavanja za znanost i visokoobrazovanje te povećati broj znanstvenih novaka i znanstvenika općenito. Trenutačni pokušaji preraspodjele sredstava unutar zadanih limita ne vode ničemu dobrom i samo još više doprinose stagnaciji i propadanju znanosti. U Hrvatskoj se mora prestati gledati na izdvajanja za znanost i visokoobrazovanje kao na trošak, te početi gledati kao na investiciju u budućnost. Visokorazvijene zemlje svijeta prepoznale su dobropiti financiranja znanosti (npr. svaki 1\$ koji je vlada SAD-a uložila u Human Genome Project rezultirao je povratom od

141\$ u ekonomiju SAD-a), te u trenucima recessije ne smanjuju iznose za znanost, a neke čak i povećavaju. U trenutku kada Hrvatska odluči ozbiljnije financirati sustav znanosti i visokog obrazovanja, te svoje načelne tvrdnje o „zemljama znanja“ podupre i stvarnim ulaganjima, tek tada će sustav znanstvenih novaka ispuniti naša trenutna očekivanja. Do tada je jedino što nam preostaje voditi se mišlu oca neuroznanosti Santiago Ramon y Cajala što bi kvalitetan znanstveni novak morao imati da uspije u ovom sustavu: „Our novice runs the risk of failure without additional traits: a strong inclination toward originality, a taste for research, and a desire to experience the incomparable gratification associated with the act of discovery very itself.“

.....

Tablica 1. Usporedba različitih demografskih, ekonomskih i znanstvenih parametara između Hrvatske, Irske i EU 28

	Hrvatska	Irska	EU 28
Broj stanovnika	4262160	4591087	505665739
BDP po stanovniku (€)	16200	32900	25600
Izdvajanje za školstvo (postotak BDP-a)	4,21%	6,15%	5,25%
Visokoobrazovani: 30 – 34 godine	25,9%	52,9%	36,8%
Izdvajanje za znanost (postotak od BDP-a)	0,75%	1,72%	2,07%
Doktorandi: 20 – 29 godina	0,28%	0,57%	0,49%
Broj istraživača (Visoko školske ustanove)	11454 (7222)	22131 (10914)	2545544 (1332987)
Proizvodi visoke tehnologije u ukupnom izvozu	7,4%	20,6%	15,6%
Prijava patenta na milijun stanovnika	3,45	78,44	106,56

Tablica 2. Analiza uspješnosti znanstvenih novaka zaposlenih na MEF-u 2008. godine

	2008. godina	2014. godina
Bez doktorata znanosti	131 (90,97%)	42 (29,16%)
S doktoratom znanosti	13 (9,03%)	102 (70,83%)
Znanstveno-nastavno zvanje	0 (0%)	29 (20,13%)
Zaposleni na MEF-u	144 (100%)	81* (56,25%)

*Broj obuhvaća znanstvene novake koji su još u novačkom statusu i novake koji su u navedenom razdoblju izabrani u znanstveno-nastavno zvanje.

Tablica 3. Usporedba uspješnosti znanstvenih novaka unutar sustava i izvan sustava MEF-a.

U sustavu MEF-a	2008. godina	2014. godina
Bez doktorata znanosti	72 (88,89%)	11 (13,58%)
S doktoratom znanosti	9 (11,11%)	70 (86,42%)
Znanstveno-nastavno zvanje	0 (0%)	24 (29,63%)
Izašli iz sustava MEF-a	2008. godina	2014. godina
Bez doktorata znanosti	59 (93,65%)	31 (49,21%)
S doktoratom znanosti	4 (6,35%)	32 (50,79%)
Znanstveno-nastavno zvanje	0 (0%)	5 (7,94%)

Grubi nasrtaji na autonomiju liječničkih komora

• Stalni komitet europskih liječnika (CPME) kao krovna udružica europskih liječnika na svojim je web stranicama prije nekoliko dana objavio vrlo zanimljivo priopćenje za tisak "O važnosti komorskog djelovanja općenito" (prijevod donosimo u nastavku). Iako liječničke udruge zemalja Europske unije (koje čine članstvo CPME-a) nemaju sličnih iskustava s grubim nasrtajima svojih administracija na tijela liječničke samouprave, zajedno su sa Svjetskom medicinskom asocijacijom (WMA) najoštrije osudile napad turske vlade na tamošnje liječnike i neovisnost njihove komore u prakticiranju svoje profesije prema načelima medicinske etike i najbolje prakse.

Turski je parlament usvojio zakon kojim se kriminaliziraju zdravstvene usluge izvan službenog zdravstvenog sustava, a tur-

sko ministarstvo zdravstva podnijelo tužbu protiv liječničke komore u Ankari (tražeći raspuštanje članova upravnih i disciplinskih odreda) s tvrdnjom da je komora u lipnju 2013. godine nelegalno organizirala i provodila hitnu službu za prosvjednike protiv planova izgradnje u Gezi parku u Istanbulu. Prema navedenom zakonu liječnici i drugo zdravstveno osoblje mogu obavljati hitnu zdravstvenu skrb samo uz određeno službeno odobrenje. Kršenje zakona može se kazniti novčanom kaznom do 3 milijuna turskih lira ili kaznom zatvora do tri godine. Tužba je predstavljala napad na autonomiju liječnika i na slobodu udruživanja.

Na trećem ročištu u ovom predmetu održanom na sudu u Ankari 20. veljače 2015. sudac je, saslušavši nekoliko svjedoka koji su preživjeli plastične metke i suzavac ispaljen od

policije, odbacio slučaj. Jedan od svjedoka, član turskog parlamента, izjavio je da su liječnici trebali biti nagrađeni, a ne kažnjeni. Konačna odluka suda ocijenjena je velikom i simboličnom pobjedom turskih liječnika protiv kriminaliziranja etičke obveze pružanja hitne medicinske skrbi ranjenim ljudima.

Iako u zemljama srednje-europskog okruženja, s dugom tradicijom razvijene demokracije i liječničke samouprave, nisu slične intervencije državnih administracija uobičajene ipak se povremeno javljaju tendencije i pokušaji ograničavanja liječničke autonomije. Stabilne i samostalne komorske organizacije pružaju sigurnost kako pacijentima tako i liječnicima da će se važna etička i stručna pitanja rješavati sukladno najboljoj stručnoj praksi.

Načela liječničkog djelovanja i medicina univerzalni su kao i profesionalna solidarnost bez granica. Liječničke asocijacije će, kako je navedeno u priopćenju, kao i do sada nastaviti podržavati sve kolege suočene s teškoćama u slobodnom prakticiranju svoje profesije.

Doc. dr. sc. Hrvoje Šobat, prim.

.....

Liječnički vođe upozoravaju vlade na autonomiju medicinske struke

(Objava za tisak CPME i WMA, Bruxelles, 26. veljače 2015.)

• Svjetska medicinska asocijacija (WMA) i Stalni komitet europskih liječnika (CPME) uputili su vladama širom svijeta upozorenje da ne pokušavaju razgrađivati profesionalna tijela liječničke samouprave.

Slijedom prošlotjedne objave odluke turske vlade o raspuštanju upravnih tijela liječničke komore u Ankari čelnici WMA danas su izdali priopćenje u kojem ističu kako važnost ovog slučaja nadilazi daleko granice Turske, jer se pokušaji razbijanja tijela profesionalne sa-

mouprave događaju u mnogim zemljama i u raznim oblicima diljem svijeta.

Isti su izjavili: "Slučaj u Turskoj sramota je za demokratski narod s bogatom kulturnom baštinom. Bio je to nasrtaj na humanost i napad na autonomiju naše struke.

S druge strane, ovaj i ostali slučajevi dokazali su da još uvijek postoje neovisni i dovoljno hrabri suci koji obavljaju svoje dužnosti vjerni zakonima, a ne težnjama vlade".

"Turski narod može biti ponosan na

svoje liječnike, odvjetnike i suce koji žive u skladu s vrijednostima pravde i humanosti i koji su izdržali sile zastrašivanja i segregacije."

Dr. Xavier Deau, predsjednik WMA, dodao je: "Zaista je žalosno da medicinske organizacije diljem svijeta na brojne načine doživljavaju vrlo različite prijetnje svojoj neovisnosti ili čak postojanju. Vjerujemo kako je samouprava medicinske struke u najboljem interesu pacijenata širom svijeta i WMA će nastaviti podupirati bilo koju medicinsku asocijaciju čija je neovisnost ugrožena".

Dr. Katrin Fjeldsted, predsjednica CPME-a, izjavila je: "CPME najoštrije osuđuje sve mјere podrivanja međunarodnih standarda medicinske neutralnosti. Liječnici su ujedinjeni svojom profesionalnom etikom koja od njih zahtijeva pružanje medicinske skrbi za one u potrebi, neovisno o administrativnom ili političkom statusu pacijenta."

.....

„Ja doktor – ti pacijent!“

O međusobnom razumijevanju doktora i pacijenta

Provjera znanja njemačkog jezika za inozemne liječnike u Njemačkoj

Jürgen Hoffart, dr. med., predsjednik Liječničke komore pokrajine Rheinland-Pfalz, Mainz, Njemačka (e-mail: hoffart@laek-rlp.de)

- Sve je više izvještaja i pritužbi pacijenata koji se osjećaju bespomoćno i zbumjeno nakon kontakta s inozemnim liječnicima u bolnicama ili ordinacijama. Ti pacijenti, ili članovi njihovih obitelji, žale se na komunikaciju s liječnicima koji ih ili nisu razumjeli ili postoji velika vjerojatnost da ih ti liječnici nisu potpuno razumjeli. U tim se slučajevima radi o osnovnoj jezičnoj kompetenciji, znači razumijevanju i vladanju njemačkim jezikom mimo medicinskih stručnih izraza, dakle osnovama komunikacije između liječnika i bolesnika, kao i liječnika s kolegama, prepostavljenima, suradnicima i drugim zdravstvenim djelatnicima. U saveznoj pokrajini Rheinland-Pfalz s ovim

se problemom već prije dosta vremena uhvatilo u koštač nekoliko institucija: Ministarstvo socijalne politike, rada, zdravlja i demografije, Pokrajinski ured za socijalnu politiku, mlade i zbrinjavanje, kao i Komora zdravstvenih djelatnika (liječnika, stomatologa, psihoterapeuta i farmaceuta). Ove su institucije došle do zajedničkog rješenja, a koje se primjenjuje već više od dvije godine, a predstaviti ćemo ga u nastavku ovog teksta.

U Saveznoj uredbi o liječništvu, u čl. 2, stoji odredba prema kojoj osoba koja želi obavljati liječničku djelatnost u području ovlasti reguliranih Saveznom uredbom o liječništvu mora imati liječničku licencu. Prema čl.

3, st. 1, br. 5, liječnička se licenca može dodjeliti samo onda kada podnositelj zahtjeva „posjeduje znanje njemačkog jezika potrebno za obavljanje svoga zanimanja“. Na Konferenciji ministara zdravlja njemačkih saveznih pokrajina održanoj u ljeto 2014. donesene su ključne odrednice koje se izravno nastavljaju na postupak koji se primjenjuje u saveznoj pokrajini Rheinland-Pfalz.

Ispit njemačkog jezika: Rheinland-Pfalz kao preteča i uzor

Temeljem sada već 16-godišnjeg iskustva s provedbom provjere jednakovrijednosti svjedodžbe (provjere stručnih znanja za liječnike iz država izvan Europske Unije), savezna pokrajina Rheinland-Pfalz donijela je odluku da se prije izdavanja radne dozvole ili liječničke licence može zahtijevati i dokazivanje dostatnog poznавanja njemačkog jezika putem odgovarajuće provjere poznавanja jezika. Taj dokaz potreban je u slučajevima kada iz prijavne dokumentacije kandidata nije vidljivo da kandidat posjeduje dovoljno znanja njemačkog jezika.

I provjeru jednakovrijednosti svjedodžbe i provjeru znanja njemačkog jezika provodi



Vaš uspjeh u karijeri
cilj je tvrtke ATRIX

Za više informacija obratite nam se putem e-maila ili na broj telefona:
mdobos@atrixinternational.com
rsimunic@atrixinternational.com

Tel: 00 33 7 61 71 94 36

ATRUX
International

Kabinet ATRIX International:

Vaš partner u realizaciji nove faze u Vašoj profesionalnoj karijeri

PREDSTAVLJANJE KABINETA ATRIX International:

- 15 godina iskustva u headhuntingu (zapošljavanje kadrova na visokim pozicijama)
- Tim Atrix International se sastoji od 16 istražitelja, 8 različitih nacionalnosti i 5 konzultanata koji su se dokazali u zapošljavanju zdravstvenog kadra
- Visoko razvijena suradnja s europskom medicinskom zajednicom

INTEGRACIJA u Francuskoj:

Kako bismo Vam pružili podršku i osigurali uspjeh u gradnji Vaše karijere:

- Pronalazimo željeno radno mjesto,
- Ocenjujemo Vašu razinu znanja jezika¹
- Analiziramo zaprimljene ponude za posao
- Organiziramo razgovor za posao s klijentom u Francuskoj
- Savjetujemo Vas pri odabiru radnog mjeseta (plaća, prednosti svake ponude, podrška poslodavaca pri Vašoj integraciji)
- Pomažemo Vam pri učenju francuskog jezika prije intervjuja s predstavnikom Francuske liječničke komore
- Pružamo Vam podršku pri preseljenju u Francusku (podrška u obavljanju svih administrativnih procedura)
- Uz Vas smo najmanje 6 mjeseci tijekom razdoblja integracije, razdoblje u kojem ste u kontaktu s konzultantom iz ureda Atrix International.

Ne ustručavajte se obavijestiti zainteresirane o našim poslovnim ponudama u Francuskoj ...

¹ Ako Vaša razina znanja francuskog jezika nije zadovoljavajuća, ATRIX International Vam nudi mogućnost počinjanja privatnih satova u Vašoj zemlji.

Pokrajinska lječnička komora, a po njenom nalogu Područna lječnička komora Rheinhessen u Mainzu.

Pokrajinski ured za socijalnu politiku, mlade i zbrinjavanje obavještava kandidate da moraju priložiti dokaz o poznavanju njemačkog jezika i upućuje ih na Područnu lječničku komoru Rheinhessen. Odgovarajući obrasci za prijavu, kao i upute za pripremu provjere znanja njemačkog jezika, nalaze se na web stranici Komore.

Težište ispita je simulacija razgovora između lječnika i pacijenta

Iako je prvobitna zamisao bila da će kandidat na ispitu dobiti primjer nekog kliničkog slučaja u pisanom obliku, koji će prvo proučiti, a nakon toga ga raspraviti s komisijom sastavljenom od lječnika, provjera se danas provodi kao simulacija razgovora između lječnika i pacijenta u kojoj sudjeluje kandidat s dva medicinara koje odabere Lječnička komora.

Prije početka ispita kandidat prvo mora prevesti 20 medicinskih izraza s latinskog odnosno grčkog na njemački jezik (primjerice: apendicitis – Blinddarmentzündung). Za to ima na raspaganju 20 minuta. Tada započinje usmeni dio ispita u kojem kandidat najprije u uvodnom dijelu izvještava povjerenstvo o svom dosadašnjem radu, kao i o tome gdje je i koliko dugo učio njemački jezik. Na to se nastavlja simulacija razgovora između lječnika i pacijenta pri čemu jedan od članova povjerenstva glumi pacijenta. Zadatak je kandidata da prvo uzme anamnezu, nakon čega „pacijentu“ mora predstaviti daljnje dijagnostičke postupke kao i eventualno objasniti diagnozu na koju sumnja.

Potom kandidat u dvije do tri minute „glavnom lječniku“ (jednom od nazočnih članova povjerenstva) iznosi sažetak uzete anamneze i razgovora s pacijentom, a onda iste podatke (anamnezu i klinički status) bilježi u računalo na njemačkom jeziku s tim da ih mogu razumjeti lječnici kojima će bolesnik biti upućen na daljnju obradu.

Simulacija razgovora između lječnika i bolesnika u pravilu traje 20 minuta. Isto toliko vremena kandidatu je na raspaganju i za pisanje nalaza. Nakon toga se s kandidatom raspravlja o ispitu i njegovom ishodu. Za svaki pojedini dio ispita (provjera poznavanja medicinskih termina, uzimanje anamneze, objašnjenje dijagnoze, predstavljanje bolesnika i pisani nalaz) kandidat dobiva određen broj bodova prema unaprijed određenoj shemi. Za prolaz, kandidat mora sakupiti određeni minimalni broj bodova. Nakon položenog ispita kandidat dobiva potvrdu. Nju mora dostaviti tijelu nad-

ležnom za izdavanje lječničke licence. Trošak provjere znanja njemačkog jezika iznosi 200 eura.

Prva provjera znanja njemačkog jezika održana je u našoj Komori 27. kolovoza 2012. Do 10. veljače 2015. održana je ukupno 441 provjeru znanja na kojima je 323 kandidata položilo, a 118 nije; 46 kandidata otkazalo je dolazak na provjeru znanja. Sljedeća tablica sadrži podatke o zemljama i broju kolega podnositelja zahtjeva koji su došli na ispit u kolovizu 2012.

Članice EU-a	Države izvan EU-a
Belgija 2	Egipt 7
Bugarska 17	Afganistan 3
Francuska 3	Albanija 10
Grčka 16	Alžir 1
Velika Britanija 2	Argentina 1
Italija 11	Armenija 1
Hrvatska 2	Azerbajdžan 8
Latvija 3	Bosna i Hercegovina 10
Litva 4	Brazil 1
Nizozemska 3	Kina 3
Poljska 5	Gruzija 10
Portugal 1	Indija 9
Rumunjska 62	Indonezija 8
Slovačka 15	Irak 7
Španjolska 3	Iran 13
Češka 2	Izrael 2
Mađarska 28	Jemen 1
	Jordan 14
	Kazahstan 1
	Kolumbija 6
	Kosovo 6
	Libanon 3
	Libija 4
	Maroko 1
	Makedonija 7
	Meksiko 10
	Moldavija 4
	Mongolija 1
	Nikaragua 1
	Pakistan 2
	Palestina 4
	Peru 8
	Republika Kongo 1
	Ruanda 1
	Rusija 16
	Saudska Arabija 4
	Srbija 20
	Južna Afrika 1
	Južna Koreja 1
	Sirija 60
	Tadžikistan 1
	Tunis 9
	Ukrajina 16
	SAD 2
	Uzbekistan 1
	Venezuela 2
	Bjelorusija 6
Ukupno 179	Ukupno 308

Ukupan broj prijava za ispit: 487

Položili: 323

Nisu položili: 118

Otkazali/nisu se pojavili: 46

Stanje: 10.02.2015. (početak: 27.08.2012.)

Kako se saznaje iz razgovora, kandidati su uglavnom naučili njemački jezik na tri načina:

- učeći njemački jezik kao strani jezik u školi tijekom duljeg vremena,
- hospitaliranjem, odnosno boravkom u Njemačkoj tijekom jednog semestra za vrijeme studija,
- intenzivnim tečajem njemačkog jezika u domovini, odnosno manjim dijelom i u Njemačkoj.

Svjedodžba o znanju stranog jezika u većini slučajeva nije dovoljna za komunikaciju s bolesnicima

Dosadašnji su ispiti pokazali da i oni koji posjeduju svjedodžbu o znanju stranog jezika stupnja B2 odnosno C1 nisu uvek u stanju zadovoljavajuće komunicirati s bolesnikom. Posljedica toga je da i dio tih kandidata nije polazio ispit.

Najvažnije činjenice i zaključci:

- Uvođenje provjere znanja njemačkog jezika lječnica i lječnika iz inozemstva koji žele raditi kao lječnici u Njemačkoj pokazalo se opravdanim i dobrim. Ona je značajan doprinos osiguranju odgovarajuće komunikacije na njemačkom jeziku između lječnika i bolesnika. To je upravo od ključne važnosti i za manje bolnice, u kojima se noćna dežurstva dijelom pokrivaju interdisciplinarno.

• Jezični ispit ne služi osiguranju toga da razina stručnih znanja inozemnih lječnika bude jednak onoj njemačkih medicinara. Za državljane zemalja izvan Europske Unije tome služi provjera jednakovrijednosti svjedodžbe. Doduše, na jezičnim ispitima neizravno se pokazala potreba takve provjere i za strance iz zemalja EU. No to zbog važećih regulativa EU nije dopušteno.

- Lječnička komora pokrajine Rheinland-Pfalz smatra svojim velikim uspjehom što je uvođenjem provjere znanja njemačkog jezika pronašla rješenje za unapređenje zaštite pacijenata. Ona polazi od toga kako će primjer pokrajine Rheinland-Pfalz poslužiti kao uzor i drugim njemačkim saveznim pokrajinama koje će krenuti ovim putem, što se u nekim saveznim pokrajinama to u međuvremenu već i dogodilo.

Prevela prof. Gordana Šeler



novosti iz medicinske literature

Kratkotrajno korištenje hormonskog nadomjesnog liječenja povisuje rizik od karcinoma jajnika

HPV vakcinacija i rizik od spolno prenosivih bolesti

Indukcija porođaja u terminu nakon uspješnog vanjskog okreta i rizik od carskog reza

Epiziotomija pod kutom od 60 stupnjeva: koliko smo dobri u tome?

Celjakija i neplodnost žena: meta-analiza

In vitro fertilizacija uspješna kod žena s ulceroznim kolitisom i ileoanalnom anastomozom

Upalne bolesti crijeva povećavaju rizik za duboku vensku trombozu povezanu s kateterom

Viscerarna abdominalna pretilost povećava rizik za sindrom iritabilnog crijeva

Korištenje inhibitora protonske crpke nakon antirefluksne kirurgije

Prestanak pušenja i poboljšanje gastroezofagealnog refluksa

Azitromicin i stenoza pilorusa kod djece

Slezena bi mogla imati ulogu u razvoju dijabetes melitus-a

Mortalitet nakon operacija prijeloma kuka jednak je bez obzira na vrstu anestezije

Transdijsfragmalna simultana resekcija jetrenih i plućnih metastaza je obećavajuća

Pertuzumab, trastuzumab i docetaksel u Her2-pozitivnom metastatskom karcinomu dojke

Ruksolitinib vs. standardna terapija u liječenju policitemije vere

Adjuvantna ovarijalna supresija u premenopausalnih bolesnicima s karcinomom dojke

Ocjena jetrene funkcije u bolesnika s hepatocelularnim karcinomom, ALBI procjena

Cisplatina i etopozid vs. karboplatina i paklitaksel uz zračenje u liječenju stadija III nemalostaničnog karcinoma pluća

Astma i epigenetika

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

• Kratkotrajno korištenje hormonskog nadomjesnog liječenja povisuje rizik od karcinoma jajnika

• Jedan od najrespektabilnijih i zasigurno najcitatiranjih časopisa *Lancet Oncology*, objavio je vrlo zanimljivo istraživanje koje dovodi u direktnu vezu korištenje hormonskog nadomjesnog liječenja (HNL), u trajanju od svega nekoliko godina, i značajno povišen rizik nastanka karcinoma jajnika. Rezultati su to meta-analize ukupno 52 epidemiološke studije, koja je uključivala 21 488 bolesnice s karcinomom jajnika pretežno iz Sjeverne Amerike, Europe i Australije. Analiza nedvojbeno ukazuje kako već nakon nekoliko godina uzimanja HNL-a, korisnice imaju 40% veći rizik od nastanka karcinoma jajnika u usporedbi s ispitanicama koje HNL nisu nikada koristile.

Procjenjuje se kako će jedan novo dijagnosticirani slučaj karcinoma jajnika (1/1000) biti upravo među korisnicama HNL-a, i to onima koje ga uzimaju tijekom 5 godina počevši od 50. godine života, a jedan smrtni ishod od te bolesti zabilježit će se među 1700 korisnica HNL-a. Iako se u svijetu broj korisnica HNL-a iz različitih razloga značajno smanjio zadnjeg desetljeća, taj se trend nije nastavio, tako da je procijenjeni broj korisnica HNL-a u Velikoj Britaniji i SAD-u oko 6 milijuna.

SZO, Američke i Europske smjernice ne spominju rizik nastanka karcinoma jajnika, dok smjernice Velike Britanije, koje se trenutno revidiraju, navode kako taj rizik može biti uvećan kod dugogodišnjih korisnica HNL-a. Prethodne su studije bile premale i nedostatne u svrhu dokazivanja bilo kakvog rizika od karcinoma jajnika nakon kraćeg uzimanja HNL-a.

Međunarodna kolaborativna grupa koja se bavi epidemiološkim studijama karcinoma jajnika organizirana je na Sveučilištu Oxford i involvira preko 100 znanstvenika iz cijelog svijeta, analizira individualne podatke o svakoj ispitnici iz ukupno 52 studije - radi se znanstvenim dokazima, svim dostupnim epidemiološkim podacima skupljenim na temu: korištenje HNL-a i rizik nastanka karcinoma jajnika.

Statistički značajan rizik nastanka karcinoma jajnika uočen je u sadašnjih ili bivših korisnica HNL-a (tijekom zadnjih 5 godina), a iako se rizik smanjuje s prekidom HNL-a, rezultati studije nedvojbeno pokazuju kako ispi-

tanice koje su ga koristile najmanje 5 godina imaju povišen rizik od karcinoma jajnika čak 10 godina kasnije.

Efekt HNL-a na rizik karcinoma jajnika nije ovisio o sastavu preparata (estrogenско ili kombinirano). Analizirani su drugi mogući rizični faktori poput: dobi u kojoj je započeto liječenje, BMI, prethodno uzimanje oralnih kontraceptiva, prethodna histerektomija, uživanje nikotina i/ili alkohola i pozitivna obiteljska anamneza na karcinom jajnika i/ili dojke. Detaljna statistička analiza nije našla značajan utjecaj niti jednog od navedenih rizičnih čimbenika.

Zaključak studije je kako čak HNL kraće od 5 godina povisuje rizik od karcinoma jajnika (histološki se radi o endometroidnom i seroznom karcinomu), što zasigurno ima implikacije na savjetovanje i buduće smjernice. (*Lancet Oncol.* 2015 Feb, in print)

Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.

• HPV vakcinacija i rizik od spolno prenosivih bolesti

• Nije se obistinila dvojba da će vakcinacija promovirati neodgovorno spolno ponašanje. U prilog toj tvrdnji govore rezultati Jena i suradnika. Istraživanjem su obuhvatili skupinu žena koje su u razdoblju od 2005. do 2010. godine imale od 12 do 18 godina, a podijeljene su u dvije skupine ovisno o tome jesu li cijepljene protiv HPV-a.

U istraživanje je uključena 186 501 ispitnica koje nisu vakcinirane i njih 21 610 koje jesu, s time da je njihov broj polagano rastao od 2005. (2.5% ispitnica) do 2010. godine (27.3% ispitnica). Istraživanje je pokazalo kako su cijepljene ispitnice bile seksualno aktivnije u godini koja je prethodila cijepljenju, u usporedbi s onima koje nisu podvrgnute vakcinaciji. Učestalost spolno prenosivih bolesti (SPB) u godini prije vakcinacije (94/21 610, 4.3/1000) bila je viša nego u ispitnicama koje nisu cijepljene (522/186 501, 2.8/1000), da bi u godini nakon cijepljenja porasla u obje skupine (147/21 610 6.8/1000) vs (781/186 501 4.2/1000).

Porast SPB-a u obje skupine implicira kako HPV vakcinacija per se ne uzrokuje neodgovorno spolno ponašanje. Uzevši u obzir još uvijek relativno slabu procijenljnost adolescenata u SAD-u, autori zaključuju da su ovi rezultati umirujući kako za liječnike, tako i za roditelje ali i promotore vacnine. Ovi rezultati potvrđuju jasnu pretpostavku da cijepljenje ne

dovodi do seksualne inhibicije, ali ipak dovodi do odgovornijeg spolnog ponašanja. (*JAMA Intern Med.* 2015 Feb in print)

Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.

• Indukcija porođaja u terminu nakon uspješnog vanjskog okreta i rizik od carskog reza

• Kako bi istražili problem iz naslova, **Yael Hants** i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynecology, Hadassah Medical Center, Hebrew University Medical School, Jerusalem, Izrael, dizajnirali su retrospektivnu „case-control“ studiju u koju su uključili 79 rođilja u istraživanoj skupini (indukcija porođaja u terminu nakon uspješnog vanjskog okreta), te dvostruko više rođilja (n=158) u kontrolnoj skupini (indukcija porođaja u terminu uz spontani stav glavom). Rođilje iz istraživane skupine uskladene su s obzirom na rodnost, životnu dob i indikaciju za indukciju porođaja s onima u kontrolnoj skupini. Primarni ishod bio je carski rez, dok su sekundarni ishodi bili instrumentalno dovršenje porođaja, razdor međice/epiziotomija i postpartalna hemoragija.

Učestalost carskog reza bila je statistički značajno viša u istraživanoj skupini u usporedbi s kontrolnom (20.3 vs. 10.1%; OR 2.25, 95% CI 1.06-4.79, p=0.03). Nakon dijeljenje skupina prema rodnosti i učestalosti carskog reza bila je statistički značajno viša kod prvorodilja (36.7 vs. 15%; OR 3.28, 95% CI 1.17-9.16, p=0.02), ali ne i kod višerodilja (10.2 vs. 7.1%; OR 1.48, 95% CI 0.44-4.92, p=0.53). Nije bilo statistički značajne razlike kod promatranih sekundarnih ishoda.

U zaključku autori ističu kako indukcija porođaja u terminu nakon uspješnog vanjskog okreta povisuje rizik od carskog reza u usporedbi s indukcijom porođaja u terminu uz spontani stav glavom, ali samo kod prvorodilja. (*Arch Gynecol Obstet.* 2015 Feb 6 [Epub ahead of print])

Matija Prka, dr. med.

•

Epiziotomija pod kutom od 60 stupnjeva: koliko smo dobri u tome?

• Epiziotomija je najčešći opstetrički kirurški postupak, povezan sa značajno većim gubitkom krvi, te povišenom dispareunijom i perinealnom boli u usporedbi sa spontanim razdorom međice. Madhu Naidu i suradnici iz istraživačke skupine renomiranog uroginekologa **Abdula H. Sultana** iz Croydon University Hospital, Croydon, UK, testirali su hipotezu da svi liječnici i primalje mogu vježbati epiziotomiju na simulacijskom modelu pod specifičnim kutom od 60 stupnjeva od okomice na introitusu.

Ukupno je 106 liječnika i primalja sudjelovalo u istraživanju. Kut ureza 58-62 stupnjeva smatrao se prihvativim i točnim pri testiranju hipoteze. Svega 15% liječnika i primalja urezalo je epiziotomiju pod kutom između 58 i 62 stupnja. Više od jedne trećine njih (36%) urezalo je epiziotomiju između 55 i 65 stupnjeva, a otprilike dvije trećine ili je podcijenilo zadani kut ureza (<55 stupnjeva; 44%), ili ga je pak precijenilo (>66%; 18%). Pod kutom <50 stupnjeva i >70 stupnjeva bilo je urezano redom 36% i 7.5% epiziotomija. Prosječna polazišna točka epiziotomije bila je 5 mm od okomice na 6 sati na introitusu (IQR 1-8 mm).

Ovo istraživanje pokazalo je da su liječnici i primalje loši u izvedbi zadanog kuta epiziotomije od 60 stupnjeva. Istočje se potreba za razvojem strukturiranih programa treninga kako bi se poboljšala vizualna učinkovitost kod procjene željenog kuta ureza, ili korištenje škara s fiksnim kutom za epiziotomiju.

(Int Urogynecol J. 2015 Feb 6 [Epub ahead of print])
Matija Prka, dr. med.

•

Celijakija i neplodnost žena: meta-analiza

• Celijakija ili glutenska enteropatija nasljedni je imunološko-posredovan poremećaj koji obilježava trajna nepodnošljivost gluteina. Vrlo je česta kronična gastroenterološka bolest, ali se o njoj premalo govori i premalo zna, a mnogi oboljeli ne znaju da su bolesni. Celijakija je sustavna bolest koja nije ograničena samo na tanko crijevo. Dosadašnja sa-

znanja o povezanosti celijakije i neplodnosti su kontradiktorna, stoga je **Sing P.** iz SAD-a (Massachusetts General Hospital, Department of Medicine, Brigham and Women's Hospital, Boston) sa suradnicima iz Indije (All India Institute of Medical Sciences, New Delhi) publikirao meta-analizu kako bi se razjasnile dvoje glede utjecaja celijakije na infertilitet. Pretraživanjem relevantnih medicinskih baza podataka uključeno je 105 istraživanja. Dijagnoza celijakije temeljena je na pozitivnoj serologiji i histološkom nalazu vilozne atrofije. Ispitanice uključene u meta-analizu podijeljene su u tri skupine: (1) skupina neplodnih žena, potom (2) nerazjašnjeni sterilitet, te (3) kontrolna skupina. Rezultati analize su pokazali kako ispitanice s neplodnošću imaju 3.5 puta veći rizik obolijevanja od glutenske enteropatije u komparaciji s kontrolnom skupinom ($OR=3.5$; 95% CI, 1.3-9; $P<0.01$). Također, ispitanice s neplodnosti nejasnog uzroka imale su 6 puta veći rizik pridružene celijakije ($OR=6$; 95% CI, 2.4-14.6) u usporedbi sa kontrolnom skupinom. Kod ispitanica sa neplodnošću nejasnog uzroka utvrđena je prevalencija celijakije od 3.2%.

Autori meta-analize zaključuju kako je celijakija učestalija kod neplodnih žena poznatog uzroka, a još učestalija ne zna li se uzrok neplodnosti, u komparaciji s općom populacijom. Iako postoje češći uzroci neplodnosti kod žena od celijakije, rezultati ove analize sugeriraju na zaključak da ukoliko nije jasan razlog neplodnosti svakako bi trebalo napraviti dijagnostičku obradu za celijakiju. U kliničkoj praktici na celijakiju se nedovoljno pomišlja, a ginekolozи često žene upućuju endokrinolozima, smatrajući da celijakija spada u rijetke bolesti, što nije točno. Ovo istraživanje ne dokazuje da celijakija uzrokuje sterilitet, navode autori članka, međutim svakako je snažniji znanstveni dokaz koji ukazuje na potrebu probira na celijakiju kod neplodnih žena.

(J Clin Gastroenterol. 2015 Jan 1. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

•

In vitro fertilizacija uspješna kod žena s ulceroznim kolitisom i ileoanalnom anastomozom

• Žene koje boluju od ulceroznog kolitisa i kod kojih je učinjena totalna proktokolektomija s ileoanalnom pouch anastomozom

(skr. IPAA) imaju tri puta povećanu incidenciju neplodnosti. Kako bi kliničari bolje konzultirali svoje pacijentice koje boluju od ulceroznog kolitisa i zahtijevaju ovu ekstenzivnu operaciju, istraživači ove studije su isptali stopu uspješnosti in vitro fertilizacije (IVF) kod žena kojima je učinjena IPAA.

Kolega **Pabby V.** iz SAD-a (Division of Digestive Diseases, David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, Kalifornija) sa suradnicima (Beth Israel Deaconess Medical Center and Harvard Medical School, Boston) proveo je retrospektivno kohortno istraživanje u Brigham and Women's Hospital i Beth Israel Deaconess Medical Center. Ispitanice s ulceroznim kolitismom i IPAA koje su odlazile na asistiranu reprodukciju IVF tijekom razdoblja od 1988. do 2011. godine komparirane su s dvjema drugim skupinama ispitanica koje su također išle na IVF: (1) pacijentice s UC bez IPAA, te (2) pacijentice bez upalne bolesti crijeva. U studiju su uključene n=22 ispitanice s UC i IPAA, n=49 pacijentica s UC i bez IPAA, te n=470 ispitanica bez upalne bolesti crijeva. Rezultati su pokazali da je stopa životrođene djece nakon 6 ciklusa bila 64%-tina (CI 44-83%) kod ispitanica s UC i IPAA. Ova se stopa nije razlikovala od stope životrođenih kod ispitanica s UC bez IPAA (71%, 95% CI: 59-83%; $P=0.63$) ili ispitanica bez UC (53%, 95% CI: 48-57%; $P=0.57$).

Autori istraživanja zaključuju kako osobe ženskog spola koje imaju ileoanalnu pouch anastomozu zbog ulceroznog kolitisa te odlaze na in vitro fertilizaciju imaju jednaku stopu uspješnosti metode asistirane reprodukcije i poroda životrođene djece kao i osobe s ulceroznim kolitismom, ali bez IPAA i jednakako kao i osobe bez upalne bolesti crijeva.

(Am J Gastroenterol. 2014 Dec 16. doi: 10.1038/ajg.2014.400. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

•

Upalne bolesti crijeva povećavaju rizik za duboku vensku trombozu povezanu s kateterom

• Prema rezultatima kolege Dr. Lee i suradnika iz SAD-a (Albany Medical College) publiciranih u časopisu Diseases of the Colon & Rectum, upalne bolesti crijeva su nezavisni čimbenik rizika za razvoj duboke venske tromboze (DVT) povezane s kateterom. Iako je otprilike poznata povezanost upalnih bolesti

crijeva i hiperkoagulabilnosti, rezultati ovog istraživanja kliničare navode na razmišljanje prije postavljanja periferno uvedenih centralnih katetera. Imajući u vidu da mnogi bolesnici s upalnim bolestima crijeva zahtijevaju dugotrajni intravenski pristup radi nutricije, a također i zbog antibiotske terapije, plasiranje ovih katetera postaje važno za svakog liječnika. Istraživači su proveli retrospektivno istraživanje u razdoblju od 2009. do 2011. godine, u kojem je postavljeno n=7179 periferno uvedenih centralnih katetera. Ukupna incidencija duroke venske tromboze povezane s kateterom bila je 2.1%, dok je kod bolesnika s upalnim bolestima crijeva bila 6.8%, u usporedbi s 1.9% kod pacijenata bez tromboze ($p<0.001$). Kod bolesnika sa malnutricijom incidencija je bila značajno viša (4.8%) u usporedbi s ispitanicima bez malnutricije (1.8%). Životna dob je povećavala rizik duroke venske tromboze, ali nije uočena značajna povezanost s dijabetesom, malignom bolesti ili abuzusom duhana. Autori članka navode kako nema jasnog protokola glede DVT profilakse i ultrazvučnog probira na DVT kod ove skupine bolesnika, a svakako bi trebalo razmislti o antitrombotskim kateterima i centralnim venskim kateterima.

(Dis Colon Rectum. 2014;57:1379-1383.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Visceralna abdominalna pretilost povećava rizik za sindrom iritabilnog crijeva

- Postoji nekoliko istraživanja koja smatraju kako je pretilost čimbenik rizika za različitu simptomatologiju donjeg dijela gastrointestinalnog trakta. Međutim, do sada nije istraživana povezanost visceralne abdominalne pretilosti i incidencije sindroma iritabilnog crijeva (skr. SIC). Kolega Lee C. G. sa suradnicima iz Koreje (Department of Internal Medicine, Dongguk University Ilsan Hospital, College of Medicine) imao je za cilj ispitati povezanost visceralnog adipoznog tkiva (skr. VAT) i rizika za SIC. U istraživanje su uključeni ispitanici koji su bolovali od SIC-a te oni iz kontrolne skupine koji nisu imali SIC. SIC je dijagnosticiran prema Rimskim III kriterijima, razgovorom telefonskim putem, retrospektivno, a svima je učinjen CT abdomena tijekom 2012. ili 2013. godine u svrhu procjene zdravstvenog stanja. Kako bi se utvrdila povezanost VAT-a i SIC-a, evaluirani su:

suputano adipozno tkivo (SAT), omjer VAT/SAT, indeks tjelesne mase (BMI) te opseg struka. Rezultati su pokazali prevalenciju SIC-a od 19.9% kod svih uključenih ispitanika. U skupini ispitanika sa SIC-om, vrijednosti mјerenih parametara VAT, VAT/SAT, opseg struka i prisutnost refluksnog ezofagitisu bili su signifikantno veći u usporedbi s kontrolnom skupinom. Međutim, povećan BMI ili veće vrijednosti SAT-a nisu bili povezani s povećanim rizikom za SIC. Autori zaključuju kako je visceralni adipozitet mјeren putem VAT, VAT/SAT i opsega struka povezan s povećanim rizikom za SIC, dok sam BMI i SAT ne povećavaju rizik za SIC.

(Am J Gastroenterol. 2015;110(2):310-9.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Korištenje inhibitora protonске crpke nakon antirefluksne kirurgije

- Antirefluksna kirurgija se sugerira kao alternativa dugotrajanom uzimanju inhibitora protonске crpke (IPC). Rezultati kliničkih istraživanja o potrebi IPC-a nakon antirefluksne operacije proturječni su. Kolega Lødrup A. iz Danske (Department of Medicine, Køge University Hospital, University of Copenhagen, Køge) sa suradnicima istražio je potrebu za abuzusom IPC-a nakon antirefluksne kirurgije kod opće populacije u Danskoj koristeći nacionalne zdravstvene baze podataka. U retrospektivno istraživanje uključio je sve pacijente starije od 18 godina kojima je obavljena antirefluksna kirurgija od 1996. do 2010. po prvi puta.

Kao pokazatelji praćenja rezultata korišteni su indeks preskripcije te pokazatelj dugotrajnosti abuzusa - prosjek korištenja IPC-a koje je 180 ili više dnevnih doza godišnje (DDD). U istraživanje je uključeno n=3465 ispitanika. Od njih 12.7% nije koristilo IPC terapiju godinu dana prije operacije, dok je 14.2% koristilo 1-89 DDD, 13.4% je koristilo 90-179 DDD, a 59.7% je koristilo ≥ 180 DDD. Petogodišnji indeks preskripcije bio je 57.5%, 10-godišnji indeks 72.4%, a 15-godišnji 82.6%. Slično ovim rezultatima bio je 5-godišnji rizik za dugotrajnim uzimanjem IPC-a 29.4%, 10-godišnji 41.1%, a 15-godišnji 56.6%. Također je ženski spol, veća životna dob, prethodni abuzus IPC-a, terapija s nesteroidnim antireumaticima i antiagregacijska terapija povećavala rizik za IPC terapiju.

Autori istraživanja zaključuju kako je rizik za uzimanje inhibitora protonске crpke na-

kon antirefluksne kirurgije veći nego li su pretходne studije izvještavale. Više od 50% pacijenta postaju korisnici dugotrajne IPC terapije 10-15 godina nakon kirurškog zahvata, stoga ih treba upozoriti kako je nakon antirefluksne operacije često potrebna dugotrajna IPC terapija.

(Gut. 2014;63(10):1544-1549.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.



Prestanak pušenja i poboljšanje gastroezofagealnog refluksa

- Pušenje cigareta povezano je s povećanim rizikom za gastroezofagealnu refluksnu simptomatologiju (skr. GERS), prema rezultatima nekoliko studija zemalja razvijenog zapadnog svijeta. Pušači imaju 1.3-2.5 veći rizik za GERS, a glavno objašnjenje je što pušenje duhana smanjuje tlak donjeg ezofagealnog sfinktera. Osim toga, GERS i pušenje duhana povećavaju rizik za razvoj adenokarcinoma jednjaka i ezofagogastricne junkcije. Međutim, do sada nije istraživan učinak prestanka pušenja na GERS, što je bio glavni cilj ovog istraživanja. Predvodio ga je Eivind Ness-Jensen iz Norveške, a temeljeno je na the HUNT study - prospektivnom populacijskom istraživanju vođenom od 1995.-1997. i 2006.-2009. u Norveškoj, Nord-Trøndelag pokrajina.

Pozvani su svi stanovnici pokrajine stariji od 20 godina te je uključeno n=29610 ispitanika koji su u anamnezi naveli regurgitaciju kiseline ili žgaravicu. Rezultati istraživanja su pokazali kako kod ispitanika koji su koristili antirefluksnu terapiju prestanak pušenja poboljšava GERS (od ozbiljne simptomatologije do minimalne ili nikakve), komparirajući s pretходnim svakodnevnim pušenjem.

Zaključno se može istaknuti kako prestanak pušenja poboljšava teške oblike GERS-a kod osoba s normalnim indeksom tjelesne mase koji koriste antirefluksnu farmakoterapiju zadnjih tjedana, ali ne i kod ostalih skupina bolesnika.

(Am J Gastroenterol. 2014;109(2):171-17.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.



• Azitromicin i stenoza pilorusa kod djece

• Prema rezultatima novog retrospektivnog istraživanja publiciranog u zadnjem broju časopisa *Pediatrics*, autori zaključuju kako peroralni azitromicin ili eritromicin mogu povećati rizik za razvoj infantilne hipertrofijске stenoze pilorusa (skr. IHPS), posebno prilikom izlaganja lijekovima tijekom dva prva tjedna života novorođenčadi. Iako je azitromicin postao lijekom s visokim indeksom preskripcije i prihvativljiva alternativa drugim medikamentima, malo se zna o njegovom učinku na hipertrofiju stenozu pilorusa kod djece. Koristeći bazu podataka vojnog zdravstvenog sustava, istraživači su prikupili n=1,074.236 ispitanika rođenih od 2001. do 2012. godine te n=2466 djece s infantilnom hipertrofijnom stenozom pilorusa. Stopa incidencije stenoze pilorusa bila je 2.29 na 1000 životodane djece. Rizik za razvoj IHPS-a bio je 8 puta veći u prva dva tjedna života novorođenčadi, dok je od 2. do 6. tjedna rizik bio nešto manji, 3 puta uvećan. Rezultati su pokazali kako eritromicin povećava rizik za razvoj IHPS-a za 13 puta tijekom prva 2 tjedna, te 4 puta naredna 4 tjedna. Izlaganje eritromicinu ili azitromocinu od 43. do 90. dana života nije bilo povezano s povećanim rizikom za IHPS.

Autori navode ograničenja ovog istraživanja poput njenog retrospektivnog dizajna. Azitromicin, slično kao eritromicin, agonist je receptora motilina koji stimulira migraciju motornih kompleksa u želucu. Uzrokuje dugotrajnu kolinergičnu aktivnost i stimulira antralnu aktivnost. U eri velike preskripcije antibiotika rezultate ovog istraživanja vrijedno je upamtiti, posebno što se tiče povećanog rizika za razvoj hipertrofijne stenoze pilorusa kod novorođenčadi muškog spola prvih 6 tjedana života. (*Pediatrics*. 2015;135:483-488.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

• Slezena bi mogla imati ulogu u razvoju dijabetes melitus-a

• Slezena može biti uključena u razvoj dijabetesa, sugerira studija iz Tajvana. Pacijenti nakon traumatske splenektomije mogu imati dugoročno povećan rizik od dijabetesa tipa 2, možda dijelom i zbog toga što slezena

doprinosi endokrinoj funkciji gušterića i pomaze posredovanju neurohumoralne kontrole. To bi mogao biti dokaz u prilog spašavanju slezene kod njenih ozljeda, što je iznenadujuće otkriće s obzirom malobrojnost prethodnih istraživanja u ovom području.

Ova spoznaja moguće ozbiljne dugoročne komplikacije mogla bi opravdati prihvaćanje više stope kratkoročnih komplikacija koje prate tehnike spašavanja slezene, osobito u mlađih bolesnika i onih koji već imaju druge faktore rizika za dijabetes tipa 2. No upozorava da je ovo retrospektivna studija, čiji se podaci temelje na dijagnostičkim kodovima (ICD-9) i ne bi smjeli biti jedini razlog za promjenu kliničke prakse. Za procjenu rizika od razvoja dijabetesa tipa 2 kod ozlijedenih nakon splenektomije Wu i sur. (China Medical University Hospital, Taichung, Tajvan) proveli su prvu populacijsku studiju. Iz baze podataka Taiwan National Health Insurance istraživački tim proveo je dvije studije. Njihova studija kurirskih bolesnika uključila je 3.723 podvrgnutu splenektomiji i 3.723 odgovarajuća bolesnika podvrgnutu drugim abdominalnim operacijama. Njihova studija neoperiranih bolesnika uključila je 5.996 bolesnika s ozljedom slezene i 5.996 odgovarajućih bolesnika s ozljedama drugih abdominalnih organa. Procijenjeni omjer rizika za dijabetes koristeći Cox proporcionalni regresijski model rizika istraživači su otkrili da su, nakon trogodišnjeg praćenja trauma, pacijenti nakon splenektomije imali dva puta veći rizik od dijabetesa u usporedbi s pacijentima kojima nije učinjena splenektomija. Muškarci i bolesnici mlađi od 50 godina, podvrgnuti splenektomiji imali su veći rizik za dijabetes (omjer rizika 1,89 za muškarce i 1,79 za bolesnike ispod 50 godina starosti). Kod neoperiranih bolesnika nije bilo razlike u riziku od šećerne bolesti kod ozljede slezene i ozljede drugih abdominalnih organa.

Autori ističu nekoliko ograničenja studije: retrospektivnost, mali uzorak, vjerojatne pristranosti izabranih slučajeva i nedovoljno podataka o kratkoročnoj kontroli glikemije u perioperativnom razdoblju, u kojemu stresni hormonski odgovor (npr. adrenalin, kortizol) mogu predstavljati važan čimbenik, te su pozvali na buduća istraživanja. Trenutni razlog za 'spašavanje' slezene bila je zabrinutost zbog postsplenektomijske sepse uz očuvanje imuno-funkcije slezene. Ova studija ne bi trebala mijenjati kliničku praksu, nego ojačati naše sađanje terapijske paradigme za konzervativno liječenje ozljeda slezene. Daljnji je savjet da se konzervativne tehnike liječenja najbolje prakticiraju u velikim trauma centrima, a bolesnici koji se smatraju kandidati za ovu vrstu liječenja trebaju biti premješteni u trauma centre razine I ili eventualno II. Također ovu studiju bi

trebalo ponoviti u drugim populacijama, jer je stanovništvo Tajvana vjerojatno mnogo homogenije nego u SAD-u, i rezultati tih studija ne moraju biti jednakili slični s obzirom na mnogo raznolikije genetske populacije. (Am J Surg. 2014;208:811-6)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

• Mortalitet nakon operacija prijeloma kuka jednak je bez obzira na vrstu anestezije

• Primjena regionalne anestezije kod kirurgije prijeloma kuka nije utjecala na 30-dnevni mortalitet u usporedbi s općom anestezijom. Regionalna anestezija povezana je sa skromnim smanjenjem boravka u bolnici od oko pola dana. Neuman i sur. (Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania, Philadelphia, SAD) proveli su retrospektivnu kohortnu studiju 56.729 pacijenata u New Yorku u dobi od 50 godina i starijih, koji su operirali prijelom kuka od 2004. do 2011. godine. Podudarni parovi uključivali su 10.757 pacijenta.

Prvi predstavnik u paru uključivao je pacijenta koji je živio u neposrednoj blizini bolnice specijalizirane za regionalnu anesteziju kod kirurgije prijeloma kuka, a drugi u paru pacijenta koji živi u blizini bolnice specijalizirane za opću anesteziju kod takve kirurgije. Kohorta je uključivala 15.904 bolesnika (28%) s regionalnom anestezijom tijekom operacije i 40.825 (72%) s općom anestezijom.

Analiza je pokazala da nema značajne razlike u smrtnosti s obzirom na vrstu anestezije. Ukupno su 3.032 (5,3%) bolesnika umrla tijekom studije: 583 (5,4%) onih koji su živjeli u neposrednoj blizini bolnice specijalizirane za regionalnu anesteziju i 629 (5,8%) onih koji su živjeli u blizini bolnice koje prakticiraju opću anesteziju, s procjenom razlike rizika od -1,1% (95%-ni interval pouzdanosti [CI], -2,8% na 0,5%, p=0,20). Rezultati smrtnosti bili su slični u unutarbolničkim i međubolničkim usporedbama. Regionalna anestezija povezana je s 0,6 dana kraćeg trajanja hospitalizacije u usporedbi s općom anestezijom (95% CI, -0,8 do -0,4 dana; p<0,001).

U pacijenata koji su živjeli blizu bolnice s regionalnom anestezijom hospitalizacija je trajala 5,8 dana, u usporedbi sa 6,1 dana za bolesnike koji žive u blizini bolnice gdje se prakticira opća anestezija.

Prethodne opservacijske studije koje su ispitivale anesteziju kod kirurgije prijeloma kuka imale su proturječne rezultate, vjerojatno zbog nerandomiziranog odabira bolesnika u vezi s vrstom anestezije, navode autori. Na primjer, pacijenti koji su podvrgnuti regionalnoj anesteziji bili su pretežno stariji i bolesniji. Upravo su na ovaj način randomiziranim studijom autori pokušali prevladati ograničenja prethodnih istraživanja. Koristeći ovakav način podudarnosti bolesnika, navode autori, dopustio im je da se minimaliziraju nezapažene razlike između pacijenata koje bi mogli utjecati na vrstu anestezije, uključujući težinu bolesti, kognitivna oštećenja ili opseg pomaka među frakturnim ulomcima, pod pretpostavkom da je veća vjerojatnost da pacijenti koji žive u blizini bolnice koja primjenjuje regionalnu anesteziju dobiju isti tretman. Naime, istraživanje je pokazalo da 53,5% bolesnika koji su živjeli bliže bolnici specijaliziranoj za regionalnu anesteziju prime regionalnu anesteziju, odnosno da samo 16,1% onih koji su živjeli bliže bolnici specijaliziranoj za opću anesteziju primi regionalnu anesteziju ($p < 0,001$). Autori nisu primili honorare za ovu studiju. (JAMA. 2014;311:2508-2517)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

•

Transdijafragmalna simultana resekcija jetrenih i plućnih metastaza je obećavajuća

- Kod odabranih bolesnika s rakom, simultana resekcija jetre i perifernih plućnih metastaza transdijafragmalnim pristupom postiže stope uspjeha usporedive s postupkom u dva akta, ali sa značajno kraćim boravkom u bolnici. Aloia i sur. (University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, Houston, Texas, SAD) rekli su da imajući u vidu izostanak ozbiljnog morbiditeta kod reza dijafragme, a uz postojanje mogućnosti da se čak i gornje plućne lezije odstrane, sada 'rutinski' odstranjuju metastaze ovim pristupom. Nakon što se resekcija jetre izvrši standardnom laparotomijom, na pluća koja sadrže sekundarizme pristupa se kružnim rezom dijafragme s poštedom centralne teticе. Pluća se ispuštu, a donji pulmonalni ligament presječe. Metastaze se pronađu palpacijom i odstrane klinastom resekcijom pomoći staplera. Dijafragma se sašije nakon postavljanja torakalnog drena.

Autori su objasnili da jetra ne ometa pristup desnom pluću. Odvajanjem desnog triangularnog ligamenta, uz posljedično rotiranje jetre, omogućen je potpun pristup desnoj hemidijskfragmi. Također dodaju da rez dijafragme mora biti optimalno postavljen, a adekvatno zatvaranje ključ je uspjeha. Tijekom razdoblja od 12,5 godina, kod 23 bolesnika učinjena je simultana resekcija jetre i plućnih metastaza, od toga kod 6 transdijafragmalnim pristupom. Od 16 bolesnika koji su podvrgnuti transdijafragmalnom postupku, primarni je bio rak debelog crijeva kod 15, te kod jednog pacijenta 'granular cell' karcinom. Središte najudaljenijeg tumora bilo je 3 cm ili manje od visceralne pleure. Medijan reseciranih metastaza iznosio je 1 (raspon 1 do 3), a medijan veličine tumora 10 mm (raspon 5 do 30 mm). Svi 16 pacijenata preživjelo je najmanje 90 dana. Nije bilo razlika u procijenjenom gubitku krvi ili trajanju operacije s obzirom na lokaciju metastaza u gornjem, srednjem ili donjem plućnom režnju. Skupina pacijenata s transdijafragmalnim pristupom uspoređena je sa 102 pacijenta s uobičajenim pristupom kod resekcije jetrenih i plućnih metastaza. Dvije skupine bile su slične po dobi, spolu, broju i veličini lezija, trajanju operacije i postotku pozitivnih rubova izvađenih preparata. Medijan procijenjenog gubitka krvi za resekcije pluća transdijafragmalnim pristupom iznosio je 0 ml prema 50 ml kod operacije u 2 akta ($p < 0,001$). Niti jedan pacijent u obje skupine nije zahtijevao transfuziju krvi. Ukupna duljina boravka u bolnici iznosila je 6 dana u transdijafragmalnoj skupini a 11 dana u konvencionalnoj ($p < 0,001$). Jedan bolesnik imao je postoperativni pneumotoraks koji se spontano povukao u roku od 48 sati, a kod drugog je bilo potrebno ponovno uvođenje torakalnog drena. Učestalost plućnih komplikacija u skupini bolesnika transdijafragmalnim pristupom (13%) nije se značajno razlikovala od onih u konvencionalnoj skupini (operacija u 2 akta). Osam od 16 pacijenata podvrgnuto je ponovnoj resekciji rekurentnih metastaza u jetri, što nije bila kontraindikacija za transdijafragmalni pristup i postupak. U radu su autori predložili da transdijafragmalni postupak može biti koristan i kod nedefiniranih plućnih lezija, koje je teško dijagnosticirati definitivno preoperativno. Autori dalje naglašavaju da transdijafragmalni pristup može izgledati jednostavan, ali da je tehnički zahtijevan; zahtijeva iskustvo i u hepatobilijarnoj i torakalnoj, kako kirurgiji tako i anesteziologiji. Dogovor između hepatobilijarnog i torakalnog kirurškog te anesteziološkog tima mora se postići nakon resekcije jetre kako bi se potvrdilo da je pacijent stabilan i optimiziran za nastavak torakalnog dijela operacije. (Surgery. 2014;156:1197-203.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

•

Pertuzumab, trastuzumab i docetaksel u Her2-pozitivnom metastatskom karcinomu dojke

- Bolesnicama s metastatskim rakom dojke pozitivnim za receptor humanog epidermalnog faktora rasta 2 (Her2) preživljivanje bez bolesti značajno je produljeno nakon liječenja prvom linijom terapije koja sadržava pertuzumab, trastuzumab i docetaksel, u usporedbi s placebom, trastuzumabom i docetakselom. Značajno je pertuzumabom poboljšano i sveukupno preživljivanje, što je zabilježeno tijekom prve interim analize, a bez dostizanja medijana. Sandra M. Swain i suradnici u posljednjem broju New England Journal of Medicine izvješćuju o finalnim rezultatima prespecificiranog sveukupnog preživljivanja, s medijanom praćenja od 50 mjeseci.

Bolesnice s metastatskim karcinomom dojke koje su nisu prethodno primile kemoterapiju ili antiHer terapiju za svoju bolest randomizirane su kako bi primile bilo kombinaciju terapije s pertuzumabom ili placebom. Zabilježeni su sekundarni ciljevi istraživanja, sveukupno preživljivanje, od istraživača ocijenjeno preživljivanje bez progresije bolesti, nezavisno ocijenjeno trajanje odgovora, kao i sigurnost. Analize osjetljivosti prilagođene su i za bolesnice koje su tijekom istraživanja/nakon interim analize prelazile s placeba na pertuzumab.

Medijan sveukupnog preživljivanja iznosio je 56,5 mjeseci u skupini na kombinacijskoj terapiji s pertuzumabom, a 40,8 mjeseci u skupini na placebu, dakle utvrđena je razlika od 15,7 mjeseci! Ova analiza nije uzela u obzir cross over/ prijelaz s placeba u skupinu na pertuzumabu, no rezultati analize osjetljivosti nakon prilagodbe za cross over bili su konzistentni. Medijan preživljivanja bez bolesti ocijenjenog od istraživača poboljšan je za 6,3 mjeseca u skupini na pertuzumabu. Pertuzumab je produljio i medijan trajanja odgovora za 7,7 mjeseci, kako je neovisno ocijenjeno. Najviše nuspojava zabilježeno je u obje skupine prilikom administracije docetaksela, uz očuvanu dugoročnu kardijalnu sigurnost. Dakle, dodavanjem pertuzumaba trastuzumabu i docetakselu u liječenju bolesnica s Her2 pozitivnim metastatskim rakom dojke, u usporedbi s dodavanjem placeba, značajno se poboljšao

medijan sveukupnog preživljivanja, na 56,5 mjeseci, i ujedno su proširenji rezultati prethodnih analiza koje su pokazale učinkovitost ove kombinacije lijekova.

(N Engl J Med. 2015;372:724-734.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

Ruksolitinib vs. standardna terapija u liječenju policitemije vere

- Inhibitor Janus kinaza (JAK) 1 i 2

ruksolitinib pokazao je klinički benefit u bolesnika s policitemijom verom u studiji faze II. Alessandro M. Vannucchi i suradnici proveli su open label studiju faze III kako bi ocijenili učinkovitost i sigurnost ruksolitiniba u usporedbi sa standardnom terapijom bolesnika s policitemijom verom, koji na hidroksiureju nisu postigli adekvatan odgovor ili su razvili neprihvatljive nuspojave. Bolesnici sa splenomegalijom, zapravo ovisni o flebotomiji, randomizirani su u omjeru 1:1 kako bi primili ruksolitinib (110 bolesnika) ili standardnu terapiju (112 bolesnika). Primarni cilj studije bili su kontrola, odnosno održavanje zadovoljavajućeg hematokrita nakon 32 tjedna i redukcija od barem 35% obujma slezene u 32. tjednu, ocijenjeno slikovnim metodama. Primarni cilj studije dosegnut je u 21% bolesnika u skupini na ruksolitinibu, u odnosu na njih 1% u skupini na standardnoj terapiji. Kontrola hematokrita postignuta je u 60% bolesnika na ruksolitinibu i 20% njih na standardnoj terapiji, dok je redukcija obujma slezene postignuta u 38% bolesnika na ruksolitinibu i u 1% onih na standardnoj terapiji. Kompletna hematološka remisija postignuta je u 24% bolesnika u skupini na ruksolitinibu i 9% u onih na standardnoj terapiji, a barem 50-postotnu redukciju izraženosti simptoma u 32. tjednu postiglo je 49% bolesnika na ruksolitinibu, a 5% bolesnika na standardnoj terapiji. U skupini na ruksolitinibu anemija gradusa III ili IV zabilježena je u 2% bolesnika, a trombocitopenija gradusa III ili IV u 5%; u skupini na standardnoj terapiji postotak navedenih nuspojava iznosio je 0%, odnosno 4%. Herpes zoster zabilježen je u 6% bolesnika na ruksolitinibu i 0% u skupini na standardnoj terapiji (u svim slučajevima radilo se o gradusu I ili II). Tromboembolijski incidenti javili su se u jednog bolesnika na ruksolitinibu i u 6 bolesnika na standardnoj terapiji.

Dakle, za bolesnike koji nisu odgovorili, ili su razvili neprihvatljive nuspojave na hidroksiureju, ruksolitinib je pokazao superi-

ornost nad standardnom terapijom u kontroli/održavanju hematokrita, redukciji obujma slezene i poboljšanju simptoma udruženih s policitemijom verom.

(N Engl J Med. 2015;372:426-435.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

Adjuvantna ovarijalna supresija u premenopauzalnih bolesnica s karcinomom dojke

Supresija ovariske produkcije estrogena smanjuje rizik od povrata bolesti u premenopauzalnih bolesnica s hormonski ovisnim ranim rakom dojke, no točan benefit postupka supresije, kao dodatne blokade uz terapiju tamoksifenum, nije siguran. Randomizirano je 3066 premenopauzalnih žena i stratificirane su ovisno o prethodno primljenoj ili neprimljenoj kemoterapiji, kako bi primile 5 godina terapije tamoksifenum, tamoksifen i ovarijalnu supresiju ili egzemestan i ovarijalnu supresiju. Primarna analiza provjerila je hipotezu da tamoksifen i ovarijalna supresija produljuju preživljivanje bez prisutnosti bolesti, u usporedbi sa samim tamoksifenum. Prilikom primarne analize 46,7% bolesnica nisu prethodno primile kemoterapiju, a 53,5% su primile kemoterapiju i ostale premenopausalne.

Nakon medijana praćenja od 67 mjeseci procijenjena stopa preživljivanja bez bolesti nakon 5 godina iznosiла je 86,6% u skupini podvrgnutoj ovarijalnoj supresiji i tamoksifenu, a 84,7% u skupini na samom tamoksifenu. Multivarijantnom procjenom prognostičkih faktora ocijenjeno je kako će veći terapijski učinak pokazati tamoksifen i ovarijalna supresija, nego sam tamoksifen. Većina povrata bolesti zabilježena je u bolesnica koje su prethodno bile primile kemoterapiju, među kojima je stopa odsutnosti raka dojke nakon pet godina iznosiла 82,5% u skupini na tamoksifenu i ovarijalnoj supresiji, a 78% u skupini na tamoksifenu. Nakon pet godina stopa odsutnosti raka dojke u skupini na egzemestan-ovarijalnoj supresiji iznosiла je 85,7%.

U sveukupnoj studijskoj populaciji dodavanje ovarijalne supresije tamoksifenu nije iznjedrilo značajnijeg benefita. Međutim, među ženama koje su bile pod rizikom od povrata bolesti dovoljnim da prime adjuvantnu kemoterapiju i koje su potom ostale premenopausalne, dodatak ovarijalne supresije poboljšao je ishod bolesti. Dodatan napredak zabilježen je u skupini u kojoj je ovarijalna supresija pridodata terapiji egzemestanom.

(N Engl J Med. 2015;372:436-446.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

Ocjena jetrene funkcije u bolesnika s hepatocelularnim karcinomom, ALBI procjena

Većina bolesnika s hepatocelularnim karcinomom (HCC) imaju pridruženu kroničnu jetrenu bolest, ozbiljnost koje se trenutno procjenjuje temeljem Child-Pugh (C-P) sustavom. Skupina autora s Odjela za molekularnu i kliničku medicinu raka iz Liverpoola pristupili su međunarodnoj suradnji na projektu utvrđivanja objektivnih mjera ocjene jetrene funkcije/disfunkcije, koje neovisno utječu na preživljvanje bolesnika s HCC-om te su potom iste složene u model procjene koji bi se mogao usporediti s konvencionalnim Child-Pugh sustavom. Osmišljen je jednostavan sustav ocjene jetrene funkcije temeljen na ocjeni 1313 pacijenata iz Japana s HCC-om svih stadija, a koji je uključivao samo vrijednosti serumskog bilirubina i razine albumina. Potom je model testiran koristeći se sličnim kohortama u drugim geografskim područjima, na oko 5000 ispitanika, te drugim kliničkim situacijama (pacijenti podvrgnuti resekciji (n=525), ili pacijenti na terapiji sorafenibom za uznapredovali HCC (n=501).

Model Albumin-Bilirubin sustava (ALBI) pokazao se barem jednako dobrim kao C-P sustav u svim geografskim regijama. Većina bolesnika s HCC-om imali su C-P stadij A bolesti na početku, a unutar ovog stadija je navezeni ALBI sustav izdiferencirao dvije skupine s jasno drugačijom prognozom. Primjenjivost na bolesnike s izoliranom kroničnom bolešću jetre potvrdila je ideju da je ALBI procjena zaista indeks jetrene (dis)funkcije. ALBI sustav nudi jednostavnu, na dokazima zasnovanu, objektivnu i diskriminatornu metodu ocjene jetrene funkcije u HCC-u koja je ekstenzivno ispitana na međunarodnoj razini. Ovaj novi model eliminira potrebu za subjektivnim varijablama poput ascitesa i encefalopatije, koje kao sastavne elemente sadržava konvencionalni C-P sustav procjene.

(JCO. 2015;33(6):550-558.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

•

Cisplatina i etopozid vs. karboplatina i paklitaksel uz zračenje u liječenju stadija III nemalostaničnog karcinoma pluća

- Nije sasvim utvrđeno koji je optimalni odabir kemoterapije uz radioterapiju u liječenju stadija III karcinoma pluća nemalih stanica. Rafael Santana-Davila i suradnici u studiji objavljenoj u posljednjem broju *Journal of Clinical Oncology* uspoređuju ishod u bolesnika liječenih cisplatina/etopozid (PE) ili karboplatina/paklitaksel (CP) kombinacijom. Prikupljeni su podaci o svim bolesnicima liječenim PE ili CP protokolom uz radioterapiju od 2001. do 2010. Stope preživljivanja uspoređene su koristeći Coxov regresijski model s prilagodbom za zbunjujuće faktore, kojima se doskočilo analizom instrumentalnih varijabli. Također su

identificirani komorbiditeti i komplikacije terapije.

Od ukupno 1842 bolesnika uključenih u studiju u njih 27% primijenjen je protokol PE (n=499). Terapija PE protokolom nije udružena s prednošću u preživljivanju ni u kojoj od navedenih analiza, niti je pokazala prednost u preživljivanju bolesnika liječenih u centrima u kojima je zastupljenost protokola prelazila 50%, u odnosu na one u kojima je bila ispod 10%. Bolesnici liječeni PE protokolom, u usporedbi s onima na CP protokolu, bili su češće hospitalizirani, češće su se javljali liječniku, imali su više infektivnih komplikacija, akutne bubrežne bolesti/dehidraciju te mukozitis/ezofagitis. Nakon proračunavanja prognostičkih varijabli bolesnice na PE protokolu imale su ukupno preživljivanje slično onima na CP protokolu, no uz PE je zabilježen veći morbiditet. (JCO 2015;33(6):567-574)

Ana Tečić Vugr, dr. med.



Astma i epigenetika

- Nova studija objavljena u časopisu Nature rezultat je desetogodišnjeg istraživanja

znanstvenika iz Velike Britanije, Kanade i Švedske. Rezultati ove studije moći će se koristiti ne samo za razvoj novih metoda liječenja astme i i peludne hunjavice već i za procjenu najboljeg načina liječenja oboljelih osoba.

U istraživanju su otkriveni novi geni koji doprinose razvoju ovih alergijskih bolesti, a čiji proteinski produkti mogu biti meta djelovanja specifičnih pametnih lijekova.

Osim što je studija omogućila otkrivanje novih gena koji sudjeluju u etiopatogenezi bolesti, dovele je do identifikacije novih biomarkera koji mogu predvidjeti koji će pacijenti bolje reagirati na postojeće terapijske metode.

Za razliku od dosadašnjih istraživanja, koja su bila usmjerena na traženje isključivo genetskih promjena, ovim istraživanjem su se uz genetske analizirale i epigenetske promjene. Na taj su se način mogli istražiti geni koji su povezani s pokretanjem alergijske reakcije i stvaranjem molekula protutijela.

Jedan od autora studije, prof. William Cookson, istaknuo je kako upravo epigenetski pristup pruža uvid u promjene koje klasična genetika ne može pružiti: „Na razvoj bolesti ne utječe samo promjena slijeda baza u genu već i promjene ostalih gena koji kontroliraju hoće li se ti geni prepisati i prevesti u

protein ili neće. Dakle, i nad genima koje smo do sada povezivali s razvojem bolesti, postoje kontrolni mehanizmi koji određuju hoće li neki gen biti aktivan ili neće, zbog čega i naziv epigenetika.“

Zbog poznate činjenice da upravo imunoglobulin E pokreće alergijsku reakciju, istraživači su analizirali epigenetsku regulaciju ekspresije gena za ovaj protein. Zanimalo ih je koji su sve geni i mehanizmi uključeni u regulaciju ovog gena.

Zbog toga su analizirali leukocite 355 pacijenata oboljelih od astme i usporedili razinu metilacije gena za IgE s njegovom ekspresijom u krvi.

Dobili su jaku povezanost između visoke koncentracije IgE u krvi i niske razine metilacije čak 34 gena. Ti geni su zbog manje DNA metilacije aktivniji pa dovode do povećane sinteze IgE protutijela. Što potiče simptome bolesti.

Navedeni rezultati potvrđeni su kod volontera iz Walesa kao i u 160 bolesnika iz Kanade. Mnogi od novodijagnosticiranih gena kodiraju proteine koje sintetiziraju eozinofili. Nove spoznaje pomoći će liječnicima da prepoznaju one bolesnike s astmom koji će reagirati na terapiju neutraliziranjem eozinofila.

Ova terapija trenutno je skupa i djelotvorna samo kod nekih pacijenata, no re-

zultati ovog istraživanja daju nadu kako će u skoroj budućnosti postati šire dostupna.
(Nature; 2015;doi:10.1038/nature14125)

prof. dr. sc. Ljiljana Šerman, dr. med.

••••

Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u 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.

Karbić VO, Skoda M, Antončić D, Krištofić I, Komar D, Trobonjača Z. Gabapentin-induced changes of plasma cortisol level and immune status in hysterectomized women. Int Immunopharmacol. 2014;23(2):530-6.

Anesthesiology and Intensive Care Clinic, Clinical Hospital Center Rijeka, Rijeka, Croatia; Department of Physiology and Immunology, Faculty of Medicine, University of Rijeka, Rijeka, Croatia; Clinical Institute of Laboratory Diagnostics, Clinical Hospital Center Rijeka, Rijeka, Croatia; Gynecology and Obstetrics Clinic, Clinical Hospital Center Rijeka, Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine, University of Rijeka, Rijeka, Croatia.

Drinovac V, Bach-Rojecky L, Babić A, Lacković Z. Antinociceptive effect of botulinum toxin type A on experimental abdominal pain. Eur J Pharmacol. 2014;745:190-5.

Department of Pharmacology, University of Zagreb Faculty of Pharmacy and Biochemistry, Zagreb, Croatia; Laboratory of Molecular Neuropharmacology, Department of Pharmacology and Croatian Brain Research Institute, University of Zagreb Medical School, Zagreb, Croatia.

Koršić M, Kušec V. Serum Leptin and Skeletal Differences between Obese and Non-Obese Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Obes Facts. 2014;7(6):399-407.

Clinic for Lung Disease, Clinical Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia.

Viskovic K, Zidovec-Lepej S, Gorenec L, Grgic I, Lukas D, Zekan S, Dragobratovic A, Begovac J. Cardiovascular markers of inflammation and serum lipid levels in HIV-infected patients with undetectable viraemia. J Int AIDS Soc. 2014;17(4 Suppl 3):19548.

Radiology and Ultrasound, University Hospital for Infectious Diseases, Zagreb, Croatia; Department of Molecular Diagnostics and Flow Cytometry, University Hospital for Infectious Diseases, Zagreb, Croatia; Reference Center for Diagnostics and Treatment of, Zagreb, University Hospital for Infectious Diseases, Croatia.

Prugger C, Wellmann J, Heidrich J, De Bacquer D, De Backer G, Périer MC, Empana JP, Reiner Ž*, Fras Z, Jennings C, Kotseva K, Wood D, Keil U; on behalf of the EUROASPIRE Study Group. Readiness for smoking cessation in coronary heart disease patients across Europe: Results from the EUROASPIRE III survey. Eur J Prev Cardiol. 2014 Dec 16. pii: 2047487314564728. [Epub ahead of print]

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

Šimić I, Reiner Ž. Adverse effects of statins - myths and reality. Curr Pharm Des. 2015;21(9):1220-6.

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

Zujić-Atalić V*, Bedenić B, Kocsis E, Mazzariol A, Sardelić S, Barišić M, Plečko V, Bošnjak Z, Mijač M, Jajić I, Vranić-Ladavac M, Cornaglia G. Diversity of carbapenemases in clinical isolates of Enterobacteriaceae in Croatia-the results of the multicenter study. Clin Microbiol Infect. 2014;20(11):O894-903.

*Department of Microbiology, Public Health Institute Osijek, Osijek, Croatia.

Uzunović S, Bedenić B*, Budimir A, Kamberović F, Ibrahimagić A, Delić-Bikić S, Sivec S, Meštrović T, Varda Brkić D, Rijnders MI, Stobberingh EE: Emergency (clonal spread) of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), extended spectrum (ESBL) - and AmpC beta-lactamase-producing Gram-negative bacteria causing infections at Pediatric Department, Bosnia and Herzegovina. Wien Klin Wochenschr. 2014;126 (23-24):747-756.

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

Etiopatogeneza poremećaja energijskog i tvarnog metabolizma – II. dio.

Prof. dr. Zdenko Kovač

- Nastavljamo s nizom patofiziologije poremećaja energogeneze i energijskotvarne izmjene. U ovom nastavku je algoritamski obrađena disenzimatska hipoenergoza u sindromu miofosforilarnе nedostatnosti, a etiopatogenetski čvor obrađuje hipoksijsku i supstratnu hipoenergozu u ishemiji mozga zbog cerebrovaskularnoga inzulta. Rješenja vježbi a, b i c u algoritamskoj razradbi te rješenja zadatka II. i III. u etiopatogenetskoj čvoru napisana su na str. 72 ovoga broja, u svrhu samoprovjere.

Algoritamska razradba problema¹

- Patofiziologija disenzimatske hipoenergoze u sklopu McArdleove bolesti (miofosforilazna nedostatnost)

Za razradbu problema prostudiraj stranice 100–4, 137–40, 170–3 te 178 u S Gamljin, M Marušić, Z Kovač. Patofiziologija. Knjiga prva. 7. izdanje. Medicinska naklada Zagreb 2011.

(Zadatak je priređen prema podatcima u radu: Tsujino S i sur. Molecular genetic heterogeneity of myophosphorylase deficiency (McArdle's disease). New Engl J Med 1993; 329: 241–5.)

Cetrtdeset bolesnika (22 muška i 18 ženskih) s McArdleovom bolešću (glikogenoza tipa V) u 36 obitelji testirano je na izražaj najčešćih mutacija enzima miofosforilaze. Svi su imali ra-

zvijenu sliku McArdleove bolesti s mialgijama, teškim podnošenjem i manjih fizičkih napora, pri čemu se u skeletnim mišićima pojavljuju snažni grčevi i pojačana bolnost, koji se povlače mirovanjem i smanjenjem napora. Biopsijom mišića u svih bolesnika su dokazani depoziti glikogena u mišićima te odsutnost enzimske aktivnosti mišićne fosforilaze. Svojstva najčešćih mutacija opisana su u tablici 1. Analizom restriktivnih ulomaka genomske DNA, koji su dobiveni razgradnjom izabranim restriktivnim enzimima, a koji prepoznaju pojedine mutacije, u 35 je bolesnika utvrđena barem jedna tražena mutacija. Bolesnici su prema utvrđenim mutacijama u genomu svrstani u sedam skupina (A do G) u tablici 2.

VJEŽBA A:

Činjenična raščlamba (Jedan je ili više točnih odgovora)

1. Prema podatcima u tablicama 1 i 2 za molekularnu patogenezu McArdleove bolesti točne su sljedeće tvrdnje:

a) Najčešća nozogena mutacija je transverzija 49-og kodona, kojom se u prvom eksonu gena za miofosforilazu stvara stop-kodon, zbog čega prestaje prijevod gena u bjelančevinu mišićne fosforilaze.

b) U homozigotnom izražaju mutacije na 49-om kodonu (kao u skupini A bolesnika u tablici 2) imunohistokemijskim metodama u mišićnim stanicama ne može se dokazati proteinski proizvod gena budući da se prepisuje samo dio prvog eksona.

c) Nozogena mutacija 3 na eksonu 14 tranzici-

ja je 542-og kodona koja može biti posljedica grješaka u mehanizmima popravka DNA, učinkaka ionizirajućeg zračenja i kisikovih radikalata.

d) Za složene heterozigote s djelom različitim nozogenim mutacijama, kao bolesnike skupine B u tablici 2, može se reći da unatoč izražaju približno polovične količine svakog alela – enzima u sarkoplazmi, ne postoji razgradnja glikogena budući da su te molekule enzimski afunkcionalne.

e) Budući da je prisutnost barem jedne od triju nozogenih mutacija utvrđena u 59 alela od testiranih 40 bolesnika, može se reći da te mutacije epidemiološki sudjeluju u oko 73% incidenčije bolesti.

2. Patofiziologiju McArdleove bolesti točno opisuju sljedeće tvrdnje:

a) Bolest je nastojni recessivni poremećaj metabolizma, u kojoj se ne proizvodi laktat pri ishemijama, budući da se u mišićima pod opterećenjem razvija relativni manjak glukoze.

b) Elektromiografske promjene u mišićima pojavljuju se pri rabdiomoliži, pri čemu se mogu pojaviti fibrilacije i pozitivni valovi, što je posljedica citoplazmatske smrti stanice uzrokovane hipoenergozom u naporu.

c) U obiteljskoj se anamnezi mogu u bolesnika naći podatci o povremenom hramanju pri bržem hodu (intermitetne kaudikacije) nekih srodnika, što je posljedica grčenja mišića pri većem funkcionalnom zahtjevu.

d) Kliničko je očitovanje bolesti raznoliko, od pojačanog zamaranja, mialgija i mišićne rigidnosti u naporima s normalnim životnim vježkom bolesnika, do razvoja smrtonosne respiracijske insuficijencije u novorođenčadi.

e) Posljedično miofosforilaznoj neaktivnosti u mišićima se nakuplja glikogen, a u krvi izostaje puferska funkcija mišićnoga glikogena, zbog čega se često pojavljuju hipoglikemije, osobito u naporima.

3. Za energijsko-tvarne odnose u stanicama bolesnika s McArdleovom bolešću odgovorni su sljedeći patogenetski mehanizmi:

a) Bolest se svrstava u glikogenoze (glikogenoza tipa V) zbog nakupljanja glikogena u skeletnim mišićima, posljedično grješki u enzimu mišićne glikogenolize.

Tablica 1. Opis najčešćih mutacija gena za miofosforilazu u bolesnika s glikogenozom tipa V

Oznaka mutacije	Ekson	Promjena baze	Promjena kodona	Redni broj kodona	Promjena aminokiseline
1	1	C→T	CGA→TGA	49	Arg→STOP
2	5	G→A	GTC→GCA	204	Gly→Ser
3	14	A→C	AAG→ACG	542	Lys→Thr

¹ Iz knjige Z Kovač i sur. Patofiziologija – Zadaci za problemske seminare. Knjiga druga. Treće izdanje. Medicinska naklada Zagreb 2011., str. 69–72, uz suglasnost izdavača i autora zadatka.

Tablica 2. Točkaste mutacije gena miofosforilaze utvrđene u skupini od 40 bolesnika s McArdleovom bolesti

Skupina bolesnika	Broj bolesnika		Nozogena mutacija		
	ukupan	muških	ženskih	Alel 1	
A	18	9	9	C→T (49) ^a	C→T (49)
B	3	1	2	C→T (49)	G→A (204)
C	2	1	1	G→A (204)	A→C (542)
D	1	1	0	C→T (49)	A→C (542)
E	8	4	4	C→T (49)	? ^b
F	3	1	2	G→A (204)	?
G	5	4	1	?	?

^a Broj u zagradi označuje redni broj kodona u genu. Usporedi tablicu 1.^b Upitnik označuje bilo koju mutaciju koja nije identificirana primijenjenom metodom.

b) Unatoč obilju glikogena u mišićnim stanicama, koji se nakuplja u posebnim strukturama sličnim vakuolama, koje kadšto protrudiraju iz mišićnih vlakana na histološkoj slici, taj se glikogen ne iskoristiava (ili smanjeno iskoristiava) kao izvor glukoze u mišiću.

c) U mišićnim se stanicama pod opterećenjem povećava koncentracija ADP-a, budući da izostaje refosforilacija u procesu oksidativne fosforilacije posljedično smanjenoj glikolizi.

d) Pod opterećenjem se u mišićima razvija hipoenergoza (smanjenje koncentracije ATP-a u stanicama) unatoč činjenici da njihovi mitohondriji imaju pun kapacitet oksidativne fosforilacije.

e) Na histološkim se preparatima može dokazati odsutnost enzimatske aktivnosti miofosforilaze u endotelnim stanicama krvnih žila, čime se tumači vazokonstrikcija u naporu.

4. Simptomi i znakovi bolesti temelje se na svim sljedećim patogenetskim mehanizmima:

a) Bolest se najčešće očituje u adolescenciji pri podizanjima tereta ili silovitom trčanju, a simptomi se smanjuju odmorom ili smanjenjem napora posljedično smanjenju energijskoga zahtjeva.

b) Budući da bolest predstavlja tezaurizmo (glikogenoza tipa V), predvidivo je da bi transplantacija koštane srži zdravoga davaoca liječila osnovni uzrok zamjenom mišićnih stanic.

c) Serumske aktivnosti enzima kreatinske kinaze i laktatne dehidrogenaze povisene su u vrijeme očitovanja simptoma bolesti, što je posljedica raspada mišićnih stanic (rabdomolize), koja predstavlja citoplazmatsku smrt stanice.

d) U testu ishemije podlaktice podvezivanjem manšetom ni nakon pola sata u venskoj se krvi ne može dokazati porast laktata, budući da je smanjen osnovni supstrat – glukoza u mišićima, a u podlaktici se pojavljuju bolovi i grčevi.

e) Grčevi u naporu nastaju zbog relativnoga manjka ATP-a potrebnoga za pogon kalcijskih crpk na sarkoplazmatskom retikulu, s poslj-

dičnim porastom sarkoplazmatske koncentracije kalcija i otežanom mišićnom relaksacijom.

5. Nasljeđivanje genskoga poremećaja i kliničko (fenotipsko) očitovanje McArdleove bolesti točno opisuju sljedeće tvrdnje:

- a) Recesivni način nasljeđivanja tumači se dostatnošću polovične količine funkcionalnog enzima u heterozigota, unatoč činjenici da nefunkcionalna molekula koči „zdravi“ alel.
- b) Bolesnici u mirovanju inače su zdravi, bez znakova jetrenih, srčanih ili metaboličkih poremećaja, a u mišićima je dostatna koncentracija ATP-a, budući da se krvlju u mišiće doprema dostatna količina glukoze.
- c) Bolest se klinički dijagnosticira na bioptičkom materijalu mišića u kojem je smanjena ili odsutna aktivnost fosforilaze, a u tkivu se mogu dokazati velike rezerve glikogena.
- d) Dvije različite nozogene mutacije kadšto se mogu kompenzirati, zbog čega takvi složeni heterozigotni pojedinci mogu imati fiziološku funkciju mišića.
- e) Hipoenergoza se razvija samo u mišićima u naporu, što uzrokuje pojavu »fiziološke kontrakte« mišića, što predstavlja prolaznu rigidnost inducirana fizičkim opterećenjem.

VJEŽBA B: Algoritamska razradba patogeneze

Sljedeće pojmove složi u uzročno-posljedični slijed:

1. Opterećenje organizma fizičkim naporima
2. Porast unutarstanične koncentracije kalcija
3. Pojava »fizioloških kontraktura« mišića
4. Zahtjevna hipoenergoza u mišićima
5. Relativni manjak glukoze u sarkoplazmi u vrijeme fizičkog npora
6. Grčevi potkoljenica
7. Mioglobulinuria
8. Raspad mišićnih stanic (rabdomoliza)

9. Smanjena aktivnost kalcijske crpke
10. Nasljeđena mutacija 49-og kodona CGA→TGA gena miofosforilaze od oca
11. Povećan sadržaj glikogena u mišićima
12. Povećan efluks kalija i influks natrija u mišićnim stanicama
13. Bolovi u skeletnoj muskulaturi
14. Porast koncentracije ADP-a u stanicama
15. Smanjena relaksacija mišića
16. Nasljeđena nozogena mutacija tipa 1 od klinički zdrave majke (vidi tablicu 1)
17. Smanjenje funkcijskoga kapaciteta miofosforilaze >95% u stanicama homozigota
18. Smanjena mišićna glikogenoliza u vrijeme funkcijskoga zahtjeva
19. Povišena aktivnost kreatinske kinaze i laktatne dehidrogenaze u serumu
20. Smanjeno podnošenje fizičkih npora
21. Proizvodnja skraćenoga proteina za miofosforilazu koji nema enzimatsku aktivnost
22. Citoplazmatska smrt stanica
23. Stvaranje zigote s dvjema istovjetnim nozogenim mutacijama za miofosforilazu
24. Vidljivi glikogenski depoziti, te neaktivnost enzima u bioptičkom uzorku tkiva.

VJEŽBA C: Povratna doradba problema TIP V

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

1. Budući da je majka bila klinički zdrava unatoč postojanju nozogene mutacije u njezinu genomu, može se reći da je bila heterozigot s drugim normalnim genom za miofosforilazu (pojmovi algoritma 16 i 20)

jer

otac i majka bolesnika analiziranog u algoritmu morali su biti daljnji srodnici budući da bolesnik genetički pripada skupini A u tablici 2, što znači da je homozigot za najčešću nozogenu mutaciju.

a b c d e

2. Recesivni način nasljeđivanja bolesti posljedica je činjenice da 50-ak % molekula mišićne fosforilaze može dostatno obaviti funkciju biokemijskoga puta, zbog čega u heterozigota nema kliničke pojave bolesti (usporedi tvrdnje 2a, 2c i 5a)

jer

nasljeđivanjem na somatskim kromosomima (lokus na 11q13) segregacijom u mezozi he-

terozigotnog organizma stvaraju se dva tipa gameta od kojih samo jedan nosi nozogenu mutaciju za McArdleovu bolest.

abcde

3. Hipoenergoza mišića pri opterećenju u McArdleovoj bolesti u patogenetskom se smislu svrstava u disenzimatske hipoenergoze zbog izostanka unutarstaničnoga puferiranja glukoze iz glikogenskih pričuva posljedično disfunkciju enzima mišićne fosforilaze (tvrdnje 3d, 4d i 5b)

jer

zbog relativnoga manjka glukoze u sarkoplazmi mišića pri opterećenjima povećava se koncentracija ADP-a i kalcija, a mišićna vlakna ostaju u kontrahiranom položaju budući da se ne mogu razdvojiti susjedne sarkomere (poveži tvrdnju 3c).

abcde

Dopunska pitanja

4. Navedi posljedice mišićne hipoenergoze u naporu, na koncentracije kalcija, kalija i natrija u sarkoplazmi i serumu.

5. Navedi po dva primjera bolesti u kojima se susreću pojedini tipovi hipoenergoza kao patogenetski mehanizmi osnovne bolesti.

Etiopatogenetski čvor – ISHEMIJA MOZGA

U slici 1. prikazana je uvodna rozeta-dijagram s okvirnim prirodnim poveznicama stanja, a nakon toga slijedi jedan prikaz i razrađa stanja kod bolesnika s cerebrovaskularnim izultom.

Vježba 36.9.

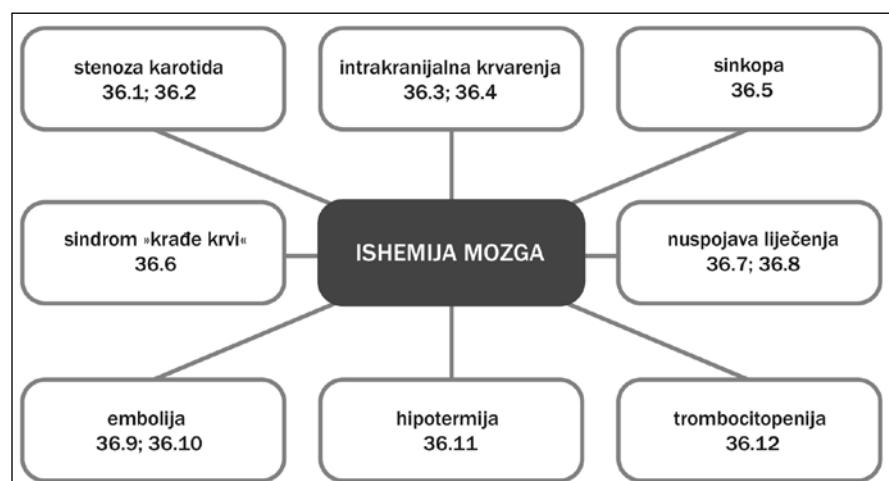
ISHEMIJA MOZGA² – s cerebrovaskularnim inzultom zbog arterijske tromboembolije u bolesnika s Crohnovom bolešću

Vježba je izrađena prema podatcima u Freilinger T, i sur. Ischemic stroke and peripheral arterial thromboembolism in a patient with Crohn's disease: A case presentation. J Neurol Sci 2008; 266:177-9.

I. Povijest bolesti. 39-godišnjak, s dnevnim bolovima i gubitkom osjeta u desnoj šaci, primljen je u bolnicu. Na dan prijma imao je bolove u glavi i vratu te je izgubio svijest na nekoliko minuta, a nakon oporavka primjetio je gubitak vida u lijevom vidnom polju. Kompjutoriziranim tomografijom (CT, prema engl. Computed Tomography) mozga nađeni su znakovi ishemiskog infarkta u opskrbnom području desne stražnje cerebralne arterije. Bolesnik je inače bolovao od Crohnove bolesti, u trenutku prijma liječene protuupalnim i imunosupresivnim lijekovima – prednizonom (10 mg/dan) i azatioprinom (50 mg/dan). Neurološki pregled pri prijmu otkrio je lijevostranu hemianopsiju potvrđenu perimetrijom, bez drugih žarišnih neuroloških ispada. Fizikalnim pregledom nađena je bolna, otečena i modra desna šaka. Nalaz CT-angiografije je intrakranijalno, osim obostrano prisutne klinički beznačajne anomalije razvoja cerebralnih arterija u smislu

² Iz knjige Z Kovač i sur. **Klinička patofiziologija – Etiopatogenetski čvorovi. Knjiga treća. Drugi dio.** Medicinska naklada Zagreb 2013., str. 845-7, uz suglasnost izdavača i autora vježbe dra Marka Kralika.

embriološkog polazišta stražnje cerebralne arterije izravno iz unutarnje karotidne arterije, bio uredan, dok je u području brahiocefaličnog trunkusa i srednjeg segmenta desne ulnarne arterije upućiva na trombotične mase. Magnetska rezonancija (MR) mozga upućivala je na nekoliko akutnih ishemiskih lezija u opskrbnim područjima stražnje i srednje cerebralne arterije i stražnje donje cerebelarne arterije s desne strane. Započeto je liječenje antiagregacijskim i antikoagulantnim lijekovima – acetilsalicilnom kiselinom i intravenskim heparinom. Elektrokardiogram je pokazao sinusni ritam. Transtorakalni i transezofagijski ultrazvuk nisu dokazali otvoreni foramen ovale niti povećanu mobilnost atrijskog septuma. Doplerskim ultrazvukom i MR-angiografijom nisu nađene značajne stenoze intrakranijalnih niti ekstrakranijalnih krvnih žila, no potvrđena je tromboza brahiocefaličnog trunkusa. Laboratorijskom obrad bom utvrđena je ubrzana sedimentacija eritrocita (55 mm/h, normalan raspon 1-13), leukocitoza (13,3 × 10⁹ L⁻¹, normalan raspon 4,5-11), hipohemoglobinemija od 84 g/L (normalan raspon 130-180) snižen hematokrit (27,1, normalan raspon 37-49), srednji hemoglobin po eritrocitu 22,1 pg (normalan raspon 25-35), srednji volumen eritrocita 70,8 fl (normalan raspon 78-102), trombocitoza (814 × 10⁹ L⁻¹, normalan raspon 130-400), feritin 15 ng/mL (normalan raspon 30-284) fibrinogen 5,73 g/L (normalan raspon 1,52-3,76). Utvrđene su normalne vrijednosti C-reaktivnog proteina, proteina C, proteina S i antitrombina III. Tri uzastopna testa okultnog krvarenja u stolici bila su pozitivna. Isključene su mutacije čimbenika V Leiden i čimbenika II G20210A, kao i povišeni titri lupus antikoagulanta, antikardiolipinskih protutijela, reumatoidnog čimbenika i antineutrofilnih citoplazmatskih protutijela (ANCA, od engl. Anti-Neutrophil Cytoplasmic Antibodies). C3 i C4 komponente komplementa bile su u granicama normalnih vrijednosti. Nađena je blaga hiperhomocisteinemija (16,5 mmol/L, normalan raspon <13,9) i blago povišen titar antinuklearnih protutijela (ANA, od engl. Anti-Nuclear Antibodies) 1 : 120, normalan raspon < 1 : 40. Bolesnik je bio heterozigotni nositelj mutacije C677T metilen-tetrahidrofolat reduktaze. Analizom cerebrospinalne tekućine nisu nađene abnormalnosti, a biopsijom koštane srži nije dokazana esencijalna trombocitemija niti drugi mijelodisplastični poremećaji. Ultrazvukom je opisana normalna veličina jetre i slezene. Dva tjedna nakon prijma dopplerskim ultrazvukom je utvrđen uredan protok u desnoj potključnoj arteriji, desnoj aksilarnoj i brahijalnoj arteriji bez vidljive rezidualne tromboze, a otekli u gubitak osjeta u desnoj šaci su potpuno nestali, dok se lijevostrana hemianopsija djelomično ublažila.



Slika 1. Ishemija mozga uzrokuje, istodobno, hipoksiju i supstratnu hipoenergozu, a time izravno ugrožava sve procese koji ovise o dostupnosti ATP-a u stanicama. Etiološki ishemija mozga je izravno ili posredno povezana s heterogenom skupinom bolesti ili stanja.

Prekinuto je liječenje intravenskim heparinom, a bolesnik je otpušten iz bolnice uz uputu o dalnjem uzimanju acetilsalicilne kiseline.

NAPOMENA: Protein C, s kofaktorom proteinom S, inaktivira čimbenik Va i VIIIa i na taj način ostvaruje antikoagulacijsku funkciju. U nekim ishemijskim cerebrovaskularnim inzultima nađene su snižene koncentracije proteina C i proteina S. Mutacija čimbenika V, nazvana čimbenik V Leiden, najčešća je nozogena mutacija čimbenika V s otpornošću na aktivnost proteina C što za posljedicu ima hiperkoagulabilnost. Mutacija čimbenika II G20210A za posljedicu ima hiperprotrombinemiju i hiperkoagulabilnost. Lupusni antikoagulant (protutijela na fosfolipide i proteine stanične membrane) i antikardiolipinska protutijela (na bifosfatidilglicerol u unutarnjoj membrani mitohondrija) temelj su patogeneze antifosfolipidnog sindroma čije je osnovno obilježje hiperkoagulabilnost. C3 i C4 komponente komplementa, reumatoидni čimbenik, ANA i ANCA su najčešći imunološki parametri koji upućuju na postojanje vaskulitisa. Metilen-tetrahidrofolat reduktaza reducira 5,10-metilen- tetrahidrofolat u 5-metil-tetrahidrofolat, koji je izvor metilne skupine u sintezi metionina iz homocisteina.

Posljedično hipofunkciji metilen-tetrahidrofolat reduktaze, nakuplja se homocistein što za posljedicu ima ubrzanu razgradnju proteina koji imaju puno cisteina i lisina, poput onih u krvnožilnoj stijenci, i stoga povećan rizik za nastanak srčanožilnih bolesti. Mutacija C677T je najčešća mutacija sa smanjenom aktivnošću metilen-tetrahidrofolat reduktaze. Žene u reproduktivnoj dobi imaju 10–15% niže vrijednosti homocisteina što dijelom objašnjava manju incidenciju infarkta miokarda. Trombocitoza je poznata ekstraintestinalna komplikacija upalnih bolesti crijeva. Slijedom navedenog, vjerojatni uzroci tromboembolije u bolesnika bili su trombocitoza i hiperfibrinogenemija, uz moguć predispozicijski učinak oštećene arterijske stjenke posljedično hiperhomocsteinemiji.

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

1. Hiperkoagulabilnost krvi
2. Hiperhomocsteinemija i oštećenje žilne stijenke
3. Ljevostrana hemianopsija; otekлина, bol i cijanoza desne šake
4. Crohnova bolest (dugotrajna upala)

s hiperfibrinogenemijom i reaktivnom trombocitozom

5. Intestinalno krvarenje i anemija
6. Tromboza brahiocefaličnog trunkusa s arterijsko-arterijskom embolijom ogranača desnostranih moždanih arterija i desne ulnarne arterije
7. Liječenje heparinom i acetilsalicilatima
8. Mutacija gena za metilen-tetrahidrofolat reduktazu

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

Prema podatcima u vježbi navedi a) 5 obilježja etiologije procesa; b) 18 obilježja patogeneze, tijeka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti; c) 10 obilježja proširenosti i kronobioloških obilježja, te d) 15 obilježja kliničke obradbe (dijagnoza, liječenje); a prema ponuđenim klasifikacijskim obilježjima na stranicama 55-58, Liječničke novine 131, od srpnja 2014.. Pri izboru obilježja uzeti sve mogućnosti koje dopuštaju opis i razradba opisanoga očitovanja procesa (ispiši obilježja i pripadne klasifikacijske brojeve).

.....



Dr. Dragica Kramarić: Hrvatsko podmorje

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

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

Kako pomoći pacijentima da se pridržavaju propisane terapije

Sažetak

• Dosadašnje spoznaje: Pacijenti kojima se propisuju lijekovi uzmu otprilike polovicu propisanih doza lijekova, a mnogi potpuno prestanu uzimati propisanu terapiju. Stoga je jako važno znati koji postupci bi mogli poboljšati suradljivost pacijenata u uzimanju terapije jer bi to moglo poboljšati njihovo zdravlje. Mnoge su studije istraživale to pitanje.

Istraživačko pitanje: Ovo je obnovljena verzija Cochrane sustavnog pregleda koji je prvi put objavljen 2007. godine kako bi se odgovorilo na pitanje: kakvi su rezultati visokokvalitetnih istraživanja u kojima su analizirani načini za poboljšanje suradljivosti pacijenata u uzimanju njihovih lijekova.

Pretraživanje literature: Autori su pretražili literaturu kako bi pronašli studije objavljene do 11. siječnja 2013. Pretraženo je šest baza podataka i reference drugih preglednih članaka te su kontaktirani autori relevantnih studija i preglednih članaka.

Kriteriji uključenja studija: Autori su u ovaj sustavni pregled uključili randomizirane kontrolirane pokuse koji su usporedili skupinu pacijenata koji su primali intervenciju za poboljšanje suradljivosti u uzimanju lijekova i skupinu koja intervenciju nije primala. Uključe-

ni su klinički pokusi koji su mjerili suradljivost u uzimanju lijekova i kliničke ishode (primjerice krvni tlak) i u kojima je barem 80% pacijenata sudjelovalo u studiji do njena završetka.

Ključni rezultati: Studije su se značajno razlikovale u pogledu pacijenata koji su bili uključeni, analiziranih terapija, vrsta intervencija za poboljšanje suradljivosti, načina mjerjenja suradljivosti i mjerjenim kliničkim ishodima. Stoga nije bilo moguće kombinirati rezultate u statističkoj analizi da bi se dobio opći zaključak, jer te studije jednostavno nisu bile usporedive. Umjesto toga su u sustavnom pregledu sažete ključne osobine i rezultati pojedinih studija u tablicama te su opisani učinci intervencija u najkvalitetnijim studijama. U ovom obnovljenom Cochrane sustavnom pregledu uključeno je 109 novih studija pa je sada njihov ukupan broj 182. U 17 studija koje su ocijenjene kao najbolje analizirane su složene intervencije u kojima je korišteno nekoliko različitih načina za poboljšanje suradljivosti u uzimanju lijekova. Te su intervencije često uključivale pojačanu potporu obitelji, vršnjaka ili zdravstvenih radnika kao što su farmaceuti, koji su često pružali edukaciju, savjetovanje ili svakodnevnu potporu u terapiji. Samo je pet od tih kliničkih pokusa pokazalo da su istraživane intervencije poboljšale i pridržavanje propisanoj terapiji i kliničke ishode, ali nije bilo moguće utvrditi zajedničke osobine tih studija koje bi definirale zašto su bile uspješne. Sve u svemu, čak ni najučinkovitije intervencije nisu dovele do velikih poboljšanja.

Zaključak autora: Vrste i učinci intervencija za poboljšanje suradljivosti pacijenata razlikovali su se među studijama. Nije jasno kako se na dosljedan način može poboljšati suradljivost pacijenata tako da se može ostvariti pun potencijal lijekova. Potrebno je više naprednih metoda za istraživanje načina poboljšanja suradljivosti u uzimanju lijekova, uključujući bolje intervencije, bolje načine mjerjenja suradljivosti, i studije u kojima će biti uključeno dovoljno pacijenata da bi se mogli donijeti zaključci o klinički važnim učincima.

Opis problema

Neodgovarajuće pridržavanje terapiji glavna je prepreka za postizanje potpunog učinka lijekova. Klinički pokusi u kojima se istražuju lijekovi obično se provode na pacijentima koji dragovoljno sudjeluju u kliničkom pokusu i čije se pridržavanje terapiji pomno nadzire. Korisni učinci terapije su umanjeni ili nikakvi u uobičajenoj kliničkoj praksi gdje su stope suradljivosti pacijenata niske. Intervencije kojima je cilj poboljšanje suradljivosti pacijenata u uzimanju terapije imaju potencijal za poboljšanje korisnog učinka terapije, ali u vrijeme kad je objavljena ranija verzija ovog sustavnog pregleda nisu bile poznate metode koje bi pomogle pacijentima

da se bolje pridržavaju propisanoj terapiji koju trebaju sami uzimati tijekom duljeg razdoblja, a da su bile učinkovite, provedive i prihvatljive cijene u uobičajenim okvirima zdravstvene skrbi.

Mnogi pacijenti potpuno prestanu uzimati propisanu terapiju tijekom prvog mjeseca nakon što im je terapija propisana, a pritom često o tome ne obavijestje svoga liječnika. Kako vrijeme prolazi, sve je veća učestalost odustajanja od propisanog liječenja. Osim toga, mnogi pacijenti koji nastave uzimati propisanu terapiju ne uzimaju je dosljedno na način kako je propisana. Kao posljedica takvog ponašanja, stopa pridržavanja terapiji je u prosjeku 50%-tina, s rasponom od 0% do 100% i nema dokaza da se to ponašanje značajno promjenilo u zadnjih 50 godina. Nesuradljivost u uzimanju lijekova obično se definira kao uzimanje manje od 80% propisane doze, iako valja naglasiti da nesuradljivost u uzimanju lijekova također može uključivati uzimanje prevlike doze lijeka, i da je povezana s većim rizikom od lošijeg zdravlja, razvoja nuspojava i smrtnosti. Stoga mnogi ljudi nemaju koristi od lijekova koje uzimaju, dok se u isto vrijeme velike svote novca troše na te lijekove. Da bi bilo još gore, loša suradljivost, čak i kad je u pitanju placebo, neovisno je povezana s povećanim rizikom od smrti. Stoga je poboljšanje suradljivosti pacijenata u uzimanju propisane terapije značajan prioritet u zdravstvu i intervencije koje bi mogle poboljšati suradljivost pacijenata u uzimanju terapije mogle bi poboljšati ishode pacijenata, prvenstveno kroz učinak lijekova.

Opis intervencije

Zadnja obnovljena verzija ovog Cochrane sustavnog pregleda (u kojoj je literatura pretraživana do siječnja 2007.) uključila je 78 randomiziranih kontroliranih pokusa koji su zadržali $\geq 80\%$ pacijenata do kraja studije i u kojima je procijenjen učinak intervencija na suradljivost i na kliničke ishode. Autori ovog pregleda vjeruju da je vrlo važno mjeriti i suradljivost i kliničke ishode, jer etički standardi koji se tiču pridržavanja terapiji nalažu da bi pokušaji kojima se želi poboljšati suradljivost trebali biti procijenjeni i u svjetlu njihove kliničke koristi. Studije koje mijere samo suradljivost ne mogu pokazati da je posljedično pacijentima bolje ako su suradljiviji, niti takve studije mogu pokazati kakav utjecaj suradljivost ima na kliničke ishode.

Nadalje, u ovom sustavnom pregledu uključene su studije u kojima su pacijenti imali različite bolesti, jer kliničko stanje nije glavna odrednica suradljivosti, osim ako se radi o duševnim bolestima. Svakako je važno naglasiti da su i studije koje analiziraju suradljivost lijekova propisanih za duševne bolesti također uključene u ovaj sustavni pregled.

U prethodnoj verziji ovog sustavnog pregleda uočeno je da je u studijama o suradljivi-

vosti analiziran velik broj različitih bolesti i terapija, velik broj različitih intervencija kao i velik broj različitih mjera za analiziranje suradljivosti i ishoda pacijenata. Iako su neke vrste intervencija pokazale da mogu poboljšati suradljivost, nije bilo moguće dati konkretnе preporuke, osobito zato jer nisu nađene visoko-kvalitetne studije o dosljednom učinku intervencija ni na suradljivost ni na ishode pacijenata.

Zašto je važan ovaj sustavni pregled

Kako se povećava broj učinkovitih terapija koje pacijenti sami mogu uzimati, sve veća je potreba za učinkovitim intervencijama koje mogu poboljšati suradljivost pacijenata u uzimanju propisane terapije. U zadnje vrijeme provode se brojna istraživanja koja nastoje bolje istražiti višestruke čimbenike koji su prepreka propisanom uzimanju terapija i koje pokušavaju bolje razumjeti teorijsku podlogu suradljivosti. Međutim, nije jasno je li sav taj trud doveo do učinkovitijih intervencija. Stoga je potrebno napraviti sažetak visoko-kvalitetnih randomiziranih kontroliranih pokusa koje su dosad napravljene. Od zadnje verzije ovog sustavnog pregleda, koja je objavljena 2008. godine, u literaturi je objavljeno i mnogo drugih sustavnih pregleda, ali svi su se fokusirali na neku specifičnu populaciju (po pitanju demografije, bolesti ili vrste terapije), intervenciju ili još specifičniju kombinaciju populacije i intervencije. Općenito se može reći da su ti sustavni pregledi došli do sličnih zaključaka – neke intervencije bi mogle biti učinkovite, ali u studijama na tu temu uključuje se malen broj ispitanika a metodologija tih istraživanja nije na visokoj razini, zbog čega se ne mogu stvoriti jaki zaključci; velika raznolikost načina mjerjenja suradljivosti ograničava usporedbu između pojedinih studija, i većini studija manjka teorijska podloga.

S obzirom na brojne studije koje su od 2007. godine objavljene o suradljivosti, i dokaza iz drugih nedavno objavljenih sustavnih pregleda, napravljena je obnovljena verzija ovog Cochrane sustavnog pregleda. Temeljem broja novih istraživanja na tu temu koji se pojavljuju u literaturi, autori su predviđeli da će naći barem 50 novih randomiziranih kontroliranih pokusa i stoga potencijalno poboljšati pouzdanost specifičnih zaključaka i preporuka ovog sustavnog pregleda.

Zaključak za praksu

Među 109 novih randomiziranih kontroliranih pokusa koji su uključeni u ovaj sustavni pregled, istražene intervencije su često bile složene i uključivale su zdravstvene radnike kao što su medicinske sestre i farmaceuti, pri čemu

su autori tih studija vjerojatno htjeli nadići multifaktorske prepreke i prilagoditi intervencije potrebama pojedinih pacijenata. Svega 17 randomiziranih kontroliranih pokusa ocijenjeno je niskim rizikom od pristranosti, što se ocjenjuje na temelju načina na koji su pacijenti randomizirani, razvrstani u skupine, zasljepljeni i načina na koji su klinički ishodi procijenjeni. Tako malen broj visoko-kvalitetnih studija vjerojatno se može objasniti time što objavljene studije često opisuju metode na šturu način, pri čemu je teško procijeniti kako su neki dijelovi istraživanja napravljeni i je li tu moglo biti pristranosti. Od tih 17 visoko-kvalitetnih randomiziranih kontroliranih istraživanja samo ih je 5 pokazalo da su u njima istražene intervencije poboljšale i suradljivost pacijenata u uzimanju terapije i kliničke ishode, što je usporedivo sa stopom poboljšanja koja je utvrđena u ranijoj verziji ovog sustavnog pregleda. Ako postoje neke zajedničke osobine tih studija, onda se može reći da se u svim tim studijama radilo o složenim intervencijama i da su se koristile česte interakcije s pacijentima, pri čemu je fokus bio na suradljivosti. Međutim, te složene strategije za poboljšanje suradljivosti pri dugoročnom uzimanju lijekova nisu vrlo učinkovite, usprkos velikom trudu i resursima koji su u te intervencije uloženi. Nema dovoljno dokaza da bi se moglo zaključiti da novije vrste intervencija, kao što su SMS poruke i intervencije koje koriste Internet, mogu poboljšati suradljivost u uzimanju terapije. Nema dokaza da se loša suradljivost može „izlijeti“. Stoga se učinkovite intervencije za poboljšanje suradljivosti trebaju trajno primjenjivati dok god postoji potreba za terapijom, što zahtijeva intervencije koje se mogu ugraditi u postojeći sustav zdravstvene skrbi na isplativ način.

Zaključak za istraživanja

Loša suradljivost pogađa sve terapije koje pacijenti trebaju sami uzimati ili primjenjivati. Moguće je da intervencije koje su nam dosad bile na raspolaganju ponekad nisu osobito učinkovite upravo zbog problema nesuradljivosti pacijenata. Usprkos velikom povećanju dostupnih randomiziranih kontroliranih pokusa na temu suradljivosti, istraživanja o poboljšanju suradljivosti i dalje imaju uvijek iste metodološke nedostatke. Umjesto da se povećava broj istraživanja koja ponavljaju iste pogreške, buduća istraživanja trebala bi izbjegći određene metodološke nedostatke kako bi se osiguralo da dođu do izražaja pravi učinci intervencija i da se ne stvaraju lažno pozitivni rezultati.

Istraživači bi trebali koristiti najbolje mjere za utvrđivanje suradljivosti, kao što je praćenje jesu li pacijenti uzeli u lijekarni svoj receptni lijek. Da bi se točno utvrdili učinci intervencija potrebne su nam objektivnije mjere suradljivosti. Pacijente bi trebalo uključiti u istraživanja o

suradljivosti zato jer nisu suradljivi, a ne samo zato jer su voljni uključiti se u istraživanje. Istraživači bi trebali osmislići studije u kojima će se na najmanju moguću mjeru svesti rizik od pristranosti i za koje će u znanstvenim radovima jasno opisati sve postupke, osobito u smislu dodatnih intervencija koje se primjenjuju u isto vrijeme, kao što je povećan broj zdravstvenih radnika na raspolaganju pacijentima zbog provedbe istraživanja. Drugi prioritet je provedba studija s dovoljnim brojem ispitanika, da bi se mogli izvoditi primjereni zaključci o kliničkim ishodima. Oko 40% svih studija uključenih u ovo istraživanje imalo je malen broj sudionika, s manje od 60 pacijenata u svakoj skupini, što je sličan postotak kao i u ranijoj verziji ovog sustavnog pregleda. Manje studije mogu biti prihvatljive ako se radi o potpuno novoj intervenciji, dok ta intervencija ne pokaže klinički koristan učinak. Međutim, tada intervenciju treba testirati na mnogo većem uzorku ispitanika kako bi se na primjeren način istražio klinički učinak, uključujući nuspojave koje mogu biti rijetke, provedivost intervencije u uobičajenoj praksi i održivost. Ako složene intervencije počakuju pozitivne učinke, bilo bi primjeren da se njihove pojedine komponente zasebno istraže da se vidi koji je dio tih složenih intervencija odgovoran za njihov povoljan učinak.

Lijek za nesuradljivost nije baš na vidi, i stoga je jedno moguće rješenje razvoj terapija kod kojih se zaobilazi potreba da pacijent bude suradljiv, kao što su terapije koje se mogu ugraditi u tijelo pacijenta s minimalnim nuspojavama (kao što su spirale koje se umeću u maternicu). Intervencije koje bi trebalo dodatno istražiti su one koje se temelje na modernim informacijskim i komunikacijskim tehnologijama (pri čemu se koriste mobiteli, računala, Internet), povrh uobičajene skrbi, a po pitanju suradljivosti bi također trebalo više angažirati medicinske sestre i ljekarниke.

Na koncu, važno je da istraživači prestanu izmišljati toplu vodu i ponavljati istraživanja intervencija koje su već istražene i koje nisu dale obećavajuće rezultate. Umjesto toga je potrebno dodatno istražiti intervencije za koje se pokazalo da imaju pozitivnog učinka, ili koje barem nisu ponavljano testirane i opetovanje dale negativne rezultate. Metode i inovacije u području istraživanja suradljivosti trebaju napredovati ako želimo pomoći pacijente da potpuno iskoriste korisne učinke modernih terapija.

Cochrane sustavni pregled: Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseri A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014;11: CD000011.



Hormonsko liječenje menopauze ipak nije onkogeno

Doc. dr. sc. Ivan Fistonić

- Grupa epidemiologa sa Sveučilišta u Oksfordu objavila je 13. veljače u *The Lancet* rezultate meta-analize u kojoj je sudjelovalo stotinjak istraživača iz cijelog svijeta. Bombastično su odjeknuli zaključci studije u kojima se navodi visoka povezanost pobola od histološki najpogubnijih oblika raka jajnika, seroznog i endometroidnog tipa, u onih koje koriste ili su koristile hormonsko liječenje (HT) u peri ili postmenopauzi. Rizik je viši oko 40% nego u općoj populaciji, a bio je povišen bez obzira na dugotrajnost HT-a ili vrijeme koje je proteklo od prestanka korištenja (do 10 godina) te bez obzira je li korišten samo estrogen ili estrogeno-gestagenska kombinacija, odnosno jesu li pojedinačne studije sjevernoameričke ili europske^{1,2}. Za preostala dva tipa raka jajnika, mucinozni i clear-cell, kalkulacije nisu pokazale povišen rizik.

Autori navode da su analizirali 52 epidemiološke studije (35 retrospektivnih i 17 prospektivnih) koje su uspješno uskladili prema dobi menopauze, povijesti korištenja hormonske oralne kontracepcije, indeksu tjelesne mase i paritetu.

Objavom studije kolaborativna grupa potaknula je značajnu pozornost znanstvenika i medija. U dizajnu studije, međutim, postoji nekoliko značajnih temelja za raspravu o vjerodstojnosti zaključaka. Naime, dvije analizirane prospektivne studije koje uključuju najveći udio ispitanica su *Million Women Study* (MWS)³ i danska *Sex Hormones Register Study* (DaHoRS)⁴; 76% svih ispitanica koje su koristile HT i 71,5% svih kontrola.

DaHoRS je studija bazirana na podacima iz statističkog ljetopisa u kojem, suprotno tvrdnjama o uniformnosti, nisu dostupni podaci o indeksu tjelesne mase, uporabi hormonskih kontraceptiva, niti o dobi menopauze. Važno je naglasiti da je **V. Beral** prva autorica aktualnog članka u *Lancetu* u ovoj kao i u 2007. godini kada je u istom časopisu objavljen članak "Ovarian cancer and hormo-

ne replacement therapy in the Million Women Study"⁵. Noviji članak u velikoj mjeri prezentira zaključke iz MWS studije čiji je dizajn uzastopce kritiziran zbog zaključivanja na temelju rezultata iz britanskog nacionalnog preventivnog programa probira za rak dojke gdje su uključene mahom postmenopauzalne ispitanice koje nisu uopće ginekološki pregledane, a povišen rizik za rak jajnika uz HT zabilježen je u onih ispitanica koje su histerektomirane u odnosu na one u kojih su ginekološki organi intaktni. Teza da su histerektomirane ispitanice rjeđe ginekološki pregledavane može razjasniti povišen rizik za rak jajnika uz HT. Kako se zaključci aktualne studije baziraju većinom na rezultatima MWS-a, čudi zaključak da su rizici za rak jajnika podjednaki u korisnica samog estrogena i kombiniranog liječenja s gestagenom, kad je MWS viši rizik za rak jajnika povezala samo s mono-estrogenskom terapijom. Oksfordska meta-analiza ne korelira doze HT-a iako su u prošlosti one vjerojatno bile više no danas, ne razlikuju oralnu od ostalih administracija, a ne dijele niti sekvencijsku od kontinuirane sheme korištenja HT-a.

The Lancet studija je opservacijska. Naširoko osporavana WHI studija je nasumična kontrolirana i prospektivna. Njen je dizajn neadekvatan u propisivanju HT-a ispitanicama visoke životne dobi, ali je ovdje, u usporedbi s oksfordskom studijom, dobro došao. Naime, uspoređujući vrhunac dobne pojavnosti raka jajnika (iznad 60 godina), rezultati WHI studije pokazuju da u dobro kontroliranim uvjetima prospektivnog istraživanja na velikom broju ispitanica više životne dobi koje su koristile HT različitih kombinacija i putova primjene, nije pronađena povezanost između rizika za rak jajnika uz hormonsko liječenje u perimenopauzi. Globalno je vrhunac pobola od raka jajnika u žena starije dobi, odnosno 54 na 100.000 žena od 75-79 godina. S obzirom na navedene procjene, opća je smrtnost zbog raka jajnika za sve dobne skupine oko 26 na 100.000 žena.

U Republici Hrvatskoj ta je procjena za sve dobne skupine žena oko 20 na 100.000. Godišnje novooboljelih u RH je oko 400, najviše njih u dobi od 65 do 69 godina.

U RH je 2012. godine HNL koristilo oko samo oko 3,5% ciljane populacije žena od 50 do 60 godina, odnosno oko 12.000 žena (2003. ih je bilo 12% ili oko 55.000).

Kalkulacija je sljedeća: pojavnost raka jajnika je u u ciljnoj skupini oko 44-54/100.000 žena, a u korisnica HT-a bio bi 60/100.000, što je manje od jedne više na 1.000 korisnica HT-a (točnije 0,6). To je još manje od procjene iz studije, odnosno nije dodatan rizik jednog raka jajnika više na 1.000 već jedan na 2.000 žena koje su koristile HT duže od 5 godina.

Temeljem navedenoga valja zaključiti da je pozornost oko rizika raka jajnika, kao vrlo ozbiljne bolesti, uvjek potrebna. S druge strane, minimalni rizici o kojima govori oksfordska studija, kao i lokalna kalkulacija, bezznačajni su u okvirima javnozdravstvene problematike.

Hormosko liječenje u perimenopauzi jedini je učinkoviti način za obuzdavanje simptomatologije i promociju kvalitete življenja u prijelaznoj dobi. Korištenje HT-a u "prozoru" 50-59 godina umanjiti će rizike za mnoge kronične bolesti, a uz redovite kontrole i osobno prilagođavanje liječenja donijeti će dobrobiti koje će daleko nadmašiti rizike⁵.

Literatura

Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. Menopausal hormone use and ovarian cancer risk: individual participant meta-analysis of 52 epidemiological studies. *Lancet* 2015; Feb 12. Epub ahead of print <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25684585>

Prijevod abstrakta str xx LN

Beral V, Reeves G, Green J, Bull D, for the Million Women Study Collaborators. Ovarian cancer and hormone replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2007;369:1703-10

Mørch LS, Løkkegaard E, Andreasen AH, Krüger-Kjaer S, Lidegaard O. Hormone therapy and ovarian cancer. *JAMA* 2009;302:298-305

5. Tanday S. Hormon therapy increases risk of ovarian cancer risk. *Lancet Oncol* 2015 Feb, in print

.....

Prof. dr. Diaa Rizk, osnivač Mediteranskog društva za inkontinenciju i dno male zdjelice

U javnosti prevladava mišljenje da su postmenopauza i starenje isti procesi



• Prof. dr. sc. **Diaa Rizk**, FRCOG, FRCS, rođeni Egipćanin, naturalizirani Kanađanin, ostvario je uistinu respektabilnu karijeru, o čemu govore faktografski podaci: član je uredničkog odbora 24 časopisa, od kojih svakako moramo izdvajati tri temeljna časopisa iz područja uroginekologije: International Urogynecology Journal (kojem je nekoliko godina bio i glavni urednik), Pelvic Floor Dysfunction i Neurology and Urodynamics. Godinama sudjeluje na različitim funkcijama u vođenju nekoliko eminentnih svjetskih društva poput: IUGA-e (International Urogynecological Association), ICS-a (International Continence Society), FIGO-a (International Federation of Obstetrics and Gynecology), PAUGA-e (Pan-Asian Urogynecological Association). Surađuje sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom, a jedan je od inicijatora i osnivača Mediteranskog društva za inkontinenciju i dno male zdjelice (MIPS). S obzirom na dugogodišnje iskustvo u publicistici, od urednika s dugogodišnjim iskustvom, mogu se na licu mjesta saznati savjeti koji mogu pomoći u objavljuvanju znanstvenog rada. Profesor Rizk već je boravio u našoj zemlji; 29. kolovoza 2014. u Klinici za ginekologiju i porodništvo KB-a „Sv.Duh“ sudjelovao je u svojstvu stranog predavača na jednodnevnom simpoziju na temu „Starenja dna male zdjelice“ i počeo se upoznavati s ljepotama naše domovine.

• Poštovani profesore Rizk, možete li nam objasniti na što se odnosi termin geripauza i kako je uopće taj termin nastao?

• Termin geripauza definirali su Turner i Kerber, kao razdoblje u postmenopauzi kada administracija estrogena ne daje očekivane rezultate uslijed kroničnog hipoestrenizma. Rezultati njihovog istraživanja nisu toliko recentni, objavljeni su 2008. godine, ali se o njima dovoljno ne govori u relevantnim medicinskim krugovima (Turner RJ, Kerber IJ. Eu-estrogenemia, WHI, timing and the „geripause“. Int Urogynecol J 2008;19:1461-3).

Za sada, još uvijek nema konsenzusa, je li deterioracija dna male zdjelice koja nastaje nakon menopauze posljedica: normalnog procesa starenja, pada razine cirkulirajućih estrogena uslijed smanjenja ovarijske rezerve, ili obo. U javnosti, pa čak i u onoj medicinskoj, postoji stereotipno uvjerenje kako su postmenopauza i starenje isti procesi. Oni to jednostavno nisu! Nedavne eksperimentalne, epidemiološke i kliničke studije sugeriraju kako promjene povezane sa starenjem mogu izazivati stano-vite promjene dna male zdjelice; ovakve tzv. „intrizične“ i dobro ovisne promjene neovisne su o ovarijskom hormonalnom miljeu i meno-pauzi per se.

• Prema Vašem mišljenju, utječe li epiziotomija, kao najčešća operacija u ginekologiji i porodništvu, protektivno na dno male zdjelice?

• Kao uroginekolog smatram da epiziotomija, suprotno uvriježenom mišljenju, često nije protektivna, već nerijetko izaziva oštećenje dna male zdjelice veće od perinealnih ozljeda.

Naime, rutinska epiziotomija tradicionalno se izvodila kako bi se sprječilo, ono što se smatralo direktnom traumom mišića dna male zdjelice tijekom porođaja, točnije izgona. Međutim, uroginekološka zajednica duže od jednog desetljeća intenzivno procjenjuje upitnost i svršishodnost ovog kirurškog postupka te njegove indikacije. Epiziotomija ovisno o ekstenzitetu ima određen rizik morbiditetu koji treba respektirati (bol, inflamacija, dehiscencija itd.), a ne smiju se niti zaboraviti kasne vrlo neugodne smetnje poput perinealne boli i dispareunije. Uz medijanu epiziotomiju povezuje se povećan rizik od obstetričkih ozljeda analnog sfinktera. Paradoksalno, epiziotomija rezultira povećanom ozljedom mišića dna male zdjelice nego spontane perinealne laceracije. Za sada još uvijek nismo sigurni, mogu li definirani optimalni odnosi između dužine epiziotomije i dužine međice, kao i kut ureza medio-lateralne epiziotomije (Kalis...) biti dovoljno po-

uzdani prediktori minimalne ozljede međice.

• S uroginekološkog stajališta, kakav je Vaš stav glede restriktivne epiziotomije?

• Restriktivna epiziotomija (epiziotomija isključivo uz medicinsku indikaciju, op. I. M.) indicirana je kada je drugo porođajno doba prolongirano i postoje znaci mogućeg prsnuća međice. Zadnja dva desetljeća otkrila su neurofiziološka i eksperimentalna istraživanja kako ozljede mišića dna male zdjelice nastaju između ostalog i neovisno o traumatskoj rupturi mišića. Tijekom drugog porođajnog doba komprimiran je pudendalni živac fetalnom glavicom o spinae ossis ischi. Procjenjuje se da u oko 33% slučajeva može izazvati neuropatiju i parcijalnu denervaciju poprečno prugastog mišića dna male zdjelice. Naprezanje tijekom izgona može rezultirati trakijskim ozljedama pudendalnog živca. Indirektne neuralne ozljede znatno su uvećane kod prolongiranih poroda (prolongirano drugo porođajno doba, makrosomno dijete), i to su svakako situacije kada je indicirana epiziotomija.

• Koje su prednosti endoskopskih operacija u uroginekologiji?

• Endoskopija je davno našla svoje mjesto u uroginekologiji te se sve više forsira budući da se, u usporedbi s otvorenim pristupom, pacijentice puno lakše i brže oporavljaju, a ishod liječenja je podjednako uspješan. Metaanalize i sistemski izvještaji ukupno 13 randomiziranih kontroliranih studija obogatili su nas znanstvenom spoznajom prema kojoj je laparoskopska sakrokolpopeksija preferirana metoda liječenja apikalnog prolapsa nakon histerektomije (razina dokaza 2, „značajni dokazi“), u usporedbi s abdominalnom sakrokolpopeksijom, vaginalnom sakrospinalnom kolpopeksijom i vaginalnom uterosakralnom kolpopeksijom.

• Što je to MIPS?

• Mediteransko društvo za inkontinenciju i dno male zdjelice (Mediterranean Incontinence and Pelvic Floor Society; MIPS) osnovano je u Palermu, u Italiji 17.11.2012. godine. Ideja društva je da se bavi specifičnom problematikom muške i ženske inkontinencije i zdjelične disfunkcije s posebnim osvrtom na mediteransku regiju i njezine osobitosti. Sveake godine održavaju se godišnji kongresi, a tijekom godine edukacijski tečajevi. Prvi takav bit će održan u suradnji s KBC-om Split i profesarom Karelovićem upravo u prelijepom gradu Splitu od 23. do 25. travnja, pa sve zainteresirane pozivam da nam se pridruže.

Razgovarala:
dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.

Prednosti i moguće „zamke“ e-Propisivanja

Filip Grubišić-Čabo¹, Simon Mikulandra², Ivo Blaće³, Ante Samodol¹, Joško Aleksić³, Ivica Madžar³, Robert Grubišić-Čabo¹, Joško Žaja⁴ i Boris Mraović⁵

- S razvojem informacijskih tehnologija sasvim je jasno kako se i sve veća njihova primjena u polju medicine događa.

U svojoj osnovi e-Medicina označava prenošenje zdravstvenih usluga elektroničkim putem. Svjetska zdravstvena organizacija koristi složeniji pojam „telematika u zdravstvu“ koji označava svaku aktivnost u zdravstvu koja se ostvaruje na prostornoj udaljenosti sredstvima informacijske komunikacijske tehnologije.

Ova definicija obuhvaća aktivnosti koje su sadržane u pojmu telemedicine (npr. uporaba telekomunikacija u svrhu liječenja) ali i i telezdravstvo. Što je zapravo širi pojam, koji se odnosi na uporabu telekomunikacija za: nadzor u zdravstvu, upravljanje sustavom, promociju zdravila te radi pristupa literaturi i medicinskom znanju uopće⁽¹⁾.

Dobrobiti koje može pružiti teledicina uključuju: poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite, osobito s obzirom na ograničene budžete te populaciju koja stari; olakšavanje pristupa edukaciji zdravstvenih djelatnika; smanjenje ukupnih troškova; kao i mogućnost ukupnog ekonomskog boljštak zajednice.

Prednosti e-Propisivanja lijekova se odnose na: a) dobivanje u brzini; b) mogućnosti provjere koji je lijek pokriven bolesnikovim zdravstvenim osiguranjem, te mogućnosti propisivanja jeftinijih lijekova; c) povećanje sigurnosti izdanih lijekova s obzirom na bolju čitljivost propisane terapije; d) činjenicu što na taj način propisivači lijekova imaju osiguran pristup podacima iz ranijeg propisivanja lijekova dotičnom bolesniku te bivaju obaviješteni o: mogućim interakcijama među lijekovima, alergijama kao i mogućim drugim štetnim dođajima.

Ipak moramo se osvrnuti i na moguće „zamke“ e-Medicine! Propisivanje e-Recepata načelno jest dobra praksa, ali samo za „kroničnu terapiju“, i to kod liječniku „poznatih“ bolesnika. U SAD-u poznata je praksa propisivanja „kronične terapije“ na e-Uput bolesnika, s rokom liječnikovog odgovora od tri dana (čime se zapravo pokriva vikend). Nadalje, i bolesnici kojima se e-Propisuje „kronična terapija“ trebali

biti imati obavezu povremenog javljanja adekvatnom i educiranom zdravstvenom djelatniku, kako se ne bi moglo reći „E-Medicina je ono kada vidiš papire, a ne vidiš bolesnika“! Bez obaveze tih povremenih bolesnikovih dolazaka, mogućnost kontrole bolesti ili uočavanja eventualnih nuspojava lijekova bitno je reducirana. Možemo ustvrditi kako se bez te obaveze povremenog javljanja liječniku primarne zdravstvene zaštite dobrim dijelom gubi i smisao njegova postojanja!

Mislimo da bi bilo najbolje mogućnost e-Propisivanja „akutne terapije“ bez pregleda bolesnika ili pravnom regulativom znatno otežati ili čak i onemogućiti. U SAD-u bi se propisivanje „akutne“ terapije bez prethodnog pregleda bolesnika smatralo za neprofesionalan čin te bi liječnik mogao izgubiti licencu za rad. Kodeks e-Propisivanja putem interneta reguliran je u SAD-u u svakoj od saveznih država posebnim pravilnikom „Medical boarda“⁽²⁾!

Sadašnji stupanj dopuštenosti e-Propisivanja „akutne terapije“, koji egzistira u našoj zemlji, stavlja liječnika kojega sam bolesnik odabire u vrlo nezgodan položaj. Moramo se zapitati propisuju li se i antibiotici bez pregleda bolesnika? Nemojmo zaboraviti da o broju bolesnika koji odabiru dotičnog liječnika primarne zdravstvene zaštite može ovisiti i njegova egzistencija! Poznato je kako neuređenost sustava može voditi u incidentne situacije!

Nadalje, postavlja se pitanje, u situaciji kada bolesnik odabire liječnika i gdje je zdravstveni sustav socijaliziran, rastu li e-Propisivanjem uputnica i recepata i ukupni promet i potrošnja u zdravstvu, a s moguće upitnim učinkom na zdravlje stanovništva. Austrija i Švicarska još nisu prihvatile sustav e-Propisivanja recepata, odnosno uputnica! Sigurno je kako će uporaba e-Medicine s vremenom rasti, ali je i u tom području potrebno uvesti regulativu, jer niti jedno pomagalo nije savršeno! Možda bismo se svi trebali prisjetiti rečenice koju su nas učili naši učitelji „Nije dobro biti posljednji, ali često niti prvi“!

(fgrubisic@yahoo.com)

.....

Literatura

1. World Health Organisation (WHO) (2014) E-Health. Available at:<http://www.who.int/trade/glossary/story021/en/> [accesed 18.September 2014].
2. Internet prescribing language. State-by-State Overview. Federation of State Medical Boards. Available at: http://library.fsmb.org/pdf/_InternetPrescribing-law&policylanguage.pdf.



Dr. Dragica Kramarić: Hrvatsko podmorje

1. Interni odjel, OB Šibenik; **2.** Allgemein öffentliches Krankenhaus Elisabethinen, Linz, Austria; **3.** Kirurški odjel, OB Šibenik; **4.** Odjel anestezije, reanimacije i intenzivnog liječenja, OB Šibenik; **5.** Anesthesiology & Perioperative Medicine, University of Missouri School of Medicine, Columbia, MO, USA

26. travnja

Liječničkom planinarskom stazom na Sljeme i na 2. Hrvatski Globe-athon

• Tradicionalni XVI. pohod Liječničkom planinarskom stazom i 2. Hrvatski Globe-athon održat će se u nedjelju 26. travnja iz Gračana na Sljeme.

Organizatori su Planinarski klub Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatska liga protiv raka. Sastanak je u 9,15 ispred prodavaonice Spar (bivša Diona) kod škole u Gračanima (od Mihaljevca treća stanica tramvaja br. 15), a u 9,30h je početak pohoda trasom Gračani – Bedenikov gaj – Pustodol – bivši sanatorij na Breštovcu – Dom Crvenog križa, gdje je i završetak pohoda (oko 3 sata hoda; osiguran toplo obrok).

Povratak individualno, nekom drugom stazom ili ZET-ovim autobusom (stanice su kod doma Grafičar i kod Tomislavova doma). Po dobrom starom običaju na završetku pohoda mjerit će se krvni tlak, SaO₂ i GUK svim sudionicima pohoda, a u organizaciji aktivista Crvenog križa. Lani je u sklopu tradicionalnog

pohoda Liječničkom planinarskom stazom po prvi put organiziran i 1. Hrvatski Globe-athon, pod nazivom „Planinarenjem protiv ginekološkog raka“, a u organizaciji Hrvatske lige protiv raka. Bila je to humanitarna akcija čiji je prihod išao za pomoć Zajednici pacijenata oboljelih od raka Sv. Juraj, a veliku joj je podršku i čast iskazao svojim sudjelovanjem naš slavni alpinist **Stipe Božić**.

Ove godine nastavljamo tradiciju i zajedničku suradnju. Pozivamo kolegice i kolege da nam se pridruže. Na slici je alpinist Stipe Božić s organizatorima lanjskog pohoda, ginekologom i predsjednikom Lige protiv raka prof. dr. **Damirom Eljugom** (lijevo) i dr. **Berislavom Banekom**, predsjednikom Planinarskog kluba HLZ-a.

Sve informacije: dr. Berislav Banek, mob: 091 5090396; e-mail: berislav.banek@inet.hr.

.....



Na slikama lanjski Globe-athon;

slijeva: predsjednik Hrvatske lige protiv raka ginekolog prof. dr. Damir Eljuga, himalajac Stipe Božić i predsjednik Planinarskog kluba HLZ-a dr. Berislav Banek.

Diskriminacija znanstvenog kadra u županijskim zavodima u odnosu na kliničare i HZJZ

Prof. dr. sc. Josip Milas, prim., dr. med., specijalist epidemiolog

- Kako ne bi bilo nesporazuma, ovaj dopis pišem osobno, kao liječnik epidemiolog, profesor na Medicinskom fakultetu u Osijeku. Svi veći ili regionalni županijski zavodi za javno zdravstvo (ZZJZ) u ovom trenutku su nastavne baze medicinskih fakulteta. Da bi to bili, zavodi moraju imati odgovarajući znanstveni te znanstveno-nastavni kadar i moraju se, uz sve ostale svoje djelatnosti, baviti i znanstvenom djelatnošću. Takav kadar postoji u mnogim ZZJZ-ima. Vjerujem da je poznato koliko truda i napora mora biti uloženo u osobu koja zadovoljava uvjete znanstveno-nastavnog kadra.

Lijepo je bilo slušati i pratiti kako od bolnice u Osijeku nastaje najprije Klinička bolnica Osijek, a zatim Klinički bolnički centar Osijek. Takav im je razvoj omogućen postojećim zakonskim propisima. Nažalost, sadašnji zakonski propisi ne dozvoljavaju ZZJZ-ima da napreduju na isti način kao i odjeli u klinikama, iako se u njima provodi nastava za studenete medicine i ostale zdravstvene djelatnike u predmetima koji su neizostavan dio školovanja zdravstvenih djelatnika.

Provođenje nastave je, uz postojanje odgovarajućega kadra, najvažniji uvjet za dodjeljivanje naziva „klinika“ pojedinim bolničkim odjelima. Zavodima je dozvoljeno samo nositi „počasni“ naziv „Nastavni zavod za javno zdravstvo“. Takve zakonske odredbe su diskriminirajuće prema akademskom zdravstvenom osoblju koje radi u zavodima.

Ponajprije u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti NN 150 od 22. prosinca 2008., u članku 100, stavku 17, dozvoljeno je Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo da „sudjeluje u školovanju zdravstvenih radnika, provodi stručna i znanstvena istraživanja iz područja javnog zdravstva“, dok takva odredba ne postoji u članku 101 koji definira djelokrug rada županijskih zavoda. Time se županijski zavodi ne mogu niti registrirati u trgovačkom sudu kao znanstvene ustanove (upitno i za EU projekte), a u svrhu svoga daljnog razvoja koji bi im omogućio samostalno provođenje znanstvenih projekata i slično, već to moraju raditi samo u suradnji s kliničkim ustanovama ili fakultetima.

S druge strane, Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) odmah je po citiranom Zakonu dobio statut kao klinički bolnički centar bez uvjeta da nužno mora imati i jednog jedinog znanstvenika. U stvarnosti, pojedini županijski zavodi su kao nastavne baze matičnih fakulteta u znanstvenom kadru neusporedivo jači nego HZJZ. Pa ipak, i dalje su na istom položaju, kao i da nemaju znanstveni kadar. Ovakva diskriminacija ide na obraz odgovornima ponajprije u HZJZ-u, a potom Ministarstvu zdravlja.

Nadalje, u „Pravilniku o uvjetima koje moraju ispunjavati zdravstvene ustanove ili dijelovi zdravstvenih ustanova za dodjelu naziva klinika ili klinička ustanova“ (NN 119/03), u članku 4., stavku 3 piše kako naziv „klinika“ može dobiti ustanova kojoj je u sudskom registru upisano obavljanje znanstveno-istraživačke djelatnosti. Nadalje, isti Pravilnik u članku 2. definira koje to ustanove ili odjeli mogu dobiti statut „klinika“.

Nigdje se ne spominje županijski zavod koji ima odgovarajuće uvjete da svoje

službe (u klinikama to su odjeli), po istom Pravilniku, prevede u npr. Zavod za epidemiologiju, odnosno cijelu ustanovu Zavod za javno zdravstvo u Institut za javno zdravstvo, ako zadovoljava uvjete.

Iz spomenutog je jasno kako je nužno mijenjati navedeni Zakon i Pravilnik te omogućiti zavodima koji zadovoljavaju propisane uvjete da im u sudskim registrima bude upisano obavljanje znanstveno-istraživačke djelatnosti te da se za njih uvede naziv „Zavod za ...“ umjesto sadašnjih „Služba za...“ koji je suklađan nazivu „klinika“ u bolnicama (bijši odjeli), odnosno „Institut za javno zdravstvo“ umjesto sadašnjeg „Zavod za javno zdravstvo“, što je u skladu s nazivom Klinički bolnički centar ili Klinička bolnica te da imaju jednak tretman u finansijskom pogledu kao i klinike ili klinički bolnički centri.

Promjena naziva ne mora, ali i može dovesti do promjene osnivača budući da je RH osnivač svih kliničkih bolnica i kliničkih bolničkih centara, što spada u područje politike.

O ovome je 28. veljače 2013. bijši ravnatelj ZZJZ-a Osječko-baranjske županije Stjepan Rudan upoznao i zamolio za pomoć:

- Ministarstvo zdravlja i ministra (bez odgovora)
- Lječničku komoru (predsjednik je prosljedio dopis MZ-u i HZJZ-u)
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (ravnateljica je 4. 3. 2013. odgovorila da do sada nema nikakvih naznaka za bilo kakvu aktivnost)
- Sve saborske zastupnike iz Osječko-baranjske županije

(josip.milas@os.t-com.hr)

.....

Dr. Dragica Kramarić: Hrvatsko podnožje



Ukinuće Liječničke komore 1946. godine i što je bilo poslije

Ivica Vučak

*„U današnjoj državi ne mogu
liječnici imati privilegije i preuzimati
na sebe dužnosti i prava koja
pripadaju samo narodnoj vlasti“
(dr. Bogdana Oreščanin, 1946.)*

• Uskoro će se navršiti dva desetljeća od osnutka Hrvatske liječničke komore 27. lipnja 1995. godine. To je bilo uspješno okončanje aktivnosti započetih još 1988/1989., a zatim usporenih naporima u obrani Hrvatske protiv agresije. Povijest liječničke komore povezana je s ustrojem društva pa se događaji na globalnoj razini, oni od nekad kao i današnji, često odražavaju u njezinu radu osnutku ili ukidanju. Kao ilustraciju donosim podatke o razlozima ukidanja Liječničke komore u Zagrebu 1946 godine.

Rad Liječničke komore u Zagrebu obustavljen je temeljem odluke Ministarstva narodnog zdravlja FNRJ od 9. siječnja 1946. sa stupanjem na snagu 15. veljače 1946. godine. U ime tadašnjeg ministra zdravlja u vlasti NRH dr. Aleksandra Koharovića odluku je potpisao njegov zamjenik dr. Srećko Šilović, tadašnji predsjednik Zbora. S 15. veljače 1946. ujedno su razriješeni dužnosti povjerenik Liječničke komore dr. Josip Rasuhin, članovi upravnog i nadzornog odbora te članovi disciplinskog vijeća imenovani 16. listopada 1945. odlukom MNZ-a. Prethodno je Rasuhin imao, prema postojećim propisima, raskinuti službeni odnos sa cjelokupnim osobljem. U povjerenstvu kojem je zadaća bila „utvrditi i popisati cjelokupnu imovinu liječničke komore te istu predati na čuvanje Zboru liječnika Hrvatske, a o izvršenom podnijeti izvještaj Ministarstvu narodnog zdravlja“ bili su dr. Rasuhin, dotadašnji povjerenik Liječničke komore, inače v. d. načelnika Općeg odjela MNZ-a, i dr. Krešimir Štomec v. d. načelnika Personalnog odjela MNZ-a te dr.

Mate Jelavić, pravni referent MNZ-a. Već 28. veljače 1946. održana je, pod predsjedanjem prof. dr. Branka Dragišića, potpredsjednika ZLH-a, izvanredna godišnja skupština ZLH-a, a prva točka dnevnog reda bila je položaj liječnika s obzirom na raspuštanje liječničke komore (LN 13/121/82-4, 2013). Dva dana prije, u Zagrebu je pred predsjedništvom Sabora zaprsegnuta nova vlasta NRH. U njoj su bila dvojica liječnika, ministar zdravlja dr. Koharović koji je i do tada obnašao istu dužnost te novi ministar prosvjete dr. Zlatan Sremec, dotadašnji ministar zdravlja u saveznoj vlasti FNRJ u Beogradu (LN 5/44/54-5, 2005). Zadaća iznošenja stanovišta Glavnog odbora Zbora sudionicima izvanredne godišnje skupštine povjerena je prim. dr. Gustavu Forenbacheru i dr. Bogdani Oreščaninu.

Forenbacher je istaknuo da govori u ime i u suglasnosti odbora ZLH-a sumirajući dotadašnju ulogu Komore koja je regulirala 1) odnos liječnika prema vlasti, 2) odnos liječnika prema liječniku, 3) odnos liječnika prema bolesniku i 4) uvela bi neku vrst socijalnog osiguranja liječnika za slučaj smrti. Prema uredbi



Gustav Forenbacher



Branko Dragišić

MNZ-a funkcija Ministarstva narodnog zdravlja FNRJ, odnosno poslovi bivše Komore, prešli bi na: 1) MNZ, 2) Okružne odnosno Gradske narodne odbore, 3) nove disciplinske forme koji bi se imali organizirati na mjesto bivših sanitetskih savjeta, 4) Sindikate i 5) Središnji zavod za osiguranje radnika. Kompetencije i razgraničenja kompetencija nisu još utvrđene među ustanovama koje preuzimaju funkciju Komore.

Zaštitu liječnika u njegovom radnom odnosu preuzeo će Sindikati. Liječnici kao visoko kvalificirani stručnaci-radnici uživat će punu zaštitu kroz jedinstvene sindikate dok se nalaze u najamnom odnosu. Ta zaštita bit će snažnija i punija nego što je ranije bila kroz Liječničku komoru jer će se iza liječnika-radnika nalaziti Savez radnika i namještenika zdravstvenih i socijalnih ustanova koji broji preko 23.000 članova i predstavlja snažnu organizaciju i obranu radničkih interesa. Kada se i gdje liječnici budu javljali kao poslodavci, tj. u privatnom sektoru, regulirat će njihove radne odnose MNZ.

Izlaganje dr. Oreščaninu bilo je podjeljeno u četiri poglavљa. Govoreći o značenju liječničke komore navela je:

U svom početku Komore su odigrale u društvenom životu pozitivnu ulogu (feudalizam). U bivšoj Jugoslaviji Komora je vršila jedan dio poslova Ministarstva zdravlja, a s druge strane bila je to staleška organizacija koja je trebala štititi interes liječnika. Ovakva ustanova nije nikad mogla istinski zaštitivati interes liječnika jer je nespojivo da u jednom tijelu bude i naredvodavac i zaštitnik interesa jednog staleža.

Drugi razlog zašto danas Komora nema svoj raison d'être jest taj, da zaštitivanje interesa liječnika bez obzira na interes ostalog naroda u današnjoj državnoj strukturi se ne može dozvoliti.

U današnjoj državi ne mogu liječnici imati privilegije i preuzimati na sebe dužnosti i prava koja pripadaju samo narodnoj vlasti (onaj dio poslova koje je vršila Komora u ime Ministarstva).

Međusobna pomoć liječnika u vidu davanja novčane pomoći ići će u skladu sa općim pomaganjem i osiguranjem naroda. Ekonomski interesi pojedinca zaštićivati i pomoguti moraju se racionalno i pravedno raspodjeljivati na sve članove društva, u prvom redu na sve one koji rade. Liječnici svoju zaštitu trebaju naći u okviru sindikata.

Prije rata su sindikati rušili postojeću vlast, a danas imaju dvostruku ulogu: a) da štite interese svojih članova pa i pred državnim sektorom, ali da se pri tom ne izgube iz vida opći narodni interesi; da izvoju privilegiran položaj onih koji rade; b) da podignu stupanj proizvodnje cijelog naroda i to na način da pomognu nastojanja države u tom pravcu. Položaj liječnika s obzirom na sindikalnu organizaciju jest, da se u prvom slučaju preko sindikata osigura liječnicima ekonomска sigurnost, a u drugom slučaju, da se preko sindikata angažiraju liječnici da sudjeluju u općem državnom planu. Situacija i slabo sudjelovanje liječnika u sindikatu i s time u vezi slabo zaštićivanje interesa liječnika.

Danas se to pitanje pokreće i na redovno održanoj plenarnoj sjednici Centralne uprave našega Saveza posvetila se naročita briga liječničkom pitanju, pitanju uređenja njihovih radnih i plaćevnih odnosa. Što se tiče organizacije našeg Saveza kao strukovnog saveza, gdje su nosioci u Savezu zdravstveni radnici, mogu se organizirati unutar podružnica grupe liječnika, čiji će zadatak biti: a) pretresanje stručnih problema svojih ustanova; b) nastojanje na poboljšanju kvaliteta rada, a s time u vezi da poboljšaju i kvalificiranost samih liječnika; c) pretresanje svih sindikalnih pitanja itd.

Raspuštanjem Liječničke komore mislim da liječnici neće ništa izgubiti, već mogu samo dobiti, jer će: 1) interes liječnika zaštititi sindikalna organizacija kao jedna pozitivna i jaka snaga u našoj državi. 2) osiguranje liječnika vršiti zavodi za socijalno osiguranje u kojima će biti osigurani: a) za starost, iznemoglost i smrt; b) za nezgode; c) za bolest, gdje će biti osigurani i liječnici i članovi njihovih porodica. Prinos za osiguranje snosit će poslodavac tj.

uglavnom država. Nakon doktorice Oreščanin koja je nastojala opravdati ukidanje komore u raspravi su sudjelovali dr. **Stjepan Pernat**, dr. **Petar Samaržija**, dr. **Josip Lochert**, dr. **Ivan Herzog** i dr. **Vinski**¹. U prikazu izvanredne godišnje skupštine ZLH-a u „Liječničkom vjesniku“ su za povijest ostala zapisana imena sudionika rasprave, ali bez navoda njihovih razmišljanja i stavova.

Nakon ukidanja Liječničke komore

U zgradi zagrebačkog Sveučilišta promovirani su 1. ožujka 1946. **Šemsa Čurčić**, **Višnja Ferić**, **Zdenka Jurin**, **Velimir Kirhmajer**, **Nada Nechvile**, **Sonja Pagon**, **Štefanija Puretić-Košak**, **Isa Ramović**, **Nada Šišul** i **Dalibor Vrsalović**. Oni su bili su prvi liječnici kojima, nakon završenog medicinskog fakulteta, za rad nije bilo nužno odobrenje Liječničke komore.

Kakva je bila reakcija liječnika na ukidanje Liječničke komore? Na Glavnoj godišnjoj skupštini ZLH-a 29. ožujka 1953. u raspravi nakon izvješća predsjednika i tajnika založio se dr. **Stanko Krstić** za utemeljenje odbora za komorske poslove koji bi mogli obaviti zadatke koje je vršila Liječnička komora. No taj njegov prijedlog nije prošao.

Nije prošao ni prijedlog dr. **Vinka Frisića**, u ime bjelovarske podružnice ZLH-a, o promjeni redoslijeda riječi u nazivu društva koji nije u duhu hrvatskog jezika, pa bi, analogno nazivu liječničkih organizacija u drugim republikama, i u Hrvatskoj postojao „Hrvatski liječnički zbor“.

Na Glavnoj godišnjoj skupštini ZLH-a 24. listopada 1954. predsjednik Forenbacher je istaknuo veoma često sastajanje Pododbora za zdravstvena i staleška pitanja, kreiranih od luka skupštine 1953. godine „jer se u godini 1953. i 1954. pojavilo mnogo važnih pitanja iz organizacije zdravstvene službe koja tangiraju položaj liječnika kao zdravstvenih radnika o kojima je Zbor morao davati mišljenje“. U tajničkom izvješću dr. **Petar Erak** je rekao:

Na 14. plenarnom sastanku republičkih liječničkih društava na Bledu razvila se rasprava o pitanju liječničkih komora za koje je Zbor dao dobro formulirane teze i prvi potakao potrebu njihova osnivanja. Inzistirao je u



Petar Erak

prvom redu na donošenju Zakona o liječnicima. Tek nakon donošenja zakona o liječnicima u kojem bi se točno odredile dužnosti i prava liječnika, trebalo bi pristupiti formiranju liječničkih komora sa širokim djelokrugom rada. Članstvo u komori trebalo bi biti obvezno za svakog liječnika koji bi disciplinarno bio podložen nadležnoj komori. Kao autonomne ustanove Komore bi bile pod nadzorom narodnih vlasti. Glavne dužnosti komora bile bi briga o svakom liječniku, o njegovom napredovanju, o njegovom moralnom i etičkom profilu i izravna veza između liječnika i raznih zdravstvenih ustanova. Na taj bi način komore olakšale uvelike posao našim zdravstvenim vlastima, napore u pitanju personalne službe, vršeći funkciju savjetodavnih organa.

Nažalost ovako dobro formulirane teze kao i teze o pitanju organizacije zdravstvene službe, teze o nagrađivanju osoblja u zdravstvenoj službi itd. nisu mnogo uvažavane pri sastavljanju odredaba i zakona pa su zbog toga na plenumu oštro reagirali i Zbor liječnika i ostala naša liječnička društva. Nadajmo se da će nakon formiranja Vrhovnog zdravstvenog savjeta pri Saveznom izvršnom vijeću, s prof. dr. **Andrijom Štamparom** na čelu, konačno doći do stvaranja pozitivnih zakona na širokom polju naše zdravstvene službe koji vape za svojim konačnim i pravilnim rješenjem.

U raspravi o tajničkom izvještuju javio se dr. **Ivo Pavešić** iz Vinkovaca:

Ne slažem se s navodima u tajničkom izvještuju u pogledu Liječničke komore i smatram problem Liječničke komore veoma važnim. Liječnici su 1946. godine olako prešli preko ukidanja komore i nisu dali signal rukovodicima državne politike. Ne slažem se s mišljenjem Glavnog odbora da treba najprije stvoriti zakon o liječnicima i zdravstvenoj službi, a onda istom postaviti Liječničku komoru. Trebalo bi učiniti obratno. Treba prvo uspostaviti komore koje bi onda davale svoje sugestije i za zakon o liječnicima i za zakon o zdravstvenoj službi.

¹ Nije navedeno ime dr. Vinskoga, a mogao je to biti dr. **Izidor Vinski** (1870. – 1948.), karlovački gradski fizik, kupališni liječnik i liječnik-stomatolog, no ipak mi se čini vjerojatnijim da je to bio njegov sin dr. **Ivo Vinski** (1907. -1979.) koji je završio medicinu u Parizu 1932., postao član Zbora liječnika 1934. radeći kao privatni liječnik – stomatolog u Zagrebu, a 1935. položio specijalistički ispit iz bolesti usta i zubi na Gnatološkom odjelu Liječničkog fakulteta u Zagrebu. Zbog potreba službe premješten je 1948. u Višu zubarsku školu u Zagrebu u kojoj je predavao patologiju i terapiju zuba te držao pretkliničke vježbe iz patologije zuba, a uz to se, s odobrenjem MNZ-a, usavršavao 3 puta dnevno na Neurokirurškom odjelu Kirurške klinike Medicinskog fakulteta. Potkraj 1948. prestao se baviti stomatologijom, a 1949. emigrirao u Veliku Britaniju i radio u Londonu. Zadnje godine života proveo je u Parizu, a pokopan je u Karlovcu (Jerolimov P.). Hrvatsko stomatološko društvo do Austro-Ugarske monarhije do Europske unije – 110 godina povijesti društva, Zagreb 2013, str. 236-8).

U svome je govoru na glavnoj godišnjoj skupštini ZLH-a 23. listopada 1955. Forrenbacher podsjetio:

Već 1947. i 1951. javljali su se zahtjevi da Zbor vodi računa i o društvenom položaju lječnika jer su Liječničke komore prestale funkcioniрати 1946. godine. Premda su funkciju lječničkih komora trebali preuzeti s jedne strane sindikati zdravstvenih radnika, a s druge strane bivše Ministarstvo narodnog zdravlja, položaj lječnika kao zdravstvenih radnika nije bio jasno određen jer nisu bile zakonski određene kompetencije ovih dvaju faktora. Liječnici su glavni i najodgovorniji kadar u zdravstvenoj službi i o njihovom pravilnom shvaćanju i izvršavanju zadatka zavisi u najvećoj mjeri uspjeh svake zdravstvene politike kako smo to imali prilike na mnogim mjestima više puta istaknuti.

Na glavnoj godišnjoj skupštini ZLH 31. ožujka 1957. u raspravi se za riječ javio dr. **Zvonko Fastner**, mladi lječnik iz zagrebačke Klinike za unutrašnje bolesti². Na upit – gdje se nalaze mladi lječnici? odgovorio je – Neki i na burzi rada s potporom od 7.500 dinara, jer su bez posla.

U anketi provedenoj u prvoj četvrtini 1958. među lječnicima u Zagrebu većina primjedbi odnosila se na to da bi ZLH trebao biti i staleška organizacija, a ne samo stručna, i trebao bi se brinuti za dužnosti i prava svojih članova te reagirati na nepravde u ime cijelog staleža. Od onih 22,3% anketiranih koji nisu članovi ZLH-a njih 51% navelo je kao razlog "jer ZLH ne rješava staleška pitanja". Korisne primjedbe i prijedloge dala su 63 lječnika. "Ovdje je svakako došlo do izražaja anonimnost ankete u pogledu pisanja". Nekolicina je predlagala osnutak odbora, unutar ZLH-a, za staleška pitanja, ako tehnički nije moguće osnovati komoru. "Zbog pomanjkanja lječničke komore odnosno odgovarajućeg tijela unutar ZLH-a, stvorilo se 13-godišnje uzajamno nepovjerenje poreskih vlasti sjedne strane i lječnika s druge strane" rečeno je na plenarnom sastanku zagrebačke podružnice Zbora lječnika Hrvatske 19. svibnja 1958., a ponovio je to tajnik podružnice dr. **Ante V. Fulgosi** na glavnoj skupštini 19. svibnja 1959.

Nekoliko tjedana ranije, 26. travnja 1959., na glavnoj godišnjoj skupštini ZLH-a pod predsjedanjem dr. **Sergija Dogana**, ponovno je dr. Krstić potaknuo pitanje obnove rada lječničke komore dodajući: "ne mora svaki lječnik u našoj Republici biti član ZLH-a, ali bi morao biti član Komore". U osvrtu na Krstićev prijedlog založio se dr. **Viktor Boić**, bivši potpredsjednik Glavnog odbora i član Nadzornog odbora

ZLH-a, za osnutak jednog užeg odbora unutar ZLH-a koji bi, dok se ne regulira pitanje komore, davao stručno mišljenje o kandidatima na pojedinim lječničkim natječajima.

U svom izvješću na godišnjoj skupštini ZLH-a 12. svibnja 1962. predsjednik dr. **Nikola Peršić** je rekao:

Novim zakonom po prvi put se daje pravo stručnim organizacijama zdravstvenih radnika da se brinu za medicinsku etiku, da poduzimaju mjere protiv onih koji krše lječnička načela. Zakon je stručnim društvima dao u zadatak da se brinu za stručno usavršavanje članova i obvezu pomaganja zdravstvenoj službi u izvršavanju njezinih zadataka. Razumljivo je da se u kratkom razdoblju od objave zakona nije moglo realizirati sve ono što je zakon nalagao te da je došlo do nekih negativnih pomjerenja kao izraza subjektivnih slabosti. Najveće teškoće u primjeni zakona bile su kod slobodnog izbora lječnika, samostalnog financiranja zdravstvenih ustanova i nagrađivanja zdravstvenih radnika. Zdravstvene ustanove, a pogotovo zdravstveni radnici nisu se pravilno snašli u primjeni zakona. To je dovelo do krivog uvjerenja da je osnovna svrha zakona reguliranje ličnog dohotka zdravstvenih radnika, a ne poboljšanje i unaprijeđivanje zdravstvene zaštite građana. Vrlo malo se govorilo o stručnom radu ustanova, organizaciji zdravstvenih centara, programima rada, koordinaciji rada ustanova, analizi provedbe principa slobodnog izbora lječnika, stručnom unapređenju rada ustanova i drugima.

Tu "ekonomsku psihološku atmosferu" u zdravstvenim ustanovama podržali su ekonomisti i finansijski stručnjaci takmičeci se u pravljenju raznih shema o financiranju zdravstvenih ustanova, nagrađivanju zdravstvenih radnika i birokratiziranju pružanja zdravstvene zaštite građanima. Zdravstveni su se radnici prepustili toj prvoj fazi "ljudske materijalizacije" u kojoj se fazi čitav proces provođenja zakona gledao mimo bolesnika i medicinskog rada. Sve je to uvjetovalo i nerealne lične dohotke jednog manjeg broja zdravstvenih radnika, koji ne odgovaraju mogućnostima zdravstvene ustanove ili komune i zajednice u cjelini. Oni su mahom bili veći u manje kvalitetnim zdravstvenim ustanovama, što nije bilo u skladu s principom nagrađivanja po vrijednosti i kvaliteti rada.

U programu rada za razdoblje 1963.-1965. skupština ZLH-a se opredijelila za postojanje samostalne komisije za društveni rad i profesionalna pitanja, odijeljene od komisije za zdravstvenu službu. Ta bi komisija mogla prerasti u šire tijelo sa zadaćom praćenja, prikupljanja i analiziranja svih podataka koji se odnose na društveni rad lječnika i njihovu profesionalnu djelatnost, osobito negativnih poja-

va i razmatranja svega toga u skladu s Kodeksom etike zdravstvenih radnika. Komisija ima zadaću praćenja, prikupljanja i analiziranja podataka o stručnom i društvenom radu lječnika, njihovom materijalnom položaju te pružanja moralne ili druge moguće zaštite u situacijama u kojima bi pojedinci ili skupine lječnika bile izvrnute neopravdanom moralnom ili kojem drugom kažnjavanju. U tome se očekivalo veće aktiviranje "Liječničkog vjesnika", a od samih se lječnika očekivalo više informiranja javnosti u dnevnom tisku o stručnim problemima ili o zdravstvenoj službi. Planirano je pokretanje mjeseca biltena namijenjenoga svim lječnicima i zdravstvenim ustanovama u kojem bi se razmatrala ovakva ili slična pitanja.

Poput desetoro lječnica i lječnika koji su diplome dobili 1. ožujka 1946.. bilo je i s generacijama lječnika koji su završavali studij medicine u Zagrebu, kasnije i u Rijeci, Splitu i Osijeku tijekom sljedećih pedeset godina. No bili su informirani o važnosti postojanja lječničkih komora za uređenost zdravstvenih sustava u zemljama poput Austrije, Savezne republike Njemačke ili Norveške, što omogućava zadovoljavanje stalno rastućih potreba pacijenata u skladu s finansijskim mogućnostima tih društava, ali ne na uštrb lječnika i njihovih obitelji.

O snazi komora i njihovom uvažavanju u tim zemljama, postignutom kroz stalno, ali civilizirano, konfrontiranje interesa različitih društvenih struktura, mogao se hrvatski lječnik osvjeđočiti u situacijama kada bi na pr. i našao direktora, ili čak vlasnika, bolnice u nekoj od tih zemalja pripravnoga primiti ga na rad, a dobio odbijenicu od nadležne lječničke komore. Obrazloženje je moglo biti – komora nije držala dostatnom njegovu spremu ili je dolazak toga stranca, potencijalnog pripravnog raditi pod nepovoljnijim uvjetima (plaće, broja sati), ocjenjivala prijetnjom postignutim uvjetima rada, probijanjem dopuštenog broja ili smetnjom zapošljavanju domaćih lječnika.

Tek u ozračju naznaka društvenih promjena 1988/1989, započinju procesi koji su doveli do osnutka Hrvatskog lječničkog sindikata 28. rujna 1990., vraćanja naziva Hrvatski lječnički Zbor 26. veljače 1991. i do obnove rada Hrvatske lječničke komore 27. lipnja 1995.

.....

² Završio studij medicine u Zagrebu 31. listopada 1948., objavio članak pod naslovom „Rupture of a cold abscess into the bronchus“ u Brit med J od subote 8.1.1955.

Pola stoljeća života s hrvatskom neurologijom

Ispovijed na kraju profesionalnog puta



Boško Barac

• Ovu isповјед пишем kao poruku svojemu i budućim naraštajima liječnika, mlađim kolegama ali i ne-medicinarama, prenoseći svoja razmišljanja o motivima koji su utjecali na odluke o mojim liječničkim aktivnostima i svojoj struci: neurologiji, medicini i zdravstvu, od izbora studija medicine i neurologije do svih kasnijih odluka. Pokušao sam definirati kori-jene za izbor takvih odluka: unutarnji porivi, vanjski utjecaji, psihološke predispozicije, utjecaj odgoja i sredine, izbor uzora, slučajne situ-aciјe, nastavak rada svojih prethodnika, nepo-znatih mi poriva? „Emocionalna inteligencija“ (D. Goleman) igra tu neku ulogu, koju je teško definirati. Možda će moja razmišljanja pomoći drugima, iako znam da svatko doživljava svoje probleme različito, čak i kasnije, u raznim životnim razdobljima.

Odgajan u intelektualnoj sredini bio sam potican i prije škole na učenje stranih jezik: još kao dječak francuskoga, fakultativno i u „pučkoj školi“. Sjećam se svoga prvog učitelja u staroj pučkoj školi „Pantovčak“, Petra Vidmara, suhonjavog sijedog gospodina pred mirovinom, odanog odgoju i đacima, skromnog

i pravednog, nesklonog raskoši. Za ratnih godina u nižim razredima II. klasične gimnazije u Zagrebu učio sam latinski i grčki, talijanski i njemački, a u višim, po svršetku Drugog svjetskog rata, „pobjedničkih“ jezika: engleskog i ruskog; za sve to vrijeme (privatno) francuskog. Postao sam, i bez svoje volje, skoro indoeuropski poliglot. I politika je igrala svoju ulogu pa smo nakon talijanske kapitulacije po odluci „Poglavnika“ prestali učiti „izdajnički“ talijanski, no zahvaljujući dobrom udžbeniku J. Roića, očeva prijatelja iz mladih dana, nastavio sam samostalno učiti ovaj lijepi romanski jezik koji je u hrvatskoj kulturi imao značajnu ulogu, više pozitivnu nego negativnu.

Otac **Antun Barac** (1894-1955), profesor hrvatske i jugoslavenske književnosti na zagrebačkom Sveučilištu, nije podupirao moju namjeru da nakon mature idem studirati filozofiju i komparativne studije jezika ili književnosti; imao je loša osobna iskustva u tri države: kraljevskoj Jugoslaviji, NDH i socijalističkoj, pogotovo u početcima, autokratskoj Jugoslaviji. Nakon mature 1949. g. odgovorio me od studiranja bilo čega iz njegova područja zbog pritisaka „politike“ na tzv. filozofske studije. Pri tome mi je ispričao da je on izabrao „filozofiju“, jer mu otac nije mogao ostvariti želju da studira medicinu, tada moguće jedino u inozemstvu; pa iako je u svom radu postigao društveni ugled, vjerovao je da bi bio i dobar liječnik, da mu je to bilo moguće; tako me je usmjerio prema medicini. Djed po majci, **Mihovil** (1864-1951), liječnik u Austro-Ugarskoj, poslije kraljevskoj Jugoslaviji, napredovao je od općinskog preko županijskog „fizika“ do savjetnika za javno zdravstvo u zagrebačkom Ministarstvu zdravlja; za „vrijeme Stojadinovića“ (starijim generacijama poznati „pojam“) rano je umirovljen - zbog politike. Hvala mojim nastavnicima u pučkoj školi i gimnaziji, koji su znali sačuvati dostojarstvo struke u ratnim i

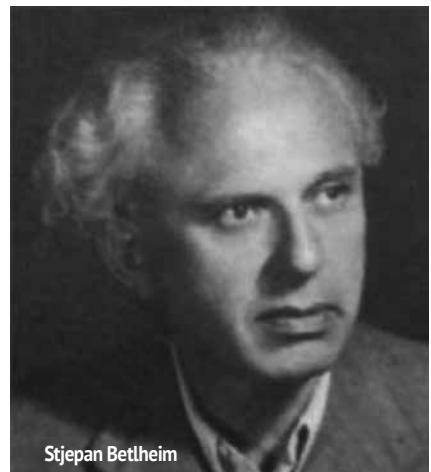
poratnim vremenima. Hvala djedu na pričama o svojim životnim iskustvima. Hvala ocu koji je na mene utjecao najviše svojim primjerom, ali i svojim jasnim razmišljanjima.

U prijelaznim pučkoškolskim i ranim gimnazijskim godinama učio sam violinu kod profesorice **Zlate Špehar**, učenice hrvatskog violinskog korifeja **Vaclava Humla**, učitelja naših međunarodno poznatih umjetnika **Z. Balokovića** i **Lj. Spiller-a**. Kad sam u ratnim godinama zbog sumnje na „početnu sušicu“ morao prekinuti učenje violine, ona je gotovo plakala zbog mojega, navodno, „apsolutnog slухa“ i odlične tehnike gudala, predviđajući mi sjajnu karijeru poput njezinih uspješnih kolega. Hvala profesorici Špehar za njezine poticaje na upornost i vježbu, preciznost i virtuoznost, na ljubav prema glazbi i za njezinu vjeru da glazba i umjetnost mogu popraviti ljude i čitavo društvo.



Sergije Dogan

Na četvrtoj godini medicine (1952./53.) rado sam pratio predavanja neurologije docenta **Dogana** (1916-1979), koji je mnogim studentima bio „dosadan“ zbog neatraktivnih predava-nja. Pažljivo sam studirao odnose anatomske lokalizacija i kliničkih manifestacija – „topičku dijagnostiku“, što mi je bila neka vrst „biološke matematike“. Predavanja prof. **Dezidera Juliusa**, psihijatra koji je tragično završio život zbog političkih podmetanja, privlačila su me zbog čudnih psihijatrijskih manifestacija, dok je duboko humani prof. dr. **Stjepan Betlheim** (1898-1970)



Stjepan Betlheim



Antun Barac



Vladimir Hudolin

nastojao pojasniti psihološke aberacije „dynamikom čovjekove psihe“ prema Freudu. Kao student neuropsihijatrije četvrte godine, nakon pojave nejasne očeve bolesti, posumnjao sam na ekspanzivni proces lijeve hemisfere zbog sumnjivog mi „centralnog facijalisa“ desno - i prije lječnika koji su ga lječili. Tek nakon učinjenog EEG-a, koji je pročitao mladi docent **Sergije Dogan**, postavljena je u siječnju 1955. dijagnoza tumora lijevo frontalno, na operaciji identificiranoga kao glioblastom. Vjerojatno je i moja kasnija lječnička karijera bila pod utjecajem nesretnog tijeka očeve bolesti. U teškoj fazi bolesti prije smrti obavljao sam njegu oca u kući, pa sam i produžio studij za par mjeseci. Hvala našim profesorima na Medicinskom fakultetu koji su se trudili prikazati nam lijepe i uspješne strane medicinske znanosti i prakse, vjeru da medicina može humanim pristupom pomoći čovjeku pojedincu i ljudskom društvu. Hvala prof. Doganu, koji mi je pobudio interes



Josip Breitenfeld

za neurologiju, kasnije na njegovu savjetu o potrebi studiranja animalne neurofiziologije i temeljnih neuroloških znanosti za razumijevanje neurologije. Hvala prof. Bettheimu, koji je u svojim predavanjima posebno naglašavao ljudsku, emocionalnu dimenziju medicine.

Počevši specijalizirati neuropsihijatriju u Vinogradskoj kod mladog ambicioznog šefa, kasnije poznatoga alkohologa, prof. dr. **Vladimira Hudolina** (1922-1996), upoznao sam tada upravo umirovljenog prof. dr. **Josipa Breitenfelda** (1898-1964), jednog od pionira hrvatske neurologije, koji je često zbog izbjegavanja pogrešne neurološke dijagnoze dodavao oznaku „in obs.“. To je mnoge „uveseljavalo“, jer je i inače pokazivao, možda i zbog političkih razloga, znakove anksioznosti. No već sam tada procjenio da je ta „nesigurnost“ posljedica znanja i iskustva u vrijeme „klasične neurologije igle i čekića“.



Radoslav Lopasic

Tada se tek razvijao pojam „diferencijalne dijagnoze u neurologiji“, dopunjanom novim spoznajama i sve boljim „pomoćnim dijagnostičkim metodama“. Specijalizacija neuropsihijatrije potakla me na skupljanje strane medicinske literature, koja je u tim godinama počela stizati u Jugoslaviju, osobito u okviru „američke pomoći“, što će mi kasnije postati hobi. Hudolin, ambiciozan i marljiv lječnik, imao je dosta nesporazuma sa suradnicima. Želio je uvesti uvijek nove metode liječenja. Uvjeren da je elektrošok (EŠ) nenadmašiv u nekim psihijatrijskim poremećajima, želio je (s pravom) uvesti „mitigirani“ EŠ pod narkozom s mišićnim relaxatorima zbog mogućih opasnih komplikacija. Tada nije bilo „etičkih komisija“, pa je u dogovoru sa šefom Kirurgije u Vinogradskoj prof. dr. **Dankom Riessnerom** (1907-1973), pionicom hrvatske neurokirurgije, mene odredio da sa šeficom anestezije dr. **Nedom Butigan** (1929-1993) uvedemo tu metodu kao rutinsku, prvi u Hrvatskoj i Jugoslaviji. Obučen u osnovama

anestezije i reanimacije i svladavši tehniku intubacije, dugo sam samostalno prakticirao, uz Hudolinovu formalnu asistenciju, „mitigirani EŠ“. Ova znanja su me poslije potakla na uvođenje intenzivnog liječenja u neurologiji. Hudolin je početkom šezdesetih godina želio osigurati bolje liječenje cerebrovaskularnih bolesnika koncentriravši ih na jednom mjestu; to nažalost nije moglo imati značajnije efekte, jer nisu bili poznati principi liječenja ovisno o nastanku moždanog udara. Hvala profesoru Hudolinu za njegovu upornost i poticaje, iako sam na njegovu primjeru naučio i o potrebi respektiranja drugih mišljenja.

Na očevoj bolesti uvjero sam se da greške nastaju i zbog predrasuda ili slučajnih koincidencija. Bolesnika treba znati „slušati“ i „uvazavati“ ga, ali za to treba imati vremena. Prof. dr. **Radoslav Lopasic** (1896-1979), tada autoritet u neuropsihijatriji, preuzeo je očovo liječenje zbog sve jačih glavobolja i psihičke malaksalosti. Istovremeno su do njega došli glasovi s Filozofskog fakulteta o njegovoj „političkoj bolesti“ zbog sukoba s moćnim ministrom prosvjete, jer su ga ocijenili kao „prikrivenog nacionalista“ radi odjeljivanja studija hrvatske književnosti od srpske i slovenske i osnivanja katedre za hrvatski jezik. Nisam prisustvovao očevim pregledima i razgovorima s lječnicima, iako sam ga pratio na pregledе kod internista **Pavla Sokolića** i neuropsihijatra **Lopasic**. Otac, miran i staložen, volio je rad, smatrajući ga najvišom dužnosti čovjeka, ali nije više mogao raditi zbog jakih glavobolja i gubitka koncentracije. Govorio bi majci, koja mi je to prenijela: „Meni nitko ne vjeruje da sam bolestan, a ja znam da imam neku tešku bolest“. **Franeš, Brozović, Ivanišin** i drugi spominjali su u svojim sjećanjima da se Barać još više od dvije godine prije smrti promijenio: postao zabrinut, drugačiji. I obitelj je to primjećivala, no vjerujući lječnicima prihvatala je da je to bila posljedica prenapornog rada i uzrujavanja.

Kad sam poslije, po tadašnjim propisima, provodio na „Rebru“ dio neuropsihijatrijske specijalizacije, osnivač psihanalitičke škole u Hrvatskoj **Stjepan Bettheim** i ja nekako smo se zbljili, pa mi je jednog dana rekao da mi „mora nešto ispričati o liječenju oca na Rebru“. Krajem 1954. g. ležao je u „opervaciji“ na Neuropsihijatrijskoj klinici, pa je bio kod njega na psihoterapiji; nakon dva tjedna referirao je predstojniku klinike da to nije psihijatrijski poremećaj, da „to mora biti nešto organsko“. Lopasic mu je odvratio: „Ah, Štef, ne znaš ti neurologiju. Pokušaj ga ipak dalje lječiti psihanalizom!“. Ipak nije nitko od obitelji, pa ni ja, zamjerao profesoru Lopasicu ni drugima zbog propusta pravodobne dijagnoze, jer je to bila posljedica tadašnjih prilika hrvatske medicine i društva. Taj incident ispričan od iskusnog i humanog

psihijatra dao mi je poticaje da težim prepoznavanju psihičkih simptoma kod neuroloških bolesti. Bilo je to vrijeme opisanih poremećaja govora: **Broca** (1861.), **Wernicke** (1874.), vidne anozognozije (Antonov sindrom 1899.) i sličnih moždanih sindroma što će završiti formiranjem nove neurološke discipline: „neurologije ponašanja“ (Neurology of Behavior). Hvala profesoru Bethleimu koji me je svojim opažanjima upozorio na krivu dijagnozu kod oca; u kontekstu iskustava profesora Breitenfelda to me je potaknulo da kao nastavnik upozoravam mlađe kolege na potrebu da stalno učimo na greškama, „bolje na tuđima nego na svojima“. Pogreške pripadaju ljudskoj aktivnosti, često nastaju zbog predrasuda, nedovoljnih ili krivih informacija, površnog pregleda, krivog zaključivanja, loše organizacije. Moramo biti svjesni svoje odgovornosti jer su u medicini katkad nepopravljive; u nekoliko radova upozoravao sam na greške u medicini, posebno u neurologiji. U medicinske kurikulume studija trebalo bi uvesti nastavu o korijenima, prevenciji i sustavu izbjegavanja pogrešaka u pojedinim disciplinama, kao što postoje standardi „diferencijalnih dijagnoza“.

Bilo je u mojoj životu i slučajnosti. Najplodniji i najmirniji dio mojeg života nesumnjivo je bila školska godina 1964./65. provedena u Uppsalu (Švedska); tamo sam došao gotovo slučajno. Kao mlad neuropsihijatar, već usmjereni neurolog, počeo sam se na Rebru baviti problemima vrtoglavica, a po sugestiji prof. Dogana odobrena mi je tema za disertaciju o vestibularno izazvanim epilepsijama i epileptogenom EEG promjenama. Idući na dežurstvo jedne proljetne nedelje kupio sam slučajno „Borbú“ (kod kuće smo bili pretplaćeni na „Vjesnik“). U novinama sam našao natječaj za stipendiju za Švedsku preko Saveznog Savjeta za znanost. Uz podršku predstojnika Klinike javio sam se na natječaj citirajući radove švedskih istraživača i čekao odgovor preko dva mjeseca. Nenadano sam dobio pismo iz Beograda da mi je stipendija odobrena i da za sedam dana moram poslati sve dokumente na engleskom: od biografije do plana rada. Privatno sam saznao da se radilo o financijski maloj stipendiji; netko iz Beograda dobivši je, od njе je zbog toga oduštao. Na vrijeme sam poslao tražene podatke i program istraživanja te brzo dobio ljubazno pismo iz Švedske s podacima kad trebam doći i da ču raditi na Neurofiziološkom institutu Sveučilišne bolnice Uppsala te dobiti mogućnost predloženih istraživanja.

Došavši u Uppsalu, nakon razgovora sa šefom Klinike doc. **Karlom-Erikom Hagbarthom** (1926-2005), dobio sam u roku od sedam dana specijalizirani laboratorij za predviđena neurofiziološka istraživanja. Dodijeljena mi je tehničarka za rad na mojoj projektu, dok je

ostatak vremena radila na rutinskim poslovima Instituta. Za moja zagrebačka iskustva - san! Dobio sam apartman u studentskom domu i besplatnu prehranu u bolnici. Uvjet za istraživanje bio je da sve što napišem (na engleskom) dadem na uvid šefu. Nakon dva tjedna imao sam prvu varijantu uvodnog dijela, temelja metode, itd.

Gotovo svakodnevno sam obavljao probna ispitivanja dotjerujući tehnološke detalje. Uz glavnog mentora Hagbartha, imao sam kao konzultanta specijalista za vestibularni sustav prof. **Gunnara Aschana**, svjetski poznatog operatera i eksperimentatora na ORL klinici, zainteresiranog za moja istraživanja. U prvim raspravama dobio sam od Hagbartha mnogo kritika. Budući da nisam bio na to naučen, trebalo mi je vremena shvatiti, nakon prvog šoka, da kritizira ono što nisam sâm uočio, te da sam dobio najboljeg učitelja i prijatelja u znanosti, koji s mnogo entuzijazma popravlja moje „šlampavosti“.

U divnom ugođaju međusobnog poštovanja i podrške završio sam do lipnja disertaciju na engleskom i dobio ponudu da ostanem još godinu dana u Uppsalu na njihovoj plaći, nastavim istraživanja te da nakon propisanog postupka obranim disertaciju u Uppsalu pred međunarodnom komisijom na čelu s tek izabranim Nobelovcem **Sir J. Ecclesom**. Nakon otvorene i iskrene prepiske sa zagrebačkim šefom Doganom vratio sam se u Zagreb smatrajući to svojom moralnom obvezom, ali i zbog sentimentalnih razloga: domovina, obitelj. Posebna hvala mojoj švedskom šefu i učitelju u znanstvenim istraživanima profesoru **Karl-Eriku Hagbarthu**, koji me je naučio primjeni čvrstih principa u znanstvenim razmišljanjima i kvalitetnom priopćavanju rezultata. Nisam znao, kao ni on sam, da će poslije smrti biti proglašen jednim od „pionira moderne kliničke neurofiziologije“ (**David Burke**).

Dok sam bio u Uppsalu, pratio sam izbor za šefu ORL klinike u Göteborgu. Tri su fakulteta bila pozvana da formiraju svoje komisije za taj izbor prema standardnim kriterijima za takva akademска mjesta, pri čemu su kandidati bodosani standardnim postupkom. Od tri kandidata su na sva tri fakulteta dvojica ocijenjena najvišom, a jedan srednjom ocjenom. Između dva jednakata prva kandidata resorni je ministar morao predložiti kralju onoga kojemu će monarh potpisati Diplomu izbora. To je bila jedina karika u postupku kada je politika mogla utjecati na izbor najviših kadrova na sveučilišnoj bolnici. To me je oduševilo i nado sam se da će takav sustav jednom doći i u naše krajeve. Katkad se još uvijek (tih) nadam! Hvala Bogu što sam upoznao Švedsku koja je stvorila društvo jednako humano i socijalno koliko i uspješno u svim područjima privređivanja, odgoja i



Nikola Peršić

brige za ljudе - bez korupcije, privilegija, pojedinačnih ili skupnih „zasluža“ i intervencija.

Uz neurologa **Dogana** i psihijatre **Peršića** i **Muačevića**, bio sam jedan od zagovornika sa-mostalnih disciplina neurologije i psihijatrije u Hrvatskoj, što je realizirano 1974. Uz prof. Dogana počeo sam 1973. voditi znanstveni poslijediplomski studij iz neurologije na Medicinskom fakultetu u Zagrebu za kontinuirano obrazovanje neurologa i specijalista suradničkih disciplina. Nakon njegove tragične smrti nastavio sam voditi studij do 1995., ukupno 22 godine. U petnaest generacija studij je završilo 290 lječnika, a od njih je mnogo, i izvan Hrvatske, uz svoje mentore, obranilo magistrarske radove. Sa zadovoljstvom se sjećam studenata i lječnika koje sam kao mentor vodio u izradi radova: 10 diplomskih (Zagreb i Osijek), 14 magisterija, 9 disertacija. Hvala mojim mlađim kolegicama i kolegama koje sam uvodio u znanost i struku, a koji su shvatili da su moje primjedbe i sugestije bile dobronamjerne, korisne i za njihov budući rad.

I ostatak života posvetio sam neurologiji, koja se u vrijeme moje neurološke generacije razvijala brže nego druge struke, iako je u početku jače zaostajala za sretnjim strukama, pa su zlobnici izmislići izreku: „Neurolozi sve znaju, a ništa ne mogu!“. Ni prvi dio izreke nije bio istinit: malo smo znali, iako su u 19. stoljeću uvedeni dobri nazivi neuroloških bolesti; ako smo ih i znali dijagnosticirati, nismo ih znali liječiti. No i naše „znanje“ bilo je upitno; svodilo se na kliničku observaciju i pomno izvedenu dijagnostiku anamnezom i neurološkim pregledom „iglom i čekićem“. Nastanak i uzrok bolesti bio je ili nepoznat ili nedostatan ili pogrešan. Pedesete i šezdesete godine prošlog stoljeća bilo je doba velikih napredaka u temeljnim neurološkim znanostima, neuroepidemiološkim istraživanjima i brzom tehnološkom razvoju, što je omogućilo nove uvide u većinu starih



Gilbert H. Glaser

bolesti (epilepsije, žilno-moždane bolesti, tumori), s napretcima u „radikalnim“ postupcima i „konzervativnom“ liječenju. Pri kraju svoga profesionalnog i životnog puta, rezimirajući svoje zapise, želim spomenuti neke uspjehe hrvatske neurologije, u čemu smo katkad bili i bolji od zemalja s dugom medicinskom tradicijom:

- 1956. g. počela je radom prva antiepileptička stanica u Hrvatskoj (**F. Hajnšek**; 1924-1989), jedini ispravni stav u organizaciji antiepileptičke službe, paralelno s takvima u razvijenim zemljama (**Gilbert H. Glaser**, New Haven, SAD), kakav još nisu dosegli ni neke mnogo bogatije zemlje (Ujedinjeno Kraljevstvo).

- Od 1961. u Puli se organiziraju međunarodni neuropsihijatrijski godišnji Simpoziji (od 2005. Kongresi), „začeti“ 1951. razgovorom

asistenata iz Zagreba prim. dr. **Arnulfa** (Bibija) **Rosenzweiga** (1912-1988) i doc. dr. **Geralda Grinschglia** iz Graca (1922-1984) u organizaciji klinika Zagreba i Graca, s velikim brojem predavača, vodećih europskih i svjetskih neurologa i psihijatarata, kao i kolegama iz regije, koji su svojim medicinskim i društvenim djelovanjem te ugledom sastancima osigurali nadimak: „Pulska škola medicine i humanizma“. Hvala osnivačima ovih sastanaka, predavačima tijekom pet desetljeća te članovima Kuratorija, koji su mi dali povjerenje izabравši me nakon nenadane Grinschglove smrti za Glavnog tajnika, vodeći Pulsku sastanak tijekom 23 godine (1985. do 2007) s austrijskim partnerom **Lechnerom**, nekoliko godina sam.

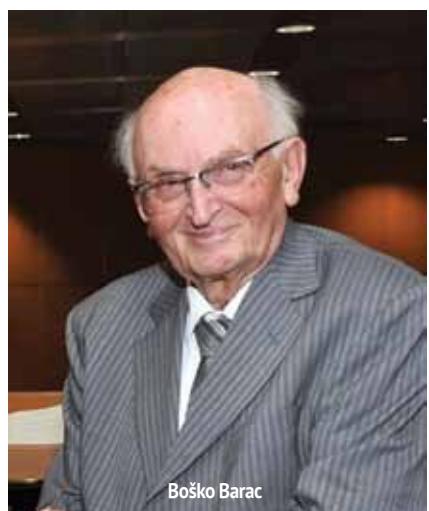
- 1971. g. uvedena je prva neurološka intenzivna njega u Hrvatskoj i regiji (Barac, Rebro), a iste godine je održan prvi zagrebački „Simpozij o cerebrovaskularnim bolestima“ (Dogan, Barac, Poljaković), koji su se razvijali dva desetljeća (1971-1990), osiguravajući širenje iskustava i edukaciju sudionika: od liječnika primarnog kontakta do raznih specijalista. Iako smo u tome bili među pionirima, danas je to neophodan svjetski standard u liječenju krvožilnih bolesti i hitnih stanja u neurologiji.

- Katkad zaboravljamo da medicina ne počinje s nama, te smo dužni zahvaliti svima koji su radili prije nas, ili onima s kojima smo nešto započeli; to pripada i nacionalnom kulturnom identitetu. Osobno sam prvi puta osjetio tu potrebu kao stažist i specijalizant. Doživio sam i bolnih primjera nezahvalnosti, često od onih kojima sam najviše dao!

- Posebno mi je draga kasna zahvala časne sestre iz prvoga „pionirskog“ tima, mnogo godina nakon početka rada Intenzivne jedinice 1971.; mislim da je bilo sedam „časnih“, zbog čega je bilo bezrazložnih političkih komentara, jer su bile vrijedne i odane teškim bolesnicima. Ona je bila s nama od samog početka i prošla sve razvojne faze Jedinice: „Poštovani prof. Barac! Ovdje u Rimu, u Italiji, već sam skoro dvije godine. Kada sam odlazila s „Rebra“ nisam imala prilike pozdraviti Vas i evo sad Vam se javljam! Želim samo reći da nisam zaboravila Vašu dobrohotnost za bolesnike i osoblje, Vašu dobrotu i lijepu suradnju kroz tolike godine, bez ikakvih problema! Hvala za sve! S poštovanjem, radošću i u molitvama sjećam se Vas i Vaše obitelji. Srdačno Vas pozdravlja s. Dobroslava.“ S. Dobroslava je humani, Bogom dati primjer, kako dobiti ljudi osjećaju potrebu da takvu zahvalu jasno izraze i nakon mnogo godina. Ona nije bila jedina, ali jedinstvena. Nažalost nemamo uvijek mogućnosti da tako postupimo; to činimo posredno, kad pomažemo drugima u potrebi; zato treba poštivati učitelje, umjetnike, liječnike i zdravstvene radnike. Mlađi ne bi smjeli zaboraviti

ono što su za njih učinili njihovi učitelji i stariji kolege. Hvala sestri Dobroslavi, čije mi pismo uvijek dovodi suze na oči svojom toplinom i dubokom hvalom. Velika hvala svim suradnicima, liječnicima i sestrama, od kojih je velika većina odlično surađivala u korist naših zajedničkih bolesnika i njihovih obitelji.

- Na temelju objavljenih publikacija iz doktorske disertacije Neurološka klinika na Rebru (predstojnik Dogan i stručni kolegij) predložila me za voditelja američko-jugoslavenskog projekta o vestibularnim utjecajima na cerebralnu EEG aktivnost koji je prihvatala američka strana (NIH – Bethesda). Projekt započet 1972. g. omogućio je nabavu skupe opreme (Tönniesov rotacijski stolac, veliki kompjuter starije generacije za automatsko praćenje EEG frekvencija) pa i nove kadrove (inženjer, liječnik). Američki „Project officer“ na Projektu prof. dr. **Gilbert H. Glaser** (1920-2012), osnivač neurologije na Sveučilištu Yale (SAD), organizirao je moja predavanja na američkim sveučilištima o problemima vestibularnog sustava koje sam istraživao. Suradnja s njim je bila je poticajna, te sam osobno, kao i moji suradnici, mnogo naučio od tog pionira američke moderne neurologije. Prof. Glaser, ujedno i promotor hrvatske neurologije u SAD-u, u svojem je članku „Modern Dynamic Neurology“ među ostalim napisao: „Neurologists as physicians and also scientists have given themselves the greatest problems in studying the brain, its functions, as well as its disorders. Seventeen years ago, in 1967, I first came to Yugoslavia, to Zagreb, and the Department of Neurology directed by Professor Sergije Dogan. At that time I met Dr. Boško Barac and became acquainted with his excellent research on the clinical neurophysiology of the vestibular system, a system responsible for the adjustment of the human organism in space. This Neurology Department also had strong activities in other areas of clinical neurophysiology especially electroencephalography, as well as a tradition



Boško Barac



Arnulf Rosenzweig



Doc. dr.
Gerald Grinschgl

of fine neuropathology. A theme of Dynamic Neurology actually had been established in this department and continues under the leadership of Professor Barac." - Posjetio je druge neurološke institucije u Zagrebu, održao je niz predavanja, sudjelovao na našem Kongresu kliničke neurofiziologije i Simpoziju o epilepsijiama u Zadru, Znanstvenom skupu JAZU (HAZU) u Dubrovniku te bio izabran za počasnog člana Akademije medicinskih znanosti Hrvatske. Hvala prof. Glaseru za moralnu i znanstvenu podršku tijekom suradnje u Hrvatskoj. Zahvalan sam za njegove sugestije o potrebi proučavanja starih neurologa s njihovim iskustvima i oštromnim zapažanjima „uz bolesničku postelju“. Danas liječnici nemaju vremena, ne samo kod nas, za takvo praćenje zbog drugih obveza, što je šteta. Tu poruku o važnosti intenzivnog praćenja bolesnika prenosio sam mlađim kolegama i organizatorima medicine, što činim i sada.

- Nastavio sam dugoročnu suradnju s vodećim ljudima sveučilišne elektro-tehničke nastave (Fakultet elektronike i računarstva, FER - profesori Šantić i Tonković) i suradnju s Defektološkim fakultetom (Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet) u znanstvenom radu i odgoju kadrova (defektologa, logopeda i dr.), koje je začeo moj učitelj Dogan. Suradnja s FER-om rezultirala je uspješnom proizvodnjom i izvozom medicinskih aparata (EEG, REG, EMG, EKG), dok je suradnja s Defektološkim fakultetom omogućila obrazovanje stručnjaka neophodnih za habilitaciju i rehabilitaciju neuroloških bolesnika, osobito u ranoj životnoj dobi. Ponošan sam što sam u našoj maloj zemlji bio među onima koji su shvatili važnost interdisciplinarnih suradnji za znanstveni rad, za napredak strukture, kulturu naroda i industriju. Na tome zahvaljujem svojim učiteljima i suradnicima.

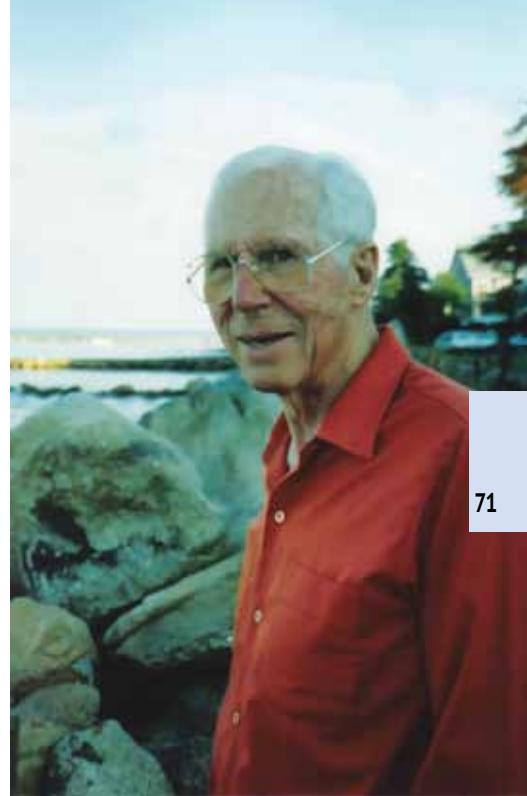
- Hrvatsko neurološko društvo (tada:

Sekcija za neurologiju HLZ-a) prihvati je 1985. moju inicijativu koncepcije ustroja neuroloških službi u razinama, uključujući dječju neurologiju, s formiranjem hrvatskog Neurološkog Instituta, središta za neurološka i neurokirurška klinička istraživanja, liječenje i edukaciju. Na prijedlog stručnog kolegija Klinike i nadležnih tijela prijedlog o Institutu se počeo realizirati. Koncept je brzo prihvati i Udrženje neurologa Jugoslavije. Temeljem te inicijative su 1987. g. jugoslavenski (Barac) i indijski (Chopra) neurolozi u Svjetskoj neurološkoj federaciji (WFN) pokrenuli akciju ocjene stanja neurologije u zemljama u razvoju; nakon uspješnog Simpozija na XIV. Kongresu WFN-a (1989.) a na prijedlog tadašnjeg predsjednika WFN-a prof. dr. Richarda Maslanda (1910-2003) i predsjednika Znanstvenog savjeta lorda prof. dr. Johna Waltona (1922-) - kasnije predsjednika WFN-a, bila je formirana Znanstveno-istraživačka grupa za organizaciju neurološke službe (WFN RG ODNS) za suradnju širom svijeta, te sam bio izabran za njezina predsjednika. U Grupi su bili najznačajniji neurolozi svijeta; u prvih deset godina održan je niz sastanaka i dvije konferencije s važnim porukama o neurološkim problemima. Tako je „hrvatska inicijativa“ putem moje osobe prodrla daleko u svijet. Hvala hrvatskim neurolozima koji su mi 1985. dali podršku za tu inicijativu, pa i poslije, u djelovanju na promociji hrvatske neurologije i za racionalno djelovanje neurologa u manje razvijenim kao i najrazvijenijim nacijama svijeta. Hvala tadašnjim Predsjednicima WFN-a R. Maslandu i Lordu Waltonu.

- Na početku Domovinskog rata razvio sam intenzivnu aktivnost protiv rata, uspjevši angažirati vodeće neurologe Jugoslavije u Udrženju, da zajedno potpišemo «Apel neurologa Jugoslavije za mir i ljudsko dostoјanstvo, protiv rata, mržnje i nasilja». Temeljem tog dokumenta potaknuo sam slične apele u Svjetskoj neurološkoj federaciji, Međunarodnoj ligi protiv epilepsije (ILAE) te u Europskoj neurološkoj federaciji. Naši su apeli došli putem tih organizacija do glavnog tajnika Ujedinjenih naroda. Niz uglednih kolega iz svijeta dao je podršku apelu za prestanak rata. Informacija o tim aktivnostima otisnuta je u knjizi „Hrvatsko ratno pismo“ (Ur. D. Oračić-Tolić, Zagreb 1992.), tiskanoj na hrvatskom i engleskom, kao ranom hrvatskom apelu (1. kolovoza 1991.) protiv huškanja na rat. Dojmljivi su bili odgovori koje mi je poslao sa zahvalom i blagoslovom po-kojni kardinal Franjo Kuharić i neki dužnosnici (ministri Šeparović i Hebrang). Velika hvala svim potpisnicima Apela, osobito onima iz Srbije i BiH, koji su imali hrabrosti potpisati ga i u teškoj atmosferi svojih sredina, kasnije i potpisnicima iz dalekih zemalja koji su podržali naša nastojanja protiv rata i agresije na Hrvatsku.

Želio sam u ovoj isповijedi iznijeti osobna iskustva kao poticaj kolegama koji su imali i uspjeha i padova u svojim karijerama. Htio sam istaknuti napretke što smo ih ostvarili u našem medicinskom i društvenom razvitku; naša zahvalnost ide svima koji su omogućili naše napretke. To proizlazi i iz Hipokratova zavjeta: ljubav i briga za bolesnika, svoje kolege držimo braćom, mlađe podučavamo bez plaće. Danas, u drugim uvjetima, država skribi za nastavu liječnika kao što osigurava nastavu djeci svih građana za razne profesije. Kao nastavnici to radimo profesionalno, ali i svaki praktični liječnik podučava mlađega kako bi bio bolji liječnik. Mene i mnoge liječnike zabrinjava sve lošiji stav društva prema liječnicima i našoj profesiji. Mislim da liječnici ne trebaju težiti bogatstvu ni društvenoj moći, ali im društvo za njihov trajni napor usavršavanja u struci i altruistički rad za pojedince i društvo u cijelosti, treba osigurati dostojne uvjete rada i života njihovih obitelji! Stoga pored svoje isповijedi želim postaviti sebi, društveno angažiranim kolegama i društvu za koje radimo, pitanja, koja traže odgovore društva. Medicina kroči brzim napretcima (npr. u području nasljednih faktora) u liječenju bolesti; hoće li oni biti dostupni samo nekim? Liječnici i intelektualci morali bi dati konstruktivne priloge sadašnjem i budućem razvoju naše civilizacije. Ona je u medicini, filozofski i teorijski, započela Hipokratovim normama liječništva; novije verzije liječničke deontologije

Prof. dr. Richard Masland



samo su pravila njihove izvedbe u određenim situacijama, kojih se liječnik mora držati.

Na 2. Konferenciji WFN RG ODNS u listopadu 1998. u Ateni (Voulagmeni) govorio je predstavnik Američke neurološke akademije (AAN) profesor **John P. Conomy**, ugledan američki neurolog i pravnik, o opasnosti novo nastalih profitnih organizacija, organizatora novog zdravstvenog sustava (Managed Care) na principima „racionalne medicine“, unoseći princip „cijene i koristi“, ali i „profita za njihove ulagače“. Djeca, starci i bolesnici u početnom stanju liječenja ne mogu koristiti „skupe“ specijaliste, što otežava detekciju i rano ili kontinuirano liječenje i neuroloških bolesti.

Dokazao je njihov negativan utjecaj u zdravstvu, pri čemu financijere (menadžere velikih firmi koje naručuju usluge) interesira cijena medicine, ne kvalitet. Navodi članak New York Timesa (21. kolovoza 1996.) da vlasnici tih organizacija preuzimaju zdravstvene tvrtke često novcem zarađenim od droga, šverca, krađe, klađenja i prostitucije.

Tu je medicina bespomoćna; zdravstvene i liječničke organizacije trebaju se suprotstavljati takvim pojavama, jer loše posljedice ove organizacije vlasnici takvih tvrtki svaljuju na liječnike kao nesposobne i krivce.

Nakon ružnih doživljaja u domovini - insinuacija, falsifikata, optužbi - dvokratne „lustracije“ sa suprotnih političkih i ideoloških pozicija (informirani znaju o čemu se radi), često sam požalio što sam napustio Švedsku s čvrstim društvenim, znanstvenim i humanim standardima.

Ipak, kad se sjetim boljih strana svojeg života, uspjeha i priznanja u domovini i inozemstvu, usprkos doživljenih frustracija - s moralnog stajališta - nije mi žao.

Današnji je svijet na raskrižju. Sa strahom i neizvjesnošću gledamo što se dešava u svijetu oko nas, osobito u našoj malenoj zemlji, s našima malim, gotovo ugroženim narodom. „Neoliberalni kapitalizam“ je kao nikad u povijesti čovječanstva podijelio ljudе na superbogene i jezivo siromašne, zanemarene, koji ne mogu povezati „kraj s krajem“. Brz rast stanovništva prijeti zemlji sve većim, nepredvidivim kataklizmičkim pojavama; napredak je došao do svoje paradoksalne faze u medicini kao i u društвima. Koliko liječnici mogu pridonijeti boljštu društvenih zajednica, kada ratovi uništavaju kulturna dobra nacija i osnovna dobra bez kojih život nije moguć? U krizi su međuljudski odnosi i ljudski moral.

I Hrvatska je od osamostaljenja značajno promijenila svoje ljudske resurse: broj djece se smanjuje, stari žive dulje, iako sve češće ispod ljudskog dostojanstva; naši mladi se iseljuju u bliže ili daleke zemlje. Egoizam i nadmetanje bogatstvom, korupcija, kriminal i poroci su ne samo u porastu, nego za bogate postaju i nekažnjivi!

Socijalne nepravde i društvene razlike među bogatima i ostalima su neprihvatljive, jednako u bogatim, kao i u siromašnim zemljama, no u uvjetima „globalizacije“ jače ugrožavaju siromašne zemlje i male narode, među kojima su Hrvatska i Hrvati. Najmoćnija zemlja svijeta, SAD, nije izuzeta od tih procesa,

čak se čini kao njihov predvodnik. Teško prolaze zakoni i rješenja koja bi skrbila o siromašnima, starima i djeci, uključujući „srednji sloj“, kojemu pripadaju i nastavnici, umjetnici, liječnici i zdravstveni radnici - važan osobito za male narode.

Bole me nesigurne perspektive hrvatskog naroda i krajnjih ishoda kontradiktornih procesa kroz koje prolazimo u Hrvatskoj i u svijetu, na koje upozorava današnji najviši moralni autoritet, Papa Franjo. Bio bih sretan da naša djeca i unuci ne moraju u svojoj domovini proživljavati ono što smo mi stariji dvaput proživjeli, kao ni poniženja i nepravde u domovini, dragoj nam Hrvatskoj. U tom moramo biti optimisti i efikasni u djelovanju!

Bez obzira na nejasnoće materijalnog i profesionalnog statusa liječnika u novim uvjetima, smatram da Hipokratova načela moraju ostati moralni princip odnosa liječnika i bolesnika, medicine i društva. No postoji i mogućnost da bogati imaju „svoja“ osiguranja, a ostalima „kako bude!“. Privatne škole i fakulteti, a još gore, privatno zdravstvo, postavljaju pred suvremena društva nove izazove, prijetecи da i na tom području dođe do opasnog raslovanja, koje će prije ili poslije pokazati pad kvalitete i nazadak medicine uopće.

Na kraju, poručujem u skladu s Hipokratom: liječnička profesija je poslanje, misija; kada to prestane biti, nestat će i naše civilizacije, pa i liječnikovih dužnosti ugrađenih u našoj kulturi.

.....

RJEŠENJA sa stranica 52 - 56

ALGORITAMSKA RAZRADBA PROBLEMA sa str. 52

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

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

Vježba C: 1c, 2a, 3b,

4. Koncentracija natrija i kalcija se povećavaju u sarkoplazmi, a kalija snizuje.

5. Supratratne hipoenergoze se pojavljuju u šećernoj bolesti i gladovanju, hipoksične hipoenergoze se pojavljuju u sklopu visinske bolesti, plućne emboliјe, a disenzimatske hipoenergoze u otrovanju ugljičnim monoksidom i hipovitaminozama B1 i B2.

ETIOPATOGENETSKI ČVOR sa str. 54

Vježba 35.4. ISHEMIJA MOZGA sa stranice 54

II. Etiopatogeneza bolesti

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

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

a) Etiološka obilježja stanja kod bolesnika: 1.1; 3.8; 4.1; 4.14; 4.15.

b) Obilježja patogeneze, toka i stupnja disfunkcije te ishoda bolesti: 5.1; 5.3; 5.5; 5.24; 5.39; 5.55; 5.77; 5.86; 6.1; 6.2; 6.5; 6.7; 6.9; 6.10; 7.2; 7.4; 7.10; 7.15.

c) Obilježja proširenosti procesa i kronobiologije bolesnika: 8.4; 8.5; 8.7; 8.1; 8.21; 8.27; 8.33; 10.6; 10.14; 11.10.

d) Obilježja kliničkoga dijagnosticiranja i liječenje stanja: 12.1; 12.2; 12.3; 12.4; 12.8; 12.11; 12.14; 12.16; 12.17; 12.19; 12.20; 12.24; 12.29; 12.30; 12.48.

Život jadranskog podmorja na slikama

dr. Dragice Kramarić



Život je lijep!

• U vremenima kad smo pritisnuti mnogobrojnim problemima, ovaj usklik možda zvuči neprimjereno. Ali nije.

Ako nađemo malo vremena, malo dobre volje i odškrinemo već pomalo zahrđala vrata koja vode u prirodu, vidjet ćemo da je život zaista lijep.

Zavirimo li u svoju dušu probudit ćemo u njoj već usnulo dijete koje se itekako zna veseliti. Svaki odlazak u prirodu budi u nama onaj iskonski poriv da joj se s veseljem prepustimo, uživamo u žuboru potoka, šumu vjetra u krošnjama i cvrkutu ptica.

Nitko ne može ostati ravnodušan na tišinu snijegom pokrivenih planina ili na krhku ljepotu tek izniklih populjaka. Osjećamo kako zemlja diše, a priroda se budi, živi i umire u veličanstvenoj ljepoti.

Planina, jezero, more i sitni mrvati na listu lopoča žive svojim osebujnim životom koji često i ne primjećujemo. No, ako odbacimo svoje ljuštture u kojima živimo i prepustimo se čarobnim trenucima u prirodi, postat ćemo bogatiji i bolji. Stoga želim barem dio tih čarobnih trenutaka podijeliti s vama i podariti vam komadić onog „drugog svijeta“ koji sam spoznala na svojim lutanjima. Dijeleći radost doživljenog, osjećamo da nismo sami u čuvanju tog bogatstva.

Koliko je veličanstveno toliko je i krhko biće prirode, kao i naša duša...

Zato čuvajmo jedno i drugo, jer to nam čini život lijepim.

Dr. Dragica Kramarić

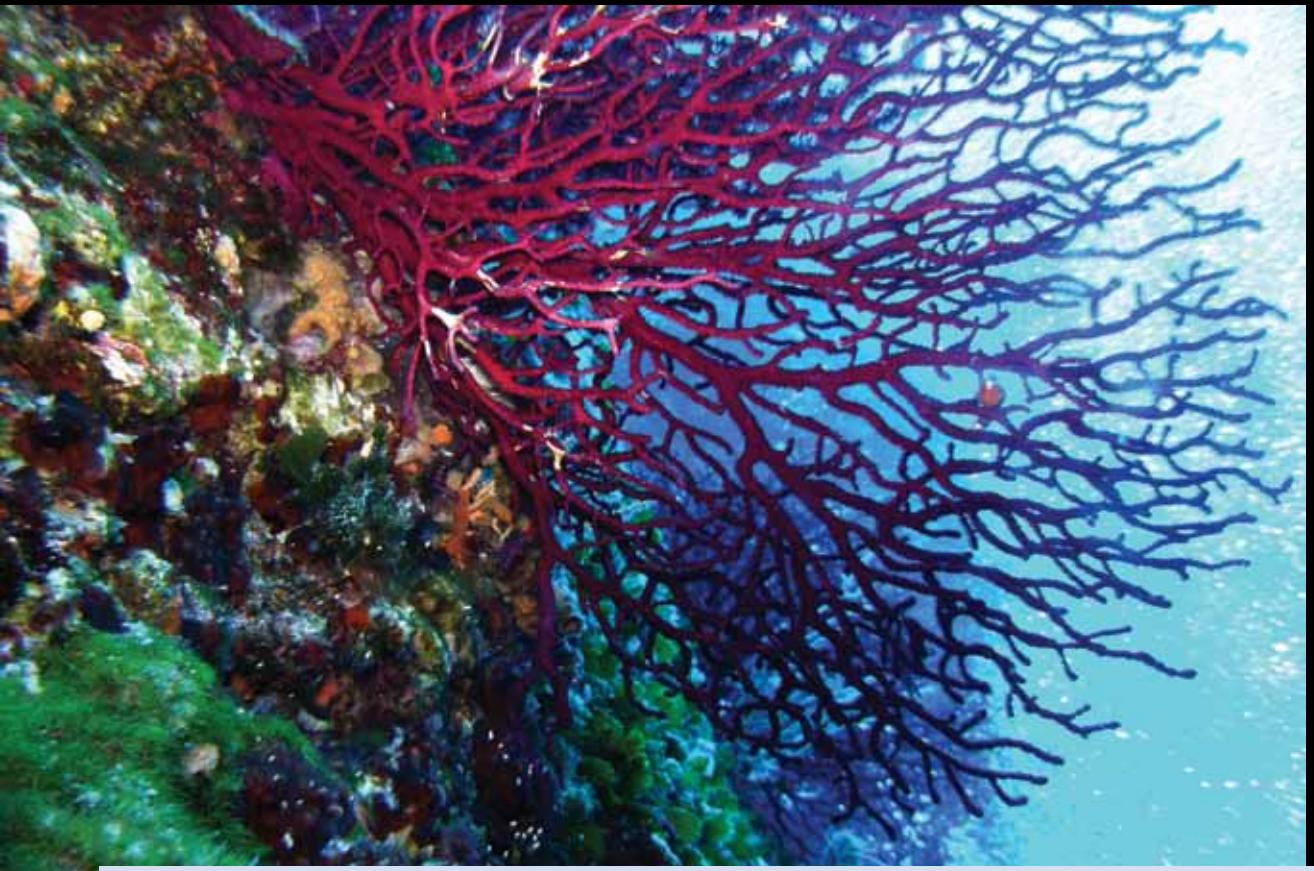
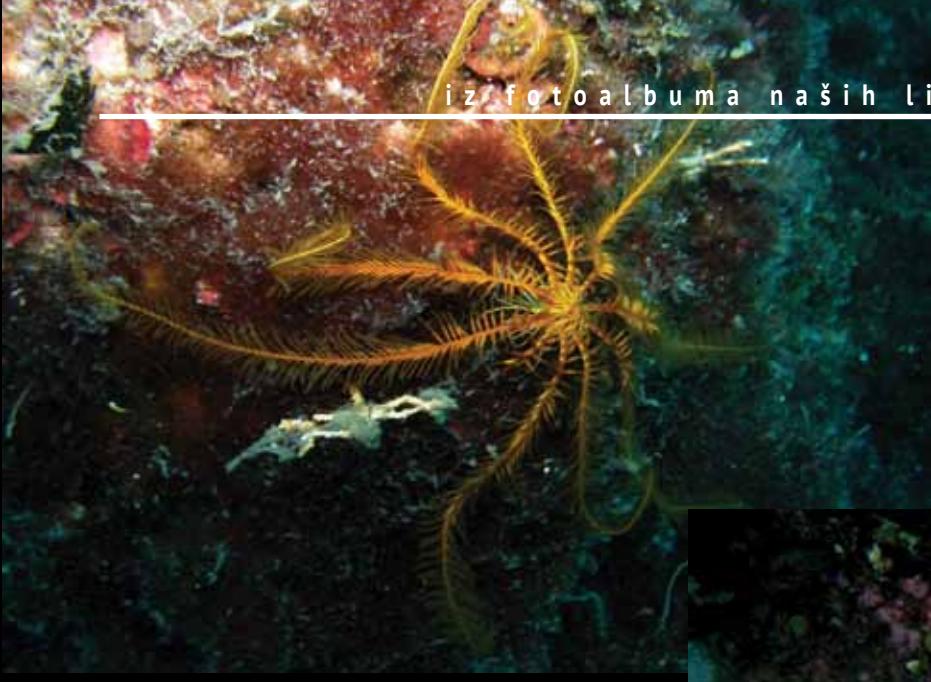
Rekli su o autorici

Miroslav Kamenar: Autorica, čvrsto vezana na prirodni fenomen VODU, piše svega, kroz osobni oblik spoznaje, reagira na nove situacije u poznatom ambijentu, bilježeći kontrapunkt raspoloženja prirode: od potpuno idiličnog smirenja, do naglašene dramatike pred nevrijeme. To veća je vrijednost, što nam otvoreno i iskreno otvara pogled na poznate vizure, odškrinuviš pritom i tajnoviti svijet unutar tog elementa – svijet tajnovite mračne tišine.

Njezina sestra: Moja je sestra uporna, tvrdoglavka i neumorna. Voli nositi hlače i pamučne majice. Ona voli zemlju i vodu. Ona voli ljude velike i male i uvijek je spremna sa svima dijeliti svoja otkrića, svoje radosti i svoju slobodu i to na neki poseban način, možda samo njoj razumljiv način... Tako je igra s vodom počela, prvo kroz trsku i žbunje, po površini jezera, pa prema zrakama sunca, kiši i oblacima, tragajući za tim jednim neponovljivim trenutkom. Tragala je dalje, tragala je više, pa je valjalo zaroniti dublje u vodu, a to je moglo pružiti samo pravo veliko more. Peraje, maska, regulator, podvodni sat i kompas, sve je to trebalo za tu dublju ljubav između mora i moje sestre.

Urednik: Autoricu, kardiologinju iz Koprivnice, nije potrebno posebno predstaviti jer smo u prošlom broju donijeli njezinu biografiju uz kratku liječničku priču „Labirint“ (str. 78.) jer je, osim fotografiji, skloni i pisanju. Dodat ćemo samo da je kao fotografkinju zanima više tema, a u ovom broju reproduciramo samo nekoliko izabranih slika iz njezine kolekcije posvećene životu jadranskog podmorja.





Prim. Zoran Poljšak

**Zagrebački student,
slovenski kirurg
i uspješni atletičar**

Eduard Hemar



Atletičari Zagreba u cilju utrke na 800 m, u dvoboju s HAŠK-om za Pokal Hrvatskog atletskog saveza, 1. VII. 1944. na stadionu HAŠK-a u Zagrebu. S lijeva: Zoran Poljšak, Zvonko Bedeniković i Vladimir Sertić.

- Rođen je 4. srpnja 1919. u Vrbju kod Celja. Otac Alojz i majka Olga, rođ. Tomšič, bili su učitelji u Gorici. Njegova obitelj je bila podrijetlom s područja Gorice (Kanal ob Soči) blizu današnje državne granice Republike Slovenije i Republike Italije.

Nakon što je to područje poslijе I. svjetskog rata i sloma Austro-Ugarske monarhije pripalo Kraljevini Italiji odselili su se u Kraljevinu SHS, najprije u Vrbje kod Celja gdje se Zoran rodio, a potom u Ljubljani. Uz Zorana imali su i kći Aleksandru, udanu Koželj (1914. – 1991).

Poljšak je maturirao na Realnoj gimnaziji u Ljubljani 1938. i upisao se u jesen te godine na Medicinski fakultet u Zagrebu, gdje je diplomirao 1947. godine.

Dok je bio srednjoškolac bavio se sportom, kao i njegovo društvo. Natjecali su se u skijanju, nogometu i lakoj atletici, kojoj se na kraju posvetio. Vježbao je u ljubljanskom la-kootletskom klubu Primorje, koji su osnovali

prognani primorski Slovenci.

Kao specijalist za utrke na 400 m najveće uspjehe ostvario je sa štafetom Primorja 4x400 m. Na Prvenstvu Kraljevine Jugoslavije, održanom 1938. u Ljubljani, bio je 6. na 400 m i osvojio je 1. mjesto kao član štafete 4x400 m (3:35.8). Na posljednjem prvenstvu tadašnje države, održanom 1939. u Beogradu, ostvario je trostruku pobjedu: kao član štafeta 4x200 m (1:43.6) i 4x400 m (3:41.4) te kao član Balkanske štafete (3:27.5).

Bio je član štafete Primorja koja je, u sastavu: **Marjan Skušek – Janez Gabršek – Zoran Poljšak – Ferdinand Pleteršek**, 3. srpnja 1939. u Ljubljani oborila slovenski rekord na 4x400 m (3:27.4). Postao je prvak Slovenije godine 1940. u utrci na 400 m s preponama (1:00.9). Početkom II. svjetskog rata, nakon okupacije Slovenije, raspušteno je Primorje. Poljšak, koji je tada studirao u Zagrebu, nije prešao u drugi slovenski klub. Kada je u lipnju 1942. posjetio majku u Ljubljani koja je bila pod fašističkom okupacijom, uhitili su ga Talijani zbog veza s Oslobođilnom frontom te su ga deportirali u logor Gonars iz kojeg se vratio krajem studenog te godine.

Na poziv **Borisa Urbica**, menadžera Hrvatskog športskog kluba Zagreb, bio je, zajedno s Marjanom Skušekom i trenerom Janezom Gabršekom, u skupini ljubljanskih atletičara koji su krajem 1942. i početkom 1943. godine pristupili Zagrebu. Urbic je htio pojačati HŠK Zagreb da se može upustiti u ravnopravnu borbu sa ekipama HAŠK-a i Concordije, tada dva najkvalitetnija atletska kluba u Zagrebu i Hrvatskoj.

Zoran je nastupio na Prvenstvu NDH 1943. u Zagrebu, gdje je osvojio 3. mjesto na 400 m s preponama, 4. mjesto na 400 m i 1.



Zoran Poljšak na skijanju

mjesto kao član štafete Zagreba na 4x400 m (3:34.4) u sastavu Marjan Skušek – **Miroslav Gal** – Zoran Poljšak – **Nikola Jungfleisch**. Iste je godine na dvoboju protiv HAŠK-a za ekipno Prvenstvo Hrvatske pobijedio u utrci na 400 m s preponama (60.0) i kao član štafete 4x400 m (3:34.2). U 1944. godini nastupio je za Zagreb u natjecanju za pokal Hrvatskog atletskog saveza i na ekipnom Prvenstvu Hrvatske, gdje je u finalnom dvoboju Concordia pobijedila Zagreb, a Poljšak je plasmanu pridonio osvajanjem 2. mjeseta na 400 m s preponama i u štafeti 4x400 m.



Na godišnjoj ljestvici deset najboljih hrvatskih atletičara u 1943. prema postignutim rezultatima dijelio je 4. i 5. mjesto na 400 m s preponama (60.0), a 1944. zauzeo je 4. mjesto na 400 m s preponama (60.1).

Nakon rata i završetka studija u Zagrebu, vratio se 1948. u Sloveniju gdje je specijalizirao kirurgiju. Stažirao je u Ljubljani i potom se zapostio u celjskoj Općoj bolnici, a specijalistički ispit iz kirurgije položio je 1954. Naziv primarijusa dobio je 1966. Od 1958. bio je predstojnik kirurškoga odjela bolnice u Šempetu kod Nove Gorice, gdje je potom od 1965. do 1970. bio direktor bolnice. Posebno se bavio reparaturnom kirurgijom.

Odgolio je znatan broj kirurga mlađe generacije, a suradnici su ga iznimno cijenili. Kao zanimljivost spomenimo da mu je kolega **Janko Novak** 1951. posvetio ep u kojem u 105 strofa opisuje njegov rad na kirurgiji (»Polšiada, junaški kirurški epos v dveh spevih«). Orga-



Na utrci
Poljšak
preskače
preponu

nizirao je u Novoj Gorici slovensko-hrvatske sastanke kirurških sekcija. Bio je predsjednik podružnice Slovenskog zdravniškog društva u Novoj Gorici od 1959. do 1961. Objavljivao je članke u časopisu Acta Chirurgica. Bio je predsjednik savjeta za zdravstvo Općine Nova Goricca.

U intervjuu objavljenom 1987. u novogoričkoj reviji Primorska srečanja istaknuo je kako mu je sportska aktivnost u mladosti koristila i kasnije, kada je zbog stručnih kirurških obaveza trebao puno upornosti i kondicije.

O povezanosti svojega posla i sporta rekao je: „Studij medicine ostavlja jako malo vremena za sport, zato većina medicinara zanemari ozbiljan sportski trening. Kasnije ostaje samo vrijeme za rekreativni sport. Razumljivo je da je za kirurški posao potrebna dobra tjelesna kondicija, ali značajni su i psihička kondicija, zadovoljstvo kirurškim poslom, upornost i koncentracija.“

Odlikovan je medaljom rada sa zlatnim vijencem. U slobodno vrijeme se u zrelijoj dobi bavio skijanjem. Sa suprugom Silvom Poljšak, rođ. Dolničar (Ljutomer, 15. V. 1922), koja je također bila liječnica, specijalistica otorinolaringologije, sudjelovala je na tradicionalnom sveslovenskom natjecanju liječnika u skijanju (Latrosski), gdje su svako u svojoj

kategoriji redovno osvajali prva mjesta. Zoran Poljšak preminuo je u Ljubljani, 13. XII. 1992.

.....

Lit.: A. Prijatelj, „Poljšak Zoran“ Primorski slovenski biografski leksikon 12, Gorica, 1986.; A. Prijatelj, »Zoran Poljšak, zdravnik, kirurg, primarij«, Primorska srečanja, br. 76 - 77, Nova Gorica, 1987.; 85 let Slovenske atletike 1920-2005, Ljubljana, 2006.; Lj. Gajić, Seniorska prvenstva Jugoslavije, Jagodina, 2007.; O. Karamata, Atletika na tlu Jugoslavije u godinama rata 1941 – 1945, Beograd, 2013.; Eduard Hemar, Slovenci u hrvatskom sporstu / Slovenci u hrvaškom športu, Zagreb, 2014.



Kongresi, simpoziji i predavanja

Molimo organizatore da stručne skupove prijavljuju putem on-line obrasca za prijavu skupa koji je dostupan na web stranici Hrvatske liječničke komore (www.hlk.hr – rubrika „Prijava stručnog skupa“).

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informacijskoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gdje **Fulvii Akrap**, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovno vrijeme ponedjeljkom, utorkom, četvrtkom i petkom od 8,00 – 16,00 sati, a srijedom od 10,30 – 18,30 sati, ili na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr.

- Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Liječničkih novina“, molimo organizatore da nam dostave sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt telefon, fax, e-

mail i iznos kotizacije.

Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: fulvia.akrap@hlk.hr. Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su ti skani onako kako su ih organizatori dostavili.

- Organizatori koji žele više prostora ili žele priložiti program kao umetak „Liječničkih novina“, pogotovo s logotipom i ilustracijama, trebaju to dogovoriti s poduzećem za marketing „Bonamark“ (Zagreb, Amruševa 10, tel/fax: 01/4922-952, tel. 01/4818-600, mail: bonamark@bonamark.hr), po postoećem cjeniku za oglašavanje u „Liječničkim novinama“.

• EDUKACIJA TIJEKOM CIJELE GODINE •

Tjedno ažurirani raspored trajne medicinske izobrazbe nalazi se na web stranici: www.hlk.hr

KRATICE

AMZH - Akademija medicinskih znanosti
HAZU - Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti
HD, genitiv HD-a - Hrvatsko društvo
HLK, gen. HLK-a - Hrvatska liječnička komora
HLZ, gen. HLZ-a - Hrvatski liječnički zbor
HZJZ - Hrvatski zavod za javno zdravstvo

KB - Klinička bolnica

KBC - Klinički bolnički centar

MEF, gen. MEF-a - Medicinski fakultet

MZ - Ministarstvo zdravljia RH

OB - Opća bolnica

PZZ - Primarna zdravstvena zaštita

SB - Specijalna bolnica

Tečajevi kardiopulmonalne reanimacije Europskog vijeća za reanimatologiju za odrasle i djecu u organizaciji Hrvatskog društva za reanimatologiju HLZ-a

Trodnevni tečajevi naprednog održavanja života za odrasle (ALS-Advanced Life Support) i djecu (EPLS-European Paediatric Life Support) Europskog vijeća za reanimatologiju HLZ-a
 Trodnevni tečaj zbrinjavanja ozlijedenog bolesnika – Europski trauma tečaj (ETC – European Truma Course)
 Jednodnevni tečajevi osnovnih postupaka održavanja života odraslih uz upotrebu automatskog vanjskog defibrilatora (KPR/AVD) i tečaj neposrednog održavanja života (ILS – Immediate life support)
 Tijekom cijele godine u Zagrebu, Rijeci, Splitu, Slavonskom Brodu, Dubrovniku, Koprivnici, Zadru, Požegi i Šibeniku
 Sve detaljne informacije nalaze se na www.crorc.org

Kardiopulmonalna reanimacija (CPR) - 5 modularnih tečajeva tijekom 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
 Hrvatsko psihijatrijsko društvo – Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja – uloga liječnika PZZ - 140 radionica Dr. Patricija Delimar, tel.: 01/2481-234

Primjena harmoničnog rezaca u kirurgiji

KBC Split, Klinika za kirurgiju Križine
 Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481
 1.200,00kn

Edukacija iz neurofiziološke tehnike – Evocirani potencijali

KBC Zagreb, Rebro – Klinika za neurologiju
 Kontinuirana individualna edukacija
 Pap Željka, tel.: 01/2388-352
 200kn po danu edukacije

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel
 Zagreb, tijekom cijele godine
 Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek, mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com
 3.500,00kn

EPI Centar seminari «Epilepsija i neuroznanost»

KB «Sestre milosrdnice», Klinika za neurologiju
 Zagreb, svaki zadnji četvrtak u mjesecu
 Dr.sc. Hrvoje Hećimović, tel.: 01/3787-731, e-mail: hecimovic@inet.hr

Kompjutersko navođenje u kirurgiji koljena

Klinika za ortopediju Lovran
 Lovran, tijekom cijele godine
 Nataša Možetić, tel.: 051/710-212
 200,00kn

Edukacija iz elektroencefalografije i epileptologije

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 mjesечно

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.leppee@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-Brklačić, dr.med., tel.: 01/3787-111

12.000,00kn

Tečaj iz osnova medicinske akupunkture

HD za akupunkturu (HLZ)

Zagreb, 10 mjeseci (+1), jedna subota i nedjelja mjesечно (18 sati)

Dr. Dalibor Veber, e-mail: info@akupunktura.hr, mob.: 091/4748-493

www.akupunktura.hr

15.000,00kn

Endokrinološki bolesnik u ordinaciji obiteljske medicine

KBC Zagreb, Klinika za unutarnje bolesti, Zavod za endokrinologiju, MEF Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, tijekom cijele godine

Dr.sc. Tina Dušek, mob.: 091/5434-014, www.endokrinologija.com.hr

250,00kn

Kardiopulmonalna reanimacija uz uporabu automatskog vanjskog defibrilatora

HLZ, HD za reanimatologiju

Zagreb, 01.01.-31.12.2015.

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

Delal komunikacije d.o.o.

on-line, 15.09.2014.-15.03.2015.

www.e-medikus.com

Kata Križić, mob.: 099/3866-905

Dijabetes, tjelesna aktivnost i hipoglikemija

Delal komunikacije d.o.o.

on-line, 15.09.2014.-15.03.2015.

www.e-medikus.com

Kata Križić, mob.: 099/3866-905

Izazovi u liječenju šećerne bolesti tipa 2

Pliva Hrvatska d.o.o.

On-line www.plivamed.net, 01.02.-01.06.2015.

Dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., mob.: 098/499-925

Značaj liječenja osteoporoze

Delal komunikacije d.o.o.

On-line www.e-medikus.com

Kata Križić, mob.: 099/3866-905

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

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

Astma i KOPB – Put od pravovremenog postavljanja dijagnoze do kontrole bolesti

PLIVA Hrvatska d.o.o.

on-line, 01.04. – 16.06.2015.

Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925

OŽUJAK

Nove spoznaje o dijabetesu

MEF Sveučilišta u Splitu

Split, 20.03.2015.

Dr. Joško Božić, tel.: 021/557-853

Buka naša svagdašnja

KBC Sestre milosrdnice, Kl. za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata

Zagreb, 20.03.2015.

Prof. Marica Grbešić, tel.: 01/3787-360

Mentalno zdravlje djece u suvremenom društvu

Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba

Zagreb, 20.03.2015.

Tea Brezinčak, tel.: 01/3457-518

100,00kn

Novosti u liječenju glaukoma

Ewopharma d.o.o.

Rijeka, 20.03.2015.

Emina Gržanic, mob.: 099/7373-193, e-mail: e.gržanic@ewopharma.hr

Hiperuricemija i komplikacije

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)

Zagreb, 20.03.2015.

Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662

XIII. znanstveni skup o poremećajima mozga „Najnoviji dosezi neurosonologije“

HAZU, Razred za medicinske znanosti

Zagreb, 20.03.2015.

Olga Plazibat, mob.: 091/7910-027

Indicators as a tool for managing and quality improvement in health care

Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi

Zagreb, 20.03.2015.

Ana Zvonar, tel.: 01/6407-777

Biopsihosocijalni koncept depresije: sistemski pristup

Salutogeneza – Centar za osobni razvoj

Osijek, 20.-21.03.2015.

Dr. Božidar Popović, mob.: 092/1602-920

650,00kn

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

Propisivanje vježbanja i tjelesne aktivnosti u liječničkoj praksi
 ZJZ županije Međimurske
 Čakovec, 21.03.2015.
 Renata Kutnjak Kiš, dr.med., mob.: 098/206-464

Anemija u liječenju kronične bubrežne bolesti
 HLZ, HD za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju
 Umag, 21.03.2015.
 Dr. Nikola Janković, tel.: 01/3712-084

Hitna stanja u djece
 Zavod za hitnu medicinu Splitsko-dalmatinske županije
 Imotski, 21.03.2015.
 Dr. Mate Kasalo, mob.: 091/1999-000

Trening osoblja izvanbolničke hitne medicine (za liječnike i medicinske sestre-tehničare)
 Zavod za hitnu medicinu grada Zagreba
 Zagreb, 23.-25.03.2015.
 Dr. Iverka Brigljević, mob.: 091/4100-233

Pozitivni pomaci u liječenju demencije
 Pliva Hrvatska d.o.o.
 Zagreb, 24.03.2015.
 Prof.dr.sc. Ninoslav Mimica, tel.: 01/3780-678

Trening obnove znanja i vještina za dispečere medicinske prijavno-dojavne jedinice
 HLZ, HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine
 Zagreb, 24.03.2015.
 tel.: 01/4677-362, edukacija.hms@gmail.com; www.hdhm.com.hr/
 edukacija
 Članovi HLZ, HDHM 400,00kn, ostali 550,00kn

Klinička iskustva u liječenju Parkinsonove bolesti i Alzheimerove bolesti
 Lundbeck Croatia d.o.o.
 Zagreb, 24.03.2015.
 Goran Nikšić, mob.: 099/4329-493

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

Infekcije šake

Hrvatski zavod za telemedicinu
 Hvar, Vis, Knin, Trilj, Vrlika, Korčula, Vela Luka, 26.03.2015.
 Zdravko Huber, dipl.ing., tel.: 01/5496-082

Externships in Emotionally Focused Couples Therapy – EFT

Udruga za kibernetiku psihoterapije i organizacije (UKPO)
 Rijeka, 26.03.2015.
 Lidija Butković-Anđelić, mob.: 098/814-600
 700,00kn

Metabolički sindrom – procjena rizika i regulacija prehranom

Udruga Medikus
 Zagreb, 26.03.2015.
 Vesna Vučićević, mob.: 091/5044-766

Primjena bilastina u liječenju sezonskog i cjelogodišnjeg alergijskog rinokonjuktivitisa i urticarija

Berlin-Chemie Menarini d.o.o. Hrvatska
 Garešnica, 26.03.2015.
 Samy Jebrini, mob.: 097/7784-277

Mentalno zdravlje i ... Samoozljedivanje adolescenata u kliničkoj praksi

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“
 Zagreb, 26.03.2015.
 Dr. Iris Sarajlić Vuković, tel.: 01/4696-107

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@mf.hr; predbiljezbe.emg.nrl@kbc-zagreb.hr
 600,00kn specijalizanti, 300,00kn specijalizanti, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

3. simpozij – Odabrane 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

Novosti u liječenju kroničnih rana

Stoma-medical
Đakovo, 27.03.2015.
Hrvoje Lamza, tel.: 031/511-511

Trening trijaže u odjelu hitne medicine

Hrvatski zavod za hitnu medicinu
Dubrovnik, 27.-28.03.2015.
Ana Bokulić, tel.: 01/4677-362

Klinička endokrinologija

KBC Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, 27.-28.03.2015.
Sunčana Zgaga, tel.: 01/2376-581

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

European Paediatric Life Support

HLZ, HD za reanimatologiju
Zagreb, 27.-29.03.2015.
Dr. Hrvoje Kniewald, mob.: 091/5014-764
2000,00kn

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

Najnovije terapijske i dijagnostičke smjernice u pedijatriji

Klinika za dječje bolesti Zagreb
Zagreb, 28.03.2015.
KL. za dječje bolesti Zagreb, tel.: 01/4600-237

Bolesnik s virusnim hepatitisom u ordinaciji primarne zdravstvene zaštite

KL. za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“
Zagreb, 28.03.2015.
Nevenka Jakopović, mob.: 091/4012-681

Prevencija i kontrola infekcija u PZZ

PLIVA Hrvatska d.o.o.
Rijeka, 28.03.2015.
Ivana Palac, mob.: 098/9821-889

STMA – Liječenje neuromuskularne boli akupunkturom
Ban Tours

Daruvarske Toplice, 28.-29.03.2015.
Maja Mustać, mob.: 091/4748-492, e-mail: blaise676@gmail.com
2500,00kn

Hrvatska stomatologija od Austro-Ugarske monarhije do Europske unije

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)
Zagreb, 31.03.2015.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662

Prepoznavanje suicidalne depresivne osobe u izvanbolničkoj hitnoj medicinskoj službi – Možemo li bolje?

Zavod za hitnu medicinu Sisačko-moslavačke županije
Sisak, 31.03.2015.
Franko Haller, mob.: 091/1560-656

Put do moćne i pristupačne terapije astme je tako jednostavan

Cipla Croatia d.o.o.
Metković, 31.03.2015.
Mario Lacić, mob.: 098/9806-755

TRAVANJ

Astma i KOPB – Put od pravovremenog postavljanja dijagnoze do kontrole bolesti

PLIVA Hrvatska d.o.o.
on-line, 01.04. – 16.06.2015.
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925

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

Trening trijaže u odjelu hitne medicine

HLZ, HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine
Zadar, 09.-10.04.2015.
Tel.: 01/4677-362; e-mail: edukacija.hms@gmail.com;
www.hdhm.com.hr/edukacija
Članovi HLZ HDHM 800,00kn, ostali 1000,00kn

Trening radnika izvanbolničke hitne medicinske službe za doktore medicine i medicinske sestre/tehničare

HLZ, HD za hitnu medicinu, Hrvatsko sestrinsko društvo hitne medicine i ZHM Brodsko-posavske županije
Slavonski Brod, 09.-10.04.2015.
Tel.: 01/4677-362; e-mail: edukacija.hms@gmail.com;
www.hdhm.com.hr/edukacija
Članovi HLZ HDHM 1500,00kn, ostali 1800,00kn

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

ZJZ županije Istarske
Pula, 10.04.2015.
Lorena Lazarčić Stefanović, tel.: 052/529-000

50 godina nuklearne medicine u Rijeci – Drugi proljetni sastanak Hrvatskog društva za nuklearnu medicinu

HD za nuklearnu medicinu HLZ-a
Rijeka, 10.04.2015.
Prof. Dražen Huić, tel.: 01/2388-587

Jedna patronažna sestra – jedna grupa

UNICEF Ured za Hrvatsku
Zagreb, 10.-11.04.2015.
Marjana Jakčin, mob.: 091/3876-559

Primjena hijaluronskih filera u estetici lica

HLZ, HD za estetiku lica
Opatija, 10.-12.04.2015.
Željko Rotim, mob.: 098/227-468
1500,00kn

Multidisciplinarna metrika za predviđanje mentalne spremnosti/rezilijantnosti za obavljanje stresnih poslova

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)
Zagreb, 14.04.2015.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662

UNICEF 20 satni tečaj za zdravstvene radnike

KB Merkur
Zagreb, 14.-16.04.2015.
Dr. Gorana Aleksandra Juka-Kožul, mob.: 095/9028-132

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 d.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.)

Videotorakoskopska lobektomija

MEF Sveučilišta u Splitu
Split, 16.-17.04.2015.
Duje Oršulić, tel.: 021/556-226
2000,00kn

Zaštita na radu u regiji Alpe-Jadran, VII savjetovanje

Zavod za istraživanje i razvoj sigurnosti d.o.o.
Opatija, 16.-17.04.2015.
Krešimir Telebec, mob.: 091/3450-315
1380,00kn

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
Trakoščan, 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

Aktualnosti u reumatologiji i kliničkoj imunologiji

MEF Sveučilišta u Zagrebu, Kl. za unutarnje bolesti MEF Sveučilišta
u Zagrebu, KB Dubrava i Desetljeće kostiju i zglobova 2010-2010.-
Hrvatski nacionalni odbor (HNO)
Zagreb, 17.04.2015.
Blanka Kovačić, dipl.ing., tel.: 01/2903-434
300,00kn

Nove tehnologije u oftalmologiji

MEF Sveučilišta u Osijeku
Zagreb, 17.04.2015.
Mišo Debeljak, univ.bacc.oec., Senad Ramić, dr.med., tel.: 031/399-601

Ssimpozij o palijativnoj skrbi s međ.sud.

Udruga palijativne skrbi Slavonski Brod
Slavonski Brod, 17.-18.04.2015.
Svetjana Zlatarević, mob.: 091/13749-618
500,00kn

Balkan Diabetes Forum

Merck Sharp & Dohme
Rovinj, 17.-19.04.2015.
Vedran Peršin, mob.: 099/6539-964

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

Hitna stanja u neuroradiologiji

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split
Split, 20.04.2015.
Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

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 muskuloskeletalnog 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

MIPS educational course, Recent Advances in the diagnosis and management of Pelvic Floor dysfunctions

KBC Split
Split, 23.-25.04.2015.
Damir Puljić, tel.: 01/4921-779
1930,00kn

SEEFORT

Hrvatsko ortopedsko društvo
Dubrovnik, 23.-25.04.2015.
Stjepan Dokuzović, mob.: 091/8920-172
80-300 EUR

1. hrvatski simpozij bolesti ovisnosti s međ.sud.

HLZ, HD za alkoholizam i druge ovisnosti
Poreč, 23.-25.04.2015.
Ana Kozar, tel.: 01/3787-232
200,00; 250,00kn

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

Napredni ITLS tečaj

Hrvatska gorska služba spašavanja
Fužine, 24.-26.04.2015.
Dr. Tvrto Pervan, tel.: 01/3313-031, e-mail: tpervan@gmail.com
2500,00kn

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

Radijalna vulnerabilnost mozga u fetusa i prematurusa

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)
Zagreb, 26.04.2015.
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662

Promjene u DSM-u-5 u odnosu na DSM-IV

Naklada Slap

Zagreb, 27.04.2015.

Naklada Slap, Centar za edukacije i istraživanja, tel.: 01/6313-044, e-mail: zagreb@nakladaslap.com
1000,00kn

Ultrazvuk u ginekologiji i porodništvu

KB „Sveti Duh“, Klinika za ginekologiju

Zagreb, 27.04.-22.05.2015.

Biserka Milić, tel.: 01/3712-317
10.000,00kn

Mediteranska dijeta – farmakonutrijenti, nutrigenomika i epigenomika

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)

Zagreb, 28.04.2015.

Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662

Palijativna medicina i distanacija

KBC Split

Split, 28.04.2015.

Doc.dr. Marko Jukić, mob.: 091/5739-049

2. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije za liječnike obiteljske medicine

OB Pula

Pula, 28.04.2015.

Dr. Danijela Fabris-Vitković, tel.: 052/376-252; 376-148

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 zabora

HLZ, HD za neurovaskularne poremećaje

Zagreb, 07.-08.05.2015.

Prof.dr.sc. Vanja Bašić Kes, tel.: 01/3787-740

Ssimpozij 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

15. konferencija o kvaliteti i 6. znanstveni skup Hrvatskog društva za kvalitetu

HDK – Hrvatsko društvo za kvalitetu

Primošten, 07.-09.05.2015.

Jadranka Pavlinić Tomlinson, tel.: 01/4923-077, e-mail: jpt@hdqvaliteta.hr
600,00-2000,00kn

3. hrvatski epidemiološki kongres s međ.sud.

– Od prve karantene do moderne epidemiologije

Conventus Credo d.o.o.

Šibenik, 07.-09.05.2015.

Conventus Credo d.o.o, tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580, e-mail: info@conventuscredo.hr

Rana kotizacija: 1500,00kn (do 15.03.2015.)

Kasna kotizacija: 1700,00kn (od 16.03.2015.)

76. Dani dijabetologa Hrvatske

HLZ, HD za dijabetes i bolesti metabolizma

Pula, 07.-10.05.2015.

Doc.dr.sc. Dario Rahelić, mob.: 091/5156-576

500,00kn

Kongres o trodimenzionalnom ultrazvuku u ginekologiji i opstetriciji s međ.sud. – Nove dimenzije, nove tehnologije i novi softwere-i

HD za ultrazvuk u medicini i biologiji HLZ-a, Klinika za ženske bolesti i porode KBC Zagreb, Contres projekti d.o.o.

Poreč, 07.-10.05.2015.

Maja Orsag, tel.: 01/4821-193, e-mail: maja@contres.hr

Rana kot., do 28.02.2015. – 1800,00kn; Kasna kot., nakon 28.02.2015. – 2000,00kn; Specijalizanti 900,00kn; Sponzorsko osoblje 700,00kn



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 Lazarć Stefanović, tel.: 052/529-000

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

Hrvatska liječnička komora

Zagreb, 08.05.2015.

Spektar putovanja d.o.o. Ana Hadžić, tel.: 01/4862-605

500,00kn za sudionike i izlagače (600,00kn na dan održavanja simpozija); 400,00kn za umirovljenike i specijalizante; 300,00kn za prateće osobe (350,00kn na dan održavanja simpozija)

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 ambulanti 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.Marks 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.

Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

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

2. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije za liječnike obiteljske medicine

OB Pula

Pula, 19.05.2015.

Dr. Danijela Fabris-Vitković, tel.: 052/376-252; 376-148

Praktičan pristup bolesniku s demencijom (Alzheimerova i Parkinsonova bolest, Lewy body demencija)

MEF Sveučilišta u Osijeku

Zagreb, 22.05.2015.

Natalia Palac, tel.: 01/2388-784

400,00kn

Novosti iz nefrologije i arterijske hipertenzije – Povrh holističkog pristupa

HD za hipertenziju HLZ-a, Društvo za razvitiak nefrologije „Prof.dr. Milovan Radonić“, Zavod za nefrologiju, arterijsku hipertenziju i dijalizu

KBC Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu, Radna skupina za arterijsku

hipertenziju Hrvatskog kardiološkog društva

Zagreb, 22.-24.05.2015.

Dr. Jelena Kos, tel.: 01/2388-271, 2388-592, fax.: 01/2367-468,

e-mail: tajnik@hdh.hr, www.hdhtecaj2015.org

XXIII. Savjetovanje o perinatalnom mortalitetu Republike Hrvatske

HLZ, HD za perinatalnu medicinu

Zagreb, 23.05.2015.

Dr. Josip Juras, mob.: 098/668-305

100,00kn

55th International Neuropsychiatric Congress

Udruga za neuropsihijatriju

Pula, 27.-30.05.2015.

Olga Plazibat, mob.: 091/7910-027

2250,00; 3000,00; 3750,00kn

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

20th Congress of the Euroacademia Multidisciplinaria Neurotraumatologica (EMN)

Euroacademia Multidisciplinaria Neurotraumatologica (EMN)

Zagreb, 28.-30.05.2015.

Conventus Credo, tel.: 01/4854-696/697, fax.: 01/4854-580, e-mail: info@conventuscredo.hr

Rana kotizacija do 01.04.2015. - specijalisti 100,00EUR, specijalizanti 50,00EUR, studenti bez kotizacije

Kasna kotizacija Od 01.04.2015. - specijalisti 150,00EUR, specijalizanti 80,00EUR, studenti bez kotizacije

Avoiding unwanted pregnancies

HLZ, Hrvatsko senološko društvo

Zagreb, 29.-30.05.2015.

Spektar putovanja d.o.o., Goran Vukov Colić, mob.: 099/2930-515
450,00 – 850,00kn

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

Dijagnostika i prepoznavanje poremećaja uz pomoć DSM-a-5

Naklada Slap

Zagreb, 01.-02.06.2015.

Valentina Ružić, tel.: 01/6313-044, e-mail: zitagreb@nakladaslap.com
1500,00kn

26th Summer Stroke School

HD za prevenciju moždanog udara

Dubrovnik, 01.-05.06.2015.

Olga Plazibat, mob.: 091/7910-027
750,00kn

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

Suvremeni principi liječenja kraniocerebralne ozljede

HD za cerebrovaskularnu neurokirurgiju

Zagreb, 11.-12.06.2015.

Ivan Koprek, mob.: 091/6059-669
1000,00-1500,00kn

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

VIII međunarodna lošinjska škola o alkoholizmu

KLA "Bonaca" Mali Lošinj

Mali Lošinj, 12.-14.06.2015.

Branko Lakner, mob.: 099/6000-161
350,00kn

Radiološki prikaz patoloških promjena vrata

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split

Split, 15.06.2015.

Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

Hrvatski pravni sustav nakon pridruživanja Europskoj uniji

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)

Zagreb, 16.06.2015.

Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662

2. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije za liječnike obiteljske medicine

OB Pula

Pula, 16.06.2015.

Dr. Danijela Fabris-Vitković, tel.: 052/376-252; 376-148

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

Ninth ISABS Conference on Forensic and Anthropologic Genetics and Mayo Clinic Lectures in Individualised Medicine

International Society for Applied Biological Sciences
Bol, 22.-26.06.2015.

Marina Štefanac, tel.: 01/4862-611, e-mail: info@isabs.hr,
www.isabs.hr

Rana kot.: 270EUR sudionici; 170EUR član ISABS; 140EUR studenti;
90EUR student koji je ISABS član; 90eur osobe u pratinji
Kasna kot.: 350EUR sudionici; 240EUR član ISABS; 170EUR
studenti; 120EUR student koji je ISABS član; 120eur osobe u pratinji

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@kbcs.mr

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.

Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

Suvremene spoznaje iz korektivne dermatologije

Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (AMZH)

Zagreb, 25.09.2015.

Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, e-mail: amzh@zg.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, POUČ – 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.

Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

XXIX Perinatalni dani „Ante Dražančić“

HLZ, HD za perinatalnu medicinu i HD ginekologa i opstetričara,

JM Perfecta Group LTD – Podružnica u RH

Split, 22.-24.10.2015.

Dajana Šamija, mob.: 091/2660-018
900,00kn

S.I.S. European Congress on Breath Diseases and 6-th Congress of the Croatian Senologic Society

HLZ, Hrvatsko senološko društvo

Opatija, 22.-25.10.2015.

Javor Vučić, mob.: 091/5075-134, e-mail: javor.vucic@zg.t-com.hr;
www.novacon.hr/senology2015
170,00-350,00EUR

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

23. godišnja konferencija hrvatskih psihologa

Hrvatsko psihološko društvo
Šibenik, 04.-07.11.2015.
Josip Lopizić, tel.: 01/2312-733, mob.: 091/2312-733
Rana kot. (do 31.08.2015.) 1.200,00kn

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 Lazaric Stefanović, tel.: 052/529-000

Neoperacijsko liječenje skolioza i kifoza

HD za dječju ortopediju i Kuća zdravlja
Zagreb, 14.11.2015.
Conventus Credo, tel.: 01/4854-696/697, fax.: 01/4854-580,
e-mail: info@conventuscredo.hr
Rana kot. (do 30.08.2015.) 700,00kn, kasna kot. (nakon 30.08.2015.)
850,00kn

Zašto „Core“ biopsija dojke

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split
Split, 16.11.2015.
Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

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

Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel
Zagreb, 07.-11.12.2015.
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,
mob.: 098/235-718, e-mail: dmiklic@hotmail.com
3.500,00kn

