

# LIJEČNIČKE NOVINE

GLASILO HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE



GODINA XIV  
BR. 145  
23.XII.2015

## U OVOM BROJU:

Koliko je etično  
naše novinarstvo?

Komora donator  
Muzeju hrvatske medicine

Osnovano Povjerenstvo  
za mlade liječnike

HIV/AIDS u Hrvatskoj

Predijagnosticiranje



Od 1. siječnja 2016. svakom članu

**3.000 kn**

za novorođeno dijete

# IMPRESUM

## LIJEĆNIČKE NOVINE

Glasilo Hrvatske liječničke komore  
ADRESA UREĐNIŠTVA  
10000 Zagreb, Tuškanova 37, Hrvatska  
GLAVNI I ODGOVORNI UREDNIK  
Prof. dr. Željko Poljak  
Vlaška 12, 10000 Zagreb  
e-mail:zeljko.poljak@zg.t-com.hr  
TAJNIK REDAKCIJE  
Doc. dr. sc. Dražen Pulanić, dr. med.  
Naklada 20.000 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 20.000 copies

## LIJEĆNIČKA KOMORA NA INTERNETU

www.hlk.hr • e-mail:hlk@hlk.hr

## IZDAVAČKI SAVJET

Nikolina Budić, dipl. iur.  
Dr. Miran Cvitović  
Mr. sc. Trpimir Goluža  
Dr. sc. Miro Hanžević  
Dr. Eva Jendriš Škrljak  
Dr. Ivan Lerotic  
Dr. sc. Krešimir Luetić  
Prim. dr. Hrvoje Minigo  
Dr. Darija Moguš Vončina  
Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić  
Dr. sc. Iva Pejnović Franelić  
Dr. Ivan Raguž  
Dr. Dragan Soldo  
Doc. dr. sc. Davor Vagić  
Prof. dr. sc. Lada Zibar

## UREĐNIČKI ODBOR

Dražen Borčić • Tomislav Božek  
Nikolina Budić • Egídio Cepulić  
Stella Fatović Ferencić  
Franjo Husinec • Josip Jetić  
Željko Krvnarić • Slavko Lovasić  
Adrian Lukenda • Vjekoslav Mahovlić  
Ingrid Márton • Hrvoje Minigo  
Matija Prka • Dražen Pulanić  
Livija Puljak • Katarina Sekelj Kauzarić  
Ivana 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 i autora.  
Mali oglasnik 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 lijekova objavljene u ovom  
broju "Liječničkih novina", cijelokupni odobreni sažetak  
svojstava lijeka te cijelokupna odobrena uputa sukladni su  
člancima 16. i 22. Pravilnika o načinu oglašavanja i obavješćivanja o lijekovima, homeopatskim i medicinskim proizvo-  
dima (NN br. 62/05).

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

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

Prijelom A. Boman Višić

Tisk "Mediaprint - Tiskara Hrastić d.o.o."

# KAZALO

RIJEČ PREDSJEDNIKA.....	4
Članu jednokratno 3.000 kuna za svako njegovo novorođeno dijete, a maloljetnoj djeci preminulih članova 6.000 kuna godišnje sve do njihove punoljetnosti	
IZ KOMORE.....	5
Tri stotine liječnika otišlo iz Hrvatske * Komora će i dalje insistirati da struka odlučuje Koliko nam je novinarstvo etično? * Osnovano Povjerenstvo za mlade liječnike Komora donator Muzeju povijesti medicine * Simpozij "Medicinsko pravo"	
IZ HRVATSKOGA LIJEĆNIČKOG ZBORA.....	11
Susret liječnika Mainza i Zagreba * Osnovano HD za mentalno zdravlje djece Osnovano HD za transplantacijsku medicinu * Skupština Hrvatskog epidemiološkog društva Iz Sekcije za pedijatrijsku anestezioligu HDAIL-a	
IZ HRVATSKOGA ZDRAVSTVA.....	16
Suradnja Hrvatske i Albanije u zdravstvu * Jedinstveno tijelo vještačenja Zagrebačka endoskopska kirurgija sinusa * Klinička praksa u ginekologiji Prevencija dječjih bolesti * Hrvatska obiteljska medicina * Avberšek umirovljena	
IZ HZJZ-a.....	20
HIV/AIDS u Hrvatskoj	
ZDRAVSTVO U SVIJETU.....	22
Svjetska konferencija o bioetici Svjetski kongres o štitnjači	
KONGRESI I SIMPOZIJI.....	23
Hrvatski kongres medicine rada * Kongres obiteljskih doktora * Atlanto-aksijalna regija Kongres medicinskih vještaka * Šećerna bolest	
MEDICINSKE TEME U HAZU-u.....	33
Regenerativna ortopedija i tkivno inženjerstvo * Komemoracija u spomen Dragi Ikiću Komora donator Muzeju medicine * Rak debelog crijeva * Tumori prostate	
COCHRANE ZANIMLJIVOSTI.....	36
Terapija infarkta maticnim stanicama Prevedeno više od 1.000 Cochrane sažetaka na hrvatski jezik	
ZAGREBAČKO ZDRAVSTVO.....	39
Bolesti srca i krvnih žila u gradu Zagrebu	
NOVOSTI IZ HALMED-a.....	40
Bezreceptni hitni kontraceptivi * Cjepivo protiv tetanusa * Mikofenolat u trudnoći	
NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE.....	43
MEDICINA I TEHNOLOGIJA.....	62
Utjecaj zdravstvene industrije na ljudske djelatnosti	
MEDICINA I PRAVO.....	67
Medicinsko pravo Pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti Uz novi Obiteljski zakon	
DRUGO MIŠLJENJE.....	71
Predijagnosticiranje	
ZAGREBAČKO ZDRAVSTVO.....	78
Maligne neoplazme	
RAZMJENA MIŠLJENJA.....	80
O zdravstvenoj preventivi	
ESEJ.....	82
Tko želi biti anestezijolog	
IZ POVIJESTI HRVATSKE MEDICINE.....	83
Dr. Matilda Lateiner-Mayerhofer	
POSUĐENO.....	86
Indija – „Ljekarna za siromašne“	
HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI.....	89
Prim. Artur Majer	
UREDNIKOV KUTAK.....	92
BOLJE HUMOR NEGO TUMOR.....	95
KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA .....	96

### MR. SC. TRPIMIR GOLUŽA

Predsjednik Hrvatske liječničke komore



# Članu jednokratno 3.000 kuna za svako njegovo novorođeno dijete, a maloljetnoj djeci preminulih članova 6.000 kuna godišnje sve do njihove punoljetnosti

Drage kolegice i kolege,

kraj svake godine prilika je da se osvrnemo za sobom i pogledamo što nam je donijela godina na izmaku, ali isto tako i da pogledamo unaprijed i odredimo ciljeve vlastita djelovanja u godini koja slijedi.

Hrvatska liječnička komora doživjela je u 2015. godini velike promjene. Nakon što je Komorom, dvadeset godina, upravljala gotovo ista ekipa liječnika koja je 1995. obnovila njen rad, ove je godine odgovornost za vodjenje Komore, na demokratski način slijedom izbornih rezultata, preuzeala organizirana skupina znatno mlađih kolega i kolega. **Nove generacije nose sa sobom novu energiju, drugačije pristupe, novu viziju...** Od prvoga dana svjesni smo nužnosti preobrazbe Komore iz samo sebi svrhovite institucije u instituciju koja će prvenstveno služiti liječnicima, a potom i zdravstvenom sustavu, odnosno društvu u cijelini. Šest mjeseci prekratko je razdoblje da bi se ostvarili zapaženi rezultati, no dovoljno je da se detaljno snimi i sagleda naslijedeno stanje, jasno utvrde ciljevi, stvore operativni planovi i započne s njihovim ostvarenjem. Ipak smo i u tako kratkom razdoblju uspjeli zaokružiti i u potpunosti realizirati prvi značajni projekt. Prema zahtjevima Upravnog nadzora Ministarstva zdravlja i u skladu s Pravilnikom o zaštiti i čuvanju arhivskog i registraturnog gradiva, **kompletno smo uređili arhiv HLK-a**. Pri tome smo podrumski prostor građevinski prenamijenili u prostor za arhiv, primjereno ga namjestili te ga opremili protupožarnim i vatrodojavnim sustavom. Izlučili smo i uništili 550 registratora registraturne građe koju prema zakonu više nismo bili obvezni čuvati. Digitalizirali smo i u elektronском obliku pohranili više od 620.000 dokumenata vezanih uz osobni očeviđnik članova te ih

formatirali i pripremili za mogućnost elektronskog dohvata. Ispravili smo sve propuste koji su u posljednjih dvadesetak godina učinjeni pri arhiviranju grade te fizički preselili cijeli arhiv. Ono za što bi, prema organizaciji i intenzitetu rada koju smo zatekli, bivšem vodstvu trebalo više od pet godina, napravili smo u roku devedesetak dana. Racionalizacijom poslovanja, redefiniranjem postojećih ugovornih obveza, raskidanjem nekih starih i potpisivanjem novih ugovora o poslovnoj suradnji, boljom kontrolom naplate i ustanovljavanjem dugogodišnjih nepodmirenih obveza prema Komori te pokretanjem mehanizama njihove **naplate uspjeli smo ostvariti preduvjete za višemilijunska uštedu u 2016. godini**. Pri tome nismo odustali niti od jednog postojećeg projekta, a članovima nismo ukinuli niti umanjili bilo koje stećeno pravo. Samo smo se ponašali odgovorno i racionalno, svjesni da raspolažemo svojim, a ne tudim novcem. Planirani finansijski dobitak namjeravamo u potpunosti preusmjeriti k članstvu

Želimo da svatko od nas osjeti Hrvatsku liječničku komoru kao instituciju koja će mu biti oslonac ne samo u profesionalnom – stručnom radu već i u društvenom, odnosno privatnom životu.

Odlukom Skupštine HLK-a, održane 19. prosinca 2015., od 1. siječnja 2016. svaki član naše Komore koji uredno podmiruje svoje članske obveze imat će pravo na **jednokratnu finansijsku pomoć u iznosu od 3.000 kuna za svako svoje novorođeno dijete**. Na istoj sjednici Skupštine HLK-a, utemeljena je i tzv. **pokojnina u mjesečnom iznosu od 500 kuna** namijenjena kao kontinuirana pomoć i podrška **malodobnoj djeci pokojnog člana HLK-a sve do njihove punoljetnosti**.

U 2016. godini pred nama je izazov ustavljanja Hrvatske liječničke komore u orga-

nizaciju s potpuno definiranim i standardiziranim, suvremeno informatički podržanim i uskladenim poslovnim postupcima i procedurama. Komoru ćemo potpuno otvoriti članstvu, a dobrim dijelom i široj javnosti. Planiramo: unaprijediti našu službenu mrežnu stranicu, otvoriti dodatne komunikacijske kanale prema javnosti i članstvu, usavršiti program trajne stručne izobrazbe, urediti dvije stambene jedinice u Zagrebu za kratkoročan boravak članova, naći partnera za izgradnju doma za umirovljene liječnike, osnovati Koordinaciju komora u zdravstvu (KoKoZ), izdati nove multifunkcionalne članske iskaznice, potaknuti rad županijskih povjerenstava HLK-a, razviti program osiguranja liječnika... Jedna će od najznačajnijih aktivnosti Komore tijekom 2016. godine biti obilježavanje 25. godišnjice stradanja Vukovara. Tim povodom u istočnoj Slavoniji organizirat ćemo proširenu sjednicu Vijeća Komore, a bit ćemo i pokrovitelji 12. stručnog simpozija "Ratna bolnica dr. Juraj Njavro". Hrvatsku liječničku komoru nastojat ćemo prometnuti u odgovornu društvenu organizaciju koja će pomicati neupitne vrijednosti hrvatskog društva i pomicati granice dobrote i solidarnosti u njemu.

Ovim, prosinackim brojem Liječničkih novina opraćamo se od aktualnoga vizualnog identiteta i sadržajnog koncepta našega službenog glasila. Sljedeći broj Liječničkih novina, koji će izaći u veljači 2016. godine, bit će drugačiji.

Drage kolegice i kolege, neka vam predstojeći blagdani donesu sklad, toplinu, mir i razumijevanje. Vama i vašim obiteljima želim svako dobro u 2016. godini.

# U POSLJEDNJE DVije GODINE 300 LIJEĆNIKA OTIŠLO IZ HRVATSKE

**O**d srpnja 2013. do rujna ove godine čak 947 liječnika zatražilo je od Hrvatske liječničke komore potvrde potrebne za odlazak na rad u inozemstvo, a točne podatke koliko je liječnika otišlo iz svih segmenata zdravstvenog sustava, trenutno nema niti jedna institucija. Procjena je da je u zadnje dvije godine iz Hrvatske otišlo 300 liječnika. Prema podacima o broju liječnika (EUROSTAT-a za 2014. god.), Hrvatska zaostaje za zemljama EU-a s obzirom nato da je u njima prosjek 3,4 liječnika na 1000 stanovnika, dok u Hrvatskoj taj prosjek iznosi 2,9 liječnika na isti broj stanovnika. Naglasak je to predavanja koje je održao mr. sc. **Trpimir Goluža**, dr. med., predsjednik Hrvatske liječničke komore, u sklopu simpozija Udruge poslodavaca u zdravstvu. Tema dvodnevnog simpozija, koji se održavao u Opatiji, bilo je "Zdravstvena politika (2016.-2020.) i analiza poslovanja zdravstvenih ustanova u 2015. godini".

"Hrvatska liječnička komora među prvima je istaknula problem trenutnog i budućeg nedostatka liječnika, odnosno nedostatka liječnika pojedinih specijalnosti. Ulazak Hrvatske u EU pozitivno se odražava na liječničku profesiju, no negativno na hrvatski zdravstveni sustav. Većom mobilnošću unutar EU-a olakšan je hrvatskim liječnicima pri-

stup edukaciji i tržištu rada Europske unije. Stoga je logično povećan odlazak liječnika u inozemstvo i to posebno deficitarnih specijalnosti (anesteziolozi) te mlađih liječnika (do 36 godina) koji su tek postigli sve potrebne stručne kvalifikacije" - naglasio je Goluža. Komora vidi rješenje problema odlaska liječnika u poboljšanju uvjeta za život i rad liječnika u Hrvatskoj. Zabrinjava spoznaja da aktualna zdravstvena administracija još uvijek nije poduzela konkretne, poticajne mjeru da se taj negativni trend zaustavi. Nužno je osigurati veću mogućnost zapošljavanja mlađih liječnika nakon stjecanja stručne kvalifikacije, osigurati poticaje za zapošljavanje u ruralnim područjima, osigurati bolje vrednovanje rada, omogućiti ostvarenje profesionalnih ambicija te podići opći društveni ugled liječnika.

Postoji i određen interes stranih liječnika za rad u Hrvatskoj. „Iz zemalja izvan EU-a i Europskog gospodarskog prostora do sada je u sustav hrvatskog zdravstva ušlo 28 liječnika. Interes za profesionalni liječnički angažman u Hrvatskoj dosad su iskazala 132 liječnika iz trećih zemalja, no priznavanje inozemnih stručnih kvalifikacija u RH neprimjereno je dug i administrativno komplikiran postupak te je pristup tržištu rada otežan. Komora ima rješenja za pojednostavljenje procesa" nagla-

sio je Goluža. Pri tome je objasnio da su nužne promjene i uskladivanje s odredbama Direktive EU 2005/36/EZ svih nacionalnih zakonskih propisa kojima se uređuje ulazak liječnika iz inozemstva. Prema prijedlogu Komore ona bi bila jedinstveno pravstupansko tijelo nadležno za priznavanje ISK (inozemnih stručnih kvalifikacija) po automatskom i općem postupku, a potrebno je i izricanje jedne kompenzacijске mjere (npr. polaganje ispit ili rad u praksi) nakon ukupne procjene stručnih kvalifikacija podnositelja zahtjeva. Također, dodao je Goluža, liječnicima kojima je izrečena kompenzacijска mjera potrebno je omogućiti rad u sustavu zdravstva RH pod nadzorom mentora.

Simpoziji Udruge poslodavaca u zdravstvu najaktualnija su i najstručnija okupljanja svih ključnih čimbenika u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Simpozij je namijenjen kompletnom upravljačkom menadžmentu ustanove, te pravnim i ekonomskim kadrovima ustanove, predstavnicima zdravstvene administracije, županijskih vlasti, predstavnicima komora, sindikata i udruga u zdravstvu, privatnim zdravstvenim ustanovama, koncesionarima, trgovačkim društvima i svim poslovnim partnerima zdravstvenih ustanova.

## KOMORA ĆE I DALJE INZISTIRATI DA STRUKA ODLUČUJE O STRUČNIM PITANJIMA

**H**rvatska liječnička komora uspjela je sprječiti namjeru Ministarstva zdravlja da izmjenama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju ukine specijalizaciju iz laboratorijske medicine i zamjeni je onom iz gerijatrije. Stoga je podršku Komori i zahvalu na uspešnoj zaštiti liječničke struke i prava liječnika dao inicijativni odbor Društva za laboratorijsku medicinu i laboratorijsku imunologiju Hrvatskog liječničkog zbora, odnosno ugledni profesori Medicinskog fakulteta u Zagrebu: prof. dr.

**Vesna Kušec**, prof. dr. **Drago Batinić** i prof. dr. **Davor Ježek**.

Unatoč postignutom uspjehu, vodstvo Komore neugodno je iznenadeno činjenicom da se objavljeni Pravilnik znatno razlikuje od Prijedloga Pravilnika koji je bio dostavljen na mišljenje 15. rujna ove godine i na koji se Komora očitovala.

Najznačajnija je promjena, na koje se Komora nije mogla očitovati budući da nije predložena u Prijedlogu Pravilnika, ukinjanje obvezu Ministarstva zdravlja da pribavi prethodno

mišljenje Komore za imenovanje voditelja programa specijalističkog usavršavanja. Time je omogućeno ministru zdravlja da arbitrazno, prema vlastitom nahodenju, imenuje članove Povjerenstva za specijalističko usavršavanje. Dosadašnji Pravilnik definirao je da Nacionalno povjerenstvo čine predstavnici ministarstva, Nacionalnog zdravstvenog vijeća, dekanske konferencije medicinskih fakulteta, Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog liječničkog zbora i Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu.

“Hrvatska liječnička komora je aktivno i vrlo konstruktivno sudjelovala u javnoj raspravi o promjenama Pravilnika. Svojim stavovima nastojali smo zaštititi struku. Za “nagradu” što smo spriječili ukidanje specijalizacije iz laboratorijske medicine, ministar Varga je u potpunosti Komoru izbacio iz novog Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine. To Komoru neće spriječiti da i dalje inzistira na principu da struka odlučuje o stručnim pitanjima”, naglasio je

predsjednik Komore mr. sc. **Trpimir Goluža**. Novi Pravilnik inače više ne propisuje niti ovlast komorinog Povjerenstva za specijalističko usavršavanje da donosi pravila o inspekcijskom posjetu, imenuje povjerenstvo za inspekcijski posjet, donosi odluke o ponovnom ovlaštenju/oduzimanju ovlaštenja za provođenje specijalističkog usavršavanja niti da uspoređuje ispunjenost kriterija za glavne mentore. Vodstvo Komore naglašava kako je potpuno nejasno zašto su u novi

Pravilnik unijete odredbe koje nisu usuglašavane u javnoj raspravi i kojima su krovne liječničke institucije isključene iz procesa donošenja krucijalnih dokumenata za liječničku struku. Zabrinjava spoznaja da je bitno umanjena institucionalna uloga liječničke struke u donošenju, provođenju i kontroli programa specijalističkog usavršavanja.

# Koliko nam je novinarstvo doista etično?

*Predsjednik Hrvatskog novinarskoga društva (HND-a) i predsjednica Zbora zdravstvenih i medicinskih novinara HND-a ne razumiju društvenu zadaću medija niti ulogu Hrvatskoga novinarskog društva*

U priopćenja upućenog javnosti, 17. studenoga 2015., saznali smo kako su Hrvatsko novinarsko društvo (HND) i Zbor zdravstvenih i medicinskih novinara HND-a „neugodno iznenadeni tekstovima objavljenima u dva posljednja broja *Liječničkih novina*“. Priopćenje su potpisali predsjednik HND-a **Saša Leković** i predsjednica Zbora zdravstvenih i medicinskih novinara HND-a **Selma Mijatović**.

Saša Leković i Selma Mijatović su ocijenili kako smo kolega Poljak i ja, „nezadovoljni napisima novinara *Večernjeg lista* Ivane Rimac i Danijela Prerada, ne koristeći zakonske institute ispravka i odgovora na eventualno sporne priloge“, u svojim tekstovima „napadali, prozivali i etiketirali novinare *Večernjeg lista*“.

Zaključili su kako je naš odgovor na tekstove spomenutih novinara „neprimjeren“, a „razinu njihova“ odnosno našega komuniciranja izmjerili su s dva epiteta koja je kolega Poljak preoštro upotrijebio nazvavši postupke jednog novinara „glupima“ i „podlima“. Istina, ja nisam ništa slično napisao, ali u krugovima koji svijet dijele na „naše“ i „njihove“ to i onako nije važno. Puno je važnije to što Leković i Mijatović, kao predstavnici odnosno čelni ljudi HND-a pišu neistine što barem zbog svojih funkcija nikako ne bi smjeli.

Nije točno da kolega Poljak i ja „nismo koristili zakonske institute ispravka i odgovora na eventualno sporne priloge...“.

Osobno sam još 13. listopada 2015. pisao uredništvu *Večernjeg lista* o netočnosti, neetičnosti i potencijalnoj općoj društvenoj štetnosti objavljenih članaka te zatražio njihov ispravak.

**Iz priopćenja čelnika  
HND-a adresiranog na  
HLK nije teško procijeniti  
koliko nam je novinarstvo  
doista etično i koliko je  
vjerodstojno**

Uredništvo je 20. listopada 2015. odbilo objaviti ispravak pravdajući se „razlozima predviđenim Glavom VI Zakona o medijima“. Nisu pojasnili koji su to razlozi niti je glavni urednik potpisao „odbijenicu“ iako je to po Zakonu o medijima dužan učiniti. Napisao sam i prigovor na tako protuzakonito, neargumentirano, nejasno i paušalno odbijanje te ga 4. studenoga 2015. poslao uredništvu *Večernjeg lista*, ali na nj nisam dobio nikakav odgovor.

Kao predsjednik HLK-a, poslao sam predsjedniku HND-a Saši Lekoviću u više navrata (7. kolovoza 2015., 1. listopada 2015. i 23. listopada 2015.) pritužbu zbog pojedinih objavljenih novinskih članaka, ali nisam dobio nikakav odgovor. Reagirao sam pravo-

vremeno (23. veljače 2015. i 15. lipnja 2015.) i na dva članka „novinarke“ **Jasmine Sarić Čedić**, koji su objavljeni u *24 sata*, ali ni tada ispravaka nije bilo. Radilo se o prljavim i podlim tekstovima punim neistina i podvala čija je svrha bila utjecati na izbore u Hrvatskoj liječničkoj komori. Trenutno, po tom pitanju, zadovoljštinu tražim na судu.

Celnici HND-a, Saša Leković i Selma Mijatović su „posebno zabrinuti“ zbog toga što kolega Poljak i ja tobože „ne razumijemo kako je društvena zadaća medija izvijestiti o svim dogadjajima od interesa za javnost, uključujući istrage i kaznene postupke“.

Sve da je to tako, a nije, puno je veći problem u činjenici da čelni ljudi HND-a zapravo ne razumiju društvenu zadaću medija pa sektori brane ono što je neobranjivo. Podsjecam kako bi etično novinarstvo moralo uvažavati kriterije „istinitosti, točnosti, nepristranosti i poštenog prezentiranja informacija, poštivanja osobnosti i privatnosti ljudi, neovisnosti o pojedinačnim interesima i odgovornošti prema društvu i općem dobru, poštivanja nacionalnih zakona o javnom komuniciranju te poštivanja moralna, pristojnosti i dobrog ukusa...“.

Već i iz, na nas adresiranog, priopćenja čelnika HND-a nije teško procijeniti koliko nam je novinarstvo doista etično i koliko je vjerodostojno.

**Dr. Trpimir Goluža**



**Predsjednik Komore  
mr. sc. Trpimir Goluža (desno)  
i prvi dopredsjednik Komore dr.sc.  
Krešimir Luetić (lijevo) s članovima  
Povjerenstva za mlade liječnike**

## OSNOVANO POVJERENSTVO HLK-a ZA MLADE LIJEČNIKE

**U**srednjem uredu Hrvatske liječničke komore održana je 18. studenoga prva sjednica Povjerenstva za mlade liječnike.

Vodstvo Komore prepoznalo je probleme mlađih liječnika u Hrvatskoj i važnost osnivanja ovog Povjerenstva te ispunilo još jedno od svojih predizbornih obećanja. Povjerenstvo okuplja liječnike mlađe od 35 godina i broji 12 članova iz raznih dijelova Hrvatske.

Kako bi se što bolje analizirala problematika, u Povjerenstvu su uključeni liječnici iz različitih medicinskih grana, koji su zaposleni u raznim segmentima zdravstva. Uz bolničke liječnike, prisutni su i liječnici iz primarne zdravstvene zaštite, liječnici iz javnog zdravstva te liječnici zaposleni na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Četiri člana Povjerenstva ujedno su i delegati aktualnog saziva Skupštine HLK-a.

Temeljem odluke Izvršnog odbora Komore za predsjednika Povjerenstva imenovan je dr. **Davor Kust**, specijalizant onkologije i radioterapije iz KBC-a Sestre milosrdnice i delegat u Skupštini HLK-a.

Uz njegasu članovi Povjerenstva: dr. **Luka Vučemilo** (specijalizant ORL-a; KB Merkur), dr. **Ksenija Vučur** (hitna medicina; Ivanić Grad), dr. **Vedran Hostić** (specijalizant anesteziologije; KBC Sestre milosrdnice), dr. **Saša Gulić** (internist; KB Sveti Duh), dr. **Ivan Balen** (obiteljska medicina; DZ Nova Gradiška), dr. **Ana Brechelmacher** (hitna medicina; OB Slavonski Brod), dr. **Doris Dodig** (spe-

cijalizantica radiologije; KBC Rijeka), dr. **Senad Handaganić** (javno zdravstvo; ŠNZ Andrija Štampar), dr. **Kristijan Đula** (specijalizant kardiologije; OB Sisak), dr. sc. **Josip Juras** (specijalizant ginekologije; KBC Zagreb, MEF Zagreb) i dr. sc. **Tomislav Kopjar** (kirurg, MEF Zagreb).

**Pozivamo  
sve zainteresirane  
mlade liječnike  
da se kao vanjski  
suradnici aktivno  
uključe u rad  
Povjerenstva  
i time daju  
svoj doprinos  
poboljšanju  
zdravstvenog  
sustava**

Cilj Povjerenstva je kontinuirani rad na poboljšanju statusa mlađih liječnika u zdravstvu.

Prvi je korak u tom procesu prikupljanje i evaluacija postojeće problematike s kojom se susreću mlađi liječnici u profesionalnom i društvenom razvoju te njezino iznošenje vodstvu Komore s ciljem zajed-

ničkog pronalaženja rješenja i njihove implementacije u praksi.

Na prvoj sjednici Povjerenstva izglasан je plan rada i osnovane su četiri radne skupine kako bi se zadani cilj što brže i efikasnije ostvario.

Zadaci radnih skupina su istraživanje o zadovoljstvu mlađih liječnika specijalističkom i postdiplomskom edukacijom, dodijeljenim mentorima, te razlozima odlaska u inozemstvo, suradnja s ostalim organizacijama / udrugama mlađih liječnika, kako u Hrvatskoj tako i šire, te s ostalim povezanim institucijama, otvaranje prema mlađim liječnicima u smislu proširenja aktivnog članstva, pružanje pravnih i ostalih informacija te pokretanje vlastite web stranice na službenom web prostoru Komore.

Otvorena je i službena e-mail adresa Povjerenstva, **mladi@hlk.hr**, na koju svi mlađi liječnici mogu uputiti svoje prijedloge, ideje i primjedbe vezane uz djelokrug rada Povjerenstva.

Pozivamo sve zainteresirane mlađe liječnike da se kao vanjski suradnici aktivno uključe u rad Povjerenstva i time daju svoj doprinos poboljšanju zdravstvenog sustava, a za boljšak svih liječnika u Hrvatskoj.

# Komora donator Hrvatskom muzeju povijesti medicine

**U**palači Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti su 15. studenoga podijeljene zahvalnice prvim donatorima Hrvatskog muzeja medicine i farmacije Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti zahvaljujući kojima je omogućen početak rada najnovijeg muzeja u sastavu Akademije (vidi str. 34). Među donatorima bila je Hrvatska liječnička komora. Priznanje je uručeno

**Slijeva:** Dosadašnji predsjednik Komore prim. Minigo, tajnik Akademije prof. Rudan, sadašnji predsjednik Komore dr. Goluža i tajnik Razreda za medicinske znanosti HAZU akademik Pećina



dosadašnjem predsjedniku prim. **Hrvoju Minigu** i sadašnjem predsjedniku dr. **Trpimiru Goluži**, koji je obećao da će Komora ubuduće još više nego do sada podupirati novi Muzej.

**Željko Poljak**



**Slijeva:**  
mr. sc. Trpimir Goluža, dr. med.  
(Hrvatska liječnička komora),  
prof. dr. sc. Željko Radić  
(Pravni fakultet  
Sveučilišta u Splitu),  
Bruno Cvetković, dipl.san.ing.  
(Hrvatska komora  
zdravstvenih radnika)

## „MEDICINSKO PRAVO U SUSTAVU ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI“

**P**od tim je naslovom održan Simpozij medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem na Plitvicama 13. i 14. studenoga.

Bio je to prvi simpozij o medicinskom pravu ovog tipa održan u Hrvatskoj, na kojem je, između ostalog, razmatrana uloga medicinskog prava u sustavu zdravstvene zaštite, u kreiranju javnog zdravstva te uloga medicinskog prava u praksi. Opširan članak o toj temi na 67 stranici.

Na skupu je posebno istaknuta uloga zdravstvenih Komora kao bitnih čimbenika u kreiranju zdravstvene politike u širem smislu ali i kao partnera ostalim institucijama koje na neposredan ili posredan način utječu na definiranje profesija u sustavu zdravstva.

Vrijednost Komora i činjenica da ih se u ulozi nositelje razvijenog sustava medicinskog prava s jedne strane može smatrati provoditeljima zakonskih (medicinsko-pravnih) odredbi, a s druge strane samostalnim

kreatorima medicinskog prava, prepoznata je i potvrđena svečanim potpisivanjem sporazuma o suradnji između Hrvatske liječničke komore, Hrvatske komore zdravstvenih radnika, Pravnog fakulteta u Splitu i Sveučilišta u Splitu, na daljnjem razvijanju i promicanju medicinskog prava kao izuzetne nove vrijednosti i discipline unutar pravne i medicinske znanosti.

## Trajna izobrazba u organizaciji Hrvatske liječničke komore i časopisa MEDIX

### Rezultati testiranja za broj 115/116. (travanj 2015.) - Ozlijede u djece i adolescenata

Sukladno najavi, objavljujemo popis svih imena liječnika koji su točno odgovorili na veći broj (iznad 60 %) pitanja na temu „Ozlijede u djece i adolescenata“ objavljenih u časopisu MEDIX broj 115/116. u travnju 2015. 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 prosinac 2015. godine. Preporučamo čitateljima i ostale testove znanja koje će MEDIX redovito objavljivati.

Uredništvo

#### Ispitanici sa riješenih 60 % ili više

Andrijašević Trivić Izabela	Bubić Friščić Ružica	Gabelica Slavica	Jurković-Krolo Vesna
Antonić Željka	Bučević Kristijan	Gaćina Anja	Jurlina Hrvoje
Baboselac Ankica	Buljan Melita	Galić Anton	Kajganić Ana
Bačić Dinko	Buršić Josip	Gašpartić Melita	Kajić Violeta
Baica Tomislav	Chamae Snježana	Golubić Darko	Kajić Marina
Balković Vanda	Ciglar Karmen	Golubovac-Rutar Milica	Kalšan Brkić Sanja
Balog Sadra	Crljenko Vesna	Grbčić Paricia	Kalšan-Saik Vesna
Bančić Bogoljub	Cvjetković Dubravka	Grbčić-Mikuličić Biserka	Kalubrić Babić Silvana
Barac-Santini Mirjana	Čaklović Marija	Gregov Miodrag	Keber Labaš Petra
Bardač-Zelić Sunčica	Čekić Zoran	Grgas Josipa	Kelava-Kukučka Kata
Barišić Mirjana	Čelebić Ilija	Grgić Mirela	Kešin Nenad
Barišić Anita	Čičak Smirnjak Ljiljana	Grgić Marjana	Kezić Ratko
Bartolić Šakić Nina	Črneli Marija	Grkavec-Mađarević Verica	Kirchbaum Oskar
Batagelj Matulja Vesna	Čučak Dubravka	Hanžek Ivona	Kladnički Tanja
Bator Ivana	Čukman Martina	Herman Šalamon Sandra	Ključević Kristijan
Bekavac Mara	Čulina Željka	Hittner Suzana	Kobaš Jadranka
Belak Barišin Anita	Ćehić Jasmina	Hofmann Jager Ozana	Kolarić Monika
Belević Dinka	Ćokić Željko	Horvat-Điko Ljiljana	Kolarić Vesna
Belina Kornelija	Ćurković Marica	Hrastić Sanja	Kolarić Blažičko Tanja
Benčić Krunoslav	Dašić Nada	Iličić Amila	Komar Lukač Ivona
Berger-Richter Snježana	Daus-Šebetak Danijela	Ivančić Ravlić Iva	Komljenović Koprek Adela
Bešlić Gabrijela	Dolovski Zdravko	Ivić Josip	Kontić Maša
Bezjak Miran	Domazet Andrijana	Jadrejčić Vitomir	Koričić Sanja
Biondić Denis	Domović Zlata	Jagetić Jelena	Kosović Oliver
Biski Tibor	Dragoja Vesna	Jaklin Željka	Kovač Vladna
Biškup Marija	Dropulić Nataša	Janbay Issam	Kovač Željka
Blaić Dinka	Dropuljić Nediljka	Jančić Jelena	Kozić Đurović Lela
Blavan Radić Dolores	Dujmov Stjepan	Janković Iva	Krčelić Damir
Blazić Helena	Dumančić Nada	Jelić Josip	Križaj Grden Aida
Boban Silvana	Dumanić Dunja	Jerbić-Cecelja Martina	Križan Vladimir
Borić Gordana	Dvraković Zijad	Jović Milena	Križanić Sandra
Božić Kvaternik Gordana	Džankić Sanja	Jozić Radovan	Križić Nevenka
Brajković Igor	Đuras Velimir	Jozinović Jelena	Krnić Svjetlana
Brala-Trtolja Melita	Ecimović Nemarnik Renata	Juretić-Peščica Mirela	Krot Olga
Braus Šrljac Martina	Ezgeta Slavica	Jurić Banai Sanja	Krtalić Glorija
Brisky Livia	Filipović Jelena	Jurišić Ivo	Kukurin Cnappi Dajana
Brnjac Lorena	Fiolić Gordana	Jurišić Vesna	Kunštek-Kučanda Tatjana
Brozina Nadia	Forster Lidija	Jurković-Jakovac Anita	Kupek Pandurić Ida

## IZ KOMORE

Kupinić Rožić Vlatka	Mrđen Vedrana	Jelena	Turk Gabriele
Labura Darko	Munitić Vjera	Skender Josip	Turković Veljka
Lajter Marenić Marija	Muršić Davorka	Skopljak Zlatko	Tušek Snježana
Lauš Perislav	Mužić Tamara	Skopljak Vlasta	Udiljak Ivana
Laušin Veronika	Nesek Sandra	Smodek Ivica	Uglešić Lovro
Lemac Miljenka	Nikolić Renata	Smoljan Ines	Uhoda Branko
Lemajić Aleksandar	Nikolić Ružica	Smoljanović Ivana	Unfirer Sanelia
Lokin Branka	Nikšić Dubravka	Soldo Mario	Urumović Sonja
Lončar Dalibor	Novak Blaženka	Sovilj Katica	Uzelac Tanja
Ljubas Mijo	Novoselnik Dragan	Srbelj-Dehljić Biserka	Valek Marina
Madjarević Mladen	Nježić Radmila	Stakor Mirjana	Valić Marjanac Nevena
Maltar Miljenko	Obrovac-Gudelj Jasminka	Stanić Marta	Verbanac Ira
Mareš Bratko Vera	Orbanić Sonja	Stanić Jurašin Karmen	Vidošević Ljiljana
Marić Veljko	Oršanić Nina	Stanić Rikard	Vidović Šehović Heda
Marić Violeta	Osman Dijana	Stanimirović Ljeposava	Vincetić Danijela
Marković Nada	Ostojić Nataša	Staver Dijana	Vitasović-Grandić Mirjana
Martić Ankica	Palaversa Musa Irena	Stipković Snježana	Vladislavljević Maja
Martinez Ivan	Pavić Tea	Strbad Tea	Vrdoljak Javor
Martinović Ivo	Pehar Maja	Suibem Damir	Vresk Špiranec Jelena
Martinuš Marija	Perić Mirjana	Svilan Maja	Vučićević Vesna
Masovčić Jakov	Perišić Boris	Šakić Radetić Jelena	Vuilović Jasmina
Matić Mirko	Permozer Hajdarović	Šalić Herjavec Dubravka	Vujčić Marijana
Matić Jelić Mihaela	Snježana	Šegvić Ivana	Vujević Miona
Matinović Dolores	Petković Sonja	Šestan Katarina	Vujinović Babaić Žana
Merćep Mladen	Petrić Mirjana	Šikanić Sonda	Vukić Veljko
Mesarić Ksenija	Picukarić Zdenka	Šinko Vladimir	Vukman Marija
Mesiček Monika	Pocrníć Marin	Šipicki Tinka	Vuković Dubravka
Mičić Josipa	Polić Kljaić Iva	Širić Ivanka	Vuković-Debogović Morena
Mihalidić Zlatko	Poljak Boris	Šitum Vedrana	Winterhalter Zvonar Branka
Miholek-Brkić Sandra	Poljak Herljević Vesna	Šmider-Knezović Jasminka	Zavidić Tina
Mijanović Pavica	Popić Vlasta	Šoštarić Želalić Vera	Zekić Božana
Mijić Melita	Prga Bajić Tajana	Špiranović Željko	Zemljak Slavica
Mijić Nenad	Prgomet Ivana	Špoljarić Aleksandra	Zibar Biljana
Mikulčić Ljubica	Radaković Petar	Štefanac Mirela	Zubac Gugić Marina
Mikulić Ada	Radaković Davorka	Šunjara Dragutin	Zubak-Marić Branka
Mikuš Darko	Radić Mihael	Šuperina Branka	Žagar-Petrović Mirjana
Milanović Josip	Radolović Boris	Šupraha Biserka	Žambok Ivanka
Milenković Dragan	Rakić Jelinčić Mirjana	Tasovac Dušica	Žarković Branimir
Milosavljević Gačić Vesna	Rastovac Martina	Tičić Marinka	Žarković Maja
Milovac Silvana	Razum Ivan	Toljan Sanja	Žic Željan
Mioč Katarina	Ronjić Matejčić Roberta	Tomašević Anita	Žic Alemka
Miočić Juran Anamarija	Rosandić Piasevoli Rosanda	Tomić Markica	Žigmundovac Klaić Đurđa
Miše Stjepan	Ručević Mira	Tomić Vesna	Žurić Dražen
Mišigoj Dvraković Marjeta	Rudelić-Zadrović Maja	Topolnjak Natalija	Žutić Dušanka
Mlačić-Božić Nikica	Savin Sanja	Topolovec-Galic Biserka	
Mladinić Tadin Sandra	Scagnetti Ksenia	Treska Pintarić Jasenka	
Moharić-Pranjić Marina	Schwenner-Radovniković	Treščec Tomislav	

# Susret predstavnika liječničkih udruga Mainza i Zagreba 2015.

**O**d 4. do 7. lipnja održan je u Mainzu 39. susret predstavnika liječničkih udruga grada Mainza (Ärzteverein Mainz e.V.) i Zagreba (Podružnice Zagreb Hrvatskoga liječničkog zbora). Nastavak je to druženja koje se tradicionalno održava svakog proljeća: jedne godine u Njemačkoj, a druge u Hrvatskoj. Stručni dio ovogodišnjeg susreta održan je u sjedištu Pokrajinske liječničke komore Rheinland-Pfalz u Mainzu, tijekom kojega su gosti iz Hrvatske održali niz zanimljivih predavanja iz različitih područja medicine: Povijest podružnice Zagreb HLZ-a i suradnje s kolegama iz Liječničke komore grada Mainza (prof. dr. sc. **Zvonimir Kaić** i sur.), Odgovorno ponašanje liječnika i sigurnost bolesnika (prim. dr. sc. **Rok Čiviljak**), Matične stanice oralne mukoze i mogućnosti primjene (izv. prof. dr. sc. **Ivan Alajbeg**), Stomatološka struka i zdravstveni izazovi (doc. dr. sc. **Marin Vodanović**) te Oftalmološki aspekti diplopije (dr. **Danijela Mrazovac**). Bila je to prilika da se pokažu dosezi hrvatske medicine, za što su kolege iz Njemačke pokazali veliko zanimanje jer je nakon svakog predavanja slijedila opširna i zanimljiva rasprava.

Ujedno je susret u Mainzu bio prilika da kolege iz Njemačke i Hrvatske razmijene svoja iskustva ne samo iz područja stručnog i znanstvenog djelovanja već i strukovnoga

i staleškog pa su važni bili razgovori čelnika hrvatskih liječničkih udruga (prim. dr. **Hrvoja Miniga**, predsjednika HLK-a i prof. dr. **Željka Krznarića**, predsjednika HLZ-a) s predstvincima njemačkih gradskih i pokrajinskih liječničkih udruga.

Kolege iz Mainza priredile su i za ovu priliku bogat društveni program koji je uključio posjet nekolicini povjesnih i kulturnih znamenitosti grada Mainza i pokrajine Rheinland-Pfalz. Po reakcijama kolega na rastanku u zračnoj luci, kao i pismima zahvale koja su stizala danima nakon susreta, možemo zaključiti kako je i ovaj susret ispunio svoju

zadaću: razmjenu stručnih iskustava njemačkih i hrvatskih liječnika koje veže povijesna povezanost. S obje strane iskazana je namjera da se tradicija ovih susreta nastavi, a predsjednik podružnice Zagreb HLZ-a prim. dr. **Vjekoslav Mahović** izrazio je spremnost za organiziranje jubilarnog 40. susreta u Zagrebu 2016. godine. Tom bi prilikom obje udruge tiskale zajedničku dvojezičnu monografiju s prikazom dugogodišnje suradnje između liječnika gradova Mainza i Zagreba kao putokaz generacijama liječnika koje dolaze.

**Prim. dr. sc. Rok Čiviljak,  
tajnik Podružnice Zagreb HLZ-a**



## Osnovano Hrvatsko društvo za mentalno zdravlje djece i adolescenata HLZ-a

**O**snivačka skupština je održana u Hrvatskom liječničkom domu, u Zagrebu, 18. rujna, na temelju odluke 9. sjednice Glavnog odbora HLZ-a od 13. lipnja 2015., kada je odobren prijedlog Inicijativnog odbora.

Brojna istraživanja zadnjih dvadesetak godina su potvrdila multifaktorsku etiologiju psihičkih poremećaja u djece i adolescenata koji nastaju kao rezultat interakcije bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika. Dječja i adolescentna psihijatrija u Hrvatskoj su deficitarne struke. Osim nedostataka stručnjaka specijalista i subspecijalista, nisu

dostatni postojeći kapaciteti za liječenje djece i adolescenata s psihičkim poremećajima.

Prije nekoliko mjeseci pojavila se misao i potreba za osnivanjem stručnog društva iz područja kliničke dječje i adolescentne psihijatrije, o čemu su dječji psihijatri iz različitih zdravstvenih ustanova RH više puta razgovarali i raspravljali.

Potreba za osnivanjem takvog stručnog društva postala je naročito očita nakon predavanja prof. **Normana Sartoriusa** (bivšeg predsjednika Svjetske psihijatrijske asocijacije i direktora Odjela za mentalno zdravlje SZO-a), na nedavnom 6. Hrvatskom psihijatrij-

skom kongresu održanom u listopadu 2014. u Zagrebu, u kojem je opširno prikazao glavne probleme suvremenog svijeta koji se reflektiraju i na psihijatriju, a posebno na dječju psihijatriju. Istaknuo je da se psihijatrija općenito treba „vratiti klinici“ te je osobno usmeno podržao osnivanje novog stručnog društva u HLZ-u na Europskoj konferenciji u Veneciji u prosincu 2014. pod nazivom „Youth mental health: from continuity of psychopathology to continuity of care“.

Novo društvo ima za cilj i svrhu umrežavanje i povezivanje dječjih i adolescentnih psihijatara i drugih stručnjaka koji rade u



**Slijeva:**  
doc. Katarina Dodig-Ćuković,  
dr. sc. Vlatka Boričević Maršanić,  
prof. Norman Sartorius,  
doc. Tomislav Frančić i dr. Domagoj Štimac

području kliničke dječje i adolescentne psihijatrije radi stručnog i znanstvenog usavršavanja u okviru navedenog *biopsihosocijalnog pristupa te načela multifaktorske etiologije i multimodalnosti u liječenju psihičkih poremećaja djece i adolescenata*.

Članovi inicijativnog bili su vrlo istaknuti i zauzeti u različitim znanstvenim, stručnim, nastavnim i javnozdravstvenim aktivnostima u Hrvatskoj i inozemstvu, te svoje djelovanje žele umrežiti i povezati i na razini stručnog društva. Također imaju razvijenu suradnju s drugim stručnim društvima HLZ-a te sličnim i srodnim društvima u zemljama EU i svijetu, koja se očituje održavanjem predavanja, sudjelovanjem na stručnim skupovima i kongresima, u znanstvenim projektima, studijskim boravcima, izdavanjem znanstvenih i stručnih publikacija.

To namjerava nastaviti i intenzivirati novoosnovano društvo, a naročito komplementarno djelovanje i suradnju, kao što je slučaj i s brojnim psihijatrijskim stručnim društvima HLZ-a koja pokrivaju specifična područja u okviru psihijatrije i međusobno surađuju.

Uz njih su se okupili brojni stručnjaci za mentalno zdravlje djece i adolescenata iz svih važnih ustanova u Republici Hrvatskoj: Klinika za dječje bolesti Zagreb, Poliklinika

za zaštitu zdravlja djece Grada Zagreba, KBC Zagreb, KBC Osijek, OB Vukovar, OB Sisak, KBC Rijeka, NPB Popovača i brojne druge sroдne ustanove.

Skup je posebno svojim sudjelovanjem uveličao prof. Sartorius, koji je naglasio kako je krajnje vrijeme da se skrb o djeci i adolescentima s psihičkim poremećajima konačno „vratiti“ u okrilje kliničke medicine, kao i važnost koja pripada toj skupini, a nažalost je često zanemarena i marginalizirana.

Pismenu podršku dala su sljedeća društava: Hrvatsko društvo za školsku i sveučilišnu medicinu, HD za sportsku medicinu, HD za mentalno zdravlje osoba s intelektualnim teškoćama i razvojnim poremećajima, HD za psihoterapiju, psihosocijalne metode i rani interventi kod psihotičnih poremećaja te HD za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju.

Skup su nazočili brojni kolege, kao i predstavnici Ureda pravobraniteljice za prava djece, koja je također dala podršku Društvu, i kolege iz Slovenije te predstavnici drugih srođnih društava čiji je primarni cilj skrb o djeci i mladima općenito.

Tajnim glasovanjem je za predsjednicu izabrana doc. dr. sc **Katarina Dodig-Ćuković** (KBC Osijek), a izabrana su i dva dopredsjed-

nika: doc. dr. sc. **Tomislav Frančić** (KBC Split) i dr. sc. **Vlatka Boričević Maršanić** (Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež, Zagreb). Upravni odbor čine istaknuti članovi iz svih ustanova u RH a čiji je primarni cilj liječenje djece i mladih u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju.

Također je tom prilikom uvaženom gostu uručen i sveučilišni udžbenik MEF-a u Osijeku „Psihopatologija dječje i adolescentne dobi“ koji je nastao zajedničkim radom niza stručnjaka iz cijele Hrvatske, pod uredništvom Katarine Dodig-Ćuković i **Kristine Kralik** iz Osijeka.

Društvo ima cilj prije svega promicanje važnosti rane dijagnostike, rane intervencije i liječenja mladih, destigmatizacija djece i adolescenata koji su često „marginalizirani“ u svojim okolinama, poboljšanje uvjeta liječenja, dostupnosti različitih oblika liječenja, direktno upozoravanje na probleme koje se javljaju u radu dječjih i adolescentnih psihijatara, probleme vezano uz Zakonske regulative, pojam prisilnog liječenja mladih, uloga roditelja i skrbnika, izrada i sudjelovanje u izradi smjernica za intervenciju i liječenje pojedinih poremećaja, ali i mogućnost dijeljenja iskustava sa kolegama kako u RH tako i u EU-u. I aktualna događanja vezana uz migracije stanovništva ukazala su upravo da su upravo djeца najranjivija skupina.

Cilj je također i da Društvo svojim radom doprinese stručnom i znanstvenom napretku kliničke dječje i adolescentne psihijatrije kao stručne discipline i djelatnosti značajne ne samo u medicini, već i u društvu, te unapređenju zdravstvene zaštite djece i mladih s duševnim smetnjama.

**Predsjednica Društva**  
**doc. dr. Katarina Dodig-Ćuković,**  
**specijalist psihijatar, subspecijalist dječje i adolescentne psihijatrije, KBC Osijek,**  
**Zavod za psihološku medicinu, dječju i adolescentnu psihijatriju**

## Osnovano Hrvatsko društvo za transplantacijsku medicinu

**U** prostorijama Hrvatskog liječničkog doma u Zagrebu osnovano je 3. listopada Hrvatsko društvo za transplantacijsku medicinu (HDTM).

Za predsjednika je izabran kirurg KB-a Merkur prim. **Branislav Kocman**, a za prvog

dopredsjednika urolog KBC-a Zagreb prof. dr. **Željko Kaštelan**. Osnivanje HDTM-a u skladu je s postojanjem drugih nacionalnih transplantacijskih društava u okviru Eurotransplanta. Hrvatska, kao najuspješnija članica, ovime je okupila sve specijalnosti i

profesije uključene u zahtjevnu organizaciju i izvedbu transplantacijskih programa, kako bi jedinstveno predstavljali transplantacijsku medicinu prema domaćoj zajednici i međunarodnoj javnosti. Kirurzi, urolozi, internisti, nefrolozi, gastroenterolozi, hepatolozi, an-

## IZ HRVATSKOGA LIJEČNIČKOG ZBORA

steziolozi, imunolozi, psiholozi, psihijatri, patolozi, pedijatri, temeljni istraživači i in stručnjaci ovime su oblikovali jedinstven profesionalni glas koji zagovara interes transplantijske struke. HDTM ima dužnost promicati stručne, znanstvene i etičke standarde u transplantaciji, a sve za dobrobit bolesnika. HDTM organizirat će stručne sastanke, edukativne skupove, razmjenu stručnjaka, izradivati transplantacijske smjernice i standarde, ukazivati na potrebito zakonodavnoj, sudbenoj i izvršnoj vlasti, predstavljati hrvatsku transplantacijsku medicinu u javnosti i prema javnosti, suradivati s međunarodnim transplantacijskim društvima kao i s udruženjima bolesnika. Danas se u Hrvatskoj solidni organi transplantiraju u tri grada i u pet bolnica pa su u Upravni odbor (UO) HDTM-a

izabrani predstavnici svih transplantacijskih programa i bolnica: iz Zagreba dr. sc. **Stipislav Jadrijević** (KB Merkur), doc. dr. **Željko Vidas** (KB Merkur), doc. dr. **Tajana Filipc Kanižaj** (KB Merkur), akademik **Davor Miličić** (KBC Zagreb), prof. dr. **Mate Škegro** (KBC Zagreb), prof. dr. **Nikolina Bašić Jukić** (KBC Zagreb), prof. dr. **Željko Sutlić** (KB Dubrava), iz Rijeke doc. dr. **Josip Španjol** (KBC Rijeka) i iz Osijeka prof. dr. prim. **Lada Zibar** (KBC Osijek). Za tajnika je izabran dr. sc. **Danko Mikulić** (KB Merkur). Dana 23. studenoga uslijedila je sjednica UO-a na kojoj su izabrani drugi dopredsjednik društva, prof. dr. **Željko Župan** (KBC Rijeka), i još tri člana, ovoga puta iz eksplantacijskog programa, i to prof. dr. Željko Župan (KBC Rijeka), dr. **Aleksandar Gopčević** (KBC Sestre milosrdnice) dr. i

**Zvjezdana Kotorac-Kreček** (OB Varaždin) te rizničar Društva dr. sc. **Stipislav Jadrijević** (KB Merkur). Odredena su povjerenstva HDTM-a i izabrani njihovi predsjednici: Povjerenstvo za transplantaciju bubrega, gušterice i za tipizaciju tkiva – prof. dr. Nikolina Bašić Jukić, Povjerenstvo za transplantaciju jetre i tankog crijeva - prim. Branislav Kocman Povjerenstvo za transplantaciju srca i pluća – prof. dr. **Željko Sutlić**, Povjerenstvo za eksplantacijski program – prof. dr. Željko Župan i Etičko povjerenstvo – prof. dr. prim. Lada Zibar. Najavljen je osnivanje društvenih sekcija društva kao i organiziranje prvog kongresa Društva u jesen 2016.

**Lada Zibar**

## Skupština Hrvatskog epidemiološkog društva

**U**Velikoj dvorani Hrvatskog liječničkog doma u Zagrebu održan je 6. studenog 78. stručni sastanak Hrvatskog epidemiološkog društva (HED).

U prvom dijelu skupa održana je redovna Skupština HED-a koju je otvorio predsjednik društva prim. mr. sc. **Miroslav Venus**, zahvalivši se članovima na dolasku, kao i gostima koji su svojim dolaskom uveličali Skupštinu. Tako je ispred Hrvatskog društva za javno zdravstvo riječi pozdrava uputio predsjednik HDJZ-a doc. dr. sc. **Aleksandar Džakula**, te ravnatelj Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo doc. dr. sc. **Ranko Stevanović**.

Nakon izbora radnih tijela Skupštine, vođenje Skupštine preuzeala je predsjednica Radnog predsjedništva doc. dr. sc. **Vanja Tešić**. Prema Dnevnom redu, usvojen je Poslovnik o radu Skupštine stručnog društva HLZ-a, kao i Pravilnik o radu, te je podneseno izvješće o održanom 3. Hrvatskom epidemiološkom kongresu. Predsjednik društva izvjestio je članove Skupštine o prijedlogu Upravnog odbora HED-a za odličja HLZ-a. Tako je za Povelju HLZ-a predložena dr. **Kata Krešić** iz Zavoda za javno zdravstvo Vukovarsko-srijemske županije, za odličje „Dr. Ladislav Rakovac“ predložen je prof. dr. sc. **Dinko Puntarić**, a za Začasnog člana prof. dr. sc. **Ira Gjenero Margan**. Predstavljena je web stranica HED-a koja funkcioniра od 24. lipnja 2015., na dan kada je prije četrdeset godina osno-

vano društvo. Na kraju Skupštine upriličena mala svečanost predstavljanja novih specijalista epidemiologa koji su specijalistički ispit položili u 2014. i 2015. godini, kao i članova HED-a koji su napredovali u zvanjima.

Tako su simbolične poklone dobili Vesna dr. **Višekruna Vučina** i dr. **Mario Šekerija** iz HZJZ-a, dr. **Lovorka Nemet Strčić** iz NZZJZ Rijeka, dr. **Branka Medvidović** iz NZZJZ Split, te dr. **Nikolina Obran** iz ZZJZ Bjelovar

koji su postali specijalisti epidemiolozi. Uz njih je dr. **Pavle Jeličić** postao je sveučilišni magistar menadžmenta u zdravstvu, dr. **Vanja Tešić** izabrana je za docenta, a dr. **Branko Kolaric** izabran za izvanrednog profesora u znanstvenoj grani epidemiologija na Katedri za socijalnu medicinu i epidemiologiju MEF-a u Rijeci.

U drugom dijelu stručnog skupa održan je Okrugli stol na temu „Ekološki incidenti –



zakonodavstvo, nadležnosti, postupci i uloga epidemiologa u njihovom rješavanju". Moderniranje okruglog stola, kao i uvodno izlaganje, održao je doc. dr. **Krunoslav Capak**, subspecialist zdravstvene ekologije iz Službe za zdravstvenu ekologiju HZJZ-a. Nakon njega, svoja izlaganja na navedenu temu iznijeli su **Hrvoje Buljan** iz Ministarstva zaštite okoliša i prirode, **Marinko Kozina** iz Uprave za unaprjeđenje zdravlja Ministarstva zdravlja, Sektora Županijske sanitарne inspekcije, Odjela za Istočnu Hrvatsku, **Ivana Vrhovac Filipović** iz Uprave za unaprjeđenje zdravlja Ministarstva zdravlja, **Josip Sajko** iz Držav-

ne uprave za zaštitu i spašavanje, **Zdravko Lovrić** iz Hrvatskog zavoda za toksikologiju i antidoping i Mira Zovko iz Hrvatske agencije za okoliš i prirodu. U raspravi su istaknute brojne nedoumice kolega epidemiologa oko postupanja u akcidentalnim stanjima, te je zaključeno da će se oformiti manja radna skupina koja će osmislit smjernice za postupanje u ekološkim incidentima koje će biti javno objavljenje, odnosno dostupne.

U trećem dijelu skupa prezentirane su aktualnosti iz struke. Odnosile su se na aktivnosti epidemiološke službe HZJZ/ŽZZJZ tijekom izbjegličke krize koje je izložila dr.

**Goranka Petrović**, na prijedlog Dopuna programa cijepljenja koje je izložila dr. Vesna Višekruna Vučina, te na EU projekte Službe za epidemiologiju HZJZ-a koje je izložila dr. Martina Jelinić.

Na kraju su članovi informirani da će se sljedeći stručni sastanak održati u prvoj polovini svibnja 2016. i da će domaćin biti Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije.

**Predsjednik HED-a  
Prim. mr. sc. Miroslav Venus**

## Iz Sekcije za pedijatrijsku anestezioligu HDAIL-a

**P**ovod ovoj crticu o Sekciji za pedijatrijsku anestezioligu Hrvatskog društva za anestezioligu u intenzivno liječenje (HDAIL) bio je nedavno održani izborni sastanak članova Sekcije u predvnom ambijentu zagrebačkog hotela Palace, 7. studenoga tijekom održavanja 29. Simpozija intenzivne medicine. Istom prilikom izabran je novi upravni odbor, te je predsjednicom Sekcije imenovana prim. dr. sc. **Diana Butković**, inače Pročelnica Zavoda za dječju anestezioligu, reanimatologiju i intenzivno liječenje Klinike za dječje bolesti Zagreb.

Ova Sekcija osnovana je 2001., u osvitu novog stoljeća, voljom brojnih pedijatrijskih anestezioologa, među kojima valja istaknuti svakako doajene dječje anesteziolegije prim. mr. sc. **Ljerku Radešić** i prim. mr. sc. **Branka Javorović**. S osobitim štovanjem prisjećamo se naših dragih kolega i učitelja dr. **Jasminke Jakobović** i dr. **Stanka Kušta**, napose ovih dana kad obilježavamo ratno stradanje našeg naroda u kojem su i sami kao dragovoljci sudjelovali. Vrijedi spomenuti naše vrle prethodnike jer su njihovim marom i nesobičnim zalaganjem stvoreni preduvjeti za prepoznatljivo djelovanje Sekcije.

Sekcija je osnovana radi stručnog i znanstvenog usavršavanja članova organiziranjem stručnih i znanstvenih sastanaka, kongresa, seminara, predavanja, održavanjem tečajeva, odnosno svih oblika trajnog medicinskog usavršavanja, kao i radi suradnje s društвima i sekцијама HLZ-a na područjima od zajedničkog interesa. Osim toga, Sekcija je osnovana radi usuglašavanja i iznalaženja

razvojnih rješenja iz područja djelatnosti dječje anesteziolige, predlaganja projekata i njihova predstavljanja u odgovarajućim međunarodnim srodnim društвima. I na kraju, ali ne manje važno, radi njegovanja suradnje i promicanja kolegijalnih odnosa među pedijatrijskim anesteziozima.

Nastojanje oko navedenih ciljeva dovelo je do uspješnih sudjelovanja i organizacije brojnih sastanaka iz područja dječje anesteziolige, u kojima su bili prepoznati domaći i inozemni eminentni stručnjaci. U razdoblju

pred nama nastavljamo s pripremom smjernica za sigurnu izvedbu postupaka pedijatrijske anesteziolige u skladu s preporukom Europskog društva za pedijatrijsku anestezioligu (ESPA). Postavljanje standarda u dječjoj anestezioliji ostaje nam trajni interes, a budućnost će biti obilježena vrijednostima koje prepoznajemo i primjenjujemo u svakodnevnom anestezioškom radu s djecom.

**Ivan Bekavac, tajnik Sekcije**



Dr. Jasna Novak

## Suradnja Republike Hrvatske i Republike Albanije u zdravstvu i medicini 2015.-2018.

Ministar zdravlja RH **Siniša Varga** i ministar zdravlja Republike Albanije **Ilir Beqaj** potpisali su 3. studenoga u Ministarstvu zdravlja RH Plan suradnje Republike Hrvatske i Republike Albanije u području zdravstva i medicine za razdoblje 2015.-2018. Ministar Varga je tom prilikom izjavio: „Republika Hrvatska želi dati punu podršku Republici Albaniji u njihovim naporima da unaprijede svoj zdravstveni sustav. Ovime nastavljamo danas već dvanaest godina dugu suradnju u razvoju naših zdravstvenih sustava. Ministarstvo zdravlja RH prepoznaće važnost koordiniranog pristupa i jačanja zdravstvenih politika u regiji jugoistočne Europe.“

Ministar Beqaj rekao je da se pred Albanijom u reformi zdravstva nalaze mnogi izazovi, i kako vjeruje da će razmjena znanja s hrvatskim kolegama biti od koristi za albanски zdravstveni sustav. „Republika Albanija radi velike pomake u osiguravanju sveobuhvatne zdravstvene zaštite za svoje građane i cijenimo razmjenu iskustava koju razvijamo s hrvatskim kolegama“, istaknuo je ministar Beqaj. Plan suradnje uključuje jačanje suradnje u područjima primarne zdravstvene zaštite, obrazovanja u zdravstvu i znanstvenim istraživanjima, e-zdravstvu, medicinskim uslugama u turizmu, hitnoj medicinskoj službi, transplantacijskim programima, kao i medicinskim proizvodima i medicinskim uredajima.

## Jedinstveno tijelo vještačenja - Projekt modernizacije sustava socijalne zaštite

U organizaciji Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanja osoba s invaliditetom (u dalnjem tekstu: Zavod), Ministarstva socijalne politike i mlađih i Hrvatskog društva medicinskih vještaka mirovinskog i socijalnog osiguranja Hrvatskog liječničkog zbora u Lovranu je od 5. do 8. studenog održano prvo savjetovanje i edukacija u okviru komponente Jedinstvenog tijela vještačenja za vještak iz Zavoda, Samostalnog sektora za reviziju i nadzor medicinskog vještačenja i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Do 1. siječnja 2015. u Hrvatskoj se osobama s istom vrstom oštećenja zdravlja u različitim

## Zagrebačka funkcionska endoskopska sinusna kirurgija prodrla u svijet

**P**rošlo je četvrto stoljeća od dana kada je napravljena prva funkcionska endoskopska operacija na paranasalnim sinusima, točnije 6. prosinca 1990.

Operater je bio prof. **Ranko Mladina** na ORL klinici KBC-a Zagreb, tada još smještene na Šalati, anesteziologinja pok. dr. **Božica Trupković-Fotivec**, a instrumen-tirala je **časna sestra Judita**. Nakon ove povijesne operacije, tehniku su na ORL klinici Šalata postupno počeli primjenjivati i pok. primarijus **Ranko Rišavi** te danas etablirani endoskopski kirurg prof. dr. **Ivica Klapan**. Nedugo zatim su ovu tehniku usvojili i kolege iz KBC-a Sestre milo-srdnice u Vinogradskoj (prof. **Kalogjera**, prof. **Baudoin** i njihov tim). Radi širenja ideje i prakse funkcionalne endoskopske sinusne kirurgije (Functional Endoscopic Sinus Surgery - FESS) izvan dvaju najvećih centara u Hrvatskoj, počela je ORL klinika Šalata organizirati tečajeve. Prvi je takav, u usporedbi s današnjima, bio uistinu skroman, a održan je daleke 1993. godine kada

je Klinika slavila svoju 72. godišnjicu. Poslijepo mu je priznat naziv I. CIRAS (Croatian International Rhinosurgical Advanced School). Uskoro su hrvatski rinosinusolozi dobili i udžbenik (R. Mladina: „Temelji funkcionske endoskopske sinusne kirurgije“, Školska knjiga, Zagreb, 1994.).

Drugi je CIRAS održan te iste godine u Splitu, a treći 1995. u Osijeku. Dijagnostiranje i liječenje kronične sinusne bolesti metodama kao što su endoskopiranje nosnih šupljina, CT snimke i suradnja s kolegama radiologima, operiranje pod kautelama moderne endoskopske sinusne kirurgije, dalje su propagirani na 4. CIRAS-u (Bjelovar, 1996), dok je 5. CIRAS bio održan 1997. u Slavonskom Brodu. Od 1997. je FESS već imao svoje protagoniste, osim u dvije najveće ORL kuće u Hrvatskoj, još i u Bjelovaru (**Stjepan Grabovac**), Splitu (prof. **Ivo Glunčić** i njegov tim) te u Slavonskom Brodu (dr. **Damir Miličić**). U to se vrijeme hrvatski FESS koncept postupno počeo svojim ugledom širiti i

sustavima (socijalna skrb, mirovinsko osiguranje, obrazovanje, profesionalna rehabilitacija i zapošljavanje osoba s invaliditetom, roditeljne i roditeljske potpore, zaštita ratnih i civilnih žrtava rata), na temelju 14 različitih propisa, utvrdio stupanj invalidnosti. Razlika je bila prisutna među propisima u pogledu dijagnoza koje se vežu uz invaliditet te postocima oštećenja navedenih u propisima. Dolazilo je do niza teškoća i nejasnoća jer je jedna osoba s istom vrstom oštećenja u raznim tijelima vještačenja mogla imati različite postotke oštećenja, a time i opseg prava, što je u suprotnosti s Konvencijom o pravima osoba s invaliditetom i Nacionalnom strategijom za izjednačavanje mogućnosti za osobe s invaliditetom. Zbog toga je bilo potrebno izraditi jedinstveni sustav, a provedba je bila u nadležnosti Ministarstva socijalne politike i mlađih te Ministarstva rada i mirovinskoga sustava, dok je Hrvatski zavod za javno zdravstvo bio koordinator izrade jedinstvene metodologije vještačenja – kako

bi korisnik mogao na temelju jednog dokumenta (nalaz i mišljenje jedinstvenog tijela vještačenja) ostvariti pravo u šest različitih resora: Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje, Ministarstvo branitelja, Ministarstvo socijalne politike i mlađih, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, Hrvatski zavod za zapošljavanje i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Nakon 1. siječnja 2015. osnovano je jedinstveno tijelo vještačenja pri Zavodu, a u svrhu edukacije na temelju Uredbe o metodologijama vještačenja (NN 152/2014. i 108/2015) održano je nekoliko radionica pri Središnjem uredu u Zagrebu, područnim uredima diljem Hrvatske i na stručnim sastancima Hrvatskog društva medicinskih vještaka mirovinskog i socijalnog osiguranja HLZ-a.

U Lovranu je od 5. do 8. studenog održano Savjetovanje u okviru Projekta modernizacije sustava socijalne zaštite. Za taj je Projekt Vlada RH dobila je zajam Svjetske banke, čija je implementacija predviđena u razdoblju iz-

izvan zemlje, pa je tako 2006. Mladina objavio vlastitu endoskopsku tehniku dekompresije orbite u bolesnika s distro- idnom orbitopatijom i nazvao je „5-steps technique for endonasal endoscopic orbital decompression“. Stekao je veliko isku- stvo u ovim dekompresijama koje je radio u suradnji s okulistima, najčešće s prof. **Ne- dom Stiglmayer**, a rezultat bio je prijevod Mladinine monografije 2008. na engleski u serijalu „Doctor-to-Doctor“ udžbenika (izdavači Karl Storz Tuttlingen i EndoPress Tuttlingen). Za svoju je tehniku Mladina razvio i poseban instrument, danas vidljiv u svakom katalogu ove znatenite tvrtke (*Mladina retrograde elevator*), koji služi za atraumatsko retrogradno odizanje lamine papiraceje pri dekompreziji orbite, prije samog zasijecanja periorbitalne vreće. Godine 2010. počinje era vježbanja manualne spretnosti u endoskopskim zahvatima na animalnom modelu, na janjećim glavama, kako bi se mlađi kolege pripremili za daljnju edukaciju. Cilj je bio obuka na modelu s pravim tkivom, što sličnijem humanom modelu. Zato je u uskoj suradnji s kolega- ma na Veterinarskom fakultetu u Zagrebu (prof. **Gomerčić** i dr. **Martina Gomerčić**) izašla monografija „Kirurška anatomija janjeće glave“ (R. Mladina). Ovu „Doctor-to-Doctor“ knjigu također je tiskala tvrt- ka Karl Storz iz Tuttlingena (EndoPress

Tuttlingen, 2010). Ubrzo je prevedena na engleski, talijanski i ruski a u pripremi je i prijevod na kineski jezik. Storz je razvio i protokol i uređaj za navigaciju pri disekciji (!), pa je na taj način „operiranje“ sinusa na janjećoj glavi dovedeno na tehnološki visoku razinu. Foto studio „Flash“ iz Za- prešića napravio je izvrstan DVD film o disekciji janjeće glave, opet pod okriljem tvrtke Karl Storz, najjačega svjetskog pro- izvođača endoskopske opreme općenito. Film je dostupan na službenim stranicama CIRAS-a ([www.ciras.eu](http://www.ciras.eu)). Posljednjih šest godina CIRAS ima i prestižno pokrovitelj- stvo Europskog rinološkog društva.

Na CIRAS-ovom webu može se vidjeti koje su sve najuglednije osobe iz svijeta sa- me, svojim rukama, disecirale janjeću glavu endoskopskim putem! Samo u Italiji je u posljednje tri godine izvedeno preko 20 tečajeva na janjećim glavama. Sudionici e- mailom javljaju da su pri disekciji na huma- nom modelu nakon vježbanja na janjećoj glavi bili spremni i vješti te da svojih 2000 USD, koliko takvi tečajevi obično koštaju, nisu bacili u vjetar. Janjeća glava, nasuprot tome, može se nabaviti u svakoj mesnici za 10-20 kuna! Danas, 25 godina nakon prvih koraka može se utvrditi da se u Hrvatskoj FESS provodi na gotovo rutinskoj osnovi u svim većim ORL centrima.

**Prof. dr. Željko Poljak**

među 2015. i 2019. godine s ciljem podupira- nja Vladine reforme sustava socijalne zaštite. Uspješno ispunjavanje zadataka osigurava Ministarstvo socijalne politike i mlađih u suradnji s predstavnicima Zavoda.

Cilj održavanja prvog zajedničkog savjetovanja i edukacije medicinskih vještaka Zavoda bilo je podizanje razine znanja i kompetencija, s naglaskom na korištenje Međunarodne klasifikacije funkciranja. Ravnateljica Zavoda dr. **Lidija Hrastić Novak** govorila je uvodno o jedinstvenom tijelu vještaka te o svrsi i važnosti ovakvih savjetovanja i edukacija. Edukacija je bila ostvarena kroz četiri teme. Profesorica dr. sc. **Gordana Bu- ljan Flander** iz Poliklinike za zaštitu djece grada Zagreba govorila je o specifičnostima procjene djece s teškoćama u razvoju te djece s traumatskim iskustvima. Docentica dr. sc. **Ana Wagner-Jakab** s Edukacijsko-rehabili- tacijskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu izložila je ulogu i kompetencije edukacijskih rehabilitatora u procesu vještacka. Prim. dr.

sc. **Robert Šeparović** iz Klinike za tumore KBC-a Sestre milosrdnice u Zagrebu predstavio je temu o radnoj sposobnosti onkoloških bolesnika. Prim. dr. sc. **Dinko Škegro** iz KB-a Merkur iz Zagreba prikazao je stanja nakon transplantacija solidnih organa (bubrege, jetre, gušterice) i radnu sposobnost u tih bolesnika. U sklopu svih tema načinjene su radionice s prikazima slučajeva od strane samih predavača. Sudionici su također održali radio- nice o važnosti interdisciplinarnog pristupa u postupcima vještacka, prikazali su postupak ocjenjivanja zdravstvenog stanja i funk- cionalne sposobnosti djeteta predškolskog i školskog uzrasta s mnogobrojnim teškoćama u razvoju na temelju Uredbe, te napravili us- poredbu s propisima na temelju kojih se ranije vještacko (Pravilnik o sastavu i načinu rada tijela vještacka u postupku ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima NN79/2014 i 10/2014). Na Savjetovanju su u interaktivnom radu rješa- vani primjeri iz prakse, proveden je test zna-

nja, a skup je evaluiran upitnikom.

Ova edukacija omogućila je stjecanje naj- novijih spoznaja i znanja iz pojedinih dijelova medicine i vještacka, te međusobno upo- znavanje suradnika vještacka iz cijele Hrvat- ske. Motivirane rasprave, razmjena iskustava i primjeri iz svakodnevнog rada bili su razmatra- ni na samim predavanjima, radionicama kao i u slobodno vrijeme. Predviđeno je da se nastavi ovakva edukacija vještacka i u skoroj budućnosti, kako bi se ujednačio njihov rad na temelju usvajanja novih znanja, osobnih iskustava i razmjenom mišljenja s eminent- nim stručnjacima iz pojedinih područja, uz interaktivan pojedinačni i grupni rad.

**Ljerka Cvitanović-Šoja**  
Eos Martinac

## Dobra klinička praksa u ginekologiji i opstetriciji

Na poziv organizatora prim. dr. **Blaževića** i prim. mr. sc. **Komića** iz Kantonalne bolnice u Bihaću, odazvali smo se aktivnim sudjelova- njem na simpoziju vrlo imperativnog naziva „Dobra klinička praksa“. Domaći i pozvani predavači (prim. dr. sc. **Renato Bauman**, prof. dr. sc. **Dubravko Habek**, dr. sc. **Ingrid Marton**, dr. **Matija Prka**, doc. dr. sc. **Ana Ti- kvica-Lutić** i prim. dr. **Ujević**) sudjelovali su u dinamičnom simpoziju na kojem su se obradivale različite teme iz ginekologije i po- rodništva.

Naglasak simpozija bio je na usvajanju al- goritama dobre kliničke prakse, konsenzusa koji nam svima kronično nedostaje. Auditorij je na osebujan način sudjelovao u simpoziju: brojnim pitanjima, anegdotalnim primje- rim, praktičnim komentarima. S obzirom da su tužbe pacijenata sve aktualnije i u su- sjednoj državi, pljuštali su upiti na temu for- renzike. Nakon predavanja su slijedile vježbe na fantomu. Usvojena znanja prenesena su promptno u okružje regionalnih radaonica, o čemu nas kolege ponosno i redovito izvješta- vaju. Ovakva koncepcija simpozija ukazuje na stalnu potrebu edukacije na teme iz sva- kodnevne kliničke prakse, a ne samo puko teoretičiranje.

Koncept „dobre kliničke prakse“ nažalost još nije zaživio ni u domicilnim uvjetima, a bez kontinuirane edukacije u praktičnom smislu svih sudionika u liječenju pacijenata, niti neće. Organizatori su se iskazali u go- stoprimstvu i odličnoj organizaciji tzv. slo- bodnih aktivnosti, posebice kušanju vrsnih delicia.

**Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.**

## Novi izazovi u prevenciji bolesti dječje dobi

Pod ovim je naslovom u Šibeniku od 23. do 25. održan tečaj 1. kategorije u organizaciji HLZ-a, Hrvatskog pedijatrijskog društva, Klinike za pedijatriju KBC-a Split i Klinike za pedijatriju KBC-a pod pokroviteljstvom ministarstva zdravlja RH.

Voditelji su bili doc. dr. **Irena Bralić** i izv. prof. dr. **Goran Palčevski**, a lokalni organizacijski odbor su činili dr. **Ante Pelajić**, dr. **Lori Umek** i dr. **Katija Kragić**.

Dvodnevnom tečaju je prisustvovalo više od 200 specijalista i specijalizanata pedijatrije iz primarne i bolničke zaštite, specijalista i specijalizanata školske medicine, te obiteljske medicine koji sudjeluju u zdravstvenoj skrbi za djecu, iz svih krajeva Hrvatske.

Ugledni hrvatski pedijatri su predavanjima obuhvatili mogućnosti primarne, sekundarne i tercijarne prevencije najčešćih bolesti u djece te ukazali na važnost kvartarne prevencije.

Poruka skupa je jasna – polazeći od medicinskih dostignuća i kritičke analize suvremenih spoznaja, upravo prevencija koja se sastoji od promocije zdravlja djece, ranog otkrivanja bolesti, smanjivanja njenih posljedica i rehabilitacije, omogućuje integrativan pristup i kontinuitet pedijatrijske zdravstvene zaštite.

U razvijenom društvu sve je veći broj kronično bolesne djece, čije specifično zbrinjavanje zahtijeva višestrukovni timski pristup s ciljem poboljšanja kvalitete njihova života i psihosocijalne integracije.

Predavanja su bila izuzetno dobro posjećena. Posebnost tečaja bila je u izvrsnoj interakciji i mogućnosti neposredne razmjene iskustava liječnika praktičara koji svakodnevno skrbe o zdravlju i bolesti djece s ekspertima koji se temeljem znanja i dugogodišnjeg znanstveno-akademskog iskustva kritički osvrću na postojeće i iznose smjernice budućih preventivnih nacionalnih programa.

Uz ugodan ambijent Solaris resorta, ljepote povijesnog grada Šibenika i dobar društveni program s dalmatinskom pjesmom i kušnjem autohtonih specijaliteta, razišli smo se sa željom skoroga budućeg susreta.

**Prof. dr. Jelena Rogamović,  
prim., dr. med.,**

**Klinika za pedijatriju KBC-a Rijeka  
i Katedra za pedijatriju MEF-a u Rijeci**

## Hrvatska obiteljska medicina vraća se na velika vrata na europsku scenu

**O**d 22.-25. listopada u Istanbulu je održan 20. Europski kongres liječnika obiteljske medicine (WONCA Europe). Na njemu je bilo preko tri tisuće sudionika iz cijelog svijeta, a njegova je značajka bila da su preko jedne trećine sudionika bili mlađi doktori (specijalizanti i mlađi specijalisti). Kongresu je prethodio sastanak vijeća WONCA Europea kojem je dr. **Tanja Pekez-Pavliško** iznijela primjedbe na priopćenje WONCA Europe o zdravstvenoj skrbi za izbjeglice; primjedbe su bile usvojene.

Na Kongresu je bilo preko 150 hrvatskih obiteljskih liječnika s 20 radova (4 usmene prezentacije i 16 postera). Kao predstavnice EURIPA (Europska udruga ruralnih i izoliranih liječnika) i Vasco de Gama pokreta (udruga specijalizanata i mlađih obiteljskih liječnika), naše tri predstavnice aktivno su sudjelovale kao autorice ili koautorice niza radionica i jednog simpozija. Simpozij je bio posvećen siromaštву, a kao posljedici toga odlasku liječnika iz zemalja jugoistočne Europe. Prof. dr. **Biserka Bergman Marković** predstavila je zajedno s predsjednikom Udruge liječnika obiteljske medicine jugoistočne Europe dr. **Ljubenom Šukrijevim**, putem vrlo posjećene radionice na kojoj je bio prisutan i predsjednik WONCA World prof. dr. **Michael Kidd**, aktivno rad ove udruge čiji je cilj podizanje kvalitete rada liječnika u ovom dijelu Europe. WONCA Europe je povodom 20. obljetnice postojanja izdala i knjigu o svom dosadašnjem radu u kojoj ima

istaknuto mjesto sa svojim radom prof. dr. **Mladenka Vrcić - Keglević**.

Možda je najvažniji dio našeg sudjelovanja na Kongresu bilo na predstavljanju Specijalne interesne skupine za medicinu konflikata i katastrofa. Naime, samo dvadesetak dana prije Kongresa uspjeli smo dogоворiti s prof. dr. **Richom Withnellom** sudjelovanje naših predstavnica dr. **Mirjane Šantor** i dr. **Sande Miholek** i iznošenje njihovih iskustava u radu s izbjeglicama u Tovarniku i kasnije Opatovcu. Radionica je bila izuzetno dobro posjećena i s ponosom možemo reći da smo svojim iskustvima zainteresirali sve sudionike ove radionice.

Na kongresu je dr. Tanja Pekez-Pavliško izabrana za predsjednicu Europske udruge ruralnih i izoliranih doktora (EURIPA), dok je dr. Veronika Rašić postala članicom Izvršnog odbora Vasco de Gama Movement te EURIPA.

Kongres se održavao mjesec dana nakon terorističkog napada u Ankari pa su organizatori na čelu s prof. dr. **Dilekom Guldalom** poduzeli sve da se osjećamo sigurno. Jedino je neugodno bilo izuzetno i stalno loše vrijeme praćeno hladnjicom i jakim vjetrom. I na kraju, Hrvatska nije jedina zemlja s osebujnim političarima. Naime, zbog tada predstojećih izbora turske vlasti su odlučile da ne mijenjaju kazaljke na satu u za to predviđenom terminu nego su to odgodile za dane poslijepodne.

**Dr. Tanja Pekez-Pavliško**

## Spomenka Avberšek nije više na čelu zdravstvenog sindikata

Nakon 12 godina otišla je u mirovinu, a na čelu Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi sada je **Stjepan Topolnjak**, medicinski tehničar iz OB-a Čakovec.

Avberšek je ostala zapamćena po negativ-

nom stavu prema liječnicima („njima upola manje“) prilikom sklapanja Kolektivnog ugovora s Vladom, što joj je zakonski bilo omogućeno jer liječnici u Hrvatskoj još uvek nemaju pravo na samostalno ugovaranje.

**Željko Poljak**

# HIV/AIDS U HRVATSKOJ

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) - a u Hrvatskoj s HIV-om živi oko tisuću osoba, od čega je oko 250 oboljelih od AIDS-a. Od 1985., kada je zabilježen prvi slučaj zaraze HIV-om u Hrvatskoj, do sredine listopada 2015. prijavljeno je ukupno 1300 dijagnosticiranih HIV infekcija, a u istom razdoblju je 220 oboljelih umrlo. Nešto više od četiri petine svih zabilježenih slučajeva HIV/AIDS-a su muškarci, s udjelom od 87%.

Posljednjih godina prosječno se godišnje u Hrvatskoj zabilježi oko 80 slučajeva HIV infekcije, što čini stopu od 19 na milijun stanovnika i što Hrvatsku i dalje svrstava među zemlje s niskom učestalošću HIV infekcije (59/1 milijun je opća stopa za zemlje EU/EEA u 2014.).

Od 92 zabilježene HIV infekcije u 2015. do 15. listopada, u 64 (70%) vjerojatni put prijenosa bio je homoseksualni odnos (u 2014: 80 od 92), u 20 (22%) heteroseksualni odnos (u 2014: II od 92), u dva slučaja (2%) put prijenosa bio je injektiranje droga, a u šest nije naveden put prijenosa.

Posljednjih godina vidljiv je blag porast godišnjeg broja prijava slučajeva HIV infekcije, što se dijelom može objasniti djelovanjem centara za dobrovoljno, besplatno i anonimno savjetovanje i testiranje (HIV savjetovališta) u osam gradova u Hrvatskoj, što je utjecalo na veći obuhvat testiranjima na HIV.

**Spolni odnosi među muškarcima glavni put prijenosa HIV infekcije u Hrvatskoj.** Najčešći put prijenosa HIV infekcije u Hrvatskoj je spolnim odnosom bez zaštite. U ukupnom broju svih oboljelih od HIV/AIDS-a, udio spolnog puta prijenosa je gotovo 90%, od čega je gotovo 60% homoseksualni put prijenosa. HIV infekcija je koncentrirana u ključnim skupinama s većim rizikom od zaraze HIV-om. U Hrvatskoj su to muškarci koji imaju spolne odnose s osobama istog ili oba spola (MSM), s udjelom od 59.8% u svim slučajevima HIV/AIDS-a i u manjem stupnju osobe koje injektiraju droge, s udjelom od 5.6% u svim slučajevima. Posljednjih godina bilježi se porast udjela MSM skupine u kumulativnom broju zaraženih HIV-om (2012: 55%; 2013: 56%; 2014: 59%) kao i porast udjela u novodijagnosticiranim HIV infekcijama (2013: 82%; 2014: 87%). Heteroseksualni i vertikalni (s majke na dijete) prijenos i prijenos injektiranjem droga posljednje desetljeće



pokazuju stacionarno stanje, ili blagi pad. U zemljama članicama EU/EEA trendovi prema putu prijenosa također pokazuju porast broja HIV infekcije među MSM u EU/EEA kao cjelini (porast od 33 % u odnosu na 2004.), s kontinuiranim porastom u zadnjem desetljeću u svim, osim u 6 zemlja EU/EEA (HIV/AIDS Surveillance in Europe 2014, ECDC).

**Kasna dijagnoza je ključna prepreka za učinkovitije liječenje i prevenciju.** Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) i Zajedničkog programa Ujedinjenih naroda za HIV/AIDS (UNAIDS) oko 30-50 % osoba koje su zaražene HIV-om, ne znaju da su HIV pozitivne. U evropskim zemljama je gotovo pola HIV infekcija dijagnosticirano kasno, što povećava rizik od razvoja ozbiljnih zdravstvenih komplikacija, smrti i prijenosa HIV infekcije na druge. Prema analizi modeliranja (ECDC HIV modelling tool) u Hrvatskoj prosječno od zaraze HIV-om do dijagnoze HIV infekcije prođe 3-4 godine. Ranije testiranje vrlo je važno za uspješnije liječenje te održavanje zdravlja, čime se poboljšava prognoza i kvaliteta života oboljelih te pomaže u sprečavanju prijenosa HIV infekcije na druge ljude.

**Centri za dobrovoljno savjetovanje i testiranje na HIV u Hrvatskoj.** U Hrvatskoj djeluje mreža centara zavoda za javno zdravstvo, HZJZ-a i zatvorskog sustava za dobrovoljno savjetovanje i testiranje (Savjetovalištima za HIV), te Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“. U centrima se korisnicima pružaju usluge savjetovanja i testiranja na HIV (u nekim savjetovalištima i usluga testiranja na hepatitis B, hepatitis C i sifilis), savjetovanja o spolno prenosivim bolestima te upućivanje na daljnju obradu i liječenje. Kao i u mnogim razvijenim zemljama, dostupno je i savjetovanje i testiranje u

zajednici, kao nadogradnja zdravstvenom sustavu. Ova sinergija zdravstvenog sustava i društvene zajednice u Hrvatskoj značajno doprinosi prevenciji i pravovremenom liječenju i prepoznavanju rizika od bolesti, smanjenju stigme i diskriminacije, edukaciji građana i kvalitetnoj skrbi. Partnerstvo koje uključuje zdravstveni i nezdravstveni sektor, te organizacije civilnog društva, vrlo je važno za zdravlje zajednice i suvremenog zdravstvenog sustava.

U deset centara u zavodima za javno zdravstvo, zatvorskom sustavu i Klinici „Dr. F. Mihaljević“ se od 2003. do 2014. godine ukupno 26.000 osoba testiralo na HIV. U 1% testiranih (255) otkrivena je HIV infekcija te su one upućene na daljnju obradu i liječenje u Kliniku za infektivne bolesti u Zagrebu. Posljednjih godina u centrima se godišnje oko 3000 osoba testira na HIV, te se utvrdi 1 % reaktivnih nalaza.

**Testiranje u zajednici.** Testiranja u zajednici provode centri za savjetovanje i testiranje u suradnji s lokalnim udrugama. Kroz testiranje u zajednici u 2014. godini u udruzi HUHIV/CheckPoint Zagreb na HIV je brzim testovima testirano 1300 osoba (9 reaktivnih nalaza), 500 osoba u udruzi Iskorak/LGBT centar Zagreb, 200 osoba u udruzi Hepatos Rijeka i oko 200 u udruzi Help u Splitu. U Hrvatskom Crvenom križu koji provodi testiranja u zajednici u okviru prevencije ovisnosti (programi smanjenja štete), u 2014. godini su testirana 123 korisnika brzim testovima na HIV (niti jedan reaktivni nalaz).

Iako je stopa novooboljelih u Hrvatskoj relativno mala u usporedbi s podacima u svijetu i evropskim zemljama, manja od 20 na milijun stanovnika (gotovo tri puta manja od opće stope za zemlje članice EU/EEA), HIV/AIDS je bolest od javnozdravstvenog interesa, a poslovi prevencije i liječenja dio su Hrvatskog nacionalnog programa za prevenciju HIV/AIDS-a, u kojem zajedničkim radom sudjeluju zdravstvene službe, mnogobrojni stručnjaci izvan zdravstva, kao i organizacije civilnog društva

**Europski tjedan testiranja na HIV i hepatitis.** Od 20 – 27. studenoga već se treći put obilježavao Evropski tjedan testiranja na HIV i hepatitis, inicijativa koju je pokrenula organizacija HIV in Europe u 2013. godini. Ove godine je prošireno testiranje i na hepatitise, a slogan je bio “**Testiraj. Liječi. Spriječi.**“ U udruzi Iskorak/LGBT Centar bilo je organizi-

rano testiranje brzim testom na HIV i sifilis u četiri grada u Hrvatskoj: Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku, a testiranje se promoviralo sloganom „Ja se testiram!“ putem plakata i digitalne kampanje testiranja na mrežnim stranicama, facebook stranicu te neformalne mreže informiranja u zajednici, a dio tjedna testiranja je i nacionalna javnozdravstvena kampanja usmjerenja prvenstveno mladima „Voli i budi zdrav - Znanje pobjeđuje“. Udruga HUHIV/CheckPoint-u Zagreb, uz testiranja brzim testovima na HIV i hepatitis C, tijekom tjedna testiranja nudio se vaučer za ZZJZ „Dr. Andrija Štampar“ za testiranje brzim testom na hepatitis B i cijepljenje protiv hepatitis B za one osobe koje su u većem riziku za zarazu, a nisu cijepljeni u Programu cijepljenja.



**Poster za tjedan testiranja 2015.**

**Svjetski dan AIDS-a.** U svijetu i u Hrvatskoj se već gotovo 30 godina obilježava Svjetski dan borbe protiv AIDS-a **1. prosinca** s ciljem podizanja svijesti javnosti i ukazivanja na javnozdravstvenu važnost HIV/AIDS-a. U svijetu je, prema procjenama SZO-a i

**Tim tjedna testiranja**  
- djelatnici HZJZ-a,  
udruge Iskorak i  
volonteri



UNAIDS-a, u 2014. godini oko 37 milijuna ljudi živjelo s HIV infekcijom, od čega je bilo oko 2 milijuna novih slučajeva zaraze HIV-om. U Europskoj regiji SZO-a u 2014. godini zabilježeno je gotovo 142 000 osoba s HIV infekcijom (od čega 85 000 u Rusiji), i to je najveći broj evidentiranih slučajeva u jednoj godini od početka praćenja 1980-ih.

U zajedničkoj strategiji u području prevencije i liječenja HIV/AIDS-a postavili su SZO i Zajednički program Ujedinjenih naroda za HIV/AIDS (UNAIDS) za razdoblje 2011. do 2015. sljedeće ciljeve izražene sloganom: **„Doseći nulu - Nula novih HIV infekcija. Nula diskriminacije. Nula smrti povezanih s AIDS-om.“** UNAIDS postavio je i cilj **„90-90-90“** čijim se ostvarenjem želi postići da do 2020. godine 90 % svih ljudi koji žive s HIV-om znaju svoj status, 90 % onih kojima je dijagnosticirana HIV infekcija dobivaju antiretrovirusnu terapiju, te da 90 % njih postigne nemjerljivu količinu virusa u krvi. Takoder, Opća skupština UN-a usvojila je u rujnu 2015. globalne Ciljeve za održivi razvoj do 2030. godine, u sklopu kojih se prevencija

HIV/AIDS-a i drugih spolno i krvlju prenosivih infekcija, te očuvanje spolnog i reproduktivnog zdravlja nalaze u Cilju 3: osiguranje zdravog života i promicanje zdravlja za sve.

Ove godine u Hrvatskoj se provodila zajednička kampanja **„Voli i budi zdrav!“** udruge HUHIV i **„Znanje pobjeđuje“** HZJZ-a pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja RH te uz podršku brojnih partnera. Cilj kampanje je informirati i educirati posebice mlade, ali i sve građane, o rizicima i načinima zaštite spolnog i reproduktivnog zdravlja te promovirati antidiskriminaciju. Tri su se poruke prenosile u kampanji: **Informirajte se. Budite odgovorni i brinite se o zdravlju. Idite na pregled, testiranje i savjetovanje.**

Više informacija o HIV/AIDS-u i o preventivnim aktivnostima možete saznati na mrežnim stranicama: [www.hzjz.hr](http://www.hzjz.hr), [www.huhiv.hr](http://www.huhiv.hr), [www.tjedan-testiranja.eu](http://www.tjedan-testiranja.eu), [www.facebook.com/tjedantestiranja/](http://www.facebook.com/tjedantestiranja/)

**Dr. Tatjana Nemeth Blažić, epidemiolog, voditelj Odjela za promicanje odgovornog spolnog ponašanja sa savjetovalištem, Služba za promicanje zdravlja HZJZ-a**



Dr. Jasna Novak

## Zanimljivosti s UNESCO-ove 11. svjetske konferencije o bioetici

**U**listopadu ove godine prisustvovala sam UNESCO-voj II. svjetskoj konferenciji o bioetici, medicinskoj etici i medicinskom pravu u Napulju. Na skupu su sudjelovali predstavnici država sa svih kontinenata, raznolikih zvanja i svjetonazora. Pod dojmom sam ugodne atmosfere prijateljstva, suradljivosti, „know how“ kad je u pitanju sukob mišljenja i ton rasprave. Jedino bogatstvo naslova paralelnih predavanja u okviru tematskih sekcija stvara neurozu u nastojanju stizanja na brojne prezentacije bliske mojim službenim i osobnim interesima.

Velika tema je eutanazija („end of life ethics“). Jedan od predavača (Kanađanin, psiholog) drži da je u korijenu svake eutanazije nedostatak poštovanja onoga koji je traži, i prema sebi i prema onomu koji je izvršava. Također govori o nedostatu poštovanja i izvršitelja, i opet dvosmjerne, prema sebi i prema bolesniku. UNi-zozemskoj je 3 % svih smrти eutanazija. Slijedi pregled američkih zakona o eutanaziji. Legalna je u pet američkih saveznih država. Prva ju je legalizirala Montana 2009., a posljednja Kalifornija ove godine. Negdje je ozakonjena nakon referenduma. A negdje ne (npr. u Kaliforniji). U nekim je državama zabranjena, a u nekima o tome nema nikakvog zakona niti propisa. Predavanje drži Afroamerikanka, pravnica. Objasnjava uvjete i procedure. Bolesnik mora biti sposoban (capable, o tome odlučuje obiteljski liječnik), odrastao, resident (dovoljno je da plaća stanarinu u Sjedinjenim Američkim Državama) i mora mu biti dijagnosticirana tzv. terminalna bolest. Drugo mišljenje (second opinion) je potrebno za potvrdu takve dijagnoze. Zahtjev mora biti pisan, u nazočnosti dva svjedoka, od kojih barem jedan ne smije imati interes. Pitam pokrivaju li sve osiguravajuće kuće samo izvrše-

nje. Odgovor je da „da, nema razloga da ne, pa to je jako jeftino, 50\$“! Sic!

Sudjelujem u raspravi na transplantacijskoj sekciji. Američki predavač najavljuje transplantaciju glave predvidenu 2017. u Kini. Primatelj je hendi kepirani čovjek koji misli da mu gore ne može biti nego što već je. (Ako ste sumnjičavi, progooglajte!) Prije mjesec dana je rekonektirana (reattachment) dekapitirana (internal decapitation) glava dječaku u Australiji, nakon prometne nesreće. Navodno je dobro. „We are pushing the limits all the time!“ - kaže. Mlada Talijanka govori o kseno- vs homograftima srčanih valvula u djece. Više s medicinskog nego etičkog aspekta. Izraelac iščitava predavanje o dobrim limitima za transplantaciju u Izraelu. Ne baš za bubreg, ali za druge organe. Spominje pojam ageism (ili agizm). Iz publike slijedi upit o tome žele li doktori raditi transplantacije starija. Pa se javljam za komentar o hrvatskom transplantacijskom čudu i o senior programu. „Ne samo da žele nego i rade, ne samo da rade nego su i uspješni“. Spominjem da smo prvi na svijetu u transplantacijama organa i navodim zakon o presumptivnom pristanku za darovanje organa nakon smrti („opt-out“) kao ključan. Mlada Rumunjka predstavlja projekt o human organ traffickingu, meni već poznat s transplantacijskog kongresa ove godine u Bruxellesu. Prepričava o aferama ilegalnih transplantacija na Kosovu i u Južnoafričkoj Republici. Naučim što je sindrom E – označava kapacitet nehumanog ponašanja i masovnih ubojica.

Zanimljiva je i nova tema tzv. neuroenhancementa, u kojoj glavnu riječ vode srpski predstavnici pod vodstvom filozofa prof. Vojina Rakića, a koja se bavi farmakološkim poboljšanjem kognitivnih sposobnosti, ali i etičkog prosudjivanja. Posljedično se otvara značajno područje u okviru neuroetike. U raspravi je aktivan liječnik

iz Izraela. Na zanimljiv način objašnjava kako je nastao pojam moždane smrti. Pa kaže da kad je bio mlađi doktor, tada je čovjek umro kad je umro. A onda je šezdesetih godina prošloga stoljeća počela rutinska transplantacija organa pa je za njegove potrebe definirana moždana smrt kako bi se omogućila transplantacija s umrlih darovatelja i s dobrim uspjehom. Navodi da je ortodoksnim Židovima moždana smrt neprihvatljiva kao smrt. Živ si, kažu, dok ti srce ne prestane raditi i dok ne prestaneš disati. Pitam „a dišeš li kad te stroj ventilira?“. Ne zna ni on.

U okviru UNESCO Chair in Bioethics prije dvije je godine osnovan International Forum of Teachers (IFT) koji vodi prof. Sashka Popova iz Bugarske, na čiji poziv prisustvujem njihovom sastanku i apliciram za članstvo. Osobito je mnogo aktivnih Izraelaca i Indijaca. Bave se organizacijom podučavanja iz bioetike i o edukaciji edukatora. Osnovat će komisiju za procjenu tzv. good medical teaching. Zalažu se za podučavanje bioetici od najranijeg djetinstva. Talijani predstavljaju silabus didaktičkog materijala iz bioetike za djecu. Australiska predstavnica (chair) se zalaže za recipročno podučavanje o bioetici između učitelja i djece, putem dječjih tematskih crteža, a iz kojih bi i učitelji učili. I stalno naglašavaju da je zakon uvijek iznad etike. Hrvatska ima dva predstavnika u IFT-u – doc. Sunčanu Rosandić Vidlička, sa zagrebačkog pravnog (head), i doc. Ivana Zagorac sa zagrebačkog filozofskog fakulteta. Obje imaju predavanja na konferenciji (S.R.V.: Medical experiments on human beings as crimes against humanity i I.Z.: Who are the vulnerable in medical research setting?). Izdan je zbornik aktivnosti IFT-a koji prikazuje uistinu bogatu aktivnost na svim kontinentima.

Odlazim iz lijepoga, premda kišnog, Napulja sa zadovoljstvom osjećaja kako civilizacijske i medicinske napretke i probleme prati sustavna organizirana skrb o etičkim aspektima na svjetskoj razini, a koja održava humanistički smisao tehnologije i znanosti.

Lada Zibar, Osijek

## Na XV. Svjetskom kongresu o štitnjači

XV. Svjetski kongres o štitnjači (15<sup>th</sup> International Thyroid Congress) održan je od 18-23 listopada u Orlandu na Floridi, SAD.

Ova poznata turistička destinacija ugostila je na obalama jezera Buena Vista više od 2500 liječnika i znanstvenika iz cijelog svijeta koji se bave znanstveno i/ili praktično štitnjačom.

Kongresu o štitnjači, koji se inače održava svakih pet godina, bio je pridružen i 85. Kongres Američkog društva za štitnjaču (ATA). Kongresi su održani u suradnji Europskog društva za štitnjaču (ETA), Latinoameričkog društva za

štitnjaču (LATS), Društva za štitnjaču Azije i Oceanije (AOTA) i Američkog društva za štitnjaču (ATA). Prim. dr. sc. Miodrag Lacić, ravnatelj Poliklinike Lacić, jedini je hrvatski liječnik koji je aktivno sudjelovao u radu Kongresa. Znanstveni odbor uvrstio je u znanstveni program njegov klinički rad o inovativnom liječenju bolesti štitnjače pod nazivom: „J-131 therapy in patients with autonomously functioning thyroid nodules with a normal TSH level“.

Rad je prezentiran u znanstvenoj sekciji o tumorima štitnjače i publiciran u vodećem svjetskom časopisu



o štitnjači (Thyroid 2015; 25 (Suppl 1: A-335). Sljedeći, 16<sup>th</sup> International Thyroid Congress, održat će se 2020. u Kini.

Prim.  
dr. sc.  
Miodrag  
Lacić



# 6. Hrvatski kongres medicine rada pod nazivom "Bitno za zdravlje radnika"

**U**Šibeniku je u hotelima Solaris od 30. rujna do 4. listopada održan 6. Hrvatski kongres medicine rada s međunarodnim sudjelovanjem pod nazivom "Bitno za zdravlje radnika". Organiziralo ga je Hrvatsko društvo za medicinu rada HLZ-a (HDMR) u suradnji sa SZO-om, Međunarodnom komisijom za medicinu rada (International Commission on Occupational Health-ICOH), Europskim udruženjem specijalista medicine rada - Sekcije za medicinu rada (UEMS Occupational Health Section). Održan je pod visokim pokroviteljstvom predsjednice RH **Kolinde Grabar Kitarović**, Ministarstva zdravljia i Ministarstva rada i mirovinskog sustava RH. Osobna izaslanica predsjednice RH bila je prof. dr. sc. **Jadranka Mustajbegović**.

Već su dulje vremena prepoznati važnost i dostignuća hrvatske medicine rada u zdravstvenoj zaštiti radnika, te su nam kolege iz HLZ-a i predsjednik Hrvatske liječničke komore uputili pozdrave i želje za uspješni rad Kongresa. Hrvatsko društvo za medicinu rada uspješno djeluje već više od 50 godina, te su gosti Kongresa bili i velikani i doajeni naše medicine rada akademik prof. **Marko Šarić** i prof. **Dunja Beritić Stahuljak**. Otvaranju Kongresa prisustvovao je i obratio se skupu gradonačelnik Šibenika dr. **Željko Burić**. Svečanost otvaranja uljepšala je i klapa "Maslina".

Već dvadeset godina, od rujna 1995. kad je održan Prvi kongres u Opatiji, do rujna 2015. kad je održan ovaj Šesti kongres, sadržaji kongresa i njegovi sudionici, odražavaju ono što medicina rada jest: najdinamičnija grana medicine, koja uz svoju kliničku dimenziju mora slijediti, ali i sama voditi, znanstvena istraživanja te svoje djelovanje uklapati u javnozdravstvene odrednice zajednice u kojoj djeluje. Lista uvaženih sudionika bila je velika: od prijašnjeg predsjednika ICOH-a (International Commission on Occupational Health) prof. Jorme Rantanana, predstavnika WHO ECEH-a (European Centre for Environment and Health) iz Bonna Dorote Jarosinske, Aliya Kosbayeve, koordinatora SEENWH-a (South-East European Network on Workers' Health) prof. Jovanke Bislimovske i niza naših kolega specijalista medicine



Predsjednica  
Organizacijskog odbora  
prim. dr. sc. Azra  
Huršidić Radulović,  
predsjednica Programskega odbora  
prof. dr. Jadranka Mustajbegović  
i gradonačelnik Šibenika  
dr. Željko Burić

rada iz europskih zemalja – članica UEMS-a.

Kongresu je prisustvovalo 220 sudionika, prijavljeno je 85 radova od autora, uz Hrvatsku, iz još 14 zemalja. Održano je 11 pozvanih plenarnih predavanja, 52 usmena izlaganja, 12 postera i 6 radionica. Kongres je imao i dva satelitska dogadjanja: sastanak Mreže za zdravlje radnika Jugoistočne Europe (engl. *South East European Network on Workers Health*-SEENWH) i Sekcije za medicinu rada Europske udruge medicinskih specijalista (engl. *European Union of Medical Specialist -Section for Occupational Medicine*).

Danas, dok se "treća industrijska revolucija" širi ogromnom brzinom i dodiruje svaki kutak svijeta, izazovi medicine rada su brojni i intenzivni, uz značajne i stalne promjene u zakonodavstvu, sustavu ili dnevnoj praksi zaštite zdravlja i sigurnosti na radu, jedna stalna i neepromjenjiva vrijednost: zaštita zdravlja i očuvanje kvalitete života radnika, čovjeka – u uvjetima njegova rada i stvaranja. Stoga je Kongres i otvoren temom *Etika u globalizirajućem radnom životu*, izlaganjem prof. dr. **Jorme Rantanana**, dugogodišnjeg predsjednika ICOH-a.

Na Kongresu je posebna pozornost posvećena **multidisciplinarnom pristupu** očuvanju zdravlja radnika. U njegov rad uključili su se istaknuti inozemni i domaći stručnjaci iz različitih medicinskih struka, te ostali stručnjaci s kojima specijalisti medicine rada redovito surađuju u rješavanju problema vezanih uz zaštitu zdravlja i sigurnost na radu. Uvod-

na plenarna predavanja prikazala su čitavu paletu različitih fokusa medicine rada, od teme etike u globalizirajućem radnom životu, velikog europskog projekta s ciljem prevencije profesionalnih bolesti kože, pitanja edukacije i formiranja EASOM-a (European Association of Schools of Occupational Medicine, formiranja mreže SEE (Jugoistočne Europe) za zdravlje radnika, do upravljanja ljudskim kapacitetima i psihosocijalnim rizicima pri sprečavanju stresa na radu.

Posebno smo se osvrnuli na predstojeće zadatke koji proizlaze iz Globalnog akcijskog plana za zdravlje radnika SZO-a. Kao daljnji zadatci HDMR-a i općenito struke, utvrđena je obveza da naše **standarde** uskladimo s postojećim standardima u EU-u te da kontinuirano, sa zdravstvenog aspekta, djelujemo na unapređenju svih elemenata radnog procesa koji su bitni za zaštitu zdravlja radnika.

Zdravlje radnika, što često spominjemo i stalno nastojimo, neophodno je ugraditi u okvire svake zdravstvene politike cijelokupne zajednice, i to poglavito zajednice koja počiva na rezultatima rada svojih radnika. Sve to zajedno ovisi o stanju zdravlja radnika i sigurnosti na radu, a sukladno ciljevima hrvatskog Nacionalnog programa zaštite zdravlja i sigurnosti na radu i Nacionalnog programa zaštite zdravlja i sigurnosti na radu osoba zaposlenih u djelatnosti zdravstvene zaštite.

Prevencija je jedan od ključnih elemenata djelovanja stručnjaka za područje zaštite zdravlja na radu, prvenstveno specijalista

## KONGRESI I SIMPOZIJI

medicine rada i sporta, psihologa, toksikologa, stručnjaka zaštite na radu i svih drugih koji su uključeni u različite oblike i programe promicanja zdravlja na radnim mjestima. Vodeći se tim razlozima, u rad 6. Kongresa bio je uključen velik broj specijalista koji djeluju na različitim područjima i pitanjima bitnim za zdravlje radnika.

Informatizacija, promjena strukture poslova te promjena načina obavljanja poslova dovela je do pojave **stresa** kao veoma bitnog elementa zdravlja radnika, a projekcije daljnog industrijskog razvoja upozoravaju i upućuju na pažljivo djelovanje **u prevenciji stresa**, o

čemu je posebno bilo riječi na ovom Kongresu. Sadašnji zakonski propisi daju novi prostor za intervencije u području stresa na radu koje se moraju provoditi multidisciplinarno. Najučinkovitije i najekonomičnije su intervencije na primarnoj razini koje su proaktivne - uklanjanje izvora stresa, na što sustavno treba ukazivati poslodavcima. U situacijama izloženosti stresorima i pojavi reaktivnih stanja radnika, intervencije na sekundarnoj i tercijarnoj razini koje provode liječnici i psihozoli trebaju biti svima dostupne.

Radi velikog interesa sudionika Kongresa za pojedina predavanja i prezentacije, one

su objavljene na WEB stranicama Kongresa i HDMR-a. Na WEB stranicama također je objavljeno izvješće Programske odbore. Izvješće i zaključke Kongresa sastavila je predsjednica Programske odbore Kongresa prof. dr. sc. **Jadranka Mustajbegović**. Web stranica: <http://hdmr.hlz.hr/6kongres/>

**Prim. dr. sc.  
Azra Huršidić Radulović,  
predsjednica HDMR-a  
i Organizacijskog odbora 6. Kongresa**



**Predsjednik  
Hrvatske liječničke Komore  
dr. Trpimir Goluža,  
ravnateljica HZZO-a  
Tatjana Prenda Trupec  
i predsjednik HDOD-a  
dr. Dragan Soldo**

# XV. Kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora HLZ-a

Hrvatsko društvo obiteljskih doktora HLZ-a (HDOD) održalo je svoj jubilarni XV. Kongres u hotelu Olympia u Vodicama od 2. - 4. listopada, pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja RH. Ove godine sudjelovalo 390 sudionika, što svjedoči tome da je ovaj Kongres postao jedna od nezaobilaznih edukativnih stanica u trajnoj medicinskoj izobrazbi liječnika obiteljske medicine (OM). Središnja, prva tema bila je kontinuirana skrb za kroničnog bolesnika u svjetlu promjena u ugovaranju i ključnoj ulozi liječnika OM u skribi za ove bolesnike. Danas se od uspješnog liječnika obiteljske medicine ne očekuje da bude samo dobar dijagnostičar nego i liječnik koji se zna kako dobro skribiti za bolesnike s najčešćim kronič-

nim bolestima. Ujedno je upravo to i najveći izazov u radu svakog liječnika OM, a sama mogućnost kontinuiteta skribi i poznavanja bolesnika koja iz toga proizlazi, stvara ogroman prostor za intervenciju koja se olakšava panelima kao jednim od alata za praćenje ključnih parametara kod bolesnika.

Na Kongresu su prezentirani brojni radovi, koji su obradili četiri kronične bolesti (hipertenzija, dijabetes, KOPB i astma) upravo s aspekta kontinuiranog praćenja bolesnika te ponudene mogućnosti u kontroli, planiranju i liječenju, kao pomoć u svakodnevnom radu liječnika OM. Govoreći o kroničnim bolestima, posebice se kroz nekoliko radova ukazalo na problem multimorbiditeta koji većinom susrećemo kod takvih bolesnika i u

tom kontekstu na racionalnu farmakoterapiju kao jedan od najvećih izazova s kojima se susrećemo u radu s kroničnim bolesnicima. Svakako da su posebnu notu ovoj temi dali i neki od najistaknutijih lidera iz OM u svijetu: prof. dr. **Igor Švab** s MMEF-a u Ljubljani i prof. dr. **Richard Hobbs** s MEF-aa u Oxfordu.

Druga tema Kongresa bila je skrb za bolesnike s kroničnom ranom, kao jedan od primjera skribi za kroničnog bolesnika koji zahtjeva multidisciplinarni pristup. Ovaj klinički entitet iziskuje mnogo znanja i truda, a istovremeno, zbog nedostupnosti dijagnostike na primarnoj razini, stvara teško okruženje za rad. Predložen je i postupnik koji je namijenjen za olakšanje rada i bliže upoznavanje liječnika OM s opsežnom pro-

blematikom liječenja pacijenata s kroničnim ranama, kako bi se postiglo brže cijeljenje rana ali i značajne financijske uštede. Takoder su istaknute prednosti kompresivne terapije, kao ključne za rješavanje venske insuficijencije i dermato-vaskularnih posljedica koje iz nje proizlaze. Važno je svakako naglasiti da je jedan od partnera ovoga jubilarnog kongresa bila Hrvatska udruga za rane na čelu s predsjednicom prim. dr. sc. Nastjom Kučišec Tepeš koja je održala vrlo zanimljivo predavanje o infekciji kronične rane.

Treća je tema Kongresa posvećena indikatorima kvalitete rada i stručnoj kontroli rada u OM kao stupovima na kojima treba graditi OM. Svi smo svjesni da je za dobrobit OM i zdravstvenog sustava nužno da struka bude ta koja određuje indikatore kvalitete rada i da rad treba ocjenjivati stručna kontrola umjesto niza administrativnih mjerila i propisa koji trenutno postoje. U skladu s tim, iznese su preporeuke za korištenje rutinskih podataka iz informatičkih programa za kontrolu kvalitete rada.

Među slobodnim temama moglo se pronaći mnogo zanimljivih sadržaja. Od suradljivosti pacijenata i ishodima liječenja, zdravog mršavljenja, promjene životnog stila starijih ljudi, pa do palijativne skrbi i prirodnih metoda planiranja obitelji. Obradene su i neke nove teme poput mobilnih aplikacija kao pomoćnim alatom u radu, kulture sigurnosti pacijenta i pristupa slijepim osobama s namjerom senzibilizacije ove teme u ambulantama obiteljske medicine.

Na kongresu su održane i četiri iznimno posjećene radionice u kojima su sudionici imali priliku aktivnog sudjelovanja iz područja zbrinjavanja kroničnih rana u OM, spirometrije, pisanja znanstvenog rada i mogućnostima koje nudi novi sustav ugovaranja za kvalitetniji rad i maksimalnu financijsku stimulaciju.

Drugog dana kongresa sudionicima se obratio i predsjednik Hrvatske liječničke komore mr. sc. **Trpimir Goluža**, koji je naglasio važnost Komore kao ustanove koja će raditi u interesu svih liječnika OM te obrazložio aktualna zbivanja s ciljem pojašnjenja postupaka i plana rada novog vodstva Komore, u kojem se od svakog člana očekuje konstruktivan doprinos.

Posebno je naglasio neodgovornost pojedinaca iz struke koji šire laži i neistine od novom vodstvu Komore kao navodnim neprijateljima liječnika OM te istaknuo da su u novom vodstvu Komore neki od najistaknutijih liječnika obiteljske medicine u Republici

## Snažno podržavamo Hrvatsku liječničku komoru

Hrvatskoj. Vrlo je zapaženo imala je i aktualna ravnateljica HZZO-a **Tatjana Prenda Trupec**, mag. ing. el. MBA, koja je održala predavanje na temu „HZZO – prošlost, sadašnjost, budućnost“. U njemu je izložila neke od izazova i promjena u radu HZZO-a te važnost liječnika OM za funkciranje zdravstvenog sustava.

Nakon izlaganja su predsjednik Komore i ravnateljica HZZO-a zajedno s predsjednikom Hrvatskog društva obiteljskih doktora dr. **Draganom Soldom** održali otvorenu raspravu na kojoj su sudionici mogli postavljati pitanja vezana uz našu struku i aktualne probleme. U raspravi su posebno izdvojili teme: specijalizacija iz OM, nelogičnosti iz novog ugovaranja, uloga Komore u zaštiti prava liječnika, nova mreža PZZ-a te pitanje finansiranja specijalizacija i medicinske opreme za PZZ putem EU fondova za 15 nerazvijenih županija.

## Specijalizacija opće medicine nužna je za samostalno vođenje prakse

Kongres je na okruglom stolu zadnjeg dana zatvorila prof. dr. **Milica Katić**, koja je još jedanput naglasila najvažnije zaključke Kongresa:

**1.** Specijalizacija OM nužna je za samostalno vođenje prakse OM jer samo primjerena edukacija liječniku OM omogućava ispunjavanje svih složenih zadaća u skrbi za bolesnike, racionalnom funkcioniranju zdravstvenog sustava te kvalitetan rad. HDOD-a inzistira da se u novim zakonima koji se bave

zdravstvom uvede obveza specijalizacije OM za svakog liječnika koji ulazi u sustav i postaje nositelj tima neovisno je li koncesionar ili zaposlenik doma zdravlja. Takvo bi zakonsko rješenje znatno pridonijelo planskom i kontinuiranom specijalističkom usavršavanju iz OM i omogućilo da se postojeći specijalisti OM koji će ubrzo otići u mirovinu planski nadomjesti jednako kvalificiranim stručnjacima.

**2.** HDOD u ime svojih članova iskazuje spremnost svih nastavnika, suradnika i mentora iz OM za provedbu specijalističkog usavršavanja svih liječnika koji će dobiti specijalizaciju iz OM u narednom razdoblju.

**3.** HDOD je u svom djelovanju posebno usmjerjen na unapređenje suradnje između primarne i sekundarne razine zdravstvene zaštite, što je nužan preduvjet uskladenog djelovanja zdravstvenog sustava u pružanju učinkovite i primjerene zdravstvene zaštite.

**4.** Kontrola kvalitete rada u OM i unapređenje kvalitete su neke od temeljnih zadaća HDOD-a. Novi kombinirani sustav ugovaranja OM usmjerjen je na model „Plaćanje prema učinjenom“ (engl. Pay for Performance) te prema nekim pokazateljima uspješnosti rada (engl. Key Performance Indicators). Preventivni panel te paneli za kronične bolesti su se u praksi liječnika OM pokazali kao vrlo učinkovito oruđe u osiguranju i provedbi proaktivne i programirane skrbi, a iz brojnih podataka koji se strukturirano prikupljaju mogu se oblikovati stručno primjereni indikatori kvalitete rada. Indikatori kvalitete rada su nužan preduvjet za definiranje stručno utemeljenog standarda rada liječnika OM kako bi se svim osiguranicima pružila zaštita na istoj razini.

**5.** HDOD snažno podržava Hrvatsku liječničku komoru u nastojanjima da radi u interesu svih liječnika pa tako i liječnika OM te daje konstruktivan doprinos za ostvarenje takvog načina rada.

**6.** HDOD okuplja sve veći broj mlađih liječnika, specijalizanata OM te mlađih specijalista OM koji svojim znanjem, energijom i sposobnošću osiguravaju napredak struke. Upravo će iz ovih razloga HDOD i dalje poticati sudjelovanje mlađih kolega na kongresu kroz minimalne kotizacije, nagrade za autore najboljih radova i stipendije za aktivno sudjelovanje specijalizanata na kongresu.

**Dr. Dragan Soldo,  
predsjednik HDOD-a**

# Simpozij „Atlanto - aksijalna regija - bolesti i ozljede“

*Povodom Svjetskog dana kralješnice 13. listopada*

Hana Skala Kavanagh

**P**ovodom obilježavanja Svjetskog dana kralješnice koju je proglašila međunarodna inicijativa Desetljeća kostiju i zglobova 2010-2020., a uz podršku SZO-a, i ove je godine održan simpozij u organizaciji Hrvatskog vertebrološkog društva HLZ-a, u suradnji s Klinikom za reumatologiju, fizičkalnu medicinu i rehabilitaciju i Klinikom za neurokirurgiju KBC-a Sestre milosrdnice u Zagrebu. Bio je to ovakav dvanaesti godišnji simpozij, koji se drugu godinu za redom održava pod pokroviteljstvom Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti (Razred za medicinske znanosti). Tema je ovogodišnjeg simpozija bila „Atlanto-aksijalna regija-bolesti i ozljede“. Skup, čiji su suvoditelji bili prof. dr. **Simeon Grazio** (Klinika za reumatologiju, fizičkalnu medicinu i rehabilitaciju, KBC Sestre milosrdnice) i prof. dr. **Boris Božić** (Klinika za neurokirurgiju, KBC Sestre milosrdnice), održan je u biblioteci HAZU-a, a bio je jako dobro posjećen (91 registrirani sudionik), pa je ta nevelika prostorija bila gotovo ispunjena. Na otvorenju Simpozija nazočne su inspirativnim govorima pozdravili predsjednik HAZU-a akademik **Zvonko Kusić**, tajnik Razreda za medicinske znanosti HAZU-a akademik **Marko Pećina** (inače, ambasador Desetljeća kostiju i zglobova) i prof. dr. **Vesnica Košec**, pomoćnica sanacijskog upravitelja KBC-a Sestre milosrdnice.

Uvodno predavanje održala je prof. dr. **Ljovorka Grgurević**, predstojnica Zavoda za anatomijsku i kliničku anatomiju MEF-a u Zagrebu, podsjetivši nazočne na složenost anatomije, funkciju te osjetljivosti ove regije, ali ukazavši i na važnost korelacije anatomije i nekih ozljeda i bolesti u tom području. Usljedilo je predavanje prim. mr. sc. **Frane Grubisića** iz Klinike za reumatologiju, fizičkalnu medicinu i rehabilitaciju, KBC-a Sestre milosrdnice, o epidemiologiji i etiopatogenezi promjena ove regije, koji je prezentirao podatke najnovijih istraživanja. Pojavnost atlantoaksijalnog (A-A) instabiliteta u odrasloj populaciji relativno je rijetka i na nju otpada oko 2,5 % svih spinalnih oštećenja, a u kliničkom



**S lijeva na desno:**  
**prof. dr. sc. Boris Božić, prof. dr. sc. Simeon Grazio, akademik Zvonko Kusić**

radu reumatologa se ne smiju smetnuti suma A-A dislokacije, koje se javljaju u osoba s dugotrajnom upalnom reumatskom bolesću (npr. reumatoidni artritis, ankilozantni spondilitis). O širokom spektru patoloških stanja u ovoj regiji, njihovoj kliničkoj slici te najnovijim mogućnostima neurofiziološke dijagnostike pomoći koje je moguće precizno odrediti brzinu provođenja živčanih signala u dijagnostičke svrhe, ali i introoperativno monitorirati bolesnike bilo je govora u radu prof. dr. **Vanje Bašić Kes** i dr. sc. **Mirjane Lisak** s Klinike za neurologiju, KBC-a Sestre milosrdnice. Dr. sc. **Matej Mustapić** iz Kliničkog zavoda za dijagnostiku i intervencijsku radiologiju, KBC Sestre milosrdnice, u svom je predavanju o radiološkoj promjeni u A-A regiji naglasio da su kod bolesnika sa sumnjom na svježi prijelom funkcionalni radiografi kontraindicirani, a prva metoda izbora je CT, koji može imati važnu ulogu i kod detaljnog prikaza prirođenih anomalija kralješaka kao i destruktivnih promjena kosti kao posljedice upalnim ili neoplastičnih promjena, ali je zbog visoke kontrastne rezolucije, vrlo dobroga prikaza mekotkivnih struktura i mo-

gućnosti otkrivanja koštanog edema, MR prva metoda izbora u slučajevima sumnje na postojanje neuroloških oštećenja. Prof. dr. Simeon Grazio je u svom predavanju govorio o promjenama A-A zgloba i vratne kralješnice u upalnim reumatskim bolestima, a odnose se na prednju A-A subluxaciju, bazilarnu invaginaciju te nestabilnost kralješaka ispod razine C1-C2. U bolesnika s ankilozantnim spondilitisom mogu se razviti ankiloza i osifikacija ligamenata, u psorijatičnom artritisu javljaju se i erozivne i proliferativne promjene hvatišta ligamenata, dok je za reumatoidni artritis karakteristična hiperplazija i hipertrfija sinovijalnih resica i panus koji invadira zglobnu hrskavicu i subhondralnu kost, što dovodi do nestabilnosti i predstavlja rizik za kompresiju vitalnih neuralnih struktura. Liječenje zahtijeva multidisciplinarni pristup, a velik je napredak postignut uvođenjem u terapiju bioloških lijekova, koji ciljano suzbijaju upalni proces. Primjenom načela liječenja prema cilju (engl. Treat to target, skr T2T), odnosno češćim posjetima reumatologu, objektivnom evaluacijom stanja, potrebnim promjenom nedostatno učinkovite terapije

i praćenja terapijskog učinka postižemo primaran cilj liječenja, a to je klinička remisija, koja je preduvjet za smanjenje/usporavanje strukturalnih promjena i u konačnici smanjenje nesposobnosti bolesnika.

**Dr. Darko Perović** iz specijalne bolnice „Sv. Katarina“ iznio je načela kirurškog liječenja ozljeda A-A regije koje su često pridružene ozljedama glave. Iako je neurološko oštećenje, zbog velike širine spinalnog kanala rjeđe prisutno, životno ugrožavajuća može biti ozljeda jezgara n. phrenicusa. Ovisno o lokaciji i vrsti ozljede, metode liječenja variraju od imobilizacije ovratnikom do maksimalno 12 tjedana, vanjske „halo“-fiksacije, longitudinalne ekstenzije, repozicije te okcipitocervikalne fiksacije, spondilodeze, zatvorene repozicije. Kod različitih degenerativnih i upalnih bolesti i stanja, znakovni mijelopatijski i kraniocervikalna nestabilnost su indikacija za kirurško liječenje, čiji je glavni cilj oslobođanje neuralnih struktura i stabilizacija kraniocervikalnog prijelaza. Zahtjevnost kirurškog postupka i postoperacijski komorbiditet ograničavaju operatera i bolesnike u odluci o zahvalu. Zahvaljujući medikamentnoj i fizikalnoj terapiji, a usprkos velikoj incidenciji

reumatskih bolesti koje izazivaju promjene u ovoj regiji, bolesnici s ovim promjenama rijetko su predmet kirurške intervencije.

O iskustvima liječenja bolesnika s tumori-ma kraniocervikalnog prijelaza u Klinici za neurokirurgiju KBC Sestre milosrdnice govorio je prof. dr. Boris Božić. Odluka o načinu liječenja neoplazme ove regije ovisi radi li se o benignoj ili malignoj leziji. Kod benignih je imperativ kirurška dekompenzacija neurovascularnih struktura te resekcija samog tumora, dok je kod malignih lezija odluka o kirurškom liječenju načelno složenija. Za povoljan postoperativni ishod nužno je pažljivo preoperativno planiranje (MRI, DSA) te primjena neurokirurških tehniku koje što više čuvaju lokalne neurovascularne strukture. Prim. dr. **Tatjana Nikolić** iz Klinike za reumatologiju, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, KBC Sestre milosrdnice, u zadnjem je izlaganju govorila o fizijatrijsko-rehabilitacijskom pristupu bolesnicima s promjenama/bolestima u A-A regiji. U asimptomatskim slučajevima detektiranih promjena ovog područja rehabilitacija je usmjerena na edukaciju bolje kontrole glave i izbjegavanje ekstremnih pokreta ili rizičnih aktivnosti. Osobe sa simptomatskim

promjenama ove regije, nakon konzervativnog ili kirurškog liječenja te imobilizacije pristupaju rehabilitaciji koja je usmjerena na povećanje pokretljivosti cervicalne kralješnice, snaženje oslabljene muskulature i postizanje funkcionalne neovisnosti. U ranom postoperativnom razdoblju, uz imobilizaciju ortozom, započinje se s posjedanjem i vertikalizacijom uz hod prema vlastitoj toleranciji. Kada je nakon takve vrste zahvata postignuta koštana fuzija, započinje se s postupnom aktivnjom rehabilitacijom uz upotrebu analgetskih modaliteta fizikalne terapije. Tijekom rehabilitacije provode se vježbe opseg-a pokreta, istezanja i snaženja cervicalnih i paracervikalnih mišića, kao i m. trapeziusa i mišića gornjih ekstremiteta, a ne smije zaboraviti na potrebu snaženja nožnih mišića koji najčešće oslabe zbog mirovanja ili neurološkog deficit-a, dok je očekivano trajanje rehabilitacije obično do 6 mjeseci. Sudionici simpozija su konstruktivnom raspravom i razmjenom vlastitih iskustava pridonijeli kvaliteti ovog već tradicionalnog skupa.

## XIII. Kongres Hrvatskog društva medicinskih vještaka zdravstvenog osiguranja

Društvo je u Svetom Martinu na Muri od 8.-10. listopada uspješno organiziralo XIII. Kongres s međunarodnim sudjelovanjem. Osim prikaza novosti iz HZ-ZO-a, posebna je tema bila „Komunikacija u zdravstvu“ u okviru koje su predavanja podijeljena u četiri cjeline: Komunikacija i profesionalizam, Komunikacija u medicini rada, Komunikacija liječnika obiteljske medicine i Kvaliteta, učinkovitost i sigurnost u zdravstvu. Kongres je okupio dvjestotinjak stručnjaka, uz aktivno sudjelovanje kolega iz Slovenije i Kosova.

Kongresu je nazočio i svečano ga otvorio ministar zdravlja prim. **Siniša Varga**, koji je uručio priznanje „Povelja dr. Anica Matić“ dugogodišnjem predsjedniku Društva dr. **Josipu Silovskom** za značajan doprinos liječničkoj djelatnosti zdravstvenog osiguranja. Priznanje nosi ime predane i nesrebične dr. **Anice Matić**, suosnivača i dugogodišnje

predsjednice Društva, koja nas je prerano napustila. Uvodno izlaganje o reformi zdravstvenog sustava i rezultatima postignutim u posljednje tri godine održala je ravnateljica HZZO-a **Tatjana Prenda Trupec**. Nakon to-

ga je prof. dr. **Miro Jakovljević** prisutne oduševio izlaganjem na temu Profesionalnost i profesionalizam u medicini i psihijatriji: dileme, mogućnosti i izazovi.

Društvo trenutno broji 122 člana. Osnivač-



Ministar zdravlja  
Siniša Varga  
i Josip Silovski  
u trenutku svečanog  
uručenja priznanja

ka skupština održana je 27. listopada 2001. s ciljem okupljanja lječnika vještaka zdravstvenog osiguranja koji rade diljem Republike Hrvatske na poslovima medicinskog vještačenja, ali i drugim poslovima vezanim uz zdravstveno osiguranje. Sadašnje vodstvo izabrano je lani u ožujku a čine ga predsjednica **Vlasta Zajic Stojanović**, dopredsjednica **Srebrenka Mesić**, druga dopredsjednica Nediljka Čelan te Upravni odbor koji čine predstavnici svih županija, izabrano je na Izbornoj skupštini, u ožujku prošle godine.

Članovi su lječnici zaposleni u HZZO-u, čije vodstvo pomaže i aktivno sudjeluje u organizaciji naših kongresa. Pozivamo lječnike i visokoobrazovane stručnjake drugih struka, te znanstvene djelatnike koji nisu lječnici, a djeluju na području stručnog društva, u zdravstvenoj djelatnosti, da nam se pridruže.

Lječnik-vještak je zanimanje u sklopu društvenog sustava kojim se osigurava zdravstvena skrb, te je predmet velikog društvenog interesa i nameće značajnu društvenu odgovornost. Prilikom rada na medicinskim vještačenjima i donošenja ocjena o raznim pravima na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, lječnici vještaci zdravstvenog osiguranja zalažu se za dokazana i sigurna pravila struke. Brinu se da osigurane osobe zdravstvenu zaštitu ostvaruju skladno zakonskim propisima i svakodnevno se nalaze na raspolaganju brojnim pravnim i fizičkim osobama. Osim medicinskih znanja, neophodno je poznavati niz pravnih propisa vezanih uz sustav zdravstvene zaštite i osiguranja. Tijekom rada često nailazimo na raskorak između zakonskih mogućnosti i medicinske opravdanosti, što, uz socijalnu problematiku, predstavlja najsnažniji izvor frustracija lječnika-vještaka. Specifičnosti rada vezane su uz sadržaj, način i uvjete rada, a obilježene su rješavanjem velikog broja predmeta u kratkom roku, stalnom i često otežanom komunikacijom s osiguranim osobama i ugovornim subjektima, u prostoru Zavoda ili izvan njega. Tijekom redovnog rada ostvaruju komunikaciju na više razina: s osiguranom osobom, s njezinom obitelji, s izabranim doktorima primarne kao i s lječnicima sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, s pravnom i ekonomskom službom Zavoda, Hrvatskim zavodom za mirovinsko osiguranje i drugim subjektima. Pri tome stalno i svakodnevno pregledavaju osigurane osobe-bolesnike u prostorijama Zavoda, u ordinacijama izabranih doktora, a po potrebi i u kućnim uvjetima. Provode nadzor i kontrolu ugovornih obveza ugovornih subjekata Za-

## Društvo je organiziralo 13 kongresa i 17 simpozija

voda: ordinacija PZZ-a, bolničkih ustanova, ustanova ugovornih isporučitelja ortopedskih i drugih pomagala, ljekarni, ustanova za provođenje zdravstvene nege u kući i drugih. Dobra komunikacija sa svim čimbenicima zdravstvenog sustava omogućava izgradnju partnerskih odnosa s osiguranim osobama i ugovornim subjektima, uspostavljanje kvalitetne suradnje i međusobnog povjerenja, a sve u cilju ostvarivanja kvalitetne i dostupne zdravstvene zaštite svim našim osiguranicima.

Osnovno djelovanje Društva usmjereno je na trajnu i kvalitetnu edukaciju naših članova, davanje preporuka i smjernica koje bi olakšale i unaprijedile organizaciju našeg rada, te na zaštitu naših članova i struke u profesionalnom okruženju. U svom dosadašnjem radu Društvo se može pohvaliti organizacijom 13 kongresa i 17 simpozija. Osim aktivnog sudjelovanja naših članova u pripremi i prezentiranju stručnih radova, ugostili smo brojne eminentne predavače, koji su zanimljivim i aktualnim temama o najnovijim medicinskim dostignućima naše kongrese učinili prepoznatljivim i dobro posjećenima. Želja nam je u predstojećem razdoblju pripremiti međunarodni kongres. Prisutni smo i u virtualnom obliku, na stranici [www.hdmvzo.com](http://www.hdmvzo.com), gdje, osim najnovijih vijesti, možemo razmjenjivati iskustva, a pod rubrikom „kontakt“ i odgovarati na pitanja vezana uz naš djelokrug rada, svim zainteresiranim.

## Društvo je inicijator specijalističkog usavršavanja svojih članova

Kroz svakodnevni rad potvrđuje se potreba stalne izobrazbe i usavršavanja. Osim trajne edukacije koju stječemo na našim kongresima, simpozijima i regionalnim radionicama, Društvo je neumoran inicijator specijalističkog i drugog usavršavanja naših članova, neophodnog za stjecanje vještina i obavljanje radnih zadaća u zdravstvenom sustavu. Povjerenstvo za trajnu izobrazbu lječnika Hrvatske lječničke komore odobrilo je edukaciju naših članova po modelu Peer grupa, u svrhu ujednačavanja kriterija rada. Postoji obostran interes s ljećnicima PZZ-a za organizaciju zajedničkih sastanaka.

U suradnji Ministarstva zdravlja s Hrvatskom lječničkom komorom i Hrvatskom komorom dentalne medicine donešen je 2009. Pravilnik o rokovima najduljeg trajanja bоловanja ovisno o vrsti bolesti, u čijoj je pripremi, uz prim. dr. Viktoriju Bradić, sudjelovalo i član Društva dr. Ivica Jelković. Suradnja je uspješno nastavljena i ove godine, tijekom koje je u izradi novi, suvremeni Pravilnik, temeljen na najmodernejšim znanstvenim spoznajama, vezano uz problematiku ocjene privremene radne nesposobnosti. S obzirom na to da se taj Pravilnik kao podzakonski akt donosi uz suglasnost HLZ-a, njegov predsjednik prof. **Željko Krznarić** je predložio za izradu stručne podloge ovaj tim stručnjaka: prim. dr. **Viktorija Bradić**, prof. dr. **Jadranka Mustajbegović**, dr. sc. **Nada Turčić** i mr. **Srebrenka Mesić**, dopredsjednica Društva. Na potonje smo naročito ponosni, jer težimo da Društvo sudjeluje i bude prepoznato kao relevantan čimbenik u donošenju pravnih akata iz djelokruga rada lječnika vještaka zdravstvenog osiguranja.

Društvo je podržalo i aktivno se uključilo u donošenje prijedloga izmjena Kaznenog zakona kojima su se lječnici ugradili u definiciju „službene osobe“, te su slijedom toga zaštićeni njegovim odredbama.

Interesi i zanimanja Društva, ali i pojedincu u Društvu, raznoliki su, a s obzirom na velike i brojne promjene u organizaciji rada u našoj matičnoj kući, koje uključuju novu sistematizaciju, izlazak iz Riznice, prihvatanje i realiziranje novih EU standarda, ali i unaprjeđenje i kontrolu kvalitete rada sukladno ISO standardima, Društvo će i u budućnosti aktivno sudjelovati u donošenju prijedloga za poboljšanje zdravstvene zaštite naših građana, ali i u zaštiti digniteta lječnika-vještaka zdravstvenog osiguranja.

**Srebrenka Mesić, dr. med.**  
**i Vlasta Zajic-Stojanović, dr. med.**

# „Šećerna bolest – javnozdravstveni izazov“

Marcel Lepée

**R**eferentni centar za farmakoepidemiologiju Ministarstva zdravlja RH i Hrvatsko društvo za farmakoekonomiku i istraživanje ishoda (ISPOR Hrvatska) organizirali su Stručni skup „Lijekovi i...“ s temom „Šećerna bolest – javnozdravstveni izazov“, koji je održan 14. listopada u Velikoj dvorani Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ u Zagrebu.

Predavač je bila dr. sc. **Tamara Poljičanin**, dr. med., specijalist epidemiolog iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

*Diabetes mellitus* (DM) globalni je javnozdravstveni problem, od njega boluje 387 milijuna osoba, odnosno prevalencija DM-a je 8,3 %, pri čemu je značajno da gotovo polovica ljudi koji boluju to ne zna, odnosno u 46,3 % slučajeva DM nije uopće dijagnosticiran. Zbog toga je dijabetes jedan od prvih deset uzroka smrti na svijetu i uzrokovao je 4,9 milijuna smrtnih slučajeva na svijetu u 2014. godini te značajne troškove; preko 600 milijadi dolara potrošeno je 2004. godine zbog DM-a, odnosno jedan od 9 potrošenih dolara za zdravstvenu zaštitu na cijelom svijetu.

U Republici Hrvatskoj stanje je u skladu s ostatkom Europe – od DM-a boluje preko 400.000 osoba, od kojih je dijagnosticirano nešto preko 250.000, što znači da 42 % bolesnika uopće ne zna da imaju dijabetes te se niti ne liječe.

DM je sedmi vodeći uzrok smrtnosti u Hrvatskoj; u 2014. je od DM-a umrlo preko 1300

osoba, a troškovi liječenja čine 11,5 % rashoda HZZO-a.

Prevalencija DM-a je u porastu, a glavni uzroci su: starenje stanovništva, nezdrava prehrana, sedentarni način života i prekomjerna tjelesna težina. Osim toga, u posljednje je vrijeme promijenjen i dijagnostički kriterij.

Najčešće kronične komplikacije DM-a jesu: povиšeni krvni tlak, prekomjerna tjelesna težina i periferna neuropatija.

Strateški okviri za akciju su sadržani u ovim dokumentima: Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba s DM-om, Rezolucija o DM-u, Strateški plan razvoja javnog zdravstva 2013-2016., Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020. i Strategija kroničnih nezaraznih bolesti (u donošenju).

## Nacionalni program zdravstvene zaštite osoba s DM-om 2015-2020.

**Misija** – unaprjeđenje zdravlja osoba s DM-om uz provođenje učinkovitih mjera ranog otkrivanja, praćenja, liječenja i sprječavanja komplikacija DM-a

**Vizija** – omogućiti svim osobama s DM-om najvišu razinu kvalitete života uz dokidanje negativnog učinka na očekivano trajanje života

### Ciljevi:

- povećati svjesnost o rizičnim ponašnjima za razvoj bolesti i utjecati na njihovu promjenu

- otkriti što veći broj oboljelih i pružiti im odgovarajuću zdravstvenu skrb i odgoditi i/ili spriječiti razvoj kasnih komplikacija bolesti
- poboljšati kvalitetu života osoba s DM-om.

## Rezolucija o DM-u

• uvažavaju se smjernice i preporuke UN-a i EU-a te aktualna epidemiološka situacija

- 17. lipnja 2011. usvaja je Hrvatski sabor
- naglašava se važnost DM-a i opterećenje za društvo koje predstavlja

• od svih nadležnih institucija, gospodarskih subjekata, medija i udruga zahtijeva se aktivnije uključivanje u prevenciju, rano otkrivanje, liječenje i rehabilitaciju u okviru njihovih mogućnosti i dostupnih izvora na način koji im omogućuje njihova primarna djelatnost.

## Strateški plan razvoja javnog zdravstva 2013-2016.

• dodatno se stvaraju preduvjjeti za učinkovitiju borbu s epidemijom DM-a i kroničnih nezaraznih bolesti u cijelosti

• ključni elementi Rezolucije su: sprječavanje i rano otkrivanje, promicanje zdravih načina života, poticanje sredstava javnog informiranja, promicanje redovitih preventivnih pregleda i proširivanje preventivnih pregleda i probira na veći udio stanovnika kao i osiguranje zdravih preduvjeta na radnom mjestu i okolišu. Uporište se nalazi u šest definiranih prioriteta:

- Promicanje zdravlja
- Prevencija bolesti i upravljanje preventivnim aktivnostima
- Utjecaj okoliša i rada na zdravlje
- Informatizacija javnozdravstvenog sustava
- Razvoj analitičkih javnozdravstvenih kapaciteta
- Reorganizacija sustava uz uspostavu funkcionalne mreže javnozdravstvene djelatnosti.

Nakon predavanja razvila se diskusija, gdje je posebno naglašena važnost ustrajnosti u primjeni terapije.



*U Hrvatskoj akademiji znanosti i umjetnosti u Zagrebu ove je godine održano oko 50 skupova posvećenih raznim pitanjima s područja medicine, dakle prosječno jedan tjedno. Jedna trećina bila ih je posvećena onkologiji. Obično ih organizira Razred za medicinske znanosti i pristup je slobodan. Predavači su u načelu visoko rangirani znanstvenici, nerijetko i gosti iz inozemstva, a izlaganja su često sačuvana u zbornicima radova. Nažalost, o tim se vrijednim skupovima većina naših čitatelja malo zna pa ih stoga ovdje ilustriramo s nekoliko izvješća.*

*Urednik*

### 3. MEĐUNARODNA KONFERENCIJA O REGENERATIVNOJ ORTOPEDIJI I TKIVNOM INŽENJERSTVU

**U** organizaciji Razreda za medicinske znanosti Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti, Sveučilišta u Zagrebu i Sekcije za translacijsku medicinu Hrvatskog ortopedskog društva održana je 4. studenog 3. Međunarodna konferencija o regenerativnoj ortopediji i tkivnom inženjerstvu (3<sup>rd</sup> International Conference on Regenerative Orthopaedics and Tissue Engineering). Kao i na prethodne dvije konferencije (održane 2010. i 2012.) cilj organizatora i ovogodišnje konferencije bio je okupiti vodeće svjetske i domaće znanstvenike i liječnike koji su nizom zanimljivih predavanja i diskusijom predstavili najnovija dostignuća iz područja regenerativne medicine i tkivnog inženjerstva.

Područje regenerativne ortopedije dio je novog vala znanstvene i biotehnološke revolucije u ortopediji s krajnjim ciljem potpune obnove oštećenih tkiva mišićno-koštanog sustava.

Radi se o vrlo dinamičnom, interdisciplinarnom području u kojem ravnopravno sudjeluju i surađuju stručnjaci iz najrazličitijih područja pa je sasvim uobičajeno da se u jednom timu nalaze liječnik, biolog, kemičar i inženjer.

Prema riječima akademika **Marka Pećine**, tajnika Razreda za medicinske znanosti HAZU i predsjednika organizacijskog odbora konferencije, ključan je korak u svim ovim istraživanjima prelazak iz laboratorijskog, eksperimentalnog okružja u kliničku, humanu medicinu. Taj korak naziva se translacija; translacijska istraživanja u medicini danas su najvažniji koncept kojim se bazična znanstvena istraživanja pretvaraju u praktična, primjenjiva znanja.

Glavna tema ovogodišnje 3. Konferencije bile su nove spoznaje iz područja regeneracije zglobne hrskavice, a predstavljeni su i završni rezultati četverogodišnjeg istraživanja u okviru velikog Europskog projekta pod nazivom BIO-COMET.

Radi se o suradnom projektu koji financira Europska komisija unutar Sedmog okvirnog programa (Framework Programme 7), a u kojem osim zagrebačkih sudjeluju i znanstvenici iz Švicarske, Italije, Njemačke, Velike Britanije i Kanade. Cilj je okupljanja ovako velikog



konzorcijska suradnja akademskih centara izvrsnosti s malim i srednjim poduzetništvom u razvoju i komercijalizaciji rješenja za primjenu u regenerativnoj ortopediji. Sam naziv projekta „Bioreactor-based, clinically oriented manufacturing of engineered tissues“ (skraćeno BIO-COMET), sugerira kako se radi o razvoju metode čiji je krajnji cilj klinička primjena u humanoj medicini.

Pod zajedničkim nazivnikom Sveučilišta u Zagrebu, u Hrvatskoj je okupljen tim stručnjaka s Klinike za kirurgiju, oftalmologiju i ortopediju Veterinarskog fakulteta, Zavoda za histologiju i embriologiju Medicinskog fakulteta te Zavoda za ortopediju KB-a Sveti Duh.

Voditelj hrvatskog dijela projekta, doc. dr. **Alan Ivković**, rekao je da je

dobivanje ovog projekta velika čast i potvrda vrijednosti hrvatskih znanstvenika, ali i obveza ispunjenja zadanih ciljeva projekta. Osim strateškog cilja pozicioniranja Zagreba kao regionalnog centra za primjenu novih biotehnoloških i regenerativnih metoda u ortopediji, ovaj projekt omogućio je otvaranje novih znanstveničkih mjeseta kao i nabavku suvremene opreme i instrumenata.

Ukupna vrijednost projekta iznosi šest milijuna eura s odgovarajućim udjelom za zagrebačku skupinu.

Na Konferenciji je pozvano predavanje održala svjetski poznata znanstvenica prof. **Marcy Zenobi Wang** sa Švicarskog federalnog instituta za tehnologiju (ETH Zürich) koja je pokazala metodu primitanja žive i funkcionalne hrskavice uz pomoć 3D printera.

Doc. Ivković je poručio da je primjena metoda regenerativne medicine i tkivnog inženjeringu u liječenju bolesti i ozljeda mišićno-koštanog sustava već sada naša realnost.

„Unazad 20-ak godina u ortopediji se primjenjuje postupak tzv. autologne transplantacije hondrocyta kojim se od samog bolesnika uzima uzorak hrskavičnih stanica, koje se u laboratoriju umnožavaju te potom vraćaju na mjesto oštećene zglobne hrskavice.

Danas već možemo, uz pomoć 3D printerske tehnologije, isprintati živu hrskavicu zglobo ili nosa, a nije daleko dan kada ćemo po mjeri moći izradivati cijele zglove i kosti“, poručio je doc. Ivković.

# KOMEMORATIVNI SASTANAK U SPOMEN NA AKADEMIKA DRAGU IKIĆA

Održana je u ponedjeljak 16. studenoga u spomen na istaknutoga hrvatskog imunologa i utečnjitelja Imunološkog zavoda u Zagrebu u povodu prve godišnjice njegove smrti. O životu i djelu akademika **Drage Ikića** govorio je predsjednik HAZU-a akademik **Zvonko Kusić** koji je istaknuo da je akademik Ikić zadužio hrvatsku znanost, hrvatsku medicinu, HAZU i hrvatski narod.

Akademik Ikić rodio se 2. srpnja 1917. u Foči, a umro je u Zagrebu 19. studenog 2014. Gimnaziju je završio u Zagrebu gdje je 1942. diplomirao na Medicinskom fakultetu. Radio je u Državnoj bolnici u Tuzli i bio sudionik Antifašističke borbe. Od 1947. do 1950. bio je pomoćnik ministra zdravlja NR Hrvatske. Od 1946. do 1947. stručno se usavršavao iz područja bakteriologije i higijene u Parizu, Zürichu i Ženevi, a 1952. u Londonu i Kopenhagenu iz područja vakcinologije. Doktor znanosti postao je 1958., a 1962. profesor na MEF-u u Zagrebu. Od 1947. radio je na Bakteriološkom odjelu Centralnog higijenskog zavoda u Zagrebu, a potom na Odjelu za pripremu seruma i vакcina. Kad je Odjel 1956. izdvojen iz sastava Zavoda kao samostalna ustanova, Ikić je postao njegov direktor. Odjel je 1959. prerastao u Zavod za kontrolu i ispitivanje imunoloških preparata, a 1961. u Imunološki zavod kojem je Ikić bio direktor sve do umirovljenja 1982.

Za akademika je izabran 1977., od 1978. do 1989. bio je tajnik Razreda za medicinske znanosti i član Predsjedništva Akademije, a od 1982. do 2008. voditelj Akademijinog Zavoda za imunologiju i genetiku tumora.

,Najznačajnija dostignuća akademika Drage Ikića su proizvodnja cjepiva i interferona te suradnja sa SZO-om koja je u Imunološkom zavodu osnovala svoja dva referentna centra. Cjepiva proizvedena u tom zavodu imala su uspjeha na svjetskom tržištu, a danas je teško zamislivo da bi Hrvatska u proizvodnji bila kompetitivna na svjetskoj razini. Hrvatskoj imunologiji Ikić stvorio je znanstvenu, nastavnu i tržišnu bazu. Njegovo djelo je nadišlo hrvatske okvire i rijetko tko je iz naše sredine uspio na svjetskoj razini steći takav ugled kao on, kazao je akademik Kusić.

Akademik **Dragan Dekaris** kazao je da je Ikić bio uspješan zahvaljujući svojoj viziji proizvodnje cjepiva, seruma i interferona koju je znao i ostvariti. Tajnik Razreda za medicinske znanosti akademik **Marko Pećina** kazao je da je akademik Ikić bio jedan od akademika koji su stvorili taj razred i personificirao ga, što je svim članovima Razreda služilo na čast.

Ikić je pokrenuo razvoj i proizvodnju bakterijskih i virusnih cjepiva te humanog leukocitnog interferona, kao i široku primjenu humanih diploidnih stanica u proizvodnji virusnih cjepiva. Novi sojevi virusa (Edmonston-Zagreb) za proizvodnju cjepiva prihvaćeni su od SZO-a i distribuirani u velikom broju zemalja.

Bio je predsjednik Međuakademičkog odbora za biološke preparate, član The Royal Society of Medicine, The New York Academy of Sciences, Američkog udruženja za unaprjeđenje znanosti, Tijela eksperata za biološku standardizaciju Svjetske zdravstvene organizacije te počasnog člana Svesaveznog naučnog društva mikrobiologa i epidemiologa I. I. Mečnikov u bivšem SSSR-u. Objavio je oko 250 znanstvenih i stručnih radova iz područja imunologije, virusnih i bakterijskih cjepiva te interferona.



## ZAHVALNICE PRVIM DONATORIMA HRVATSKOG MUZEJA MEDICINE I FARMACIJE HAZU

Upratori HAZU-a su 16. studenog podijeljene zahvalnice prvim donatorima Hrvatskog muzeja medicine i farmacije HAZU-a zahvaljujući kojima je omogućen početak rada najnovijeg muzeja u sastavu Akademije.

Prve donacije pristigle su od HLZ-a, MEF-a u Zagrebu, Hrvatske liječničke komore i Agencije za lijekove i medicinske proizvode. Zahvaljujući darovateljima, nabavljena je inicijalna oprema za rad Muzeja, oprema za muzejsko spremište, primjerenu pohranu i preventivnu zaštitu muzejskih predmeta.

Kako je podsjetila upraviteljica Odsjeka za povijest medicinskih znanosti HAZU-a prof. dr. sc. **Stella Fatović-Ferenčić**, Muzej je osnovan 7. srpnja 2014. rješenjem Ministarstva kulture. U ožujku 2015. viša kustosica **Silvija Brkić Midžić** imenovana je njegovom upraviteljicom, a za voditelja Muzeja akademik **Marko Pećina**.

Osmnutak Muzeja pokrenuo je Odsjek za povijest medicinskih zna-



Na svečanosti podjele zahvalnica govorio članica našeg uredništva prof. dr. Stella Fatović Ferenčić, inicijatorica osnivanja Muzeja

nosti HAZU-a, jedina institucija u Hrvatskoj koja se profesionalno bavi istraživanjem medicinske baštine.

Na Odsjeku se čuva Zbirka za povijest medicine i farmacije koja je nastajala tijekom 20. stoljeća uglavnom entuzijazmom ljekarnika i liječnika, pripadnika starije generacije medikohistorika zainteresiranih za dokumentiranje razvoja medicine, farmacije i zdravstvene kulture Hrvatske, među kojima se ističu: dr. sc. **Hrvoje Tartalja**, prof. dr. **Lavoslav Glesinger**, prof. dr. **Mirko Dražen Grmek** i mag. p-harm. **Zdenka Šušnjić-Fliker**.

Smještena u radnim prostorijama Odsjeka, Zbirka je tijekom desetljeća funkcionirala poput malog muzeja, a kako bi se adekvatno smje-

## SIMPOZIJ O RAKU DEBELOG CRIJEVA

**U** organizaciji Razreda za medicinske znanosti i Katedre za kliničku onkologiju MEF-a u Zagrebu održan je 21. studenog znanstveni simpozij *Tumori probavnoga sustava: rak debelog crijeva* čiji sudionici su dali presjek aktualnih istraživanja, spoznaja, preporuka i metoda liječenja u raka debelog crijeva. Strategija liječenja raka debelog crijeva ovisi o više parametara, koji se dinamički mijenjaju u ovisnosti o novijim spoznajama o patogenezi nastanka raka, kao i na temelju odgovarajućih kliničkih studija. Novije spoznaje upućuju da se liječenje, kada je god moguće, treba bazirati i na molekularno-bioškim karakteristikama bolesnika i njihovih tumora. Tada se govori o tzv. individualiziranom pristupu (personalizirana onkologija). Takvim se pristupom može postići racionalizacija liječenja, odnosno da liječenje bude kvalitetnije, djelotvornije i s manje nuspojava.

## 3. ZNANSTVENI SASTANAK „TUMORI PROSTATE“

**U** organizaciji Razreda za medicinske znanosti i Zaklade onkologije 27. studenog u palači HAZU održan je 3. Znanstveni sastanak *Tumori prostate* na kojem je sudjelovao velik broj liječnika i stručnjaka za bolesti prostate. Predavači su u svojim izlaganjima obradili problematiku biomarkera za rak prostate i mogućnosti terapije kastracijski rezidentnog raka prostate, kao i standardizirane PHD nalaze biopsije prostate, primjene PET-a, kirurških metoda te suvremenih pristupa i postupaka u radioterapiji raka prostate. Održana su i predavanja o ulozi kemoterapije u liječenju mCRPC-a, iskustvima s kabazitakseлом u Hrvatskoj i novim lijekovima u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Sastanak je otvorio predsjednik HAZU-a liječnik **Zvonko Kusić** poхvalivši multidisciplinaran pristup tumoru prostate, istaknuvši da je karcinom prostate jedan od najčešćih karcinoma te da oko njegova liječenja ima mnogo prijepora vezanih uz dijagnostiku i liječenje. Na skupu je govorio i tajnik Razreda za medicinske znanosti akademik **Marko Pećina** koji je spomenuo da će u ovoj godini u HAZU biti održano 50 skupova posvećenih raznim pitanjima s područja medicine, od čega jedna trećina onkologiji. Najpoznatiji od njih bio je znanstveni sastanak *Bolesti dojke* koji je u rujnu održan po 25. put.

Predsjednik Zaklade onkologija prof. dr. **Mirko Šamija** govorio je o njenom radu u proteklih šest godina i istaknuo da je zaklada mnogo učinila na onkološkoj edukaciji, uz ostalo osiguravši sudjelovanje na

stila i stručno obradila, Predsjedništvo HAZU-a je još 2006. donijelo odluku o utemeljenju Hrvatskog muzeja medicine i farmacije, koje je realizirano osam godina poslije ispunjenja svih potrebnih zakonskih uvjeta.

Upraviteljica Muzeja Silvija Brkić Midžić rekla je da bi Muzej trebao biti mjesto susreta i novih projekata te multimedijska platforma za stjecanje novih spoznaja o razvoju medicinskih znanosti, kao i za uklanjanje predrasuda o zdravlju i bolesti, životu i smrti. „Nekad su hrvatski liječnici pomicali granice mogućeg i stjecali međunarodni ugled, o čemu zna struka, ali ne i šira javnost“, rekla je Silvija Brkić Midžić.

domaćim i međunarodnim znanstvenim skupovima, kongresima i tečajevima za više od 300 liječnika. Zaklada je kao prva u Europi organizirala pet tečaja onkološke edukacije za liječnike i sestre obiteljske medicine.

## HAZU-u DAROVANO POPRSJE AKADEMIKA FRANJE KOGOJA

**B**reda Kogoj Kapetanić, kćer istaknutog hrvatskog dermatovernerologa i alergologa akademika **Frana Kogoja**, Akademiji je 20. studenoga Akademiji darovala poprsje svog oca, rad hrvatskog kipara akademika **Vanje Radauša**.

Predsjednik HAZU-a akademik **Zvonko Kusić** uručio je gospodi Kogoj Kapetanić zahvalnicu a darovanju poprsja, koje će biti smješteno u stalnom postavu Gliptoteke HAZU-a, nazočan je bio i prof. dr. sc. **Davor Kapetanić**, dopisni član HAZU-a i Bredin suprug. Akademici Kusić, **Rudan** i **Pećina**, koji su bili studenti akademika Kogoja, u razgovoru su ga se prisjetili kao zahtjevnog profesora koji je među studentima medicine MEF-a u Zagrebu uživao popularnost i ugled. Prof. Kapetanić, koji od 1971. sa suprugom živi u Seattlu gdje je bio profesor slavenskih književnosti na Sveučilištu Washington, prisjetio se vremena kada je radio u tadašnjem Akademijinom Institutu za književnost i teatrologiju i surađivao s njegovim voditeljem akademikom **Marijanom Matkovićem**.

Franjo Kogoj rodio se 1894. u Kranjskoj Gori gdje je 1983. i umro. Studij medicine završio je u Pragu i radio kao docent u Brnu, a 1927. postao je predstojnik Klinike za kožne i spolne bolesti u Zagrebu koju je vodio sve do 1965. Bio je i redoviti profesor Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu kojem je u tri mandata bio dekan. Redoviti član Akademije postao je 1947., a 1950. izabran je za prvog tajnika novootvorenog Razreda za medicinske znanosti. Na toj je dužnosti bio do 1958., a zatim je do 1973. bio potpredsjednik Akademije.

Od 1968. bio je počasni doktor Sveučilišta u Zagrebu, a imao je i počasni doktorat sveučilišta u Grazu, Ljubljani i Beogradu. Bio je počasni ili dopisni član više od 40 znanstvenih društava u svijetu. Posebno se bavio psorijazom, prurigom, mljetskom bolešću i sifilisom, a na njegov poticaj 1965. je osnovan Akademijin Alergološki centar na Hvaru.



**Marijan Lipovac,**  
Ured za odnose s javnošću i medije HAZU

# Terapija akutnog infarkta miokarda matičnim stanicama

**PROF. DR. LIVIA PULJAK, PROJEKT PREVOĐENJA COCHRANE SAŽETAKA**

## Sažetak

**Istraživačko pitanje:** Jesu li matične stanice iz koštane srži sigurne i djelotvorne u liječenju akutnog infarkta miokarda?

**Dosadašnje spoznaje:** Standardni način liječenja osoba koje dožive akutni infarkt miokarda je primarna angioplastika i postavljanje stenta. Korištenjem primarne angioplastike i stenta za otvaranje blokirane arterije može dovesti do 35%-tnog smanjenja smrtnosti povezane s tim stanjem. U novije vrijeme počele su se istraživati matične stanice iz koštane srži, odnosno progenitorske stanice, kao potencijalna terapija infarkta. To može spriječiti oštećenje srčanog mišića uzrokovano infarktom kad se koristi kao dodatna terapija uz primarnu angioplastiku i standardnu terapiju.

**Obilježja istraživanja:** U ovom Cochrane sustavnom pregledu pretražena je literatura kako bi se analizirala sva randomizirana kontrolirana istraživanja u kojima se ispituje terapija stanicama dobivenim iz koštane srži u pacijenata kojima je dijagnosticiran akutni infarkt miokarda. Pretražena je literatura dostupna do ožujka 2015.

**Ključni rezultati:** U ovom obnovljenom sustavnom pregledu analizirani su podaci iz ukupno 41 kliničkog pokusa, u kojima je sudjelovalo više od 2700 ispitanika. Procjena trenutno dostupnih dokaza ukazuje da nema dovoljno dokaza da ta terapija dovodi do poboljšanja u usporedbi sa standardnom, kad se analizira učestalost smrти, srčanih udara i/ili zatajenja srca koje zahtijeva hospitalizaciju nakon terapije, kao i testova srčane funkcije, i kratkoročno i u dugom razdoblju promatranja.

**Kvaliteta dokaza:** Dokazi u ovom Cochrane sustavnom pregledu su umjerene kvalitetne zbog malog broja zabilježenih događaja.

## Klinički problem

Usprkos velikom napretku u razvoju novih terapija, ishemijačka bolest srca i dalje je glavni uzrok smrtnosti i pobola širom svijeta. Samo u Velikoj Britaniji više od 2,3 milijuna stanovnika pati od ishemijačke bolesti srca, koja uzrokuje 153 smrti na svakih 100.000 stanovnika i značajno povećava troškove u zdravstvu. Primjerice, nacionalna zdravstvena služba

Engleske potrošila je više od 6,8 milijardi GBP za liječenje tih bolesti u 2012/2013. Glavni je simptom ishemijačke bolesti srca srčani udar, odnosno akutni infarkt miokarda (u dalnjem tekstu infarkt). Infarkt najčešće se događa uslijed rupture aterosklerotskog plaka u koronarnoj arteriji, što može dovesti do tromboze i okluzije arterije, zaustaviti opskrbu krvlju u zahvaćenoj regiji srca i završiti nekrozom pogodenog područja. U dijelu miokarda koji je zahvaćen nekrozom, kao i u neoštećenom dijelu miokarda, posljedica može biti neprimjereni remodeliranje tkiva, koje ponekad zahvaća cijelu stjenku ventrikula. Prve promjene nastaju gotovo trenutno nakon koronarne okluzije i uzrokuju gubitak kontraktilnosti i povećanje nekrotičnog područja u danima koji slijede. Infarcirano područje zacijelit će nakon 2-3 mjeseca ožiljkom (fibrozom, odnosno nastankom vezivnog tkiva koje više nema kontraktilnu sposobnost) u stjenci ventrikula.

Terapije koje se trenutno koriste mogu ublažiti simptome bolesti. Prvo, trombolička terapija, a u zadnje vrijeme i primarna angioplastika, postali su standardna terapija izbora za osobe koje dožive infarkt. No iako optimalna terapija smanjuje smrtnost, pacijenti i dalje imaju povećan rizik od zatajenja srca nakon srčanog udara. Stoga su istraživanja novih mogućnosti liječenja, koja bi spriječila neprimjereni ventrikularno remodeliranje nakon infarkta, prioritet kliničkih studija u kardiologiji.

## Opis intervencije

Stanične terapije za pacijente koji dožive infarkt razvijaju se već dulje od deset godina. Prvi ne-randomizirani pokusi dokazali su da je infuzija mononuklearnih stanica dobivenih iz koštane srži (engl. *bone marrow-derived mononuclear cells*, BMMNC) u infarcirano područje miokarda moguća putem arterije povezane s infarktom (engl. *infarct-related artery*, IRA). Postupak je sličan perkutanoj koronarnoj intervenciji (PCI). Kasnije je postupak proširen na direktnu injekciju stanica u ishemičan srčani mišić putem aortokoronarnog premoštenja (engl. *coronary artery bypass graft*, CABG). Studija Stamma iz 2003. opisala je primjenu CD133+ progenitorskih hematopoetskih

stanica dobivenih iz koštane srži, a rezultati su pokazali da bi te stanice mogle poboljšati revaskularizaciju miokarda zahvaćenog infarktom. Uspjeh tih prvih pokusa potaknuo je provedbu niza većih randomiziranih kontroliranih pokusa širom svijeta.

Većina ih je ispitala infuziju skupine BMMNC, ali je nedavno objavljena prva placebo-kontrolirana studija koja je usporedila obogaćene CD34+ hematopoetske progenitorske stanice s ne-probranim BMNNC-om (Tendera i suradnici, 2009.). Osim toga, kao terapija za infarkt ispitane su i mezenhimalne stromalne stanice dobivene iz koštane srži (engl. *bone marrow-derived mesenchymal stromal cells*, BM-MSC).

Postupak prikupljanja stanica koštane srži, koje sadrže mononuklearne stanice i mali udio matičnih/progenitorskih stanica (kao što su CD34+ ili CD133+ progenitorske stanice), provodi hematolog, dok specijalizirani tehničar ili znanstvenik provodi izolaciju mononuklearnih stanica ili matičnih/progenitorskih stanica. Na koncu kardiolog primjenjuje infuziju ili injekciju stanica.

Prikupljanje stanica koštane srži i izolacija BMMNC-a standardan je postupak u okviru transplantacije koštane srži za hematološke maligne bolesti. Transplantacija stanica u kontekstu srčanih bolesti trenutno nije dostupna kao standardna klinička praksa. Terapija je dostupna samo u istraživačkim ustanovama, jer se još uvijek ispituje sigurnost i djelotvornost takve terapije, ali taj postupak može postati dostupan svim pacijentima s infarktom ako se dokaže dugoročna djelotvornost takve terapije te ako terapija može spriječiti zatajenje srca i smanjiti poboljšanje.

Trenutno se provodi ovakav postupak: stanice koštane srži uzimaju se u općoj anesteziji iz kosti zdjelice primatelja korištenjem velikih sukcijskih igala. Nakon toga specijalizirani tehničar ili laborant izdvaja BMNNC, CD34+ ili CD133+ hematopoetske progenitorske stanice (BM-HPC) od drugih stanica koštane srži, u sterilnim uvjetima, što. Uzimanje stanica koštane srži i odvajanje matičnih stanica može potrajati nekoliko sati. Za razliku od BMNNC-a, BM-MSC se trebaju uzgajati u kulturni u laboratoriju 2-4 tjedna kako bi se dobio dovoljan broj stanica prije primjene. Stanice

koje su izdvojene iz koštane srži ili uzgojene u kulturi dovode se infuzijom direktno u srce primatelja pomoću angioplastike (PCI) koju provodi kardiolog. Pri tomu se rabi kateter koji omogućuje primjenu stanica korištenjem *stop-flow* tehnike, posebnim kateterom s balonom. Interval između uzimanja stanica primatelja i njihove reinfuzije razlikuje se. Cijena postupka ovisi o metodama koje se koriste, pri čemu cijena trenutno ovisi o cijeni postupka uzimanja stanica i cijeni izolacije matičnih/progenitorskih stanica (otprilike 10 % cijene) ili cijeni kulture stanica u laboratoriju.

## Kako bi intervencija mogla djelovati?

Usprkos intenzivnom provođenju pretkliničkih i kliničkih istraživanja, način na koji djeluju stanične terapije još uvijek nije jasan i u najmanju je ruku kontroverzan. Iako se smatra da transplantirane stanice poboljšavaju funkciju srca direktnim mehanizmima, kao što je smještanje na mjesto ozljede i diferencijacija u srčano tkivo koje ih okružuje, sve je više dokaza da bi njihovo djelovanje moglo biti indirektno. Danas smo svjedoci promjene u načinu doživljavanja regenerativnog koncepta staničnih terapija za srčane bolesti, pri čemu se sada naglašava hipoteza po kojoj stanične terapije imaju prvenstveno parakrino djelovanje. Parakrino signaliziranje je vrsta staničnog signaliziranja u kojem je ciljna stanica različita vrsta stanice, ali se nalazi u blizini stanice koja šalje signal. Po toj bi hipotezi transplantirane stanice proizvodile stimulacijske citokine, što može povećati vaskularnost i razvoj kolateralu, potaknuti proliferaciju kardiomiocita, ograničiti ili umanjiti fibrozu i/ili aktivirati endogene rezidentne matične stanice. To bi moglo dovesti do reverznog remodeliranja tkiva zahvaćenog infarktom i smanjenja veličine ožiljka.

## Zašto je važan ovaj Cochrane sustavni pregled?

Prvi randomizirani kontrolirani pokus o primjeni staničnih terapija kao načinu liječenja infarkta objavljen je 2004. Dvije godine poslijе broj randomiziranih kontroliranih pokusa objavljenih na tu temu značajno se povećao. Prva verzija ovoga Cochrane sustavnog pregleda objavljena je u travnju 2008. i tada je u njemu uključeno 13 randomiziranih kontroliranih pokusa, od kojih je većina imala kratko praćenje ispitanika (kraće od 6 mjeseci). Ti klinički pokusi prve generacije nisu uključili dovoljan

broj ispitanika da bi se mogao propisno procijeniti učinak staničnih terapija na kliničke ishode kao što je smrtnost. Glavni je cilj tih pokusa bio procijeniti sigurnost intervencije i djelotvornost takve terapije, pri čemu je mjerena ejekcijska frakcija lijevog ventrikula (LVEF) kao surogatni (zamjenski) ishod. Sigurnost je definirana kao izostanak štetnih učinaka (primjerice, povećana smrtnost i pobil, povećan rizik od sekundarnog infarkta, restenoze i aritmija, razvoj zatajenja srca), a djelotvornost kao poboljšanje srčane funkcije povezane sa staničnom terapijom.

Druga verzija ovoga sustavnog pregleda objavljena je 2012. i uključila 33 randomizirana kontrolirana pokusa, od kojih su neki već počeli pratiti ispitanike dulje vrijeme. U tom obnovljenom sustavnom pregledu uključeno je 20 novih randomiziranih kontroliranih pokusa. Za razliku od drugih sustavnih pregleda, gdje je procijenjeno ukupno 50 kliničkih pokusa (Jeevanantham, 2012.), Cochrane sustavni pregled prvi je zaključio da nema razlike u riziku od smrtnosti između ispitanika liječenih staničnom terapijom i kontrolnih ispitanika (Clifford 2012.).

Djelotvornost staničnih terapija za liječenje infarkta trenutno je vrlo upitna. I klinički pokusi, i raniji sustavni pregledi, i meta-analize (Clifford, 2012; Delewi, 2014.; Gyöngyösi, 2015.; Jeevanantham, 2012.) dali su različite rezultate. Osim toga, novije studije pokazuju da postoje nedosljednosti u načinu opisivanja kliničkih studija i da je veličina terapijskog efekta povezana s razinom nepodudaranja. Stoga je vrlo važno detaljno analizirati dostupne kliničke dokaze. Za ovu verziju Cochrane sustavnog pregleda o terapiji infarkta matičnim stanicama, koja je objavljena u rujnu 2015., autori Cochranea izvadili su i analizirali podatke iz najnovijih studija korištenjem iste metodologije kao u prethodnoj verziji ovoga sustavnog pregleda. Također je provedena procjena rizika od pristranosti (engl. *risk of bias*) u novim studijama, koristeći Cochrane metode. Napravljena je i nova meta-analiza koja sad uključuje 41 studiju, koliko ih ima u ovoj verziji sustavnog pregleda.

Nadalje, u ovoj verziji sustavnog pregleda smanjen broj zamjenskih ishoda, kako bi se rezultati usmjerili na kliničke ishode, LVEF i pokazatelje kvalitete života. Buduće je sad već poznato da su stanične terapije za infarkt sigurne i da nemaju ozbiljnih štetnih učinaka, glavna su pitanja kojima se bavio ovaj sustavni pregled: je li intervencija djelotvorna, ima li kakvu kliničku korist i mogu li se informacije iz ovog sustavnog pregleda koristiti kao smjernice za provedbu budućih kliničkih pokusa.

## Zaključak za praksu

Dokazi iz uključenih studija pokazuju da su stanične terapije u odraslim sigurne. Incidenca smrtnosti nakon uspješne revaskularizacije pogodene arterije vrlo je niska i uvođenje primarne angioplastike kao standardne primarne intervencije za infarkt već je smanjilo kratkoročnu smrtnost za 33 %, a reinfarkciju za 50 %. Međutim, dostupni podatci iz kliničkih pokusa pokazuju da trenutno nema dovoljno dokaza da stanične terapije smanjuju smrtnost i pobil u odnosu na standardnu terapiju za te bolesnike. Većina dokaza dobivena je malim kliničkim pokusima, u kojima je zabilježen malen broj kliničkih događaja. Stoga su potrebni veći klinički pokusi, koji će imati dovoljnu statističku snagu (kao što je BAMI studija), kako bi se na uvjerljiv način procijenilo djelovanje staničnih terapija nakon infarkta.

## Zaključak za istraživanja

Cochrane sustavni pregled pokazuje da trenutno nema dokaza da terapija matičnim stanicama iz koštane srži smanjuje smrtnost i pobil kad se primjeni u pacijenata koji su imali standardnu primarnu intervenciju nakon infarkta. Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se razjasnile trenutne dvojbe, kao što su mehanizam djelovanja i izbor pacijenata kojima bi možda takva terapija mogla koristiti. Trenutno se provode prvi klinički pokusi faze III, u kojima se ispituju važni klinički ishodi. Buduća klinička istraživanja trebaju uključiti dovoljan broj pacijenata da bi imala odgovarajuću statističku snagu, odrediti najbolje zamjenske mjere koje bi trebalo mjeriti i najbolje metode za njihovo mjerjenje, a isto tako bi trebalo standardizirati kompozitne velike nepovoljne kardiovaskularne događaje (engl. *major adverse cardiac events*, MACE). U budućim kliničkim pokusima također bi trebalo voditi računa o odgovarajućim mjerama za smanjenje pristranosti, smanjenje gubitka pacijenata iz pokusa, zasljepljivanju pacijenata i zdravstvenih radnika koji se brinu za njih, kao i prikazati sve podatke koji su prikupljeni istraživanjem.

### Cochrane sustavni pregled

Fisher SA, Zhang H, Doree C, Mathur A, Martin-Rendon E. Stem cell treatment for acute myocardial infarction. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;9:CD006536.

# Prevedeno više od 1000 Cochrane sažetaka na hrvatski jezik

Prof. dr. Livia Puljak

**M**edunarodni projekt prevodenja Cochrane sažetaka na hrvatski jezik odlično se odvija – do 19. listopada 2015. prevedeno je 1150 sažetaka i hrvatski prijevodi su treći najčitаниji prijevodi Cochrane sažetaka na svijetu nakon prijevoda na španjolski i francuski jezik.

## Zašto prevodimo Cochrane sažetke na hrvatski jezik

Svaki Cochrane sustavni pregled ima znanstveni sažetak i jednostavni ili laički sažetak (engl. *plain language summary*). Cilj je jednostavnog sažetka ključne informacije o Cochrane sustavnom pregledu približiti na jednostavan način osobama koje nemaju medicinsko obrazovanje. Cochrane organizacija je pod motom „Dokazi svima, svugdje“ počela poticati svoje centre i ogranke da sažetke Cochrane sustavnih pregleda počnu prevoditi na lokalne jezike te su u tu svrhu zaposlena Juliane Ried u centralnom Cochraneu, kao podrška svima koji se žele uključiti u projekt prevodenja. Trenutno se Cochrane sažetci prevode na 12 jezika i možemo biti ponosni što se i naš hrvatski jezik nalazi među njima. Prevodenjem Cochrane sažetaka na hrvatski jezik građanima naše države, a svima drugima koji poznaju hrvatski jezik, približavamo najbolje dokaze u medicini tako da naš projekt ima vrlo važnu javnozdravstvenu komponentu.

## Početak projekta prevodenja

U ožujku 2013. Hrvatski Cochrane počeo je projekt volonterskog prevodenja jednostavnih sažetaka Cochrane sustavnih pregleda

na hrvatski jezik. Početci tog projekta vežu se uz projekt popularizacije znanosti koji je dr. sc. **Irena Zakarija Grković** dobila od Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta za promociju medicine utemeljene na dokazima. Prvih pedeset tema izabrano je u suradnji s udrugama pacijenata koje surađuju s Hrvatskim Cochraneom.

U početku su prijevode radili već postojeći volonteri okupljeni oko Hrvatskog Cochranea, i nismo u tome bili osobito brzi. U prvih 14 mjeseci od početka projekta prevedeno je na taj način 350 sažetaka. A valja napomenuti da je ukupno dosad objavljeno više od 6000 Cochrane sustavnih pregleda.

## Otvaranje projekta svim zainteresiranim osobama

Od 2014. godine su u projekt uključeni studente na različitim predmetima iz znanstvene metodologije Medicinskog fakulteta u Splitu te su na uključivanje u projekt pozvane sve osobe kojih žele u tome sudjelovati i dobro znaju engleski jezik, bez obzira na njihovu struku i ranije obrazovanje.

Ne računajući studente medicine do danas se za projekt prevodenja prijavilo 85 volontera. Svi oni nisu još nešto i preveli, ali većina njih jest. Neki su pritom preveli samo jedan ili dva sažetka, neki žele prevesti pet sažetaka svaki mjesec, a neki su u prevodenju iznimno aktivni te gotovo nema tjedna kad nešto ne prevedu. Većina volonterskih prevoditelja je zdravstvenih struka – studenti medicine, farmacije, zdravstvenih studija i zdravstveni radnici.

Otvaranje projekta svim zainteresiranim

osobama znatno je ubrzalo projekt prevodenja – u zadnjih godinu dana prevedeno je 800 novih sažetaka.

## Postupak prijevoda i objave Cochrane sažetaka na hrvatskom jeziku

Prijevodi se rade na internetskoj stranici Smartling koja je u vlasništvu tvrtke specijalizirane za podršku velikim projektima prevodenja. U pozadini stranice je računalni program koji pamti fraze ili cijele rečenice koje su već prevedene te ima takozvanu prevoditeljsku memoriju, što omogućuje lakše prevodenje daljnijih fraza i rečenica nakon što je nešto već jednom prevedeno. Volonteri prevoditelji u Smartlingu prevode tekstove koje im dodijeli voditeljica projekta te ih šalju u Smartlingu na sljedeći korak, a to je uređivanje.

Svi prijevodi Cochrane sažetaka provjeravaju se prije objave, a nakon provjere se u Smartlingu šalju na objavu u Cochrane knjižnicu, a od početka 2015. godine i na hrvatsku inačicu mrežne stranice Cochranea (<http://www.cochrane.org/hr/evidence>).

## Hrvatski prijevodi – treći najposjećeniji na svijetu od svih Cochrane prijevoda

Budući je prevodenje Cochrane sažetaka jedan od strateških ciljeva Cochranea, kako bi se najbolji dokazi približili što većem broju ljudi u svijetu, komunikacijski tim Cochranea zadužen za prijevode pruža opsežnu podršku timovima koji se bave projektima prevodenja.

Tablica 1. Ukupan broj pregleda stranica s prijevodima Cochrane sažetaka od siječnja do kolovoza 2015. godine

Jezik	siječanj	veljača	ožujak	travanj	svibanj	lipanj	srpanj	kolovoz
Kineski - pojednostavljeni			1972	2186	6084	2882	1880	1451
Kineski - tradicionalni	1366	1750	2336	2292	2615	1976	3012	2813
Hrvatski	4669	4905	7132	7687	8871	8783	11667	12727
Francuski	81983	80782	134042	119049	127225	125242	121134	113454
Njemački	3299	2539	4705	3210	3242	5514	5937	5581
Japanski	881	736	2385	2069	1809	5093	6082	5723
Korejski	417	255	626	713	537	925	781	742
Malajski	224	94	184	416	320	679	881	1016
Portugalski	2867	3116	5362	5129	5845	6289	5907	6763
Ruski	3357	4483	6007	5839	4571	4724	5193	5653
Španjolski	32341	68852	151119	190960	212016	215884	212090	212299
Tamil	610	801	755	572	502	687	1002	1246

Između ostalog, svaki mjesec nam šalju statistiku o posjećenosti prevedenih sažetaka na hrvatskoj Cochrane stranici.

Posjećenost hrvatskim prijevodima Cochrane sažetaka neprestano se povećava u prvih osam mjeseci 2015. godine za koje imamo statistiku (Tablica 1) te smo u kolovozu imali gotovo trostruko veću posjećenost nego u siječnju 2015. Iz priložene tablice možete napraviti i usporedbu posjećenosti naših prijevoda s prijevodima na druge jezike na koje se zasad prevode Cochrane sažetci. U broju pristupa prednjače španjolski i francuski jezik, koji za projekt prevodenja imaju organizirano financiranje i taj su projekt počeli prvi pa imaju i mnogo veći broj prevedenih sažetaka.

Međutim, kad se hrvatski usporedi s drugim jezicima koje govoriti mnogo veći broj ljudi nego hrvatski, onda možemo biti ponosni što je broj pristupa na hrvatske Cochrane sažetke veći nego broj pristupa na sažetke prevedene na, primjerice, japanski, kineski, njemački, portugalski i ruski jezik. Cochrane često ističe naš prevoditeljski projekt kao primjer vrlo uspješnog projekta prevodenja koji funkcioniра i sključivo na volonterskom entuzijazmu. Kao nagradu smo od Cochranea dobili plaćenu kotizaciju i putne troškove za odlazak na ovogodišnji simpozij Cochrane Colloquium za jednu osobu iz našeg prevoditeljskog tima – Daliboru Behmen.

## Promocija prevedenih sažetaka

Kontinuirano povećanje broja posjeta hrvatskim prijevodima Cochrane sažetaka rezultat je i povećanja broja dostupnih sažetaka na hrvatskom jeziku koji se kontinuirano prevode, ali isto tako i promotivnih aktivnosti Hrvatskog Cochranea među zdravstvenim radnicima i laicima. Prevedeni sažetci promoviraju se na Facebook stranici **Cochrane zdravlje**, a isto tako na ISL portalu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Na Facebook stranici sad već imamo više od 2500 pratitelja koji redovito dijele naše objave s drugim korisnicima Facebooka i tako nam pomažu da naši prevedeni sažetci dođu do što većeg broja čitatelja.

## Uključite se u projekt

Dobrodošli su svi koji se žele uključiti u međunarodni projekt prevodenja Cochrane dokaza na hrvatski jezik. Svaki prijevod potpisuje se imenom prevoditelja, čime odajemo priznanje našim volonterima.

Jos uvjiek imamo gotovo 5000 neprevedenih sažetaka pa će se tu naći različitih tema za svačiji ukus. Ako prevedete i samo jedan sažetak, mnogo ste pomogli. Prevoditeljski tim Hrvatskog Cochranea veseli se vašem doprinisu.

(livia@mefst.hr)

# Bolesti srca i krvnih žila u gradu Zagrebu

Mr. sc. Marina Polić-Vižintin, dr. med.

**B**olesti srca i krvnih žila imaju veliko javnozdravstveno značenje koje je određeno sljedećim pokazateljima: vodeći su uzrok smrtnosti, pobola i nesposobnosti (poglavito kod starijih ljudi) i to, kako u razvijenim zemljama, tako i u zemljama u razvoju. Prevencija ovih bolesti ima dva cilja: dodati život godinama i godine životu.

Razna istraživanja sugeriraju da su incidencija i umiranje od bolesti srca i krvnih žila u starijoj dobi uvjetovani čimbenicima rizika u srednjoj životnoj dobi. U nekim zemljama je prisutan trend opadanja smrtnosti od ovih bolesti, što ukazuje da bi se i u našoj zemlji mogao smanjiti, naročito u mlađim dobnim skupina (do 64 godine). Iako uzroci ovih trendova još nisu sasvim razjašnjeni, velike razlike u mortalitetu od kardiovaskularnih bolesti među pojedinim zemljama predstavljaju javnozdravstveni izazov.

Glavne kliničke manifestacije kardiovaskularnih bolesti mogu se podijeliti na one koje zahvaćaju:

- srce i srčani krvožilni sustav – koronarna (ishemiska) bolest;
  - mozak i moždani krvožilni sustav – cerebrovaskularna bolest;
  - donje udove – okluzivna bolest perifernih arterija.
- Kardiovaskularne bolesti su vodeći uzrok smrti u Zagrebu s 3,810 umrlih osoba i udjelom od 45,6 % u ukupnom mortalitetu. Među deset vodećih pojedinačnih uzroka smrti u Zagrebu nalazi se pet dijagnostičkih podskupina/dijagnoza iz skupine kardiovaskularnih bolesti. Na vrhu se nalaze ishemische bolesti srca s udjelom od 18,5 % u ukupnom mortalitetu i cerebrovaskularne bolesti s udjelom od 11,2 %. Na četvrtom su mjestu hipertenzivne bolesti (5,1 %), na šestom ateroskleroza (3,7 %), a na sedmom insuficijencija srca (3,0 %). Analizirajući smrtnost od kardiovaskularnih bolesti prema dobi, vidimo da je 86,7 % umrlih u dobi iznad 65 godina (78,3 % muškaraca i 93,4 % žena).

Bolesti cirkulacijskog sustava su vodeće po broju hospitalizacija (odmah iza malignih neoplazmi), a u djelatnosti opće medicine nalaze se na trećem mjestu po broju evidentiranih bolesti i stanja (10,7 %), odmah iza bolesti mišićno-koštanog sustava. Analiza po dobi pokazuje da, kako u muškaraca tako i u žena, stope hospitalizacija rastu s dobi, s tim da intenzivniji porast počinje od dobine skupine od 50 do 59 godina.

Prema pokazateljima izvanbolničke potrošnje lijekova, kardiovaskularni lijekovi čine polovicu od ukupno propisanih lijekova u Gradu Zagrebu.

Činjenica koja upućuje na poboljšanje zdravstvenih pokazatelja vezanih uz kardiovaskularne bolesti je pad standardizirane stope smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti za dobu skupinu od 0 do 64 godine s 52,73/100.000 stanovnika u 2012. godini na 45,63/100.000 stanovnika u 2013. godini. Također, bilježi se pad standardizirane stope smrtnosti od ishemische bolesti srca za dobu skupinu od 0 do 64 godine s 21,7/100.000 stanovnika u 2012. godini na 21,6/100.000 stanovnika u 2013. godini. Dobno standardizirana sto-

pa smrtnosti od cerebrovaskularne bolesti za dobu skupinu od 0 do 64 godine također pada s 13,2/100.000 stanovnika u 2012. godini na 12,5/100.000 stanovnika u 2013. godini.

Kako bi se smrtnost od kardiovaskularnih bolesti za dobu do 65 godina nastavila smanjivati potrebno je poduzeti sve mјere prevencije, kako prema općoj populaciji, tako i prema rizičnim skupinama.

Ciljna skupina sredovječnih ne predstavlja više jediničnih cilja, već su se preventivna mјerenja usredotočila na čitave zajednice, uključujući i stare. Stariji u svakom pogledu predstavljaju specifičnu populaciju s obzirom na demografsku i socijalnu situaciju. Fiziološke promjene i smanjeni funkcionalni kapaciteti starog organizma podjednako, kao i povećanu učestalost raznih bolesti, treba uzeti u obzir prilikom planiranja preventivnih programa.

Ateroskleroza je dugotrajan proces koji dovodi do različitih manifestacija. Čimbenici rizika kao što su prehrambene navike, nedovoljna tjelesna aktivnost, povišen krvni tlak i pušenje, pokazuju svoj učinak uglavnom nakon nekoliko desetljeća.

Danas se smatra da je moguće reducirati oko 50 % prijevremene smrtnosti i invalidnosti od kardiovaskularnih bolesti. Pri tom značajnu ulogu ima usvajanje zdravijeg načina življenja (nepušenje, pravilna prehrana, redovita tjelesna aktivnost), koji smanjuje rizike pojavnosti hipertenzije, masnoća u krvi i dijabetesa, a koji povećavaju rizik obolijevanja od bolesti srca i krvnih žila.

Postoje čvrsti dokazi o učinkovitosti primarne i sekundarne prevencije u smanjenju stope smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti. Svjetska zdravstvena organizacija naglašava da se strategijom uravnotežene kombinacije populacijskog pristupa i pristupa rizičnim skupinama može postići učinkovit nadzor nad epidemijom kardiovaskularnih bolesti.

Stoga je nužno paralelno i kontinuirano provoditi:

**Programe promicanja zdravlja** čija je svrha usvajanje zdravih stilova života:

- nepušenje;
- pravilna prehrana;
- redovita tjelesna aktivnost.

**Programe prevencije** čija je svrha rano otkrivanje i pravovremeno liječenje oboljelih:

- skrb za osobe pod povećanim rizikom (redoviti preventivni pregledi, savjetovanja);
- rano otkrivanje bolesti (redovita kontrola krvnog tlaka, pozivanje u ordinacije obiteljske medicine) i adekvatno liječenje;
- rehabilitacija oboljelih.

U prevenciju kardiovaskularnih bolesti i promicanju zdravih stilova života moraju biti uključeni cjelokupno društvo, lokalna zajednica, zdravstvena djelatnost, civilne udruge te zdravstvena, gospodarska i okolišna politika na svim razinama počevši od najranijih dana.

# NOVOSTI IZ HALMED-A

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

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

## Pravilna primjena bezreceptnih hitnih kontraceptiva koji sadrže ulipristal acetat i levonorgestrel

**H**ravatskoj su trenutačno odobrena dva oralna hitna kontraceptiva s načinom izdavanja bez recepta. Kako bi se osigurala njihova pravilna i sigurna primjena, HALMED ovim putem želi zdravstvenim radnicima i korisnicama ponuditi informacije vezane uz primjenu navedenih lijekova:

- Hitna kontracepcija namijenjena je za prevenciju neželjene trudnoće nakon nezaštićenog snošaja ili zatajenja kontracepcijske metode.
- Hitni kontraceptiv ellaOne ima djelatnu tvar ulipristal acetat, a hitni kontraceptiv Escapelle 1,5 mg tableta ima djelatnu tvar levonorgestrel.
- Ne preporučuje se istovremeno uzimanje hitne kontracepcije koja sadrži ulipristal acetat i hitne kontracepcije koja sadrži levonorgestrel.
- Levonorgestrel se koristi za sprječavanje neplanirane trudnoće ako se uzme što je moguće prije, a najkasnije u prva 72 sata (tri dana) nakon nezaštićenog snošaja ili zatajenja kontracepcijske metode. Ulipristal acetat se koristi za sprječavanje neplanirane trudnoće ako se uzme što je moguće prije, a najkasnije u prvih 120 sati (pet dana) nakon nezaštićenog snošaja ili zatajenja kontracepcijske metode. Ulipristal acetat odgada LH vršak čak i nakon početka porasta LH vala.
- Navedeni lijekovi imaju usporediv sigurnosni profil.
- Levonorgestrel se ne preporučuje ženama s povećanim rizikom od ektopične trudnoće (salpingitis ili ektopična trudnoća u anamnezi).
- Escapelle 1,5 mg tableta smije se izdati samo korisnicama od 16 godina i starijim.

Više informacija o pravilnoj primjeni dostupno je u sažetku opisa svojstava lijeka i uputi o lijeku navedenih hitnih kontraceptiva.

**HALMED podsjeća da je hitna kontracepcija lijekom Escapelle 1,5 mg tableta ili lijekom ellaOne metoda koja se koristi samo povremeno te nikako ne smije biti zamjena za metodu redovne**

kontracepcije.

**Dodatne informacije.** Hitni kontraceptiv ellaOne odobren je centraliziranim postupkom u Europskoj uniji te mu je temeljem odluke Europske komisije koja je stupila na snagu u siječnju 2015. izmijenjen način izdavanja iz izdavanja na recept, u ljekarni u izdavanje bez recepta, u ljekarni. Hitni kontraceptiv Escapelle 1,5 mg tableta odobren je nacionalnim postupkom u Republici Hrvatskoj te je u rujnu 2015. odobrena izmjena načina izdavanja ovog lijeka iz izdavanja na recept, u ljekarni u izdavanje bez recepta, u ljekarni.

Odluku o promjeni načina izdavanja lijeka Escapelle 1,5 mg tableta HALMED je donio u rujnu 2015. na temelju ocjene zahtjeva nositelja odobrenja, kojom je zaključeno da je omjer koristi i rizika primjene predmetnog lijeka pozitivan u statusu izdavanja bez recepta, u ljekarni. Pakiranja navedenog lijeka namijenjena bezreceptnom izdavanju lijeka još nisu stavljena u promet u Republici Hrvatskoj. Preduvjeti za početak izdavanja navedenog lijeka bez lječničkog recepta bit će ispunjeni nakon što nositelj odobrenja lijeka Escapelle pripremi i izradi pakiranja lijeka, sažetak opisa svojstava lijeka i uputu o lijeku na hrvatskom jeziku prilagođene bezreceptnom izdavanju. HALMED će pravovremeno izvijestiti javnost o početku stavljanja u promet bezreceptnog pakiranja ovoga lijeka. Preostala pakiranja lijeka Escapelle namijenjena izdavanju uz lječnički recept, koja se još uvijek mogu nalaziti u ljekarnama u RH, nastaviti će se izdavati do isteka zaliha isključivo uz lječnički recept.

Više informacija o navedenim lijekovima možete pronaći na internetskim stranicama HALMED-a ([www.halmed.hr](http://www.halmed.hr)) i EMA-e ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)).



## Informacije o dostupnosti cjepiva protiv tetanusa u Republici Hrvatskoj

**S**lijedom netočnih medijskih navoda o nestaći cjepiva protiv tetanusa na tržištu u Republici Hrvatskoj, HALMED ovim putem želi ponuditi informacije vezane uz dostupnost navedenog cjepiva. U Republici Hrvatskoj odobreno je cjepivo Tetavax, suspenzija za injekciju u napunjenoj štrcaljki, cjepivo protiv tetanusa, adsorbitano.

Prema informacijama koje je HALMED zaprimio od lokalnog predstavnika nositelja odobrenja za stavljanje u promet cjepiva Tetavax, navedeno je cjepivo stavljeno u promet u Republici Hrvatskoj te je dos-

tupna dovoljna količina za neometanu opskrbu tržišta. Od kraja rujna 2015. na hrvatsko je tržište stavljeno 9.500 doza navedenog cjepiva te se početkom studenog očekuje isporuka novih 32.000 doza, dakle, nema nestaćice cjepiva protiv tetanusa u Hrvatskoj. U slučaju da dođe do prestanka opskrbe tržišta ili nestaćice cjepiva Tetavax, nositelj odobrenja za stavljanje u promet dužan je izvijestiti HALMED, o čemu će HALMED pravovremeno izvijestiti javnost te će poduzeti potrebne mјere za osiguranje primjerene opskrbe tržišta ovim cjepivom.

# EMA preporučila dodatne mjere za sprječavanje primjene mikofenolata u trudnoći

**E**uropska agencija za lijekove (EMA) upozorila je da se mikofenolat, lijek koji se primjenjuje u osoba s presađenim orga-nima, ne smije uzimati u trudnoći, osim ako nema prikladnog zamjenskog liječenja za sprječavanje odbacivanja presađenih organa.

Ovo je upozorenje uslijedilo nakon redovite ponovne ocjene koristi i sigurnosti primjene ovih lijekova, u kojoj su ocijenjeni dokazi o riziku od prirođenih mana i spontanih pobačaja u slučajevima u kojima su trudnice bile izložene ovom lijeku.

Iako informacije za ove lijekove već sadrže upozorenja protiv njihove primjene u trudnoći, ta će upozorenja sada biti značajno osnažena dodavanjem novih kontraindikacija, savjeta i informacija.

U ažuriranim informacijama o lijeku bit će naglašeno da žene i muškarci koji uzimaju ovaj lijek trebaju koristiti učinkovitu kontracepciju i da testove za utvrđivanje trudnoće valja primijeniti prije i tijekom liječenja kako bi se isključila neplanirana trudnoća.

Dodatno, liječnici trebaju na prikidan način pojasniti rizike bolesnicima i njihovim partnerima, a bit će pripremljen i edukacijski materijal za bolesnike i zdravstvene radnike koji će im u tome pomoći.

## Informacije za zdravstvene radnike

- Mikofenolat (mofetilmikofenolat ili mikofenolna kiselina) potvrđeni je teratogen koji je povezan s povisom stopom spontanih pobačaja ili prirođenih mana u odnosu na druge imunosupresive.

- Ne smije se uzimati za vrijeme trudnoće, osim ako nema prikladne zamjene za sprječavanje odbacivanja presađenih organa. Trudnoću treba isključiti testiranjem krvi ili urina; jedno testiranje se preporučuje 8 do 10 dana prije početka uzimanja mikofenolata a drugo neposredno prije početka uzimanja lijeka.

- Žene generativne dobi ne bi smjele uzimati mikofenolat ako ne koriste visoko učinkovitu kontracepciju. Žene bi trebale istodobno koristiti dvije pouzdane metode kontracepcije prije početka liječenja i tijekom liječenja, kao i šest tjedana nakon završetka liječenja.

- Spolno aktivnim muškarcima koji uzimaju mikofenolat (uključujući one koji su se podvrgnuli vazektomiji) preporučuje se korištenje prezervativa prigodom spolnog odnosa tijekom liječenja i najmanje 90 dana nakon završetka liječenja; njihovim partnericama generativne dobi preporučuje se korištenje učinkovite kontracepcije tijekom istog razdoblja.

- Bolesnike bi trebalo upozoriti da ne daruju krv tijekom liječenja i šest tjedana nakon liječenja, a muškarci ne smiju donirati sjeme tijekom liječenja i 90 dana nakon završetka liječenja.

- Bolesnicima valja pružiti potrebne savjete kako bi se osiguralo njihovo razumijevanje rizika i mjera potrebnih za njihovo smanjivanje. Valja im savjetovati da ne prestanu uzimati mikofenolat bez razgovora sa zdravstvenim radnikom, a bolesnicama i da se odmah obrate liječniku ako misle da su ostale trudne.

- Nositelji odobrenja će zdravstvenim radnicima uputiti Pismo i edukacijske materijale o teratogenom riziku sa savjetima o kontracetpciji i testiranju na trudnoću.

Preporuke EMA-e temelje se na ocjeni novih dokaza o već ranije

poznatom riziku od teratogenih učinaka.

- Kumulativnim je pregledom ustanovljeno da između 45 i 49 % trudnoća kod žena izloženih mikofenolatu završava spontanim pobačajem, u odnosu na prijavljenu učestalost između 12 i 33 % u bolesnica koje su nakon transplantacije liječene drugim imunosupresivima.

- Prijavljena incidencija prirođenih mana kod potomaka majki izloženih mikofenolatu za vrijeme trudnoće iznosi između 23 i 27 % u odnosu na 4 do 5 % kod bolesnica koje su su nakon transplantacije liječene drugim imunosupresivima, odnosno 2 do 3 % kod cijelokupne populacije.

Prirođene mane povezane s mikofenolatom uključuju abnormalnosti ušiju, očiju i lica, prirođene srčane bolesti kao što su septalni defekti, polidaktiliju i sindaktiliju, traheo-ezofagealne mane kao što je ezofagealna atrezija, učinke na živčani sustav kao što je spina bifida te abnormalnosti bubrega.



**HALMED do danas nije zaprimio nijednu prijavu nuspojave koja bi se odnosila na rezultat izloženosti mikofenolatu u trudnoći, kao što su pobačaj ili prirođena mana.**

Rizik primjene mikofenolata u trudnoći je od ranije poznat te je HALMED prethodnih godina o tom riziku kontinuirano informirao javnost, a nositelji odobrenja će informirati zdravstvene radnike.

Ovo ažuriranje informacija o lijeku uslijedilo je nakon nakon redovite ponovne ocjene koristi i rizika (Periodičko izvješće o neškodljivosti lijeka, PSUR), koju je provelo Povjerenstvo za ocjenu rizika na području farmakovigilancije (PRAC) EMA-e.

Preporuka PRAC-a poslijedena je Povjerenstvu za humane lijekove (CHMP) EMA-e i ono je odobrilo izmjene u informacijama o lijeku za lijek CellCept koji je odobren centraliziranim putem. Mišljenje CHMP-a bit će poslijedeno Europskoj komisiji, koja će usvojiti pravno obvezujuću odluku za ovaj lijek.

Informacije o lijeku za preostale nacionalno odobrene lijekove koji sadrže mofetilmikofenolat ili mikofenolnu kiselinu bit će uskladene s informacijama odobrenima za lijek CellCept.



# NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

- Utjecaj ranog izlaganja psima i domaćim životinjama na rizik za razvoj astme u djece
- Treba li djeci s anafilaktičkom reakcijom davati glukokortikoide?
- Promjene kvalitete života onkoloških bolesnika u terminalnom stadiju bolesti prije i poslije terapijske rehabilitacije
- Epimutacije u spermijima mogu se transgeneracijski prenijeti na potomstvo
- Preporuke Društva ginekoloških onkologa SAD-a o procjeni rizika naslijednih ginekoloških karcinoma
- Varijacije u interleukinu-1 alfa povezuju se s nastankom preeklampsije
- Preporuke za postpartalno vježbanje mišića dna male zdjelice
- Predviđanje carskog reza nakon indukcije porođaja kod prvorodilja u terminu
- HE-4, CA 125, algoritam rizika malignosti, te indeks rizika malignosti kod kompleksnih zdjeličnih tumora u australskoj populaciji
- Operacije opće kirurgije sigurne za trudnice
- Beta-blokatori rizični za ne-kardiokirurške operacije kod bolesnika niskog rizika
- Kod nastanka postoperativnih komplikacija velikih operacija najbolje je hospitalizirati bolesnike u bolnici gdje su i operirani
- Komparacija propofolske i ne-propofolske sedacije za ambulantne kolonoskopije
- Terapija tiopurinima povećava rizik od karcinoma urinarnog trakta
- Pantoprazol ne povećava rizik za pojavnost karcinoma
- Incidencija i prevalencija eozinofilnog ezofagitisa kod djece i odraslih: meta-analiza
- Nazobilijarna drenaža je učinkovita u liječenju refraktornog kolestatskog pruritusa
- Pretilost je povezana s infekcijama kod bolesnika s jetrenom bolesti
- Nivolumab vs. everolimus u uznapredovalom karcinomu bubrega
- Kabozantinib vs. everolimus u uznapredovalom karcinomu bubrega
- Prospektivna validacija testova ekspresije 21 gena u raka dojke
- Genetska evolucija melanoma iz prekursorskih lezija
- Manja smrtnost srčanih bolesnika hospitaliziranih za vrijeme održavanja stručnih skupova
- Radovi hrvatskih liječnika objavljeni u inozemnim časopisima indeksiranim u CC, SCI ili SSCI

### Utjecaj ranog izlaganja psima i domaćim životnjama na rizik za razvoj astme u djece

Povezanost ranoga kontakta s životnjama i astme u djetinjstvu nije jasna, a mnoga istraživanja dala su kontradiktorne rezultate.

Švedski znanstvenici stoga su proveli istraživanje koje je za cilj imalo odrediti povećava li izloženost psima i domaćim životnjama rizik za astmu.

U istraživanju su sudjelovala sva djeca rođena u Švedskoj između 1. siječnja 2001. i 31. prosinca 2010., što je ukupno bilo više od milijun djece. Istraživači su sakupili informacije o izloženosti djece psima i domaćim životnjama, dijagnozi astme i korištenju lijekova za astmu te o astmi roditelja. U istraživanju se smatralo da je do izloženosti došlo ako su tijekom prve djjetetove godine života roditelji bili registrirani kao "vlasnici psa" ili kao "uzgajivači domaćih životinja".

U analizu je bilo uključeno 376 638 predškolske djece, od koje je 53 460 bilo izloženo psima te 1729 domaćim životnjama, a istraživači su otkrili da je 18 799 (5,0%) djece u spomenutoj skupini imalo astmatski napad prije 6. godine života. Autori su otkrili statistički značajno smanjenje rizika u skupini djece u dobi tri ili više godina koja su bila izložena psima rano u životu, tako da je omjer rizika (HR, hazard ratio) bio 0,69, a 95 %-tan interval pouzdanosti (CI, confidence interval) 0,83 - 0,99.

Pokazalo se da i rano izlaganje domaćim životnjama također smanjuje rizik za razvoj astme s omjerom rizika (HR) 0,69 i 95 %-tним intervalom pouzdanosti (CI) 0,56 - 0,84, dok astma u roditelja nije utjecala na opaženi učinak. Rezultati su bili slični i nakon što su istraživači ograničili analizu osjetljivosti na prvorodeno dijete.

Analiza je napravljena i u grupi od 276 298 djece školske dobi, od koje je 11 585 (4,2%) imalo napad astme tijekom sedme godine života. U ovoj skupini bilo je 22 629 djece izloženo psima te 958 domaćim životnjama.

Istraživači su otkrili da djeca izložena psima tijekom prve godine života imaju smanjen rizik za razvoj astme, s omjerom vjerojatnosti (OR, odds ratio) 0,92 i 9 5%-tnim intervalom pouzdanosti (CI) 0,86 - 0,99 te da je ova obrnuta povezanost neovisna o tome imaju li roditelji astmu. Rano izlaganje domaćim životnjama pokazalo je slične rezultate, s omjerom vjerojatnosti (OR) 0,47 i 95 %-tnim intervalom pouzdanosti (CI) 0,30 - 0,74, a rezultati su ostali isti i nakon što je analiza prilagođena s obzirom na čimbenike koji su na njih mogli djelovati, poput dobi roditelja, primanja roditelja, obrazovanja roditelja te mjesto rođenja roditelja.

S druge strane, istraživači su otkrili povećan rizik za pneumoniju (HR 1,13; 95 % CI 1,06 - 1,20) te druge bolesti donjem dijelu dišnog sustava (HR 1,06; 95 % CI 1,00 - 1,13) u skupini djece predškolske dobi izložene psima, no ne i u skupini djece izložene ostalim domaćim životnjama. Istraživači smatraju kako izlaganje životnjama može povećati ukupnu izloženost djeteta mikroorganizmima, od kojih neki mogu povećati rizik za infekciju dišnog sustava, dok drugi mogu modulirati imunološki sustav tako da se smanji rizik za razvoj astme.

Autori smatraju kako razlike u dizajnu istraživanja, istraživanim skupinama te dobi i mjerilima ishoda mogu objasniti zašto su prijašnja istraživanja koja su ispitivala povezanost izloženosti psima i astme u dječjoj dobi pokazala kontradiktorne rezultate.

Osim što su u ovom istraživanju zaključci izvođeni na temelju proučavanja veće skupine djece, mogućnost pogreške smanjena je i činjenicom da je između ostalog napravljena i analiza samo s prvorodenom djecom te da su rezultati bili otprilike isti. Analiza u kojoj sudjeluju samo prvorodena djeca važna je zbog toga što roditelji djece s astmom u starijem djetetu često izbjegavaju pse, tako da je i naknadna izloženost mlađe djece psima manja.

Opisano istraživanje financirale su razne vladine i nevladine organizacije u Švedskoj, a rezultati podupiru "higijensku hipotezu" koja kaže da rano izlaganje životnjama smanjuje rizik za astmu u dječjoj dobi.

(*JAMA Pediatr. 2015;169(11):e153219. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.3219.*)

Dr. sc. Lovro Lamot, dr. med. specijalist pedijatar

### Treba li djeci s anafilaktičkom reakcijom davati glukokortikoide?

Usprkos tome što se glukokortikoidi protekla dva desetljeća vrlo često koriste u bolesnika s anafilaktičkom reakcijom, u dostupnoj literaturi nije bilo mnogo dokaza koji bi podupirali njihovu rutinsku primjenu. Kao jedan od glavnih argumenata za njihovu primjenu često se navodila činjenica kako upravo glukokortikoidi mogu sprječiti ili ublažiti drugu fazu bifazične anafilaktičke reakcije, koja se može javiti satima nakon nestanka inicijalnih simptoma te koju može imati i do 20 % djece s anafilaksom.

Američki liječnici stoga su odlučili provesti retrospektivno istraživanje kako bi procijenili je li upotreba glukokortikoida povezana s boljim ishodom djece s anafilaktičkom reakcijom. U istraživanju su analizirani podaci više od 10 000 djece koja su imala epizodu anafilakse kako bi se vidjelo je li primjena glukokortikoida bila povezana s boravkom u bolnici duljim od dva dana, naknadnom primjenom adrenalina ili s ponovnim dolaskom u hitnu ambulantu do tri dana nakon otpusta. Svoj djeci je bila postavljena dijagnoza anafilakse u razdoblju od siječnja 2009. i rujna 2013. tijekom posjeta jednoj od 35 hitnih ambulanti iz SAD-a koje su sudjelovale u istraživanju. Analize su prilagodene s obzirom na težinu bolesti koja je procijenjena na temelju naručenih laboratorijskih testova, korištenih lijekova, primjene kisika, primjene intravenskih tekućina ili prijema u jedinicu intenzivnog liječenja.

Među 5203 djeteta koja su zbog anafilakse primljena u bolnicu, 424 (8,2 %) bilo je u bolnici dulje od dva dana. Primjena glukokortikoida bila je obrnuto povezana s boravkom duljim od dva dana, tako da je prilagođeni omjer vjerojatnosti (aOR, engl. adjusted odds ratio) iznosio 0,61, a 95 %-tan interval pouzdanosti (CI, engl. confidence interval) 0,41 - 0,93. Nadalje, primjena glukokortikoida u djece koja su primljena na bolničko liječenje bila je u obrnutom omjeru povezana i s naknadnom upotrebom adrenalina (aOR 0,63; 95 % CI 0,43 - 0,84). No, primjena glukokortikoida nije bila povezana s vjerojatnošću da će se bolesnici otpušteni iz hitne ambulante vratiti u naredna tri dana (aOR 1,0; 95 % CI 0,50 - 2,05).

Na temelju svega navedenoga znanstvenici su na kraju zaključili kako njihovi rezultati govore u prilog upotrebe glukokortikoida u djece s anafilaksom.

(*J Pediatr. 2015;167(3):719-724.e3*)

Dr. sc. Lovro Lamot, dr. med., specijalist pedijatar

### Promjene kvalitete života onkoloških bolesnika u terminalnom stadiju bolesti prije i poslije terapijske rehabilitacije

Saznanje za malignu bolest svakako predstavlja snažan emocionalan stres a istovremeno izaziva i strah. Emocionalna ili psihološka bol uočena u terminalnih bolesnika gotovo je uvijek rezultatom njihovih svjesnih ili podsvjesnih strahova ili njihovih osjećaja nemoći i beznađa. Simptomi mogu biti tjeskoba, bijes, nesanica, depresija, razdražljivost ili pritužbe na tjelesnu bol. Postoje i strahovi od procesa bolesti, koliku će bol netko trpjeti, hoće li zadržati zdrav razum. Članovi pa-

lijativnog tima ili liječnici sigurno ne mogu ukloniti te strahove niti bolest, no svakako puno mogu učiniti pomaganjem bolesnicima u nošenju s bolešću.

Primaran cilj provedene rehabilitacije terminalno oboljelih bio je dokazati promjene u funkcionalnom statusu i kvaliteti života bolesnika s metastatskim ili lokalno uznapredovalim rakom kod kojih je provedena terapijska rehabilitacija.

Studiju je provelo nekoliko interdisciplinarnih timova palijativne skrbi u palijativnim centrima u Japanu koji su istraživali pacijente oboljele od raka s metastazama. Većina ispitanih pacijenata nalazila se u terminalnoj fazi bolesti. Istraživanje je provedeno na taj način da su pacijenti opisali svoje stanje, fizičko i psihičko, dva tjedna prije i dva tjedna nakon provedene rehabilitacije. Mjere ishoda bile su tzv. funkcionalna neovisnost, odnosno samostalnost u izvršavanju dnevnih potreba. Ukupno 128 pacijenata bilo je uključeno u istraživanje. Rezultati istraživanja pokazali su i potvrdili da je ukupna kvaliteta života terminalno oboljelih značajno porasla nakon rehabilitacije.

(*Am J Hosp Palliat Care.* 2015;32, October.)

*Dr. sc. Morana Brkljačić, dr. med.*

## Epimutacije u spermijima mogu se transgeneracijski prenijeti na potomstvo

Nasljedne osobine prenose se na potomstvo na dva načina. Jedan je tradicionalan, putem promjene u samoj sekvenci DNA (npr. mutacija) koje se prenose po dobro poznatim i predvidivim pravilima Mendelovih zakona. Kod drugog načina nasljedna osobina prenosi se kao višak ili manjak DNA metilacije ili pak neka druga modifikacija kromatina, znači epigenetski. Način na koji se to događa naziva se epimutacija.

Epimutacija je ekvivalent mutacije koji nastaje zbog viška ili manjka metilacije, što dovodi do promjene u ekspresiji gena. Za razliku od mutacijskog nasljeđivanja, epimutacijsko nasljeđivanje može ali i ne mora biti ništa drugo nego neka puka slučajnost. Ako i postoje nekakva pravila, ona nisu jasna: epimutacije su stohastične (slučajne), mozaične (neke somatske stanice naslijede promjene, neke ne, ali bez pravila) i reverzibilne. Sve navedeno ne karakterizira mutacije.

Ispравna metilacija histona tijekom spermatogeneze neophodna je za normalan razvoj zametka. To je posebno zanimljivo u svjetlu poznavanja činjenica kako histoni, proteini oko kojih se namata DNA molekula, čine samo manji dio nukleoproteinskog kompleksa u spermijima. Naime, zna se da su spermiji jedine ljudske stanice u kojima je naša DNA molekula namotana oko protamina, a ne oko histona, no 10 % histona i dalje ostaje u sklopu spermija. Rad **Keitha Siklenke** i suradnika, objavljen u časopisu *Science*, govori o transgeneracijskom prijenosu epimutacija, upravo putem histona. Oni su konstruirali transgeničnu životinju u kojoj je ekspresija gena za histonsku lizin 4 demetilazu pojačana tijekom spermatogeneze, što dovodi do razvoja potomaka s gubitkom metilacije u preko 2300 gena u spermijima. Mnogi od ovih gena su uključeni u regulaciju embrionalnog razvoja. Na razini metilacije DNA nije bilo nikakve promjene već su se transgenični miševi razlikovali od običnih u metilaciji histona koju je poremetila prejaka aktivnost histonske demetilaze. Posljedično povećanje učestalosti deformiteta, mortalitet te poremećen rast i razvoj primjećeni su u nekoliko generacija potomaka. Iako su Siklenka i suradnici primijenili genetski pristup kako bi poremetili genom, sličan učinak u spermijima mogu izazvati i čimbenici okoline poput raznih kemikalija, prehrabnenih restrikcija, stresa ili metoda potpomognute oplodnje.

Međutim, iako činjenica kako faktori okoline mijenjaju epigenom nije ništa novo, postavlja se pitanje zašto ove epimutacije nisu korigirane tijekom procesa brisanja epigenetskih biljega koji se odvija tijekom reprogramiranja u našim gametama. Pogotovo što su primjeri korekcije induciranih epimutacija znanstveno dokazani. U svakom

slučaju, sve veći broj znanstvenih radova koji potkrepljuju paternalni transgeneracijski prijenos mutacija, dokazuju kako određen broj epimutacija izbjegne ove korektivne mehanizme.

Da bi se posve moglo razumjeti taj kompleksni način transgeneracijskog prijenosa epigenetskih promjena i epimutacija, morat ćemo odgovoriti na još niz otvorenih pitanja poput: postoji li inicijalni okidač koji odlučuje koja će se epimutacija prenijeti na potomstvo a koja će biti izbrisana te je li epimutacija koja se dalje prenosi nastala u točno određenoj regiji DNA molekule ili u nekom karakterističnom periodu embrionalnog razvoja?

Dok potpuno ne spoznamo te aspekte, u obzir moramo uzeti ne samo poremećaje u genomu već i poremećaje puno plastičnijeg epigenoma obaju roditelja s obzirom na to da oba mogu utjecati na nasljednu ostavštinu koju prenosimo sljedećim generacijama.

(*Science*, 2015; DOI: 10.1126/science.aab2006)

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

## Preporuke Društva ginekoloških onkologa SAD-a o procjeni rizika nasljednih ginekoloških karcinoma

Pozitivna obiteljska anamneza, rano pojavljivanje te multipli primarni tumor klinički su podaci koji mogu ukazivati na nasljednost ginekoloških tumora i karcinoma dojke. Do sada je najpoznatiji hereditarni karcinom dojke i jajnika (HBOC) za koji se provode genetska testiranja na dva tumor supresorska gena koja sudjeluju u popravku oštećenja naše DNA molekule, *BRCA1* i *BRCA2*. Mutacije u genima odgovornima za popravak krivo sparenih baza (od engl. Mismatch-repair genes) povezane su s lynch sindromom ili nasljednim nepolipoznim kolorektalnim karcinomom, a žene s dokazanim mutacijama ovih gena imaju povećanu sklonost razvoju karcinoma endometrija i ovarija. Mutacije još jednog tumor supresor gena, nazvanog *PTEN*, povezujemo s Cowdenovim sindromom, a povezan je s povećanim rizikom za razvoj karcinoma endometrija. Žene s mutacijom *TP53* gena koji kodira za sintezu proteina p53 nazvanog i andelom čuvarem naših stanica, mogu razviti Li Fraumeni sindrom te imati povećan rizik za razvoj karcinoma dojke, ali i sarkome, karcinome nadbubrežne žlijezde i tumore mozga. Mutacije u genima *STK11* i *LKB1* povezane su s Peutz-Jeghersovim sindromom kod kojeg je povećan rizik od karcinoma vrata maternice, ovarija i dojke.

Pravovremena detekcija hereditarnih sindroma koji unutar svoje kliničke slike obuhvaćaju i učestaliju pojavu karcinoma, omogućuje kliničarima procjenu rizika na temelju kojeg se takve bolesnike upućuje na specifične mjere probira. Računa se da je u 2012. samo 24 % žena s novodijagnosticiranim karcinomom ovarija u SAD-u podvrgnuto genetskom testiranju za *BRCA1* i *BRCA2* mutacije, unatoč aktualnim smjernicama koje preporučuju da se genetsko savjetovanje i testiranje ponudi svim ženama s tom bolešću.

Poznavanje svog genetičkog statusa predstavlja promjenu u životima bolesnika i njihovih obitelji bilo da se radi o mjerama prevencije ili o terapiji već postojećeg karcinoma. Zbog tako direktnog utjecaja na zdravlje bolesnika kao i činjenice da samo redovitim pregledima možemo bolest otkriti u dovoljno ranoj fazi kada je uspješnost liječenja najviša, sve žene koje boluju ili su bolovale od epitelnog karcinoma jajnika, trebale bi imati mogućnost genetskog savjetovanja u kojem im se, ako se odluče, može ponuditi i genetsko testiranje. Važno je napomenuti da se ovo preporučuje neovisno o starosti bolesnice te neovisno o obiteljskoj anamnezi.

Bitno je da testiranju gena povezanih s većim rizikom razvoja karcinoma prethodi adekvatno genetičko savjetovanje koje, osim edukacije, psihološkog pristupa u procjeni percepcije rezultata i pismene privole o testiranju, uključuje savjetovanje o prednostima i ograničenjima testiranja. Posebno treba naglasiti trenutna tehnička

## NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

ograničenja u testiranju koja mogu dovesti do lažno negativnog rezultata kao i neinformativne rezultate koje ne znamo interpretirani. Takvo testiranje nije samo stres za pojedinca već i za cijelu obitelj te može mijenjati njezinu dinamiku.

Genetsko testiranje za Lynchov sindrom može se, za razliku od HBOC-a, provesti prvo testiranjem tumora. Imunohistokemijska analiza četiriju najčešćih proteina za popravak krivo sparenih baza relativno je jeftin i dostupan postupak u mnogim patološkim laboratorijima. Otkrijemo li izostanak ekspresije ovih proteina možemo razmišljati o ciljanom testiranju mutiranih gena.

Genetsko savjetovanje nakon testiranja treba uključiti edukaciju o strategijama praćenja zdravstvenog stanja pojedinca, ali ga treba provoditi samo adekvatno educirana osoba koja dobro poznaje genetiku raka i savjetodavne vještine. Uvijek treba imati na umu zlatno pravilo, a to je da prvo testiramo oboljelu osobu.

Stajalište je da je, čak i u obiteljima u kojima postoji pozitivna obiteljska anamneza, vjerojatnost razvoja karcinoma dojke, jajnika i endometrija u žena mlađih od 21 godine vrlo malena. Stoga u svjetlu potencijalno negativnih posljedica genetskog testiranja, Društvo ginekoloških onkologa SAD-a ne preporučuje genetičko testiranje na gene povezane s HBOC-om i Lynchovim sindromom kod žena mlađih od 21 godine, osim u slučajevima ekstremno ranog pojavljivanja ovih karcinoma.

(*Gynecologic Oncology*. 2015;136:3-7.)

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

### Varijacije u interleukinu-1 alfa povezuju se s nastankom preeklampsije

Procjenjuje se kako se preeklampsija pojavljuje u oko 5-7 % trudnica s posljedičnim značajno čestim maternalnim i prenatalnim morbiditetom i mortalitetom. Više studija potvrdilo je povezanost gena citokina, težine i perzistencije bolesti. Ghasemi i suradnici objavili su studiju čiji je cilj bio evaluacija povezanosti polimorfizma gena za interleukin-1 alfa-889 (IL-1A) i preeklampsije. Istraživači su ekstrahirali genomske DNA iz periferne krvi 305 trudnica s dijagnosticanom preeklampsijom i 325 trudnica urednog tijeka trudnoće (kontrola). Nakon ekstrakcije DNA, slijedila je PCR amplifikacija. Učestalost IL-1A-889 genotipova C/C, T/T i C/T u trudnica s preeklampsijom bila je: 34.8, 8.2 i 57 %, dok je u kontrolnoj skupini iznosila: 20.9, 7.6 i 71.3 %. Uočena je statistički značajna razlika u učestalosti alela ili genotipova IL-1A u pokretačkim regijama između trudnica s preeklampsijom i onih s urednom trudnoćom. Rezultati sugeriraju kako se IL-1A-889C/C genotip i C aleli mogu povezati s preeklampsijom. Potrebna su daljnja istraživanja kako bi *profuturo* pravovremena molekularna dijagnostika i genska terapija umanjila značajan morbiditet od preeklampsije.

(*EJOGRB* 2015;193:75-8)

Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.

### Preporuke za postpartalno vježbanje mišića dna male zdjelice

Skupina francuskih autora je nakon pretraživanja literature objavila preporuke za vježbanje mišića dna male zdjelice u svrhu postpartalne rehabilitacije. Naime, vježbanje mišića dna male zdjelice preporuča se u svrhu tretiranja postpartalne urinarne inkontinencije, bez obzira na njezin tip, a s vježbama treba započeti tri mjeseca poslije porodaja. Preporučuju se barem tri vođena treninga s terapeutom, a poslije se vježbanje nastavlja prema uputama. Pokazalo se kako ova vrsta rehabilitacije umanjuje tegobe uslijed urinarne inkontinencije, ali nažalost samo godinu dana, a ne i dugoročno (razdoblje praćenja 6 i 12 godina

*post partum*). Rana rehabilitacija u prva dva mjeseca poslije porodaja nije preporučljivo. U žena s postpartalnom analnom inkontinencijom vježbanje rezultira očitim poboljšanjem, odnosno smanjenjem prevalencije analne inkontinencije u kratkoročnom ispitivanom razdoblju od godine dana, da bi se s vremenom simptomatologija pogoršala (razdoblje praćenja 6 i 12 godina). Ipak, rehabilitacija mišića dna male zdjelice preporučuje se pacijenticama koje pate od postpartalne analne inkontinencije. Još uvjek nema randomiziranih ispitivanja koja bi evaluirala utjecaj rehabilitacije mišića dna male zdjelice u svrhu prevencije urinarne i/ili analne inkontinencije u asimptomatskih žena. Vježbe rehabilitacije koje vodi terapeut (fizioterapeut ili primalja) ne povezuju se s boljim rezultatima od vježbanja prema striktnim uputama. Postpartalna rehabilitacija mišića dna male zdjelice ne može se povezati sa smanjenom prevalencijom dispareunije u prvoj godini poslije porodaja. Nije preporučljiva sama primjena uređaja za elektrostimulaciju bez rehabilitacije mišića dna male zdjelice. U zaključku autori preporučuju započeti s rehabilitacijom mišića dna male zdjelice tri mjeseca poslije porodaja za perzistirajuću postpartalnu urinarnu inkontinenciju (razina dokaza A) ili analnu (C) inkontinenciju.

(*J Gynecol Obstet Biol Reprod*; 2015, *in print*)

Dr. sc. Ingrid Márton, dr. med.

### Predviđanje carskog reza nakon indukcije poroda kod prvorodilja u terminu

Kako bi istražili temu iz naslova, **Mary Catherine Tolcher** i suradnici iz Department of Obstetrics and Gynecology and the Department of Health Sciences Research, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, SAD, proveli su retrospektivnu kohortnu studiju koja je uključila prvorodilje u terminu, s jednim plodom u stavu glavicom, koje su bile podvrgnute indukciji poroda u razdoblju 1/2006-5/2012 u tercijarnom perinatalnom centru. Pacijentice s kontraindikacijama za vaginalno rađanje (malprezentacija, abnormalna placentacija, prethodna miomektomija) isključili su iz studije. Nezavisni rizični čimbenici za carski rez bili su istraživani logističkom regresijom. U istraživanom razdoblju bilo je 785 indukcija prvorodilja; kod njih 231 (29.4 %) porodaj je završen carskim rezom. Nezavisni rizični čimbenici povezani s povišenim rizikom za carski rez bili su: starija životna dob, niža visina, viši BMI, viši prinos tjelesne težine u trudnoći, starija gestacijska dob, hipertenzija, dijabetes, te početna otvorenost cerviksa <3 cm. Autori u ističu kako su utvrdili rizične čimbenike koji mogu biti korisni u predviđanju carskog reza kod prvorodilja podvrgnutih indukciji poroda u terminu. Predloženi nomogram mogao bi poslužiti za individualno savjetovanje trudnica s kombinacijom utvrđenih antepartalnih rizičnih čimbenika.

(*Obstet Gynecol*. 2015;126(5):1059-68.)

Matija Prka, dr. med.

### HE-4, CA 125, algoritam rizika malignosti, te indeks rizika malignosti kod kompleksnih zdjeličnih tumora u australskoj populaciji

Koristeći HE-4 i CA 125, algoritam rizika malignosti (risk of malignancy algorithm - ROMA) pokazao se učinkovitim u određivanju rizika za karcinom jajnika.

Kako bi odredili učinkovitost HE-4 i ROMA algoritma u dijagnozi maligne bolesti kod žena s kompleksnim zdjeličnim tumorom, te ih usporedili s CA 125 i indeksom rizika malignosti (risk of malignancy indeks - RMI), **Anthony Richards** i suradnici iz Lifehouse Gynecology Oncology Group, Chris O'Brien Lifehouse, Camperdown, New

South Wales, Australija, proveli su u razdoblju 10/2012-3/2014 prospективnu studiju na 50 pacijentica, koja je uključivala prijeoperacijsku procjenu opisanih tumora. Senzitivnost, specifičnost, pozitivna i negativna prediktivna vrijednost izračunate su za HE-4, CA 125, ROMA algoritam, te RMI.

Nađene su više vrijednosti HE-4 kod pacijentica s rakom jajnika u usporedbi s pacijenticama s benignom patologijom ( $p=0.008$ ), isto je uočeno i usporednom pacijentica s benignim tumorima i rakom jajnika I. stadija ( $p=0.025$ ). HE-4 imao je višu specifičnost od CA 125 u dijagnozi raka jajnika kod svih pacijentica ( $p=0.022$ ), a taj nalaz je postojao i kod premenopauzalnih žena ( $p=0.012$ ). ROMA algoritam nije bio inferioran RMI u ovoj populaciji.

Autori zaključuju da su u australskoj populaciji HE-4 i ROMA algoritam korisni u dijagnozi karcinoma jajnika.

(*Aust NZ J Obstet Gynaecol.* 2015;55(5):493-7.)

Matića Prka, dr. med.

### Operacije opće kirurgije sigurne za trudnice

U usporedbi sa ženama koje nisu trudne, trudnice nemaju značajnu razliku u stopi postoperativnih komplikacija nakon operacija iz područja opće kirurgije, rezultati su retrospektivne studije objavljene u časopisu *JAMA Surgery*. Trudnoća je povezana s fiziološkim promjenama u tjelesnom izgledu, koagulaciji, kardiovaskularnom, plućnom i imunološkom sustavu, pišu Moore i sur. (Zavod za opću kirurgiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Koloradu, Aurora, Kolorado, SAD). Ove promjene predstavljaju dijagnostički i terapijski izazov za kirurga, jer su liječnički pregled i nalaz laboratorijskih vrijednosti različiti od onih koje se nalaze u općoj populaciji. Dakle, moglo bi se očekivati da su poslijepoperacijske komplikacije u trudnoći učestalije u usporedbi s onima kod bolesnica koje nisu trudne. Oko jedna na 500 trudnica zahtijeva ne-opstetičku operaciju. Nalazi dosadašnjih istraživanja koja su usporedivala pojavu neželjenih ishoda nakon takvih operacija u trudnoći u usporedbi s općom ženskom populacijom imala su 'konfliktnе' zaključke. Istraživači sugeriraju da to može biti zbog nedovoljne prilagodbe za razlike između trudnice i opće ženske populacije, i upravo su autori ove studije primjenili princip podudaranja kako bi prevladali tu prepreku. Koristeći se datotetkom korisnika American College of Surgeons' National Surgical Quality Improvement Programma od 1. siječnja 2006. do 31. prosinca 2011., istraživači su identificirali trudnice kao kirurške bolesnike i uskladili ih, na temelju 63 preoperativne karakteristike, sa ženama koje nisu bile trudne, a podvrgnute su istim kirurškim postupcima. Baza pacijenata je prije postupka podudaranja uključivala 2764 trudnice, od kojih je 50,5 % podvrgnuto hitnoj operaciji iz područja opće kirurgije i 516 705 žena koje nisu bile trudne, od kojih je 13,2 % podvrgnuto hitnoj operaciji iz područja opće kirurgije. U usporedbi sa ženama koje nisu bile trudne, kod trudnica je bila veća vjerojatnost da će biti hospitalizirane u bolnici nakon operacije (75,0 prema 59,7 %). Trudnice su također bile mlađe, s manje komorbiditeta, ali više abnormalnih rezultata laboratorijskih nalaza. Koristeći metodu podudaranja, istraživači su identificirali 2539 trudne i 2539 žena koje nisu trudne bez značajne razlike u preoperacijskim karakteristikama. Nakon 30 dana imale su trudnice i skupina žena koja nije bila trudne slične stope smrtnosti (0,4 prema 0,3 %,  $p=0.82$ ), ukupnu smrtnost (6,6 prema 7,4 %,  $p=0.30$ ) i 21 pojedinačnu postoperativnu komplikaciju. Ograničenja ove studije uključuju opservacijski dizajn studije koji onemogućuje utvrđivanje uzročnosti i nedostatak podataka o ishodu fetusa/novorođenčeta. U ovoj studiji nisu obuhvaćene fetalne/neonatalne komplikacije pa stoga autori ne mogu zagovarati to da se rezultati njihove studije mogu generalizirati na elektivne kirurške situacije koje se mogu odgoditi do nakon poroda, pišu autori studije. Ovi rezultati podupiru dosadašnja izvješća da trudnice s akutnim kirurškim bolestima trebaju biti podvrgnute operaciji ako

odgadanje definitivnog zbrinjavanja može dovesti do progresije bolesti/stanja. Financiranje ove studije podržalo je Department of Surgery, Adult and Child Center for Health Outcomes Research and Delivery Science Joint Surgical Outcomes and Applied Research Program at the University of Colorado. Autori nisu objavili finansijske odnose.

(*JAMA Surg.* 2015;150:637-43.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

### Beta-blokatori rizični za ne-kardiokirurške operacije kod bolesnika niskog rizika

Perioperacijska beta-blokada je povezana s nižom tridesetodnevnom smrtnosti kod bolesnika s tri do četiri srčana čimbenika rizika koji se podvrgavaju nekardiokirurškoj operaciji (NKO), ali s povećanom smrtnosti u bolesnika bez srčanih čimbenika rizika, rezultati su retrospektivne studije objavljene u *JAMA Surgery*. Perioperacijska beta-blokada široko je prihvaćena kod bolesnika koji su podvrgnuti operaciji srca, objašnjavaju Friedell i sur. (University of Missouri-Kansas City School of Medicine, Kansas City, Missouri, SAD). Međutim, njegova je uporaba u bolesnika podvrgnutih NKO-u sporna. Hipoteza autora bila je da je beta-blokada korisna bolesnicima s visokim kardijalnim rizikom, ali da može biti štetna za one s niskim rizikom ili bez rizika. U bolesnika s niskim rizikom od neželjenih srčanih incidenata nosi korištenje beta-blokade prije ili tijekom NKO-a povećan rizik za moždani udar i hipotenziju. Cilj je ove retrospektivne opservacijske analize bio ispitati utjecaj perioperativne beta-blokade na bolesnike podvrgnute NKO-u, osobito onih bez kardiovaskularnih čimbenika rizika. Kohorta studije sastojala se od 326 489 bolesnika podvrgnutih NKO-operaciji ( $n=314\ 114$ ) ili kardiokirurškoj operaciji ( $n=12\ 375$ ) od 1. listopada 2008. do 31. rujna 2013. u braniteljskim (Veterans Affairs) bolnicama. Istraživači su izračunavali tzv. '4-point' rezultat srčanog rizika dodjeljivanjem svakog boda za zatajenje bubrega, bolest koronarnih arterija, šećernu bolest i operacije u području velikih tjelesnih šupljina. Među pacijentima s tri ili četiri srčana čimbenika rizika koji su podvrgnuti NKO-u, beta-blokada u bilo koje vrijeme između 8 sati prije operacije i 24 sata nakon nje značajno smanjuje omjer rizika za nekorigirani tridesetodnevni kirurški mortalitet (omjer 0,63; 95 %-tan interval pouzdanosti 0,43-0,93). Međutim, beta-blokada nije imala učinka na pacijente s jednim ili dva srčana čimbenika rizika, a bila je povezana sa značajno povećanom smrtnosti u bolesnika bez faktora rizika (omjer 1,19; 95 %-tan interval pouzdanosti 1,06-1,35). Neprilagodene tridesetodnevne stope smrtnosti za NKO kod pacijenata koji nisu dobivali beta-blokatore iznosile su 0,5 % kod bolesnika koji nemaju srčane čimbenike rizika, 1,4 % kod onih s jednim ili dva čimbenika rizika, a 6,7 % kod onih s tri ili četiri čimbenika rizika. Među bolesnicima liječenima β-blokatorima, te su stope 1,0, 1,7 i 3,5 %. Beta-blokada je korisna perioperativno za pacijente s tri do četiri srčana čimbenika rizika koji se podvrgavaju NKO-u, ali ne i kod bolesnika s jednim do dva srčana čimbenika rizika, zaključuju autori studije. Najvažnije, uporaba beta-blokatora u bolesnika bez srčanih čimbenika rizika čini se da je povezana s većim rizikom od smrti, koja nije do sada evidentirana, odnosno istraživana na taj način.

(*JAMA Surg.* 2015;150:658-63.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

### Kod nastanka postoperativnih komplikacija velikih operacija najbolje je hospitalizirati bolesnike u bolnici gdje su i operirani

Pacijenti koji su rehospitalizirani prvih tridesetak dana nakon velike operacije imaju manji rizik od smrti u iduća tri mjeseca ako se vrati u istu bolnicu, a ne idu u druge ustanove, navodi se u studiji objavljenoj

u časopisu *Lancet*. Većina liječnika ili kirurga smatra da ako su već uloženi trud i vrijeme da se napravi velika operacija na nekom bolesniku, onda operater pozna područje same operacije, zna kako je operacija protekla i je li bilo komplikacija, objašnjavaju Brooke i sur. (University of Utah School of Medicine, Salt Lake City, Utah, USA). Liječnici koji nisu obavili (nisu prisustvovali) tim operacijama neće imati taj kontekst kojim se može objasniti dio dobrobiti za preživljenje zbog povratka u inicijalnu bolnicu gdje je bolesnik operiran, objašnjavaju autori. Oni su analizirali podatke iz baze Medicare o više od devet milijuna pacijenata koji su imali jednu od 12 vrsta velikih operacija od 2001. do 2011. godine. Ponovno primljenih u roku od 30 dana od operacija bilo je u rasponu od 6 do 22 %, ovisno o vrsti operacije. U više od polovice slučajeva pacijenti su ponovno primljeni ili prebačeni u bolnicu gdje su bili podvrgnuti inicijalnoj operaciji. Oni koji su se vratili u bolnicu gdje je učinjena operacija imali su 26 % manju vjerovatnost mortaliteta u prva tri mjeseca nakon operacije od onih primljenih u drugu bolnicu. Pacijenti ponovno hospitalizirani nakon operacije gotovo uvijek imaju postoperativnu komplikaciju kao razlog hospitalizacije, bilo medicinsku ili kiruršku, tvrde Dimick JB i Miller DC (University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, USA), što su i napisali u uvodniku. Bolesnici su u bolnici gdje su i operirani ponovno hospitalizirani jedan do dva dana ranije od onih koji su hospitalizirani u drugim bolnicama. Situacija odlaska u drugu bolnicu mogla bi biti mnogo lošija za pacijenta s obzirom na dobivanje odgovarajuće skrbi u drugim bolnicama, gdje nemaju unaprijed postojeći odnos s kirurgom pa liječenje može biti odgodeno, objašnjavaju Dimick i Miller. Ako ste liječnik ili kliničar koji se brine o toj osobi, intuitivno je da ga šaljete ponovno njegovom kirurgu, objašnjavaju autori. Za složene operacije neki će pacijenti letjeti prema prestižnim bolnicama i više stotina kilometara daleko. Imaju li ti pacijenti komplikacije više tjedana nakon operacije, oni na kraju odlaze u lokalnu bolnicu, a ne onu u kojoj su podvrgnuti inicijalnoj operaciji. Mnogo velikih kompanija, koje se nalaze unutar Fortune 500 tvrtki, ugovara s većim bolnicama za bolesnike koji se podvrgavaju velikim operacijama, rekao je Brooke, ističući da Wal-Mart ima ugovorenog s Cleveland Clinic. Bolesnici koji žive u istom gradu gdje su podvrgnuti inicijalnoj operaciji, kad će možda morati pozvati hitnu pomoć da ih pokupi, vozači kola hitne pomoći neće razumjeti koliko je važno da ih se obradi u istoj bolnici. Vozači kola hitne pomoći i liječnici u hitnim prijemima/zavodima trebali bi učiniti svaki napor da se pacijenta koji je imao veliku operaciju doveđe natrag u njegovu bolnicu gdje je operiran. Iznimka smiju biti pacijenti kod kojih se radi o životno ugrožavajućem krvarenju ili, recimo, srčanom udaru. Pacijenti bi trebali nastojati da ostanu u neposrednoj blizini bolnice u kojoj su podvrgnuti velikim operacijama najmanje prvih tjedana dana, rekao je Brooke.

(*Lancet* 2015;386:884-95.)

Dr. sc. Goran Augustin, dr. med.

## Komparacija propofolske i ne-propofolske sedacije za ambulantne kolonoskopije

Propofol je popularan anestetički sedativ koji se koristi za sedaciju pacijenata za kolonoskopiju. Takva sedacija primjenjuje se kod gastroskopije i kolonoskopije s ciljem da smanji osjećaj neugode koju takve pretrage mogu uzrokovati, a sam lijek skraćuje oporavak i ubrzava otpust kući u komparaciji sa drugim pripravcima. Međutim, kod kliničara postoji zabrinutost i sumnja glede dubine sedacije jer se s povećanjem stupnja sedacije povećava incidencija od aspiracije i drugih nuspojava (depresija respiracije, respiratorna acidozna, aspiracijska pneumonija, alergijske reakcije, osip, svrbež, porast triglicerida u serumu, bradiaritmija do asistolije, arterijska hipotenzija, pankreatitis, trombocitopenija). Cilj istraživanja kolege Goudra B. sa suradnicima (Department of Clinical Anesthesiology and Critical Care, Perelman School of Medicine, Philadelphia, SAD) bio je usporediti dubinu se-

dacije između propofola i nepropofolske sedacije kod ispitanika koji idu na izvanbolničku kolonoskopiju, mjereći elektroencefalogram (EEG, SEDLine monitor). Nerandomizirano prospективno opservacijsko istraživanje provedeno je u SAD-u na ispitanicima starijima od 18 godina koji su potpisali informirani pristanak. Sedaciju (propofolska ili nepropofolska) je aplicirao anesteziološki tehničar pod supervizijom anesteziologa (propofol) ili endoskopska sestra pod vodstvom gastroenterologa (ne-propofol). Dubina sedacije mjerena je elektroencefalografski (SEDLine monitor), a istraživanje je bilo slijepo. Pacijenti sedirani s propofolom doživjeli su značajno dublji stupanj sedacije čitavo vrijeme trajanja procedure, a dijelovi protokola su imali indeks sedacije koji je odgovarao dubokoj općoj anesteziji. Reducirana titracija s propofolom smanjivala je rizik od aspiracije i hipotenzije. Naredna istraživanja trebaju još pokazati ulogu EEG monitoriranja s pomoću SEDLine monitora kako bi se poboljšali sedacijski protokoli. Endoskopija u sedaciji donosi komfor pacijentu, ali moramo biti svjesni i mogućih komplikacija.

(*J Clin Monit Comput.* 2015 Sep 12. [Epub ahead of print])  
Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## Terapija tiopurinima povećava rizik od karcinoma urinarnog trakta

Dosadašnja istraživanja su pokazala kako je rizik za karcinome urinarnog trakta (uključujući rak bubrega i mokraćnog mjehura) povećan kod transplantiranih bolesnika liječenih tiopurinima. U tiopurine spadaju azatioprin, 6-merkaptopurin i 6-tiogvanin.

Kako bi se procijenio rizik za karcinome mokraćnog sustava kod pacijenata s upalnim bolestima crijeva koji su liječeni tiopurinima provedena je CESAME opservacijska kohortna studija koju je predvodio kolega Bourrier A. iz Francuske (Department of Gastroenterology, AP-HP, Hôpital Saint-Antoine, Pariz). U razdoblju od svibnja 2004. do lipnja 2005. uključeno je 19 486 ispitanika s upalnim bolestima crijeva, od čega je 30,1 % liječeno tiopurinima. Medijan praćenja bio je 35 mjeseci. Rezultati istraživanja su pokazali da je 10 ispitanika razvilo karcinom bubrega, a 6 ispitanika karcinom mokraćnog mjehura. Stopa incidencije za karcinome urinarnog trakta bila je 0,48/1000 pacijenata godišnje ako su liječeni tiopurinima (95 % CI: 0,21-0,95), 0,10/1000 pacijenata godišnje ako je ukinuta terapija tiopurinima (95 % CI: 0,00-0,56) te 0,30/1000 pacijenata godišnje u onih koji nikada nisu liječeni tiopurinima (95 % CI: 0,12-0,62). Standardizirana stopa incidencije za karcinome mokraćnog sustava bila je 3,40 (95 % CI: 1,47-6,71, p=0,006) kod ispitanika koji su prethodno uzimali tiopurine te 1,17 (95 % CI: 0,47-1,42, p=0,78) ukoliko nikada nisu bili izloženi ovim lijekovima. Dodatni značajni čimbenici rizika bili su muški spol (HR: 3,98, 95 % CI: 1,12-14,10, p=0,03) i starija životna dob. Autori istraživanja zaključuju kako terapija tiopurinima povećava rizik za karcinome urinarnog trakta, a poseban rizik je uočen kod muškaraca starije životne dobi.

(*Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Nov 9. [Epub ahead of print])  
Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

## Pantoprazol ne povećava rizik za pojavnost karcinoma

Istraživanja novijeg datuma su pokazala da bi inhibitori proton-skrečne crpke (IPC) mogli imati karcinogeni učinak. Kolega Schneider JL. (Division of Research, Kaiser Permanente Northern California, Oakland, CA, SAD) sa suradnicima je u okviru dugotrajnog postmarketinskog istraživanja zatraženog od američke Food and Drug Administration, publicirao rezultate istraživanja s ciljem usporedbе stope incidencije karcinoma želuca i drugih karcinoma kod pacijenata koji

## NOVOSTI IZ MEDICINSKE LITERATURE

su uzimali pantoprazol kao dugodjelujući IPC, u komparaciji s kratkodjeljućim IPC-om. Istraživači su proveli kohortno istraživanje u Kaiser Permanente Northern California zdravstvenom sustavu, u konzultaciji i s odobrenjem FDA. Ukupno su uključena 61 684 ispitanika, od čega je 34 178 lječeno pantoprazolom, a preostalih 27 686 s drugim IPC-om (ukupno 54 7020 osoba godišnje). Primarne statističke analize su pokazale kako pantoprazol kao dugodjelujući IPC u usporedbi s kratkodjeljućim IPC-om ne povećava rizik za karcinom želuca, niti druge gastrointestinalne karcinome, kao ni karcinome drugih sijela. Ovo je vrlo važno i ohrabrujuće istraživanje, koje na velikoj skupini ispitanika pokazuje sigurnost primjene pantoprazola glede ranije opisivane karcinogeneze.

(*Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Nov 6. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

### Incidencija i prevalencija eozinofilnog ezofagitisa kod djece i odraslih: meta-analiza

Prepoznavanje eozinofilnog ezofagitisa (skr. EoE) značajno je i naglo poraslo u svijetu, međutim, glede trenutnih epidemioloških podataka i dalje se vode rasprave. Kolega **Arias A.** sa suradnicima iz Španjolske publicirao je pregledni članak i meta-analizu s ciljem utvrđivanja incidencije i prevalencije EoE-a. S ciljem dobivanja epidemioloških podataka pretražene su baze podataka MEDLINE, EMBASE i SCOPUS, te su analizirani incidencija, prevalencija, omjer muškog i ženskog spola, omjer pojavnosti bolesti kod djece i odraslih, te geografske varijacije.

Od 1334 referenci uključene kriterije zadovoljilo je 13 studija iz sjeverne Amerike, Europe i Australije, a rezultati su pokazali visoku heterogenost podataka. Stopa incidencije za EoE-a bila je 3,7/100 000 ljudi godišnje, a bila je viša kod adultne (7; 95 % CI: 1-18,3) nego li pedijatrijske populacije (5,1; 95 % CI: 1,5-10,9). Prevalencija za EoE bila je 22,7/100 000 stanovnika, dok je kod nekih istraživanja iznosila i do 28,1 (95 % CI: 13-49). Prevalencija je bila viša kod odraslih nego li djece (43,4; 95 % CI: 22,5-71,2 vs. 29,5; 95 % CI: 17,5-44,7), a također je bila viša u američkim istraživanjima nego li europskim istraživanjima.

Autori istraživanja zaključuju kako je eozinofilni ezofagitis u značajnom porastu među dijagnozama u sjevernoj Americi i Europi. Daljnja prospektivna multicentrična istraživanja potrebna su kako bi evaluirala dosadašnja saznanja.

(*Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Oct 28. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

### Nazobilijarna drenaža je učinkovita u liječenju refraktornog kolestatskog pruritusa

Pruritus je čest simptom udružen s kolestatskom bolesti jetre. Do sada je samo jedno malo istraživanje iz jednoga zdravstvenog centra publiciralo svoje podatke o učinkovitosti i sigurnosti nazobilijarne drenaže za olakšanje kolestatskog pruritusa.

Kolega **Hegade VS.** (Freeman Hospital, The Newcastle upon Tyne NHS Foundation Trust and Institute of Cellular Medicine, Newcastle University, UK) sa suradnicima publicirao je multicentrično istraživanje učinkovitosti i sigurnosti nazobilijarne drenaže kod kolestatskog pruritusa.

U retrospektivno istraživanje uključeni su svi ispitanici liječeni nazobilijarnom drenažom u razdoblju od 2006. do 2015. godine u pet europskih centara. Pruritus je kvantificiran koristeći VAS (vizualna analogna skala) i jetrene enzime, serumski bilirubin i ukupnu

serumsku razinu žučnih soli, mjerениh prije i poslije nazobilijarne drenaže. Analizirano je trajanje terapijskog odgovora i pridružene komplikacije.

Ukupno je uključeno 27 ispitanika (59 % ženskog spola) kojima je učinjena nazobilijarna drenaža. Medijan trajanja ove drenaže je bio 7 dana. Nazobilijarna drenaža smanjila je pruritus kod 89,6 % ispitanika (VAS broj od 10,0 na 0,3,  $p < 0,0001$ ), a 33 % pacijenata bilo je bez pruritusa u prva 24 sata od početka drenaže.

Trajanje terapijskog odgovora i učinkovitosti drenaže nije bilo povezano s trajanjem drenaže i istjecanjem žučnog sadržaja. Značajno poboljšanje je uočeno kod serumske razine alkalne fosfataze ( $p = 0,001$ ) i serumskog bilirubina ( $p = 0,03$ ), ali ne i kod serumske razine žučnih soli. Najčešća komplikacija (31 %) bio je blagi post-ERCP pankreatitis.

Autori istraživanja zaključuju kako nazobilijarna drenaža učinkovito poboljšava simptomatologije kod kolestatskog ikterusa te povoljno utječe na serumske biljege kolestaze. Sama drenaža može biti povezana s visokim rizikom od nuspojava, posebno pankreatitism. Potrebna su daljnja prospektivna istraživanja kako bi potvrdila rezultate ove studije.

(*Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Nov 2. [Epub ahead of print])

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

### Pretilost je povezana s infekcijama kod bolesnika s jetrenom bolesti

Infekcije su jedan od glavnih uzroka mortaliteta kod bolesnika s terminalnim stadijem jetrene bolesti. Točan utjecaj pretilosti za rizik od infekcije nije poznat kod ove skupine bolesnika i stoga je kolega **Sundaram V.** (Division of Gastroenterology, Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, CA, USA) sa suradnicima poduzeo istraživanje kako bi rasvjetlio ovu nepoznanicu.

Ispitanici su podijeljeni u nekoliko skupina ovisno o stupnju pretilosti kao: ne-pretili, pretilost kategorije I-II, pretilost klase III, te su evaluirani bakterijemija, infekcije kože i mekih česti, urinarne infekcije, pneumonija/respiratorne infekcije, infekcija s *Clostridium difficile* i spontani bakterijski peritonitis.

Istraživanje je uključeno 115 465 ispitanika, od čega 100 957 (87,5 %) nije bilo pretilo, a 14 508 (12,5 %) bili su pretili. 8,2 % pretilih su spadali u klasu pretilosti I-II, a 4,3 % (5019) pretilosti tip III. Rezultati su pokazali kako je 37 117 ispitanika (32 %) imalo dijagnosticiranu infekciju. Infekcija je bila najčešća kod klase III pretilosti (44 %), potom kod pretilosti klase I-II (38,9 %), a najmanje je bilo kod ne-pretilih ispitanika (31,9 %).

Stupanj pretilosti I-II i III su dokazano povezani s infekcijama, a posebno je veća prevalencija bakterijemije, urinarnih infekcija te infekcija kože i mekih tkiva.

(*Aliment Pharmacol Ther.* 2015;42(II-12):1271-80.)

Ivana Rosenzweig Jukić, dr. med.

### Nivolumab vs. everolimus u uznapredovalom karcinomu bubrega

Inhibitor kontrolne točke programirane smrti PD-1, nivolumab, pokazao se učinkovitim u produljenju sveukupnog preživljivanja, u nekontroliranim studijama, koje su uključivale prethodno liječene bolesnike, s uznapredovanim karcinomom bubrega.

U randomiziranoj open-label studiji faze III uspoređen je s everolimusem, u bolesnika s renalnim karcinomom, koji su prethodno primili terapiju.

U studiju je uključen 821 bolesnik s uznapredovalim plarocelularnim karcinomom bubrega, za koji su prethodno primili jedan ili dva režima antiangiogene terapije.

Randomizirani su u dvije skupine, u omjeru 1:1, kako bi primili 3mg/kg nivolumaba i.v. svaka dva tjedna, ili everolimus 10mg tbl p.o. dnevno. Primarni cilj studije bio je utvrditi sveukupno preživljenje, a sekundarni ciljevi podrazumijevali su objektivnu stopu odgovora i sigurnost.

Medijan sveukupnog preživljjenja iznosio je 25 mjeseci na nivolumabu, a 19,6 mjeseci na everolimusu. Omjer hazarda za smrtni ishod za nivolumab iznosio je 0,73, što je odgovaralo prespecificiranom kriteriju superiornosti.

Također je zabilježen veći broj objektivnih odgovora, od kojih su mnogi i dugotrajni. Medijan preživljjenja bez progresije bolesti iznosio je 4,6 mjeseci na nivolumabu, a 4,4 mjeseca s everolimusu. Neželjeni učinci gradusa 3 ili 4 pojavili su se u 19 % bolesnika na nivolumabu, a u 37 % bolesnika na everolimusu, najuočljivenija nuspojava na nivolumabu bio je umor (u 2 % bolesnika), a na everolimusu anemija (u 8 % bolesnika).

Dakle, među prethodno liječenim bolesnicima s uznapredovalim renalnim karcinomom sveukupno preživljjenje bilo je duže, a nuspojave gradusa 3 ili 4 rjeđe, nego na everolimusu.

(*N Engl J Med.* 2015;373:1803-13.)

Ana Tečić Vugger, dr. med.

## Kabozantinib vs. everolimus u uznapredovalom karcinomu bubrega

Kabozantinib je preoralna, mala molekula tirozin kinaznog inhibitora, koja cilja receptor vaskularnog endotelnog čimbenika rasta (VEGF), kao i MET i AXL, od kojih je svaki uključen u patobiologiju metastatskog karcinoma bubrega ili u razvoj rezistencije na antiangiogene lijekove. Randomiziranim open-label studijom faze 3 evaluirana je učinkovitost kabozantiniba, u usporedbi s everolimusu, u bolesnika s karcinomom bubrežnih stanica, nakon progresije na anti-VEGFR terapiju. Randomizirano je 658 bolesnika kako bi primili kabozantinib u dozi od 60 mg dnevno, ili everolimus u dozi od 10 mg dnevno. Primarni cilj studije bio je utvrditi preživljjenje bez progresije bolesti, dok su sekundarni ciljevi bili sveukupno preživljjenje i objektivna stopa odgovora.

Medijan preživljjenja bez progresije bolesti iznosio je 7,4 mjeseca na kabozantinibu, a 3,8 mjeseci na everolimusu. Stopa progresije ili smrti bila je 42 % manja na kabozantinibu nego na everolimusu. Objektivna stopa odgovora bila je 21 % na kabozantinibu, a 5 % na everolimusu. Planirana interim analiza pokazala je da je sveukupno preživljjenje na kabozantinibu duže nego na everolimusu, s omjerom hazarda za smrt od 0,67, no nije prijeđena granica značajnosti za interim analizu. Neželjeni učinci zbrinjavani su redukcijom doza, doze su se reducirale u 60 % njih na kabozantinibu i u 25 % njih na everolimusu. Prekid studijske terapije radi nuspojava zabilježen je u 9 % bolesnika na kabozantinibu i u 10 % njih na everolimusu.

Dakle, u bolesnika s karcinomom bubrežnih stanica, koji su progredirali na anti-VEGFR terapiju, sveukupno preživljjenje bilo je duže na terapiji kabozantinibom, nego na terapiji everolimusu.

(*N Engl J Med.* 2015;373:1814-23.)

Ana Tečić Vugger, dr. med.

## Prospektivna validacija testova ekspresije 21 gena u raka dojke

Prethodne studije prospektivno-retrospektivnog dizajna, uključujući arhivske uzorke tumora, pokazale su da testovi ekspresije gena mogu dati klinički korisnu prognostičku informaciju, neovisno o kliničko patološkim karakteristikama tumora. Međutim, prospektivno provedena studija, u uniformno tretiranoj populaciji, nudi

najvišu razinu dokaza koji podržava kliničku valjanost i uporabivost biomarkera.

Provedena je prospektivna studija, koja je uključivala žene s hormon ovisnim (HR+), Her2 negativnim rakom dojke s negativnom aksilom, i to veličine od 1,1 do 5,0 cm u najvećem promjeru (0,6 do 1,0 cm u najvećem promjeru i intermedijarni ili visoki gradus tumora), koje su udovoljavale utvrđenim smjernicama za razmatranje adjuvantne kemoterapije na temelju kliničko-patoloških karakteristika. Provedena je PCR reverznom transkriptazom 21 gena na tumorskim tkivima uklapljenim u parafin, a rezultati su se koristili za izračun bodovnog sustava/skora koji bi sugerirao rizik od povrata raka dojke. Bolesnice su raspodijeljene tako da dobiju endokrinu terapiju bez kemoterapije ako im je skor za povrat bolesti bio 0-10, ukazujući na vrlo nizak rizik od povrata bolesti (na ljestvici od 0 do 100, gdje veće brojke govore za veći rizik od povrata bolesti). Od 10 253 uključene bolesnice, za njih 1626 (15,9 %), koje su imale skor za povrat bolesti 0-10, dodijeljena je samo endokrina adjuvantna terapija, bez kemoterapije. Nakon pet godina bila je u ovoj populaciji bolesnica stopa preživljjenja bez invazivne bolesti 93,8 %, stopa bez povrata bolesti u udaljeno sijelo 99,3 %, a stopa bez povrata bolesti u udaljeno ili lokoregionalno sijelo 98,7 %, dok je stopa sveukupnog preživljjenja bila 98,0 %.

Dakle, među bolesnicama s HR+, Her2 - rakom dojke i negativnim limfnim čvorovima u aksili, koje prema kliničko-patološkim karakteristikama podlježu preporukama za uporabu adjuvantne kemoterapije, one koje su imale povoljniji profil genske ekspresije imale su vrlo niske stope povrata bolesti nakon pet godina samo endokrine adjuvantne terapije. Navedeno ukazuje na mogućnost sigurne poštovanja tih bolesnica od adjuvantne kemoterapije.

(*N Engl J Med.* 2015;373:2005-14.)

Ana Tečić Vugger, dr. med.

## Genetska evolucija melanoma iz prekursorskih lezija

Patogene mutacije u melanomu podrobno su katalogizirane, međutim, redoslijed njihova pojavljivanja nije poznat. A. Hunter Shain i suradnici sekvencionirali su 293 za rak značajna gena u 150 sijela 37 primarnih melanoma i njihovih pripadajućih prekursorskih lezija. Histopatološki spektar ovih područja uključio je nejednoliko benigne lezije, intermedijarne lezije te intraepidermalne ili invazivne melanome.

Rezultati su pokazali da su prekursorske lezije bile inicirane gen-skim mutacijama za koje je poznato da aktiviraju mitogenom aktivirani protein – kinazni signalni put. Nejednoliko benigne lezije sidrile su isključivo BRAF V600E mutacije, dok su one kategorizirane kao intermedijarne lezije sidrile i NRAS mutacije i dodatne driver mutacije. Ukupno 77 % područja intermedijarnih lezija i melanoma in situ sidrili su TERT promotor mutacije, što je podatak koji upućuje na to da su ove mutacije odabrane u neočekivano ranom stadiju neoplastičnog procesa. Bialelnna inaktivacija CDKN2A pojavljivala se isključivo u invazivnih melanoma. PTEN i TP53 mutacije nađene su samo u uznapredovalim primarnim melanomima. Teret točkastih mutacija rastao je od benignih, preko intermedijarnih do melanoma, sa snažnim utiskom učinaka ultraljubičastog zračenja, detektibilnog u svim evolucijskim stadijima. Broj kopija alteracija prevladao je tek u invazivnom melanomu.

Heterogenost tumora pojavila se u formi genetski različitih subpopulacija, kako je melanom progredirao. Ova studija definirala je sukcesiju genetskih alteracija tijekom progresije melanoma, pokazujući različite evolucijske putanje za pojedine različite melanomske podtipove. Identificirao je intermedijarnu kategoriju melanocitne novo-tvorine, karakterizirane prisutnošću više od jedne patogene genetske alteracije i distinkтивnih histopatoloških oblika.

Napokon, studija je implicirala i to da je ultraljubičasto zračenje čimbenik od većeg značenja, kako u inicijaciji, tako i u progresiji melanoma.

(*N Engl J Med.* 2015;373:1926-36.)

Ana Tečić Vuger, dr. med.

### Manja smrtnost srčanih bolesnika hospitaliziranih za vrijeme održavanja stručnih skupova

Poznato je kako su ishodi bolesnika s akutnim infarktom miokarda hospitaliziranih nakon radnog vremena i tijekom vikenda, kada je smanjen ukupan broj medicinskog osoblja, lošiji a kašnjenja u njezi češća.

Doktor **Anupam Jena** s Medicinskog fakulteta Harvard u Bostonu, SAD, sa suradnicima je istražio ishode liječenja Medicare osiguranika s akutnim infarktom miokarda te srčanim zatajenjem i arestom, starijih od 65 godina, zaprimljenih od 2002. do 2011. godine za vrijeme dva velikih stručnih skupova kardiologa.

U tim danima smanjuje se broj prisutnih liječnika, dok broj ostalog medicinskog osoblja u klinikama i općim bolnicama ostaje nepromjenjen.

Ukupno su analizirali podatke o 29.596 prijema za vrijeme trajanja stručnih skupova i usporedili ih 181.642 prijema bolesnika s usporedivim demografskim i zdravstvenim karakteristikama izvan tih razdoblja. Rezultati su bili iznenadujući. Visokorizični kardiološki bolesnici primljeni u kliničke bolnice tijekom velikih stručnih skupova imali su značajno nižu smrtnost nakon 30 dana u usporedbi s kontrolnom skupinom.

Tako je smrtnost kod bolesnika s akutnim zatajanjem srca primljениh za vrijeme odvijanja stručnih skupova bila 59 %-tina, što je značajno manje nego u kontrolnoj skupini (69 %, p=0.01), iako je učestalost perkutanih koronarnih intervencija bila značajno niža u tim danima. Za niskorizične pacijente u kliničkim bolnicama nije bilo razlike u smrtnosti ili korištenju terapijskih postupaka.

Zanimljivo, u općim bolnicama nije bilo značajne razlike u smrtnosti kod visoko i niskorizičnih bolesnika zaprimljenih za vrijeme i izvan vremena odvijanja velikih stručnih skupova. Jednako tako, smrtnost od srčanih bolesti nije bila različita za vrijeme održavanja onkoloških, gastroenteroloških i ortopedskih skupova.

Autori prepostavljaju kako jedno od mogućih objašnjenja može biti veći postotak kardiologa iz kliničkih ustanova koji prisustvuje na velikim stručnim skupovima, što može utjecati na razlike u dijagnostičkim i terapijskim postupcima u navedenim danima.

Osim toga, promjene u strukturi liječnika i nemogućnost dodatne podrške može potaknuti kardiologe na manje agresivne i konzervativnije intervencije kod visokorizičnih pacijenata, što može utjecati na smanjenje smrtnosti.

Iako rezultati nisu pokazali smanjenje ukupnog broja hospitalizacija tijekom stručnih skupova, moguće je da se u navedenim danima smanjuje broj jednodnevnih elektivnih postupaka, zbog čega se kardiolozi mogu bolje usredotočiti na visokorizične pacijente.

U današnje vrijeme snažnog razvoja tehnologije i novih terapijskih postupaka, navedeni rezultati podsjećaju nas još jednom kako ne smijemo zaboraviti na drevnu izreku „primum non nocere“.

(*JAMA Intern Med.* 2015 Feb;175(2):237-44)

Adrian Lukenda, dr. med.



Dr. Jasna Novak

## Radovi hrvatskih lječnika objavljeni u inozemnim časopisima indeksiranim u 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.

**Sartelli M, Malangoni MA, Abu-Zidan FM, Griffiths EA, Di Bella S, McFarland LV, Eltringham I, Shelat VG, Velmahos GC, Kelly CP, Khanna S, Abdelsattar ZM, Alrahmani L, Ansaloni L, Augustin G\*, et al. WSES guidelines for management of Clostridium difficile infection in surgical patients. World J Emerg Surg. 2015;10:38.**

\*Department of Surgery, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia.

**Gyberg V, De Bacquer D, De Backer G, Jennings C, Kotseva K, Mellbin I, Schnell O, Tuomilehto J, Wood D, Rydén L, Amouyal P, Bruthans J, Conde AC, Cifkova R, Deckers JW, De Sutter J, Dilic M, Dolzhenko M, Erlgis A, Fras Z, Gaita D, Gotcheva N, Goudevenos J, Heuschmann P, Lauevicius A, Lehto S, Lovic D, Milićić D\*, Moore D, Nicolaides E, Oganov R, Pajak A, Pogosova N, Reiner Ž\*, Stagmo M, Störk S, Tokgözoglu L, Vulic D; EUROASPIRE Investigators. Patients with coronary artery disease and diabetes need improved management: a report from the EUROASPIRE IV survey: a registry from the EuroObservational Research Programme of the European Society of Cardiology. Cardiovasc Diabetol. 2015;14(1):133.**

\*University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia and Medical School University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

**Reiner Ž. PCSK9 inhibitors - past, present and future. Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2015;11(10):1517-21.**

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

**Aguiar C, Alegria E, Bonadonna RC, Catapano AL, Cosentino F, Elisaf M, Farnier M, Ferrières J, Filardi PP, Hancu N, Kayikcioglu M, Mello E Silva A, Millan J, Reiner Ž\*, Tokgozoglu L, Valensi P, Viigimaa M, Vrablik M, Zambon A, Zamorano JL, Ferrari R. A review of the evidence on reducing macrovascular risk in patients with atherogenic dyslipidaemia: A report from an expert consensus meeting on the role of fenofibrate-statin combination therapy. Atheroscler Suppl. 2015;19:1-12.**

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

**Bruthans J, Mayer O Jr, De Bacquer D, De Smedt D, Reiner Ž\*, Kotseva K, Cífková R; EUROASPIRE IV investigators Educational level and risk profile and risk control in patients with coronary heart disease. Eur J Prev Cardiol. 2015 Aug 17. pii: 2047487315601078. [Epub ahead of print]**

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

**Reiner Ž. Management of patients with familial hypercholesterolemia. Nat Rev Cardiol. 2015 Oct;12(10):565-75.**

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

**Klepac Pulanić T\*, Venkatesan AM, Segars J, Sokka S, Wood BJ, Stratton P. Vaginal Pessary for Uterine Repositioning during High-Intensity Focused Ultrasound Ablation of Uterine Leiomyomas. Gynecol Obstet Invest. 2015 Nov 20. [Epub ahead of print]**

Community Health Center Zagreb East, Zagreb, Croatia.

**Kasum M, von Wolff M, Franulić D, Čehić E, Klepac Pulanić T, Orešković S, Juras J.**

**Fertility preservation options in breast cancer patients. Gynecol Endocrinol. 2015 Sep 15:1-6.**

Department of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital Centre Zagreb, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

**Bojanic K<sup>1</sup>, Pritisanac E<sup>2</sup>, Luetić T<sup>3</sup>, Vuković J<sup>4</sup>, Sprung J<sup>4</sup>, Weingarten TN<sup>4</sup>, Carey WA<sup>5</sup>, Schroeder DR<sup>6</sup>, Grizelj R<sup>2</sup>. Survival of outborns with congenital diaphragmatic hernia: the role of protective ventilation, early presentation and transport distance: a retrospective cohort study. BMC Pediatr. 2015;15:155.**

<sup>1</sup>Division of Neonatology, Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital Merkur, Zagreb, Croatia; <sup>2</sup>Department of Pediatrics, University of Zagreb, School of Medicine, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croatia; <sup>3</sup>Department of Pediatric Surgery, University of Zagreb, School of Medicine, University Hospital Centre, Zagreb, Croatia; <sup>4</sup>Department of Anesthesiology, Mayo Clinic, Rochester, USA; <sup>5</sup>Division of Neonatal Medicine, Mayo Clinic, Rochester, USA; <sup>6</sup>Division of Biomedical Statistics and Informatics, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA.

**Vuica A, Ferhatović Hamzić I, Vukojević K, Jerić M, Puljak I, Grković I, Filipović N. Aging and a long-term diabetes mellitus increase expression of  $\alpha$ -hydroxylase and vitamin D receptors in the rat liver. Exp Gerontol. 2015;72:167-176.**

Department of Anatomy, Histology and Embryology, University of Split School of Medicine, Split, Croatia

**Murgic L<sup>1</sup>, Hébert PC<sup>2</sup>, Sovic S<sup>3</sup>, Pavlekovic G<sup>4</sup>. Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. BMC Med Ethics. 2015;16:65.**

<sup>1</sup>Department of Educational Technology, Andrija Stampar School of Public Health, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; <sup>2</sup>Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, Toronto, Canada; <sup>3</sup>Department of Medical Statistics, Epidemiology and Medical Informatics, Andrija Stampar School of Public Health, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; <sup>4</sup>Department for Social Medicine and Organization of Health Care, Andrija Stampar School of Public Health, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia.

**Macan M<sup>1</sup>, Vukšić A<sup>2</sup>, Žunec S<sup>3</sup>, Konjevoda P<sup>4</sup>, Lovrić J<sup>5</sup>, Kelava M<sup>6</sup>, Štambuk N<sup>4</sup>, Vrkić N<sup>7</sup>, Bradamante V<sup>6</sup>. Effects of simvastatin on malondialdehyde level and esterase activity in plasma and tissue of normolipidemic rats. Pharmacol Rep. 2015;67:907-13.**

<sup>1</sup>Department of Pathology and Cytology, University Hospital Center Zagreb, Zagreb, Croatia; <sup>2</sup>Department of Pharmacology, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; <sup>3</sup>Department of Pharmacology, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; Polyclinic Bonifarm, Zagreb, Croatia; <sup>4</sup>Institute for Medical Research and Occupational Health, Zagreb, Croatia; <sup>5</sup>Rudjer Boskovic Institute, NMR Center, Zagreb, Croatia; <sup>6</sup>Department of Chemistry and Biochemistry, University of Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; <sup>7</sup>Faculty of Pharmacy and Biochemistry and Clinical Institute of Chemistry, University Hospital "Sisters of Charity", Zagreb, Croatia.

# Utjecaj zdravstvene industrije na ostale ljudske djelatnosti<sup>1</sup>

Prof. emeritus Igor Čatić

**S**ve je tješnja povezanost medicine i tehnike, a naziv zdravstvena industrija je sve učestaliji. Jednom je rečeno, zaposleni u svjetski poznatoj automobilskoj tvornici izvrsno znaju što je to mjenjač ili motor, no vrlo mali broj njih zna što je to automobil.

Sličan zaključak vrijedi i za zdravstvenu industriju. To nije samo rad zaposlenih u zdravstvu. Stoga će se analizirati pojam zdravstvene industrije i njezin utjecaj na ostale ljudske djelatnosti. Jedno od težišta ove raščlambe jesu etička pitanja povezana s tom industrijom.

## Zdravlje i zdravstvena industrija

Kako je moguće opisati zdravlje? Zdravlje znači stanje u kojem se čovjek fizički i psihički dobro osjeća. Ono ne dolazi do izražaja samo putem objektivno uočljivih čimbenika, već ovisi i o subjektivnom osjećaju pojedinca.

Zdravlje se očituje u psihofizičkoj snazi, odnosno u sposobnosti čovjeka da primjerno reagira na unutrašnja i vanjska opterećenja. Na zdravlje se može utjecati prirodnim i društvenim čimbenicima, a najčešći posrednik je tehnika.

Istdobno tehnički proizvodi i postupci mogu izravno utjecati na zdravlje, među ostalim i svojim utjecajem na okoliš, ali i na čovjeka.

Primjeri su neposrednog djelovanja na okoliš, a time i na čovjeka, *Minamata bolest* povezana s proizvodnjom PVC-a do sredine sedamdesetih godina i kravljе ludilo.

Najbliži primjer posrednog djelovanja tehničkih proizvoda na čovjekovo zdravlje je automobil. Čovjeku je omogućeno razmjerno brzo svladavati udaljenosti, ali mu je kretanje (hodanje = fizička aktivnost) svedeno gotovo na nulu.

Nadalje, modernom je čovjeku povećan sadržaj olova u krvi, a hoće li se obvezatnom uporabom katalizatora njegova krvna slika poboljšati, pokazat će vrijeme.

Postoji i niz profesionalnih bolesti: nagluhost, oštećenje zuba zbog kiselina ili dugotrajan noćni rad. Ljudsko biće obolijeva sve učestalije i zbog loše konstruiranih proizvoda poput stolaca, loših računalnih tipkovnica itd.

Stanovnici mogu obolijevati i zbog prometne buke, premalo gibanja, opterećenja bukom u disko-klubovima. Psihičko zdravlje može se pogoršati zbog utjecaja tehnike na socijalne veze (primjer: računalo, vođenje ljubavi preko interneta; telefon, druženje mladih isključivo putem društvenih mreža i ostalih oblika izmjene poruka, život u prividnosti itd.).

Sve se učestalije govori i piše o zdravstvenoj industriji. Navodi se definicija V. Možetića (Rijeka, 2013).

Ta se industrijom s motrišta organiziranja i financiranja dijeli na bolničke usluge, izvanbolničke medicinske i stomatološke usluge te ostale medicinske usluge koje pružaju znanstveni ili dijagnostički laboratorijski, srednji medicinski kadar ili srodne medicinske profesije, kao i organizirani smještaj korisnika usluga na kraće ili duže vrijeme.

Tu se ubrajaju i zdravstveni turizam (brojne zemlje znaju da je to industrijom od nacionalnog interesa), biotehnika, farmaceutika, proizvodnja medicinske opreme, prividna (virtualna) medicina (do. a.: avatarsko liječenje fobijske, shizofrenije ili psihoza), telemedicina (tzv. e-zdravlje, m-zdravlje i t-zdravlje) i edukacijski procesi.

U projekte su uključene zdravstvene ustanove i djelatnici, sveučilišta, osiguravatelji, turističke zajednice, hotelijeri, prijevoznici, ugostitelji, gospodarske zajednice.

Iz definicije proizlazi da u zdravstvenoj industriji djeluju, osim medicinskoga i stomatološkog osoblja koje obavljaju medicinski i stomatološki stručnjaci, i oni s područja tehnike i brojni drugi, već navedeni, poput turističkih radnika itd.

Ipak, dva su osnovna područja, medicina i tehnika. Slikovito, tehnika su *plavi* oko-

vratnici a liječenje i ostale struke ubrajaju se u *bijele* okovratnike. Zdravstvena industrijom je dakle *plavkastobijela*, liječi se sve više uz pomoć tehnike.

Engleski naziv za zdravstvenu industrijom je *health care industry* ili *medical industry*. A naziv *plavkastobijela* industrijom je u engleskom bluish white industry.

## Koliko vrijedi ta industrijom?

Temeljno je pitanje koliko košta suvremena *plavkastobijela* industrijom? Ta industrijom već sada košta u Hrvatskoj oko 8 %, u brojnim drugim zemljama oko 10 % bruto nacionalnog dohotka, s ekstremom SAD-a. U SAD-u je ta industrijom 2014. sudjelovala s 3,1 bilijuna USD ili 18 % u bruto domaćem proizvodu.

Godine 2002. za tu je u industriju potrošeno u SAD-u 1 bilijun USD, dok je plastičarska industrijom uprihodila 400 milijardi USD, pa je omjer ZI/PI bio 2,5:1. Godine 2014. plastičarski prihod bio je na razini onoga iz 2002., stoga je omjer ZI/PI porastao na 8:1.

Uzimajući udio od 18 % za zdravstvenu industrijom, bruto domaći proizvod SAD-a bio je u 2014. oko 17 bilijuna USD. A toliko i državni dug SAD-a. Treba naglasiti da prema istim izvorima svjetska farmaceutska industrijom vrijedi samo oko bilijun USD.

## Povezanost medicine i tehnike

Već je 2001. uočena sve tješnja povezanost pa i isprepletenost između dvaju važnih područja ljudskog djelovanja.

To su medicina i tehnika, a to je primjerice proglašeno među ostalim kao najvažniji trend 21. stoljeća u svibnju ove godine na 14. Lošinjskim danima bioetike.

Mora se precizirati. Medicina je zapravo tehnika ljudskog tijela i duše. A ono što smo tramo pod nazivom tehnika treba dodatak. To je preciznost tehnike neživog. Tehnika stvari. Nekoliko primjera. Na Fakultetu elektrotehnike i računarstva posvećuje se

<sup>1</sup> Prerađeni tekst istoimenog predavanja održanog na 24. Danima Franje Petrića, 23. rujna 2015. u Cresu. Organizator Hrvatsko filozofsko društvo

**Robotski sustav za neurokiruršku operaciju *Ronnie*; slijeva na desno:**  
**doc. D. Chudy, prof. B. Jerbić**  
(foto: FSB)



velika pozornost elektronici u medicini. Na Fakultetu strojarstva i brodogradnje oduvijek je jaka skupina na području biomehanike, a danas, robotike u kirurgiji.

Povezanost medicine i tehnike očituje na nekoliko područja. Sve su profinjenije metode ispitivanja npr. kompjutorskom tomogra-

fijom ili 4D-ultrazvukom. Sve je učestalija ugradnja najrazličitijih usadaka, implantata ili zamjena dijelova čovječjega tijela, poput zdjelice ili kralježaka. Pri pravljenju implantata ili zamjenskih dijelova posebno važnim postaje područje aditivne proizvodnje, poznato pod slengovskim izrazom 3D-tiskanje

(e. 3D-printing, 3DP). Naime, to je samo jedan od postupaka s tog područja.

Sve su profinjeniji i kirurški postupci, po put uporabe lasera ili minimalno invazivnih postupaka operiranja. Računalna tehnika omogućuje vježbe kirurga u prividnosti. Roboti pomažu operirati, pa i pri niskim tempe-



**Anestezijski robot**  
(foto University of British Columbia, Washington Post, 15. svibnja 2015.)

raturama. Telemedicina omogućuje prijenos na velike udaljenosti postavljenih dijagnoza i od eksperata propisani postupak liječenja. Operacijske dvorane, ali i ostali dijelovi medicinskih ustanova, prepune su najsuvremenije opreme.

Na ovomu mjestu treba osobito naglasiti i važnost organskih polimera za potrebe medicine i stomatologije, poput organske plastike i gume. No, nije mali udio anorganskih polimera, poput keramike i materijala na osnovi silikona te metalu.

Zbog konkretnih rješenja treba naglasiti da tehničari moraju poznavati animalne (svinski zalisti) i humane (npr. jetra) materijale zbog operativnog prenošenja u pacijenta.

Vezano uz plastiku i gumu treba naglasiti dvije činjenice. Plastika i guma danas su najprošireniji materijali u medicini.

Drugo, možda je najvažniji doprinos plastičke medicini i stomatologiji uvodenje jednokratnih šprica, umjesto kombinacije staklo-metal, koje je trebalo sterilizirati.

## Medicinski inženjeri

Sve to zahtijeva djelovanje posebno obrazovanih inženjera. Inženjera koji među ostalim moraju jamčiti medicinskom dijelu ekipu da ta oprema neće, primjerice, tijekom po život opasne operacije zakazati. Konačno bez suvremenih tehničkih dostignuća ne bi bila moguća sintagma *proizvodnja čovjeka*. Tome treba pribrojiti zajednički rad na razvoju kiborga, operacijskih i društvenih robova te danas avatare.

Utjecaj tehnike na medicinu je nedvojben. Zato tehničari i medicinari moraju sve tješnje surađivati. Postavilo se pitanje obrazovanja da se odgovori, tada je rečeno. sutrašnjici. Puno toga je već sada sadašnjost.

Naglašeno je da sve tješnje isprepletanje biotehnike i tehnike (stvari) vodi novom društvu, biotehničkom.

Sve navedeno prikazano je na tribini *Presječišta suvremene medicine i strojarstva* održanoj 13. ožujka 2014. na Medicinskom fakultetu u Zagrebu.

Na njoj su predstavnici 14 istraživačkih skupina s Fakulteta strojarstva i brodogradnje predstavili svoje radove s tog područja.

## Etički problemi vezani uz zdravstvenu industriju

Višekratno se upoznavalo zainteresiranu javnost na etičke probleme vezane uz medicinu i tehniku. Primjerice i na stranicama ovih novina (Greguric, I., Čatić, I.: *Kiborgoetika*, LN, br. II).

Važno je etičko područje povezano s transplantacijom animalnih i humanih dijelova. To je područje transplantogenetike.

Sve učestalije se u ljudsko biće (živo) ugrađuju zamjenski dijelovi (neživo). Tada se radi o materijalnoj kiborgoetici. Puno veći etički problem predstavlja informacijsko kiborgiziranje s pomoću čipova.

Međutim, ljudsko biće se vrlo brzo i sve više okružuje robotima i avatarima (u pravilu programima načinjeni likovi), što se istražuje na područjima robotoetike i avatarioetike.

Proučavanjem etičkih problema vezanih uz *okruženog (kiborga) okružiteljima* (roboti i avatari) bavi se nedavno osnovani Znanstveno-istraživački odbor za bioetiku, tehniku i transhumanizam koji djeluje u okviru Znanstvenog centra izvrsnosti za integrativnu bioetiku.

## Zdravstvena industrija i kultura

Postavlja se pitanje kako sve viši udjeli zdravstvene industrije u domaćim bruto nacionalnim dohodcima, pa kao u SAD-u od 18 %, utječe na kulturu. U kontekstu ovog teksta, valja razlikovati prirodu i kulturu. U prirodi je sve ponuđeno, a u kulturi sve stvara čovjek.

Materijalna kultura stara je oko 3,4 milijuna godina (Dikika, Etiopija), kada je čovjek prirodnim kamenim rezalom (anorganski polimer) zarezao u životinjsku kost (organski polimer). U to vrijeme znao je s tim prirodnim alatom obradivati životinjsko tkivo.

Kada je počela duhovna kultura teško je kazati. Govor je svakako obilježe kulture i star je otpriklje kao i prirodno kameno rezalo. Pronađeni su crteži stari desetke tisuća godina.

Ono što je važno za razmatranje utjecaja zdravstvene industrije na kulturu je činjenica kako sve veći udjeli BDP-a za potrebe zdravstvene industrije utječu na kupovinu i čitanje knjiga, gledanje ili čak kupovinu slika ili keramičkih umjetnina, pohadanje koncerata i kupovinu nosača zvuka. Što više, u nekim je zemljama zbog sve većeg udjela ove industrije ugrožena i nacionalna sigurnost.

## Zaključak

Razvoj prirodnih znanosti i tehnike stvari, osobito posljednjih pedesetak godina, odlučujuće utječe na stanje suvremene medicine. Samo nekoliko primjera! Laser, elektronika, računala, ali i plastika potpuno su promijenili suvremenu medicinu. To košta. Odvaja se 10 pa i 18 % bruto domaćeg proizvoda za zdravstvenu industriju. Tko će to platiti? Moći će se platiti samo na račun nečeg drugoga. Onoga što se naziva kulturom, pri čemu se misli prvenstveno na duhovnu kulturu.

(igor.catic@fsb.hr)

## IZ UREDNIŠTVA

**Sljedeći broj izlazi 15. veljače 2016.  
Liječničke novine ne izlaze u mjesecu siječnju 2016.**

**Sretan Božić i sretna Nova godina svim čitateljima!**

**Zahvaljujemo se dr. Jasni Novak za fotografije u ovom broju koje nam bogatstvom boja dočaravaju kasnojesensko ozračje**

# Medicinsko pravo

Dr. Miran Cvitković

**M**edicina i pravo predstavljaju najstarije znanstvene discipline koje se zajednički, ali svaka na svoj način, brinu o najvećim dobrima čovjeka od posebnog značenja, pri čemu medicina čuva čovjekovo zdravlje dok pravo uređuje i štiti ljudska prava u vezi sa zdravljem. Premda se međusobno isprepliću i mogu dijeliti polje rada, činjenica je da je riječ o različitim strukama i različitim zakonitostima, standardima i pravilima postupanja te mnogi problemi/pitanja ostaju neriješeni i neodgovoreni, jer ne posjeduju mogućnost samostalno i adekvatno odgovoriti na mnoge izazove i zahtjeve iz domene druge struke.

Upravo u tom procijepu nastalo je medicinsko pravo kao nova grana prava koja predstavlja poseban ali danas sasvim prirodan spoj medicine i prava, a razvila se iz potrebe bolje interakcije spomenutih struka u ključnim situacijama uređivanja mnogih kompleksnih medicinskih pitanja upravo putem pravnih normi. Medicinsko pravo čini skup pravnih pravila kojima se uređuje medicinska djelatnost, utvrđuje status osoba koje tu djelatnost obavljaju, kao i njihov odnos s korisnicima njihovih usluga. Također se može reći da se njima uređuje zaštita prava čovjeka na zdravlje, zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje, odgovornost i prava zdravstvenih djelatnika i zdravstvenih organizacija i organizacija zdravstva kao javne djelatnosti od posebnoga društvenog interesa. Medicinsko pravo obuhvaća sve pravne aspekte zdravstvenih djelatnosti, sve subjekte, odnose i postupke za koje pravo vezuje određene pravne učinke, odnosno prava i/ili obvezu.

Danas možda više nego ikad vrijedi poslovica *Ignorantia iuris nocet* (Nepoznavanje prava škodi), te liječnici nipošto nisu izuzeti toga. Medicinska znanost napreduje i raste velikom brzinom i već dugo liječnik kao pojedinac nema mogućnosti slijediti je u svim njezinim okvirima i cjelokupnom opsegu. S druge strane, poslijedično navedenom kao i sve većim dosezima medicine u samoj praksi, standardi zdravstvene usluge svakodnevno rastu i mijenjaju se, a usporedno s njima i zakonom utvrđena prava pacijenata na te iste standarde kao i sveobuhvatnu medicinsku skrb. Uz to, i sam zdravstveni sustav je podložan čestim promjenama i mijenja se u

vremenu, a prema tome i položaj liječnika i svakoga zdravstvenog radnika unutar njega.

Kad se sve ovo uzme u obzir, nije začudno što smo svakodnevno svjedoci raznoraznih nesuglasja, suprotstavljenih mišljenja i stavova kao i otvorenih tužbi i sudskeh procesa između onih koji obavljaju medicinsku/zdravstvenu djelatnost i korisnika njihovih usluga, između zaposlenika i poslodavca, ali i nadležnih tijela i drugih subjekata unutar zdravstvenog sustava. Liječnik je i stvarno i pravno temeljni i mjerodavni nositelj zdravstvene djelatnosti (Zakon o liječništvu, NN 121/03, 117/08), a kao takav je posebno i više od svih ostalih zdravstvenih radnika izložen rizicima, pri čemu je institut liječničke greške upravo eksplicitan primjer navedenoga. Podatak o čak 632 aktivna sudska spora protiv bolnica i liječnika krajem 2011. godine dovoljan je sam za sebe. *Sapienti sat.*

S obzirom na navedeno, Hrvatska liječnička komora pokrenula je odgovarajuće aktivnosti kako bi efikasnije zaštitala interese i prava svojih članova s jasnim ciljem integracije, snaženja i širenja svih komorskih aktivnosti vezanih za područje medicinskog prava, uz ključno jačanje uloge Komore u navedenom segmentu, te proaktivni pristup i učinkovitiju zaštitu prava i pozicije svakoga svojeg člana, unutar svakog sustava i unutar svih okolnosti. U okviru spomenutih aktivnosti, Hrvatska liječnička komora je u suradnji s Hrvatskom komorom zdravstvenih radnika nastupila i na VIII Kongresu pravnika u zdravstvu koji se od 5. do 7. listopada održavao u Makarskoj, s temom „Komore u zdravstvu“. U radu je predstavljen i definiran sustav Komora, uloga, djelokrug i nadležnosti Komora kao staleških organizacija i tijela kojima je država delegirala nadležnosti u okviru javnih ovlasti kao temelja njihovog poslovanja. Kompariran je i prikazan sustav Komora u drugim državama EU-a te njihov položaj i djelokrug rada, u svrhu sagledavanja mogućih različitosti u pristupu profesijama u zdravstvu. Također, predstavljen je položaj Komora u okviru novih izazova, utvrđivanja novih vrijednosti u poslovanju i djelovanju Komora, uskladivanja i prilagodbe rada i djelovanja Komora s novim standardima u sustavu zdravstvene zaštite u funkciji najvažnijeg čimbenika zaštite struke i profesije

zdravstvenih radnika, a ujedno kao i nositelja, tj. sukreatora zdravstvene politike u širem smislu. Spomenuti nastup odlično su prihvatali sudionici Kongresa i popratili ga vrlo živom diskusijom.

Sljedeća veća aktivnost koja se odvijala od sredine ljeta, rezultirala je pokretanjem i organizacijom Simpozija medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem pod nazivom "Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti", a koji se održao na Plitvicama od 13-14. studenoga 2015. Prvi simpozij medicinskog prava ovog tipa održan u Hrvatskoj nastao je zajedničkim interesom Hrvatske liječničke komore, Hrvatske komore zdravstvenih radnika i Pravnog fakulteta Sveučilišta u Splitu, Na njemu je, između ostalog, razmatrana uloga medicinskog prava u sustavu zdravstvene zaštite, u kreiranju javnog zdravstva te uloga medicinskog prava u praksi, a cilj je skupa bio na jednom mjestu okupiti predstavnike svih relevantnih subjekata vezanih uz sustav zdravstva.

Navedeni skup je okupio i partnere izvan Republike Hrvatske, prepoznat je kao nužna potreba teorijskog i praktičnog definiranja instituta medicinskog prava te je istaknuta potreba kontinuirane i sadržajne edukacije svih participanata koji na neposredan i posredan način sudjeluju u interakcijama i odnosima vezanim za sustav medicine i prava. Analizom sudionika predmetnog skupa definiran je pojam medicinskog prava kao nov i nezaobilazan institut prava i medicine s kojim u sadržajno formalnom smislu moraju biti upoznati svi dionici koji obavljaju zdravstvene djelatnosti, odnosno oni koji na bilo koji način obavljaju poslove vezane uz pružanje zdravstvene zaštite, tj. za poslove koji se odnose na zdravstvene profesije i samog zdravstvenog radnika, a poglavito pacijenta.

Na skupu je posebno istaknuta uloga zdravstvenih komora kao bitnih čimbenika u kreiranju zdravstvene politike u širem smislu, ali i kao partnera ostalim institucijama koje na neposredan ili posredan način utječu na definiranje profesija u sustavu zdravstva. Promovirajući ulogu i funkciju komora i medicinskog prava, Hrvatska liječnička komora i Hrvatska komora zdravstvenih radnika održale su skupno predavanje pod nazivom 'Medicinsko pravo - osnova definiranja strukov-

nih komorskih prava i neposredna primjena u strukovnim organizacijama.

Vrijednost komora i njihova uloga kao nositelja razvijenog sustava medicinskog prava, prepoznata je i potvrđena svečanim potpisivanjem sporazuma o suradnji između Hrvatske liječničke komore, Hrvatske komore zdravstvenih radnika, Pravnog fakulteta u Splitu i Sveučilišta u Splitu, na dalnjem razvijanju i promicanju medicinskog prava kao izuzetne nove vrijednosti i discipline unutar pravne i medicinske znanosti (pobliže na str. xxx).

Ssimpozij je održan pod visokim pokroviteljstvom Predsjednice Republike Hrvatske, **Kolinde Grabar Kitarović**, te pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja, Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta i Ministarstva pravosuđa, a među sudionicima su se nalazili suci Ustavnog suda RH i suci drugih sudova u RH, predstavnici mnogih zdravstvenih ustanova, kliničkih bolničkih centara, bolnica, Zavoda za hitnu medicinu, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i županijskih zavoda, domova zdravlja, Udruge pravnika u zdravstvu, članovi Hrvatske odvjetničke komore,

predstavnici komora u zdravstvu, sveučilišta, veleučilišta, medicinskih i pravnih fakulteta iz cijele Hrvatske, predstavnici sindikata, društava medicinskih vještaka, inovativnih proizvođača lijekova, Hrvatske udruge poslodavaca, Agencije za kvalitetu i akreditacije u zdravstvu, Ministarstva zdravlja, HZZO-a, udruga pacijenata, HUBOL-a te mnogi drugi.

# Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti

“Pravo i medicina su najstarije znanstvene discipline koje se zajednički brinu o najvećim dobrima čovjeka i premda se isprepliću i mogu dijeliti polje rada, mnogi problemi i pitanja ostaju neriješeni jer ne posjeduju znanja i mogućnosti da sasvim samostalno i adekvatno odgovore na mnoge izazove i zahtjeve koje danas pred njih stavljaju druga struka”, rekao je dr. med **Miran Cvitković**, predsjednik Povjerenstva za ostale liječničke djelatnosti pri Hrvatskoj liječničkoj komori na skupu “Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti” održanom 13. i 14. studenoga na Plitvicama.

“U medicini se moralne i pravne dužnosti liječnika i ostalih zdravstvenih djelatnika toliko isprepliću da ih nije lako uvijek međusobno odijeliti ili razdvojiti. Istovremeno, činjenica je da pravna znanost ne može adekvatno slijediti brz razvoj medicinske znanosti te u nekim situacijama dolazi do neželjenog i često puta štetnog razmimoilaženja medicine i prava” rekao je dr. Cvitković na ovome simpoziju međunarodnog karaktera koji su organizirali Hrvatska liječnička komora, Hrvatska komora zdravstvenih radnika i Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu.

To je prvi simpozij o medicinskom pravu ovog tipa na kojem je razmatrana uloga medicinskog prava u sustavu zdravstvene djelatnosti, i kojem je bio cilj na jednome mjestu okupiti predstavnike svih relevantnih subjekata vezanih uz sustav zdravstva.

Dr. Cvitković iz HLK-a te mr. sc. **Ante Klarić** iz Komore zdravstvenih radnika održali su zajedničko predavanje na temu „Medicinsko

sko pravo - osnova definiranja strukovnih komorskih prava i neposredna primjena u strukovnim organizacijama“. U predavanju su naglasili da su komore iznimno važan institucionalizirani oblik strukovnog udruživanja i organizacije te da komore, odnosno njeni opći akti, predstavljaju vrlo važan izvor strukovnog prava kao bitnog elementa medicinskog prava.

Komora bi trebala biti relevantan čimbenik, partner ostalim institucijama koje na neposredan ili posredan način utječe na definiranje profesija u sustavu zdravstva, ali aktualno s nedovoljno jasnim položajem unutar sustava zdravstva, ograničenim područjem djelovanja te dvojbenim percipiranjem uloga komora i njihovih funkcija od strane društveno političke javnosti.

„Širenjem aspekta i implementacijom medicinskog prava u diferentnim dijelovima iste cjeline, Komora neposredno utječe na rad profesija i pojedinih zdravstvenih radnika u smislu očuvanja i zaštite njihova interesa i zaštite prava pacijenata, te u konačnici vodi i boljitu zdravstvenog sustava u cjelini“, naglasio je dr. Cvitković u izlaganju.

## Simpozij medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem

NP Plitvice 13.-14.11.2015. godine, Hotel Jezero

# MEDICINSKO PRAVO U SUSTAVU ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI

Pod visokim pokroviteljstvom  
Predsjednice Republike  
Hrvatske  
Kolinde Grabar Kitarović

POD POKROVITELJSTVOM  
Ministarstvo zdravlja  
Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta  
Ministarstvo pravosuđa



Cvitković i Klarić također su istaknuli kako je institut komora kao ideja idealno zamisljen, no provedbeno je još uvjek nedovršen, izgrađen je sustav obrazovanja zdravstvenih radnika ali ne i dovoljno razrađen i uskladen, a pripadnici zdravstvenih profesija i komora nedovoljno su involvirani u sadašnji sustav



Trpimir Goluža

sustavu zdravstva kao zastupnika i zaštitnika interesa pojedinih zdravstvenih radnika, kao i u svakodnevnom provođenju delegiranih javnih ovlasti" - rečeno je na skupu na Plitvicama, koji je na jedinstven način spojio medicinu i pravo te želju za promoviranjem medicinskog prava kao izuzetne nove vrijednosti i discipline unutar pravne i medicinske znanosti.

Skup "Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti" organiziran je pod visokim pokroviteljstvom Predsjednice RH, **Kolinde Grabar Kitarović**, te pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja, Ministarstva znanosti, obrazovanja i sporta i Ministarstva pravosuđa.

**Osoba za kontakt:**  
Alice Jurak, Quadrans, 098/224-757



Ante Klarić

kreiranja načina i uvjeta obavljanja zdravstvene djelatnosti.

Što se tiče odnosa medicine i prava, na skupu je naglašeno kako postoje brojna područja zajedničkog djelovanja medicine i prava, poput sfere nesavjesnog liječenja, nadriličništva, kliničkih ispitivanja lijekova, eutanazije, prava pacijenata, protupravnog prekida trudnoće, liječničke pogreške, transplantacija ili pak izdavanja lijekova i odgovornosti ljekarnika i sl., a broj područja stalno raste.

Uloga zdravstvenih komora, kao nositelja

razvijenog sustava medicinskog prava, je u tome da ih se s jedne strane može smatrati provoditeljima zakonskih (medicinsko-pravnih) odredbi, a s druge strane samostalnim kreatorima medicinskog prava. Naime, one imaju ovlast svojim podzakonskim propisima detaljnije razradivati zakonske odredbe, odnosno samostalno odrediti smjer dalnjeg razvijanja pravne norme.

"Komore u zdravstvu su nedvojbeno bitni čimbenici kreiranja zdravstvene politike, a isto se ogleda i u njihovu pozicioniranju u

## Uz novi Obiteljski zakon

Lada Zibar

**O**svrt na članak 260. novog Obiteljskog zakona, Odluke suda o zdravlju štićenika, koji kaže: „Sud odlučuje rješenjem u izvanparničnom postupku osim ako je štićenik u vrijeme dok je bio poslovno sposoban u obliku javnobilježničke isprave (anticipirana naredba) odlučio o postupcima

i mjerama koji se odnose na: 1. Sterilizaciju; 2. Doniranje tkiva i organa; 3. Mjere za održavanje na životu.“ (NN 103/15)

Predstavnici Hrvatske liječničke komore pozvani su na sastanak u Ministarstvo socijalne politike i mladih radi savjetovanja u vezi s izradom Pravilnika o primjeni novog

**Osvrt na neprimjenjive zakonske odluke**

Obiteljskog zakona, članka 260. Pri tomu su nadležni pravnici razjasnili na što se točno sadržajno odnose navedene odredbe. Sastanak je vremenski uslijedio nakon novinskih napisa o uznemirenosti dijela liječnika glede propisanoga novim zakonom, a zbog neusklađenosti s drugim zakonima koji određuju po-

našanje liječnika i mogućnosti dvojbi u donošenju odluka o liječenju pacijenta. Sastanku je prethodila atmosfera neugodnog čudenja zbog izostanka pravodobnog konzultiranja liječničke struke tijekom same izrade zakona, odnosno zbog politike svršenog čina.

Vezano uz izradu Pravilnika o primjeni ovog članka saznajemo pojedinosti koje objašnjavaju na koje se situacije odnosi sporna točka 3. koja je eventualno uznemirila neke liječnike. Pa se smisao ovog članka nakon tumačenja u kontekstu pratećih, odnosno vezanih, drugih pozitivnih zakona u Republici Hrvatskoj zadržava samo na točci 1. koja se odnosi na anticipiranu naredbu o sterilizaciji. Time građanin koji ima sposobnost rasuđivanja unaprijed odlučuje o eventualnoj sterilizaciji za situaciju kada mu je oduzeta poslovna sposobnost te umjesto njega odluke donosi sud.

Točka 2. predviđa anticipiranu naredbu o doniranju organa nakon smrti. Podsjecam, ovaj se članak zakona odnosi na osobe pod skrbništвom. Radi se o nepotrebno predviđenoj situaciji, jer se štićenik u ovomu ni po čemu ne može razlikovati od osobe kojoj nije oduzeta poslovna sposobnost. Našim je zakonom donor nakon moždane smrti svaki građanin koji se za života tomu nije protivio i o tomu dao pisanu izjavu na temelju koje je upisan u Registar nedarovatelja organa. Prema Zakonu o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja (NN 144/12, članak 17) slijedi: (1) organi s umrle osobe smiju se uzeti radi presađivanja samo ako se darivatelj za života nije u pisanim oblicima protivio darivanju; (2) pisanu izjavu iz stavka 1. ovoga članka punoljetna poslovno sposobna osoba daje izabranom doktoru medicine primarne zdravstvene zaštite ili ministarstvu nadležnom za zdravlje; (3) iznimno od odredbe stavka 2. ovoga članka, za punoljetne osobe koje nisu poslovno sposobne, pisanu izjavu iz stavka 1. ovoga članka, solemniziranu od strane javnog bilježnika, daje zakonski zastupnik, odnosno skrbnik. Ovo bi se moglo zvati anticipiranom naredbom. Ako je, dakle, osoba pod skrbništвom prije nego joj je oduzeta poslovna sposobnost potpisala takvu izjavu, tada ona neće biti donor nakon moždane smrti. Takvu je izjavu umjesto nje, a nakon gubitka poslovne sposobnosti, mogao potpisati skrbnik (ovo bi bila kategorija tzv. substituted judgment). No, on je neće potpisivati, ako je prethodno već potpisana od štićenika u vrijeme kada je on još bio sposoban rasuđivati. S druge strane, ako je skrbnik potpiše (logično, tijekom skrbništva), tada to nije u suprotno-

**Sastanak predstavnika  
HLK-a s predstavncima  
Ministarstva socijalne  
politike i mladih  
potvrđio je potrebu  
za konzultiranjem  
liječničke struke tijekom  
izrade zakona koji se tiču  
liječničke profesije,  
a što je nažalost  
nepovratno propušteno.  
Time bi se bile izbjegle  
neprimjenjive zakonske  
odredbe, no koje,  
na sreću, nisu ipak  
nikoga ugrozile.**

sti niti teoretski s anticipiranim naredbom samog potencijalnog donora, jer to znači da takve naredbe niti nema. Takva odluka skrbnika jedino je u suprotnosti s presumpтивnim pristankom, ali taj nema karakter anticipirane naredbe. Proizlazi, dakle, da je sasvim irelevantno je li osoba u trenutku smrti bila lišena poslovne sposobnosti, odnosno je li pod skrbništвom ili nije. Ako izjavu o nedaranju nije potpisala, ili je umjesto njega/nje nije potpisao skrbnik, tada je takva osoba potencijalni donor, bilo da u trenutku smrti ima ili nema poslovnu sposobnost. Zašto sad potencijalni? Zato što je, unatoč zakonu o presumpтивnom pristanku (ili tzv. opt out zakonu), običaj o doniranju organa nakon moždane smrti bolesnika upitati obitelj za suglasnost oko iste i uvažiti njihovu odluku. Dapače, i članak 5. Kodeksa liječničke etike kaže da „U slučaju smrti mozga, utvrđene na stručno prihvaćeni način, liječnik smije u okviru pozitivnih propisa održavati život organa, dijelova tijela ili tkiva koji se mogu iskoristiti u svrhu liječenja drugih pacijenata. O namjeri da s mrtvog tijela presadi dijelove tijela, organe ili tkiva, liječnik će obavijestiti najbližu obitelj odnosno skrbnika. Dijelovi tijela s umrle osobe smiju se uzeti radi presađivanja samo ako se obitelj tome ne protivi i ako se darivatelj za života nije tome u pisanim oblicima protivio“.

Točka 3. (o anticipiranoj naredbi o mjerama za održavanje na životu) uz naše zakone, i to o moždanoj smrti i o zabrani eutanazije (članak 112. stavak 3. Kaznenog zakona, kazneno djelo „Usmrćenje“ - „Tko usmrti drugoga na njegov izričit i ozbiljan zahtjev iz suosjećanja zbog njegovog teškog zdravstvenog stanja, kaznit će se kaznom zatvora do tri godine.“), predviđa nepostojeću situaciju. Ova se točka, naime, odnosi na nešto što su pravnici predviđeli kao situaciju u kojoj se odlučuje o isključivanju osobe s uređaja koji mu održavaju život. Budući da je moždana smrt smrt, a da uz moždanu smrt postoji mogućnost održavanja disanja i srčanog rada uz strojnu ventilaciju i inotropnu potporu radi pripreme za eksplantaciju organa radi njihova doniranja, tada se tzv. umjetno održavanje života prekida u sljedeća dva trenutka: 1. Ukoliko umri neće biti donor, i to odmah u trenutku takve odluke, a bez da se ikoga pita, dakle, ni obitelj, a niti se istražuje kakav je bio stav pokojnika o ovome trenutku, jer je isti zapravo i zaista umro, jer je moždana smrt „prava“ smrt; ili 2. Tijekom eksplantacije organa u za to protokolom predviđenom trenutku, ovisno o tomu koji se organi eksplantiraju, i opet, bez upita o nekakvoj suglasnosti ikoga (obitelji ili zaživotne želje umrloga). Tertium non datur. Što to znači? Znači da bolesnik čiji se život održava strojno i farmakološki a nije moždano mrtav ne može biti isključen s uređaja za održavanje života nikada dok takvo stanje traje, ničjom voljom, željom, suglasnosti a niti anticipiranim naredbom. Zašto? Zato što bi to bila eutanazija, a ona nije dozvoljena pozitivnim zakonima Republike Hrvatske. Ne samo da nije dozvoljena, nego je kazneno djelo. Anticipirana naredba za ovu situaciju je, dakle, besmislena.

Zaključno, članak 260. novog Obiteljskog zakona ne odnosi se na odluke o poduzimanju mjera za spašavanje, produženje života ili oživljavanje kako se naslućivalo, već na tri situacije, od kojih samo jedna (sterilizacija) ima mogućnost praktične primjene. Liječnička profesija time nije dovedena u situaciju bilo kakvih etičkih, pravnih niti stručnih dvojbi. Sastanak je potvrđio potrebu za konzultiranjem liječničke struke tijekom izrade zakona koji se tiču liječničke profesije, a što je nažalost nepovratno propušteno. Time bi se bile izbjegle neprimjenjive zakonske odredbe, no koje, na sreću, nisu ipak nikoga ugrozile.

# Predijagnosticiranje – novi fenomen moderne medicine

*Pretražujemo li i lječimo i onda kad ne treba?*

Lidija Gajski

Zadnjih godina svjedoci rastućeg trenda preispitivanja i kritike moderne medicine zbog sve vidljivije štete koju proizvodi bolesnim i zdravim ljudima. Znanstveni radovi dokazuju nedjelotvornost i škodljivost brojnih dijagnostičkih i terapijskih postupaka koji se nedovoljno istraženi i evaluirani uvode u kliničku praksu. Redaju se publikacije – tematski brojevi stručnih časopisa, primjerice British Medical Journal s naslovom *Too Much Medicine*, i stručne

(to su teme za posebne članke). Fenomen će se analizirati s kritičkog stajališta, kao negativna pojava suvremene medicine. Treba ga razlikovati od općeg koncepta prevencije i rane potrage za bolestima, koji je, kad je riječ o stvarnim bolestima nesporno poželjan i svrshodan.

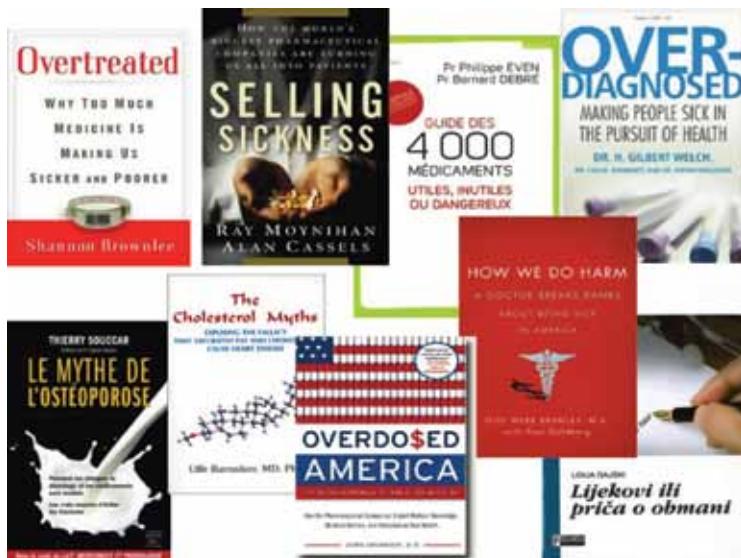
Kliničare će u prvom redu zanimati što je predijagnosticiranje i na kojim je područjima medicine najčešće. O predijagnosticiranju govorimo kad se ljudima bez ikakvih ili bez zna-

zaključili su da mamografski probir nije imao efekta na mortalitet od te bolesti. Sustavni pregledi pokazali su da je korist od skrininga dvojbena – onaj objavljen 2013. demonstrirao je da u razdoblju od 13 godina učinka na produljenje života u ispravno izvedenim istraživanjima nije bilo, dok je u metodološki slabim studijama efekt bio skroman. Istodobno je broj lažno pozitivnih nalaza bio vrlo visok. Zbirni rezultat svih dostupnih i analiziranih studija govori da će na svakih 2000 žena pozvanih na mamografiju tijekom deset godina, jedna izbjegći smrt od raka dojke. Istodobno će 10 zdravih žena biti nepotrebno liječeno, a 200 uznenireno zbog lažno pozitivnog nalaza. Ili, prikazano na drugi način, u žena u pedesetim godinama života mamografski će probir tijekom deset godina smanjiti vjerojatnost smrти od raka dojke s 0,53 % na 0,46 %, tj. za 0,07 %. Pri tom će u istom razdoblju između 20 % i 50 % žena koje godišnje odlaze na mamografiju barem jednom imati lažno pozitivan nalaz koji zahtijeva biopsiju; na svaki život spašen mamografijom, 2-10 žena je predijagnosticirano.

Antigen specifičan za prostatu (PSA) rutinski se i masovno primjenjuje za probir karcinoma prostate. Zadnje se vrijeme ozbiljno preispituje; američka je stručna grupa 2012. otklonila potrebu za tom vrstom skrininga jer znanstvena istraživanja pokazuju da šteta može nadmašiti korist.

Jedna velika studija nije našla efekt probira s PSA na smrtnost od raka prostate, a druga je pokazala da bi trebalo testirati 1408 muškaraca i dodatno liječiti od karcinoma njih 48, da bi se u devet godina sprječila jedna smrt od te bolesti, i sve to uz velike izglede za lažno pozitivan nalaz. Bolest je statistički u porastu stoga što se češće otkriva skriningom, no smrtnost je u padu, i to jednakom u zemljama koje provode organizirani probir i u onima koje ga nemaju.

Lažno pozitivni rezultati jedan su od glavnih prijepora u vezi s probirom. Na obdukcijama se nalazi velik broj subkliničkih karcinoma, primjerice prostate, dojke ili štitnja-



knjige s naslovima *Overtreated*, *How we do harm*, *Overdosed America*, *Selling sickness*, *Overdiagnosed*, *The cholesterol myths*, *Le mythe de l'ostéoporose...* Niču inicijative poput američkih *Choosing Wisely* i *Less is more*. Godine 2013. pokreće se međunarodni godišnji simpozij o predijagnosticiranju. Svi ovi projekti problematiziraju nove pojave i obilježja suvremene medicine, za koje su stvoreni i novi pojmovi – predoziranje, prelijecenje i predijagnosticiranje.

U ovom tekstu nastojat će se objasniti fenomen predijagnosticiranja i opisati njegovi najčešći pojavnii oblici. Zbog opsežnosti tematike neće biti govora o razmjerima štete od predijagnosticiranja, kao ni o uzrocima i načinima njezina sprječavanja i ublažavanja

čajnijih tegoba dijagnosticira „poremećaj“, premda im on neće stvoriti nikakve smetnje, niti će od njega ranije umrijeti. Jedno od područja na kojem se to događa je probir.

## Probir

Probir (skrining) je potraga za bolestima u ranom stadiju kad one ne stvaraju kliničke simptome. Najčešće je riječ o tumorima. Mamografski probir raka dojke uveden je u nacionalne preventivne programe mnogih država; rentgensko se snimanje preporučuje ženama jednom u 1-2 godine. Međutim, švedski su znanstvenici utvrdili da je pad stope smrtnosti od karcinoma dojke u toj zemlji zadnjih nekoliko desetljeća ujednačen;

če. Većina prostatičnih karcinoma ne širi se izvan organa i ljudima ne skraćuje život. Mammografski ili ultrazvučno utvrđena promjena u dojci i uz nalaz malignih stanica i tkiva ne vodi uvijek klinički relevantnoj bolesti.

Općenito, da bi probir bio svrhovit i isplativ, treba biti zadovoljeno nekoliko uvjeta – bolest koja se traži mora biti česta, ozbiljna, uspješno lječiva, te dokaziva jednostavnom, jeftinom, osjetljivom i specifičnom metodom. Rak debelog crijeva kao bolest vjerojatno zadovoljava spomenute kriterije, no imamo li adekvatnu metodu skrininga? Za kolonoskopiju, koju predlažu neki stručnjaci među kojima i bivši hrvatski ministar zdravstva, teško da bi se našlo opravdanje, a nema ni istraživanja na koja bismo se mogli osloniti. Test na okultno krvarenje u stolici jednostavan je i jeftin, no je li i dovoljno osjetljiv i specifičan? Stručni odbor američke vlade preporučio godišnju CT pretragu pluća težim pušačima s ciljem otkrivanja ranih stadija plućnog karcinoma; neki liječnici smatraju to neopravdanim. Denzitometrijski skrining osteoporoze ne bi zadovoljio niti jedan od kriterija opravdanog probira jer se u većini radi o pseudobolesti, a metoda je nepouzdana (nalaz denzitometrije ima malo veze sa sklošnošću prijelomima).

Ultrazvučni pregledi u nekomplikiranoj trudnoći također bi, čini se, bili nepotrebni jer nemaju utjecaja na fetalni mortalitet i neonatalni mortalitet i morbiditet. Realno vrednovan, genski je skrining neopravdan i nepotreban, premda ga privatne kompanije promiču kao revoluciju u prevenciju raka i drugih bolesti. S druge strane, probir na rak materničnog vrata pomoću citološkog (Papa) testa primjer je svrsishodnog skrininga i pad incidencije ove bolesti upravo se s njim povezuje.

## Sistematski i preventivni pregledi

Sistematski, odnosno periodični pregledi radno aktivne populacije u nas su propisani zakonom. Različitim se preventivnim pretragama, u prvom redu laboratorijskim, podvrgavaju i drugi ljudi. Riječ je također o svojevrsnom neselektivnom probiru (opertunistički probir), pri čemu je vjerojatnost da se nađu početni oblici ozbiljnih bolesti vrlo mala. Ono što uglavnom uspijeva jest identificirati tzv. čimbenike rizika bolesti poput povišenih lipida, glukoze, urata i sl., od čega većina njihovih nositelja neće imati nikakve koristi.

Uz današnje niske granice normale za vri-

jednost masnoća u krvi, tek će se manjina ljudi „izvući“ bez dijagnoze hiperlipidemije. A ona je za većinu „bolesnika“ relevantna otprilike kao hunjavica; dijetalne intervencije ne djeluju, a farmakološke nose manju korist tek koronaropatima muškog spola. Blaži dijabetes tipa II u starih je ljudi također bez kliničkog značaja i u stvari predstavlja predijagnosticiranje. Uz nepotrebnu farmakoterapiju, dijetu i česte kontrole glikemije, ta, ali i druga dijabetička populacija šalje se i na suvišnu dijagnostičku obradu – za primjer se može uzeti pretraga na male količine bještančevine u mokraći, tj. mikroalbuminurija. Proglašena znakom bolesti bubrega i predskazateljem pogoršanja renalne funkcije, mikroalbuminurija se unatrag dvadesetak godina traži u većine dijabetičara. Zadnja istraživanja pokazuju da u tom smislu nema nikakav prediktivni, odnosno klinički značaj. Kad je riječ o pretrazi šećera u krvi u relativno mlađih ljudi, hiperglikemiju se isplati ranije otkriti i intervenirati, poglavito tzv. higijensko-dijjetetskim mjerama; dosezi medikamentne terapije u prevenciji kroničnih komplikacija vrlo su skromni i nema znanstvenog opravdanja za agresivno snižavanje glikemije koje je aktualno na snazi.

Mjerenje arterijskog tlaka jedan je od najčešćih postupaka u liječničkoj ordinaciji. Vjerojatnost da se pronade hipertenzija u odrasloj populaciji iznosi prosječno oko 40 %, u starijoj i više. No tek pacijenti sa značajnije povišenim vrijednostima tlaka i oni s popratnim bolestima imat će korist od dijagnosticiranja ovog stanja i postupaka koji iza toga slijede; ostali, da ne govorimo o onima s tzv. prehipertenzijom, mogli bi doživjeti samo štetu.

U vezi s dijagnosticiranjem bolesti pri značajno povišenim vrijednostima tlaka i šećera nema dvojbji jer se radi o stanjima koja stvaraju smetnje i vode oštećenju organa, što se medikamentnim i drugim intervencijama može eliminirati, odnosno usporiti. Međutim, u slučaju blažeg povišenja spomenutih parametara i u slučaju hiperlipidemije, desetine, možda i stotine milijuna ljudi širom svijeta neopravданo je proglašeno bolesnicima i pretvoreno u potrošače medicinskih usluga. Pri tom je presudan bio utjecaj farmaceutske industrije na ključne medicinske stručnjake koji sastavljaju kliničke smjernice i provode profesionalnu medicinsku izobrazbu.

## Širenje granica bolesti

Vodeći kliničari i na drugim su područjij-

ma neopravdano i bez znanstvenih uporišta proširili granice bolesti. U klasifikaciju i terapijske smjernice uključena je i astma s blagim i povremenim simptomima; istraživanja pokazuju da dio ljudi kojima su propisani antiastmatski te lijekove u stvari ne treba, a mnogi od njih ni nemaju astmu. Prema novim laboratorijskim parametrima bubrežnog zatajenja danas tu dijagnozu ima značajan broj ljudi, premda će zanemariv dio trebati dijalizu ili transplantaciju. Za razliku od stanja prije dvadesetak godina, moderna medicina dijagnosticira i granične, blage ili prolazne poremećaje u sklopu, primjerice erektilne disfunkcije i premenstrualnih smetnji.

Psihijatrija je posebno plodno tlo za širenje patologije. Jasno predijagnosticiranim smatraju se depresija, bipolarni (manično-depresivni) poremećaj, autizam i poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD), naročito rašireni u djece. Jedno je istraživanje pokazalo da samo 38,4 % ljudi kojima je dijagnosticirana depresija zadovoljavaju kriterije bolesti, a u populaciji starijoj od 65 godina tek njih 14,3 %. Američki Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM), koji klasificira psihičke poremećaje i prema kojem se ravnaju psihijatri širom svijeta, u nekoliko je desetljeća višestruko narastao i danas uključuje čitav niz novostvorenih duševnih bolesti i poremećaja. Psihijatrijska kolonizacija blažih intrapersonalnih, interpersonalnih i socijalnih teškoća smatra se klasičnim primjерom medikalizacije, pojave da se ubočajena i fiziološka stanja i nemedicinski fenomeni proglašavaju medicinskim problemima; riječ je u stvari o zlouporabi medicine.

Dobar primjer medikalizacije je menopauza, normalno razdoblje u životu žene, koje je, međutim, na prijelazu stoljeća u razvijenom svijetu „liječila“ gotovo polovica žena. Slično se dogodilo s trudnoćom, fiziološkim stanjem koje se rijetko komplićira, no danas je uvedeno u šiframnik zdravstvenih osiguranja i rutinski se nadzire u sustavu zdravstvene skrbi. Na području gastroenterologije devedesetih je godina „starim“ kliničkim entitetima – ulkusnoj bolesti, gastritisu i ezozagitisu, „prikrpanu“ bakterija Helicobacter pylori. Od tada se pacijenti s dispeptičnim tegobama masovno šalju na pretragu; ako je nalaz pozitivan, slijedi trojna eradicacijska terapija. Bakterija je prisutna u 60-70 % opće populacije, najčešće nema veze sa želučanim smetnjama i terapija je uglavnom bez efekta – korist primjećuje tek svaki deseti bolesnik. Osteoporoza je po mnogima klasični primjer izmišljene bolesti, ili točnije rečeno jako pre-

## DRUGO MIŠLJENJE

uvećanog problema. Definicija bolesti u današnjem obliku kreirana je tek 1994. godine i to na način da je za normalnu uzeta gustoća kostiju mlade odrasle žene. Činjenica da se kost žene u postmenopauzi i u starijoj dobi uspoređuje s onom žene u dvadesetim godinama, a to je suština denzitometrije, dovele je do toga da je velikom broju zdravih žena automatski postavljena dijagnoza.

### Slikovne i druge dijagnostičke pretrage

Pretjerana primjena slikovnih i drugih dijagnostičkih pretraga također pridonosi predijagnosticiranju. Rentgen, ultrazvuk, kompjutorizirana tomografija, scintigrafija, magnetska rezonancija i sl. primjenjuju se preširoko i često nepotrebno – po nekim procjenama iz SAD-a korist od čak svake treće takve pretrage je dvojbena. U nekim tamošnjim bolnicama 90 % CT snimki nije pokazalo bitniju patologiju. Prema nalazima istraživanja u Kanadi je 42 % koronarografija negativno (bez kriterija za koronarnu bolest), a u SAD-u je to 38 %. Neki istraživači došli su do zaključka da je 17 % koronarografija nepotrebno; otprikolike je isti postotak suvišnih gastroskopija.

Lječnici okupljeni u inicijativi *Choosing Wisely* (Birati pametno) našli su da među najčešće indicirane beskorisne pretrage, kad je riječ o neurologiji spadaju EEG i druga slikovna dijagnostika radi glavobolje, CT i MR mozga zbog manjih ozljeda glave i ultrazvuk vratnih arterija radi sinkope. Tipična križobolja u početnoj fazi ne zahtijeva radiološku obradu. Krajnje je dvojbeno rutinsko rentgensko snimanje srca i pluća prigodom svake hospitalizacije i prijeoperacijske obrade. Usput rečeno, i prijeoperacijska se obrada radi preširoko i neselektivno, naročito kad su u pitanju mali zahvati kakav je operacija očne mrene gdje je to i prema stručnim smjernicama neopravdano.

Slikovne se pretrage nepotrebno rabe radi postavljanja dijagnoze bolesti, ali i za njeno praćenje. Kardiolozi pretjerano ordiniraju ponavljanje ehokardiografije radi blažih srčanih grešaka i ergometriju nakon revaskularizacijskog zahvata na srcu, a gastroenterolzi kolonoskopiju poslije odstranjenja dobroćudnih polipa. Ultrazvučno i laboratorijsko (tumorski markeri) praćenje jednostavnih cista jajnika u pravilu nije potrebno. Početni, lokalizirani oblici malignih bolesti poput karcinoma dojke ili prostate nakon zahvata ne zahtijevaju ponavljanja CT-a, PET/CT-a i

scintigrafije kosti, što je česta praksa. Djeca liječena od Hodgkinova limfoma imaju odličnu prognozu, no ipak se godinama podvrgavaju CT kontrolama.

Pomoću novih uređaja i tehnika danas možemo savršeno prikazati tjelesne organe i njihovu funkciju, no to se često svodi tek na još jednu „lijepu sliku“ i ne pridonosi ishodu postupka s bolesnikom; primjer – CT koronarografija. Magnetska rezonancija, kolikogod korisna u prikazu patoloških stanja poput tumora, na nekim je područjima nepotrebna. Studija pacijenata s ozljedom zglobova pokazala je da upućivanje na tu pretragu, odnosno njezin nalaz nisu utjecali na postavljanje dijagnoze niti na liječenje.

Osim zdravstvenog rizika i troška koji stvara sama suvišna pretraga, ona proizvodi i dodatne rizike i troškove jer nerijetko lazi promjene koje vode daljim nepotrebnim postupcima. Radiolozi primjećuju da je uz suvremene, precizne dijagnostičke aparate kojima je moguće utvrditi i najmanje abnormalnosti, uredan nalaz danas postao prava rijetkost. Otkrivaju se promjene izvan konteksta onoga zbog čega je bolesnik upućen na pretragu. Obzirom da nerijetko morfološki

takvi se pacijenti često podvrgavaju daljim invazivnim zahvatima i doživotnoj farmakoterapiji. Promjene na snimci kralješnice nisu nužno uzrok boleta, no na temelju njih indicira se kirurški zahvat koji u tom slučaju neće smanjiti tegobe.

### Konačno – suvišna terapija

Sasvim zdravi, „predijagnosticirani“ ljudi, ali i stvarni bolesnici sve su češće žrtve nepotrebogn liječenja. Što o tome govore istraživanja?

Čak 32 % endarterektomija karotida bez korisnog je kliničkog efekta. Slično vrijedi za ugradnju koronarnih potpornica (*stentova*), poglavito kad je riječ o stabilnoj angini pektoris. Pri tom nova generacija *stentova* koji sadrže lijek koji sprječava restenozu u *stentu* nije ništa bolja od klasičnih metalnih *stentova* koji su značajno jeftiniji. Mnogi su pacijenti bez potrebe dobili srčani elektrostimulator, kao i kardioverter defibrilator – od III 707 bolesnika kojima je između 2006. i 2009. u SAD-u implantiran taj uređaj za sprječavanje malignih aritmija, 22,5 % nije imalo indikaciju za njegovu ugradnju.



odgovaraju tumorima (tzv. incidentalomi), npr. u nadbubrežnoj žlijezdi, bubregu ili štitnjači, premda im je priroda često benigna i klinički su irelevantni, slijedi dalja dijagnostička obrada i praćenje, a nekad i nepotreban kirurški ili drugi agresivni terapijski zahvat. Uvođenje CT plućne angiografije u novije je vrijeme udvostručilo učestalost nalaza plućne embolije, kao i učestalost liječenja čiji je efekt upitan. CT koronarografija otkriva suženja srčanih arterija koja ne moraju biti hemodinamski i klinički relevantna. Međutim,

Kad je riječ o kirurškim zahvatima svojedobna istraživačka u SAD-u pokazala je da je 17,6 % izvedenih operacija bilo dvojbeno (nisu bile potvrđene „drugim mišljenjem“); računa se da je 10-20 % učinjenih operativnih zahvata nepotrebno. Zaključak je jedne španjolske studije da je suvišno 20-25 % od ukupnog broja operacija. Čak i među vrlo složenim i rizičnim zahvatima poput ugradnje srčanih premosnica, ima nepotrebnih – istraživanje je pokazalo da ih je 2 % bilo neopravdano, a 7 % problematično. Operacija kralješnice za-

**Osjećate li se dobro, imate uredan apetit i 50 godina – ne zavaravajte se, to su prvi simptomi karcinoma crijeva.**

**Jeste li nedavno bili ljuti, samouvjereni, aktivniji nego obično i zainteresirani za seks? Moglo bi se raditi o bipolarnom poremećaju.**

**Ako zadnje vrijeme baš i niste razmišljali o seksu, zasigurno je posredi poremećaj seksualne želje (hyposexual desire disorder), a možda i sindrom niskog testosterona (low T syndrome).**

**Ako ste budni - imate insomniju, ako ste pospani - sindrom pretjerane dnevne pospanosti (excessive daytime sleepiness syndrome), a ako ste pozorni - opsesivno-kompulzivni poremećaj.**

**Imate li imalo kolesterola u krvi, to je hipelipidemija; ako vam je tlak normalan, riječ je o prehipertenziji. Imate li kosti, vjerojatna je osteopenija, a imate li kožu, u rizičnoj ste skupini za melanom.**

(Iz izlaganja Stevena Woloshina  
na I. Konferenciji o prevenciji prediagnosticiranja, 2013.)

hvat je opterećen s naročito puno dvojbi. Jedna od studija našla je da od pacijenata kojima je rečeno da trebaju zahvat, 17 % nije imalo ni neurološku ni radiološku indikaciju. Projekcije se da se jedna od češćih operacija te vrste – spondilodeza, u SAD-u izvodi čak dvostrukoj češće nego je potrebno. Od ortopedskih operacija valja još spomenuti ugradnju umjetnih zglobova, ali i artroskopske zahvate. Jedan je rad pokazao da je skupina bolesnika sa sumnjom na ležiju koljenskog meniska nakon parcijalne artroskopske meniscektomije imala jednak ishod (smetnje) kao i slična skupina podvrgnuta lažnoj operaciji. Među kontroverznije operativne zahvate spadaju i prostatektomija, tonsilektomija, apendektomija, kolecistektomija, histerekтомija, te naročito carski rez.

Histerekтомiji se u SAD-u podvrgava čak 21 % žena. Zahvat se nerijetko radi bez medicinskih indikacija, s obrazloženjem da je maternica beskoristan organ kad se više ne planira trudnoća. Usput se, ne samo u Americi, često odstrane i jajnici, „za svaki slučaj“, premda se nekad radi o još funkcionalnoj žlijedzi. Konizacija se izvodi kad se na sluznici materničnog vrata dokažu maligno promijenjene stanice (CIN III). Međutim, taj je nalaz u više od polovice slučajeva reverzibilan ili ne napreduje dalje prema klinički relevantnom karcinomu. Carski rez među najčešćim je ginekološkim zahvatima i broj mu posvuda raste. U SAD-u mu se učestalost od 1965. do danas povećala s 4,5 % na 33 % od svih porođaja. U nas je 2012. godine na taj način dovršeno 18,9 % poroda, što je više od 50 %-tuo povećanje u odnosu na 2001. godinu. Već taj podatak ukazuje na to da se carski rez radi prečesto i nepotrebno, a potvrđuje ga činjenica da se u nekim dijelovima razvijenog svijeta izvo-

di znatno rjede (Nizozemska, skandinavske zemlje). Umjetna oplođnja (IVF), uspješna metoda začeća za žene s tubarnom bolešću i subfertilne muškarce, indicira se sve šire, naročito na području poteškoća nejasnog uzroka gdje se intervenira prečesto i prerano; istraživanja pokazuju da bi velik broj takvih parova ostvario začeće i prirodnim putem.

Zahvati s područja estetske kirurgije kakvi su ugradnja implantata dojki, korekcija nosa, odstranjenje masnog tkiva, pa i resekcija želuca i dijela crijeva radi debljine, naročito su dvojbeni, tim više što su, posredovani medijima koji nameću ideal ljepote i vječne mladosti, u silnoj ekspanziji.

Hiperprodukcija terapijskih postupaka velikim je dijelom posljedica privatnog poduzetništva u medicini, od razine znanosti do razine kliničke prakse. Ako liječnikova zarada ovisi o broju zahvata, bit će ih izvedeno više, nekad i upadljivo previše. Nekoliko je američkih kardiologa kažnjeno zbog izvođenja suvišnih zahvata uključujući koronarografiju i ugradnju stentova i elektrostimulatora; pri tom su krivotvorili nalaze i medicinsku dokumentaciju. Dokazano je da je kirurg neopravданo operirao kralješnice. Otorinolaringolog je osuđen na sedmogodišnji zatvor jer ga je 340 pacijenata tužilo za izvođenje nepotrebnih operacija nakon kojih se mnogima stanje pogoršalo. Dermatolog služi kaznu od 22 godine zbog namjernog krivotvorenja dijagnoze – proglašavao je benigne kožne promjene karcinomima kako bi zarađivao na kirurškoj terapiji.

Velik broj neopravdanih pretraga i zahvata vrši se u bolnicama. No i sama hospitalizacija često je suvišna. Jedna je studija pokazala da je 40 % hospitalizacija neopravданo, odnosno moglo se zamijeniti ambulantnom obradom;

34 % svih hospitalnih dana potpuno je suvišno. Prema jednom računalnom programu koji uzima u obzir obim sestrinske njegе, u Hrvatskoj se čak trećina ljudi nepotrebno zaprima i liječi u bolnici.

Jalova hiperprodukcija suvremene medicine vjerojatno je najvidljivija na području farmakoterapije. Francuski liječnici Philippe Even i Bernard Debre u svojoj knjizi *Vodič 4000 korisnih, beskorisnih i opasnih lijekova* tumače da je polovina lijekova koji se izdaju na recept u Francuskoj nepotrebna i potpuno neučinkovita, a 5 % ih je opasno po zdravlje. I prije toga, autorica ovog članka došla je do sličnog zaključka u svojoj knjizi *Lijekovi ili priča o obmani*. Među najčešće nepotrebno propisivane farmake spadaju hipolipemici, antihipertenzivi i antidiabetici. Antidepresivi su osim u teškim slikama depresije ekvivalentni placebo; nema dokaza da sprječavaju recidive i suicid. Pripravci za osteoporozu su praktički bezvrijedni. Hormonsko nadomjerno liječenje djelotvorno je za ublažavanje klimakteričnih tegoba; pri višegodišnjem uzimanju skromna korist na nekim tjelesnim sustavima ponistiava se štetnim učincima na drugim, pa dugoročne protektivne vrijednosti nema. Učinkovitost cjepiva uglavnom nije znanstveno dokazana. Antivirusni pripravci imaju vrlo ograničene domete. Antibiotici su korisni lijekovi, no često se propisuju nepotrebno i neopravданo. Kemoterapija djeluje u slučaju neoplazmi krvotvornih organa i karcinoma dojke, jajnika i testisa; u ostalih čestih malignoma poput onih želuca, debeleg crijeva, pluća, prostate, gušterića i mozga, ima vrlo malo efekta. Analize novoregistriranih antineoplastika u EU pokazale su da nisu djelotvorniji niti manje toksični u odnosu na postojeće. Nova skupina tzv. bioloških ili „pametnih“ lijekova nije ni približno ispunila očekivanja.

U narodu postoji izreka – od viška glava ne boli. Kad je riječ o medicini, puno je dokaza da to nije tako. Prediagnosticiranje i nepotrebni medicinski postupci proizvode vrlo stvarnu, mnogostruku i dugoročnu štetu. Ona se manifestira izgubljenim životima i oštećenjem zdravlja, psihoemocionalnim opterećenjem nametnutim strahom od bolesti, nepotrebnim finansijskim troškovima i sociokulturalnim nazadovanjem zbog redefiniranja pojmove bolesti i zdravlja i gubitka holističkog i humanog obilježja medicine.

**Zbog opsežnosti literatura ovdje nije navedena;  
dostupna je na <http://hrcak.srce.hr/137030>**

# MALIGNE NEOPLAZME U GRADU ZAGREBU

Mr. sc. Marina Polić-Vižintin, dr. med.

Zločudne su bolesti jedan od najvećih javnozdravstvenih problema današnjice. Iako je proteklih nekoliko desetljeća učinjen velik napredak u područjima rasvjetljavanja mehanizma nastanka zločudnih bolesti, u znatnom poboljšanju dijagnostičkih mogućnosti i u razvoju primjene suvremenih oblika liječenja, još ne možemo biti zadovoljni sveukupnim postignućima u rješavanju zločudnih bolesti ni u svijetu ni u nas.

Pojavnost i smrtnost od zločudnih bolesti u svijetu i kod nas su u uzlaznoj putanji. U svijetu svake godine od raka oboli 11, a umre sedam milijuna ljudi. S rakom u svijetu živi čak 25 milijuna ljudi. U Hrvatskoj godišnje oboli 25.000, a umre 12.500 osoba.

S obzirom na to da liječenje oboljelih od raka često traje godinama, a osim oboljelog iscrpljuje i članove njegove obitelji, onda se broju bolesnika može pridodati i velik broj obitelji koje je bolest zaokupila i koje često trebaju različite oblike pomoći. Sa značajnim rastom očekivanog trajanja života pri rođenju i starenjem populacije, može se očekivati dalji trend rasta opće smrtnosti od zločudnih bolesti.

U Gradu Zagrebu su, uz kardiovaskularne bolesti, maligne novotvorine drugi najčešći uzrok smrti. Među deset najčešćih uzroka smrti, tri su iz skupine malignih bolesti: na trećem mjestu je zločudna novotvorna traheje, bronha i pluća, na petom mjestu je zločudna novotvorina debelog crijeva, a na desetom mjestu zločudna novotvorina dojke.

Promatramo li vodeće uzroke smrti po spolu, onda je među deset vodećih uzroka smrti muškaraca, uz rak pluća i debelog crijeva, na osmom mjestu i zločudna novotvorina prostate. Među deset vodećih uzroka smrti žena također su tri uzroka iz ove skupine: rak dojke, rak pluća i rak debelog crijeva.

Među malignim bolestima, kao poseban prioritet u Gradu Zagrebu izdvaja se rak traheje, bronha i pluća.

## Rak bronha i pluća

Najčešći je uzrok raka bronha i pluća dugotrajno pušenje duhana, koje uzrokuje 80 do 90 % slučajeva karcinoma pluća. U nepušača se razvija 10 do 15 % slučajeva karcinoma pluća, a ti se slučajevi pripisu-

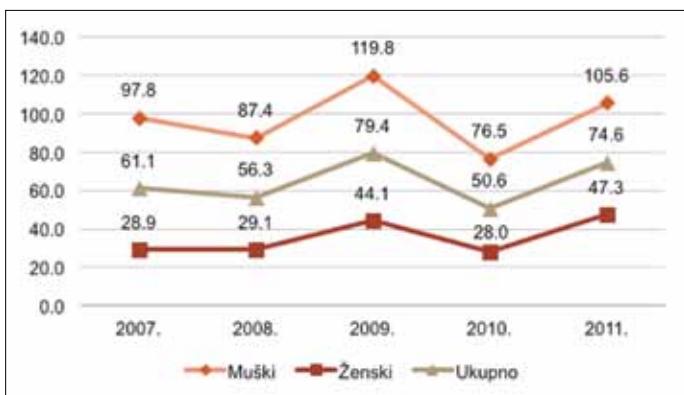
ju kombinaciji genskih čimbenika, izlaganju plinu radonu, azbestu i zagađenju zraka u koje spada i pasivno pušenje.

Rak bronha i pluća najčešća je lokalizacija raka prema broju novih slučajeva kod muškaraca u Zagrebu, dok je kod žena na visokom drugom mjestu.

Po raspodjeli prema dobi, bronh i pluća najčešće su sijelo raka u muškaraca starijih od 45 godina života. Kod žena incidencija također raste s dobi, tako da u dobi od 75 do 85 godina dolazi na drugo mjesto po učestalosti, odmah iza raka dojke (Tablica 1).

Rak bronha i pluća u stalnom je porastu, posebno kod žena gdje je gruba stopa incidencije porasla za 22 % (sa 61,1/100 000 u 2007. godini na 74,6/100 000 u 2011. godini). Kod muškaraca je porast incidencije nešto manji i iznosi 8 % (Grafikon 1).

**Grafikon 1 – Broj novih slučajeva raka bronha i pluća (na 100.000 stanovnika) u Gradu Zagrebu u razdoblju od 2007. do 2011. godine**



S obzirom na to da se simptomi javljaju tek u uznapredovaloj bolesti, a nema odgovarajućih testova za rano otkrivanje, kao ni uspješne terapije za uznapredovalu bolest; mortalitet je dobar pokazatelj pojavnosti bolesti. U Zagrebu je u 2013. godini umrlo 509 osoba od raka traheje, bronha i pluća, što u ukupnom mortalitetu predstavlja udio

**Tablica 1 – Broj novih slučajeva raka bronha i pluća (MKB 10 – C34) na 100.000 stanovnika prema spolu, dobi te primarnom sijelu u Gradu Zagrebu u 2011. godini**

Spol	Ukupno	0 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49
Muški	105,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	19,7
Ženski	47,3	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	7,0	17,7
Ukupno	74,6	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	5,5	18,6

Spol	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 +
Muški	95,4	209,9	310,3	484,0	362,6	479,9	487,3	493,7
Ženski	49,5	81,6	114,8	104,8	178,4	161,9	134,6	124,5
Ukupno	70,4	140,1	200,8	263,8	256,6	283,7	252,7	223,6

Tablica 2 – Deset vodećih uzroka smrti u 2013. godini: redoslijed, udio i stope na 100.000 stanovnika

Red. br.	MKB – X. rev.	Dijagnoza	Broj	Udio (%)	Stopa
1.	I20–I25	Ishemijske bolesti srca	1.549	18,53	196,07
2.	I60–I69	Cerebrovaskularne bolesti	937	11,21	118,61
3.	C33–C34	Zločudna novotvorina traheje, bronha i pluća	509	6,09	64,43
4.	I10–I13	Hipertenzivne bolesti	422	5,05	53,42
5.	C18–C21	Zločudna novotvorina debelog crijeva	367	4,39	46,45
6.	I70	Ateroskleroza	253	3,03	32,02
7.	I50	Insuficijencija srca	247	2,95	31,27
8.	J44	Kronična opstruktivna plućna bolest	245	2,93	31,01
9.	E10–E14	Dijabetes melitus	222	2,66	28,10
10.	C50	Zločudna novotvorina dojke	180	2,15	22,78
Prvih 10 uzroka			4.931	58,98	624,16
Ukupno			8.360	100,00	1.058,21

Izvor: Državni zavod za statistiku i Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ – Odjel za bolničku zdravstvenu zaštitu

od 6,1 %, sa stopom od 64,4/100.000 stanovnika (Tablica 2). Na rang ljestvici vodećih uzroka smrti kod Zagrepčana nalazi se na visokomu trećem mjestu (kod muškaraca na trećem, a kod žena na sedmom). Kod muškaraca od 45 do 74 godina života, rak bronha i pluća dolazi na prvo mjesto uzroka smrti, a kod žena iste dobi na drugo, odmah iza raka dojke. Odnos broja umrlih i novooboljelih bio je 0,78 za oba spola.

Standardizirana stopa smrtnosti od raka traheje, bronha i pluća za dob od 0 do 64 godine u Zagrebu iznosi 24,39/100.000, što je više od prosječne stope EU (17,12), od stope za Austriju (15,51), Češku (16,72), a niže od stope za Mađarsku (39,22) i Hrvatsku (22,64).

U Zagrebu se u razdoblju od 2008. do 2013. godine bilježi pad standardizirane stope smrtnosti od raka traheje, bronha i pluća (Tablica 3).

Analiza bolničkog morbiditeta u Zagrebu u 2014. godini pokazuje da je zločudna novotvorina bronha i pluća na drugomu mjestu razloga svih hospitalizacija kod oba spola u dobi od 60 do 74 godine života s ukupno 1728 hospitalizacija ostvarenih u stacionarnom dijelu (Grafikon 2).

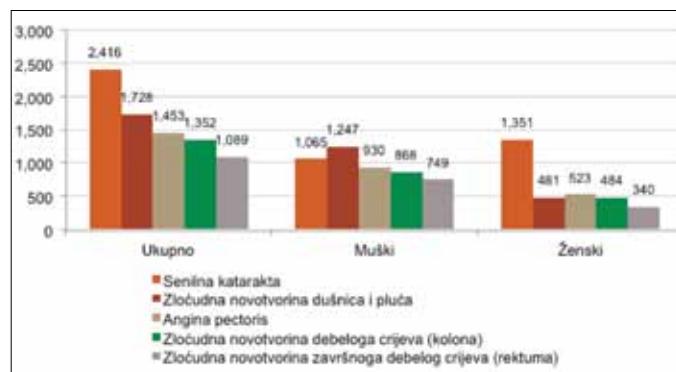
U Zagrebu je **u porastu incidencija i smrtnost od raka bronha i pluća** ukupno i po spolu, što predstavlja jedan od najznačajnijih javnozdravstvenih problema.

Kako se pušenju pripisuje oko 80 % slučajeva raka pluća, možemo ga u velikoj mjeri smatrati preventabilnim. Kao posljedica smanjenja

pušenja i povećane brige za zdravlje u najrazvijenijim zemljama svijeta, incidencija raka pluća stagnira ili je u padu.

S obzirom na kasno dijagnosticiranje i visok mortalitet od ove vrste raka, neophodno je uz zabranu pušenja na javnim i radnim mjestima poboljšati programe promicanja nepušenja, naročito za mlade te tako smanjiti incidenciju i umiranje.

Grafikon 2 – Vodeće dijagnoze po broju hospitalizacija u dobi od 60 do 74 godine



Izvor: Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"

Tablica 3 – Standardizirane stope smrtnosti od raka traheje, bronha i pluća za dobnu skupinu od 0 do 64 godina na 100.000 stanovnika u 2013. godini, usporedba s pojedinim europskim zemljama

Godina	Zagreb	Austrija	Hrvatska	Česka	Mađarska	Slovenija	EU
2008.	26,05	16,28	25,02	19,02	41,95	21,00	17,92
2009.	24,45	16,04	24,51	18,18	41,64	17,62	17,64
2010.	24,92	15,87	24,49	17,93	41,32	20,23	17,23
2011.	21,80	15,51	23,92	16,81	39,93	-	17,12
2012.	20,97	-	22,64	16,72	39,22	-	-
2013.	24,39	-	-	-	-	-	-

Izvor: Državni zavod za statistiku; Indikatori „Zdravlje za sve“ SZO Regionalnoga ureda za Europu, ožujak 2015.

Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ – Odjel za bolničku zdravstvenu zaštitu

# O nacionalnim programima zdravstvene preventive\*

Prof. dr. sc. Nataša Antoljak, spec. epidemiolog, i doc. dr. sc. Mirjana Kalauz, spec. internist, gastroenterolog

**K**olege koje pružaju zdravstvenu skrb prvenstveno pojedinačnim pristupom (tzv. kliničari), uz dužno poštovanje, nisu dovoljno kompetentni za davanje generalnih objekcija i prijedloga kada je riječ o vrlo odgovornom poslu organizacije i provedbe osiguravanja zdravlja populacije ili nekog njezinog dijela (tzv. narodno zdravlje). Oni svakako mogu sudjelovati u tome preko svojih predstavnika u povjerenstvima koja imenuje ministar, uz uvjet da su pročitali dovoljno stručne literature vezane uz to. Razmjerne malo broj liječnika radi u zavodima za javno zdravstvo gdje se na lokalnoj i državnoj razini planira, organizira, implementira i evaluira davno uhodane programe poput programa cijepanja i nekih drugih. Još manji broj tih liječnika (specijalista epidemiologije i specijalista javnoga zdravstva) u Hrvatskoj dodatno je školovan da razumije i zna doktrinu o ovako kompleksnim programima skrininga te ih uz suradnju s kolegama drugih struka koje u njima sudjeluju organiziraju i provode uz dvadesetak puta manja sredstva od npr. Slovenije.

U članku se iznosi potpuno pogrešan podatak o odazivu na program za rano otkrivanje raka debelog crijeva kao najlošiji u Europi (nije naveden izvor podatka). Konačni prosječni udio odazvanih kojima je napravljen test na okultnu krv u stolici je 21 %, a kako se vidi iz priložene slike, ni približno nije najlošiji u Europi, već je treći odozgo (izvor: OECD „Screening, survival and mortality for colorectal cancer“ in Health at a glance: Europe 2012., OECD Publishing).<sup>1</sup> U nekoliko županija prosječan odaziv je bio i oko 30 %. Prilikom komentiranja odaziva u susjednoj Sloveniji o

evaluaciji smije podatke давati vrlo uzak krug stručnjaka. Nužno je znati da se pod pojmom „odaziv“ za dio država prikazuje ukupan broj osoba koje su izjavile da zbog nekog razloga ne žele sudjelovati i pribraja se broju onih koji su uspješno obavili test na okultnu krv u stolici. Ujedno treba znati da je npr. u Češkoj bilo potrebno punih 13 godina provedbe i uhdavanja programa da bi se postigao odaziv sličan ovome u Hrvatskoj. Zadovoljavajući odaziv prema EU smjernicama za osiguranje kvalitete je 45 %-tni, željeni 65 %-tni, iako je samo manji broj država s nacionalnom pokrivenošću ovo ostvario. Kontrolirani terenski pokusi imaju veći odaziv nego populacijski programi, što je prikazano u preslici tablice 3.2. (izvor je u cijelosti preveden i dostupan na stranicama Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo).<sup>2</sup>

To ne znači da se ne treba težiti povećanju odaziva, no on ujedno mora biti uskladen s postojećim kapacitetima za obavljanje kolonoskopija. U ovom drugom ciklusu ne možemo dati pouzdane podatke o odazivu iz nekoliko razloga. Prvi je što se pouzdane podatke može imati tek nakon što se u cijelost ciklus provedi, bilježi i završi u aplikaciji. Nadalje, kako se uhodava nova web aplikacija. tj. sustav za provedbu sva tri programa povezan s CEZIH-om i svim ostalim studio-nicima, za ovaj program prati se usporedno ručno vođena registracija pokazatelja kako bi izvješćivanje moglo biti točnije, te kako bi se nadzirao proces. Ujedno se prilikom prelaska na tu aplikaciju koristi baza za koju je tijekom provedbe utvrđeno nešto pogrešnih adresa i umrlih osoba, pa su učinjeni dodatni naporci kako bi se ovo ispravilo u novom ciklusu.

Kada je riječ o nacionalnom programu za rano otkrivanje raka dojke, u tri ciklusa postignut je odaziv od oko 60 %, a u tri županije i veći od 70 %, što je gotovo zadovoljavajuće te nikako ne odgovara navedenom mišljenju dr. Crnice.

Mi smo, međutim, jedina država u kojoj se o odazivima i epidemiološkim pokazateljima razgovara nedovoljno stručno, bez poznavanja ne samo detalja, već i osnovne razlike između organiziranog i oportunističkog probira, piše po novinama, te se odazivi koriste za medusobne obraćune liječnika i napade na aktualne ministre zdravlja, iako su programi prezivjeli već četvero. Upravo je na konferenciji u Brnu (European colorectal cancer days <http://www.crcprevention.eu/>) iz više država zaključeno da skrining programi nisu posao za mandat jednog ministra nego mnogo duži i mukotrpan su posao, te da to treba čim prije shvatiti i raditi profesionalno i odgovorno. Ujedno se zaključilo da briga cijelog društva mora biti trajna podrška programima sa svih strana, pa se tako zna da u nekim državama postoji fond za rano otkrivanje i prevenciju bolesti u koji tvrtke uplačuju novac za nabavku opreme i druge troškove programa, što bi i u nas trebalo omogućiti.

Postavimo li se u položaj naših korisnika zdravstvene zaštite (ne bolesnika!): tko bi se odazvao u program za koji postoji stalna galama samih liječnika i negativna kampanja? Ovo je u izravnoj suprotnosti s pravilima skrininga koja su ujedno i navedena pod poglavljem o kampanji u gore navedenim smjernicama.

Nadalje, na spomenutoj konferenciji prikazana je prezentacija o ulozi liječnika obiteljske medicine koji mogu imati važan pozitivan učinak na programe, no konstatirano je da, na žalost, u nekoliko država ima i značajan negativan učinak zbog pogrešnog stava i nevjerovanja u očite uspjehe koje mogu postići dobri programi. Unatoč tome, mi smo u protokolima sva tri nacionalna programa za rano otkrivanje raka predvidjeli sudjelovanje

Table 3.2: Evidence on performance indicators for guaiac based FOB testing.

	Range from RCTs <sup>1</sup>	Range from population-based programmes <sup>2</sup>
Uptake rate		
1st round	49.5%–66.8%	17.2%–70.8%
Subsequent round	60%–94%	22.3%–52.1%

\*Povodom teksta „Perspektiva domova zdravlja“ dr. med. Ivice Crnice, spec. opće medicine, objavljenog u rubrici „Mišljenja“ (LN broj 143, str. 59), a u svrhu informiranja o stvarnom stanju kada je riječ o nacionalnim programima ranog otkrivanja raka.

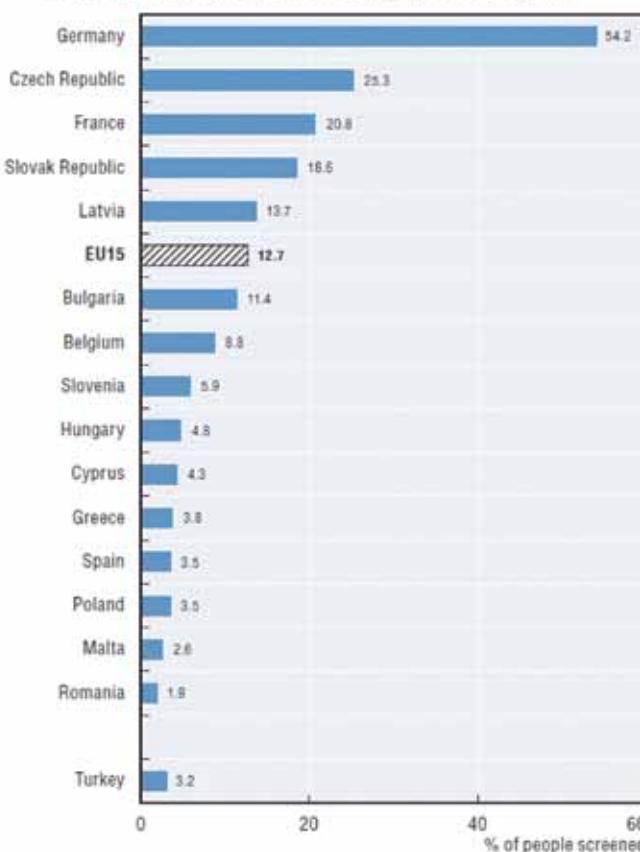
i liječnika i patronažnih sestara u aktivnom pozivanju neodazvanih osoba i informiranju građana. Upravo je objavljen priručnik „Patronažne sestre u provedbi Nacionalnih programa ranog otkrivanja raka“ gdje je obrazložen tijek procesa ovih programa a navedena su učestala pitanja i odgovori na pitanja koja bi im korisnici mogli postaviti. Uskoro će biti obavljene edukacije putem županijskih zavoda za javno zdravstvo. Sljedeće godine bit će izrađene publikacije za liječnike opće/obiteljske medicine i ostale sudionike. Očekuje se da će biti omogućen uvid u neodazvane osobe preko web aplikacije te će korisnike zdravstvene zaštite osobno kontaktirati i motivirati da naprave nešto za prevenciju ovih bolesti. Nadamo se da će se time povećati udio osoba s obavljenim pregledom i povećati zdravstvena prosvjećenost.

No, ovo nisu jedini napor i što ih poduzimamo. Naime, početkom 2016. počinje provedba projekta koji se financira iz sredstava tzv. prijelaznog instrumenta, a kojemu je cilj poboljšanje provedbe sva tri nacionalna programa ranog otkrivanja raka, o čemu će javnost na vrijeme biti informirana.

S druge strane, kada je riječ o revitalizaciji domova zdravlja, osobno izražavamo žaljenje što je zbog jedne potpuno pogrešne odluke davnih devedesetih provedena privatizacija ne samo obiteljskih liječnika nego i nekih drugih djelatnosti domova zdravlja (npr. ginekologa) te ovo sada otežava organiziranje nacionalnih programa. Način spuštanja niza usluga bliže bolesnicima bio je odlično rješenje, te ga je sredinom prošlog stoljeća zamijetila Svjetska zdravstvena organizacija. U ovome se slažemo s dr. Crnicom. Zanimljivo je da je jedino u Hrvatskoj, od država nastalih raspadom bivše države, privatizacijom наруšena nekadašnja funkcija doma zdravlja. Dom zdravlja činila je organizacija, hijerarhija, povezanost usluga i teritorijalni ustroj, a samo iznimno bolesnik je mogao mijenjati liječnika (što jest zamjerka jer nije bilo slobode izbora). Školska djeca imala su svojega školskog liječnika koji je u svojoj domeni imao i kurativni dio posla te je cijelovito poznavao kako školu, tako i pojedini razred u kontinuitetu, a imao je uvid i u eventualne negativne pojave poput alkohola, drugih ovisnosti ili nasilja. To je imalo nekih manjkavosti ali i mnogo više prednosti.

No, paušalno predlaganje da specijalisti iz bolnica, koji su već odavno preopterećeni, odlaze u domove zdravlja gdje nemaju ni potrebnu opremu kakvu imaju u bolnicama, također nije dobar ni univerzalno primjenjiv

#### 4.9.1. Colorectal screening, percentage of people screened aged 50-74, 2010 (or nearest year)



Note: Data based on surveys in all countries.

Source: Eurostat Statistics Database (based on ECHI).

prijedlog. Dom zdravlja mogao bi imati svoje zaposlenike specijaliste s opremom i onim što je nužno za ambulantne preglede, dok je za pretrage za koje je potrebno bolničko okruženje, bolje imati plaćeni prijevoz do ustanova. Svakako postoji i mogućnost organiziranja spominjane grupne prakse kojom bi se onda lakše i bolje riješilo pitanje dopušta ili bolovanja liječnika i sestara. Ponekad je o organizaciji potrebno učiti i iz iskustava u prošlosti te pažljivo osmislići poboljšanja.

**Izv. prof. dr. sc. Nataša Antoljak,  
specijalist epidemiolog, nacionalni  
koordinator i voditelj Odjela za nacionalne  
programe probira u odrasloj populaciji u  
Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo**

**Doc. dr. sc. Mirjana Kalauz,  
specijalist internist gastroenterolog,  
predsjednica Povjerenstva za organizaciju,  
stručno praćenje i kontrolu kvalitete  
Nacionalnog programa ranog otkrivanja  
raka debelog crijeva**

#### Literatura

1. OECD „Screening, survival and mortality for colorectal cancer“ in Health at a glance: Europe 2012., OECD Publishing
2. Segnan N, Patnick J, von Karsa L. European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening, Publication office of the European Union, Luxembourg Belguim 2010. <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/index2.php>

# TKO ŽELI BITI ANESTEZIOLOG?

**Dr. sc. Jadranka Pavičić Šarić, dr. med., spec. anesteziologije, reanimatologije i intenzivnog liječenja, uži specijalist intenzivne medicine, voditeljica Odjela anestezije, reanimatologije i intenzivnog liječenja KB-a Merkur; predsjednica Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor Hrvatske liječničke komore**

**N**e pozajem nikoga tko se jednog jutra probudio i rekao - kad narastem želim biti anesteziolog! Obično sanjamo o karijeri poznatih glumica, uspješnih sportaša, slavnih kirurga.... ali ne i anesteziologa. Kad sam prije desetak godina odlučila da budem anesteziolog tek su rijetki me potapšali po ramenu i čestitali na hrabrom izboru. Većina me dobronamjerno uvjерavala da to i nije najpametniji odabir, da sam mogla i „bolje“ odabrati, da nikad neću biti prva i najbolja u operacijskom timu, da će slava (i zahvala!) otici drugome... Objasnjenja da izazovnim smatram isprepletanje anatomije i fiziologije u svakodnevnom radu, da se radujem manualnim vještinama postavljanja centralnog venskog ili epiduralnog katetera, uspostavi dišnog puta ili jednostavno da me veseli „uspavljivanje“- nisu bila dovoljna. Godinama prije, a nažalost ponegdje još i danas, uloga anesteziologa bila je podcijenjena, u središtu timske skrbi o bolesniku bili su operatori kirurzi, ginekolozi, urolozi, a anesteziolog je bio potreban samo za „uspavljivanje“ kako bi operator neometano i u miru obavio svoj posao. Međutim, kako je evoluirala kirurška struka te se kirurgija suočila sa najizazovnjim operacijskim zahvatima iz područja transplantacijske, kardiotorakalne, vaskularne ili neurokirurške medicine, uloga anesteziologa izašla je iz okvira pukog „uspavljivača“. Danas je anesteziolog neizbjegjan i nezamjenjiv dio tima u postupcima koji iziskuju visoko specifičnu, najsloženiju skrb za bolesnika, poput transplantacija solidnih organa, kardijalnih i vaskularnih operacija, operacija u prsnom košu, neurokurgije. Anesteziolog aktivno participira kroz cjelokupan proces perioperacijske skrbi bolesnika - priprema za operaciju, vođenje anestezije i intraoperacijski nadzor vitalnih funkcija i poslijeoperacijsko intenzivno liječenje. Ništa manje bitna uloga anesteziologa danas jest u tome što je sve više uključen u postupke koji nisu medicinski nužni, ali značajno povećavaju komfor pacijenta. Potpuno obezboljivanje majke tijekom porodaja nije zamislivo bez epiduralne analgezije, endoskopski postupci kolonoskopije, gastroskopije, cistoskopije sve češće se rutinski izvode u anesteziji, za bezbolnu fizikalnu terapiju nakon artroplastike koljena ili operacijskih zahvata na ramenu koriste se periferni živčani blokovi. Zbog svega navede-

nog posljednjih je godina, a osobito nakon što je Republika Hrvatska postala punopravna članica Europske unije, značajno porastao interes za specijalizacijom iz anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine. Prema podacima Hrvatske liječničke komore, od srpnja 2013. do rujna ove godine čak je 947 liječnika od nje zatražilo potvrde potrebne za odlazak na rad u inozemstvo, a procjena je da je iz Hrvatske otislo čak 300 liječnika, među kojima je najviše liječnika deficitarnih specijalnosti, tj. anesteziologa. Budući da je većina hrvatskih bolnica koje imaju djelatnost anesteziologije suočena s manjkom specijalista anesteziologije (što je lako izračunati, dovoljno je poznavati Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti), svaki odlazak, pa i jednog specijalista anesteziologa, mora biti ozbiljno shvaćen na svim razinama, od uprave bolnica, Hrvatske liječničke komore i resornog ministarstva. Komora je iskazala zabrinutost i ponudila rješenje za manjak specijalista anesteziologije drugog po veličini KBC-a u Republici Hrvatskoj, onog u najljepšem gradu na svijetu, u Splitu. Naime, komorina komisija Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor obavila je nakon niza vapaja kolega anesteziologa o teškim uvjetima rada stručni nadzor nad Klinikom za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje te se uvjerala da Splitu nedostaje za rad, prema Pravilniku o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti, najmanje šest specijalista anesteziologije. Na prvi mah, ne čini se da je to velik nedostatak. Međutim, ako zamislimo da nedostatak šestero anesteziologa znači da se taj dan ne može realizirati kirurški program u šest operacijskih dvorana, onda shvaćamo značenje tog nedostatka. Godinama je problem manjka specijalista anesteziologije, ne samo u splitskoj bolnici nego i šire, rješavan tako da su operacijski program „iznosili“ specijalizanti anesteziologije, vrlo često nedorasli zadatku, „zeleni“, ali odradivali su zadatak vojnički hrabro i odvažno. Jer takav je (uglavnom) profil specijalizanata anestezije. S najstresnijom granom medicine mogu se nositi samo najvršći, najhrabriji. No, danas pripadamo jednom uređenijem svijetu, svijetu Europske unije koji definira edukacij-

ski proces specijalizanata na vrlo jasan način, a koji je objašnjen u Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine. Taj Pravilnik jasno definira način praćenja rada specijalizanata za stjecanje i usvajanje kompetencija, razine 1, 2 i 3. Za stjecanje kompetencija odgovorni su specijalizant, glavni mentor i mentor, a napredovanje u stjecanju kompetencija obvezatno se upisuju u obrazac koji je sastavni dio navedenog Pravilnika. Specijalizacija se definira, odnosno utvrđuje kao oblik organiziranog stjecanja i usvajanja kompetencija, prema propisanom programu. Stoga je nužno, bez iznimke i u **svakoj bolničkoj ustanovi** koja ima djelatnost anesteziologije, organizirati za svakog specijalizanta rad na način da usvoji sve vještine i znanja prema programu specijalističkog usavršavanja. Nije dopustivo da specijalizant na radilištu samostalno obavlja anesteziološke postupke bez nazočnosti specijalista ako nema dokumentirano usvojenu kompetenciju 3 za tematsko područje koje obavlja. Nadam se da su vremena kada je specijalizant sam učio anesteziju, vrlo često na vlastitim pogreškama, zahvaljujući ovom Pravilniku ostala u ropoljnici povijesti te da ćemo ubuduće svi zajedno, specijalisti i specijalizanti, pisati nove, bolje stranice hrvatske anestezije.

Vratit će se na početak moje priče - zašto sam odabrala anesteziju usprkos odgovaranju od nje i da mogu opet birati bih li odabrala baš nju? Bez i malo razmišljanja, potpuno sigurna, nedvojbeno bih rekla - da! Medicinski svijet koji sam odabrala, anestezija, nije me niti malo razočarao, volim i uživam raditi posao anesteziologa tako da bih, nakon više od desetljeća rada u operacijskim dvoranama i zbrinjavanja kritično bolesnih, svakom studentu koji se traži između interne, hitne medicine ili kirurgije savjetovala anesteziju. Ne zato što će mu biti širom otvorena europska vrata kada postane specijalist, nego zato što je anestezijom medicina gdje odmah vidite rezultate svojih promišljanja i donesenih odluka, rutinski donosite odluke koje spašavaju život, svakodnevno nadzirete i upravljate vitalnim funkcijama pacijentom „od kolijevke pa do groba“. A na kraju dana znate da ste svojim radom nešto promijenili. Stoga se iskreno nadam i vjerujem da će se uskoro netko probudit s mišljem - kad narastem želim biti anestezilog!

# Dr. Matilda Lateiner-Mayerhofer i početak rada Klinike za pedijatriju u Zagrebu

Ivica Vučak

## Uvod

Govoreći na sastanku Sekcije za povijest medicine Zbora liječnika Hrvatske (ZLH) 13. veljače 1962. o dr. **Matildi Mayerhofer**, preminuloj u Zagrebu 9. ožujka 1961., prof. dr. Kruna Tomić-Karović (1906. – 1979.) je istaknula "njezina uspješna istraživanja na području dječje tuberkuloze i bolestima hematopoetičnog sustava" u prvom dijelu karijere te, u kasnijem zagrebačkom razdoblju života, "njezinu neumornu potporu radu supruga prof. dr. Ernsta Mayerhofera (1877. – 1957.), utemeljitelja i predstojnika Klinike za pedijatriju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu od njezina osnutka".

Bila je jedna od prvih žena koje su promovirane na medicinskom fakultetu u Lavovu u Galiciji (tada dijelu Poljske, a danas Ukrajine), pionirka pedijatrije koja je u stručnoj pedijatrijskoj literaturi ostavila traga pod svojim djevojačkim prezimenom Lateiner. Nekrolog joj je napisala dr. **Bronisława Prąsik-Całczyńska** (1887. – 1969.), pedijatrica koja je također, prateći supruga, doselila u Zagreb. I u tekstu o prof. Mayerhoferu u oba izdanja "Medicinske enciklopedije" Leksikografskog zavoda u Zagrebu, **Mirko Dražen Grmek** (1924. – 2000.) je napisao "U radu mu je pomagala žena Matilda rod. Lateiner (1880. – 1961.) koja je također bila pedijatar".

## Djetinjstvo i mladost

Matilda Lateiner je rođena 8. siječnja 1880. u Belzu, gradiću na lijevoj, sjevernoj strani rijeke Solokiye, pritoke Buga u Galiciji, tada dijelu Austro-Ugarske, u liječničkoj obitelji u kojoj se posebna pozornost posvećivala poeziji i glazbi. Njezino rodno mjesto spomenuto na dokumentu iz 1930. godine imalo je burnu povijest te bilo važno i za Ukrajince, i za Poljake, i za Židove (oko 1914. godine od ukupno 6.100 stanovnika u Belzu, bilo je 3.600 Židova, 1.600 Ukrajinaca te 900 Poljaka).

Nakon završene ženske srednje škole i položene mature u klasičnoj gimnaziji, Matilda je medicinu studirala na Medicinskom fakultetu sveučilišta u Lavovu (Lwou) koji

je radom počeo 16. studenoga 1784. godine. Sveučilište u Lavovu utemeljeno je 1661. godine pod gesmom «*Patriae decori civibus educandes – Obrazovani građani, slava su domovini*». U doba njezina studija najistaknutiji među profesorima Medicinskog fakulteta u Lavovu bio je voditelj nove kirurške klinike prof. dr. **Ludwik Rydygier** (1850. – 1920.). Bio je dekan Medicinskog fakulteta i rektor sveučilišta u Lavovu (1901/1902), od 1900. začasnji član ZLH-a u Zagrebu.

Velik protivnik pripuštanja žena studiju medicine, a posebice njihovu eventualnom bavljenju kirurgijom, koristio je svaku prigodu za šalu sa studenticama. Zapamćena je rečenica rektora Rydygiera «*Sve dok slavuj bude pjevao u Mydlniku i donosi hranu svojoj ženki u gnijezdu neću vjerovati u jednakopravnost žena sa muškarcima*».

## Karijera

Nakon promocije 8. travnja 1905. u Lavovu, Matilda je radila godinu dana u Općoj bolnici, a zatim je započela specijalizirati na sveučilišnoj klinici za pedijatriju u Lavovu.

Tamo se pridružila prof. dr. **Janu Rudolfu Raczyńskome** (1865. – 1918.) i njegovu asistentu dr. **Stanisławu Michałowi Prokulskome** (1874. – 1941.). Raczyński je od 1904. bio je izvanredni profesor pedijatrije i voditelj Dječjeg odjela bolnice sv. Sofije u Lavovu te 1905. među utemeljiteljima časopisa «*Lwowski Tygodnik Lekarski*». Prokulski je specijalizirao pedijatriju u Berlinu, započeo 1904. raditi u Krakówu te ubrzo došao u Lavov.

## Bečko razdoblje

Dio specijalizacije Matilda je provela u Beču radeći kao sekundarna liječnica na Dječjem odjelu Bolnice cara Franje Josipa pod vodstvom prim. doc. **Paula Mosera** (1865. – 1925.) («otkrio» 1902. serum protiv šarlaха). Na sastanku Pedijatrijske sekcije bečkog Društva za unutrašnje bolesti i pedijatriju održanom 22. studenoga 1906. dr. Lateiner je prikazala dvije sestre s kongenitalnim

miksedemom i idiotijom. Na sastanku 28. studenoga 1907. pokazala je histopatološki preparat urođene atrezije jednjaka s komunikacijom s trahejom. Radilo se o djetetu rođenom prije termina, koje je pregledala 10. studenoga 1907., kada je imalo samo 4 sata, a preživjelo je svega 3 dana. Tekst toga predavanja objavila je 1909. u «*Wiener klinische Wochenschriftu*» pod naslovom «*Ein Fall von angeborener Oesophagus-Atresia mit Trachealkommunikation*».

Zahvalila se šefu odjela Moseru, šefu prosekture prof. **Heinrichu Albrechtu** (1866. – 1922.) te dr. Viktoru Hechtu koji je načinio histološku analizu. Suradnja s kolegama u prosekuri, Hechtom i M. Wilekom, rezultirala je člankom o vrijednosti reakcije vezanja komplementa u dijagnostici šarlaha objavljenim također u «*Wiener klinische Wochenschriftu*» 1909.

U krugu bečkih pedijatara Matilda je upoznala dr. **Ernesta Mayerhofera** (1877. – 1957.), asistenta u Dječjem odjelu bolnice Cara Franje Josipa u Beču rođenoga u Möllersdorfu kraj Beča. Nakon studija medicine u Beču i Innsbrucku, Mayerhofer je znanje dopunio studijem kemije, fizikalne kemije, botanike i opće fiziologije na Sveučilištu u Pragu te 22. lipnja 1908. obranio disertaciju iz kemije. Pedijatriju je počeo specijalizirati u Pragu, a zatim nastavio u Beču (od 1. rujna 1908. do 1. studenoga 1911.) kod Theodora Eschericha (1857. – 1911.).

Suradnja je prerasla u bliži kontakt te se 29. travnja 1911. godine udala za njega.

U «*Wiener klinische Wochenschriftu*» od 1. lipnja 1911. Matilda je objavila članak «*Das Verhalten des Reduktionsindex (nach E. Mayerhofer) in der normalen und pathologischen Zerebrospinalflüssigkeit*».

Bio je to njezin komentar na istraživanje o kojem je 3. veljače 1910. na sastanku Društva za internu medicinu i pedijatriju u Beču dr. Mayerhofer održao predavanje pod naslovom «*Zur Charakteristik und Differentialdiagnose des Liquor cerebrospinalis*» te ga objavio u «*Wiener klinische Wochenschriftu*». Iste je godine objavila članke «*Fall von Pyothorax verursacht durch Micro-*

cocus cattharalis und Influenza bacillus» u «Monatschrift für Kinderheilkunde» te «Bakteriologische und histologische Untersuchungen vom papulosquamosen Tuberkulid der Säuglinge» u «Lwowski Tygodnik lekarski» i «Über den histologischen Bau und die Bacill-Aetiologie des sogenannten papulösen Tuberkulids des Säuglings (Hamberger)» u «Zeitschrift für Kinderheilkunde».

Od 1. studenoga 1911. Mayerhofer je bio privatni docent na Dječjoj klinici. U Beču je Matilda 16. ožujka 1912. rodila kćerku kojoj su nadjenuli ime Erna, Aloisia, Leontina (po djedovima Aloju Mayerhoferu i Leonu Lateineru).

Dva članka, «Die Säuglingsfürsorge in Österreich» i «Das nervöse Kind», objavila je 1913. u časopisu «Zeitschrift für Kinderschütz und Jugendfürsorge».

Po preporuci svoga šefa Mayerhofer je 1912/1913. tražio mjesto na hrvatskoj obali Jadranu pogodno za dječju talasoterapiju jer su Pirquet i suradnici, pored intenzivnih temeljnih i kliničkih farmakoloških istraživanja, proučavali učinke klime na dječe zdravlje. Odabralo je otok Susak u okolini otoka Lošinja.

Tijekom više mjeseci 1913. i 1914. proučavao je meteorološke i balneološke značajke otoka Suska te opće zdravstvene prilike tamošnjeg pučanstva. Posebice se zanimalo za medicinske učinke otočne talasoterapije i klimatoterapije na djecu s različitim bolestima, koju je već od ranije poznavao u njihovim gradskim bolnicama ili roditeljskim domovima. U ljetnim mjesecima 1914. konzultirao je i jednog geologa radi osiguranja bolje pitke vode. Mayerhoferovim poticajem izgrađeno je dječje morsko kupalište na Susku.

Opažanja sa Suska Mayerhofer je objavio pod naslovom «Die Insel Sansego bei Lussin als Kinderseebad der Adria» u «Wiener medizinische Wochenschriftu», ali tek nakon rata. «Kako je cijeli otok gotovo isključivo zasađen vinogradima bez drugih biljnih kultura, zrak je osobito čist tj. bez cvjetnih alergenskih prašnika («Pollen») te je veoma ljekovit za dječju astmu, alergička stanja nasofarinks («Catarrhus aestivus=Heufieber»), bronchietazije, kronične bronhitide...» preporučivao je Mayerhofer boravak na tom «Jadranskom Helgolandu».

Uredništvo «Zeitschrift für Kinderheilkunde» pristigao je 12. siječnja 1914. članak pod naslovom «Histologische und cytologische Untersuchungen am Knochenmark des Säuglings» autorice dr. Mathilde Lateiner-Mayerhofer.

Objavljen je 1. prosinca 1914., a uz auto-ričino je stajalo da dolazi iz Prosekture Bol-

nice Cara Franje Josipa (predstojnik prof. Albrecht), dok «povijesti bolesti i krvni nalazi potječu iz Dječjeg odjela iste bolnice» (predstojnik doc. P. Moser) te Dječje bolnice u Lavovu (predstojnik prof. Raczynski).

Između slanja članka i njegova objavljivanja autorica je u Beču 28. lipnja 1914. rodila sina Petera. Bilo je to istoga dana u kojem su u Sarajevu su ubijeni austrijski prestolonasljednik nadvojvoda **Franjo Ferdinand** (1863. – 1914.) i njegova supruga Sofija. Nakon izbijanja rata Mayerhofer je unovačen već 1. kolovoza 1914. te je u odori ostao do 26. studenoga 1918.

U «Wiener klinische Wochenschriftu» od 10. listopada 1918. Matilda je objavila članak pod naslovom «Ein Fall von Meningitis purulenta verursacht durch Micrococcus catarrhalis». Opisala je šestomjesečno dijete koje je pregledala 1. veljače 1918., u razdoblju svoga rada na Dječjem odjelu Opće poliklinike u Beču pod vodstvom prof. dr. **Ludwiga Jehle** (1871. – 1939.). Materijal dobijen lumbalnom punkcijom bakteriološki je ispitao prof. dr. **Georg Joannovics** (1871. – 1932.). Taj je članak imao odjeka, citiran je i 15 godina nakon objavljivanja.

Mayerhofer je nakon rata, početkom 1919., preuzeo Dječji ambulatorij Bolesničkih blagajni u XII bečkom kotaru. Sudjelovao je u rješavanju gladi koja je posebice pogodala djecu u ratom iscrpljenoj srednjoj Europi.

O rezultatima Američkog projekta prehrane školske djece u Austriji započetog početkom 1919. izvijestili su prof. Pirquet, doc. Mayerhofer i dr. **Edmund Nobel** (1883. – 1946.) na sjednici Bečkog liječničkog društva 27. svibnja 1921.

Organizaciju za Beč i Donju Austriju proveo je i nadzirao dr. Nobel, a za ostale austrijske pokrajine zadužen je bio Mayerhofer, koji je o svom radu izvijestio u «Wiener klinische Wochenschrift».

U početku je dnevno prehranjivano 60.000, a do kraja je brojka narasla na 400.000 djece. Na poziv Vijeća roditelja Lutherove škole u Beču Matilda je 1921. održala na Roditeljskoj večeri predavanje pod naslovom «Nervoza u dječjoj dobi» u kojem je „sažeto ali jasno“ obradila neurastenične, histerične i psihopatike manifestacije u dječjem uzrastu. Tekst svoga predavanja tiskala kao zasebnu brošuru od 21 stranice.

Godine 1922. objavljen je zajednički rad supružnika Mayerhoferovih pod naslovom “Ishrana primitivnih naroda /Prilog poredbenoj znanosti o ishrani” (*Die Ernährung der Naturvölker*), tiskan goticom.

## Zagrebačko razdoblje

U «Wiener klinische Wochenschriftu» od 26. travnja 1923. obznanjeno je imenovanje doc. Mayerhofera profesorom pedijatrije na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Nastupno predavanje pod naslovom «Putevi i ciljevi pedijatrije u Jugoslaviji» Mayerhofer je održao u Zagrebu 2. svibnja 1923. na njemačkom. Prijevod je objavljen u „Liječničkom vjesniku“, a Mayerhofer je držao važnim objaviti ga i u «Wiener medizinische Wochenschriftu».

Matilda je s njihovo dvoje djece doputovala u Zagreb 1923.. U Zagrebu je zatekla dr. Bronislawu Prašek-Calcynsku rođenu u Sanoku, takoder u Galiciji (tada dijelu Austro-Ugarske, a poslije 1919. dijelom Poljske), koja je u Beču završila studij medicine započet u Lavovu. Nakon promocije 1912. posvetila se pedijatriji planirajući povratak u Lavov na dječju kliniku prof. Raczynskoga.

Nakon godine dana u statusu aspirantice na Dječjoj klinici prof. v. Pirqueta postala je sekundarna liječnica u Dječjoj Wilhelminoj bolnici u Beču.

Upoznala je dr. Emila Prašeka rođenoga 2. rujna 1884. u Dubu (Češka), s kojim je vjenčana 1913. u Beču. Po izbijanju rata 1914. mobilizirani Prašek postavljen je za bakteriologa i glavnog liječnika tvrdave Przemyśl u Galiciji, a krajem studenoga 1914. imenovan je zemaljskim bakteriologom i prosectorom Zemaljske bolnice u Sarajevu.

Tamo ga je pratila supruga, a za njim je doputovala 1922. u Zagreb, nakon što je on 7. lipnja 1921. postavljen profesorom higijene na mladom medicinskom fakultetu.

Po dolasku u Zagreb dr. Prašek-Calcynska je željela nastaviti svoj prekinuti rad na dječjoj klinici u Beču, međutim «bilo je nespojivo s tadašnjim moralnim kodeksom sveučilišnih profesora da im supruga radi u istoj instituciji». I tako je dr. Prašek-Calcynska postavljena u studenom 1922. godine školskom liječnicom na Državnoj učiteljskoj školi i na obje ženske realne gimnazije u Zagrebu.

Od 1. veljače 1923. postavljena je za pedijatricu kod Bolesničkog fonda državnih željeznica u Zagrebu. Za razliku od nje, gđa dr. Mayerhofer se u Zagrebu posvetila obitelji.

Od svoga dolaska u Zagreb u travnju 1923. uključio se Mayerhofer u napore oko izgradnje klinike za koju su osnove napravljene 1920.

Gradnja je započela 1921. i krov postavljen 1922. godine no zbog nedostatka sredstava radovi su obustavljeni i tek nakon duljeg vre-

mena nastavljeni 1926. U veljači 1925. Mayerhofer je otklonio ponudeno mu mjesto redovnog profesora pedijatrije na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Grazu.

Na isti će način postupiti i u veljači 1935. Ostao je u Zagrebu, gdje je 16. studenoga 1925. u dvorištu Ginekološke klinike u Petrovoj ulici 13 otvoren Ambulatorij Dječje klinike. Ordinirao je samo za djecu neimunih obitelji dnevno (osim nedjelje i blagdana) poslijepodne od 15.30 do 17.30 sati.

«Dokolica, nametnuta silom prilika prof. Mayerhofera «predstojniku pedijatričke klinike» urodila je lijepim plodom. Nažalost, riješen poslova uređivanja klinike i njezina vodstva upotrijebio je to vrijeme da napiše – ako se ne varam – prvi naš klinički udžbenik» istaknuto je u prikazu udžbenika iz pedijatrije objavljenoga u Beču kod nakladnika Springera 1925. na hrvatskom jeziku pod naslovom «Predavanja iz pedijatrije s alfabetskim dodatkom tehničkih, terapijskih i kliničkih pojedinosti». Koncipiran je u 20 izabranih predavanja na 376 stranica, uz 11 slika u tekstu, a predgovor mu je Mayerhofer napisao 1. prosinca 1924. u Zagrebu.

Dio knjige - Predavanje X «Hematopoetički sistem kod djeteta i njegova obolenja» (stranice 165-178) obradila je sa mnogo mara i spreme profesorova supruga gospoda dr. Matilda Le(te) iner-Mayerhofer» (piše u prikazu knjige). Pišući o tuberkulidima na koži, u predavanju

posvećenom tuberkulozi, Mayerhofer pored imena **Ferdinand-Jean Dariera** (1856. – 1938.) i **Franza Hamburgera** (1874. – 1954.) spominje i M. Lateiner-Mayerhofer koja je «našla u tuberkulidima kože u mikroskopskim rezovima bacile tuberkuloze, čime je bezuvjetno dokazana pripadnost tih eksantema tuberkulozi». Izvorni je rukopis pisan na njemačkom jeziku, a «za tisak na hrvatskom predavanja je preveo asistent prof. Mayerhofera, koji bez sumnje dobro pozna naš jezik». Prva asistentica na Klinici za pedijatriju u Zagrebu bila je od 1. kolovoza 1921. dr. **Mara Lypolt - Krajnović** (1895. – 1935.) (LN 124:52-5, studeni 2013.).

Mayerhofer je ZLH-u u Zagrebu pristupio 31. siječnja 1924. na redovitoj mjesечноj skupštini. Matilda nije pristupila ZLH-u, ali ja u svojstvu gosta («k.g.») sudjelovala na sastancima Pedijatričke sekcije utemeljene 1930.

U prvome svesku bibliografije medicinske literature i graničnih područja objavljene u izdanjima ZLH-a u Zagrebu u razdoblju od 1876. do 1937. godine, koji je priredio i, na Novu godinu 1938., predgovor mu napisao predsjednik ZLH-a prof. dr. **Vladimir Ćepulić** (1891. – 1964.), spominje se i Matildino sudjelovanje 1935. u raspravi o cijepljenju cjeprivom BCG.

Prelistavanje stranica «Liječničkog vjesnika» otkriva i druge prigode u kojima je sudjelovala Matilda, a ponekad i raspravljala na sa-

stancima.

Poslije se povukla u privatnost svoga doma. Mayerhofer je umirovljen 1943. te ponovno aktiviran 1945. godine.

Doživotni počasni predsjednik Pedijatričke sekcije ZLH-a izabran je 24. ožujka 1950. za počasnog člana Društva liječnika u Beču. Definitivno je umirovljen 1951.

Gotovo puna tri desetljeća rada u Zagrebu opisao je u članku «Zagrebačka Pedijatrička klinika od marta 1923. do marta 1951. (Historijski pregled» objavljenom u studentskom časopisu «Medicinar» 1952. Knjigu «Primijenjena pedijatrija», tiskanu u Beču 1952., kojom je obilježio 50. obljetnicu svoje promocije, ocijenio je njegov nasljednik na Klinici prof. dr. **Niko Skrivanelli** (1900. – 1932.) Mayerhoferovim znanstvenim testamentom.

I Matilda je doživjela 50. obljetnicu svoje promocije u Lavovu. No nakon smrti supruga, u Zagrebu 7. veljače 1957., izgubila je daljnju volju za rad. «Povukla se u sebe i provodila čitave sate kraj njegove slike. Nalazila je utjehu u listanju korespondencije i čitanju svojih ljubljenih poljskih pjesnika».

Njezinom smrću u 92. godini „Nestalo je s njom rijetko idealne žene kojoj je ljubav za obitelj bila iznad svega“. Pokopana je u obiteljskoj grobnici na Mirogoju, pokraj supruga te njihova sina Petra, koji je iznenada umro 19. studenoga 1935.

## Najgori novinar u prosincu

**Odlomak Tomicićevog članka  
u Novom listu  
od 5. prosinca, str. 26**



Piše **Ladislav TOMIĆIĆ**

**H**rvatska liječnička komora uputila je otvoreno pismo urednicima i novinarima, pozivajući ih da o utemeljenim sumnjama o korumpiranosti liječnika ne izvještavaju svoje čitatelje, nego da saznanja o tome prijave nadležnim institucijama. Drugim riječima, liječnička struka novinare i urednike poziva da ne budu novinari i urednici, nego da se prometnu u doušnike.

Zašto je za „najgoreg novinara prosinca“ nominiran autor ovog teksta? Vjerovali ili ne, taj je novinar u svom članku, koji je objavljen u riječkom Novom listu 5. prosinca 2015. na 26. stranici, održao Hrvatskoj liječničkoj komori propovijed o liječničkoj etici. On u naslovu svog članka apelira na liječnike: „Liječnici, šaljite pisma policiji, a ne novinarima“ u slučaju da netko radi što protuzakonito. No on sam nikoga neće prijaviti policiji jer bi se na taj način „prometnuo u doušnika“. Dakle, po Tomicićevoj etici slobodno u novinama objaviš *urbi et orbi* da je netko sagriješio – jer tada nisi doušnik, ali nikako to nemoj prijaviti policiji – jer onda jesi doušnik. Ta valjda će i neki policajac pročitati njegov članak, nuda se taj novinar obdarjen čudnom novinarskom etikom. Pa eto, ja ću po njegovom savjetu ovdje *urbi et orbi* objaviti da on očito ne poštuje članak 302. Kaznenog zakona po kojem je prikrivanje kaznenog djela protuzakonito i kažnjivo, a sve u nadi da će to možda pročitati neki policajac – jer niti ja ne želim biti doušnik.

**Željko Poljak, urednik**



## Indija - „Ljekarna za siromašne“

Branimir Krtalić, stud. med.

Indija na mnoge ostavlja polarizirajući dojam; neki sanjare o dalekoj turističkoj destinaciji, dok bi je drugi radije zaobišli u širokom luku. Oni kojima se Indija sviđa navode kulturno nasljede, Taj Mahal, egzotičnu hranu i začine, dok se ostali žale na prenapučenost, zagadenost okoliša i nedostatan razvoj. Međutim, malo je vjerojatno da bi neupućenima na pamet pala pomisao da je Indija jedna od najvećih farmaceutskih sila. Taj je naziv donedavno bio rezerviran za najrazvijenije zemlje europskog zapada i SAD, ali nitko ga nije povezivao sa zemljama Istoka.

Indijska farmaceutska industrija jedinstvena je poput same zemlje u kojoj se razvila. Na Zapadu se ta grana industrije razvila koristeći snagu „branda“, marketinga, razvoja novih lijekova i detaljne kontrole vlastitih proizvoda. Farmaceutski giganti ulažu golem novac kako bi razvili i plasirali nove lijekove na tržište. Najnoviji podaci pokazuju kako je Pfizer sveukupno gledano najveći ulagač u razvoj novih lijekova, s budžetom od 108 milijardi dolara, dok je tvrtka AstraZeneca uložila skoro 12 milijardi dolara po svakom lijeku koji je pustila u prodaju. Ovakvi već astronomski iznosi mogu postati i veći ovisno o (ne)uspje-

hu razvoja lijeka. Sljedeći je korak nakon uspješnog razvoja patentiranje proizvoda. Time farmaceutska tvrtka na razdoblje od najčešće 20 godina dobiva isključiva prava na proizvodnju i prodaju određenog lijeka te, zahvaljujući monopolu koji posjeduje, može slobodno odrediti njegovu cijenu na tržištu. Malo istočnije priča je oduvijek izgledala drugačije. Za početak, „branding“ je postao posve sporedan, dok temelj industrije čini sama primarna proizvodnja tzv. bezimenih lijekova, tako da se npr. Aspirin jednostavno naziva generički acetil-salicilna kiselina. Dalje, izum i razvoj novih lijekova još je i danas tek u povojima, a perjanica indijske industrije je prodaja jeftinih, već razvijenih lijekova. Marketing je jedva zastupljen u njihovom modelu poslovanja pa teško da bi se na televiziji moglo vidjeti reklamu za najnoviju indijsku varijantu paracetamola. Međutim, upitna je valjana kontrola takvih proizvoda i etička strana same proizvodnje. Navedene značajke indijske farmaceutske industrije dovele su do proizvodnje višestruko jeftinijih lijekova, što je našlo svoje pobornike, ali i protivnike.

Kad se uopće razvila farmaceutska industrija u Indiji, te kakvih je razmjera? Moramo

se vratiti na početak 60-ih godina prošlog stoljeća, kad je indijska vlada ohrabrilala razvoj i proizvodnju lijekova donoseći zakone koji su olakšali otvaranje farmaceutskih pogona. To je ispočetka primamilo multinacionalne kompanije koje su već tada započele svoju dominaciju tržištem. Indija ih je privukla time što nije bila suviše vezana regulacijama i mnogobrojnim licencama, na raspolaženju je imala jeftinu radnu snagu, ali ujedno dovoljno kvalificiranu da obavlja traženi posao. Situacija se drastično mijenja 90-ih godina kada dolazi do ekonomске liberalizacije Indije i ukidanja patenata u području hrane i lijekova. To je zadalo značajan udarac multinacionalnim kompanijama, ali ih nije istisnulo s tržišta. Ukipanje patenata je dakle uvjetovalo izgled današnje farmaceutske industrije u Indiji, a ona je itekako velikih razmjera. Podaci govore da je između 2008. i 2009. godine Indija ostvarila na lijekovima promet od 21 milijarde dolara, a samo u SAD-u zarada je iznosila 14 milijardi dolara. To čini Indiju drugim najvećim dobavljačem lijekova za SAD, nakon Kanade. Na globalnom tržištu Indija ima manji udio, ali i godišnji rast dobiti od otprilike 10%. Zaposlenici su uglavnom Indijci koji su obrazovanje stekli u vlastitoj domovini. Naime, njezin obrazovni sustav pratio je svjetske trendove pa su počeli nicati brojni fakulteti s ciljem da se stvori što više radne snage za farmaciju i IT, njihove dvije najveće industrijske grane. No, na površinu su isplivali brojni problemi i dvojbe kad je u pitanju indijska politika poslovanja i proizvodnje. Veliki proizvodači lijekova počeli su upirati prstom u Indiju i pozivati nadležne institucije da reagiraju i spriječe krađu patenata. Svjetska trgovinska organizacija reagirala je 2005. godine odlukom o promjeni indijskog zakona o patentima, nakon koje je indijskoj farmaceutskoj industriji postalo znatno teže proizvoditi nove lijekove. Novi zakon je predviđao i da Indija mora poštovati patente od 1995. godine pa nadalje, zbog čega bi mogla godišnje izgubiti 650 milijuna dolara na domaćem tržištu. Nadalje, neki su farmaceutski giganti nakon isteka vlastitih patenata počeli kupovati određene proizvođače generičkih lijekova u Indiji kako ne bi prestali ubirati do-



\*Preneseno iz „Medicinara“, časopisa studenata MEF-a u Zagrebu, vol. 56, broj 1, zima 2014.

bit od lijekova koje su stvorili. Ove promjene dovele su do segmentacije proizvođača lijekova.

I dok velike multinacionalne farmaceutske tvrtke kao ciljne potrošače vide „elitne“ pacijente razvijenog Zapada koji čine 12% globalnog tržišta, indijski proizvođači nastavljaju prodavati generičke lijekove pretežito ruralnoj populaciji vlastite zemlje i nekih zemalja u razvoju. Na jednoj konferenciji je glavni izvršni direktor *Bayera*, Marijn Dekkers, izjavio da *Bayer* svoje lijekove ne proizvodi za indijsko tržište, već za zapadnjake koji si to mogu priuštiti. Ta izjava izazvala je burnu reakciju u širim krugovima, iako je to već duže vrijeme bila javna tajna. Izvještaj „Liječnika bez granica“ iz 2012. upozorio je da farmaceutski giganti najmanje ulažu u bolesti koje pogadaju milijune siromašnih, jer veći profit imaju od šačice bogatijih pacijenata. Uvjeti u kojima se proizvode lijekovi u Indiji također su bili na meti kritičara. FDA (Američka organizacija za hranu i lijekove) je ta koja treba odobrati svaki uvozni lijek te ih je počela kontrolirati kako bi se uvjерila u ispravnost indijske farmacije. Broj inspekcija FDA u Indiji porastao je s 59 u 2009. na 111 u 2013. godini.

Jedan kolumnist *The Economista* posjetio je nekog proizvođača lijekova i zatekao kako radnici čiste tvornicu jer im dolazi „nenajavljeni“ inspekcija FDA. Takvih slučajeva ima mnogo, npr. vlasnik kompanije *Ranbaxy*, Japanac Daiichi Sankyo, platio je 500 milijuna dolara odštete američkom pravosuđu jer je *Ranbaxy* krivotvorio podatke o sigurnosti svojih lijekova. Inspekcije FDA su dovele do paradoksa da u Indiji postoje različite tvornice za SAD i za ostatak svijeta. Tako se lijekovima koji se izvoze u SAD postavljaju viši standardi, što znači da, primjerice, ljudi u Africi vjerojatno dobivaju lijekove manje kvalitete, iako su od istog proizvođača kao i oni namijenjeni za Sjevernu Ameriku.

Indija je u nekim krugovima dobila nadimak „proizvođača lijekova za siromašne“, a nije joj potpuno pogrešan ni nadimak Robin Hood, jer su velik dio profita napravili krše-



ći patente bogatih kompanija te prodajući jeftine inačice njihovih lijekova onima koji si skuplje nisu mogli priuštiti. Stoga nije ni čudno da Indija najveći udio ostvaruje upravo u SAD-u, gdje neprekidno traje borba i rasprava oko uredenja zdravstvenog sustava. Cijene zdravstvenih usluga su u SAD-u toliko porasle da se sve veći broj Amerikanaca okreće generičkim lijekovima iz Indije koji su najčešće jednako djelotvorni, a imaju osjetno manju cijenu. Najnoviji primjer je lijek *Nexavar* koji je razvio *Bayer*, a koristi se u terapiji karcinoma jetre i bubrega. Indijski farmaceuti su iskoristili stavku zakona o patentima koja dopušta određenu fleksibilnost. Na taj način će proizvoditi generički *Nexavar* koji će koštati čak 97% manje, što rezultira mjesečnim troškom liječenja *Nexavarom* 175 umjesto 5500 dolara. Drugi primjer je *Glivec*, lijek koji se koristi u terapiji više vrsta karcinoma. Švicarski div *Novartis* vodio je dugacak spor da zabrani proizvodnju generičkog *Gliveca* indijskim kompanijama, ali je donesena presuda da taj patent ne vrijedi u Indiji zato što njegova cijena poprilično nadmašuje stvarnu vrijednost. Dopuštajući lokalnim proizvođačima da prave patentirani lijek protiv raka po samo djeliču cijene, Indija je dala do znanja da će nastaviti s ulogom „ljekarne siromašnih“. Ovaj potez su pohvalili „Liječnici bez granica“ i zemlje u razvoju koje gotovo potpuno ovise o indijskim lijekovima, dok su ga oštro kritizirale razvijene zemlje i velike farmaceutske kompanije. Najglasniji zagovornici bili su Brazil i Južnoafrička Republika, premda su prednosti generičkih lijekova privukle i neke izuzetno razvijene države, poput Japana.

Zbog predviđanja da će do 2050. godine 40% populacije biti starije od 65 godina, japansko ministarstvo zdravstva počelo je 2007. godine kampanju s ciljem promocije generičkih lijekova kao sigurne alternative njihovim brendiranim inačicama. Jedna od rezolucija bila je i postići na tržištu udio generičkih lijekova od 30% do 2012. godine, ali ta brojka je do 2013. godine stagnirala na 25%.

Na izazove vremena i probleme zaštite patenata indijski farmaceuti pokušali su odgovoriti razvijajući vlastite lijekove i tako izbjegći tužbe drugih kompanija, ali su naišli na poteškoće. Čak i nakon povećanog ulaganja u istraživanje i razvoj, vođeće indijske kompanije, poput *Ranbaxyja*, ulagale su u razvoj samo 10% prihoda, dok je konkurenca sa Zapadom, *Pfizer*, više uložila u istraživanje nego što je to bio ukupan prihod čitave indijske farmaceutske industrije. Napredak u genomici učinio je opremu skupljom nego ikad, međutim problem nije samo u novcu jer Indiji nedostaje velik broj kvalitetnih molekularnih biologa, a i nastavni plan i program fakulteta nije usklađen s potrebama industrije. Zbog svih navedenih razloga Indija ozbiljno zaostaje za Zapadom u pogledu razvoja novih lijekova. Ipak, Indija je (nenadano) postala rastuća sila u proizvodnji lijekova tako da već drži velik udio razvijenih tržišta, ali i svake godine povećava proizvodnju i prodaju. Način na koji je postigla taj rast nije konvencionalan i pripada sivoj zoni etičkih normi. S jedne strane, praksa kršenja patenata donosi štetu velikim kompanijama koje ulažu mnogo novca u razvoj lijekova. S druge strane, indijski farmaceuti omogućuju brojnjem siromašnom stanovništvu pristup lijekovima bez kojih ne bi mogli živjeti. Postoje sukobljena stajališta je li krivica na Indiji što krši patente multinacionalnih kompanija ili je krivica na njima što u potrazi za što većim profitom prodaju lijekove koje samo rijetki mogu priuštiti.

Preostaje nam vidjeti hoće li se Indija u budućnosti okrenuti Zapadu i fokusirati na istraživanje i razvoj ili će i dalje ostati „ljekar za siromašne“?



# Prim. dr. Artur Majer, dermatovenerolog i pionir hokeja na travi

Eduard Hemar

**U**zadnjem ovogodišnjem nastavku rubrike hrvatski liječnici sportaši predstavljamo jednog od pionira zagrebačkog i hrvatskog hokeja na travi, **Artura Majera**. Rođen je 26. siječnja 1904. u Zagrebu. Njegovi roditelji su bili Franjo Majer (1875.-1945.), rođen u moravskom gradu Kroměřížu (u današnjoj Češkoj Republici) i **Marija Emilija Duh** (1878.-1978.), rođena u Varaždinu. Kada je njegovu ocu bilo pet godina umrli su mu roditelji i puno stariji brat ga je doveo u Beč da živi sa njime. U Beču je izučio krojački zanat i s 19 godina 1894. doselio se u Zagreb. Početkom XX. stoljeća otvorio je krojački salon u Marovskoj ulici br. 27 (današnja Masarykova ulica). U salonu je imao pet pomoćnika i radili su odijela za tadašnje visoko društvo i časnike Austro-Ugarske vojske koji su bili stacionirani u Zagrebu. Njegova majka završila je Katoličku školu uršulinki u Varaždinu i potom je bila domaćica u Zagrebu.

Artur Majer je maturirao u II. klasičnoj gimnaziji 1922. u ulici Izidora Kršnjavog. U školskim svjedodžbama pisao se kao Mayer jer je njegovu ocu germanizirano prezime za vrijeme boravka u Beču, no potom je prezime vratio u izvorni oblik Majer. Diplomirao je na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, uz kraći boravak u Beču 1930. Za vrijeme studija upoznao je budućeg kolegu liječnika **Rudolfa Hitreca** (1903.-1970.), nogometara Gradsanskog i brata čuvenog Ivana-Ice Hitreca, po mnogima najboljem zagrebačkom nogometaru svih vremena. Majer i Hitrec bili su najbolji prijatelji i kumovi pedesetak godina sve do Hitreće smrti. U vrijeme dok je Artur bio gimnazijalac, u Zagrebu je obnovljen rad Sportskog društva Marathon koji je bio prekinut zbog I. svjetskog rata. Hrvatski srednjoškolski sportski klub Marathon osnovan je 24. siječnja 1913. u Zagrebu na inicijativu učenika III. realne gimnazije. Klupske prostorije Marathona su se nalazile u suterenu zgrade u Medulićevoj ulici br. 40. Na osnivačkoj skupštini odlučeno je da će klub gajiti sve sportske grane osim nogometa, s posebnim naglaskom na laku atletiku (atletiku). Tako je nakon HAŠK-a (1903.), Concordije (1906.) i Gradanskog (1911.) osnovan



Dr. Artur Majer 1935.

i četvrti najvažniji zagrebački sportski klub prve polovice XX. stoljeća. Upravo stoga što jedini nije imao nogometnu sekciju danas je potpuno neopravdano najmanje poznat široj javnosti od navedene četvorke. Nedvojbeno je da je Marathon bio jedan od simbola zagrebačkog sporta između dva svjetska rata a u nekim sportovima i najuspješniji. Djelovanje Marathona nastavilo se, nakon prekida, 1919. godine Kako su njegovi osnivači u međuvremenu završili srednje škole, nije više mogao biti srednjoškolski klub pa mu je stoga promijenjen status i dobio je naziv Hrvatski lako-atletski sportski klub Marathon. Zbog novonastale političke situacije i stvaranja nove države Kraljevine SHS klub je 1920. ponovo promijenio naziv u Jugoslavenski lakoatletski sportski klub Marathon.

Posebna priča o povijesti Marathona odnosi se na njegovu sekciju hokeja na travi osnovanu 1914. Ta je sekcija bila među prvim četirima osnovanim u Klubu, uz lakoatletsku, mačevalačku i zimsko-športsku. Nakon rata sekcija je obnovljena i njezin prvi voditelj

bio je atletičar Marathona Stjepan Kaiser. No tih prvih godina sekcija nije imala nikakvih aktivnosti i tek u proljeće 1923. dolazi do pomaka. Tada je voditelj sekcije postao Fedor Vuković. U godinama koje su slijedile od 1925. do 1931. zahvaljujući upravo sportskoj aktivnosti hokejaša Marathona, održan je kontinuitet igranja hokeja na travi u Zagrebu i Hrvatskoj. Naime hokejska sekcija HAŠK-a prestala je s radom 1925. i obnovljena je 1934. Hokejaši Concordije prestali su s djelovanjem još prije I. svjetskog rata a sekciju su obnovili tek 1931. Tako su stjecajem okolnosti igrači Marathona šest godina bili jedini hokejski klub pa iako nije bilo službenih natjecanja osigurali su kontinuitet i opstanak hokeja na travi. U toj prvoj poslijeratnoj generaciji hokejaša na travi Marathona igrali su ispočetka uglavnom dotadašnji atletičari kluba: Stjepan Kaiser, Walter Kratky, Duro Sokač, Branko Boranić, Fedor Vuković, Franjo Kanceljak itd. Njima su se pridružili Artur Majer, još jedan liječnik dr. Hinko Weiss, te kasnije poznati sportski djelatnici Marathona Artur Prstec i Slavko Delfin. Ta je ekipa bila imala velike zasluge za budućnost hokeja na travi na našem prostoru.

Nakon obnove djelovanja hokejaša Concordije i HAŠK-a stekli su se uvjeti da se 1935. pokrene službeno Prvenstvo Zagreba koje je u sezoni 1939./40. preraslo u Prvenstvo Banovine Hrvatske (Prvenstvo Jugoslavije do rata nije službenoigrano iako to navode neki autori). Na tim prvenstvima bila je najuspješnija Concordija. Početkom 1930-ih godina Majer nakon završetka fakulteta više nije igrao hokej na travi ali je ostao aktivan u Marathonu kao odbornik. Kada je 15. travnja 1936. u Zagrebu osnovan Jugoslavenski hockey savez (JHS), postao je njegov drugi tajnik uz Branimira Borića, da bi potom do II. svjetskog rata bio glavni tajnik JHS-a. U tom je razdoblju njegov klub Marathon 1939. u Italiji odigrao prvu međunarodnu utakmicu u povijesti hrvatskog hokeja na travi. Za vrijeme NDH nije završeno prvenstvo Hrvatske za sezonu 1941./42. a poslije nije igrano do 1945. Odigrane su dvije međunarodne utakmice reprezentacije Hrvatske i Zagreba

## HRVATSKI LIJEĆNICI SPORTAŠI

1942. u Italiji. U novoj Jugoslaviji rasformirani su 1945. gotovo svi sportski klubovi pa tako i Marathon (koji je od 1941. do 1945. djelovao kao HŠK Zagreb nakon spajanja sa Zagrebačkim plivačkim klubom). Hokejski klub Marathon obnovljen je 1951. i kao takav djeluje sve do danas. Majer je s ostalim legendama zagrebačkog hokeja na travi sudjelovao u pokretanju Cupa veterana koji je održavan od 1952. do 1960. u Zagrebu. U kasnijoj fazi svog života bio je član Savjeta za fizičku kulturu Općine Trešnjevka. U sportu je bio aktivan više od četrdeset godina i njegove zasluge za razvoj i opstanak hokeja na travi u Zagrebu i Hrvatskoj nedvojbeno su velike.



Budući liječnici, odlični prijatelji i sportaši  
**Artur Majer i Rudolf Hitrec, studenti prve godine MEF-a 1923.**



Ekipa Marathona iz 1922. sa sloganom "Ni koristi ni slave!" Gore drugi slijeva Artur Majer

Nakon diplome na MEF-u u Zagrebu Majer je specijalizirao dermatovenerologiju u Bolnici "Sestre milosrdnice" u Zagrebu. Stručni ispit je položio 1935. U istoj bolnici nastavio je raditi do 1943. u svojstvu sekundarnog liječnika, asistenta i primariusa. Za vrijeme NDH je kao nepoćudan za ustaše, jer nije bio njihov simpatizer, pozvan u hrvatsko domobranstvo na vojne vježbe u gorske zdrugove kao trupni liječnik (iako je bio dermatovenerolog). S domobranskim jedinicama bio je 1942. u Prijedoru i na Kozari te 1943. u Pakracu i Daruvaru. Nakon toga premješten je u Zagreb kao šef kožno-veneričkog odjela Vojne bolnice. U novoj Jugoslaviji od 8. svibnja 1945. nezakonito je zadržan u Jugoslavenskoj armiji na istom

položaju do 31. prosinca 1945. Potom je kao nepoćudan novim vlastima (komunistima) premješten za dermatovenerologa u Tuzlu a zatim u Sarajevo do 31. siječnja 1949. Nakon toga se vraća u Zagreb kao načelnik odjeljenja u Vojnoj bolnici. Nakon višekratnih zahtjeva i protesta sve do kabineta predsjednika Josipa Broza konačno je u srpnju 1956. stavljen u pričuvu JNA kao potpukovnik bez prava na mirovinu. Potom je bio zaposlen u DZ-u Medveščak kao primarius i šef kožno-veneričnog dispanzera 1956. – 1960. te u DZ-u Trešnjevka kao šef kožno-veneričnog dispanzera 1960. – 1973. Paralelno je djelovao u Ustanovi za zdravstvenu zaštitu obrtnika Grada Zagreba kao dermatovenerolog 1949. – 1962. i kao upravni liječnik 1952. – 1962. Objavio je šest rada s područja dermatovenerologije u Liječničkom vjesniku i Vojno-sanitetskom pregledu. Umrovljen je 1973. kao primarius s 42 godine radnog staža.

Bio je aktivna u Hrvatskom liječničkom zboru od 1931. Bio je drugi tajnik i odbornik HLZ-a 1936. – 1939. Nakon rata u Općini Trešnjevka bio je 1965. zamjenik rukovodjoca zdravstvene zaštite. Od 1969. do 1973. bio je potpredsjednik dermatovo-venerološke sekcije Zbora i od 1993. član Hrvatskog dermatološkog društva. Dobitnik je većeg broja vojnih i civilnih nagrada i priznanja: Srebrne Kolajne krune kralja Zvonimira s hrastovim grančicama (za medicinsku trupnu službu u II. gorskem zdrugu) 1942., Spomen-medalje JNA 1941. – 1951., Ordena za vojne zasluge II.

**Ekipa Marathona ispred tribina sa Sokolskog sleta koje su izgorjele 1925. Slijeva: Knežević, Novak, Hećimović, Boranić, Novak, Kratky, Majer, Keiser, Rehm, Vuković i Petrović**





**Hokejaši  
Marathona.  
Slijeva: Artur  
Majer, Walter  
Kratky i Fedor  
Vuković**

reda 1956., Zlatne značke dobrovoljnog davaoca krví Crvenog križa 1968. i Spomen-plakete 25-godišnjice oslobođenja Grada Zagreba 1970.

Prim. Majer oženio se 1938. s **Verom Krem-sir** (Zagreb, 16. V. 1908. – Zagreb, 15. VI. 1988.), službenicom u Tvornici papira i Građevinskom poduzeću Udarnik do umirovljenja. Vera je u mladosti zajedno sa svojom sestrom blizankinjom Nadom bila pionirka hazene (verzije ženskog rukometa). Njih dvije su počele igrati hazenu u II. ženskoj realnoj gimnaziji 1922. i potom u gimnazijском klubu Vesna od 1923. Vrhunac sportske karijere doživjele su kao članice HŠK Concordia s čijom su hazena sekcijom bile višestruke prvakinja Jugoslavije. Nastupile su za reprezentaciju Jugoslavije na Svjetskim ženskim igrama 1930. u Pragu i osvojile srebrnu medalju. Bila je to uopće prva svjetska medalja za ženski sport u tadašnjoj Kraljevini Jugoslavije. Sestre Kremsir su svoju sportsku karijeru završile 1932.

Artur i Vera Majer imali su jednog sina, arhitekta Vladimira Majera (Zagreb, 21. XI. 1941.). Prim. Majer naslijedio je dobru genetiku po majci koja je umrla u 101. godini. Preminuo je u Zagrebu 11. prosinca 1996. u 93. godini života i pokopan je u obiteljskom grobu na Mirogoju u Zagrebu.

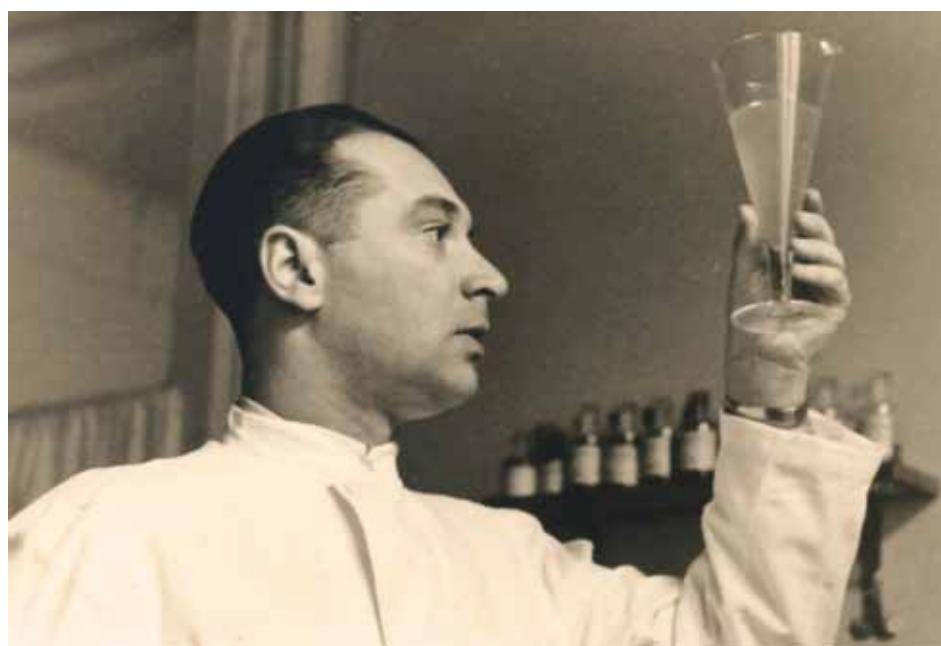
Izv.: Dokumentacija Vladimira Majera iz Zagreba; dokumentacija autora.

Izv.: Mate Mihanović, "Osnivanje i djelatnost Jugoslavenskog hockey saveza", Povijest sporta br. 79, Zagreb, siječanj, veljača, ožujak 1989; Mate Mihanović, "Osnutak HSŠK Marathon u Zagrebu i pregled prvog desetljeća djelovanja", Povijest sporta br. 90, Zagreb, rujan 1991; Tko je tko u hrvatskoj medicini / Who is Who in Croatian Medicine, Zagreb, 1994.

**Satniku Majeru  
predaju odlikova-  
nje zapovjednik  
divizije general  
Gustović i šef štaba  
divizije pukovnik  
Marković u Dvoru  
na Uni 1942.**



**Prim. dr. Majer u ordinaciji  
17. veljače 1941.**



# Packe uredniku „Liječničkih novina“

**Z**eljela bih reagirati na neke rečenice iz članka "Čudan znanstveni rad o balneoterapiji u Varaždinskim toplicama" autora g. Željka Poljaka koji je ujedno i urednik „Liječničkih novina“.

Kao što im i naziv govori, i rečenica u tekstu nas na to podsjeća, predmetni časopis je namijenjen liječnicima – "intelektualcima s visokom stručnom spremom", što je, svakako, u redu. Doduše, časopis može dospjeti u ruke i ne-liječnicima kojima također članci mogu biti zanimljivi i poučni, što je urednik mogao i morao predvidjeti. Politika časopisa je, koliko sam razumjela, da inzistira na kvaliteti i znanstvenoj/stručnoj utemeljenosti objavljenih članaka osim ako nisu sponzorirani (čitaj: plaćeni) ili reklame (ponovo čitaj:

plaćeni) pa se onda zažmiri na glavni princip koji važi za odabir radova. To mi se čini već malo manje u redu, ali i novine namijenjene relativno uskom krugu čitatelja trebaju se nekako financirati.

Ono što nikako nije u redu je urednikova rečenica koja kaže: "Obrazovani čitatelji, a čitatelji "Liječničkih novina" to jesu, ne prihvataju poput ostalog puka sve što je napisano kao "zdravo za gotovo". E, tu je cijenjeni prof. Poljak malo pretjerao i uvrijedio sve intelektualce ostalih profila, ali i ostale ljude bez formalnog visokog obrazovanja, ali s dovoljno mozga da shvate kad se netko postavlja kao više biće i *a priori* ih gleda s omalovažavanjem. Ostali puk nije baš toliko glup da bi prihvatio svaku bedastoču koja je

negdje napisana, a isti taj ostali puk osjeti uvredu koja je proizašla iz pera intelektualca s visokom stručnom spremom, koji još ima i prof. i dr. ispred svog imena i prezimena. U slučaju da se „Liječničke novine“ dijelom financiraju i od strane Ministarstva zdravlja, onda ih, i ne svojom voljom, financira upravo taj obični puk.

U nadi da će izdavački savjet, urednički odbor kao i glavni i odgovorni urednik razmisli o mojim riječima i odgovoriti mi na ovaj dopis (a možda ga i objaviti), ostajem s poštovanjem,

**Mirna Lipovac**  
**(mirna.lipovac@zg.t-com.hr)**

## Urednikov odgovor

Poštovana gospođo, iako niste liječnica niti član Komore, uvrštavam Vaše pismo jer je istinskom intelektualcu kritika korisna. Osim toga, čitatelji vole čitati suprotstavljanja a meni je kao uredniku osnovna misao vodilja „ono što zanima čitatelje“. Budući da LN nisu stručno glasilo nego novine (koje nitko ne sufinancira niti jednom lipom, a najmanje Ministarstvo zdravlja! – kako Vi sumnjate), u takvoj je publicistici dopušteno malo opuštanja od znanstvene strogote. Želim naglasiti da za tekst koji kritizirate nimalo nije odgovoran izdavač nego sam odgovoran isključivo ja osobno, što je i vidljivo po naslovu rubrike "Urednikov kutak".

Želimo li biti egzaktni, treba priznati da ni liječnici nisu imuni od pogrešaka i zabluda, o čemu sam nekoliko puta i sam pisao. Ali, iznimke među liječnicima – a takvih svuda ima – samo potvrđuju pravilo. Dakle, ne mislim da su jedino liječnici pametni i nikako ne valja uopćavati ali, statistički gledano, teško bi im bilo naći premca po autokritičnosti, prvo zato što su tako odgajani i zato što su danju i noću pod strogom lupom javnosti.

Zar niste i Vi lijep primjer takve strogosti prema liječnicima?

**Željko Poljak**

# Polemika s novinarima „Večernjeg lista“

U prošlom broju proglašio sam sisačkog novinara g. Nenada Prerada „najgorim novinarem mjeseca listopada“ zato što je, preuzevši istodobno ulogu državnog odvjetnika, sudskog vještaka i suca, proglašio krivim jednog liječnika za smrt bolesnika. Slijedi pismo koje mi je on uputio tim povodom.

**„Ok, ali zašto pišemo kad nije sud presudio?“**

Poštovani liječnici i medicinska struko. Prema odabiru urednika ovog časopisa ja sam najgori novinar mjeseca listopada (LN broj 144, str. 63),

pa da Vam probam pokazati zbog čega vjerujem da je to, u najmanju ruku, nepoštena ocjena. Najbitnije je da tekst u Večernjem listu, o slučaju sisačke doktorice M.M.F. (ime uistinu u ovom kontekstu nije važno), nije pisan temeljem neke prijave, kako stoji u osvrtu urednika, nego temeljem službenog naloga za istragu Općinskog odvjetništva u Sisku u kojem se doktorica izričito navodi kao "okrivljenica".

Dakle, sama kaznena prijava pojedinca meni osobno nije pouzdana informacija, jer prijave može podnijeti bilo tko i unutra napisati bilo što.

Meni se sin pokojne Lj. M. obratio još u srpnju i rekao kako je predao kaznenu prijavu Državnom odvjetništvu, no nisam htio pisati tekst

dok ne dobije rješenje Odvjetništva o prihvataju prijave. Iako je bio u šoku zbog događaja, razumio je to i krajem rujna stigao s rješenjem Državnog odvjetništva o pokretanju istrage protiv doktorice. Od tada istraga više nije tajna, niti je u dokumentu igdje istaknuta tajnost postupka. Također se u samom dokumentu citira liječnika dr. M. B. s KBC-a Zagreb koji je navode sina iz kaznene prijave "u bitnome" potkrijepio te je još rekao da bi zdravstveno stanje preminule pacijentice moglo biti bolje da je ranije dovedena na liječenje. To je osnova rješenju Odvjetništva o tome da postoji osnovana sumnja da je dr. F. "očito nesavjesno postupala". Bit cijelog slučaja je u tome da liječnica svoju

pacijentiku nije godinama slala na pretrage, unatoč čestim posjetima pacijentice ordinaciji i žalbama na bolove i slično, nego je tek, njenim dolaskom u bolnicu nakon jedne intervencije Hitne pomoći, nađena neoperabilna metastaza na jetrima veličine 20 centimetara što je kasnije uzrokovalo smrt. Zbog čega je to tako bilo pokazat će sud, a za sada je sve, kako piše u tekstu, osnovana sumnja. Ok, ali zašto pišemo kad nije sud presudio? Iz razloga što smrt neke osobe nije isto kao i krađa žvaka iz trafike, kao što i nije isto kad je osumnjičen premijer države ili neki 16-godišnji mladić kojeg terete da je ukrao bicikl. Postoji interes javnosti. I još pojašnjenje, svaki novinar u dnevnim i tjednim tiskovinama je uglavnom "samo" autor teksta dok opremu teksta (naslov i slično) odabire i stavlja urednik. Urednik je odgovoran vlasniku, kojem je pak bitna prodaja novina. To, nekad, zna dovesti do senzacionalnih naslova koji privuku čitatelje.

No, opet nije u redu da se samo na osnovi naslova donose zaključci o cijelom tekstu i autoru.

Pozdrav iz Siska

**Danijel Prerad,  
novinar Večernjeg lista  
(Danijel.Prerad@vecernji.net)**

Nije gotovo! U čarku se uplela novinarka **Ružica Cigler** i po mojem mišljenju stekla pravo na titulu „najgoreg novinara u mjesecu studenom“. Nakon razmjerno pristojnog pisma g. Prerada, ta njegova kolegica iz Večernjeg lista zapela je da ga brani taktikom očajnika stjeranog u kut - „napad je najbolja obrana“. I to na najgori način – neistinom. Jednostavno je izmisnila (!) da ja tog istoga liječnika u Sisku „bespogovorno“ štitim. U svom članku „Liječničke novine u hajci na novinare“ (Večernji list od 11. studenoga) i ona je bezobzirno prekršila i hrvatski Ustav i Zakon o Kaznenom postupku, iznoseći u novinama ime tuženika prije pravomoće sudske presude. Večernjem listu valja priznati da je bez oklijevanja tiskao sljedeći moj odgovor na tu neistinitu tvrdnju:

### „Liječničke novine u hajci na novinare“

Pod tim me naslovom novinarka Ružica Cigler optužuje u Večernjem listu od petka 11. studenoga da kao urednik Liječničkih novina napadam novinare i novine te da bespogovorno štitim liječnika koga istražuje DORH, što je apsolutna neistina jer ja sam tražio samo da novinari poštuje zakon. Očito su se novinari navikli da

liječnici bespogovorno šute na novinarske napade pa se sada, kad su jedanput dobili odgovor, ne mogu načuditi odakle najedanput takva hrabrost. E, pa neka se sada novinari, koji se osjećaju zaštićenima poput svetih krava, naviknu na to da je dosta bilo njihovih bezočnih optužbi protiv bespomoćnih liječnika. Iznoseći u novinama ime i prezime liječnika koji je možda pogriješio oni bezobzirno krše i Ustav i zakone. Zar nije podlo tobože nuditi liječniku da iznese novinaru svoju obranu u nekom sporu s bolesnikom kad se dobro zna da je vezan liječničkom tajnom? Molim novinarku Cigler da nam pokaže je li ikada napisala neki članak u kojem kritizira nekoga svog kolegu novinara? Za razliku od liječnika, novinari nemaju svoju komoru koja bi ih nadzirala i kažnjavala. Zašto Večernji list ne poštuje članak 25. hrvatskog Ustava u kojem lijepo piše:

**„Svatko je nedužan i nitko ga ne može smatrati krivim za kazneno djelo dok mu se pravomoćnom sudskom presudom ne utvrdi krivnja.“**

Zašto Večernji list ne poštuje član 204., stavak 4. Zakona o kaznenom postupku koji glasi:

**„Podaci o istovjetnosti osobe protiv koje je podnesena kaznena prijava i podaci na temelju kojih se može zaključiti o istovjetnosti te osobe službena su tajna.“**

Dodajmo tome još i Kazneni zakon gdje u stavku 1 članka 300 piše:

**„Tko neovlašteno drugome priopći, predati ili na drugi način učini pristupačnim podatke koji su službena tajna, kaznit će se kaznom zatvora do tri godine.“**

Ma, baš je neke novinare briga za Ustav i zakone! E, nećemo više dalje tako! Naviknite se na to da, barem za početak, biramo najgoreg novinara mjeseca. Mislim da je Ružica Cigler svojim člankom stekla pravo na takvu nominaciju. Novinar koji bezočno krši zakone ili je glup ili podao. Birajte što vam se više sviđa!

**Prof. dr. Željko Poljak,  
urednik „Liječničkih novina“**

Priznajem, izraze glup ili podao nisam smio upotrijebiti i zato sam u rekordnom roku dobio packe. Objavila ih je novinarka Ružica Cigler u Večernjem listu 14. studenoga u osam točaka, ovaj put profesionalno besprije-korno napisanih. Umjesto da ih prepričavam, zamolio sam je za odobrenje da ih ovdje u cijelosti pretiskam, što mi je i dopustila. Vjerojatno tako ne bi postupio nijedan urednik, ali zašto ne bismo jednom dali posljednju riječ svom kritičaru, pogotovo novinarki koja inače u Večernjem listu profesionalno i korektno

vodi svoju kolumnu. Evo njezina odgovora!

### Bit će mi čast proglašati me ove Liječničke novine najgorim novinaram

Prvo, moje je prezime Cigler, a ne Ciglar kako me u svom odgovoru na moju kolumnu s naslovom „Liječničke novine u hajci na novinare“ oslovljava prof. dr. Željko Poljak, urednik tih novina. Ne reagiram na tu pogrešku zato što sam sujetna, nego samo podsjećam urednika Liječničkih novina da je pogreška u imenu ili prezimenu osobe o kojoj pišemo jedna od najtežih u novinarskom pozivu.

Drugo, urednik Poljak tvrdi da se novinari „osjećaju zaštićenima poput svetih krava“, pa opet podsjećam da su u našoj državi novinari jedini dežurni krivci za sve što ne valja. Osim toga, podsjećam da su zbog svog posla u nas novinari ubijani, premlaćivani, da zbog prijetnji žive i rade uz policijsku pratnju.

Treće, urednik Liječničkih novina moli da pokažem jesam li ikada napisala neki članak u kojem kritiziram nekog svog kolegu. Već više od devet godina u Večernjaku izlazi kolumna Otvorena vrata i u tom sam vremenu napisala sigurno više 400 njih čiji je sadržaj bio kritika novinara. Osim toga, svakog ponedjeljka izlazi rubrika Ispravci i objašnjenja gdje čitateljima priznajemo svoje pogreške, što je iskaz samokritičnosti i pristojnosti.

Cetvrti, urednik Poljak je u pravu, novinari nemaju komoru, ali imaju HND i Vijeće časti, a sam Večernji list ima i svoj Etički kodeks, Redakcijsko i Arbitražno vijeće.

Šesto, urednik me podsjeća na Ustav i na nedužnost osobe dok joj se krivica ne dokaže, a ja odgovaram da je interes javnosti ono što novinariima ima snagu Ustava. Ne znam zašto me se podsjeća i na članak Kaznenog zakona po kojem bismo valja mi novinari trebali tužiti one koji nam daju podatke.

Sedmo, urednik Ž. Poljak misli da sam stekla pravo na nominaciju najgoreg novinara mjeseca. Bit će mi čast budem li u izboru Liječničkih novina proglašena najgorim novinaram.

Osmo, urednik prof. dr. Željko Poljak mi poručuje neka biram između dvije njegove kvalifikacije moje malenkosti – ili sam glupa ili sam podljer kršim zakone. Ne mogu vjerovati da je to napisala osoba Poljakova obrazovanja i životnog iskustva pa se na to neću ni osvrnuti.

**Ružica Cigler  
(Ruzica.Cigler@vecernji.net)**

# Biserje iz korespondencije na „visokom nivou“

Iz Ministarstva znanosti,  
obrazovanja i sporta  
stigao mi je 29. listopada  
ovaj poziv:

Poštovana/i,

pozivamo Vas na dodjelu nagrade za mlađog/e istraživača/ice iz područja farmacije, koja će se održati u utorak, 3. studenoga 2015. u 13 sati u Ministarstvu znanosti, obrazovanja i sporta, Donje Svetice 38.

Nagrada se dodjeljuje u suradnji Hrvatske zaklade za znanost i biofarmaceutske tvrtke AbbVie, uz nagradu za izvrsne mlađe znanstvenike u polju farmacije u iznosu od 50.000 kuna.

Svrha ove nagrade je potaknuti razvoj inovacija i suradnju između industrije, privatnog sektora i javnih mjeseci.

Nazočnima će se obratiti:

prof. dr. sc. **Vedran Mornar**, ministar znanosti, obrazovanja i sporta  
**Alberto Colzi**, dopredsjednik tvrtke AbbVie za Istočnu Europu, Bliski istok i Afriku  
predstavnik Upravnog odbora Hrvatske zaklade za znanost  
dr. sc. **Robert Vianello**, viši znanstveni suradnik, Institut Ruđer Bošković

Ime nagrađenog znanstvenika/ice i naziv njegovog istraživačkog projekta bit će objavljeni na samom događaju.

## Na taj sam poziv istoga dana odgovorio ovako:

Postavljam Vam pitanje: zašto u Vašem pozivu nisu objavljena imena nagrađenih znanstvenika nego su debelim slovima tiskana imena osoba koje su kod toga sporedne? Kao urednik glasila mislim da je Vaš „public relation“ pogrešan jer omalovažava znanstvenike. Premda bih na sastanku valjda doznao imena nagrađenih, iz protesta se pozivu neću odazvati.

**Željko Poljak, urednik Liječničkih novina**

## Ubrzo je stigao ovaj odgovor:

„Željeli smo uručenje Nagrade, to jest dobitnika/cu naglasiti na samom događanju, te nam je vrlo žao ako je to izazvalo nama niti u jednom momentu, željenu reakciju. Nadamo se da ćete promijeniti stav i da ćemo imati priliku vidjeti Vas na dodjeli nagrade.“

(Potpis izostavljam. Ž. P.)

Dakle, neće mi otkriti tajnu tko će biti nagrađen, a ako sam jako znatiželjan, neka se izvolim potruditi i doći na uručenje. Zašto je to tako? – pitate se. Strpite se, saznat ćete u zadnjem odlomku. Nisam promijenio stav, nisam došao i nisam to požalio jer mi je 3. studenoga iz toga Ministarstva stiglo priopćenje o izvršenom uručenju nagrade, i opet s debelo tiskanim slovima imena prisutnih „vip“ persona.

Bili su to: prof. dr. sc. **Roko Andrićević**, zamjenik ministra znanosti, obrazovanja i sporta, dr. sc. **Hrvoje Mataković**, izvršni direktor Hrvatske zaklade za znanost, **Ljubiša Mitof-Višurski**, generalni direktor Abbvie za Hrvatsku i Adria Regiju, prof. dr. sc. **Vedran Mornar** - ministar znanosti, obrazovanja i sporta, akademik **Dario Vretenar** - Predsjednik Upravnog odbora Hrvatske zaklade za znanost, dr. sc. **Robert Vianello** – viši znanstveni suradnik, Institut Ruder Bošković. U stilu toga Ministarstva niti ja ne spominjem ime nagrađenoga jer ono, izgleda, uopće nije važno. Priopćenju su bile priložene i fotografije te gospode u nekoliko pozata, a moja bi prisutnost, da sam bio prisutan, vjerojatno poslužila tome da se kao statist pridružim onima od kojih su ta gospoda očekivala ovacije pljeskom. Ako je tako u Ministarstvu **znanosti i obrazovanja**, pitanje je kako je tek u drugim ministarstvima.

**Željko Poljak**



# Živio Granski kolektivni ugovor!

## Groteska u jednom činu

**Mjesto:**

Operacijska dvorana

**Vrijeme:**

u doba kad je na čelu Sindikata bila

Spomenka Avberšek

**Osobe:**

kirurg, asistent, instrumentarka i  
bolesnik

Po čl. 25 Kolektivnog ugovora 2005.  
instrumentarka ima dodatak od 25 %,  
kirurg 20 % a specijalizant 16 %.

Napomena. Bilo kakva veza s logikom isključena

Željko Poljak

**Pacijent:** Doktore, mene je strah.

**Instrumentarka:** Dok sam ovdje ja najodgovornija, ne trebaš se bojati doktora.

**Doktor:** Pacijentu ćemo amputirati desnu nogu.

**Instrumentarka:** Ne, nego lijevu.

**Asistent:** Ali ja mislim da bi...

**Instrumentarka:** Ti sa svojih 16 % odgovornosti nemaš što misliti nego samo držati kuke.

**Pacijent:** Ali mene ne боли lijeva nego desna noga.

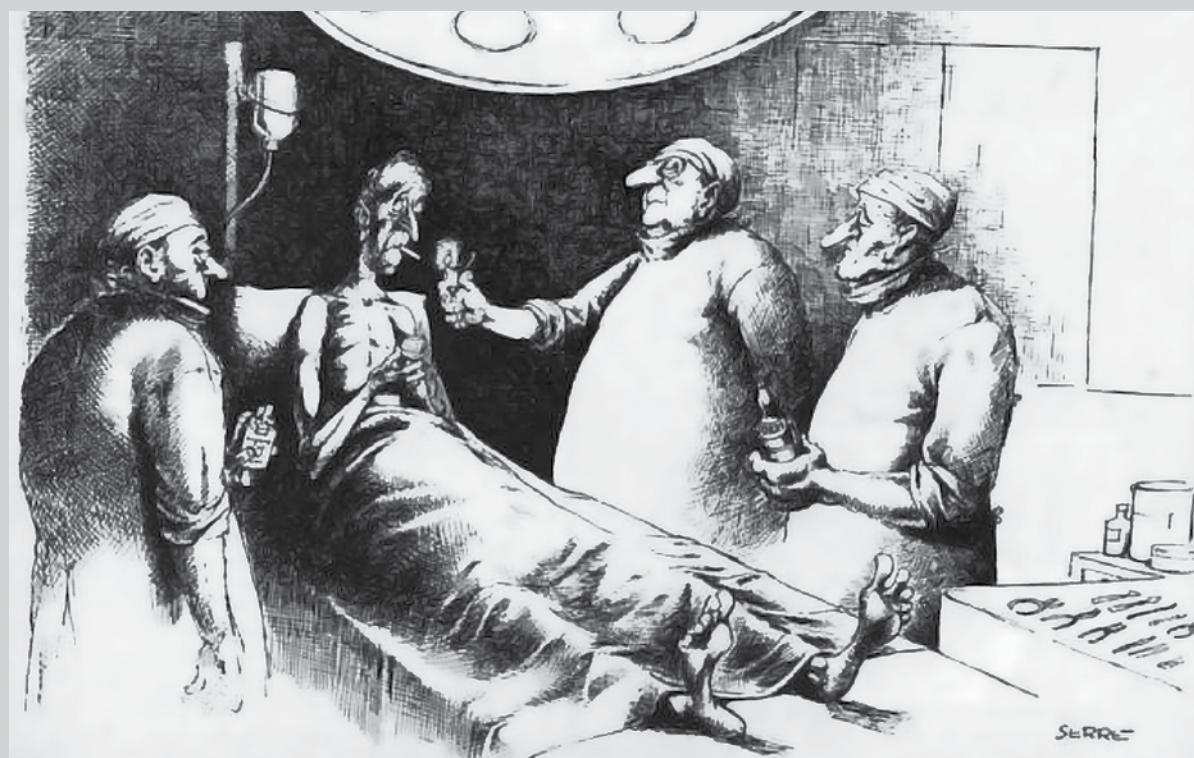
**Kirurg:** Žao mi je, ali u skladu s člankom 25 Kolektivnog ugovora morat ću vam amputirati zdravu nogu.

**Glazbena kulisa:** Internacionala, povremeno prekidana siktavim poklikom sr. Avberšek:  
„Sestre svih zemalja, ujedinite se protiv - doktora!“

**Zaključak: Čemu uopće doktori?**

Literatura:

Predstavnica sestara u Lij. novinama br. 8, 2002., str. 19:  
„Sestre su u zdravstvu 80 %.“



„Vaša posljednja želja prije nego stigne instrumentarka?“

# KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

## KRATICE

**AMZH** Akademija medicinskih znanosti  
**HAZU** Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti  
**HD, genitiv HD-a** Hrvatsko društvo  
**HLK, genitiv HLK-a** Hrvatska liječnička komora  
**HLZ, genitiv HLZ-a** Hrvatski liječnički zbor  
**HZIZ** Hrvatski zavod za javno zdravstvo  
**KB** Klinička bolnica  
**KBC** Klinički bolnički centar  
**MEF, genitiv MEF-a** Medicinski fakultet  
**MZ** Ministarstvo zdravlja RH  
**OB** Opća bolnica  
**PZZ** Primarna zdravstvena zaštita  
**SB** Specijalna bolnica

## Tečajevi kardiopulmonalne reanimacije Europskog vijeća za reanimatologiju za odrasle i djecu u organizaciji Hrvatskog društva za reanimatologiju HLZ-a

Trodnevni tečajevi naprednog održavanja života za odrasle (ALS-Advanced Life Support) i djecu (EPLS-European Paediatric Life Support) Europskog vijeća za reanimatologiju HLZ-a  
Trodnevni tečaj zbrinjavanja ozlijeđenog bolesnika - Europski trauma tečaj (ETC - European Truma Course)  
Jednodnevni tečajevi osnovnih postupaka održavanja života odraslih uz upotrebu automatskog vanjskog defibrilatora (KPR/AVD) i tečaj neposrednog održavanja života (ILS - Immediate life support)  
Tijekom cijele godine u Zagrebu, Rijeci, Splitu, Slavonskom Brodu, Dubrovniku, Koprivnici, Zadru, Požegi i Šibeniku  
Sve detaljne informacije nalaze se na [www.crorc.org](http://www.crorc.org)

## Kardiopulmonalna reanimacija (CPR) - 5 modularnih tečajeva tijekom 2015.god.

BLS (Basic life support - Osnovno održavanje života), kotizacija 300,00kn  
Opskrba dišnog puta u CPR-u, kotizacija 400,00kn  
Venski put i lijekovi u CPR-u, kotizacija 300,00kn  
Defibrilacija i monitoring, kotizacija 400,00kn  
Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje, MEF Sveučilišta u Rijeci  
Rijeka, Kabinet vještina, tijekom 2015. godine  
Diana Javor, tel. 051/407-400,  
fax./tel.: 051/218-407, e-mail: [djavor@medri.hr](mailto:djavor@medri.hr)  
Hrvatsko psihijatrijsko društvo - Prepoznavanje i liječenje depresije i anksioznih poremećaja - uloga liječnika PZZ - 140 radionica  
Dr. Patricija Delimar, tel.: 01/2481-234

Tjedno ažurirani raspored trajne medicinske naobrazbe nalazi se na [www.hlk.hr](http://www.hlk.hr)

## 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

## PRIJAVA KONGRESA, SIMPOZIJA I PREDAVANJA

Molimo organizatore da stručne skupove prijavljuju putem on-line obrasca za prijavu skupa koji je dostupan na web stranici Hrvatske liječničke komore ([www.hlk.hr](http://www.hlk.hr) - rubrika „Prijava stručnog skupa“).

Za sva pitanja vezana uz ispunjavanje on-line obrasca i pristup informatičkoj aplikaciji stručnog usavršavanja, možete se obratiti u Komoru, gđi **Fulvii Akrap**, na broj telefona: 01/4500 843, u uredovno vrijeme ponedjeljkom, utorkom, četvrtkom i petkom od 8,00 - 16,00 sati, a srijedom od 10,30 - 18,30 sati, ili na e-mail: [fulvia.akrap@hlk.hr](mailto:fulvia.akrap@hlk.hr)

Za objavu obavijesti o održavanju stručnih skupova u Kalendaru stručnog usavršavanja „Liječničkih novina“, molimo organizatore da nam dostave sljedeće podatke: naziv skupa, naziv organizatora, mjesto, datum održavanja skupa, ime i prezime kontakt osobe, kontakt telefon, fax, e-mail i iznos kotizacije.

Navedeni podaci dostavljaju se na e-mail: [fulvia.akrap@hlk.hr](mailto:fulvia.akrap@hlk.hr). Uredništvo ne odgovara za podatke u ovom Kalendaru jer su tiskani onako kako su ih organizatori dostavili.

Organizatori koji žele više prostora ili žele priložiti program kao umetak „Liječničkih novina“, pogotovo s logotipom i ilustracijama, trebaju to dogоворити s poduzećem za marketing „Bonamark“ (Zagreb, Amruševa 10, tel/fax: 01/4922-952, tel. 01/4818-600, mail: [bonamark@bonamark.hr](mailto:bonamark@bonamark.hr)), po postajećem cjeniku za oglašavanje u „Liječničkim novinama“.

## Primjena harmoničnog rezaca u kirurgiji

KBC Split, Klinika za kirurgiju Križine  
Jandra Rafanelli, tel.: 021/557-481  
1.200,00kn

## Tečaj iz osnova muskuloskeletalnog ultrazvuka

Klinika za traumatologiju, RTG odjel  
Zagreb, tijekom cijele godine  
Dr. Dina Miklić, mob.: 098/235-713, Vera Rakić-Eršek,  
mob.: 098/235-718, e-mail: [dmiklic@hotmail.com](mailto:dmiklic@hotmail.com)  
3.500,00kn

## EPI Centar seminari «Epilepsija i neuroznanost»

KB «Sestre milosrdnice», Klinika za neurologiju  
Zagreb, svaki zadnji četvrtak u mjesecu  
Dr.sc. Hrvoje Hećimović, tel.: 01/3787-731,  
e-mail: [hecimovic@inet.hr](mailto:hecimovic@inet.hr)

## Kompjutersko navođenje u kirurgiji koljena

Klinika za ortopediju Lovran  
Lovran, tijekom cijele godine  
Nataša Možetić, tel.: 051/710-212  
200,00kn

## Edukacija iz elektroencefalografije i epileptologije

HLZ, HD za EEG i kliničku neurofiziologiju  
Kontinuirana individualna edukacija tijekom cijele godine u trajanju od 30 radnih dana  
Prof.dr.sc. Sanja Hajnšek, tel.: 01/2388-310  
9000,00kn

## Gerontološke tribine za liječnike PZZ

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko goranske županije  
Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/358-728  
Tijekom 2014. god.

# KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

## Javnozdravstveni stručni sastanci u HZJZ-u

HZJZ Zagreb

Mjesečno, tijekom 2015. god.

Dr. Ivan Pristaš, tel.: 01/4863-243,

e-mail: ivan.pristas@hzjz.hr, www.hzjz.hr

## Unapređenje zdravlja ljudi treće životne dobi (gerontološke radionice)

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije

Grad Cres, tijekom 2015. god.

Helena Glibotić Kresina, dr.med., tel.: 051/334-728

## Trajna pedijatrijska edukacija - Pedijatrijska sekcija

KBC Rijeka, Klinika za dječje bolesti

Rijeka, jednom mjesečno

Mr.sc. Neven Čače, dr.med., tel.: 051/659-111

## Izobrazba kandidata za stalne sudske vještak

HLK

Zagreb, tijekom 2015. god.

Tajana Koštan, Tatjana Babić, tel.: 01/4500-830

10.500,00kn

## Farmakoepidemiološka tribina "Lijekovi i ..."

Referentni centar za farmakoepidemiologiju MZ RH,

Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar"

Tijekom 2015., druga srijeda u mjesecu

Dr. Marcel Leppee, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013

e-mail: marcel.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-Brkličić, dr.med., tel.: 01/3787-111

12.000,00kn

## Tečaj iz osnova medicinske akupunkture

HD za akupunkturu (HLZ)

Zagreb, 10 mjeseci (+1), jedna subota i nedjelja mjesечно (18 sati)

Dr. Maja Mustać, e-mail: info@akupunktura.hr, mob.: 091/4748-492

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.

Tatjana Pandak, 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

## 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: gmilic55@gmail.com

5000,00kn

## 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

## 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

# KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

**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

**Farmakoterapija depresivnih poremećaja**

Dedal komunikacije d.o.o.  
[www.e-medikus.com](http://www.e-medikus.com)  
on-line, 15.04.-31.12.2015.  
Zoran Milas, tel.: 01/3866-907

**Rad u savjetovalištu za HIV/spolno zdravlje – radionica za liječnike**

Hrvatski zavod za javno zdravstvo  
Zagreb, 01.05. – 31.12.2015.  
Tatjana Nemeth Blažić, tel.: 01/4683-345

**Liječnička samouprava u Evropi**

**- 20. obljetnica obnovljenog rada Hrvatske liječničke komore**

Dedal komunikacije d.o.o.  
on-line, 01.06.-01.12.2015.  
[www.e-medikus.com](http://www.e-medikus.com)  
Zoran Milas, tel.: 01/3866-907

**Izabrana poglavља iz urologije**

PLIVA Hrvatska d.o.o.  
on-line, 15.07.-01.12.2015.  
[www.plivamed.net](http://www.plivamed.net)  
Dr. Ivana Klinar, mob.: 098/499-925

**Tečaj iz osnova medicinske akupunkture**

HLZ, HD za akupunkturu  
Zagreb i Daruvar, 26.09.2015. – 11.09.2016.  
Maja Mustać, mob.: 091/4748-492,  
e-mail.: [blaise676@gmail.com](mailto:blaise676@gmail.com)  
15000,00kn

**Izabrane teme iz gastroenterologije i algoritmi liječenja boli**

Dedal komunikacije d.o.o.  
on-line, [www.e-medikus.com](http://www.e-medikus.com), 03.11.2015.-11.01.2016.  
Ružica Jakoplić, tel.: 01/3866-907

**Acetilsalicilna kiselina i gastrointestinalne nuspojave: niža doza, bolja podnošljivost**

PLIVA Hrvatska d.o.o.  
on-line, 15.12.2015. – 15.05.2016.  
[www.plivamed.net](http://www.plivamed.net)  
Dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., mob.: 098/499-925

**Klinička primjena antipsihotika**

PLIVA Hrvatska d.o.o.  
on-line, 15.12.2015. – 15.05.2016.  
[www.plivamed.net](http://www.plivamed.net)  
Dr.sc. Ivana Klinar, dr.med., mob.: 098/499-925

## PROSINAC

**3. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije za liječnike obiteljske medicine**

OB Pula  
Pula, 15.12.2015.  
Daniela Fabris-Vitković, dr.med., tel.: 052/376-252; 052/376-141

**Unaprjeđenje suradnje između centara za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti i liječnika obiteljske medicine**

Alkaloid  
Zaprešić, 15.12.2015.  
Božo Odak, dr.med., mob.: 099/6157-021,  
e-mail: [bozo.odak@alkaloid.hr](mailto:bozo.odak@alkaloid.hr)

**Prva trojna kombinacija s ace-inhibitorom u liječenju hipertenzije**

Servier Pharma d.o.o.  
Sisak, 16.12.2015.  
Mirjana Golenja, mob.: 091/6551-556

**Unaprjeđenje suradnje između centara za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti i liječnika obiteljske medicine**

Alkaloid  
Čakovec, 16.12.2015.  
Božo Odak, dr.med., mob.: 099/6157-021,  
e-mail: [bozo.odak@alkaloid.hr](mailto:bozo.odak@alkaloid.hr)

**Struktuirani pristup ozbiljno ozlijedjenima II – zbrinjavanje ozlijedjenih**

Hrvatski zavod za telemedicinu  
Vela Luka, Korčula, Vrlika, Trilj, Knin, Vis, Hvar, 17.12.2015.  
Jagoda Madunić, tel.: 01/5496-086

**DuoResp Spiromax – novi intuitivni inhaler koji sadržava djelotvornu kombinaciju lijekova koje poznajete**

PLIVA Hrvatska d.o.o.  
Koprivnica, 17.12.2015.  
Jasna Klet-Belić, mob.: 099/3212-180

**Unaprjeđenje suradnje između centara za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti i liječnika obiteljske medicine**

Alkaloid  
Varaždin, 17.12.2015.  
Božo Odak, dr.med., mob.: 099/6157-021,  
e-mail: [bozo.odak@alkaloid.hr](mailto:bozo.odak@alkaloid.hr)

## Svaki dan je važan u terapiji kroničnih rana

Coloplast A/S Podružnica Zagreb

Zagreb, 18.12.2015.

Melita Smolek, mob.: 091/4550-477

## Zahtjevi i izazovi sportske medicine u praksi

### - Epilepsija i sport; Dijabetes i sport

HLZ, HD za športsku medicinu

Zagreb, 18.-19.12.2015.

Doc.dr.sc. Marija Rakovac, dr.med.,

doc.dr.sc. Vladimir Ivančev, dr.med., tel.: 01/3658-651

## Intervencije na venama

Zavod za dijagnostičku i intervencijsku radiologiju KBC Split

Split, 21.12.2015.

Prof.dr.sc. Ante Buča, tel.: 021/556-243

## 2016. SIJEČANJ

## Lijekovi i ... Zdravlje hrvatskih branitelja i članova njihovih obitelji

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 13.01.2016.

Dr. Marcel Leppée, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013, e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

## Zaštita zdravlja radnika u riziku od izloženosti citostaticima

KBC Zagreb

Zagreb, 22.01.2016.

Mladenka Bašić, tel.: 01/2388-496, e-mail: mladenka.basic@kbc-zagreb.hr

## 3. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije za liječnike obiteljske medicine

OB Pula

Pula, 26.01.2016.

Daniela Fabris-Vitković, dr.med., tel.: 052/376-252; 052/376-141

## Socijalni mozak - akademik Ivica Kostović

AMZH

Zagreb, 26.01.2016.

Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, e-mail: amzh@zg.t-com.hr

## Intrapartalni nadzor

KBC „Sestre milosrdnice“

Zagreb, 29.-30.01.2016.

Vesna Gall, mob.: 099/3787-017

2000,00/1000,00kn

## Ssimpozij povodom obilježavanja svjetske godine borbe protiv boli u zglobovima

HD za liječenje boli HLZ-a

Zagreb, 30.01.2016.

Andrea Mršo, tel.: 031/511-502,

e-mail: mrsoandrea385@gmail.com www.hdlb.org

## VELJAČA

## Bolesti kože s očitovanjem na licu i usnoj šupljini

Stomatološki fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Zagreb, 05.02.2016.

Lada Prišlić, tel.: 01/4802-123

650,00kn specijalisti, 400,00kn specijalizanti, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

## Lijekovi i ... Kardiorenalni sindrom - terapijski izazov

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 10.02.2016.

Dr. Marcel Leppée, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,

e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

## Manualna fizioterapija gornji extremiteti - radionica

Hrvatski zbor fizioterapeuta

Zagreb, 20.02.2016.

Tonći Šitić, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766,

e-mail: fizioterapeut@fizioterapeut.net., web: www.fizioterapeut.net

1000,00kn

## 3. tečaj kliničke endokrinologije i dijabetologije za liječnike obiteljske medicine

OB Pula

Pula, 23.02.2016.

Daniela Fabris-Vitković, dr.med., tel.: 052/376-252; 052/376-141

## Pasivna kuća - energetska učinkovitost, zaštita okoliša i zdravlje

AMZH

Zagreb, 23.02.2016.

Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, e-mail: amzh@zg.t-com.hr

## OŽUJAK

## Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“

Zagreb, 09.03.2016.

Dr. Marcel Leppée, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,

e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

## Triger točke - radionica

Hrvatski zbor fizioterapeuta

Zagreb, 19.03.2016.

Tonći Šitić, bacc.physioth., mob.: 095/8300-766,

e-mail: fizioterapeut@fizioterapeut.net., web: www.fizioterapeut.net

1000,00kn

## Bolesti kralježnice u EMNG laboratoriju

Klinika za neurologiju KBC Zagreb, MEF Sveučilišta u Zagrebu, HLK,

HLZ

Zagreb, 18.03.2016.

Milica Jug, vft, tel.: 01/2376-408, e-mail: ervina.bilic@mef.hr,

predbiljezbe.emg.nrl@kbc-zagreb.hr

600,00kn za specijaliste, 300,00kn za specijalizante, umirovljenici ne plaćaju kotizaciju

# KALENDAR STRUČNOG USAVRŠAVANJA

## Farmaceutska industrija generičkih lijekova

AMZH  
Zagreb, 29.03.2016.  
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, e-mail: amzh@zg.t-com.hr

## Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Zagreb, 11.05.2016.  
Dr. Marcel Leppée, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,  
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

# TRAVANJ

## Uloga biofilma u liječenju vrijeda

AMZH  
Zagreb, 08.04.2016.  
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, www.amzh.hr  
300,00kn

## Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Zagreb, 13.04.2016.  
Dr. Marcel Leppée, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,  
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

## VI. kongres fizičalne i rehabilitacijske medicine

HD za fizičalnu i rehabilitacijsku medicinu HLZ-a  
Šibenik, 14.-17.04.2016.  
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580,  
e-mail: anja@conventuscredo.hr  
Rana kotizacija, do 15.01.2016. - sudionici - 1300,00kn; Kasna  
kotizacija, od 15.01.2016. - sudionici - 1450,00kn;  
Rana kotizacija, do 15.01.2016. - specijalizanti - 650,00kn; Kasna  
kotizacija, od 15.01.2016. - specijalizanti - 725,00kn;  
Umirovljenici su oslobođeni plaćanja kotizacije

## 3. kongres hitne medicine s međ.sud.

HLZ, HD za hitnu medicinu i Hrvatsko sestrinsko društvo hitne  
medicine  
Vodice, 21.-23.04.2016.  
Ana Stipetić, tel.: 01/4677-362,  
e-mail: kontakt@hitna2016.org; www.hitna2016.org  
Liječnici članovi HDHM 1500,00kn/1700,00kn; ostali  
1900,00/2100,00kn; specijalizanti članovi HDHM  
1200,00/1500,00kn, ostali 1600,00/1800,00kn

## Značaj Fausta Vrančića za Hrvatsku

AMZH  
Zagreb, 26.04.2016.  
Carmen Ciberlin, tel.: 01/4828-662, e-mail: amzh@zg.t-com.hr

## 7. KOHOM kongres

Koordinacija hrvatske obiteljske medicine  
Šibenik, 19.-22.05.2016.  
Conventus Credo d.o.o., tel.: 01/4854-696, fax.: 01/4854-580,  
e-mail: anja@conventuscredo.hr  
Rana kotizacija za članove KOHOM-a 1600,00kn  
Rana kotizacija za nečlanove KOHOM-a 1800,00kn  
Kasna kotizacija za članove KOHOM-a 1800,00kn  
Kasna kotizacija za nečlanove KOHOM-a 2000,00kn  
Kotizacija za specijalizante članove KOHOM-a 500,00kn  
Kotizacija za specijalizante nečlanove KOHOM-a i umirovljenike  
600,00kn  
Kotizacija za studente 400,00kn  
Rok za uplatu rane kotizacije 14.03.2016.

## 17. Hrvatski poslijediplomski tečaj ginekološke kirurgije i endoskopije s međ.sud. I ktg. „Kurt Semm“

HD za ginekološku endoskopiju HLZ, OB Zabok i Bolnica Hrvatskih  
veterana  
Rijeka, 23.-26.05.2016.  
Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007,  
e-mail: mkopjar9@gmail.com  
7600,00kn

## 25. Kongres Svjetskog udruženja ginekologa i endoskopičara (ISGE 25th ANNUAL CONGRESS)

4-ti hrvatski kongres minimalno invazivne ginekološke kirurgije  
O-tours d.o.o.  
Opatija, 25.-28.05.2015.  
Prof.dr.sc. Miroslav Kopjar, mob.: 091/4240-007,  
e-mail: mkopjar9@gmail.com  
O-tours d.o.o., tel.: 01/4921-720, e-mail: isge.opatija@otours.hr

## Urološki simpozij 2016.

Klinika za urologiju KBC Rijeka  
Opatija, 19.-21.05.2016.  
Doc.dr.sc. Josip Španjol, dr.med., tel.: 051/407-493

# LIPANJ

## Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Zagreb, 08.06.2016.  
Dr. Marcel Leppée, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,  
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

# SVIBANJ

## Krvno-aktivne parazitoze: epidemiologija, klinička slika, laboratorijska dijagnostika, terapija i profilaksa

HLZ, HD za kliničku mikrobiologiju  
Zagreb, 05.-06.05.2016.  
Dr.sc. Mario Sviben, tel.: 01/4863-269  
2000,00kn

## 37. međunarodna STAR konferencija (Stress and Anxiety Research Society)

Zagreb, 06.-08.07.2016.  
Stress and Anxiety Research Society, Filozofski fakultet Sveučilišta  
u Zagrebu, Centar za kliničku psihologiju Zagreb  
Prof.dr.sc. Nataša Jokić-Begić, e-mail:  
web: star2016@ffzg.hr, http://psihologija.ffzg.unizg.hr/star2016

# SRPANJ

## RUJAN

### Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Zagreb, 14.09.2016.  
Dr. Marcel Leppée, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,  
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

### 9. Hrvatski internistički kongres

Hrvatsko internističko društvo HLZ, Dariva tur agencija  
Opatija, 23.-25.09.2016.  
Doc.dr.sc. Ivan Gornik, dr.med., tel.: 01/2367-429  
1200,00kn; besplatno za specijalizante koji su prvi autori postera

## LISTOPAD

### Hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti s međ.sud., CROCAD-16

HLZ, HD za Alzheimerovu bolest i psihijatriju starije životne dobi  
Tučepi, 05.-09.10.2016.  
Studio Hrg d.o.o., tel.: 01/6110-450, 6183-140,  
e-mail: kongres@studiorhg.hr, ninoslav.mimica@bolnica-vrapce.hr  
[www.alzheimer2016.com](http://www.alzheimer2016.com)

### Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Zagreb, 12.10.2016.  
Dr. Marcel Leppée, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,  
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

## STUDENI

### Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Zagreb, 09.11.2016.  
Dr. Marcel Leppée, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,  
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

## PROSINAC

### Lijekovi i ...

ZJZ „Dr. Andrija Štampar“  
Zagreb, 14.12.2016.  
Dr. Marcel Leppée, tel.: 01/4696-166, fax.: 01/4678-013,  
e-mail: marcel.leppee@stampar.hr

## NEVAŽEĆE LICENCE

I. RJEŠENJE KLASA: UP/I- 05-160/2015/6, UR. BROJ: 385-05-160-44/2015/5 od 09.10.2015. godine, kojim se proglašava nevažećim Odobrenje za samostalan rad (licenca) broj: 19933 izdano 12. svibnja 2014. godine, za samostalno obavljanje djelatnosti liječnika opće medicine u razdoblju od 29.04.2014. do 28.04.2020. godine.

II. RJEŠENJE, KLASA: UP/I- 05-160/2015/5, UR. BROJ: 385-05-160-44/2015/6 od 26.10.2015. godine kojim se proglašava nevažećim Odobrenje za samostalan rad (licenca) broj: 20285 izdano 11.lipnja 2014. godine, za samostalno obavljanje djelatnosti liječnika opće medicine u razdoblju od 10.06.2014. do 09.06.2020. godine.

III. RJEŠENJE, KLASA: UP/I- 05-160/2015/8, UR. BROJ: 385-05-160-44/2015/7 od 11.11.2015. godine, kojim se proglašava nevažećim Odobrenje za samostalan rad (licenca) broj: 15308-18872 izdano 10.01.2013. godine za samostalno obavljanje djelatnosti liječnika specijaliste patološke anatomije u razdoblju od 21.04.2011. do 20.04.2017. godine.

IV. RJEŠENJE, KLASA: UP/I- 05-160/2015/7, UR. BROJ: 385-05-160-44/2015/8 od 11.11.2015. godine, kojim se proglašava nevažećim Odobrenje za samostalan rad (licenca) Odobrjenja za samostalan rad (licenca) broj: 14275 izdano 22.01.2015. godine za samostalno obavljanje djelatnosti liječnika specijaliste specijaliste patološke anatomije u razdoblju od 22.05.2015. do 22.05.2021. godine.

V. RJEŠENJE, KLASA: UP/I- 05-160/2015/9, UR. BROJ: 385-05-131-44/2015/16 od 16.11.2015.. godine, kojim se proglašava nevažećim Odobrenje za samostalan rad (licenca) broj: 2569 izdano 07.01.2015. godine za samostalno obavljanje djelatnosti liječnika specijaliste psihijatrije u razdoblju od 20.12.2014. do 19.12.2020. godine.

VI. RJEŠENJE, KLASA: UP/I- 05-160/2015/10, UR. BROJ: 385-05-131-44/2015/10 od 17.11.2015. godine, kojim se proglašava nevažećim Odobrenje za samostalan rad (licenca) broj: 15081-19322 izdano 06.03.2013. godine za samostalno obavljanje djelatnosti liječnika specijaliste psihijatrije u razdoblju od 15.12.2010. do 14.12.2016. godine.

VII. . RJEŠENJE, KLASA: UP/I- 05-160/2015/11, UR. BROJ: 385-05-131-44/2015/11 od 17.11.2015. godine, kojim se proglašava nevažećim Odobrenje za samostalan rad (licenca) broj: 18904-18297 izdano 14.11.2012. godine za samostalno obavljanje djelatnosti liječnika opće medicine u razdoblju od 25.10.2012. do 24.10.2018. godine.